

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SÉRGIO AROUCA
ENSP

“Configuração territorial e problemas de saúde e ambiente em uma periferia metropolitana: o caso do bairro Jardim Gramacho – Duque de Caxias”

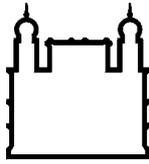
por

Maria Inês Corrêa Cárcamo

Dissertação apresentada com vistas à obtenção do título de Mestre em Ciências na área de Saúde Pública.

*Orientadora principal: Prof.ª Dr.ª Rosely Magalhães de Oliveira
Segunda orientadora: Prof.ª Dr.ª Marize Bastos da Cunha*

Rio de Janeiro, maio de 2013.



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



Esta dissertação, intitulada

“Configuração territorial e problemas de saúde e ambiente em uma periferia metropolitana: o caso do bairro Jardim Gramacho – Duque de Caxias”

apresentada por

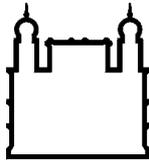
Maria Inês Corrêa Cárcamo

foi avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof. Dr. Julio Alberto Wong Un

Prof.^a Dr.^a Marly Marques da Cruz

Prof.^a Dr.^a Rosely Magalhães de Oliveira – Orientadora principal



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

A U T O R I Z A Ç Ã O

Autorizo, exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação, por processos fotocopiadores.

Rio de Janeiro, 28 de maio de 2013.

Maria Inês Corrêa Cárcamo

“A maior riqueza do homem
é a sua incompletude.
Nesse ponto sou abastado.
Palavras que me aceitam como
sou - eu não aceito.
Não aguento ser apenas um
sujeito que abre
portas, que puxa válvulas,
que olha o relógio, que
compra pão às seis horas da tarde,
que vai lá fora,
que aponta lápis,
que vê a uva etc. etc.
Perdoai
Mas eu preciso ser Outros.
Eu penso renovar o homem
usando borboletas”.
(Manoel de Barros)

AGRADECIMENTOS

A minha família, pelo carinho, compreensão e apoio;

As minhas orientadoras: Prof^a Rosely Magalhaes de Oliveira e Prof^a Marize Bastos da Cunha, pela orientação dedicada, pela amizade, carinho e cuidado comigo;

Aos professores do curso, pelo aprendizado;

Aos professores da banca, que contribuíram com o aperfeiçoamento dessa pesquisa;

Aos meus colegas de turma e amigos, que acompanharam as minhas alegrias, dificuldades e angústia;

Aos meus colegas de trabalho, pela ajuda e por compreender minha ausência em muitos momentos;

Aos meus amigos, pela amizade, compreensão e ajuda;

Aos sujeitos da pesquisa que se prontificaram a me acompanhar nessa jornada, destinando seu tempo e seu esforço para me ajudar na construção desse trabalho.

RESUMO

A presente proposta investigou a relação entre a configuração territorial e os problemas de saúde e ambiente num bairro da periferia da região metropolitana do Rio de Janeiro, e identificou as principais respostas sociais frente a esses problemas, considerando a complexidade e a heterogeneidade desse lugar e os agentes sociais envolvidos. O Objetivo principal foi analisar os problemas de saúde e ambiente e identificar as principais respostas sociais, considerando a configuração sócio espacial do Bairro Jardim Gramacho e os agentes sociais envolvidos. Realizado através de uma abordagem quantitativa, qualitativa, descritiva e exploratória, utilizando as seguintes técnicas: análise documental, construção de indicadores sócio-demográficos através do IBGE, entrevistas, e visitas guiadas. Onze Agentes Comunitários de Saúde e seis moradores do bairro foram os sujeitos da pesquisa. Realizou-se uma sistematização dos dados obtidos que permitiu a apreensão histórica do bairro, como também, da sua heterogeneidade, identificando 16 localidades, considerando, também, os problemas de saúde e ambiente e as respostas sociais. As localidades foram agregadas em três grandes áreas – Área Central, Área do Aterro e Área de Expansão – segundo os seguintes critérios, avaliados como determinantes na produção de tais problemas: vetor de organização, período de ocupação, localização, usos do solo e semelhanças em infraestrutura e serviços. A pesquisa analisou a configuração territorial e teve como resultado diferentes problemas entre as áreas e concluiu que os dois grandes problemas são a cobertura de água inadequada e o fechamento do Aterro Sanitário. Demonstrou que a Área do Aterro é a que tem os piores indicadores, aliado a um maior número de problemas de saúde e ambiente e que por abrigar uma grande população de catadores de materiais recicláveis será a mais prejudicada com a saída do Aterro Sanitário. Grande parte das respostas sociais identificadas é comunitária e o Fórum Comunitário tem um papel fundamental nas demandas feitas ao Estado. A presente pesquisa contribui ao demonstrar que o território deve ser analisado de maneira a considerar sua heterogeneidade, deixando transparecer as desigualdades sociais em saúde. Como, também, que é preciso analisar esse lugar, os problemas e as respostas histórica e dialeticamente. Essa pesquisa mostrou, também, que existe possibilidade de fazer uma análise da situação de saúde utilizando dados do IBGE, aliados a dados qualitativos. Inserindo conhecimentos populares para atuar sobre os processos que determinam a saúde de uma população, em direção a uma melhora na qualidade de vida.

Palavras chaves: Heterogeneidade, Território, Problemas de Saúde e Ambiente, respostas sociais.

ABSTRACT

This research investigated the relationship between the territorial configurations and the health e environmental problems of a peripheral neighborhood in the city of Rio de Janeiro's metropolitan area. We identified the main social responses that dealt with these problems, taking into consideration the complexity and heterogeneity of the place and the social agents involved. The main goal was to analyze the health and environmental problems and identify the main social responses, taking into consideration the socio-spatial configuration of the Jardim Gramacho Neighborhood and the social agents involved. This research was executed using quantitative, qualitative, descriptive and exploratory approaches. The following techniques were used: documental analysis, construction of socio-demographics indicators using the IBGE platform, interviews and guided visits. Eleven Community Health Agents (ACS) and six dwellers of the neighborhood were the subjects of the research. We systematized the data obtained and thus apprehended the history of the neighborhood, as well as its heterogeneity, identifying 16 different localities within it. The localities were aggregated in 3 major areas – Central Area, Embankment Area and Expansion Area – following a set of criteria, which were understood as determinants in producing such problems. The criteria were: organization vector, elapsed time of occupation, localization, use of the soil and similarities in infrastructure and services. This research analyzed the territorial configuration and obtained different results from what were the problems according to the areas. The two major and common problems were the inadequate water supply and the ongoing shutdown of the embankment. The Embankment Area had the worst indicators, together with a larger number of health and environmental problems, being this area the most affected by the shutdown due to the large number of recycled material pickers that benefit from the landfill. A major part of the social responses that were identified were at the community level, with the Community Forum playing a central role relating the demands addressed to governmental agencies. This research demonstrates that the territory must be analyzed in order to consider its heterogeneity, making it possible for the social inequalities in health to be seen. It is also necessary to analyze this place, the problems and responses in a dialectical and historical way. This research also demonstrated that it is possible to accomplish a situation of health analysis through the use of data from IBGE, together with qualitative data and insertion of popular knowledge to act upon the processes that determine the health of a certain population, towards the improvement of life quality.

Keywords: Heterogeneity, Territory, Health and Environmental Problems, Social Responses.

LISTAS

Lista de Ilustrações

- Figura 01: Região metropolitana do Rio de Janeiro e Baixada Fluminense **26**
- Figura 02: Divisão Administrativa do Município de Duque de Caxias **27**
- Figura 03: Grau de Vulnerabilidade socioambiental da Região Metropolitana do Rio de Janeiro **28**
- Figura 04: Localização do Bairro Jardim Gramacho e do Aterro Sanitário. **29**
- Figura 05: Bairro Jardim Gramacho, Aterro Metropolitano de Jardim Gramacho, BR 040, Baía de Guanabara e Rio Iguaçu. **30**
- Figura 06: Bairro Jardim Gramacho dividido em três áreas e suas localidades **51**
- Figura 07: Área Central **52**
- Figura 08: Esquina da Localidade COHAB – Cemitério das Bombas **57**
- Figura 09: Esquina da Localidade COHAB – ligações improvisadas nos postes de energia **58**
- Figura 10: Área do Aterro e suas Localidades **59**
- Figura 11: Mangueira de água dentro do esgoto **62**
- Figura 12: Mangueira de água na rua **63**
- Figura 13: Localidade Parque Planetário – Igreja Evangélica **69**
- Figura 14: Área de Expansão e suas localidades **70**
- Figura 15: Localidade Maruim – moradora carregando garrafas de água **73**
- Figura 16: Localidade Beco do Saci – Cano de Esgoto na Baía de Guanabara **74**
- Figura 17: Localização de alguns serviços em Jardim Gramacho **79**

Lista de Quadros

- Quadro 01: Perfil dos Entrevistados **33**
- Quadro 02: Síntese das Fontes e Dados **35**
- Quadro 03: Indicadores sócio demográficos **80**
- Quadro 04: Síntese da configuração territorial, infraestrutura, serviços e problemas **85**
- Quadro 05: Respostas sociais aos problemas de saúde e ambiente **87**

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	8
1. INTRODUÇÃO.....	10
1.1 QUESTÕES NORTEADORAS	13
1.2 PRESSUPOSTO	13
1.3 OBJETIVOS.....	14
OBJETIVO GERAL	14
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	14
1.4 JUSTIFICATIVA	14
2. REFERENCIAL TEÓRICO	16
2.1 CONTRIBUIÇÕES DAS CATEGORIAS ESPACIAIS NA INVESTIGAÇÃO EM SAÚDE	16
2.2 ESPAÇO URBANO E TERRITÓRIOS VULNERÁVEIS.....	19
2.3 AS NECESSIDADES E PROBLEMAS DE SAÚDE.....	20
2.4 RESPOSTAS SOCIAIS E PRÁTICAS.....	23
3. METODOLOGIA	26
3.1 CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTUDO.....	26
3.2 DESENHO DE ESTUDO.....	31
3.3 SUJEITOS DO ESTUDO.....	32
3.4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	34
3.5 ASPECTOS ÉTICOS.....	37
4. RESULTADOS.....	38
4.1 OCUPAÇÃO HISTÓRICA DA REGIÃO METROPOLITANA E DE JARDIM GRAMACHO.....	38
4.2 CONFIGURAÇÃO SÓCIO ESPACIAL DE JARDIM GRAMACHO E OS PROBLEMAS DE SAÚDE E AMBIENTE.....	50
5. DISCUSSÃO.....	89
6. CONCLUSÃO.....	95
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	98
APÊNDICE.....	105
ANEXOS.....	109

APRESENTAÇÃO

Ao longo da minha trajetória pessoal e profissional nasceram muitas reflexões e inquietações que influenciaram fortemente o meu interesse por estudar este tema. Sou enfermeira e tive uma formação na graduação extremamente tradicional e biomédica: primeiro a teoria, depois a prática, com campos de estágio basicamente hospitalares. Apesar disso, desde que concluí a graduação em 2005 atuo na Atenção Básica, na Estratégia Saúde da Família (ESF).

Meu primeiro emprego foi num município pequeno do Rio Grande do Sul, fronteira com o Uruguai, de economia basicamente rural, que possui em torno de 30 mil habitantes. Trabalhava em um bairro da periferia da cidade, na Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde. Deparei-me com problemas de saúde que o meu conhecimento e os dispositivos que possuía não eram capazes de solucionar, percebi que, muitas vezes, as soluções encontradas pelos Agentes Comunitários de Saúde e pela população eram mais adequadas.

Em 2006 vim para o Rio de Janeiro, também para atuar na ESF. Trabalhei em duas favelas na periferia da cidade, e então me deparei com problemas e necessidades de saúde, completamente diferentes daqueles vivenciados no local onde tinha trabalhado. No entanto apesar desta diferença também estavam relacionados a questões que iam além da assistência em saúde. Esses locais eram dominados por organizações ligadas ao tráfico de drogas, apresentavam expressão de muita violência, com pouca infra-estrutura urbana e uma atuação insuficiente do Estado. Apesar disso, percebi que estratégias e táticas eram desenvolvidas pelos grupos para lidar com esses problemas, surge então um questionamento sobre como esse lugar produzia os perfis de saúde e doença e me fez pensar também, sobre nosso limite enquanto trabalhadores da saúde para atuar nessas situações.

Em 2008, fui aprovada no concurso do Município de Duque de Caxias – RJ, e nesse mesmo ano iniciei a trabalhar em outra Equipe de Saúde da Família, também em uma comunidade carente. O bairro onde está localizada essa comunidade apresenta uma particularidade importante, a presença de um dos maiores Aterros Controlados da América Latina, que recebe o lixo de municípios da região metropolitana do Estado do Rio de Janeiro. Novamente, os problemas e as necessidades são diferentes dos outros locais mencionados, mas também se apresentam como grandes desafios para o setor saúde.

A maioria da população atendida na Unidade de Saúde da Família de Jardim Gramacho apresenta queixas de saúde que, muitas vezes, tem relação com a convivência

próxima do lixo e também com o trabalho de muitos moradores como catadores de materiais recicláveis. Entre alguns relatos que despertaram a minha atenção estão os acidentes de trabalho desses catadores e o fato de algumas famílias utilizarem restos alimentares encontrados no local na sua dieta. Contudo, uma boa parte da população, direta ou indiretamente, tira seu sustento do trabalho com o lixo e tem uma forte relação com o aterro.

Esse cenário despertou meu interesse em aprofundar os meus estudos sobre os fatores que interferem na situação da saúde das comunidades, e em específico do bairro Jardim Gramacho. Como também, me trouxeram indagações, sobre como a dinâmica dos territórios produz perfis de saúde e doença e quais teorias e métodos podemos lançar mão para compreendê-la.

1. INTRODUÇÃO

A presente proposta visa investigar a relação entre a configuração territorial e os problemas de saúde e ambiente num bairro da periferia de uma grande região metropolitana, e identificar as respostas sociais frente a esses problemas, considerando a complexidade e heterogeneidade desse lugar.

Segundo Castellanos (1997), para estudar a situação de saúde devemos considerar tanto os perfis de necessidades e problemas, como as respostas sociais organizadas frente aos mesmos. Ainda, segundo esse autor, uma mesma realidade de saúde pode ser descrita e interpretada de forma distinta pelos diferentes atores, sendo também diversas as prioridades e os tipos de respostas e intervenções.

A saúde refere-se a um bem público, socialmente produzida na interação e na correlação de forças onde sujeitos e coletivos disputam interesses, necessidades, como também recursos, cuja apropriação pode favorecer ou não a distribuição equitativa, da qual resultam diversos graus de acesso da população a bens e consumo para reprodução da vida. Ela decorre de determinadas condições sócio-históricas, mediada por contextos sócio-políticos e condições materiais específicas (AKERMAM, 2006).

Entende-se que a situação de saúde da população depende da estrutura de produção (processo e condições de trabalho), da estrutura de consumo (modo de vida), da renda auferida no mercado de trabalho, das relações com as políticas públicas do Estado, assim como dos níveis de consciência e de organização das classes na produção de certas condições de vida (PAIM, 1997).

No Brasil, a lei nº 8.080 de 1990 que regulamenta o Sistema Único de Saúde (SUS), considera a saúde um direito fundamental que precisa ser garantido pelo Estado através de políticas econômicas e sociais, e de um acesso universal e igualitário que assegure o acesso às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. Tendo como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso a bens e serviços essenciais (BRASIL, 1990).

No contexto da construção do SUS a Estratégia Saúde da Família ocupa um papel fundamental, sendo considerada uma estratégia de reorganização do modelo assistencial a partir da atenção básica. Caracteriza-se por ações de saúde, que abrangem a promoção, prevenção, assistência e manutenção da saúde. Desenvolvida por meio de práticas

democráticas e participativas dirigidas a populações de territórios delimitados (BRASIL, 2006).

Dentre as suas diretrizes encontra-se a territorialização, que trata do reconhecimento de situações-problemas e necessidades de saúde de uma dada população em um território específico, indicando suas inter-relações espaciais, sendo um dos elementos operacionais da vigilância em saúde, e do planejamento em saúde. Possibilita também, identificar vulnerabilidades, populações expostas e a seleção de problemas prioritários para as intervenções (GODIN, 2008).

O Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) utilizado pelas Equipes de Saúde da Família foi criado para ser um sistema territorializado, com o objetivo de conhecer as condições de saúde da população adscrita, bem como os determinantes do processo saúde-doença, norteador o planejamento e a avaliação das ações em saúde. Percebe-se que na verdade esse Sistema está focado em casos de doenças, tem como características um número limitado de morbidades, não incorporando, por exemplo, casos de saúde mental, violência e outros problemas, não representando a realidade dos territórios e sendo pouco utilizado como recurso para planejamento no nível local (SILVA e LAPREGA, 2005).

Para Breilh (2003), esse modelo de vigilância convencional com atuação vertical por parte do Estado, que assume a saúde como um processo individual, tem como foco a doença e não abrange os processos de determinação social precisa ser superado. Deve ser substituído por um monitoramento participativo da saúde que compreenda os processos críticos (determinantes protetores e determinantes destrutivos da saúde) que se expressam nos modos de vida dos grupos e nos estilos de vida familiar e individual, dependente da estrutura social mais ampla.

Pode-se afirmar que os problemas de saúde apresentam uma diversidade de determinações e as propostas de resolução deverão ser baseadas em múltiplas estratégias, medidas e atores (MONKEN e BARCELLOS, 2005). Incorporando nesse processo a experiência da população, o conhecimento popular e as soluções dadas pela população aos seus problemas (CUNHA, 1995; OLIVEIRA e VALLA, 2001).

Já não se trata de avaliar somente as tendências históricas das condições de vida e de saúde ao nível do país, e sim, avaliar o impacto em grupos específicos populacionais e, sobretudo, conhecer o comportamento das desigualdades entre diferentes grupos e avaliar o impacto das ações adotadas (CASTELLANOS, 1991, 1997).

Para compreender as desigualdades em saúde é necessário possuir teorias que possibilitem entender não apenas a distribuição da doença, mas principalmente seu processo

de produção em diferentes contextos sociais. O acesso e a utilização dos serviços também são parte dessas diferenças. Existindo sistemas que podem potencializar as desigualdades existentes na organização social e outros que procuram compensar os resultados danosos da organização social sobre os grupos socialmente mais vulneráveis (BARATA, 2009).

Os contextos denominados vulneráveis – setores mais pobres e miseráveis da sociedade – marcam a realidade brasileira e de diversos países latino-americanos. Não é raro existir uma sobreposição espacial entre grupos populacionais pobres, discriminados e com alta privação e áreas de risco, geralmente essa população não tem opção de saída destes espaços e são obrigados a viver em condições que caracterizam grande vulnerabilidade (PORTO, 2009; CARTIER, *et. al*, 2009).

Muitas periferias das grandes metrópoles vivem nessa condição. O território de Jardim Gramacho localizado na periferia do Município de Duque de Caxias na região metropolitana do Rio de Janeiro é um exemplo dessa situação. O bairro abriga um aterro sanitário de grandes proporções (AMGJ), possui áreas com infra-estrutura urbana muito precária e sua economia encontra-se voltada para a atividade de catação, comercialização e recuperação de Materiais Recicláveis (IBASE, 2005).

O AMGJ foi fechado em Junho de 2012, sendo o destino do lixo da região metropolitana transferido para o município de Seropédica - RJ. Este fato trouxe uma mudança radical no território. Se por um lado, diminuiu o grau de exposição das famílias que moram no entorno e que vivem do lixo, por outro lado, coloca em questão a sobrevivência da população, pois o lixo representa a fonte de vida de muitas famílias.

Em 1978, quando a comunidade do distrito de Jardim Gramacho (Duque de Caxias – RJ) testemunhou a inauguração do que viria a ser o maior aterro sanitário da América Latina, houve preocupação e revolta. Quase 30 anos depois, o que preocupa agora é o rebatimento que a desativação do aterro, programada para este ano, terá sobre a vida de uma comunidade que aprendeu a conviver e viver das mais de dez mil toneladas de lixo despejadas a cada dia em Duque de Caxias...(Expo Brasil Desenvolvimento local, 2007, p. 1 *apud*. BASTOS, 2008).

Muitos são os conflitos entre os interesses dos diversos atores sociais do território. As necessidades e problemas identificados como prioridade pela população residente no bairro, geralmente, não são as mesmas definidas pelas autoridades.

Esse estudo pretende aprofundar questões sobre a situação de saúde daquela comunidade, enfatizando os problemas de saúde e ambiente e as respostas sociais dadas a eles, considerando o processo histórico de formação daquele território.

1. 1 QUESTÕES NORTEADORAS

- Considerando o processo histórico de formação de Jardim Gramacho, qual a relação entre a configuração sócio-espacial do bairro e os problemas de saúde e ambiente?
- Quais os problemas de saúde e ambiente do Bairro Jardim Gramacho, considerando os diferentes agentes sociais envolvidos?
- Quais as respostas sociais frente aos problemas de saúde e ambiente do Bairro Jardim Gramacho e os Agentes Sociais envolvidos?

1.2 PRESSUPOSTO

Este estudo assume como pressuposto que a configuração sócio espacial influencia no perfil de saúde e doença de uma comunidade. O território socialmente utilizado pelas ações dos diversos agentes sociais vai se construindo num processo histórico. É o lugar onde ocorrem as disputas, os conflitos e as solidariedades, sofre influências locais e globais e tem características próprias que podem produzir contextos vulneráveis ou não. A compreensão desse território permite identificar os processos que determinam os perfis de saúde e doença e é especialmente importante para planejar as ações em saúde.

O bairro Jardim Gramacho é um território heterogêneo, que apresenta áreas vulneráveis do ponto de vista social e ambiental. E o fechamento do aterro provoca uma profunda mudança que, entre outras coisas, interfere na economia do bairro e exacerba os conflitos existentes entre os diferentes agentes do território e pode aumentar a vulnerabilidade da população.

Devido à limitação do Estado em suprir as necessidades da população do bairro, as pessoas e os grupos lançam mão de estratégias e táticas para resolver seus problemas de saúde e ambiente. Esse movimento da população dando respostas aos seus problemas também modifica a situação de saúde daquele local. Sendo assim, tanto os conflitos como as práticas comunitárias de solidariedade interferem na reprodução social da população e no processo saúde/ doença.

1.3 OBJETIVOS

OBJETIVO GERAL

- Analisar os problemas de saúde e ambiente, e identificar as principais respostas sociais a eles, considerando a configuração sócio-espacial do Bairro Jardim Gramacho e os agentes sociais envolvidos.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever a configuração sócio-espacial do bairro, considerando seu processo histórico de formação.
- Descrever os principais problemas de saúde e ambiente, considerando os diferentes agentes sociais envolvidos e a configuração sócio-espacial.
- Identificar as principais respostas sociais frente aos problemas de saúde e ambiente descritos

1.4 JUSTIFICATIVA

Esse estudo se justifica pela grande vulnerabilidade sócio ambiental da comunidade em questão, considerando a mudança que ocorrerá naquele território com a saída do aterro sanitário, que trará conseqüências tanto positivas quanto negativas para a situação de saúde daquela população. Sendo importante investigar a situação de saúde daquele bairro, considerando o ponto de vista dos que vivenciam o cotidiano desse território, suas percepções e respostas frente às necessidades de saúde e ambiente para pensar políticas de saúde capazes de melhorar a situação de vulnerabilidade das famílias.

A territorialização de atividades de saúde vem sendo preconizada por diversas iniciativas no interior do Sistema Único de Saúde (SUS), como o Programa Saúde da Família, a Vigilância Ambiental em Saúde, Cidades Saudáveis, como forma de organização do processo de trabalho e das práticas de saúde (MONKEN e BARCELOS, 2005). Esse estudo pretende contribuir para pensar a investigação em saúde territorializada e as técnicas para atuar no nível local. Ao conhecer o contexto local, identificando os processos que interferem na produção dos perfis de saúde e doença é possível planejar adequadamente as ações de saúde.

Pretende contribuir, do ponto de vista teórico, com a discussão sobre o estudo do território que considere a heterogeneidade e a complexidade dos processos de determinação da saúde. Numa perspectiva que integre as respostas sociais existentes no território, frente aos problemas de saúde e ambiente, demonstrando os conflitos nas escolhas de intervenções para o enfrentamento dos problemas, e as práticas comunitárias de solidariedade.

Segundo Barcelos (2008a), a maior parte dos estudos sobre desigualdades sociais no espaço desconsidera a complexidade dos processos de determinação das condições de saúde. Sobre esses processos intervêm não só as condições materiais de vida, mas também a capacidade de resposta dos grupos humanos aos problemas de saúde, as condições ambientais e a própria atuação dos serviços de saúde.

Assim, Paim (2009) afirma que é preciso produzir conhecimentos que contribuam efetivamente para reorientar os ‘modos tecnológicos de intervenção em saúde’ e ajudem a enfrentar as questões da realidade. Trata-se de construir propostas que se aproximem da essência dos fenômenos mediante trabalho teórico e epistemológico.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 CONTRIBUIÇÕES DAS CATEGORIAS ESPACIAIS PARA A INVESTIGAÇÃO EM SAÚDE

O território é um local privilegiado para observar os processos que interferem na situação de saúde das populações, por isso tornou-se uma importante estratégia de análise para compreender as desigualdades em saúde e os fatores que determinam um maior ou menor grau de adoecimento das comunidades e como eles se relacionam.

Já há bastante tempo a geografia contribui na investigação em saúde através do trabalho de padronização espacial da morbidade e mortalidade. Nos sec. XVIII e XIX se desenvolveram os primeiros estudos organizados, tendo grande destaque o trabalho realizado pelo médico John Snow sobre a incidência da mortalidade por cólera em um bairro de Londres. As questões sociais só ganhariam corpo no final do sec. XIX com os movimentos e as revoluções socialistas e a organização dos proletários em entidades de classe (MAZETTO, 2008).

No final do sec. XIX e início do sec. XX, devido ao grande desenvolvimento da microbiologia ocorreu um declínio das pesquisas em geografia da saúde. Uma nova valorização das relações entre o ambiente físico e a saúde, mais especificamente o ambiente biológico, ocorreu com o desenvolvimento do movimento sanitarista. Considerava o espaço geográfico como isolado e estático, e sem dimensão histórica (MAZETTO, 2008).

A abordagem contemporânea da geografia da saúde problematiza a noção de saúde e doença de forma interdisciplinar, transgredindo os métodos do modelo biomédico e da abordagem tradicional da geografia da saúde. Ocorre uma valorização da metodologia qualitativa, da experiência subjetiva e da teoria social e econômica como ferramenta interpretativa. Busca identificar e investigar os determinantes econômicos, sociais e políticos da saúde-doença e tem uma abordagem cultural que qualifica os componentes imateriais do espaço na interpretação dos quadros de saúde e doença (NOSSA, 2008).

O espaço é visto como histórico e socialmente construído. Para Santos (1996), o espaço geográfico é um conjunto indissociável de sistemas de objetos e sistemas de ações. Os sistemas de objetos geográficos (fixos) são naturais ou criados pela sociedade (rios, montanhas, barragens, estradas de rodagem, portos, indústrias, etc.). Esses objetos fixos têm certos tipos de ações (fluxos de pessoas, materiais e idéias), que compõe o chamado sistema de ações. Esse conjunto de sistemas de fixos e fluxos se apresenta como testemunha de uma história escrita pelos processos do passado e do presente.

Os indivíduos em sociedade criam meios instrumentais e sociais com os quais realizam sua vida, produzem e criam espaço. Essa concepção de espaço leva em conta todos os objetos existentes supondo a coexistência desses objetos como sistemas. A utilidade dos objetos vem exatamente do seu uso pelos grupos humanos que os criaram ou que os herdaram das gerações anteriores, possuindo, também, um papel simbólico. A identificação desses objetos, seus usos pela população e sua importância para os fluxos das pessoas e de materialidades são de grande relevância para o reconhecimento da dinâmica social, hábitos e costumes, bem como na determinação de vulnerabilidades para a saúde humana, originadas nas interações de grupos humanos em determinados espaços geográficos (MONKEN, BARCELOS, 2005).

No momento atual em que a saúde pública vem buscando caracterizar os determinantes sociais e ambientais dos problemas de saúde, retoma-se o interesse pelo espaço geográfico, tanto como categoria de análise da distribuição espacial dos agravos quanto para o aperfeiçoamento dos sistemas de saúde, compreendendo o território como uma estratégia de ação (BARCELOS, 2008).

O espaço estabelece um elo entre grupos populacionais com características sociais que podem magnificar efeitos adversos quando entram em contato com fontes de contaminação e locais de proliferação de vetores. Essa ligação além de acontecer “no” espaço se dá, principalmente, “através” da organização espacial. A organização espacial impõe uma lógica de localização e funcionamento tanto para a produção quanto para a reprodução da sociedade. Assim, o espaço geográfico é produto das desigualdades, refletindo uma determinada organização da sociedade, como também é produtor de desigualdades, cristalizadas por meio da segregação espacial e de mecanismos de mercado (BARCELOS, 2008b).

Cada lugar previne, produz exposição, trata doente e promove saúde, esses fatores articulados produzem o ‘contexto’. Conhecer esse contexto das doenças permite planejar adequadamente ações de controle, promover saúde e alocar recursos (BARCELOS, 2008a). O reconhecimento do território na escala do cotidiano é um caminho para a promoção da saúde enraizada no entendimento da complexidade e das necessidades cotidianas (PORTO, 2009).

O lugar trata do cotidiano, do mundo vivido e a sua análise deve considerar os objetos, as ações, a técnica e o tempo. O seu entendimento contribui para compreender a relação entre espaço e movimentos sociais, sendo que esse componente do espaço geográfico é, ao mesmo tempo, uma condição para a ação; uma estrutura de controle, um limite a ação; um convite a ação (SANTOS, 1996).

A escala geográfica operativa para a territorialização emerge dos espaços da vida cotidiana. As regras e recursos para utilização do território são apropriados pela população nas práticas sociais da vida cotidiana. Esse território, socialmente utilizado adquire características locais próprias, e a compreensão desse conteúdo geográfico do cotidiano na dimensão local tem grande potencial não só explicativo, como também de identificação de situações-problema para a saúde. A análise sistêmica do contexto local, em escalas geográficas do cotidiano, permite identificar a formação contextual de uma situação de saúde, no espaço e no tempo (MONKEN, BARCELOS, 2005).

No atual momento histórico da globalização, Santos (1996), refere que cada lugar é, a sua maneira, o mundo e imerso numa comunhão com o mundo, torna-se diferente dos demais. A uma maior globalidade corresponde uma maior individualidade. Para apreender essa nova realidade do lugar, não basta adotar um tratamento localista, pois o mundo se encontra em toda parte e nem considerar somente os fenômenos dominados pelas forças sociais globais. A localidade se opõe a globalidade, mas também se confunde com ela.

A ordem global funda as escalas superiores ou externas à escala do cotidiano e busca impor, a todos os lugares, uma única racionalidade. Já a ordem local é associada a uma população contígua de objetos, reunidos e regidos pelo território. Funda a escala do cotidiano, com seus parâmetros de co-presença, vizinhança, intimidade, emoção, cooperação e conflito, baseadas na contiguidade. Esses lugares reúnem numa mesma lógica interna todos os seus elementos: homens, empresas, instituições, formas sociais e jurídicas e formas geográficas e respondem ao “mundo” segundo os diversos modos de sua própria racionalidade. Ou seja, cada lugar é, ao mesmo tempo, objeto de uma razão global e de uma razão local, convivendo dialeticamente (SANTOS, 1996).

A formação socioespacial exerce um papel de mediação entre o mundo e o território, entre o mundo e o lugar. O território utilizado supõe, de um lado, a existência material de formas geográficas, naturais ou transformadas pelo homem, e de outro lado, a existência de normas de uso, jurídicas ou meramente costumeiras, formais ou simplesmente informais. Formas e normas trabalham num conjunto indissociável, tornando o território local, em si mesmo, uma norma, função da sua estrutura e de seu funcionamento (SANTOS, 1996).

A análise do território deve permitir observar a grande heterogeneidade existente, quem são os agentes sociais e de que forma eles se utilizam do território, as disputas de poder e os conflitos existentes e como isso atinge a reprodução social dos grupos e o processo saúde e doença. Possibilitando também, analisar os problemas de saúde não somente na perspectiva

dos Serviços de Saúde e do Estado, mas também de quem os vivencia, ampliando o olhar sobre as necessidades e problemas de saúde.

2.2 ESPAÇO URBANO E TERRITÓRIOS VULNERÁVEIS

O espaço urbano da sociedade capitalista é profundamente desigual. Sua organização é fragmentada em áreas centrais, comerciais, industriais, residenciais, etc. É também um espaço articulado, cada uma de suas partes mantém relações espaciais com as demais através de diversos fluxos de intensidades variáveis. Esta divisão articulada é a expressão espacial de processos sociais, resultando em áreas residenciais segregadas, refletindo a complexa estrutura social de classes da sociedade (CORREA, 1989).

A forte urbanização e fragmentação das cidades e regiões metropolitanas são derivadas da crise socioambiental gerada pelo capitalismo globalizado contemporâneo e pelas políticas neoliberais, ocasionando problemas sanitários e socioambientais que tendem a se agravar. Essa crise envolve, entre outras questões, a degradação ambiental, a poluição e a exploração do trabalho, problemas distribuídos espacialmente de forma desigual entre regiões, países e populações, marcando situações de vulnerabilidade e injustiça socioambiental. Envolve também, a qualidade e quantidade da provisão de bens públicos, bem como a demanda por políticas públicas com caráter mais democrático e participativo. (PORTO, 2009).

Essa organização intensamente desigual e injusta dos territórios afeta o processo de reprodução social e resulta em espaços marcados por grandes vulnerabilidades sociais e ambientais, com distribuição desigual de recursos. Segundo Santos (1996), a sociedade não se distribui uniformemente no espaço, essa distribuição resulta de uma seletividade histórica e geográfica derivada da necessidade e das possibilidades da sociedade em um dado momento e também pelas formas preexistentes, portadoras de funcionalidades específicas (SANTOS, 1996).

Em ambientes como as grandes cidades, os riscos e os elementos que podem interferir na vulnerabilidade são muitos, tornando difícil apreender relações entre determinados perigos e certas características do grupo demográfico. A mera associação entre pobreza e degradação urbanística com a vulnerabilidade é uma relação causal simplista, que não considera a produção social do risco, e as capacidades de resposta da sociedade e dos indivíduos. Em vista disso, olhar para os perigos e para a vulnerabilidade do lugar é uma estratégia que permite captar os elementos que interferem na produção, aceitação e mitigação dos riscos (MARANDOLA e HOGAN, 2009).

Assim, estudos que buscam uma abordagem qualitativa em uma microescala de análise têm sido reclamados como necessários para melhorar a compreensão da vulnerabilidade. A abordagem de análise do lugar permite integrar os elementos físicos, sociais e simbólicos, e considerar os efeitos da vizinhança na capacidade das pessoas de lidarem com os perigos a que estão expostas (MARANDOLA e HOGAN, 2009).

Para os autores a vulnerabilidade envolve as qualidades intrínsecas (do lugar, das pessoas, da comunidade, dos grupos demográficos) e os recursos disponíveis (na forma de ativos) que podem ser acionados nas situações de necessidade. O contexto social e o geográfico possuem atributos que fornecem elementos para pessoas e lugares estabelecerem seus sistemas de proteção.

Os grupos sociais excluídos nas cidades têm como possibilidades de moradia os locais densamente ocupados, próximos aos grandes centros urbanos, terrenos usualmente inadequados para os outros agentes do espaço. É na produção da favela, em terrenos públicos, ou privados invadidos, em encostas íngremes, áreas alagadiças, etc. que esses grupos tornam-se, efetivamente, agentes modeladores do espaço, produzindo espaço. Esse espaço é, ao mesmo tempo, uma forma de resistência e uma forma de sobrevivência. (CORREA, 1989).

Uma população delimitada, segundo critérios espaciais, não pode ser considerada como um conjunto de indivíduos independentes. As conexões entre esses indivíduos, bem como suas relações com o território, influenciam as suas condições de saúde. Assim, é necessário examinar as homogeneidades e heterogeneidades no espaço como chave para o entendimento da complexidade dos processos de determinação da saúde (BARCELOS, 2008).

2.3 AS NECESSIDADES E OS PROBLEMAS DE SAÚDE

A categoria saúde é construída por atores sociais concretos, no movimento das relações das pessoas entre si, e em sociedades. A sua conceituação é imprecisa, não permite uma definição objetiva, sendo definida a partir de questões centrais, como o equilíbrio, a capacidade de realização e o bem estar, e de suas interações com outros conceitos com os quais se relacionam, sempre a partir de perspectivas definidas em determinado período histórico. Diversas concepções de saúde e doença podem coexistir num mesmo período, integrando os modos de viver de diferentes grupos sociais, assegurando as relações do passado com o presente (SABROZA, 2001).

No Sec. XIX a saúde era vista como bem público, e alvo de intervenções estatais, nesse momento ganhavam força os estudos voltados para o social, que atribuíam a

responsabilidade das doenças à pobreza da maioria da população. Identificava-se na época duas correntes de pensamento, a contagionista que enfatizava a necessidade de uma causa específica como origem da doença e a anticontagionista, que atribuía a responsabilidade do adoecimento a um desequilíbrio do conjunto de circunstâncias (ambiente insalubre, condições precárias de trabalho e moradia, etc.) que interferem na vida de um indivíduo ou de uma população. (CZERESNIA, 2004).

Após esse período, no início do sec. XX, com o desenvolvimento da microbiologia e a descoberta do germe passaram a predominar as teses etiologistas, derivadas das teses contagionistas do século XIX, que não consideravam as condições de vida e de trabalho, como explicativos da Situação de Saúde. Com o desenvolvimento da clínica tornou-se dominante uma concepção mecânica do corpo humano e da prática médica restauradora, dominando completamente as intervenções sobre o processo saúde-doença, havendo uma mudança de paradigma de uma perspectiva populacional em direção a uma perspectiva individual (CASTELLANOS, 1997).

Em meados do Sec. XX renova-se o interesse pelas explicações sociais do processo saúde-doença, resultado das transformações sociais caracterizadas pela emergência dos movimentos políticos de luta pelos direitos civis, o fortalecimento da perspectiva crítica, a valorização do contexto sócio-cultural e político na determinação dos comportamentos humanos. Nos dois últimos séculos acumulam-se evidências que tanto o nível de pobreza quanto o contexto social em que ela se desenvolve importam na determinação do estado de saúde das populações (BARATA, 2005).

Apesar do exposto acima, existe um predomínio da concepção etiológica da saúde, com uma visão mecanicista das relações de causa e efeito. Na perspectiva dessa concepção, os problemas de saúde são percebidos quase exclusivamente como problemas de indivíduos, dificultando a percepção e o estudo de fenômenos de saúde relevantes, como os diferenciais de situação de saúde entre diferentes grupos de população e as iniquidades sociais no âmbito da saúde (CASTELLANOS, 1997).

O modelo epidemiológico hegemônico apresenta limites importantes quando o objetivo é explicar a Situação de Saúde das populações. Goldberg (1990) cita os principais problemas desse modelo: ao considerar os indivíduos como unidades estatísticas independentes, ignoram-se as relações sociais nas quais as representações, os comportamentos, os saberes e os modos de vida são produzidos. A análise estatística opera um corte no tempo das situações de risco ou dos comportamentos sanitários de uma população, sem considerar a sua historicidade. Assim, não incorpora o fato de que os riscos

são influenciados por movimentos diferentes, por vezes contraditórios segundo os grupos sociais: modelos de consumo, os modos de vida, os movimentos migratórios, entre outros.

Para investigar a situação de saúde de uma população é preciso refletir sobre os fatores que condicionam e determinam um maior ou menor grau de adoecimento das comunidades e como eles se relacionam entre si. Como também a responsabilidade das políticas públicas na produção desses perfis de saúde-doença.

São necessários modelos que incorporem a complexidade do processo saúde e doença. Segundo Castellanos (2004), o modelo chamado de Análise de Situação de Saúde é um dos campos de aplicação da epidemiologia, e tem a intenção de intervir sobre a saúde da população, considerando como atributo essencial a toda população a interação entre seus membros. Destinado a fortalecer decisões, é visto como um aporte básico para a definição de políticas de saúde, possui um compromisso com a transformação da saúde das populações e, principalmente, com a redução das iniquidades. Consiste na descrição e explicação do perfil de problemas prioritários de saúde de uma população.

As políticas de saúde pública se expressam em prioridades entre diferentes populações, entre diferentes problemas de saúde e entre diferentes estratégias de intervenção, respondem a certos valores e interesses dos agentes que participam dos processos de decisões. As percepções dos agentes envolvidos nem sempre são coincidentes, sendo na sua essência, conflituosas (CASTELLANOS, 2004).

Assim, segundo o autor, a situação de saúde não pode ser definida à margem dos agentes sociais envolvidos nos processos de decisão. Não existe uma situação de saúde que possa ser analisada a margem da intencionalidade do sujeito que analisa e interpreta.

Segundo Castellanos (1991) situação de saúde inclui: as condições de vida, os perfis de necessidades e problemas e as respostas sociais organizadas frente aos mesmos. As condições de vida de cada grupo da população traduzem a forma particular de inserção da população no conjunto da estrutura da dinâmica social, constituindo mediações entre os processos mais gerais da sociedade e os problemas de saúde doença de cada grupo populacional. São consideradas dimensões do processo de reprodução social – reprodução dos processos biológicos, ecológicos, das formas de consciência e conduta e dos processos econômicos.

O autor sintetiza o processo de reprodução social, da seguinte maneira:

- Processos predominantemente biológicos – Derivados do potencial genético e imunológico;
- Processos predominantemente ecológicos – Meio ambiente residencial e do trabalho;

- Processos da reprodução da consciência e da conduta – determinantes culturais, hábitos e formas de conduta. Estilos de vida individual e coletivos;
- Processos predominantemente econômicos – forma de articulação com a produção, distribuição e consumo de bens e serviços.

As condições de vida da população determinam as necessidades de saúde e estas são socialmente representadas como problemas de saúde pelos atores sociais. Atores sociais são pessoas, instituições ou organizações que tem capacidade para mobilizar recursos de poder em intervenções sobre problemas de saúde. Cada um desses atores opera com um conjunto de expectativas e aspirações de futuro (CASTELLANOS, 2004).

Devido à grande heterogeneidade das populações, as necessidades são essencialmente diferentes. E essas necessidades são definidas pela inserção social dos grupos na sociedade. Campos (2005), realizou um estudo onde constatou que existem várias ordens de necessidades e que estas estão relacionadas à reprodução social, à precária presença do Estado e à pouca participação política.

Além do olhar técnico dos profissionais e gestores da saúde, a experiência e o significado vivenciados pela população precisam ser considerados ao caracterizar e priorizar as necessidades e os problemas de saúde de uma comunidade.

2.4 RESPOSTAS SOCIAIS E PRÁTICAS

Sobre os processos de determinação da saúde intervêm as condições de vida, a capacidade de resposta dos grupos humanos aos problemas, as condições ambientais e a atuação dos serviços de saúde (BARCELOS, 2008).

Castellanos (1991) afirma que as ações predominantemente sociais são as organizadas pelos coletivos humanos, incorporando tanto as realizadas no contexto das organizações comunitárias, como aquelas estabelecidas no contexto das organizações governamentais e da sociedade civil. Estão submersas em complexos processos de interação entre diferentes atores sociais e instituições, são essencialmente contraditórias e conflituosas. Mediadas pela consciência individual e coletiva acerca das possibilidades de modificação dos problemas, sobre o papel que corresponde a cada elemento – indivíduo, família, grupo.

O autor organiza as respostas sociais em três grandes grupos: promoção da saúde, prevenção da saúde e atenção da saúde.

- As respostas de promoção da saúde se referem às ações que impactam favoravelmente as condições de vida da população. Atuam sobre os determinantes do processo saúde/doença, tendo um caráter intersetorial.
- As ações de prevenção da saúde dirigem-se à prevenção de agravos específicos e aos grupos da população com maiores riscos.
- Já as respostas de atenção a saúde são as que atuam sobre a cura de agravos específicos, a diminuição da dor e do sofrimento e a reabilitação

Segundo o autor as respostas sociais são dirigidas para os indivíduos, para os grupos específicos ou para a sociedade em geral, sendo que as respostas de promoção da saúde atuam mais sobre a sociedade, em seguida sobre os grupos específicos e por último, com menos intensidade, sobre os indivíduos. Já nas ações curativas ou de atenção a saúde a relação se inverte.

No mundo globalizado, a função fundamental do Estado passa a ser a promoção do desenvolvimento econômico para o qual é necessário flexibilizar a economia, e adequar-se as regras impostas pelo mercado internacional. Isso significa diminuir as políticas de proteção social como, por exemplo, flexibilização dos direitos trabalhistas e previdenciários, das regulações ambientais, entre outros, objetivando tornar o mercado atrativo para a entrada de empresas internacionais. Nos sistemas de saúde também é possível perceber modificações significativas de sua organização e forma de financiamento com tendências a privatização e a redução do gasto público nesse setor.

É possível questionar se a maneira do Estado oferecer seus serviços ao público é sempre benéfica. Para que as ações do Estado contemplem de fato a solução das necessidades e problemas das populações, precisam considerar, obrigatoriamente, o que as pessoas pensam sobre seus próprios problemas e que soluções espontaneamente buscam (VALLA, 1998). Percebe-se que as classes populares encontram formas para se defender e buscar sua sobrevivência diante das condições precárias de vida (VALLA, 2000).

As experiências dos grupos, embora determinadas em grande parte pelas relações de produção são vivenciadas e reelaboradas de maneiras diferentes, de forma que os significados que os agentes lhes atribuem não serão os mesmos. Essa experiência vivida pelos grupos sociais provoca diversas ações que fazem parte da mudança histórica e social. “No centro do acontecer histórico, a experiência pode relacionar processos macro-estruturais com a forma como eles são experimentados pelos sujeitos” (CUNHA, 1995).

Assim, para além das condições de vida é preciso olhar também como os grupos experimentam suas condições de vida e atuam sobre elas dando múltiplas respostas as suas

necessidades e problemas de saúde. Essa experiência traduz aspectos particulares que revelam percursos históricos diversos. Ao considerar as experiências de vida, volta-se a atenção para uma determinada forma de apropriação da realidade e as possibilidades de ação sobre ela (OLIVEIRA e VALLA, 2001; CUNHA, 1995).

As práticas da população elas acontecem nos lugares, no cotidiano, são relações no espaço. Essas maneiras de fazer dos grupos, construídas a partir de suas experiências devem ser reconhecidas e sempre analisadas considerando o contexto em que estão inseridas (ACIOLI, 2006).

Alguns grupos sociais se organizam em rede para enfrentar os problemas do cotidiano, seja através de movimentos sociais, associações de moradores, grupos religiosos, atividades sociais, educativas, de lazer, entre outros. Trata-se de iniciativas de participação da sociedade civil que revelam estratégias e táticas de resistência as condições de precariedade e apontam para novas formas de gestão social. Além disso, a ajuda mútua e a solidariedade incentivam estratégias de fortalecimento e organização política da população. (LACERD, *et. al.* 2006)

A ação comunitária tem que ser entendida como uma participação mais ampla, desde reivindicar que o Estado exerça o seu papel e responsabilidade executando os serviços básicos para a população, até a atuação direta da população no enfrentamento dos seus problemas cotidianos (VALLA, 1998).

As respostas sociais podem ser divididas em respostas como demanda a outro agente social ou instituição e aquelas com intervenção própria (CASTELLANOS, 1997). As diferentes respostas sociais, tanto as realizadas pelo Estado e as que são organizadas pela população, modificam de alguma forma os perfis de necessidades e problemas de saúde, e assim, modificam também a situação de saúde de uma determinada população.

3. METODOLOGIA

3.1 CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTUDO

O bairro Jardim Gramacho, onde foi realizado esse estudo, está localizado no Município de Duque de Caxias, região Metropolitana do Rio de Janeiro, conhecida com baixada fluminense.

O Município de Duque de Caxias (Fig 01) faz fronteira com os seguintes municípios Belford Roxo, Rio de Janeiro, Magé, Miguel Pereira, Nova Iguaçu, Petrópolis e São João de Meriti. Segundo dados do Censo 2010, Duque de Caxias possui uma área de 467,619 km², e uma população de 855.048 habitantes, com densidade demográfica de 1.828,51 hab/km², correspondendo a cerca de 6,8% da área da Região Metropolitana do Estado e, aproximadamente, a 35% da área da Baixada Fluminense, é o quarto maior município em população da Região Metropolitana, ocupando a mesma posição com relação ao Estado, perdendo para os municípios do Rio de Janeiro, de São Gonçalo e Nova Iguaçu. Administrativamente o Município está dividido em quatro Distritos (Fig. 02): 1º Distrito - Duque de Caxias; 2º Distrito - Campos Elíseos; 3º Distrito – Imbariê; 4º Distrito – Xerém (IBASE, 2005).

Figura 01 Região metropolitana do Rio de Janeiro e Baixada Fluminense



Fonte: Prefeitura Municipal de Duque de Caxias - Secretaria de Meio Ambiente.

Figura 02 Divisão Administrativa do Município de Duque de Caxias



Fonte: Prefeitura Municipal de Duque de Caxias - Secretaria de Meio Ambiente.

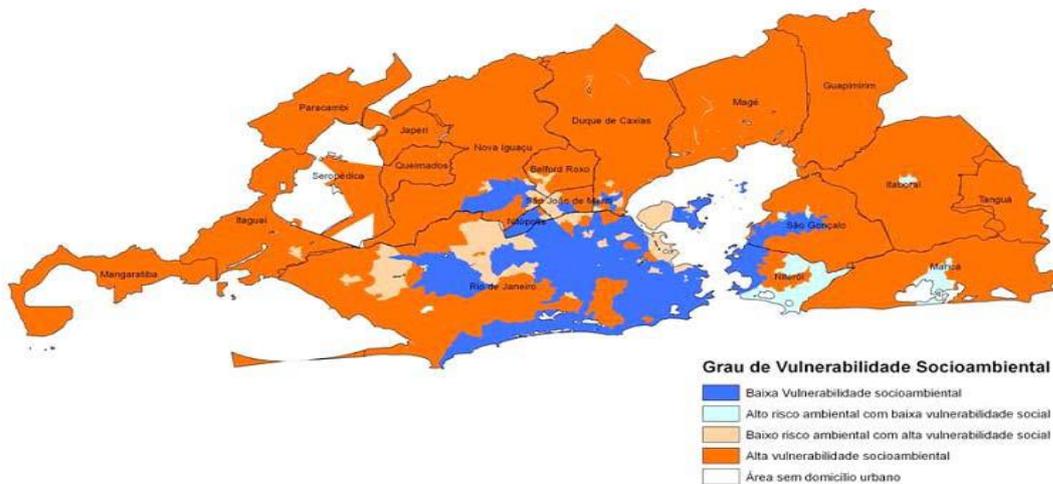
Segundo o relatório do Plano Diretor Urbanístico do Município (2006), a referência para a distribuição da população do território municipal em 2000, mostra que a população de Caxias se concentra nos Distritos de Duque de Caxias e Campos Elyseos, especialmente no primeiro, área de ocupação mais consolidada que abriga o Centro da cidade. O Distrito de Duque de Caxias concentra 44% da população, enquanto o restante se distribui por Campos Elyseos (31% do total), Imbariê (18%) e Xerém (7%), os dois últimos distritos com áreas rurais.

O Município abriga a 3ª maior refinaria de petróleo da Petrobrás, a Refinaria de Duque de Caxias – REDUC. Arrecada mais de 19% do ICMS do Estado, o que o situa no 2º lugar no *ranking* de arrecadação estadual, atrás apenas da capital. De acordo com a metodologia adotada pelo IBGE, Caxias tem o terceiro Produto Interno Bruto (PIB) do Estado, atrás do Rio de Janeiro e praticamente empatado com Campos de Goytacazes (OLIVEIRA E SANTOS, 2006). Possui também, o sexto maior PIB do país, e na contramão dessa grande arrecadação está o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), que no ano 2000, ocupava a 52ª posição no Estado (IBASE, 2005). Segundo os dados do censo 2010, no município de Duque de Caxias 13% dos domicílios tem renda per capita na condição de indigência e 19% na condição de pobreza.

Nos dados do censo 2010, o município aparece como tendo 63% dos domicílios abastecidos por rede geral de água, 32% por poço ou nascente e 5% por outras formas. Sobre o esgotamento sanitário, 77% dos domicílios possuem rede geral de esgoto o que na região metropolitana chega a 83%. Já o lixo é coletado por serviço de limpeza em 96% dos domicílios do município. Os indicadores municipais encontram-se melhor especificados posteriormente.

O relatório “Vulnerabilidade Socioambiental das Regiões Metropolitanas Brasileiras”, elaborado pelo Observatório Das Metrôpoles, identifica desigualdades sociais e como estas se associam com situações de desigualdades ambientais, utilizando indicadores de desvantagens demográficas e socioeconômicas. Nesse relatório, Duque de Caxias apresenta a maior parte do seu território com alta vulnerabilidade sócioambiental (Fig. 03) (IPPUR/FASE, 2009).

Figura 03 Grau de Vulnerabilidade socioambiental da Região Metropolitana do Rio de Janeiro, 2000.



Fonte: IPPUR/FASE, 2009.

A partir da figura acima é possível verificar, também, que apenas parte do primeiro distrito do Município encontra-se classificado como baixa vulnerabilidade socioambiental. A região aonde se localiza o bairro Jardim Gramacho possui, segundo esse estudo, alta vulnerabilidade socioambiental.

Jardim Gramacho

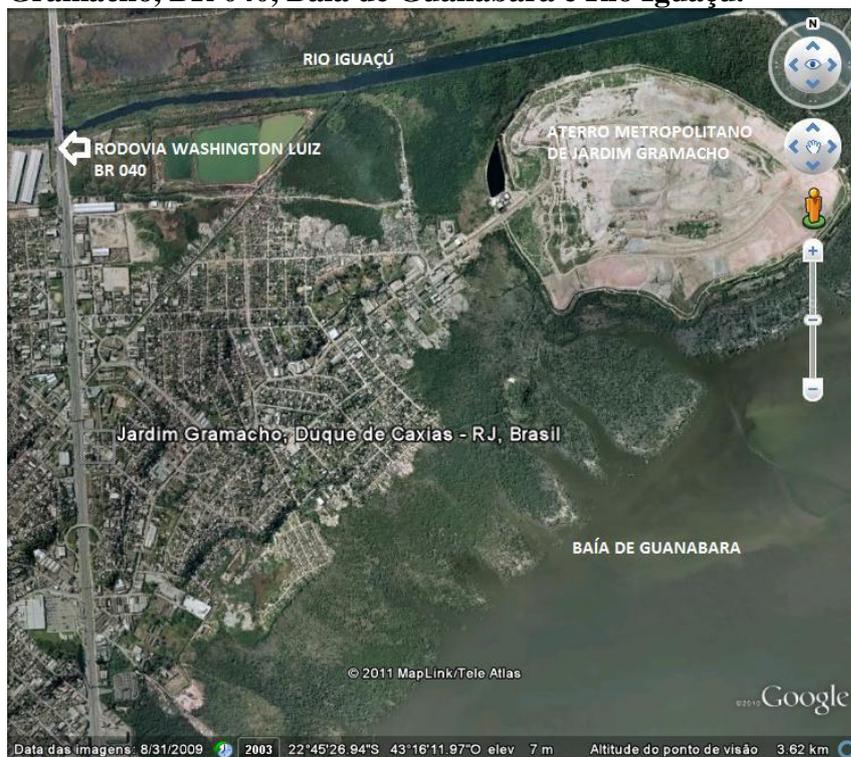
Jardim Gramacho encontra-se localizado no primeiro distrito de Duque de Caxias. Neste estudo a área que foi analisada está localizada entre os manguezais que circundam a Baía de Guanabara e a BR 040 – Rodovia Washington Luiz (Fig. 04 e 05), importante ligação entre o Estado de Minas Gerais e o Estado do Rio de Janeiro. No diagnóstico realizado pelo IBASE no ano de 2005, o bairro foi dividido em algumas localidades: a COHAB (conjunto habitacional), o Morro do Cruzeiro, o Triângulo e o Morro da Placa, são ocupações antigas e possuem infra-estrutura urbana (saneamento, pavimentação das ruas, água e energia elétrica oficiais) adequada à demanda. Entre as ocupações recentes estão: a Chatuba, a Favela do Esqueleto, o Beco do Saci, a Cidade de Deus, a Avenida Rui Barbosa, o Parque Planetário, e a comunidade da Paz/ Maruim, que são consideradas as áreas mais pobres e em geral com saneamento básico precário (IBASE, 2005).

Figura 04 Localização do Bairro Jardim Gramacho e do Aterro Sanitário.



Fonte: Prefeitura Municipal de Duque de Caxias - Secretaria de Meio Ambiente.

Figura 05 Bairro Jardim Gramacho, Aterro Metropolitano de Jardim Gramacho, BR 040, Baía de Guanabara e Rio Iguaçú.



Fonte: Google Earth, 2011.

O AMJG foi desativado em Junho de 2012, isso causou grandes mudanças no território. O aterro ocupava uma área de aproximadamente 1,3 milhões de m² e recebia um volume de lixo de 8.000 toneladas/ dia, provenientes dos municípios do Rio de Janeiro, Duque de Caxias, Nilópolis, São João do Meriti e Queimados, cerca de 240.000 toneladas/ mês, transportado por cerca de 600 caminhões por dia segundo IBASE (2005), até junho de 2012. O talude de lixo e de material de recobrimento já ultrapassava 40 metros de altura, sendo possível vê-lo da Rodovia Washington Luiz e do Aeroporto Internacional do Rio de Janeiro. Segundo o IETS (2011) se encontrava fora das exigências legais da nova Política Nacional de Resíduos Sólidos (Lei 12.305/2010) e causava problemas ao aeroporto e aos projetos de recuperação dos portos e da saúde ambiental da Baía de Guanabara.

Segundo Bastos (2008), a economia do bairro sobreviveu, durante esses anos, em função da presença do catador, eles retiravam do aterro toneladas de materiais que eram comprados em seguida pelos sucateiros locais, existindo ainda várias biroskas, bares e botequins de médio porte que comercializavam diariamente alimentação, bebidas alcoólicas e cigarros, entre outros itens, com os catadores. Uma das questões de grande importância hoje é

o fechamento do aterro, e o destino dos milhares de famílias que dependem do lixo depositado lá.

Segundo os dados do Censo 2010 em Jardim Gramacho vivem 18951 habitantes distribuídos por 5701 domicílios. No bairro 15% dos domicílios tem renda *per capita* na condição de indigência e 24% na condição de pobreza. Segundo a renda o bairro possui, proporcionalmente, três vezes mais domicílios em condições de indigência que a região metropolitana.

A partir dos dados do IBGE do último Censo, constatou-se que, somente 57% dos domicílios de Jardim Gramacho possuem abastecimento de água por rede geral, 33% por poço ou nascente e 11% por outras formas. Sobre o esgotamento sanitário, 66% dos domicílios possuem rede geral de esgoto, os outros 44% possuem uma forma inadequada de esgoto sanitário. E, no bairro, 15% dos domicílios não possui recolhimento de lixo por serviço de limpeza público, sendo que na região metropolitana somente 3% dos domicílios não possui esse serviço.

A visão externa mais difundida do bairro é o lugar do lixo, de um dos maiores Aterros Metropolitanos da America Latina. No entanto, Jardim Gramacho, assim como grande parte dos bairros na periferia de grandes regiões metropolitanas, é um bairro heterogêneo, existindo diversas configurações, usos e ocupações desse território. Muitas fábricas estão instaladas lá, pessoas que trabalham no setor de serviços e moram no bairro não pela relação com o Aterro e sim pela proximidade com o centro de Duque de Caxias e com a cidade do Rio de Janeiro. Assim, sem negar a grande importância do aterro na vida da população, acredita-se que o bairro deve ser visto e compreendido para além do Aterro Metropolitano, identificando outras questões importantes e as diferenças entre as diversas localidades. O histórico de formação do bairro e sua configuração territorial atual serão apresentados nos resultados.

3.2 DESENHO DE ESTUDO

Este estudo foi realizado através de uma abordagem quantitativa, qualitativa, descritiva e exploratória. Trata-se de um estudo quantitativo porque trabalhou com dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), com os quais foram construídos indicadores sociodemográficos. Considera-se como um estudo qualitativo porque trabalhou com questões particulares, o universo dos significados e das percepções dos sujeitos, que não podem ou não deveriam ser quantificadas. (MINAYO, 2008).

Segundo Gil (2011), trata-se de uma pesquisa descritiva porque apresenta características de um grupo, estuda os fatores que interferem em um determinado fenômeno, assim como as suas relações. É exploratória porque proporciona uma visão geral de um tema pouco explorado, constituindo a primeira etapa de investigações mais amplas.

O objeto deste estudo possui diversos fatores envolvidos, sendo considerado de grande complexidade, onde as estratégias científicas hegemônicas – reducionistas e lineares – não são adequadas para sua resolução. Segundo Samaja (1998), quando nos referimos ao que determina o processo saúde-doença de populações, a contagem dos casos e o perfil de morbimortalidade deixam de ter papel central, cedendo esse posto aos contextos, aos ambientes e aos mecanismos por intermédio dos quais se produzem e reproduzem constantemente os processos de vida da população.

O método qualitativo permite uma aproximação maior do pesquisador com o pesquisado, como também, compreender a intencionalidade dos sujeitos na construção do espaço. Para entender as práticas sociais que produzem diferentes contextos é preciso qualificar os efeitos da ocupação em territórios específicos (SILVA, 2009). Os lugares são singulares e devem ser percebidos nas suas particularidades, para isso é preciso mergulhar em um universo cultural que só é possível através de métodos qualitativos.

A pesquisa que se caracteriza pelo envolvimento dos pesquisadores e dos pesquisados adota uma postura dialética que privilegia o lado conflituoso da realidade, e ajuda a captar os fenômenos históricos, caracterizados pela constante mudança. Assume que a realidade não é fixa, e que o pesquisador e seus instrumentos desempenham um papel ativo na coleta, análise e interpretação dos dados (GIL, 2011).

Para esta pesquisa foram utilizadas as seguintes técnicas: levantamento documental, entrevista, construção de indicadores através dos dados do Censo 2010 do IBGE e visitas guiadas. Com o objetivo de buscar arranjos de coleta e análise de dados mais adequados para produzir conhecimento a respeito de problemas concretos da natureza, da cultura, da sociedade e da história, problemas estes que se referem à saúde (ALMEIDA, 2003).

3.3 SUJEITOS DO ESTUDO

Os sujeitos do estudo foram onze Agentes Comunitários de Saúde (ACS), que trabalham nas Equipes de Saúde da Família do bairro. Foram selecionados ACS de diferentes microáreas, de forma a cobrir todas as localidades do bairro. Os ACSs foram escolhidos por serem moradores do bairro e profissionais de saúde que trabalham no bairro e, muitas vezes,

também considerados lideranças comunitárias. No cotidiano do seu trabalho circulam diariamente pelas ruas do bairro identificando necessidades e problemas de saúde e ambiente, tendo um conhecimento privilegiado do território.

Os ACS foram selecionados segundo os seguintes critérios:

- Morador de cada localidade do bairro;
- Maior tempo de morar no bairro;
- Maior tempo de inserção na Estratégia Saúde da Família.

Além dos 11 ACS foram entrevistados 06 moradores de Jardim Gramacho, que de alguma forma fossem ligados a questões de saúde e ambiente do bairro, ou moradores antigos das localidades. Os sujeitos foram selecionados através de indicações dos ACS.

O Quadro 01 abaixo traz o perfil dos entrevistados. Foi feita uma escolha de não revelar a microárea de atuação de cada sujeito para que os mesmos não fossem identificados.

Quadro 01 Perfil dos Entrevistados.

IDENTIFICAÇÃO	IDADE	PROFISSÃO	LOCAL E TEMPO DE MORADIA
E1	42	A.C.S.	Área do Aterro 35 anos
E2	56	A.C.S.	Área de Expansão 41 anos
E3	43	A.C.S.	Área Central 37 anos
E4	44	A.C.S.	Área de Expansão 37 anos
E5	43	A.C.S.	Área Central 40 anos
E6	35	A.C.S.	Área de Expansão 35 anos
E7	58	A.C.S.	Área de Expansão 42 anos
E8	52	A.C.S.	Área Central 41 anos
E9	39	A.C.S.	Área Central 39 anos
E10	60	A.C.S.	Área do Aterro 42 anos
E11	27	A.C.S.	Área Central. 27 anos
E12	32	Aux. Enfermagem	Área do Aterro 32 anos
E13	47	Aux. Serviços Gerais	Área Central 40 anos
E14	40	Professora	Área de Expansão 36 anos
E15	53	Pedagoga	Área Central 14 anos

E16	74	Aposentado, funcionário público.	Área Central. 39 anos.
E17	60	Costureira	Área Central 48 anos.

3.4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Num primeiro momento da pesquisa foi realizado um levantamento documental para descrever o processo de ocupação da região metropolitana e do bairro. Foram consultados documentos de acesso público, estudos acadêmicos, documentos de instituições, sobre a formação histórica daquele território, as mudanças ocorridas, a infraestrutura urbana, os serviços disponíveis, o contexto socioeconômico, ambiental, de saúde, educação, cultura e lazer e a relação com a Região Metropolitana o Estado, e o País.

Segundo Gil (2011), em uma pesquisa científica, é considerado documento qualquer escrita que possa contribuir para a investigação de determinado fato ou fenômeno. Nesses dados encontra-se a possibilidade de conhecer a realidade num período anterior, como também a investigação dos processos de mudança social e cultural.

Após essa etapa, foram utilizados dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), do último censo. Com os dados do censo 2010, foram construídos indicadores sociodemográficos e de saneamento para a Região Metropolitana, o Município e o Bairro. Como também, indicadores para todos os setores censitários do Bairro, que após foram agregados em áreas. Os indicadores utilizados estão descritos abaixo:

- Media de Morador por domicílio;
- Porcentagem de alfabetizados com dez anos ou mais;
- Porcentagem de população preta ou parda;
- Porcentagem de domicílios em condição de indigência e pobreza;
- Porcentagem de mulheres responsáveis por domicílios;
- Porcentagem de domicílios ligados à rede de água;
- Porcentagem de domicílios ligados à rede geral de esgoto sanitário (mais água pluvial);
- Porcentagem de domicílios com recolhimento de lixo.

Não foi possível utilizar os dados de morbidade e mortalidade do Sistema de Atenção Básica (SIAB) da Estratégia Saúde da Família (ESF), primeiro por que o nível de agregação utilizado na pesquisa é diferente do utilizado pela ESF, além disso, os dados encontram-se

desatualizados, e também, centralizados na Secretaria de Saúde do Município, sendo de difícil acesso.

Num segundo momento foi realizado o trabalho de campo, que utilizou as seguintes técnicas: entrevistas abertas semi-estruturadas, a observação sistemática e as visitas guiadas. As entrevistas foram gravadas e guiadas por um roteiro (ANEXO 1), sendo realizadas somente após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO 2). Os depoimentos permitiram identificar a história de ocupação e expansão do bairro, as diferenças entre as localidades, os problemas de saúde e ambiente e algumas respostas sociais dadas aos problemas de saúde e ambiente. Permitiram perceber, também, os diferentes pontos de vista e os conflitos entre os agentes sociais.

Segundo Gil (2011), o uso da técnica da entrevista possibilita a obtenção de dados referentes a aspectos da vida social, permitindo que o entrevistado discorra sobre o tema mais livremente. Para Quivy e Campenhoudt (2005) a entrevista permite analisar o sentido que os agentes dão aos acontecimentos, as suas práticas, as leituras das suas experiências, as interpretações de situações conflituosas, etc.

As “visitas guiadas” pelas localidades do bairro foram acompanhadas pelos ACS, as conversas foram gravadas após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO 3). Foi utilizado um roteiro para observar as diferenças na configuração sócio espacial do bairro – tipos de habitação, usos do solo, pavimentação, rede de esgoto, rede de água, luz elétrica, presença de serviços, área de lazer, atividades econômicas. Nas visitas guiadas foi utilizado um caderno de campo para anotação do que foi percebido, e realizado registro fotográfico de todas as localidades. No quadro abaixo tem uma síntese das fontes e dos dados levantados.

Quadro 02 Síntese das fontes e dados

Fonte	Dados levantados
Documentos da Prefeitura de Duque de Caxias, relatórios de entidades, estudos acadêmicos, documentos do FORUM comunitário, livros, notícias de jornais e revistas.	Dados de ocupação, utilização e expansão do solo, formação histórica e mudanças ocorridas, infra-estrutura urbana, serviços disponíveis, contexto socioeconômico, ambiental, de saúde, educação, cultura e lazer e a relação com a Região Metropolitana o Estado, e o País.
Censo 2010 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)	Dados sociodemográficos e de infra-estrutura urbana da Região Metropolitana, do Município de Duque de Caxias, do

	Bairro e dos Setores Censitários.
Entrevista Semi-estruturada e observação sistemática	História, ocupação e expansão do bairro, diferenças entre as localidades, problemas de saúde e ambiente, ações comunitárias ou de instituições atuantes no bairro (privadas, públicas ou filantrópicas), pontos de vista diferentes e conflitos existentes.
Visitas Guiadas	Tipos de habitação, uso do solo, pavimentação, rede de esgoto, rede de água, luz elétrica, presença de serviços, área de lazer, atividades econômicas, diferenças na configuração sócio espacial das localidades. Registro fotográfico.

Após a coleta dos dados, num primeiro momento, foi feito um breve resgate histórico da formação e ocupação da região metropolitana do Rio de Janeiro e do bairro. Utilizando também os limites dos setores censitários, foi realizada uma primeira sistematização da configuração territorial do bairro, sendo identificadas 16 localidades que se encontram descritas no APÊNDICE 1. Esta etapa permitiu o mapeamento do bairro em localidades e a sua agregação posterior em três grandes áreas.

Em um segundo momento então, foram identificadas as heterogeneidades na configuração territorial do bairro, e seus principais problemas de saúde e ambiente. Foram apontadas também, algumas das respostas sociais aos problemas de saúde e ambiente apontados. No entanto, não foi possível, debruçar-se com mais profundidade nas respostas sociais devido ao pouco tempo para realizar essa complexa análise, já que muitas vezes as respostas sociais geram novos problemas, o que exige uma abordagem mais processual das práticas produzidas a partir da situação de saúde e ambiente.

3.5 ASPECTOS ÉTICOS

Esta dissertação considerou todos os princípios éticos conforme prevê a Resolução 196/96 de competência do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde, que emana diretrizes sobre pesquisa com seres humanos. São seus princípios básicos o livre consentimento dos indivíduos pesquisados, beneficência, a prevenção de danos à integridade física, psicológica e social dos sujeitos da pesquisa e a relevância social, vantagens e proteção para os indivíduos e coletividades a serem estudadas. Foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP) – Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), tendo seu parecer aprovado em 13 de Junho de 2012, sob o número do parecer 44718.

Para a realização das entrevistas e das visitas guiadas foi lido para cada sujeito da pesquisa os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido, e somente após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi iniciada a coleta dos dados. Foi garantido aos sujeitos o sigilo e o direito de desistir da pesquisa a qualquer momento. Os dados estão sendo apresentados de forma agregada para garantir o anonimato dos participantes.

As entrevistas foram gravadas em aparelho digital com a autorização dos sujeitos da pesquisa e, posteriormente, foram transcritas. Os arquivos de gravação e suas transcrições serão guardados pela pesquisadora, por pelo menos cinco anos, no computador pessoal protegido por senha, garantindo a confidencialidade dos dados.

4 RESULTADOS

4.1 OCUPAÇÃO HISTÓRICA DA REGIÃO METROPOLITANA E DE JARDIM GRAMACHO

Tendo em vista a concepção, antes destacada, do espaço como histórica e socialmente constituído, a recuperação de alguns processos históricos que marcaram a ocupação e expansão da Baixada Fluminense é fundamental para que se entenda o bairro de Jardim Gramacho, na atualidade. Compreende-se aqui que, ao longo do tempo, a região metropolitana do Rio de Janeiro foi mudando de função na estrutura e dinâmica sócio econômica do estado do Rio de Janeiro, e do próprio país, o que resultou em transformações em sua paisagem e no seu espaço. Por sua vez, tais mudanças, atreladas ao próprio desenvolvimento do Rio de Janeiro, influenciaram a configuração sócio espacial que Jardim Gramacho apresenta hoje.

A gênese histórica da Baixada

Na época do Brasil Colônia, no Sec. XVI, o cultivo da cana-de-açúcar era a atividade econômica predominante no país. Seguindo o cenário nacional, a região da Baixada Fluminense era ocupada por grandes fazendas de cana-de-açúcar e engenhos para fabricar açúcar e aguardente. Em menor quantidade encontravam-se cultivos de outros produtos agrícolas como feijão, milho, mandioca, entre outros, para abastecer as próprias fazendas e o mercado do Rio de Janeiro. As terras da baixada tinham também a função de passagem dos produtos agrícolas e de pessoas até o Rio de Janeiro, principalmente por via fluvial, já que a presença de mangues e brejos dificultava o transporte por terra. O Rio Sarapuí ao norte da área em que hoje está localizado o bairro de Jardim Gramacho era utilizado para o escoamento da cana de açúcar e outros cultivos até o porto do Rio de Janeiro (COELHO, 2007; FIGUEIREDO, 2004).

Compreende-se, pois, que na época colonial, a região acompanha a lógica da formação econômica que se desenvolve no Brasil, onde um determinado território comportava uma gama diversificada de atividades produtivas, que envolviam relações sociais de produção igualmente diversificadas. No caso da Baixada, além de ter um papel como área produtora da cana de açúcar, ela dá lugar a uma economia voltada para o mercado interno, e constitui-se como um importante região de passagem em uma economia de base mercantil. Sendo assim,

compartilhando as interpretações mais recentes sobre a economia colonial (COSTA, 2009; FRAGOSO e FLORENTINO, 2001), é fundamental destacar aqui que a dinâmica econômica e social da região em questão, tal como aconteceu com outras no Brasil, não tinha seu “sentido” apenas voltado para o mercado externo, como concebia Prado Jr (1981). Ou seja, não era só determinada pelas produções que atendiam ao mercado mundial, sendo incrementada também por atividades produtivas voltadas para suas necessidades internas e processos internos de acumulação de capital.

Ainda que as referidas interpretações tenham como base o período colonial, elas nos alertam para o risco de reduzir a dinâmica econômica de um determinado território a uma atividade produtiva dominante, indicando, pois, um eixo fundamental para o entendimento da configuração histórica e social da Baixada Fluminense, bem como de outras regiões, em diversos momentos históricos.

Com a expansão da economia mineradora no final do sec. XVII e o tropeirismo na primeira metade do sec. XVIII caminhos por terra foram sendo abertos para permitir o transporte das riquezas da mineração, das colheitas das plantações de café e a passagem de viajantes e comerciantes para o Rio de Janeiro. Esses caminhos modificaram a paisagem da Baixada, ocasionando maior fluxo de mercadorias e pessoas, surgindo casebres, estalagens e pontos de vendas (FIGUEIREDO, 2004). Novamente aqui, configura-se uma conformação econômica e social, onde a economia voltada para o mercado externo, incrementam atividades produtivas articuladas ao desenvolvimento interno.

De acordo com Figueiredo (2004) é com a chegada do século XIX que a Baixada Fluminense é atingida por transformações que a levam a um período de auge, de curta duração. A chegada da família real ao Rio de Janeiro no Sec. XIX e a abertura dos portos a outras nações, aumentou o comércio com a abertura de entrepostos, lojas de atacado, varejo, e predominava a monocultura escravista cafeeira, em expansão. A independência política e o ciclo do café geraram um crescimento econômico, com isso atraindo um grande número de trabalhadores nacionais e estrangeiros. (ABREU, 2011; FIGUEIREDO, 2004).

A monocultura cafeeira resultou para Baixada Fluminense no surgimento de aglomerações populacionais fixadas no ponto de encontro entre as vias de circulação aquática e terrestre; houve a intensificação e abertura de novas estradas vinculadas com aquelas oriundas no período do Ciclo do ouro; aparelhamento para armazenagem e transporte regular de mercadorias volumosas; grande fluxo de pessoas; proliferação de vários portos fluviais ao longo dos rios que deságuam na Baía de Guanabara e conseqüentemente a elevação de determinadas localidades a categoria de vilas em decorrência do ciclo cafeeiro (FIGUEIREDO, 2004).

O transporte das mercadorias e principalmente do café era difícil devido aos contratempos naturais dos rios da região. Assim, na segunda metade do sec. XIX começou a construção das primeiras ferrovias que ligavam o Rio de Janeiro à Baixada. A ferrovia ocasionou o esvaziamento populacional das áreas próximas aos rios e a ausência de conservação dos mesmos tornando as áreas bastante insalubres. O transporte ferroviário, aliado a falta de mão-de-obra, devido a abolição da escravatura, e o desgaste do solo, ocasionaram um declínio econômico na região nesse período. Este, porém, não implicou em ausência de atividade. A este respeito, é importante destacar o o desenvolvimento da pecuária nas planícies de Itaguaí, a instalação de uma fábrica de pólvora e o desenvolvimento da indústria têxtil em Pau Grande, promovendo a criação de vilas operárias, escolas, igrejas, armazéns, bem como o desenvolvimento de atividade agrícola (FIGUEIREDO, 2004).

Tal fato nos mostra que o chamado declínio da Baixada foi, particularmente, uma retração de seu papel no modelo agro exportador dominante da formação social brasileira, na acumulação mercantil, e na configuração social e política. Mas não se traduziu em um vazio produtivo da região.

Em fins do século XIX, início do século XX, o plantio, cultivo e beneficiamento da laranja abre espaço para um novo vetor de desenvolvimento econômico na região, que novamente será atingida por uma expansão.

Figueiredo (2004) levanta alguns elementos que favoreceram a expansão da citricultura, tais como: as condições naturais dos terrenos, a proximidade com a capital, Rio de Janeiro, seu mercado consumidor e seu porto; a presença do transporte ferroviário; a existência de grandes latifúndios decadentes que foram aos poucos retalhados em sítios e chácaras destinados a citricultura.

Além destes fatores, a mesma autora destaca o interesse político de Nilo Peçanha, então presidente do Estado e da República, que atua de forma a beneficiar o frete, o transporte e a conservação da laranja, além de promover obras de drenagem e recuperação das regiões pantanosas próximas aos rios Iguaçu, Sarapuí, Inhomirim e Pilar, proporcionando a proliferação dos laranjais (FIGUEIREDO, 2004). A particular ação de Nilo Peçanha, importante liderança fluminense, indica a relevância das forças políticas na expansão econômica da Baixada, de forma a reservar-lhe um lugar de destaque na economia do Estado do Rio de Janeiro.

Dentro deste contexto, as empresas do ramo da citricultura, vindas da cidade do Rio de Janeiro, compravam terras que eram divididas em vários lotes e vendidas, ocasionando um aumento da população rural. Pequenas áreas próximas ao Rio de Janeiro incluindo o primeiro

distrito de Duque de Caxias já tinham uma população suburbana ligada ao trabalho diário na metrópole (OLIVEIRA 2000; FIGUEIREDO 2004).

Nos anos 20 a citricultura apresentou sua melhor fase, recebendo investimentos públicos como a abertura de rodovias, entre elas a Rodovia Washington Luiz que liga o Rio de Janeiro a Minas Gerais, e passa ao lado de Jardim Gramacho. Dentro deste processo destaque deve ser dado a Nova Iguaçu como um pólo concentrador do beneficiamento e exportação da produção de laranjas. Contudo, localizada dentro de uma lógica de desenvolvimento excludente, toda esta expansão proporcionada pela citricultura não se reverteu em benefícios para a localidade e sua população, pois a riqueza produzida deslocava-se para a cidade do Rio de Janeiro, então capital do país. A este respeito, Figueiredo (2004) destaca que, em Nova Iguaçu, “apenas um pequeno grupo com negócios de arrendamento de terras, beneficiamento e exportação da laranja residia no município, construindo belas residências”.

A produção do espaço de periferia do capital

Na década de 1930, no âmbito da crise mundial do capitalismo, e da configuração econômica e político social brasileira, a Baixada enfrenta uma crise na citricultura. É nesse momento que seu espaço passa por uma grande transformação de rural para urbano. As obras de saneamento e drenagem realizadas pelo DNOS (Departamento Nacional de Obras de Saneamento) foram fundamentais para essa mudança, pois permitiram a ocupação industrial e residencial dessas áreas (ABREU, 2011; COELHO, 2007; FIGUEIREDO, 2004).

Em 1940 o processo de industrialização se intensifica no país, com uma implantação progressiva de indústrias de bens de consumo, modificando o país de agrícola para um país urbano-industrial. Essas indústrias se concentraram na região sudeste o que aumentou o movimento migratório para o Rio de Janeiro, a então capital do país. O Estado tinha papel estratégico nesses setores, voltado principalmente para providenciar a infraestrutura necessária (ABREU, 2011).

A Baixada na metrópole começa a ganhar a função de instalar as indústrias e a população que estava crescendo rapidamente. Em 1944, o Distrito de Duque de Caxias que pertencia à Nova Iguaçu foi elevado a município. As obras de saneamento do DNOS e a presença da ferrovia contribuíram para um aumento populacional de 226% no Município de Duque de Caxias entre as décadas de 40 e 50. Os terrenos foram sendo retalhados para a

criação de loteamentos muitos abertos sem aprovação oficial (COELHO, 2007; ABREU, 2011; FIGUEIREDO, 2004).

Entre 1950 e 1964, no Brasil, acontece uma intensa urbanização e reorganização urbana. Ações do governo estadual do Rio de Janeiro dirigidas às habitações populares, com práticas remocionistas valorizam o solo urbano da Cidade do Rio de Janeiro gerando uma crise habitacional e a segregação do espaço urbano. Nesse contexto a Baixada Fluminense se insere como área de expansão da cidade do Rio de Janeiro (FIGUEIREDO, 2004; ABREU, 2011).

A Baixada apresentando preço baixo dos lotes, sem muita burocracia para construção de moradias, aliado a abertura de rodovias e ao transporte ferroviário teve uma explosão demográfica, principalmente de imigrantes nordestinos. Com infraestrutura precária, na maioria dos casos, torna-se uma periferia urbana carente de bens urbanísticos e devido a crescente distância da metrópole às áreas residenciais houve o desenvolvimento de importantes subcentros funcionais. Em 1961, em Duque de Caxias instalou-se a Refinaria de Petróleo REDUC, que fez com que o município se tornasse de segurança nacional (FASE, 2011; FIGUEIREDO, 2004; ABREU, 2011).

Neste sentido, ao longo destes anos, destaca-se a incorporação da área em questão como periferia da região metropolitana, exercendo um papel fundamental, pois “ela além de abrigar a grande parte da massa trabalhadora serviria como suporte para atuação logística industrial que vitalizaria a interação sócio-econômica da região metropolitana” (ROCHA, 2007).

O golpe militar de 1964 teve apoio da burguesia industrial e financeira. Tinha como características o fechamento dos canais de discussão política; a intervenção do poder público na questão habitacional; a tecnocracia e a repressão. A política econômica do novo regime levou então a um processo de concentração de renda nas mãos das classes mais privilegiadas e na metrópole intensificou o processo de segregação do espaço. A Baixada Fluminense, nesse momento, caracteriza-se pela presença de várias indústrias, ligadas aos gêneros de minerais não metálicos; metalurgia; mecânica; material elétrico e de comunicações; material de transporte; madeira; mobiliário, papel e papelão, entre outras e por abrigar uma população de imigrantes de baixa renda que vinham para trabalhar no Rio de Janeiro (ABREU, 2011, FIGUEREDO, 2004).

Rocha (2007) destaca que a produção deste espaço se constrói “totalmente marginalizada das instâncias reguladoras de ordem estatal, o exemplo dos loteamentos que não receberam nenhuma implementação de infra-estrutura básica como esgoto e água

tratada”. Afirma ainda que “toda a ausência política promoveu um crescimento de um poder local, que se estruturou no vazio deixado pelo Estado”.

Nesta época, o bairro Jardim Gramacho, localizado no primeiro distrito de Duque de Caxias, era habitado por poucas famílias e abrigava escassas indústrias (IETS, 2011). Segundo alguns depoimentos (E2, E5, E7, E8, E10, E15, E16, E17), em 1970 Jardim Gramacho era uma área de manguezal, com muita vegetação, algumas casas, sítios, não tinha energia elétrica, sem saneamento e com transporte público precário. Logo nos primeiros anos da década de 70 foi construído um Conjunto Habitacional pelo Estado (COHAB), casas que eram adquiridas através de financiamento e, segundo alguns entrevistados (E3, E5, E7), serviam de residência, principalmente, a funcionários públicos e trabalhadores da REDUC, que se localiza próxima ao bairro.

Para outros entrevistados (E7, E5, E4, E8, E17), conforme apresentado abaixo, no início da década de 1970, Jardim Gramacho ainda mantinha características rurais, não dispunha de infraestrutura e nem serviços básicos de saúde, educação, etc. Próximo à Rodovia Washington Luiz que surgiram as primeiras casas e as primeiras indústrias, sendo essas as localidades mais antigas do bairro.

“Quando eu vim [1970] só tinha a casa do seu Cabral, eu andava em trilha, mato de um lado e de outro, não existia casa nenhuma, tu só via mato. A única rua que existia era a monte castelo, não existia rua, só trilha, era mato mesmo(...) Tinha umas famílias perdidas, nessa época era tudo de chão não tinha asfalto (...) Existia um porto que a gente tomava banho onde hoje é o início da rampa, água limpa (...) Tinha o sitio do seu P(...) que pegava pro lado do Maruim, era tudo plantação” (E7).

Nos anos 1970, ocorreu uma intensificação da industrialização e da urbanização e o chamado milagre econômico brasileiro causou mudanças nos hábitos de consumo da população e conseqüentemente aumentou o volume de lixo produzido. Surgindo então a preocupação com a limpeza urbana e o destino final desse lixo (JUNCA, 2004). O plano nacional previa o desenvolvimento das grandes regiões metropolitanas, entre elas a do Rio de Janeiro e existia a necessidade de encontrar um local para a disposição final dos resíduos sólidos da região (IETS, 2011). Os principais municípios envolvidos eram o Rio de Janeiro, Nilópolis, Duque de Caxias e São João de Meriti que totalizavam, na época, 5.000 toneladas de lixo por dia (JUNCA, 2004).

A área escolhida para essa função localizava-se entre a Baía de Guanabara e a Rodovia Washington Luiz, no bairro Jardim Gramacho, em área de manguezal e próximo aos rios Iguaçu e Sarapuí. Essa área pertencia ao INCRA e foi doada à Companhia de Limpeza

Urbana do Rio de Janeiro (COMLURB), uma empresa pública, do Município do Rio de Janeiro, para a instalação do Aterro Sanitário. Foi em 1978 que o Aterro Metropolitano de Jardim Gramacho (AMJG) iniciou seu funcionamento e o bairro começou a apresentar mudanças importantes em seu território (IETS, 2011).

O bairro após a instalação do Aterro Metropolitano de Jardim Gramacho (AMJG)

A instalação e início de funcionamento do AMJG é um marco na história do bairro, um vetor de organização do espaço, provocando grandes mudanças na vida de seus moradores e na área. Assim, o bairro de Jardim Gramacho passa a ser conhecido como o bairro do “lixão de gramacho”. Segundo IETS (2011), já nos primeiros anos de funcionamento as ruas começam a ser ocupadas por estabelecimentos que lidavam com reciclagem de materiais e também casebres que abrigavam alguns catadores vindos de outros lixões¹ desativados. Também relata a importância do aterro para o sistema de coleta e destinação do lixo da região metropolitana.

O Aterro Metropolitano de Jardim Gramacho (AMJG) é a peça principal do sistema de coleta e destinação de resíduos sólidos da região metropolitana do Rio de Janeiro. Em funcionamento há mais de 30 anos – tendo passado quase metade em condições de lixão – o AMJG recebe hoje mais de 8.000 toneladas de resíduos sólidos por dia, servindo de vazadouro principalmente à cidade do Rio de Janeiro, mas também a Duque de Caxias e em menor escala, a São João do Meriti, Mesquita, Queimados e Nilópolis (IETS, 2011, p. 3).

O local onde o aterro foi instalado era uma área onde se encontrava um porto desativado que era utilizado pelos moradores e por pessoas que vinham de outros bairros de Duque de Caxias como área de lazer. Alguns entrevistados falam sobre essa situação:

“...onde era a rampa era a praia, a gente tomava banho eu tinha 17, 18 anos, era ali a nossa praia (E2)”.

“...onde era o aterro sanitário, tinha ate um porto ali que você tomava banho no porto e no mangue (E3)”.

É chamado de rampa o local onde os caminhões entornam o lixo, é nesse local que os catadores realizavam seu trabalho. Segundo Porto *et. al.* (2004), desde o início do funcionamento do aterro já era um espaço de trabalho de muitos catadores.

¹ O primeiro aterro que se tem registro foi na atual área do bairro de Santo Cristo. Depois no bairro do Caju, posteriormente, vazou-se o lixo na ilha de Saravatá, que ficava entre a Linha Vermelha e a Rodovia Washington Luiz. Mais tarde, foi no início da rodovia Washington Luiz, perto de onde hoje se localiza a sede do Jornal O Globo e o novo Hospital Municipal Dr. Moacyr Rodrigues do Carmo.

Na percepção de alguns entrevistados (E1, E3, E15), Jardim Gramacho era ocupado, principalmente, por imigrantes nordestinos que vinham para trabalhar na metrópole do Rio de Janeiro e, após a instalação do aterro, passa também, a servir de residência para trabalhadores do ramo da reciclagem de materiais, como os catadores do aterro, outros que separavam materiais nos depósitos e donos de depósitos de materiais recicláveis. Para Marques (2000), a ocupação da metrópole do Rio de Janeiro na década de 1970 está ligada a imigração do Estado de Minas Gerais e também do interior do Estado do Rio de Janeiro.

Muitos moradores do bairro que ficavam desempregados viam no aterro uma opção para o sustento de suas famílias conforme relato abaixo:

“...o aterro influenciou na quantidade de pessoas que moram no bairro. Conforme as pessoas iam ficando desempregadas elas viam a possibilidade de ganhar o pão, o meu pai foi pra rampa, começou a ganhar o dinheiro dele, eu comecei a ir também, meu irmão que morava com minha avó ficou desempregado e foi pra rampa também...”(E1).

Na década de 1980 a crise econômica causou uma redução de investimentos internacionais na América Latina e uma evasão de recursos, redefinindo o capitalismo sob o modelo neoliberal e reposicionando o papel do Estado. Teve um enorme impacto sobre o mercado de trabalho metropolitano e sobre os orçamentos municipais, ocorrendo uma queda dos operários da indústria, uma deterioração das condições de trabalho e um aumento do desemprego urbano (IETS, 2011; JUNCÁ,2004).

A crise afetou também, a administração do aterro. Sem investimento no tratamento do lixo em pouco tempo se tornou um lixão sem nenhum controle, surgiram depósitos clandestinos que lidavam com reciclagem, piorando a qualidade de vida e a saúde da população, principalmente dos catadores e dos moradores próximos ao aterro (IETS, 2011).

Na primeira década da existência do aterro, que funcionou desde o princípio como um lixão, não eram feitos o recobrimento regular do lixo, a captação das águas pluviais, a fiscalização dos caminhões, o monitoramento do solo e do entorno do aterro, entre outras exigências mínimas legais e de bem-estar socioambiental. Assim, nestes anos ocorreram rupturas do solo e vazamentos de chorume nas águas da baía e dos rios Iguaçu e Sarapuí e surgiram roedores, aves e insetos nas cercanias. Com o passar do tempo, o aterro passou a receber cada vez mais tipos de lixo de caráter prejudicial ao meio ambiente e à saúde pública, como os resíduos industriais e hospitalares (IETS, 2011, p. 10).

O local que antes tinha características rurais e com poucas casas, foi se transformando em um bairro com características urbanas aumentando sua população. Com a chegada de comércios e indústrias a infraestrutura foi sendo instalada aos poucos, mas de forma precária. Começaram a surgir comunidades próximas ao aterro que, mais tarde, se tornaram as grandes

“favelas” do bairro (Parque Planetário, Esqueleto, Dick, Remanso). Para Juncá (2004 p. 94), “não é exagero dizer que a economia do lixo acabou por gerar um bairro”. Alguns depoimentos falam sobre a relação do aterro com o bairro.

“O aterro fez o bairro crescer, o comércio em torno disso. Foram abrindo fábricas de plástico, saco de lixo que empregavam pessoas do bairro a mão de obra era barata. Chegada do ônibus até a praça e depois a linha central (...)” (E1).

“Foi quando surgiu o lixão o bairro foi se expandindo, crescendo sem organização, o pessoal foi construindo... que aqui o terreno você arrumava praticamente de graça. O pessoal foi fazendo galpões pra poder catar lixo”. (E3).

A expansão do bairro foi acontecendo rapidamente, e os moradores foram construindo suas residências aterrando o manguezal, muitas vezes utilizando materiais retirados do lixo. Hoje é possível perceber a diferença na infraestrutura das habitações, as que foram construídas no início da ocupação do bairro são a maioria de alvenaria, já as mais recentes são, na sua maioria, construídas de materiais não duráveis, em encostas e em terrenos de manguezal (IBASE, 2005; IETS, 2011).

Na década de 1980 o bairro se organizava para reivindicar melhorias e acesso aos serviços básicos. Em maio de 1986, a associação de moradores organizou um protesto fechando uma das pistas da Rodovia Washington Luiz, na entrada do bairro, reivindicando o acesso à água encanada. Em entrevista para um Jornal o presidente da Associação de Moradores disse que os poços utilizados pela população estavam contaminados com o lixo lançado diariamente. Solicitavam, também, melhorias no saneamento básico (rede de esgoto e coleta de lixo), e a presença de serviços como escolas municipais e posto de saúde (O DIA, 1986).

O evento foi noticiado por dois grandes jornais do Rio de Janeiro, o Dia que dava ênfase a reivindicação dos moradores e do movimento organizado pela associação de moradores, inclusive incluindo uma entrevista com o presidente da associação. Já o jornal O Globo, dava ênfase ao grande congestionamento que se formou na Rodovia Washington Luiz e como isso atrapalhou os motoristas que viajavam para a região serrana do Rio de Janeiro (O GLOBO, 1986).

Nesse mesmo período, meado dos anos 1980, o movimento ambientalista ganhou força no país, voltando à atenção para o que acontecia em Jardim Gramacho. Além disso, com a redemocratização ocorreram mudanças políticas que influenciaram na forma como o aterro

deveria ser administrado e o Município de Duque de Caxias deixou claro a sua insatisfação quanto ao uso do seu território como vazadouro de lixo de outros municípios (JUNCÁ, 2004).

Nos anos 90 do Século XX, o movimento ambientalista se intensificou e o Rio de Janeiro foi sede da Conferência das Nações Unidas para o Meio Ambiente e o Desenvolvimento Humano – RIO 92. A conferência tinha como uma das preocupações o destino do lixo urbano. Em 1994 foi assinado o programa de despoluição da Baía da Guanabara e as obras se voltavam para o saneamento básico: tratamento, coleta e destino final do esgoto doméstico, abastecimento de água, coleta e destino final do lixo, drenagem e controle ambiental (FREITAS E PORTO, 2006; COELHO, 2007).

Além das questões ambientais, o aterro de Jardim Gramacho passou a ser objeto de preocupação devido ao risco de incidentes com urubus e aviões do aeroporto internacional do Rio de Janeiro. A proposta então era a recuperação do aterro pela COMLURB com a consequente saída dos catadores. Nesse momento houve forte resistência dos catadores e manifestações no bairro que resultou na permanência deles com algumas restrições. Em 1996 foi criada a primeira cooperativa de catadores organizada pela empresa administradora junto com a COMLURB – COOPERGRAMACHO – a qual poucos catadores aderiram (PORTO, *et. al.*, 2004; IETS, 2011).

Para operar o aterro, a COMLURB terceirizou o serviço para a empresa Queiroz Galvão S.A. (1996 – 2001), depois para a S.A. Paulista (2001–2006), a CAENGE Ambiental (2006–2008) e a Novo Gramacho Energia Ambiental S.A. (a partir de 2008). A partir de 1996 o aterro passou a funcionar como um aterro controlado, permitindo o trabalho dos catadores. Além das medidas de recuperação do aterro e do manguezal, as empresas eram responsáveis pela manutenção da via que levava até a entrada do aterro e deveriam promover melhorias no bairro. Entre as melhorias estão a construção de uma escola e uma Unidade Básica de Saúde que passaram a ser de gestão da prefeitura de Duque de Caxias (JUNCÁ, 2004).

Os catadores de Jardim Gramacho articulados com o Movimento Nacional de Catadores de Materiais Recicláveis, e preocupados com o fechamento do aterro programado para o ano de 2005, iniciaram as discussões sobre uma representação para todos os catadores do bairro, não somente para os cooperativados. E em 2005 foi formada oficialmente a Associação dos Catadores de Materiais Recicláveis de Jardim Gramacho (ACAMJG). No mesmo ano foi criado o Fórum Comunitário de Jardim Gramacho que reunia pessoas e instituições do bairro para discutir os problemas e pensar em melhorias para Jardim Gramacho (IBASE, 2005; IETS, 2011).

O bairro vivenciava uma intensa circulação de caminhões durante o dia e a noite deixando sujeira pelas ruas. Existiam muitos depósitos de materiais recicláveis distribuídos pelas localidades do bairro, vários clandestinos. Ocorreu um rápido crescimento populacional com regiões sem nenhuma infraestrutura algumas em áreas de manguezal e próximas ao aterro que abriga principalmente a população de catadores (IBASE, 2005).

Em pesquisa realizada por Gomes (2008), concluía que Jardim Gramacho era um verdadeiro “paraíso” da poluição, com falta de segurança, tráfico de drogas, poluição sonora pelo intenso volume de caminhões que circulam pelo local, poluição do ar, falta de limpeza, grande quantidade de vazadouros clandestinos de lixo no entorno do aterro, depósitos clandestinos, entre outros.

Segundo Juncá (2004, p. 34),

“Da época de sua criação até os dias atuais, inúmeras mudanças foram introduzidas não só no próprio aterro, mas também na região que o cerca, podendo-se afirmar que sua presença influenciou de forma decisiva na paisagem local e na vida do bairro”.

Quando foi realizado o diagnóstico social do bairro pelo IBASE, no ano de 2005, o aterro ocupava uma área de aproximadamente 1,3 milhões de m² e recebia um volume de lixo de 8.000 toneladas/dia, cerca de 240.000 toneladas/mês, transportado por cerca de 600 caminhões por dia. Provenientes dos municípios do Rio de Janeiro, Duque de Caxias, Nilópolis, Mesquita, São João de Meriti e Queimados (IBASE, 2005). O talude de lixo e de material de recobrimento ultrapassa 40 metros de altura. Atualmente encontra-se fora das exigências legais da nova Política Nacional de Resíduos Sólidos (Lei N° 12.305/2010) e causa problemas ao aeroporto e aos projetos de recuperação dos portos e da saúde ambiental da Baía de Guanabara (IETS, 2011).

O AMJG com sua capacidade esgotada já há muito tempo foi fechado em Junho de 2012. Momento em que o município do Rio de Janeiro, responsável pela maior parte do lixo destinado a Jardim Gramacho, foi sede da Conferência das Nações Unidas sobre meio ambiente - Rio + 20.

Configuração sócio espacial atual

Apesar da importância do aterro sanitário para Jardim Gramacho, o bairro é bastante heterogêneo, tendo diferentes configurações, com localidades que não apresentam uma relação tão intensa com o aterro. As áreas próximas à Rodovia Washington Luiz têm características mais industriais, outras são residenciais e comerciais e muitos dos seus moradores trabalham no centro de Duque de Caxias ou na cidade do Rio de Janeiro. Uma das entrevistadas fala sobre a heterogeneidade do bairro:

“...é um bairro que é diferente em cada lugar dele, você vai perceber que a maneira das pessoas até pensarem (...) as pessoas daqui da COHAB acham que as daqui da Tocantins, Remanso são perigosas (...) sem contar que eles acham que são mais ricos...” (E1).

Em uma pesquisa realizada por Ribeiro (2007) foram identificados em Jardim Gramacho 125 estabelecimentos comerciais e industriais. Entre eles bares, biroskas, botequins, açougue, mercearia, supermercado, salão de beleza (barbeiro), farmácia, *Lan House*, *Pet Shop*, usina de asfalto, metalúrgica, marcenaria, vidraçaria, indústria de álcool e açúcar, fábrica de cigarros, fábrica de produtos de limpeza, entre outros. mostrando a diversidade de atividades econômicas existentes no bairro.

Na opinião de alguns entrevistados Jardim Gramacho é um bairro industrial, enfatizando mais esse fato que a própria economia da reciclagem.

“É um bairro industrial com muitas firmas, isso também ajudou para a melhoria do bairro, os empresários, essas coisas assim. Aqui tem firmas de coisas que nem a gente que é morador sabe, vem descobrindo aos poucos” (E2).

“Jardim Gramacho no meu ponto de vista é um bairro industrial, porque se você entrar ali pra dentro você vê fábrica de tanta coisa” (E4).

Os depoimentos mostram uma relação pouco intensa das indústrias com os moradores que relatam nem saberem quais são as indústrias que ali estão instaladas. Possivelmente as mesmas não empregam muitos moradores e nem trazem benefícios diretos ao bairro.

A caracterização social espacial de Jardim Gramacho será mais desenvolvida na próxima sessão, mas importa aqui destacar que, a despeito do AMJG ter se constituído, historicamente, em um vetor fundamental de expansão do bairro, conformando sua estrutura e dinâmica social e econômica, esta última não pode ser a ela reduzida. Tal como ocorreu desde o período colonial, a região possui uma dinamicidade mais complexa que não se alimentou

apenas das atividades do aterro. Tal fato traduz-se pois, em uma configuração social e espacial mais complexa da imagem que associa Jardim Gramacho apenas ao AMJG, conformando diferenças e conflitos entre diferentes regiões, ocupadas em tempos históricos distintos, e dinamizadas por atividades econômicas diversas.

4.2 CONFIGURAÇÃO SÓCIO ESPACIAL DE JARDIM GRAMACHO E OS PROBLEMAS DE SAÚDE E AMBIENTE.

Através do levantamento documental, das entrevistas, e da observação direta nas visitas guiadas foi realizada uma primeira sistematização dos dados que permitiu a apreensão da heterogeneidade da região, identificando 16 localidades, indicadas no ANEXO 1. Esta etapa, que permitiu o mapeamento do bairro constitui-se em um momento fundamental da pesquisa, uma vez que possibilitou a apreensão da complexidade do território, alimentando a discussão de nosso pressuposto de que o bairro estudado é heterogêneo.

Em uma segunda etapa, já tendo em vista a relação da configuração sócio espacial com os problemas de saúde e ambiente, analisando os dados coletados sobre as 16 localidades, foi possível agregá-las em três grandes áreas conforme visto na figura 06, segundo os seguintes critérios, que avaliamos como determinantes na produção de tais problemas: vetor de organização, período de ocupação, localização, usos do solo e semelhanças em infraestrutura e serviços.

1 – Área Central – parte inicial da Av. Rui Barbosa, Morro da Placa, Morro do Cruzeiro, COHAB, Praça, Triângulo e Francisco Portela.

2 – Área do Aterro – Final da Rui Barbosa/retão, Parque Planetário, Favela do Esqueleto/Chatuba, Dick e Juriti.

3 – Área de Expansão – Cidade de Deus, Comunidade Paz/Maruim, Beco do Saci e Laminação.

Figura 06 Bairro Jardim Gramacho dividido em três áreas e suas localidades.



Fonte: Google Earth, marcações da autora. Acesso em 18 de junho de 2012.

Em uma etapa posterior, considerando as três grandes áreas acima indicadas, foi realizada então a descrição dos principais problemas de saúde e ambiente, bem como identificado algumas das principais respostas sociais a eles. Em tal momento do processo de investigação, foi possível perceber a complexidade da situação de saúde do território, marcado por problemas, que ao gerarem determinadas respostas sociais, acabam por produzir novos problemas. Sendo assim, optou-se por nesta parte dos resultados descrever cada uma das áreas, apresentando os problemas de saúde e ambiente e as respostas sociais produzidas.

1. Área Central

Figura 07 Área Central



Fonte: Google Earth. Marcações da autora. Acesso em 18 de Junho de 2012.

As primeiras residências urbanas e estabelecimentos comerciais do bairro, que datam da década de 1970, encontram-se nessa área. A sua ocupação tem como vetor a intensificação da industrialização e a expansão da metrópole ocorrida nessa época. Entre as localidades está a COHAB (conjunto habitacional de casas) considerada entre as primeiras construções com investimento público planejado, através do financiamento do Banco Nacional de Habitação. Trata-se de uma área industrial, residencial e comercial. Grande parte das indústrias do bairro fica localizada nessa região que tem um acesso privilegiado a Rodovia Washington Luiz.

Os principais estabelecimentos comerciais encontram-se nessa área: mercearias, açougues, padarias, supermercados, bares, biroskas, farmácias, *pet shop*, veterinária, *lan house*, borracheiro, oficinas mecânicas, lava jatos, loja de material de construção, loja de móveis, entre outros. E um grande número de indústrias. Entre elas uma garagem de ônibus, fábrica de travesseiros, oficina mecânica, metalúrgica, marmoraria, vidraçaria, marcenaria, depósito de madeira, usina de asfalto, borracheiro e depósito de gás.

Segundo dados do censo de 2010, nessa área moram 7298 habitantes, o que corresponde a 34% da população do bairro. Tem uma média de 3,2 moradores por domicílio. Segundo cor e raça uma grande porcentagem dos moradores se declara preta ou parda, 64% da população é preta ou parda. Quanto à escolaridade, 95% das pessoas com dez anos ou mais são alfabetizadas. Em 40% dos domicílios a pessoa responsável é do sexo feminino.

Quanto aos serviços de saúde essa área possui uma Unidade de Atenção Básica com três Equipes de Saúde da Família (ESF). Cada equipe tem responsabilidade por determinada área do território. A ESF 1 cobre parte da Área do Aterro, e o Beco do Sací; a ESF 3 cobre parte da Área Central; e a ESF 5 cobre a Área de Expansão e outra parte da Área Central. Na Unidade são oferecidas consultas ambulatoriais, vacina, atendimento de enfermagem, atendimento de odontologia e outras atividades de Atenção Primária à Saúde. Também, conta com uma Unidade de Atenção Básica mista que possui uma Equipe de Saúde da Família (ESF 2), que cobre parte da Área de Aterro. Oferece atendimento de Unidade Básica Tradicional, com especialidades como ginecologia, pediatria e clínica médica. Nessa região também se localiza o Centro de Referência de Assistência Social (CRASS) que realiza atendimento relacionado ao Programa Bolsa Família e inscrição em outros programas sociais.

Sobre os serviços de educação muitas escolas estão localizadas nessa Área: Escola Estadual – CIEP Ministro Hermes de Lima, Escola Municipal Mauro de Castro, Escola Municipal Jardim Gramacho, Escola Municipal Jose Medeiros Cabral, Colégio Estadual Álvaro Negro Monte, Colégio Estadual Lara Vilela, Centro Educacional Deco (privada), Creche Centro de Atendimento à Infância Caxiense (CAIC), Creche e Pré-escola Municipal Ubaldina Alves da Silva e a Creche Comunitária (filantrópica).

Algumas Organizações Não Governamentais (ONGs) estão localizadas aqui, entre elas a ONG Central da Cidadania que atua com reforço escolar e atividades para crianças e jovens e foi muito citada pelos entrevistados, a FUNDEC (Fundação para o Desenvolvimento Tecnológico e

Políticas Sociais), alguns cursos profissionalizantes. O Fórum Comunitário de Jardim Gramacho e um centro comunitário que trabalha com atividades esportivas para crianças e jovens, também estão nessa região. Presença das maiores e mais antigas igrejas católicas e pentecostais do bairro, segundo alguns entrevistados (E4, E5, E8).

Em relação à renda, pelos dados do IBGE, possui a menor porcentagem de indigência e pobreza do bairro, 12% dos domicílios tem renda *per capita* de até $\frac{1}{4}$ de salário mínimo, o que os coloca na condição de indigência e 19% vivem em situação de pobreza. Segundo dados do censo 2010, em 84% dos domicílios o esgotamento sanitário é feito por rede geral de esgoto, que inclui águas pluviais e 15% dos domicílios têm fossa séptica. O lixo é coletado em 100% dos domicílios e todos os domicílios possuem energia elétrica. A cobertura da rede de água é o pior indicador dessa área, sendo somente 48% dos domicílios que têm rede geral de água, 44% são abastecidos através de poço ou nascente e 7% são abastecidos de outra forma.

A COHAB é considerada uma localidade privilegiada para se morar, sendo onde estão as residências mais valorizadas do bairro, chamada pelos moradores da “zona sul” de Jardim Gramacho. É um paradoxo que a área construída com investimento público planejado não tenha acesso a uma rede de água adequada. Uma explicação possível é que essa localidade se encontra em parte alta do bairro e em ponta de rede (distante do sistema principal de abastecimento de água). Outra explicação pode estar no fato de tratar-se de um Conjunto Habitacional de Casas que com o tempo foi sendo ampliado e várias residências foram sendo construídas anexadas aos quintais, modificando sua estrutura inicial, com um aumentando significativo no número de domicílios e moradores o que tornou a rede de água insuficiente para a demanda.

O Morro da Placa e o Morro do Cruzeiro, assim como a COHAB, localizam-se na parte alta do bairro. As vias são asfaltadas e em sua maioria as casas são de alvenaria. No Morro da Placa existem residências feitas de materiais não duráveis e algumas em áreas de encostas. Segundo alguns entrevistados (E1, E3, E5, E8), a rede de água é insuficiente para a demanda, no Morro da Placa muitas residências não têm ligação domiciliar com a rede de água, e quando têm acesso, o problema é a intermitência no abastecimento. Essa Área possui coleta de lixo, rede elétrica e iluminação pública adequada.

Em todas as entrevistas percebe-se que a falta ou insuficiência da rede de água é um dos principais problemas que essa área enfrenta. Como dito anteriormente, em algumas localidades é

pela ausência de rede e em outras pela baixa frequência ou intermitência do serviço, estando disponível somente em alguns dias da semana, conforme descrito pelo depoimento abaixo.

“A água, olha o pessoal ali da Mongol é uma injustiça, até metade vem a água, metade da rua (...) o pessoal que mora na descida daquela escadinha já não têm água ali pra eles, tem que comprar água. Aqui na COHAB não se tem água de jeito nenhum, você chega ali tem um monte de bomba ligada, pessoas que dormem vigiando, eu também coloco bomba, a bomba fica lá no meio da rua... começa a cair água no domingo, pra gente começa a cair na segunda, não enchi tudo, ai vou terminar de encher e ela vai embora amanhã [quarta] é um desespero” (E8).

Alguns entrevistados (E5, E8, E15) relatam a poluição sonora como um problema de saúde e ambiente dessa área. São sons de música alta escutados principalmente à noite. Dizem também, que a única praça nessa região não pode ser frequentada à noite, devido a presença de usuários de drogas, conforme relatado nos depoimentos abaixo.

“...meu irmão escuta barulhos terríveis, é tiro, é aquelas músicas horríveis, os tiros do trafico(...) a praça não é habitável, porque na praça ficam muitas pessoas que usam drogas e tudo, então eles não tomam conta da praça. A noite a gente não anda muito pelo bairro mas não é perigoso não, mas assim, ficar na praça com uma criança eu já não acho muito legal...”(E5)

“...barulhos sonoros por causa da fábrica de asfalto, o pessoal da Mongol reclama... E a firma tem dia que começa as 6 horas da manhã e depois vai até 22 horas. Horrível, o que mais fazem queixa é dessa usina de asfalto...” (E8).

Outra questão que explica a poluição sonora é que essa área é de grande circulação de veículos e pessoas. As três linhas de ônibus trafegam por essa região: a linha central, que vem do município do Rio de Janeiro, a linha COHAB e a Pistóia que vem do centro de Duque de Caxias, muitos caminhões e veículos das empresas também.

Através de alguns depoimentos (E3, E8, E16) é possível perceber que o transporte público inadequado é outro problema dessa área. A queixa principal é o tempo de espera por um ônibus e o fato de não circularem durante a madrugada, conforme relatado nos depoimentos abaixo.

“Problema de ônibus, tem horário pra parar. Se você passa mal de madrugada não tem um 24 horas, aqui para de funcionar às 23, 24. Depende de amigos que tenham carro e que levem ao hospital...” (E3).

“Mas aqui a questão é prioridade: a água e a condução. O ônibus que demora muito, temos duas linhas, sábado e domingo, minha filha, é uma tristeza...” (E8).

“...absurdos, por exemplo uma pessoa passa mal aqui de madrugada pra ir pro hospital Moacir do Carmo nós não temos uma condução que passe ali na porta, de madrugada tem que saltar ali e ir andando pra lá, há necessidade de se criar uma linha de ônibus que passe por ali...”(E16)

Sobre as opções de lazer da área, a maior e mais importante praça do bairro localiza-se nessa região – praça Alcy Pelúcio. Possui outras duas praças e, também, dois campos de futebol. Segundo alguns entrevistados (E1, E3, E4, E14, E15,) e pelo que foi observado nas visitas guiadas, estas são as localidades que mais receberam investimentos públicos nos últimos tempos.

“...Porque tem um lugar que aqui no bairro é outra coisa, aqui na COHAB é só a água né, a gente fala aqui que é a zona sul de Jardim Gramacho, é diferente porque eles deram prioridade a COHAB porque é um conjunto habitacional, asfalto, saneamento...”(E3)

“...Tudo o que se pensa em fazer (...) todas as ações pensam em visibilidade tudo que acontece é por aqui na praça, tudo o que eles querem estabelecer querem fazer nesse pedacinho aqui (...) É da praça pra COHAB que tudo quer se instalar...” (E1)

Apesar de ser o lugar que concentra a melhor infraestrutura do bairro conforme observado nas entrevistas, nas visitas guiadas e nos documentos, a inadequação na cobertura de água é um dos maiores problemas dessa área. Foi possível perceber que são muitas as respostas sociais dispensadas ao problema do abastecimento de água, dependendo, entre outras coisas, da condição material de cada família.

A construção de poços, financiada pelos próprios moradores, aparece como uma das soluções mais utilizadas para a insuficiência na rede de abastecimento de água pela CEDAE, conforme relatado nos depoimentos abaixo. Essa é a Área que mais recorre à poços para o abastecimento de água, segundo os dados do censo 2010.

“Tem pessoas que pegam com vizinhos... uns pagam, o que tem se feito muito ultimamente é poço artesiano, as pessoas tem investido muito em poço artesiano só que a gente sabe que a qualidade de água daqui não é boa e ninguém manda analisar, bastante poço artesiano, porque você solicita a CEDAE ela não vem. As pessoas têm duas opções ou elas fazem poços artesanais ou espera a água cair quando ela bem quiser e encher as coisas todas de água os depósitos. Ou então elas puxam, porque algumas tubulações têm água elas só não chegam às casas, começam a botar braçadeiras nas tubulações e puxam com bomba, puxa água ali na COHAB tem uma calçada

tem vários canos é muito cano e as pessoas passam a madrugada ali tentando puxar água”. (E1).

“A gente tem um trecho que a água cai, o pessoal coloca bomba e puxa utilizando a energia da rua, um furto de energia, arriscado a dar um curto, deixar todo mundo sem energia e bota uma bomba e coloca borracha pra jogar pra sua cisterna, é mais na COHAB que faz isso porque lá praticamente todo mundo tem cisterna...” (E3).

Conforme descrito no depoimento acima, na área central, principalmente na localidade COHAB, onde os moradores têm mais renda o uso de bombas para puxar água dos canos da rua é outra resposta social bastante utilizada, juntamente com a construção de poços. Abaixo na Figura 08, pode-se perceber várias bombas em uma esquina da localidade COHAB, que é, por isso, chamada pelos moradores de “cemitério das bombas”.

Figura 08 Esquina da Localidade COHAB – Cemitério das Bombas



Fonte: Arquivo fotográfico da autora. Junho 2012

As respostas sociais encontradas, muitas vezes, trazem novos problemas de saúde e ambiente. Entre eles, podemos citar o risco de curto circuito, queimaduras, incêndios, já que a energia utilizada para as bombas é através de ligações feitas pelos próprios moradores nos postes de luz, conforme observado na figura 09.

Figura 09 Esquina da Localidade COHAB – ligações improvisadas nos postes de energia.



Fonte. Arquivo fotográfico da autora. Junho de 2012.

Outra questão colocada por alguns entrevistados, e constatado por um estudo feito pelo IETS em 2010, é a contaminação do solo e da água subterrânea por agentes patogênicos, pelo chorume e por produtos químicos (IETS, 2011). Sendo o uso da água subterrânea comum por boa parte dos moradores, a contaminação do lençol freático torna-se um novo problema de saúde e ambiente.

Nas localidades situadas no Morro da Placa, onde encontram-se os domicílios com a menor renda na Área Central, muitos moradores não tem acesso à bomba para trazer água das tubulações da rua, e como resposta, eles recorrem à água dos vizinhos, ou vão até torneiras comunitárias.

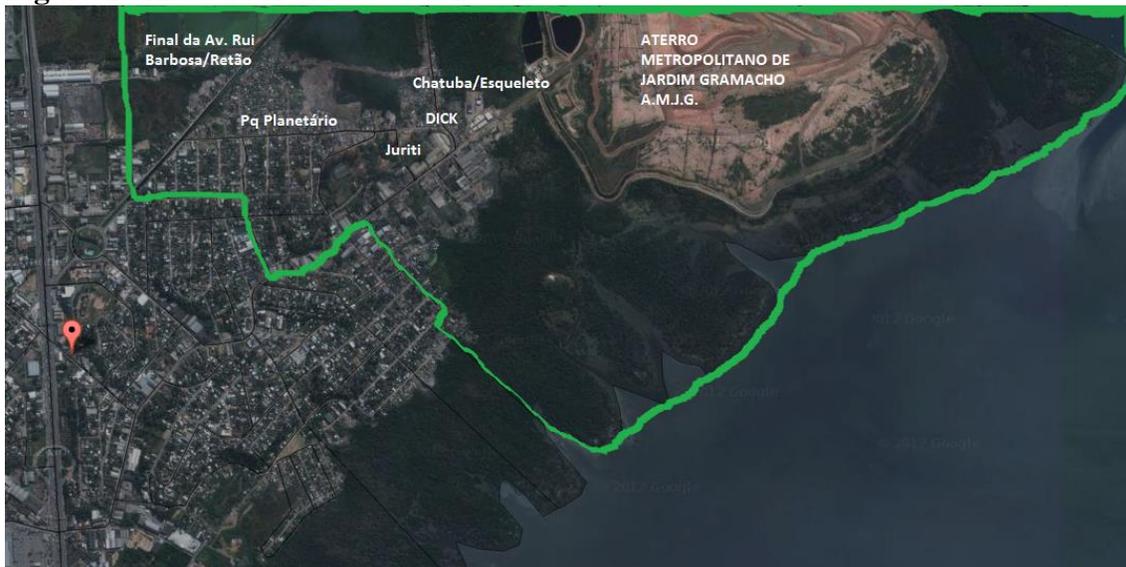
A partir das entrevistas e da análise dos documentos, percebe-se que essa área não tem uma dependência econômica do Aterro Sanitário. Segundo o depoimento abaixo (E9) de um morador da área, a saída do aterro sanitário significou uma redução na poluição, trazendo melhora para os moradores. Em outro depoimento (E11), constata-se uma apreensão do possível aumento da violência em função do fechamento do AMJG.

Com fechamento do aterro melhorou um pouco as carretas que era uma poluição danada, melhorou bastante...(E9)

Depois que o aterro sanitário foi embora tem acontecido muitos assaltos a residências coisas que a gente não via, agora está vendo. Então parece que aumentou o número de pequenos furtos porque não estão tendo recursos, isso é ruim, se tivesse policiamento no bairro seria bom, acontece de dia, de noite, essa reclamação é geral. A COHAB tem sofrido bastante a questão de assalto... (E11).

2. Área do aterro

Figura 10 Área do Aterro e suas Localidades



Fonte. Google Earth, marcações da autora. Acesso em 18 de Junho de 2012.

Esta Área, que tem como vetor de ocupação o Aterro Metropolitano de Jardim Gramacho (AMJG), é constituída por localidades que foram ocupadas após a instalação do Aterro e estão ligadas as atividades de reciclagem de materiais. Seu uso é, principalmente, residencial e para depósitos que lidam com reciclagem, tendo também pequenos estabelecimentos comerciais de alimentos e bebidas (bares, biroskas, mercadinhos, pensões).

Segundo dados do censo de 2010 tem uma população de 5158 habitantes, que corresponde a 27% dos habitantes do bairro, distribuídos em 1495 domicílios, numa média de 3,5 moradores por domicílio. Segundo cor/raça, 72% dos habitantes se autodeclararam pretos ou pardos. 88% da população com 10 anos ou mais de idade são alfabetizadas e em 48% dos domicílios a pessoa responsável pelo domicílio é do sexo feminino.

Nessa área encontram-se vias sem asfalto, em péssimas condições de tráfego de veículos e de pessoas. A maioria das residências é feita de materiais não duráveis. Apesar de nos dados do censo 2010 essa área aparecer com a maior rede de água potável do bairro (69%), a rede, na maioria dos casos, não chega até as residências, passando somente na rua. Rede de esgoto e a coleta de lixo também são precários, tendo muitas ruas com esgoto a céu aberto. A energia elétrica, em grande parte, os moradores tem acesso através de ligações clandestinas, e a iluminação pública é muito precária.

Sobre o transporte público a linha Pistóia passa nessa área somente pela rua principal – Rua Monte Castelo – até a entrada do Aterro Sanitário, várias localidades estão muito distantes dos pontos de ônibus, conforme destaca o sujeito abaixo:

“Precisa de muita coisa, pra mim o ônibus, a linha é péssima, nos precisamos de outra empresa de ônibus porque eles só botam mais ônibus na linha quando o povo reclama, porque nem todas as ruas o ônibus corre, o caminho da minha casa até o ônibus é grande pra poder pegar o ônibus e não só minha a de vários. Não circula o bairro tudo, tem muita gente que mora muito distante do ponto de ônibus, porque aqui só tem uma empresa de ônibus, um bairro desse tamanho isso não existe” (E7).

Nas visitas guiadas foi possível observar lixo por todos os lados, presença de animais domésticos, porcos e criadouros clandestinos. Localidades em que as condições materiais são extremamente precárias e os serviços públicos e as áreas de lazer quase inexistentes.

Ainda é possível ver depósitos clandestinos de lixo, mesmo após o fechamento do AMJG. Como também, a presença de uma área de transferência do lixo coletado no município para caminhões maiores que seguiriam para outro Aterro Sanitário, chamada área de transbordo. Essa tem sido uma questão de preocupação dos moradores e de reivindicação da sua retirada pelo fórum comunitário, como referem os entrevistados nos depoimentos abaixo.

“Voltou a área de transbordo, é rato, é barata, a prefeitura não tá nem aí. A gente começou a ver os caminhões que não estão passando por aqui(...) o pessoal tá achando que não, mas tá indo por trás. O transbordo não tem onde botar o chorume, tá enchendo de rato, tá enchendo de barata, mau cheiro,

porco na rua. Ainda tem os lixões clandestinos, vaza lá, as pessoas tiram o que precisam, porque os depósitos continuaram...” (E15)

“Ainda existe alguns depósitos de lixo clandestino nesses lugares, até hoje ainda existe, não sei de onde vem o lixo, fiquei indignada quando vi o caminhão subindo. De onde sai esse lixo, fiquei horrorizada mesmo, o caminhão lotado de lixo sexta feira agora, já não era pra existir e tá existindo, coletado as pessoas em cima dos caminhões, fui lá da uma olhada, ainda tá existindo um trabalho clandestino, ainda. Tão vindo não se sabe de onde, eu creio que os próprios depósitos mandam buscar. O que não serve não sei o que eles fazem, devem tá jogando pela costa da baia de Guanabara, agora em volta do manguezal, devem estar jogando aí.” (E6)

A localidade Parque Planetário, segundo alguns depoimentos (E4, E14, E15) tem em torno de nove anos de ocupação e está entre as maiores favelas do bairro junto com a comunidade Maruim. Já a localidade Juriti é pequena, mas é extremamente precária, construída em área de encosta. Para alguns sujeitos essas localidades não receberam investimentos públicos em infraestrutura como outras áreas do bairro, principalmente se comparado à Área Central.

“...a situação continua a mesma, a infraestrutura é precária muito precária, pra frente melhorou, mas lá pra dentro da área do aterro não melhorou, continua da mesma forma...”(E14)

Sobre o saneamento básico, os dados do IBGE, do último censo informam que em 69% dos domicílios existe rede geral de água, 18% dos domicílios são abastecidos por poço ou nascente e 13% por outra forma de abastecimento. O esgotamento sanitário em 44% dos domicílios é feito através de rede geral de esgoto, 4% fossa séptica, 23% por fossa rudimentar, 16% via vala, 10% via rio, lago ou mar. Em 61% dos domicílios o lixo é coletado por serviço de limpeza, 21% dos domicílios queimam o lixo, 16% jogam em terreno baldio e 2% em rio, lago ou mar. 100% dos domicílios possuem energia elétrica. Contrariando os dados do censo 2010 que indicam que essa área tem 100% de cobertura de energia elétrica, durante as visitas guiadas e as entrevistas foi possível constatar que existem residências sem energia elétrica em algumas localidades dessa área.

No depoimento abaixo é possível perceber que muitos domicílios não possuem ligação domiciliar da rede de água, e, segundo o sujeito da pesquisa, isso prejudica a qualidade da água que é utilizada pelos moradores dessa área. Podendo ser observado na Figura 11 o cano de água passando dentro de uma vala de esgoto.

“Teria que ter água mais tratável, na rua da M. a água que a pessoa bebe, a mangueira esta dentro da vala do esgoto, esgoto a céu aberto, no período que a água está caindo está jogando pra fora, quando não está caindo entra dentro da mangueira. Isso é anos e mais anos. É mais na área da Quipapa e Aratuípe. Na Juriti a água não sobe, eles têm que pegar lá em baixo na Monte Castelo ou até mesmo na rua Aratuípe onde a mangueira está no esgoto”(E2).

Figura 11 Mangueira de água dentro do esgoto



Fonte: Arquivo fotográfico da autora. Junho de 2012

Como resposta ao problema do abastecimento de água, muitos moradores fazem ligações improvisadas dos canos da CEDAE utilizando mangueiras que percorrem longos caminhos pela comunidade até chegar aos domicílios. Conforme descrito pelo depoimento acima (E2) a solução encontrada pelos moradores acaba gerando outros problemas de saúde e ambiente, entre eles a contaminação da água, como também o rompimento dos canos, já que os mesmos passam pelas ruas sem nenhuma proteção, como visto na Figura12.

Figura 12 Mangueira de água na rua.



Fonte: Arquivo fotográfico da autora. Junho de 2012

A localidade Juriti, que fica em parte alta do bairro, não tem a possibilidade de colocar bombas para fazer a água subir, nem construir poços, devido à precária condição de renda dos seus moradores. Como resposta, esses moradores carregam água até suas casas com a doação de vizinhos ou utilizando torneiras comunitárias.

Apesar de ser próxima ao Aterro Sanitário, essa área possui, pelos dados do IBGE, a pior proporção de recolhimento de lixo por serviço de limpeza, 39% dos domicílios dessa área não tem acesso a serviço público de coleta de lixo. É uma contradição enorme que a área mais próxima ao maior Aterro da região metropolitana não tenha esse serviço em 100% das localidades. Isso, provavelmente, justifica o grande número de lixo queimado que aparece nos

dados do censo e que é citado pelos sujeitos com um dos grandes problemas de saúde e ambiente dessa área, como apontado pelos depoimentos descritos abaixo.

“...a coleta de lixo na praça e na principal é regular as ruas mais pra dentro é que são esquecidas, tem umas que não são coletadas mesmo, tem Tocantins, Parque Planetário, os moradores queimam lixo, nunca foi coletado”. (E6)

“...aqui nesse bairro um dos problemas de saúde aqui são respiratórios, por falta de educação da população em relação as queimadas, ficam fazendo fogo desnecessariamente, têm pessoas que queimam tudo, têm determinados lugares, essa arezinha aqui trecho da Rui Barbosa é triste, a Tocantins, final da Caramuru, o povo ali gosta de uma queimada, eles queimam tudo e de vez em quando os barracos ali também estão pegando fogo (...) Tipo assim em alguns casos é pra queimar o lixo, por essa rua não ser asfaltada (...) o que acontece o carro da COMLURB não vai lá, vai até um certo ponto, as pessoas têm que andar ate um ponto e deixar o lixo, algumas pessoas vão, outras não o lixo fica se acumulando no quintal chega um ponto eles toca fogo, ate as crianças, pra espantar mosquito (...) coisa normal, então nessas áreas, como todo lugar, têm pessoas com problemas respiratórios, esse é um dos problemas que mais dá nesse lugar...” (E1)

“...eles fazem fogueira pra conversar, não tem realmente como as pessoas de deslocarem daqui pra ir pra única praça... Aqui as pessoas têm o costume de ficar conversando na rua (...) e as pessoas sentam na esquina de noite e elas fazem fogueiras, queima de tudo né plástico, papel, papelão mais são vários foquinhos de fogueira, a noite tem uma nuvem que fica assim baixa de fumaça, é tanta fogueirinha parece que é uma cultura já isso, tipo faz parte da vida da pessoa, mas é uma coisa insuportável...” (E1)

Para esse entrevistado, é ao redor das fogueiras que os moradores se reúnem para conversar e se distrair à noite. As fogueiras são elementos de agregação e de lazer entre os moradores, já que essa área é completamente desprovida de área para lazer. É preciso destacar, também, que o sujeito acredita que as queimadas fazem parte da cultura daquelas localidades.

Através dos depoimentos acima (E6, E1) é possível perceber que as fogueiras são respostas sociais dadas ao problema da falta do recolhimento de lixo por serviço de limpeza. Para muitos sujeitos (E1, E2, E3, E6, E8, E10, E14, E15) as fogueiras feitas pelos moradores são vistas como problema de saúde e ambiente, por causar doenças respiratórias e poluição do ar. Assim, a resposta social comunitária dada ao problema da falta de serviços e infraestrutura geram outros problemas de saúde e ambiente.

Em um dos depoimentos acima, quando o sujeito (E1) afirma que as fogueiras se devem a falta de educação da população, fica clara a tendência a relacionar os problemas aos comportamentos individuais, culpabilizando a população pelos problemas.

Outra situação percebida através de alguns depoimentos (E1, E5, E11, E15) trata-se da dificuldade de convivência entre os moradores de áreas diferentes. Principalmente entre os moradores da Área do Aterro e os moradores da Área Central, deixando explícito a pouca relação social entre as áreas do bairro, como pode ser observado no depoimento abaixo.

“...O bairro precisa de áreas de convivência social, porque tipo assim, a gente tem uma praça aqui no bairro, só tem essa praça, só tem ela, tudo tem que acontecer nela, vamos supor quem mora nessas arezinhas aqui não tem nada, não tem praça (...) é um bairro que é diferente em cada lugar dele, você vai perceber que a maneira das pessoas até pensarem as pessoas daqui da COHAB, acham que as daqui da Tocantins, Remanso é perigoso sabe, umas coisas q eu não consigo entender, sem contar que eles acham que são mais ricos que o pessoal daqui. Só tem essa praça, quando fez a praça essas diferenças ficaram evidentes, porque todo mundo queria compartilhar no começo e ai começou a ter aquelas guerras, tiroteio, morte, hoje não é mais a mesma coisa, todas as pessoas deveriam ter espaço de convívio...” (E1)

Chama a atenção o preconceito sofrido por quem é morador da Área do Aterro, sendo difícil frequentar os locais de lazer do bairro, como a praça principal e acessar os serviços de educação e saúde, já que os mesmos ficam localizados na área central. É possível perceber, também, através do depoimento acima, a grande estratificação do território, fica claro um sentimento de não pertencimento dos moradores da Área do Aterro nas outras áreas.

Outra questão colocada pelos entrevistados é a falta de creche no bairro. A área próxima ao aterro tem a maior porcentagem de mulheres responsáveis por domicílio, quase 50% das mulheres da área são responsáveis pelos domicílios, o que mostra a necessidade de vagas de creche próximas a esses domicílios. Concordando com os dados do IBGE, os entrevistados (E1, E6, E14) afirmam que as vagas de creche são insuficientes para a demanda do bairro e da área.

“...eu tenho uma fila de espera no caderno que daria pra outra creche, e cada ano nasce mais criança.”(E14)

“Aqui no bairro tem creche, têm duas, só que uma está desalojada e tem uma creche comunitária que é da igreja católica que tem ajudado, não sei se tem incentivo da prefeitura (...) são as únicas creches, vagas são poucas né, só que é o seguinte são poucas vagas...” (E1)

Em relação à renda, essa área possui a maior porcentagem de domicílios em condição de indigência e pobreza do bairro. Segundo os dados do censo 2010 18% dos domicílios estão na condição de indigência e 31% na condição de pobreza. E em 92% dos domicílios a renda domiciliar *per capita* não ultrapassa os dois salários mínimos. Nessa Área mora a grande maioria dos catadores de materiais recicláveis do bairro e hoje uma questão que preocupa bastante é a saída do aterro, que ainda está sem solução para muitas famílias que dependiam disso, conforme relatado nos depoimentos abaixo:

“O pessoal do aterro sempre teve ali no DICK, Chatuba, Esqueleto (...) eles tinham dinheiro, o aterro deu muito dinheiro pra muita gente, o Planetário foi gente que tinha dinheiro (...) Muitos catadores tão no sufoco, desesperados, e os que não receberam...” (E15).

“Com fechamento do aterro... o povo ficou desempregado né, tem muito vizinho meu que agora não sabe o que fazer. Eles falam que agora o que pintar minha filha to fazendo, se tiver que cortar uma arvore me chama, me ajuda, entendeu?? Porque tá difícil...”(E9).

“...quem catava no lixão hoje cata no lixo doméstico, a maior parte cata ainda.” (E6).

Uma das respostas dadas à situação dos catadores de materiais recicláveis foi uma indenização de quatorze mil reais por catador, financiados pela COMLURB e pelo Município do Rio de Janeiro. Segundo alguns sujeitos essa questão gerou vários conflitos entre a Associação dos Catadores (ACAMJG) e os catadores devido, a lista dos que foram contemplados, lista esta, feita pela própria Associação, conforme descrito nos depoimentos abaixo:

“Essa questão do fundo foi uma coisa positiva, até politicamente pra quem recebeu, as pessoas com aquela esperança de que iam receber, muitas pessoas não entraram por causa de documento ou por causa da política de como foi escolhido, quem entrou no fundo, quem não foi, essa lista saiu da mão do fórum e foi feita pela ACAMJG e por um grupo da gestão dos catadores, mas ai eu boto amigos, eu boto família, sabe que fora a lista que foi tinham quase 400 pessoas na defensoria pública requerendo o fundo, tem toda uma problemática”. (E15).

“Ainda tem bastante catadores aqui, ainda tem alguns que tão correndo atrás pra receber a indenização que ainda não receberam, comprovaram que trabalharam lá anos e anos e não ganharam entraram com uma ação no fórum pra correr atrás dessa indenização ai” (E6).

Segundo os documentos do Fórum, além das indenizações, outra resposta dada pela Prefeitura do Município de Duque de Caxias são os cursos profissionalizantes para os moradores

do bairro, com foco principal nos catadores de materiais recicláveis, oferecidos através da FUNDEC (Fundação para o Desenvolvimento Tecnológico e Políticas Sociais). A Associação dos Catadores (ACAMJG) também está desenvolvendo cursos e pensando em alternativas para o fechamento do Aterro, entre elas está o polo de reciclagem, que juntou todas as cooperativas de catadores existentes no bairro e pretende trabalhar com coleta seletiva, empregando os catadores do bairro.

Em uma das reuniões do fórum foi colocada em pauta o esvaziamento dos cursos oferecidos pela FAETEC. Os dois locais onde são oferecidos os cursos ficam localizados na Área Central do bairro, uma na COHAB e outra na praça, distante da Área do Aterro onde vivem a maioria dos catadores.

Um dos participantes acredita que o problema de esvaziamento dos cursos está ligado ao fato de não incorporarem a realidade das pessoas do bairro, *“têm pessoas que não sabem pegar um lápis, as coisas são pensadas de cima para baixo”*. Outro participante concorda e ainda afirma que o problema está, também, no local onde os cursos são oferecidos: *“... os projetos são centralizados, porque não tem projetos mais para dentro, no Parque Planetário, por exemplo... tudo tem que ser combinado, não pode sair da cabeça, tem que ser de interesse da comunidade.”* Todos os outros participantes da reunião disseram que o local onde estão os cursos é adequado e alguns colocaram que as pessoas não participam porque são “acomodadas”.

Outra questão colocada como problemas por muitos entrevistados é a presença de organizações criminosas ligadas ao tráfico de drogas nessa área. No bairro não tem posto policial, alguns sujeitos (E9, E11) dizem que isso é uma necessidade de Jardim Gramacho. Outros sujeitos (E2, E5, E8) relacionam o tráfico e o aumento dos dependentes de drogas ao Aterro Sanitário e ao aumento de pessoas morando e circulando pelo bairro.

“...O que as vezes atrapalha a vida nossa aqui é o trafico, a agente perde nosso direito de cidadão de ir e vir, as vezes a gente acaba perdendo, porque a gente programa uma coisa a gente não pode fazer, porque ta tendo conflito entre policia e a boca de fumo isso atrapalha muito. Esta semana onde tinha... Tocantins, DICK e Esqueleto...”(E6).

“O bairro assim precisa de policiamento a farmácia foi assaltada ali, uma coisa q é pra nossa melhoria e aconteceu esse assalto...” (E11).

Nessa área se localiza a Associação de Catadores de Jardim Gramacho e o polo de reciclagem, a Associação de Moradores do Parque Planetário e conta com uma forte presença de pequenas igrejas, principalmente pentecostais.

“...as igrejas neopentecostais que trabalham aqui dentro, tem muita, a católica somos 5, agora protestante é infinita, cada dia surge uma tem as grandes as tradicionais, assembleia, batista, metodista, mas fora cada porta tem uma onde tem mais miséria tem mais lá.” (E15).

As respostas sociais em áreas de grande precariedade material e de serviços, onde o Estado quase não atua, ocorrem, muitas vezes, no âmbito da solidariedade. Em contextos como o vivenciado pelos moradores da Área do Aterro, o apoio social entre vizinhos, familiares, e a atuação das igrejas, principalmente as católicas e as neopentecostais, torna-se importante e eficaz para resolver os problemas de saúde mais urgentes, como afirma o depoimento abaixo:

“...as igrejas contribuem na parte da alimentação, cesta básica, roupas, dando o que pode... (E1)”

Nas visitas guiadas foi possível observar o grande número de igrejas nessa área. Nessas localidades são escassos os serviços públicos e até a presença de ONGs é nessas regiões onde tem uma maior presença de igrejas neopentecostais de pequeno porte, conforme afirmam os sujeitos das pesquisas (E4, E8). Na Figura 13, aparece uma igreja evangélica localizada no Parque Planetário.

“O único que chega aqui é as igrejas, a gente e a assistência social às vezes.” (E4)

“...participo da igreja(...) A igreja também participou muito, ela ainda ajuda a creche que você conhece, a escola comunitária, tem a entrega de bolsas, da uma grande ajuda, tem a pastoral também. Eles cediam muita água...” (E8)

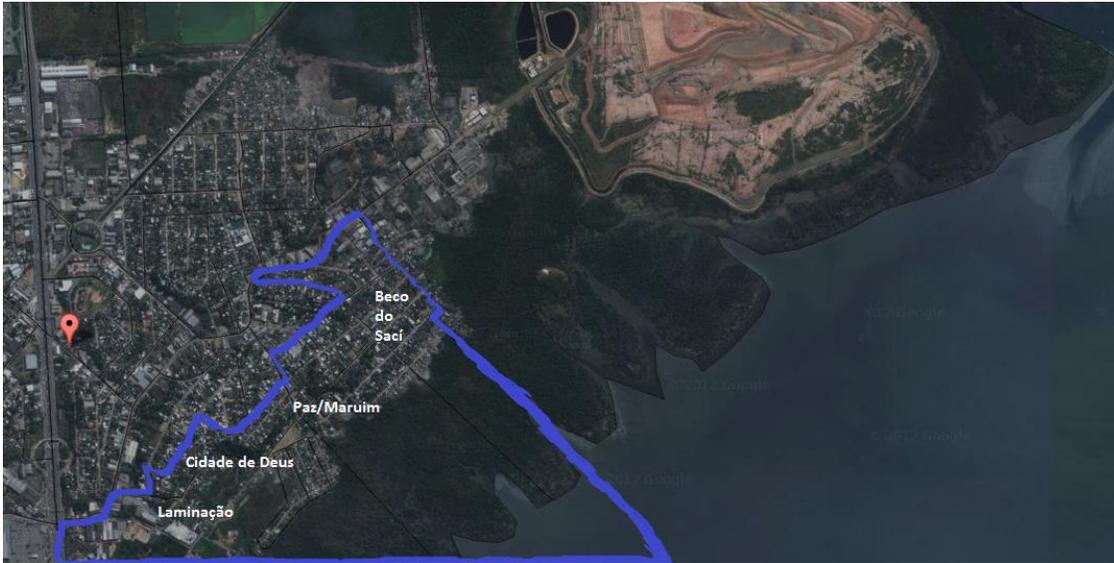
Figura 13 Localidade Parque Planetário – Igreja Evangélica.



Fonte: Arquivo fotográfico da autora. Junho de 2012.

3. Área de Expansão

Figura 14 Área de Expansão e suas localidades



Fonte: Google Earth, marcações da autora. Acesso em 18 de junho de 2012

Localidades com sua ocupação relacionada à expansão recente da periferia do Município de Duque de Caxias e da região metropolitana do Rio de Janeiro, sem informação do seu período exato de ocupação. Segundo alguns entrevistados (E15, E5) a comunidade Paz/Maruim tem cerca de oito anos e teve seu início através de lotes distribuídos e vendidos por um vereador do bairro. A área foi construída sobre o manguezal não aterrado, sem investimento público planejado e, em sua maioria, com aterros feitos de forma precária pelos próprios moradores. O uso do solo é residencial e com alguns pequenos estabelecimentos comerciais de alimentos e bebidas. A localidade Laminação, que está mais próxima à Rodovia Washington Luiz possui algumas indústrias e depósitos de madeireiras da região. Para alguns sujeitos da pesquisa (E5, E15, E8), os moradores dessa área não tem relação com o trabalho no Aterro Sanitário e muitos vieram de outros bairros do Município para residir nessa localidade, conforme relatado no depoimento abaixo:

“...o vereador do bairro, que quer ser vereador novamente, ele só ganhou porque ele deu alguns lotes, sabe o mangue, coisa que não era dele, aí ele foi repartindo (...) um monte de gente do Beiramar (...) Parque das Missões pra morar aqui, especificamente no Maruim, as pessoas que vieram morar aqui não tinham relação com o aterro, nenhum era catador...” (E5)

“...o Maruim(...) um candidato a vereador loteou. De primeiro, quando eu vim morar aqui, era a Quipapa, lá perto do aterro, Esqueleto/Chatuba e Remanso [Área do Aterro] as grandes favelas que tinham aqui, depois foi crescendo mais e agora ficou as duas grandes – o Maruim e o Planetário.” (E15)

Para outro sujeito da pesquisa os moradores da localidade Maruim têm relação com o trabalho no Aterro Sanitário e alguns são catadores de materiais recicláveis. Nas visitas guiadas, observou-se residências vazias que, segundo um dos sujeitos (E3), são de trabalhadores do Aterro que após o fechamento do mesmo deixaram o bairro.

“Hoje, agora tá com muitas casas vazias porque quem era catador, que o lixão saiu, tão saindo, atrás de outro lixão e muitos que receberam o dinheiro fizeram suas casas boas. Muitos arrumaram um terreno aqui para dormirem, pois trabalhavam a noite lá em cima [Aterro Sanitário]. Muitos tão retornando pro seu lugar de origem ou pra outros lixões.” (E3)

Apesar de sua ocupação ser mais recente que a área do aterro, segundo os dados do Censo 2010, essa área possui mais moradores que a área próxima ao Aterro Sanitário. São 6495 habitantes, o que corresponde a 34% dos habitantes do bairro, distribuídos em 1908 domicílios, numa média de 3,4 moradores por domicílio. Segundo raça e cor (auto declarado), 68% dos habitantes são pretos ou pardos. Em 40% dos domicílios o responsável é do sexo feminino e 91% da população com 10 anos ou mais de idade são alfabetizadas.

Na área algumas ruas são asfaltadas, sendo que, a maioria não é asfalta ou tem um asfalto em péssimas condições. Muitas habitações são feitas de bens não duráveis, poucas são de alvenaria. Pequena parte tem rede de água, e geralmente não tem ligação domiciliar, presença de locais com esgoto a céu aberto e algumas residências sem banheiro. A coleta de lixo e a iluminação pública são precárias, na comunidade Maruim algumas residências não possuem rede elétrica, e outras com ligações clandestinas. Nas visitas guiadas foi possível observar lixo e animais domésticos pelas ruas e criações de porcos em alguns quintais. As localidades Beco do Saci e Paz/Maruim são as mais precárias em infraestrutura, já as localidades Cidade de Deus e Laminação, que são mais próximas a Área Central, têm melhor infraestrutura, onde se encontram lugares com asfalto e saneamento básico adequado.

Um problema que se repete em todas as áreas, também é problema aqui, a questão da rede de água inexistente ou insuficiente. Não cobre todas as localidades e as que são cobertas não recebem água todos os dias, conforme descrito por alguns dos sujeitos (E1, E3, E4, E15).

“Os problema aqui são da água também, tem lugar que realmente não tem água, e as pessoas pra pegar água junta água nos barril, aquelas coisa todas e assim a água fica aberta, cai poeira (...) eu tenho uma teoria, que as pessoas criam resistência, tem pessoas que bebem água filtrada se elas beberem essa água ficam com diarreia, mais quem já mora aqui criou uma resistência, podemos pegar água no barril que nada acontece.” (E1)

Os dados do último censo do IBGE mostram que o abastecimento de água é por rede geral somente em pouco mais da metade dos domicílios 57%, sendo que 30% dos domicílios possui poço ou nascente e 13% é abastecido de água por outras formas. O IBGE não detalha o que chama de outras formas, o depoimento abaixo aponta para a água da chuva como outra forma de abastecimento dessa Área.

“No Maruim eles aparam água de chuva, porque lá eles têm barril e lá não tem água. Cai num certo ponto(...) Tem que compra pipa de água e quem não tem condições tem que aparar água de chuva ai é onde vem muitas doenças, dengue mesmo. Cozinham e bebem aquela água.” (E3)

Os moradores também utilizam poços e ligações improvisadas com mangueiras para seu abastecimento de água. Outra forma de resposta é através da torneira comunitária localizada próxima a Associação de Moradores. Na figura 15 é possível ver uma moradora carregando garrafas *pet* com água para seu consumo.

Figura 15 Localidade Maruim – moradora carregando garrafas de água.



Fonte: Arquivo fotográfico da autora. Junho de 2012

O esgotamento sanitário também é precário nessa Área segundo os dados do último censo. Em 62% dos domicílios é feito através de rede geral de esgoto, 18% via fossa séptica, 2% por fossa rudimentar, 11% via vala, 5% via outro escoadouro, 1% dos domicílios não tem banheiro. Em 87% dos domicílios o lixo é coletado, 10% dos domicílios queimam o lixo, 1% dão outro destino ao lixo. Segundo os dados do IBGE 100% dos domicílios possuem energia elétrica, situação diferente da que foi vista nas visitas e relatada pelos sujeitos, onde residências da localidade Maruim não tinham acesso à energia elétrica.

Convergindo com os dados do IBGE descritos acima, os sujeitos afirmam que essa área tem problemas com o destino do esgoto sanitário.

“Esgoto a céu aberto no Maruim, o pessoal vai no quintal, faz suas necessidades aí e volta, tem lugares que não têm banheiro, você vê a vala no meio do quintal.” (E3).

“...ainda continua muito sem saneamento básico né, água falta, esgoto falta, vai direto pra Baía de Guanabara...” (E15).

Como visto no depoimento acima, outra preocupação dos sujeitos e também observada nas visitas guiadas foi a contaminação do manguezal e da Baía de Guanabara. Na localidade Beco do Saci é possível visualizar um grande cano de saída de esgoto sanitário, sem tratamento, diretamente no manguezal, próximo a barcos de pesca. Segundo alguns depoimentos (E1, E4, E8, E15, E16) o manguezal está sendo destruído e contaminado também por lixo, que é despejado ali pelos moradores e pelos depósitos. A contaminação do manguezal nessa região é bem visível e muito próxima às residências conforme visto na figura 16.

Figura 16 Localidade Beco do Saci – Cano de Esgoto na Baía de Guanabara.



Fonte: Arquivo fotográfico da autora. Junho de 2012.

“Não tem preservação ambiental eles falam muito do ambiente, mas eles não fazem nada, as pessoas que cuidam do meio ambiente não fazem nada, vem aquilo sendo construído e não tão nem ai (...) as famílias não tem educação porque não vão pra escola, a maioria das famílias que estão ali não vão pra escola, não tem formação pra saber vou separar meu lixo, não vou jogar ali porque vai prejudicar, eles não querem nem saber, jogam lá no mangue mesmo, não tão nem ai.” (E4)

“Eu não gosto daquele Maruim ali, não foi o ideal ser construído casas ali, nunca era pra ter feito aquilo, primeiro o meio ambiente né as plantações tinha tudo ali e segundo a água que a gente tomava banho e tudo, pegava caranguejo ali, era Cataanha que a gente chamava, ai acabou isso tudo. Depois disso tudo o que mais tem ali dentro é matança”. (E8).

No período em que foi construída a localidade Maruim, na Área de Expansão, acontecia um aumento da discussão ambiental e da sua relação com a saúde. Em alguns depoimentos (E4, E8) percebe-se a preocupação com a contaminação do manguezal, e com o fato do mesmo estar sendo aterrado para a construção de casas nesta localidade. O mesmo não acontece quando se referem à Área do Aterro ou à Área Central, que também foram construídas aterrando o manguezal em período anterior, como mostra a história do bairro.

A empresa que administrou o Aterro Sanitário e a COMLURB, firmaram um acordo após o fechamento do AMJG, de recuperar o manguezal e o entorno do aterro, assim como, da manutenção das ruas do bairro.

No depoimento acima (E8) o sujeito cita a violência que atinge essa Área, que assim como a Área do Aterro, está ligada a organizações criminosas de tráfico de drogas. Durante as visitas guiadas a presença de locais de venda de drogas dificultou o registro fotográfico destas localidades. Entre elas está o Beco do Saci, onde um ponto de venda de drogas fica em frente à escola comunitária e é alvo de constantes ataques da polícia, prejudicando o andamento das atividades. Outros depoimentos (E1, E15), também citam a violência como um problema de saúde e ambiente dessa área.

“...é um grande problema aqui a questão da droga em geral, a questão do tráfico também é outra problemática...”(E15).

“Nessas áreas aqui tem áreas de conflito social também, é violência, tráfico de drogas. Onde é a área mais pobre mesmo, no Maruim e todo o entorno porque são áreas que dão acesso ao mangue e o mangue é o esconderijo, entrou aqui dificilmente alguém acha”. (E1).

No depoimento (E1) nota-se que, além da situação social a situação geográfica também é privilegiada para a instalação de grupos organizados ligados ao tráfico de drogas. O que é fortalecido pela pouca ação do Estado em relação à segurança pública, principalmente, nessa Área e na Área do Aterro.

Através de outras entrevistas (E1, E8) percebe-se que os alagamentos são problemas que também atingem essa área, principalmente nas épocas de chuva e nas localidades mais próximas ao manguezal.

“Quando chove muito forte algumas ruas, a minha casa se tiver uma chuva forte a rua enche de tal maneira. E eles fizeram esgoto com agua da chuva tudo junto, então o que acontece, aquelas chuvas fortes pode contar que vai encher, eles fizeram uma galeria que vai pra uma certa parte do mangue, não vai ate lá embaixo, então a agua vai e retorna. Antes quando não tinha esse montão de depósitos esses aterros eu acho que isso influenciou de uma tal maneira, que antigamente as aguas iam da chuva elas iam embora agora tá retendo, elas voltam...(E1)”

Nessas localidades o índice de indigência e pobreza é alto. Apresenta indicadores melhores que a região próxima ao Aterro Sanitário e piores que a área próxima à Rodovia e à Central. Segundo dados do censo 2010, vivem em condição de indigência 17% dos domicílios dessa área e 24% na condição de pobreza. Sendo que em 91% dos domicílios a renda domiciliar *per capita* é de até 2 salários mínimos.

Não há serviços públicos de saúde ou educação na área. Entre os recursos comunitários estão à Associação de Moradores e a escola comunitária que trabalha com reforço escolar. E como áreas de lazer existem dois campos de futebol, um em frente à Associação de Moradores do Maruim e outro na localidade Laminação. Muitas igrejas católicas e evangélicas tem sua sede nessas localidades.

Diante da precariedade da infraestrutura, dos serviços, da renda, os moradores, através de suas experiências anteriores, desenvolvem alternativas de sobrevivência. Na Área de Expansão, assim como na Área do Aterro, segundo alguns entrevistados (E3, E1), muitas respostas estão baseadas na solidariedade entre os vizinhos e nas ações das igrejas. Um dos depoimentos chama a atenção para essa situação “*aqui o pessoal trabalha com o que tem*” (E3).

Jardim Gramacho

Após essa descrição das diferentes áreas percebe-se que existem vários “Jardins Gramachos”, com diferentes configurações, distintas distribuições dos serviços e áreas de lazer e, conseqüentemente, diferentes problemas de saúde e ambiente, conforme afirma um dos sujeitos da pesquisa:

“...uma coisa que me chamou muita a atenção no trabalho comunitário é um bairro enorme né e tem vários micro bairros dentro do Jardim Gramacho...”
(E15)

Na figura 17 a seguir é possível visualizar alguns serviços e sua localização geográfica, percebendo que a maioria dos serviços se concentra na área central, deixando as outras áreas com carência de serviços e áreas de lazer.

Figura 17 Localização de alguns serviços em Jardim Gramacho



Fonte: Google Earth, marcações da autora. Acesso em 18 de Junho de 2012.

Segundo os dados do Censo 2010, a região de Jardim Gramacho que se localiza entre o Aterro e a Rodovia, possui uma população de 18951 habitantes distribuídos por 5701 domicílios, com uma média de 3,3 moradores por domicílio. Pouco mais que o município de Duque de Caxias com uma média de 3,2 e que a região metropolitana, com uma média de 3,0.

Em diagnóstico socioeconômico realizado no ano de 2010, a pirâmide etária do bairro aparece como mais jovem do que a da região Metropolitana do Rio de Janeiro, o que está relacionado ao menor nível de desenvolvimento socioeconômico. De fato, mais da metade dos domicílios (53,3%) possuem crianças, enquanto somente 19,4% possuem idosos. Assim, a razão de dependência das crianças é de 51,4%, enquanto a dos idosos é de 9,3% (IETS, 2011).

Segundo o IPEA, quando se utiliza somente o fator renda para definir a indigência e a pobreza, definem-se como pobres todas as pessoas com renda *per capita* igual ou inferior a meio salário mínimo e indigentes aquelas com renda *per capita* igual ou inferior a um quarto do salário mínimo. Em Jardim Gramacho 15% dos domicílios tem renda *per capita* na condição de indigência e 24% na condição de pobreza. Ao todo 89% dos domicílios tem renda domiciliar *per capita* de até 2 salários mínimos. Segundo a renda o bairro possui, proporcionalmente, três vezes mais domicílios em condições de indigência que a região metropolitana, pelos dados do Censo 2010.

Utilizando os dados do IBGE do Censo 2010, foi possível construir alguns indicadores do entorno do bairro. O IBGE classifica quatro regiões do bairro como sendo “aglomerados subnormais” que são classificados como um conjunto de, no mínimo, 51 unidades habitacionais, ocupando ou tendo ocupado até período recente, terreno de propriedade alheia (pública ou particular) dispostas, em geral, de forma desordenada e densa, bem como carentes, em sua maioria, de serviços públicos essenciais. Os aglomerados são: Chatuba, Remanso, Maruim e Rui Barbosa. Sendo três localizados na Área do Aterro e um localizado na Área de Expansão.

No bairro, pouco mais da metade dos domicílios possui acesso à rede geral de água, e mais de 40% dos domicílios do bairro não tem acesso a rede geral de esgoto. Em Duque de Caxias o acesso a rede geral de esgoto chega a quase 80% e na Região Metropolitana ultrapassa os 80%. E em 15% dos domicílios do bairro o lixo não é coletado, sendo que em 9% deles é queimado pelos moradores. Já no Município e na Região Metropolitana a proporção de domicílios que não possuem coleta de lixo por serviço de limpeza não passa de 5%.

Segundo Marques (2000), o município de Duque de Caxias, juntamente com outros municípios da periferia da Região Metropolitana, como Nova Iguaçu e São Gonçalo, é pouco provido de serviços urbanos e possuem baixa cobertura de serviços de água. Refere que, os espaços periféricos são marcados por receber poucos investimentos públicos até meados dos anos 80. Apesar de, após os anos 80 e em nove anos depois da criação da CEDAE, os espaços com classes baixas terem recebido, proporcionalmente, mais investimentos que os espaços das classes altas, em sua maioria, os serviços são de má qualidade e os sistemas implantados de forma incompleta.

Conforme alguns entrevistados (E2, E8, E16), os moradores de Jardim Gramacho convivem com o problema da água há muito tempo, sendo motivo de manifestações e protestos como o que parou a Rodovia Washington Luiz em 1986, organizado pela Associação de Moradores e noticiado em jornais da época (O GLOBO, 1986; O DIA, 1986).

“.. a gente fechou pista pra conseguir a agua de rua que ninguém tinha. Porque se hoje ainda tem essa água precária foi feito movimento pra fazer as coisas, as pessoas pensam mais coisas individuais...” (E2)

“...nos íamos pra rua, até bloquear a rua nos fizemos como tá aqui no jornal, pra conseguir agua e outras coisas mais...” (E16)

O Quadro nº 03 traz uma comparação de alguns indicadores feitos a partir do Censo 2010 do IBGE entre a Região Metropolitana, o Município de Duque de Caxias, o Bairro e as suas áreas.

Quadro nº 03 Indicadores Sócio Demográficos

Indicadores	Região Metropolitana	Duque de Caxias	Jardim Gramacho	Área Central	Área do Aterro	Área de Manguezal
Número de Moradores			18951	7298	5158	6495
Porcentagem de Moradores				38%	27%	34%
Número de Domicílios			5701	2298	1495	1908
Média Morador por domicílio	3,0	3,2	3,3	3,2	3,5	3,4
Porcentagem de alfabetizados com 10	97%	95%	92%	95%	88%	91%

anos ou mais.						
Indicadores	Região Metropolitana	Duque de Caxias	Jardim Gramacho	Área Central	Área do Aterro	Área de Manguezal
Porcentagem da população preta ou parda	53%	63%	67%	64%	72%	68%
Porcentagem de domicílios na condição de indigência segundo a renda domiciliar percapita.	10%	13%	15%	12%	18%	17%
Porcentagem de domicílios na condição de pobreza segundo a renda domiciliar percapita.	14%	19%	24%	19%	31%	24%
Porcentagem de mulheres responsáveis por domicílio	32%	38%	42%	40%	48%	40%
ABASTECIMENTO DE ÁGUA	Região Metropolitana	Duque de Caxias	Jardim Gramacho	Área Central	Área do Aterro	Área de Manguezal
Porcentagem de domicílios com abastecimento por rede geral de água	88%	63%	57%	48%	69%	57%
Porcentagem domicílios com abastecimento de água por poço ou nascente	10%	32%	33%	44%	18%	30%
Porcentagem de domicílios com abastecimento de água por outra forma	3%	5%	11%	7%	13%	13%
ESGOTAMENTO SANITÁRIO	Região Metropolitana	Duque de Caxias	Jardim Gramacho	Área Central	Área do Aterro	Área de Manguezal
Porcentagem de domicílios com rede geral de esgoto sanitário	83%	77%	66%	84%	44%	62%
Porcentagem de domicílios com esgoto Sanitário via fossa séptica	7%	9%	13%	15%	4%	18%
Porcentagem de domicílios com esgoto Sanitário via fossa rudimentar	0	0	7%	0%	23%	2%
Porcentagem de domicílios com	0	0	8%	0%	16%	11%

esgoto Sanitário via vala						
Porcentagem de domicílios com esgoto Sanitário via rio, lago ou mar	0	0	3%	0	10%	0
Porcentagem de domicílios com esgoto Sanitário via outra forma	10%	14%	3%	0	3%	5%
COLETA DE LIXO	Região Metropolitana	Duque de Caxias	Jardim Gramacho	Área Central	Área do Aterro	Área de Manguezal
Porcentagem de domicílios com lixo coletado por serviço de limpeza	97%	96%	85%	100%	61%	87%
Porcentagem de domicílios com lixo queimado			9%	0	21%	10%
Porcentagem de domicílios com lixo jogado em terreno baldio			5%	0	16%	1%
Porcentagem de domicílios com lixo jogado em rio, lago ou mar			1%	0	2%	0
Porcentagem de domicílios com outro destino de lixo	3%	4%	0	0	0	0

No quadro nº 04 observa-se que todos os indicadores do bairro são piores que os do Município e da Região Metropolitana. Percebe-se também, as diferenças existentes dentro do próprio bairro. A Área Central tem indicadores muito parecidos com os do Município de Duque de Caxias e bem melhores que a Área do Aterro. Já a Área de Expansão possui indicadores bem próximos aos de Jardim Gramacho, mostrando sua influência nos indicadores do bairro, provavelmente pela porcentagem de população que vive nessa área.

A Área do Aterro se destaca por ter os piores indicadores demográficos e do entorno, exceto os dados de abastecimento de água. Essa área possui uma cobertura por rede de água superior as outras áreas, provavelmente por se tratar de uma área mais baixa e plana, o que facilita a instalação da rede, mas é preciso lembrar que se trata de uma rede improvisada e de péssima qualidade, como visto anteriormente na descrição da Área.

Além da rede de água, quando perguntados sobre os problemas de saúde e ambiente do bairro, alguns sujeitos (E4, E8) relataram várias patologias. Entre elas os entrevistados citaram as

Doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs), as doenças de pele, como a hanseníase, as alergias e as doenças respiratórias como a tuberculose. Muitos relacionam essas patologias à presença do Aterro Sanitário e às queimadas de cobre e lixo que são muito frequentes em algumas localidades.

“(...) as pessoas falam que o lixo trouxe, eu acho que pode ter trazido muitas doenças, HPV as mulher não tinham nenhum pudor (...), o lixão trouxe isso, mas não é o lixão, são as pessoas que acompanham o lixo né...”(E4).

“Problemas de pele e respiratória, acho que tem a ver com o aterro sanitário, ta envolvido nisso tudo, mexe com o ar né, o pessoal tem muito problema alérgico aqui dentro.”(E8).

Apesar da relação que alguns entrevistados relatam entre as doenças e o Aterro Sanitário, ele também é visto, por outros sujeitos, como um fator de desenvolvimento para o bairro, pois trouxe muitas melhorias, emprego e dinheiro para Jardim Gramacho.

“O lixão quando veio apesar de muita doença, muitas coisas negativas, mas também teve um lado bom por causa das rendas né (...) quer dizer tem um lado bom do crescimento, mas junto com o crescimento vem às outras coisas geralmente é assim” (E2).

“O aterro trouxe muito progresso pra gente, gerou muito emprego, muita gente não tinha nada na vida hoje tem, quer dizer, numa parte foi muito boa, ajudou a muita gente, muita gente criou seus filhos né...” (E16).

O enfoque que é dado ao Aterro Sanitário depende da relação dos entrevistados com este, os que trabalharam como catadores ou em depósitos, costumam ver mais a questão de emprego e geração de renda que o Aterro trouxe. Já quem não teve essa relação de dependência enfoca mais nos prejuízos para a saúde e meio ambiente causados pelo Aterro.

Junto a isso, a precária assistência em saúde também é outra questão bastante citada, quase todos os entrevistados referem que o bairro precisaria de uma unidade de saúde 24 horas para atender emergências e alguns referem que as unidades básicas de saúde não são resolutivas. Queixam-se da falta de profissionais, de recursos e de uma unidade que atenda demandas de emergência, já que é muito difícil chegar ao Hospital durante a noite devido à deficiência no transporte público.

“(…) na área de saúde é muito deficiente (…) a grande demanda do fórum é um posto 24 horas com ambulância e com motorista.” (E15).

“A área da saúde tinha que melhorar bastante aqui dentro, um posto 24 horas seria essencial(…) Precisaria ser feito um trabalho melhor pra saúde aqui dentro, é o que os políticos tão prometendo agora né, um posto 24 horas e a água.” (E14).

“Primeira coisa é saúde, um posto 24 horas, eu acredito que já foi dito que não pode ser feito, dizem que é porque não tem vários bairros vizinhos(…) Eu acho que deveria ter isso aqui, porque a maioria das famílias que moram aqui(…) do mercado pra lá pra dentro da padaria não têm dinheiro de passagem. Na verdade a gente vê que são mesmo pessoas bem necessitadas…” (E5).

Como visto anteriormente na descrição das áreas, as repostas aos problemas são diferentes em cada situação e dependem das experiências de vida dos agentes sociais que as realizam. Além das repostas sociais de intervenção própria existem também reivindicações feitas pelo fórum comunitário. Para alguns dos sujeitos (E1, E5, E8, E14, E15), o fórum hoje é a instituição que representa Jardim Gramacho, sendo formado por participantes de várias instituições do bairro.

O quadro nº 04 apresenta uma síntese das configurações territoriais das áreas, apontando seu vetor de organização, sua localização, alguns serviços e problemas de saúde e ambiente.

Quadro nº 04 síntese da configuração territorial, infraestrutura, serviços e problemas.

ÁREA	LOCALIZAÇÃO, PERÍODO DE OCUPAÇÃO, VETOR.	ESTRUTURA SOCIAL	INFRAESTRUTURA, SERVIÇOS E PROBLEMAS
Central	<ul style="list-style-type: none"> • Ocupação na década de 1970. • Primeiras residências urbanas do bairro com investimento público. • Próxima à rodovia Washington Luiz. • Vetor: a intensificação da industrialização e a expansão da metrópole. • Localidades: início da Av. Rui Barbosa, Morro da placa, morro do Cruzeiro, COHAB, Triângulo e Francisco Portela. 	<ul style="list-style-type: none"> • 95% dos maiores de 10 anos são alfabetizados • 31% dos domicílios em condições de indigência e pobreza • 40% das mulheres são responsáveis por domicílio 	<ul style="list-style-type: none"> • 48% de cobertura de rede geral de água. • Baixa cobertura/ intermitência da rede de água. • 84% rede geral de esgoto (Águas pluviais) • 100% coleta de lixo • Ruas asfaltadas • 100% Rede elétrica e iluminação pública adequada. • Escolas públicas e privadas. • Unidade Básica de Saúde tradicional e 4 Equipes de Saúde da Família • Centro de Referência de Assistência Social (CRASS) • Creche Centro de Atendimento a Criança Caxiense (CAIC) • FORÚM Comunitário • Maiores igrejas católicas e evangélicas. • FUNDEC
ÁREA	LOCALIZAÇÃO, PERÍODO DE OCUPAÇÃO, VETOR.	ESTRUTURA SOCIAL	INFRAESTRUTURA, SERVIÇOS E PROBLEMAS
Aterro	<ul style="list-style-type: none"> • Período de ocupação não identificado, após a instalação do Aterro Metropolitano de Jardim Gramacho (AMJG). • Ocupação relacionada ao trabalho com materiais recicláveis. • Próximo ao AMJG • Vetor: Instalação 	<ul style="list-style-type: none"> • 88% das pessoas maiores de 10 anos são alfabetizadas • 49% dos domicílios em condição de pobreza ou indigência • 48% das mulheres são responsáveis por domicílios 	<ul style="list-style-type: none"> • 69% de cobertura de rede geral de água • Rede de água sem ligação domiciliar. • 44% rede geral de esgoto (Águas pluviais) • Esgoto sanitário inadequado, presença de valas com esgoto a céu aberto. • 61% coleta de lixo por serviço público de limpeza • Lixo espalhado pela maioria das ruas. • Algumas residências sem

	<p>do Aterro.</p> <ul style="list-style-type: none"> Localidades: Final da Av. Rui Barbosa/Retão, Parque Planetário, Chatuba/Esqueleto, DICK, Juriti. 		<p>energia elétrica.</p> <ul style="list-style-type: none"> Iluminação pública inadequada. Maioria das ruas asfaltadas recentemente, algumas em condições precárias e outras sem asfalto ou sem asfalto. Presença de organizações criminosas. Associação de Catadores de Jardim Gramacho (ACMJG). Associação de moradores. Creche comunitária. Grande número de Igrejas evangélicas.
ÁREA	LOCALIZAÇÃO, PERÍODO DE OCUPAÇÃO, VETOR.	ESTRUTURA SOCIAL	INFRAESTRUTURA, SERVIÇOS E PROBLEMAS
Expansão	<ul style="list-style-type: none"> Período de ocupação não identificado, ocupações mais recentes. Ocupação relacionada a distribuição de lotes por um vereador do bairro. Vetor: Expansão da área urbana do município de Duque de Caxias e da Região Metropolitana do Rio de Janeiro. Localidades: Cidade de Deus, Comunidade Paz/Maruim, Beco do Saci, Laminação. 	<ul style="list-style-type: none"> 91% das pessoas maiores de 10 anos são alfabetizados 41% dos domicílios em condição de indigência ou pobreza 40% das mulheres são responsáveis por domicílio. 	<ul style="list-style-type: none"> 57% de cobertura de rede geral de água Baixa cobertura de rede de água e muitos sem ligação domiciliar. 62% rede geral de esgoto (Águas pluviais) Presença de valas com esgoto a céu aberto. 87% coleta de lixo por serviço de limpeza pública. Lixo espalhado pelas ruas. Ruas asfaltadas recentemente, algumas em condições precárias e outras sem asfalto. 100% de energia elétrica nas residências e iluminação pública inadequada. Presença de organizações criminosas Associação de Moradores. Escola Comunitária. Muitas igrejas evangélicas, algumas católicas.

Apesar de não ter sido possível fazer uma análise exaustiva das respostas sociais foi possível construir um quadro aproximativo, Quadro nº 05, apresentado abaixo, que relaciona os problemas de saúde e ambiente e as respostas sociais dadas a eles por intervenção própria e por demanda a outro agente social.

Quadro nº 05 Respostas sociais aos problemas de saúde e ambiente.

Problema	Demanda a outro agente	Intervenção própria
Abastecimento de água	Reivindicações do Fórum Comunitário ao Estado e a CEDAE.	<ul style="list-style-type: none"> • Fazer poços • Ligações improvisadas nos canos da CEDAE, através de bombas. • Armazenar água da chuva. • Conseguir com os vizinhos. • Comprar carro pipa. • Torneira comunitária.
Falta de transporte público à noite	Reivindicações do Fórum para a entrada de uma nova empresa de ônibus.	<ul style="list-style-type: none"> • Carona com amigos e vizinhos. • Carona com caminhões de lixo.
Faltam vagas na creche	Reivindicações do Fórum a prefeitura para abertura de uma nova creche.	<ul style="list-style-type: none"> • Redes de ajuda entre a vizinhança. • Filhos mais velhos muitas vezes cuidam dos menores.
Falta de área de lazer	Reivindicações do Fórum Comunitário a prefeitura.	<ul style="list-style-type: none"> • Fogueiras e conversas na rua e nos quintais das casas. • Festas promovidas pelas igrejas.
Desemprego dos Catadores	<ul style="list-style-type: none"> • Cursos profissionalizantes oferecidos pelo Estado, por ONGs, instituições comunitárias e igrejas. • Polo de reciclagem da ACAMJG. • Indenização dada pelo Estado aos catadores. 	<ul style="list-style-type: none"> • Catar no lixo doméstico dos próprios moradores do bairro. • Fazer outros serviços.
Assistência em saúde precária	Reivindicação do Fórum Comunitário para uma unidade de emergência 24 horas no bairro.	<ul style="list-style-type: none"> • Procura pelas emergências dos hospitais e UPAs.

A partir do que foi observado nas entrevistas e nas visitas guiadas percebe-se que os problemas que mais preocupam os moradores são o abastecimento de água e a saída do Aterro Sanitário. Os mesmos são vivenciados de formas diferentes, dependendo da área em que vivem os moradores e, assim, recebem diferentes respostas. Surgiram outras respostas sócias que foram sintetizadas no quadro apresentado anteriormente.

5. DISCUSSÃO

Através da análise histórica de formação da região metropolitana e do bairro foi possível compreender a configuração atual do território e como isso gera perfis de saúde e doença. Jardim Gramacho vivenciou nos últimos 40 anos uma transformação radical do seu território, de um lugar com características quase rurais para um bairro urbanizado na periferia de uma grande região metropolitana.

Os territórios das periferias costumam ser tratados pelo Estado e pelas Políticas Públicas como lugares homogêneos e uniformes (DOMINGUEZ, 2011). Segundo Silva (2011), um elemento presente nas representações dos espaços periféricos e populares é a sua homogeneização. Segundo o autor “...a valorização da ausência e da homogeneização como elementos definidores das favelas está presente desde as primeiras formulações oficiais a respeito do fenômeno...” (p. 212).

O que foi percebido nesse estudo é que ao contrario do que se pensa sobre as periferias e favelas e, especificamente sobre o bairro, ele é um território extremamente heterogêneo e fragmentado, apresentando diferentes características. Entende-se esse território como sendo resultado de uma construção histórica e dinâmica, influenciada, tanto pelos acontecimentos políticos e econômicos da Região Metropolitana, como pelas ações da população que vivem no bairro, e também as ações dos movimentos sociais locais.

Esse território que, ao mesmo tempo, pode produzir certos perfis de saúde e doença é também, produto de uma organização social maior. Para Samaja (2003), o lugar onde as populações vivem não é um simples entorno que deve ser analisado separado dos agentes sociais que a produzem, e sim, um componente histórico e complexo da situação de saúde de uma população.

Segundo o autor o território deve ser analisado de forma dialética:

Analisando de modo dialéctico, el médio adquire um contenido y una forma, segun los cuales se comporta como condicionante o determinante y opera mediante uma particular dialéctica entre uma parte externa (médio externo) y uma parte interna (médio interno) (SAMAJA, 2003, pag. 119).

Através da análise histórica da formação da Região Metropolitana do Rio de Janeiro, pode-se afirmar que a Baixada Fluminense teve uma lógica de ocupação excludente e tornou-se

uma grande periferia da Região. Segundo Abreu (2011), o apoio do Estado aos interesses dos grupos dominantes, associado a uma prática política concentradora, acentuou as desigualdades entre as regiões da metrópole nas cidades brasileiras, ocasionando uma crescente elitização de espaços urbanos centrais e uma “periferização” das classes de baixa renda.

O modelo do Rio tende a ser o de uma metrópole de núcleo hipertrofiado, concentrador da maioria da renda e dos recursos urbanísticos disponíveis, cercado por estratos urbanos periféricos cada vez mais carentes de serviços e de infra-estrutura à medida em que se afastam do núcleo, e servindo de moradia e de local de exercício de algumas outras atividades às grandes massas de população de baixa renda (ABREU, 2011, pag. 17).

Jardim Gramacho reproduz, na sua configuração territorial, a mesma lógica de “periferização” da Região Metropolitana descrita por Abreu (2011). Observa-se que existe uma área central que possui melhor infraestrutura e acesso a serviços básicos, que representa o núcleo econômico do bairro, enquanto as áreas que estão mais distantes do “núcleo” possuem péssimas condições de infraestrutura e pouco acesso aos serviços públicos.

Essa fragmentação se reflete, também, nas relações sociais, quando observamos que existem moradores de localidades mais periféricas que possuem diferentes modos de vida e que, muitas vezes, são vítimas de preconceito e tem dificuldade para acessar outros espaços dentro do bairro, mostrando assim a pouca relação entre os moradores das três Áreas. Neste caso, os moradores da Área do Aterro e das localidades mais recentes da Área de Expansão vivem essas situações de exclusão diariamente. A possibilidade de reprodução social da população dessas localidades é bastante limitada pelas relações internas, que estão imersas em um mundo de precariedades e vulnerabilidades.

Conforme afirma Barcelos (2008), o espaço é, ao mesmo tempo, produto e produtor de diferenciações sociais e ambientais. Esse processo envolve o valor e o uso do solo, valorizando regiões com melhores condições ambientais. Produz, dessa forma, o lugar dos ricos, dos pobres e da indústria. Por outro lado, o espaço socialmente produzido exerce pressões econômicas e políticas sobre a sociedade, criando condições diferenciadas para utilização por grupos sociais. Segundo o autor, o encontro entre condições de risco e populações é determinado por fatores econômicos, culturais e sociais que atuam no espaço. Conhecer esses processos é essencial para entender a situação de saúde de uma população.

Para Cartier (2009) a escolha de moradia geralmente está relacionada com a capacidade financeira das pessoas. Muitos grupos são obrigados a viver em espaços marcados por alta privação de infraestrutura e serviços, aliado a risco e a degradação ambiental. Essa é a situação vivida por muitos moradores de Jardim Gramacho. Pode-se dizer que o bairro é um complexo território que possui características semelhantes a de outras periferias inseridas em grandes regiões metropolitanas, como a proximidade de uma grande rodovia, atividades industriais, serviços inadequados de saneamento básico. E articulado a isso abriga em seu espaço um grande Aterro Sanitário. Percebe-se que no Bairro existem localidades que tem uma superposição de precariedades. Os piores indicadores sócio demográficos se concentram na mesma área (Área do Aterro), assim como, a pior infraestrutura urbana e o menor número de serviços públicos.

A pesquisa indicou a existência de grandes iniquidades em saúde no território de Jardim Gramacho, em especial na Área do Aterro, a mesma que, provavelmente, terá sua situação de saúde agravada com a desativação do AMJG. Se, por um lado, é inegável a melhora da poluição ambiental com a desativação do Aterro, por outro lado ele causa impactos negativos que são sentidos de formas diferentes dentro do Bairro: na Região Central já é percebido o aumento no valor dos terrenos e imóveis decorrente da especulação imobiliária, já na Área do Aterro, vive-se o desemprego, estando muitas famílias sem trabalho e renda. A questão que se coloca é como as diferentes áreas vivenciam esses problemas de saúde e como dão respostas a eles.

Segundo Castellanos (1991), diferentes atores tendem a identificar problemas de saúde diferentes e a hierarquizá-los de maneiras distintas. Entende-se que, os problemas de saúde possuem uma forte dimensão subjetiva, são complexos e mal estruturados, nos quais intervém um conjunto de variáveis, onde nem todas são conhecidas e não se pode precisar o peso relativo de cada uma delas.

O território é esse lugar com diversidades de pontos de vista, o que é problema para um agente social não necessariamente é encarado como problema para outro. As necessidades e problemas de saúde de uma população não podem ser descritos e analisados sem considerar os diversos agentes sociais envolvidos (CASTELLANOS, 2004). As diferentes percepções que se tem sobre os problemas de saúde e as respostas dadas a eles, muitas vezes colocam em choque as visões dos técnicos da área de saúde e da população.

Todos os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) quando perguntados sobre os problemas de saúde e ambiente do Bairro, deram como primeiras respostas uma lista de patologias,

destacando aquelas que são prioritárias para os programas do Ministério da Saúde. Isso se deve à forte influência da racionalidade biomédica e dos dispositivos indicados pelos programas na atuação dos ACS.

Apesar disso, logo em seguida os mesmos apontam para ligações entre as doenças e o entorno do Bairro, ressaltando problemas de infraestrutura e serviços. Segundo Silva e Dalmaso (2002) as atividades dos ACS além das questões técnicas como os atendimentos à população, atividades de prevenção e monitoramento, possuem também, caráter político, considerando a organização da comunidade para a transformação das condições de vida.

Já os outros moradores do bairro responderam a essa pergunta falando sobre os problemas de infraestrutura e saneamento, a falta de locais de lazer e a inadequação do transporte público, entre outros. Os sujeitos possuem diferentes percepções sobre os problemas, dependendo da inserção de cada agente no contexto social e político do bairro.

Apesar das diversas visões dos sujeitos, dois problemas foram citados por todos os entrevistados, o primeiro foi a precariedade do serviço de água e o segundo, a saída do Aterro Sanitário. Conforme descrito nos resultados, esses problemas receberam diversas respostas sociais, diferentes entre as Áreas do Bairro.

Os moradores convivem com o problema no abastecimento de água já há muitos anos, como visto anteriormente, tendo sido motivo de reivindicações e é, até hoje, uma demanda do Fórum Comunitário do bairro. Segundo Oliveira & Valla (2001), historicamente os serviços de saneamento tem ficado restritos aos setores mais abastados da população, que são vistos como mercados consumidores. E devido à falta de serviços regulares de saneamento a população é obrigada a lançar mão de medidas que acabam gerando outras situações problemas.

Assim, é necessário analisar os problemas de saúde e ambiente na perspectiva de quem os vivencia, não somente, na perspectiva dos Serviços de Saúde e do Estado, ampliando a visão sobre as necessidades e os problemas de saúde. Para Silva (2011), muitas vezes as propostas de resolução dos problemas por parte do Estado e a tentativa de incluir a participação popular não são bem sucedidas. E esse fracasso contribui para reforçar a noção estigmatizante de que os moradores das comunidades populares seriam indolentes e alheios às resoluções dos seus problemas.

Para Dominguez (2011):

“...As práticas locais dos moradores vão ocorrer diante deste quadro de vulnerabilidade. É na lógica do cotidiano, do imediato, da necessidade de

sobreviver que as ações serão construídas em busca do enfrentamento das situações adversas. A exposição aos riscos ambientais vividas por estas populações vão dar significado as suas escolhas, escolhas estas que podem ser a primeira vista coerentes ou não com os problemas de falta d'água, aluguéis elevados, falta de vagas de trabalho, violência etc.”(Pag.71).

Oliveira & Valla (2001), ao se referir a uma área periférica do município do Rio de Janeiro, perceberam que, muitas vezes, as soluções criadas pela população eram as únicas possíveis diante de certa realidade.

“No caso específico da situação de saneamento, sente-se/sabe-se que o tratamento dispensado aos moradores de favelas pela empresa de saneamento (CEDAE), reflete o tratamento historicamente dispensado pelo Estado aos moradores de favelas” (OLIVEIRA & VALLA, 2001, p.86.)

Na pesquisa foi possível perceber que as respostas sociais são conflituosas e, como afirma Castellanos (1991) imersas em complexos processos de decisões. Valla (1998), afirmam que para que os serviços contemplem as necessidades sociais das populações precisam considerar, obrigatoriamente, o que essa população pensa sobre seus problemas e quais soluções buscam.

O que se percebe em Jardim Gramacho é que muitos estudos estão sendo realizados sobre os problemas e necessidades do bairro, focando, principalmente, as questões ambientais e a economia do mesmo, mas a maioria não leva em consideração o conhecimento da população sobre essas questões. Como afirma Silva (2011, pag. 219) as ações do Estado, em geral, “...ignoram a multiplicidade de ações objetivas encaminhadas por diferentes atores dos espaços populares no processo de enfrentamento dos limites sociais e pessoais de suas existências”.

Segundo Valla (1998), a proposta de somente reivindicar ao poder público a solução dos problemas torna-se insuficiente para uma grande parcela da população e isso, está entre as causas do retrocesso dos movimentos de bairro e favelas. Explicando em parte a presença de pequenos grupos atuando de forma isolada.

No território as respostas sociais acontecem, inúmeras vezes, no âmbito da solidariedade, principalmente em situações de grande precariedade material e de condições de vida como a que experimentam alguns moradores de Jardim Gramacho. Nesse contexto, o apoio social entre vizinhos, familiares, e a atuação das igrejas, principalmente as católicas e as neopentecostais, torna-se importante e eficaz para resolver os problemas de saúde mais urgentes.

“...as condições de vida para muitos moradores de favela indicam esse estado de emergência permanente: distribuição irregular de água, difícil acesso às unidades de saúde, exposição permanente às balas “perdidas” ou ganhar a sobrevivência num mercado informal em processo de saturação (VALLA, 2000, p. 42)

Percebe-se assim, a importância das redes de apoio no que se refere às respostas sociais do bairro, conforme afirma Valla (2000 p. 42):

“Em momentos de muito estresse, o apoio social contribui para manter a saúde das pessoas, pois desempenha uma função mediadora. Assim, permite que as pessoas contornem a possibilidade de adoecer como resultado de determinados acontecimentos...”

Assim, em vista da sua complexidade, fazer uma avaliação dos problemas e da situação de saúde de uma população baseada, exclusivamente, em indicadores estatísticos de morbidade e mortalidade, resultantes da agregação de dados individuais, impede a análise dos contextos e dificulta a realização de ações voltadas para uma mudança no processo de determinação desses problemas (BARCELOS, 2008). Por isso, utilizou, predominantemente, dados qualitativos através de entrevistas e visitas às localidades, com o objetivo de inserir outros pontos de vista na análise. Ao tentar descrever a situação de saúde de uma população utilizando somente dados estatísticos corre-se o risco de, através de médias, fixar valores que possam homogeneizar as áreas e não qualificar os problemas.

6. CONCLUSÃO

“No lugar – um cotidiano compartilhado entre as mais diversas pessoas, firmas e instituições – cooperação e conflito são à base da vida em comum. (...) O lugar é o quadro de uma referência pragmática ao mundo, do qual lhe vêm solicitações e ordens precisas de ações condicionadas, mas é também o teatro insubstituível das paixões humanas, responsáveis, através da ação comunicativa, pelas mais diversas manifestações da espontaneidade e da criatividade” (SANTOS, 1996, p 258).

Mergulhar no cotidiano de Jardim Gramacho foi uma experiência extremamente rica, repleta de emoções, significados, e que trouxe um grande aprendizado sobre as lutas diárias e sobre as práticas utilizadas para reinventar o cotidiano diante de tantas ausências e dificuldades. Concordando com Milton Santos, observou-se e sentiu-se que esse lugar representa um palco da “espontaneidade e da criatividade” (SANTOS, 1996, p 258).

O interesse dessa pesquisa foi investigar os problemas de saúde e ambiente e as respostas sociais a eles dentro de um bairro de uma periferia metropolitana e entender como estes se relacionam com a configuração territorial e com os agentes sociais. A tentativa de compreender esse território, de entender sua formação histórica e sua grande complexidade fez com que se tornasse inviável, no curto tempo de um mestrado, debruçar-se com mais profundidade na análise das respostas sociais e da sua relação com os problemas de saúde e ambiente. Ainda assim, foi possível apontar questões essenciais sobre a situação de saúde e ambiente daquele território.

O que se constatou com esse estudo é que Jardim Gramacho é um bairro heterogêneo e fragmentado, marcado por enormes desigualdades espaciais que se refletem em diversos problemas de saúde e ambiente e em iniquidades em saúde. Mostrou também, que Jardim Gramacho não deve ser reduzido ao bairro do “lixão”, já que, entre outras questões, seu território possui ligação com diversas atividades econômicas para além da economia do lixo. Claro que a importância do AMGJ para o bairro deve ser considerada, mas a dinâmica do lugar não pode ser apenas vista sob a ótica da presença do aterro.

Foi possível perceber também, que as respostas sociais dadas aos problemas, pelo Estado e pelas ações comunitárias são extremamente complexas e se confundem com os problemas, sendo, muitas vezes, geradoras de novos problemas, isso mostra o quanto é difícil a sua separação. Em relação aos problemas de saúde e ambiente, apesar da diversidade do território, pode-se considerar que os dois grandes problemas são o saneamento básico e o encerramento das atividades do Aterro.

Sobre o saneamento, mais especificamente, sobre a cobertura da rede de água, podemos dizer que é um problema que sempre esteve presente na vida dos moradores de Jardim Gramacho e que nunca teve uma solução eficaz por parte da Companhia de Abastecimento de Água do Estado (CEDAE). Os dados do IBGE sobre o abastecimento de água são somente de cobertura, sendo necessário, para investigar a conjuntura do abastecimento de água no bairro, fazer visitas e entrevistas, para poder qualificar a situação. Foi percebido que o abastecimento está muito abaixo das necessidades dos moradores.

O fechamento do Aterro levanta como principal questionamento o paradoxo de uma população exposta aos riscos ambientais por viver próximo a um grande Aterro e a dependência econômica de muitas famílias. Revelando uma relação de dependência social e ambientalmente injusta. Apesar do fechamento do aterro ser muito recente para perceber mudanças mais drásticas, já é possível ver algumas mudanças importantes como o aumento no valor dos imóveis na Área Central, o desemprego entre os catadores e a saída de famílias principalmente da Área do Aterro.

A presente pesquisa contribui demonstrando que o território pode ser analisado de maneira que seja possível observar sua heterogeneidade, deixando transparecer as desigualdades sociais em saúde. Como, também, que é preciso analisar esse lugar, os problemas e as respostas histórica e dialeticamente, trazendo à discussão as influências externas e internas que desenham a configuração territorial. Como afirma Santos (1996), para apreender a realidade do lugar, não basta adotar um tratamento localista, pois o mundo se encontra em toda parte e nem considerar somente os fenômenos dominados pelas forças sociais globais. A localidade se opõe a globalidade, mas também se confunde com ela.

Os indicadores utilizados hoje pelos serviços de saúde não conseguem mostrar a qualidade de vida da população. Isso se explica pela crescente medicalização (Soro de Reidratação Oral, vacinas, etc.) que impede que as precárias condições materiais de vida reflitam em perfis de morbidade e mortalidade da população. Além disso, geralmente esses indicadores não estão ao alcance das equipes no território, onde deveriam ser planejadas as ações em saúde. É preciso avançar na construção de indicadores que consigam refletir a realidade local e suas características subjetivas, culturais, que os indicadores estatísticos não conseguem abranger.

Para Breilh (2003, p. 938):

“Es definitiva la necesidad de dar un salto desde la vigilancia convencional al monitoreo participativo y, en los momentos actuales, ese paso implica (...) preguntarnos si lo que queremos hacer es vigilar pasivamente los indicadores de la derrota de los derechos laborales o más bien orientar las actividades del monitoreo hacia un proceso participativo de empueramiento de nuestras colectividades.”

O que se percebe hoje na Estratégia Saúde da Família (ESF) é uma atuação centrada na assistência em saúde, em detrimento de ações sobre os determinantes da saúde. O território, diretriz fundante da ESF no Brasil é reduzido à mera delimitação da população adscrita a determinada Equipe, e a Vigilância da Saúde se resume a indicadores de morbi-mortalidade, atuando sobre os riscos individuais, e não sendo capaz de atuar sobre o que determina o quadro de saúde da população.

Essa pesquisa mostrou que existe possibilidade de fazer uma análise da situação de saúde do território utilizando dados de setores censitários do IBGE, aliados a dados qualitativos colhidos com os moradores e através de visitas na área. E, somado a isso, inserir os conhecimentos populares para atuar sobre os processos que determinam a situação de saúde de uma população, em direção a uma melhor qualidade de vida.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABREU M A. **A evolução urbana do rio de janeiro**. Rio de Janeiro: IPP, 2008, 4º Ed, 156p.

ACIOLI S. Os sentidos das práticas voltadas para saúde e doença: maneiras de fazer de grupos da sociedade Civil. *In*: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. Org. **Os sentido da Integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2006. p 159 – 168.

AKERMAN M; *et. al.* Saúde e desenvolvimento: que conexões? *In*: CAMPOS, G. W. S.; *et. al.* Org. **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006. p. 123 – 148.

ALMEIDA F N. Integração Metodológica na Pesquisa em Saúde: nota crítica sobre a dicotomia quantitativo-qualitativo. *In*: GOLDENBERG P, MARSIGLIA R M G, GOMES M H A (Org.). **O Clássico e o Novo: tendências, objetos e abordagens em ciências sociais e saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003, p. 143 – 156.

BARATA R B. Epidemiologia Social. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, 8: 7 – 17. 2005.

_____. **Como e Porque as Desigualdades Sociais Fazem Mal à Saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009. 120p.

BARCELOS C. Os indicadores da pobreza e a pobreza dos indicadores: Uma abordagem geográfica das desigualdades sociais em saúde. *In*: BARCELOS C (Org.) **A Geografia e os contexto dos problemas de saúde**: Rio de Janeiro, ABRASCO, EPSJV, 2008, p. 108 – 139.a

_____. Problemas emergentes da saúde coletiva e a revalorização do espaço geográfico. *In*: MIRANDA A C, BARCELOS C, MOREIRA J C, MONKEN M (Org.) **Território, Ambiente e Saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008, p. 43 – 55.b

BASTOS V. **Catador: profissão**. Um estudo do processo de construção identitária, do catador de lixo ao profissional catador. Jardim Gramacho, de 1996 aos dias atuais. Tese (Doutorado em Serviço Social)–Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2008. p.196. Disponível em: <http://www2.dbd.puc-rio.br/pergamum/tesesabertas>. Acesso em: 03/05/2011.

BORGES M C. Da observação participante à participação observante: uma experiência de pesquisa qualitativa. *In*: RAMIRES J C L, PESSOA V L S. (Org.) **Geografia e Pesquisa Qualitativa: nas trilhas da investigação**. Uberlândia: Assis, 2009, p. 183 – 198.

BRASIL. Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990. **Lei Orgânica da Saúde**. Brasília, 19 de setembro. 1990.

BRASIL, Ministério da Saúde. FIOCRUZ. **Mapa de Injustiça Ambiental**. Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: <http://www.conflitoambiental.icict.fiocruz.br/index.php?pag=ficha&cod=113>. Acesso em: 23 de abr. 2011.

_____, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006, 63p.

BREILH J. De la vigilancia convencional al monitoreo participativo. **Ciência & Saúde Coletiva**, 8(4): 937-951, 2003.

CAMPOS C M S, MISHIMA S M **Necessidades de saúde pela voz da sociedade civil e do Estado**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 21(4):1260-1268, jul-ago, 2005.

CARDOSO M. **Percepção de riscos ambientais de trabalhadores catadores de materiais recicláveis em um aterro controlado do município de Duque de Caxias / RJ**. Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2009. 107f. disponível em: http://bvssp.iciet.fiocruz.br/pdf/25905_cardozomm.pdf. Acesso em 03/05/2011.

CARTIER R, BARCELLOS C, HUBNER C, PORTO M F. Vulnerabilidade social e risco ambiental: uma abordagem metodológica para avaliação de injustiça ambiental. **Cad. Saúde Pública [online]**. 2009, 25(12):2695-2704, dez.

CASTELLANOS P L. **Sistemas nacionales de vigilancia de la situacion de salud segun condiciones de vida y del impacto de las acciones de salud y bienestar**. Washington, D.C., OPS/OMS, 1991.

_____. Epidemiologia, saúde pública, situação de saúde e condições de vida: considerações conceituais. *In*: BARATA R. (Org.). **Condições de vida e situação de saúde**, ABRASCO, Rio de Janeiro, 1997, p. 31-75.

_____. Análisis de situación de salud de poblaciones. *In*: MARTINES N E T. **Vigilância Epidemiológica**. Madrid: McGraw-Hill Interamericana, 2004, p. 193 – 213.

COELHO V. **Baia de Guanabara: uma história de agressão ambiental**. Rio de Janeiro: casa da palavra, 2007. 380 p.

CORREA R L. **O Espaço Urbano**. São Paulo: Editora Ática, 1989, 97p.

COSTA I N. Repensando o modelo interpretativo de Caio Prado Jr. **Cadernos NEHD**, São Paulo: FEA/USP, n. 3, 1995.

COSTA J G. **O modo tecnológico da vigilância da saúde e o trabalho das equipes de saúde da família**. Dissertação de Mestrado, Salvador: Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, 2009. 133p.

CUNHA M. Grotão, Parque Proletário, Vila Cruzeiro e outras moradias: saber e história nas favelas da Penha. **Dissertação de Mestrado**. Rio de Janeiro: UFF, 1995.

CZERESNIA D. **Ações de promoção à Saúde e prevenção de doenças: o papel da ANS.** In: MONTONE J, CASTRO A, JOAQUIM W, (Org.). *Regulação & Saúde* vol.3. Documentos técnicos de apoio ao Fórum de Saúde Suplementar de 2003. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar; - Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2004.

DOMINGUEZ M T. Práticas locais dos moradores e os problemas de saúde e ambiente de Jardim Catarina, SG/ RJ. **Dissertação de Mestrado.** Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, FIOCRUZ. 2011, 161p.

FASE – Federação de Órgãos para Assistência Social e Educacional. **Solidariedade e Educação. Seminário 50 anos de REDUC: ganhos, perdas e danos.** 2011. Disponível em: <http://www.fase.org.br/v2/pagina.php?id=3577> Acesso em 26/07/12.

FIGUEIREDO, M A. Gênese e (re)produção do espaço da baixada fluminense. **Revista geo-paisagem (on line)**. Ano 3, nº 5, Janeiro/Junho de 2004. Disponível em: www.feth.ggf.br/baixada.htm acesso em 25/07/12. 19p.

FORUM COMUNITÁRIO DE JARDIM GRAMACHO. **Plano de Desenvolvimento Comunitário de Jardim Gramacho.** Duque de Caxias. 2010.

FRAGOSO J L, FLORENTINO M. **O arcaísmo como projeto.** 4ª ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2001.

FREITAS C M. As Ciências Sociais e o Enfoque Ecológico de Saúde. In: MINAYO M.C.de S, COIMBRA J C E A. (Orgs.) **Críticas e Atuantes: ciências sociais e humanas em saúde na América Latina.** Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005.

_____, PORTO M F. **Saúde, ambiente e sustentabilidade.** Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2006, 124 p. (Coleção Temas em Saúde, V. 5).

FUNTOWICZ S, RAVETZ J. Ciência pós-normal e comunidades ampliadas de pares face aos desafios ambientais. **Hist. Cienc. Saude-Manguinhos**, IV(2): 219-230 jul. – out. 1997.

GIL A C. **Métodos e técnicas de pesquisa social.** São Paulo: Atlas, 6ª ed., 2011.

GODIN G M M, *et. al.* O Território da Saúde: a organização do sistema de saúde e a territorialização. In: MIRANDA A C, BARCELOS C, MOREIRA J C, MONKEN M (Org.) **Território, Ambiente e Saúde.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008, p. 237 – 256.

GOLDBERG M. Este Obscuro Objeto da Epidemiologia. In: COSTA D C. (Org.) **Epidemiologia, Teoria e Objeto**, São Paulo: Hucitec-Abrasco, 1990, p. 87 – 135.

GOMES L C M. A Cooperativa de Catadores de Materiais Recicláveis de Jardim Gramacho - COOPERGRAMACHO: uma nova identidade social a partir do trabalho cooperativo. In: Congresso Nacional do CONPEDI, XVII, Brasília, 20-22 nov. 2008. **Anais do XVIII Congresso Nacional do CONPEDI.** Disponível em:

<http://www.conpedi.org.br/manaus/arquivos/anais/brasil/brasilia/integra.pdf>. Acesso em: 24 de abr. 2011.

HOLLANDA E. Práticas Alternativas de pesquisa: alguns questionamentos sobre as potencialidades e limites da pesquisa-ação e pesquisa participante. *In*: VALLA V V, STOTZ E N. (Org.) **Participação popular, educação e saúde: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1993, p.29 – 55.

IBASE Instituto Brasileiro de Análises Sociais e Econômicas. **Diagnóstico social: bairro Jardim Gramacho**. Rio de Janeiro: IBASE, ago 2005. Disponível em: http://www.ibase.br/pubibase/media/diagnostico_gramacho.pdf. Acesso em 03/05/2011.

IETS – Instituto de Estudos do Trabalho e Sociedade. **Estratégia de Desenvolvimento Urbano, Socioeconômico e Ambiental para o Entorno do Aterro Metropolitano de Jardim Gramacho _ Diagnóstico Socioeconômico de Jardim Gramacho**. Rio de Janeiro, maio de 2011. Disponível em: <http://www.iets.org.br/IMG/pdf/doc-2021.pdf>. Acesso em: 08/10/2011.

Universidade Federal do Rio de Janeiro. Instituto de Pesquisas e Planejamento Urbano Regional. Observatório das Metrôpoles. **Vulnerabilidade Socioambiental das Regiões Metropolitanas Brasileiras**. 2009. Disponível em: www.observatoriodasmetrolopes.ufrj.br. Acesso em: 10/10/2011.

JUNCÁ, D. C. M. **Mais que sobras e sobrantes: trajetórias de sujeitos no lixo**. Tese de Doutorado apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública. Rio de Janeiro: 2004, 250p.

LACERDA A, PINHEIRO R, GUIZARDI F L. Espaços Públicos e Saúde: a dívida como constituinte de redes participativas de inclusão social. *In*: MARTINS P H, CAMPOS R B. (Org.) **Polifonia do Dom**. Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2006, p.311 – 332.

MACHADO K. **O “primo pobre” do saneamento básico**. RADIS Comunicação em Saúde: Rio de Janeiro, ENSP, FIOCRUZ, nº 102, fev. 2011, p. 8-14.

MARANDOLA E, HOGAN D J. **Vulnerabilidade do lugar vs. Vulnerabilidade sociodemográfica: implicações Metodológicas de uma velha questão**. R. Bras. Est. Pop., Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 161-181, jul./dez. 2009.

MAZETTO F A P. Pioneiros da Geografia da Saúde: Séculos XVIII, XIX e XX. *In*: BARCELOS C. (Org.) **A Geografia e os contextos dos problemas de saúde**: Rio de Janeiro, ABRASCO, EPSJV, 2008, p. 17 – 34.

MINAYO M C S. **O desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 9ª ed. São Paulo: Hucitec, 2008, 406 p.

MONKEN M, BARCELLOS C. Vigilância em saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas. **Cad. Saúde Pública [online]**. 2005, 21(3):898-906.

_____. M. Contexto, território e o processo de territorialização de informações: Desenvolvendo estratégias pedagógicas para a educação profissional em vigilância em saúde. *In*: BARCELOS C. (Org.) **A Geografia e os contextos dos problemas de saúde**: Rio de Janeiro, ABRASCO, EPSJV, 2008, p. 141-164.

NOSSA, P. N. Linhas de investigação contemporâneas na Geografia da Saúde e a noção holística de Saúde. *In*: BARCELOS, C. (Org.) **A Geografia e os contextos dos problemas de saúde**: Rio de Janeiro, ABRASCO, EPSJV, 2008 p. 108 – 139.

O DIA. **Manifestantes Bloqueiam a Rodovia Washington Luiz**. Rio de Janeiro, 1986.

O GLOBO. **Jardim Gramacho Fecha Rodovia em Protesto por Falta de Saneamento**. Rio de Janeiro, 1986.

OLIVEIRA F L, SANTOS M R M. **Relatório do Plano Diretor Urbanístico do Município de Duque de Caxias**. Rede de Avaliação e Capacitação para a Implementação dos Planos Diretores Participativos. Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Observatório das Metrôpoles. Estado Do Rio De Janeiro, 2006. Disponível em:
<http://www.observatoriodasmetrôpoles.ufrj.br/duquecaxias.pdf>. Acesso em: 05/06/2011.

OLIVEIRA R M. Produção do Conhecimento em Saúde em escala local: repensando a relação entre a investigação científica e a experiência dos grupos populares. **Tese (Doutorado)** – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2000. 246 p.

_____, VALLA V V. As condições e as experiências de vida de grupos populares no Rio de Janeiro: repensando a mobilização popular no controle do dengue. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 17 (suplemento): 77-88, 2001.

PAIM J S. Abordagens teórico-conceituais em estudos de condições de vida e saúde: notas para reflexão e ação. *In*: BARATA R. (Org.). **Condições de vida e situação de saúde**, ABRASCO, Rio de Janeiro, 1997, p. 7-30.

_____. Vigilância da Saúde: dos modelos assistenciais para a promoção da saúde. CZERESNIA D, FREITAS C M. (Org.) **Promoção da saúde**: conceitos, reflexões, tendências. 2 ed. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2009, p. 165 – 181.

PORTO M F S, JUNCÁ D C M, GONÇALVES R S, FILHOTE M I F. Lixo, trabalho e saúde: um estudo de caso com catadores em um aterro metropolitano no Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 20(6):1503-1514, nov-dez, 2004. Disponível em:
<http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n6/07.pdf>. Acesso em: 11 de ago. 2010.

_____. Por uma Promoção da Saúde Emancipatória em Territórios Urbanos. *In*: CZERESNIA D, FREITAS C M. (Org.) **Promoção da saúde**: conceitos, reflexões, tendências. 2 ed. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2009, 207 – 229 p.

_____. **Uma Ecologia Política dos Riscos**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2007, 243p.

PRADRO J C. **Formação do Brasil contemporâneo: colônia**. 17 ed. São Paulo: Brasiliense, 1981.

PREFEITURA MUNICIPAL DE DUQUE DE CAXIAS. **Conheça Caxias**. Dados da Cidade. Disponível em: http://www.duquedecaxias.rj.gov.br/index.php/conheca_caxias/dados_cidade. Acesso em: 10/05/2011.

QUIVY R, CAMPENHOUDT L V. **Manual de Investigação em Ciências Sociais**. Portugal: Gradiva, 4º Ed. 2005.

RIBEIRO T, PACHECO T. **Mapa de conflitos causados por Racismo Ambiental no Brasil: Levantamento inicial**. Rede Brasileira de Justiça Ambiental, junho de 2007. Disponível em: http://www.justicaambiental.org.br/_justicaambiental/pagina.php?id=1555. Acesso em: 25/05/2011.

ROCHA A S. **Repensando a Baixada Fluminense em um contexto da Região Metropolitana do Rio de Janeiro** : Sociedade, Território e Representação, Revista geo-paisagem (on line), Ano 6, nº 12, 2007, Julho/Dezembro de 2007.

SABROZA PC. **Concepções de saúde e doença**. Texto de apoio ao módulo do Curso de Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde. EAD/ENSP, 2001.

SAMAJA J. Epistemologia e Epidemiologia. *In*: ALMEIDA F N. (Org). **Teoria epidemiológica hoje: fundamentos, interfaces, tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz/ABRASCO, 1998, p. 23 – 35.

_____. Desafios a la epidemiologia (passos para uma epidemiologia “Miltoniana”). **Rev. Bras. de Epidemiologia**. Vol. 6, Nº 2, 2003, p. 105 – 120.

SANTOS M. **A Natureza do Espaço: Técnica e Tempo, Razão e emoção**. São Paulo: Hucitec. 1996.

SILVA AS, LAPREGA M R. Avaliação crítica do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e de sua implantação na região de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 21(6):1821-1828, nov-dez, 2005

SILVA J A, DALMASO A S W. **Agente Comunitário de Saúde: o ser, o saber, o fazer**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002, 240p.

SILVA J M. Análise do Discurso e a Pesquisa Qualitativa na Geografia. *In*: RAMIRES JCL, PESSOA V L S. (Org.). **Geografia e Pesquisa Qualitativa: nas trilhas da investigação**. Uberlândia: Assis, 2009, p. 91 – 122.

SILVA J S. Um espaço em busca de seu lugar: as favelas para além dos estereótipos. *In*: SANTOS M, BECKER B K (Org.) **Território, territórios**: ensaios sobre o ordenamento territorial. Rio de Janeiro: Lamparian, 3ªed. 2011, p. 209 – 230.

VALLA V V. **Sobre participação popular: uma questão de perspectiva**. Cad. Saúde Pública [online]. 1998, vol.14, suppl.2, pp. S07-S18. ISSN 0102-311X. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v14s2/1322.pdf>. Acesso em: 24/09/2011.

_____. **Redes sociais, poder e saúde à luz das classes populares numa conjuntura de crise**. Interface (Botucatu) [online]. 2000, vol.4, n.7, pp. 37-56. ISSN 1414-3283. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v4n7/04.pdf>. Acesso em: 24/09/2011.

APÊNDICE 1

Configuração Territorial das Localidades do Bairro.

Área Central – Morro do Cruzeiro, Morro da Placa, início da Av. Rui Barbosa, COHAB, Triângulo, Praça e Rua Francisco Portela

LOCALIDADE	LOCALIZAÇÃO, PERÍODO DE OCUPAÇÃO, VETOR.	USOS DO SOLO	INFRAESTRUTURA E SERVIÇOS
Morro do Cruzeiro	<ul style="list-style-type: none"> • Primeiras residências do bairro • Ocupação sem período definido, provavelmente da década de 1970. • Parte alta do bairro • Próxima à Rodovia W. Luiz 	Residencial, industrial e comercial.	<ul style="list-style-type: none"> • Ruas asfaltadas • Casas de alvenaria • Baixa cobertura da rede de água • Rede de esgoto • Coleta de lixo • Rede elétrica e iluminação pública adequada.
Morro da Placa	<ul style="list-style-type: none"> • Primeiras residências do bairro • Ocupação sem período definido, provavelmente da década de 1970. • Parte alta do bairro que fica em cima do viaduto da Rodovia W. Luiz. 	Residencial, industrial e comercial.	<ul style="list-style-type: none"> • Ruas asfaltadas • Casas de alvenaria e de materiais não duráveis • Áreas de encosta • Baixa cobertura da rede de água • Algumas residências sem rede de esgoto • Coleta de lixo • Rede elétrica e iluminação pública.
Início da Av. Rui Barbosa e proximidades.	<ul style="list-style-type: none"> • Primeiras residências do bairro • Ocupação sem período definido, provavelmente da década de 1970. • Parte baixa do bairro próxima à Rodovia W. Luiz. 	Industrial, comercial e poucas residências.	<ul style="list-style-type: none"> • Ruas asfaltadas • Construções de alvenaria • Rede de água e esgoto • Coleta de lixo • Rede elétrica e iluminação pública • Unidade de Saúde da Família com três equipes 1, 3 e 5 • CRASS Centro de Referência de Assistência Social • CIEP
COHAB	<ul style="list-style-type: none"> • Primeiras residências do bairro • Construção e ocupação da década de 1970 • Parte alta do bairro próxima à Rodovia W. Luiz. 	Residencial e comercial.	<ul style="list-style-type: none"> • Ruas asfaltadas • Construções de alvenaria • Rede de água e esgoto • Coleta de lixo • Rede elétrica e iluminação pública • FUNDEC (serviço de democratização digital)
Triângulo e proximidades	<ul style="list-style-type: none"> • Primeiras residências do bairro • Ocupação sem período definido, provavelmente da 	Residencial, industrial e comercial	<ul style="list-style-type: none"> • Ruas asfaltadas • Construções de alvenaria • Rede de água e esgoto

	<p>década de 1970.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Parte baixa do bairro, próximo a principal entrada e saída da Rodovia W. Luiz. 		<ul style="list-style-type: none"> • Coleta de lixo • Rede elétrica e iluminação pública • Escola Municipal Jardim Gramacho
Praça	<ul style="list-style-type: none"> • Primeiras residências do bairro • Ocupação sem período definido, provavelmente da década de 1970. • Parte baixa do bairro, próximo a principal entrada e saída da Rodovia W. Luiz. 	Residencial, industrial e comercial.	<ul style="list-style-type: none"> • Ruas asfaltadas • Construções de alvenaria • Rede de água e esgoto • Coleta de lixo • Rede elétrica e iluminação pública • Colégio Estadual Lara Villela, Colégio Estadual Álvaro Negromonte, Centro Educacional Deco (particular).
Rua Francisco Portela e proximidades.	<ul style="list-style-type: none"> • Ocupação sem período definido • Localizada entre o parque planetário e a área central do bairro, parte baixa. 	Residencial e comercial	<ul style="list-style-type: none"> • Ruas asfaltadas • Construções de alvenaria • Baixa cobertura da Rede de água • Rede de esgoto • Coleta de lixo • Rede elétrica e iluminação pública • Uma unidade de Saúde de Atenção Básica Mista • Creche centro de atendimento a criança caxiense Jardim Gramacho (CAIC) • Escola Municipal Mauro de Castro

Área do Aterro – Final da Av. Rui Barbosa/Retão, Chatuba/Esqueleto, Juriti e Parque Planetário.

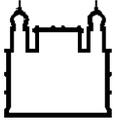
LOCALIDADE	LOCALIZAÇÃO, PERÍODO DE OCUPAÇÃO, VETOR.	USOS DO SOLO	INFRAESTRUTURA E SERVIÇOS
Final da Av. Rui Barbosa/ Retão.	<ul style="list-style-type: none"> • Período de ocupação não definido, parte baixa do bairro. • Ocupação relacionada ao trabalho com materiais recicláveis. 	<ul style="list-style-type: none"> • Residencial, comercial e para beneficiamento de materiais recicláveis. 	<ul style="list-style-type: none"> • Rua asfaltada recentemente outras sem asfalto. • Maioria das casas construídas com materiais não duráveis • Esgoto a céu aberto, grande vala. • Rede de água • Sem coleta de lixo por serviço de limpeza. • Energia elétrica e iluminação pública precárias. • Associação de Catadores do Aterro Metropolitano de Jardim Gramacho

			(ACAMJG).
Chatuba /Esqueleto	<ul style="list-style-type: none"> • Período de ocupação não definido, há pelo menos 14 anos, parte baixa do bairro. • Ocupação relacionada ao trabalho com materiais recicláveis. 	<ul style="list-style-type: none"> • Residencial, comercial e para beneficiamento de materiais recicláveis. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ruas sem asfalto. • Esgoto a céu aberto. • Maioria das casas feitas de materiais não duráveis • Sem rede de água que chegue até os domicílios • Sem coleta de lixo por serviço de limpeza. • Energia elétrica com ligações clandestina, iluminação pública precária.
Juriti.	<ul style="list-style-type: none"> • Período de ocupação não definido, parte alta do bairro, região de encosta. • Ocupação relacionada ao trabalho com materiais recicláveis. 	<ul style="list-style-type: none"> • Residencial, comercial e para beneficiamento de materiais recicláveis. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ruas sem asfalto ou em péssimas condições. • Casas feitas de materiais não duráveis • Esgoto a céu aberto. • Sem rede de água • Sem coleta de lixo por serviço de limpeza. • Energia elétrica com ligações clandestina, algumas residências sem energia elétrica. Iluminação pública precária.
Parque Planetário	<ul style="list-style-type: none"> • Período de ocupação não definido, há pelo menos 9 anos, parte baixa do bairro. • Ocupação relacionada ao trabalho com materiais recicláveis. 	Uso residencial, comercial e para beneficiamento de materiais recicláveis.	<ul style="list-style-type: none"> • Ruas sem asfalto ou em péssimas condições • Maioria das casas de materiais não duráveis. • Sem rede de água que chegue até os domicílios • Alguns locais com esgoto a céu aberto • Coleta de lixo inadequada • Rede de energia elétrica, ligações clandestinas, iluminação pública precária. • Associação de Moradores

Área de Expansão – Beco do Saci, Paz/Maruim, Cidade de Deus e Laminação

LOCALIDADE	LOCALIZAÇÃO, PERÍODO DE OCUPAÇÃO, VETOR.	USOS DO SOLO	INFRAESTRUTURA E SERVIÇOS
Beco do Saci	<ul style="list-style-type: none"> • Período de ocupação não definido, há pelo menos 14 anos, área entre o Manguezal e a área do Aterro. • Expansão do bairro 	Residencial, comercial.	<ul style="list-style-type: none"> • Asfalto em péssimas condições • Casas de alvenaria e de materiais não duráveis. • Rede de água em alguns domicílios, maioria sem rede de água

			<ul style="list-style-type: none"> • Rede de esgoto em algumas partes e esgoto a céu aberto em outras • Coleta de lixo inadequada • Rede de energia elétrica, algumas ligações clandestinas, iluminação pública precária na região próxima ao manguezal. • Escola comunitária.
Paz/Maruim	<ul style="list-style-type: none"> • Período de ocupação não definido, há pelo menos 8 anos, área próximo ao Manguezal. • Expansão do bairro, ocupada através de loteamentos distribuídos/vendidos por um vereador do bairro. 	Residencial e comercial.	<ul style="list-style-type: none"> • Maioria das ruas sem asfalto, outras com asfalto recente. • Casas de alvenaria e de materiais não duráveis. • Rede de água em alguns domicílios, maioria sem rede de água • Esgoto a céu aberto • Coleta de lixo inadequada • Ligações clandestinas de energia elétrica, residências sem energia elétrica, iluminação pública precária.
Cidade de Deus	<ul style="list-style-type: none"> • Período de ocupação não definido, provavelmente anterior à comunidade Maruim. Entre a Área Central e o Manguezal • Área de expansão do bairro. 	Residencial e comercial	<ul style="list-style-type: none"> • Ruas asfaltadas • Maioria das casas de alvenaria. • Rede de água na maior parte dos domicílios • Rede de Esgoto • Coleta de lixo • Energia elétrica, iluminação pública precária.
Laminação	<ul style="list-style-type: none"> • Período de ocupação não definido, provavelmente as primeiras residências dessa área. Localizada entre a Rodovia e o Manguezal. 	Residencial e industrial.	<ul style="list-style-type: none"> • Maioria das ruas asfaltadas • Rede de água na maioria dos domicílios • Rede de esgoto inadequada, esgoto a céu aberto. • Coleta de lixo. • Energia elétrica • Iluminação pública precária



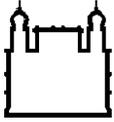
ANEXO1
MINISTÉRIO DA SAÚDE
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA SERGIO AROUCA
MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA



Respostas sociais frente aos problemas de saúde e ambiente no território: o caso do Bairro Jardim Gramacho – Duque de Caxias.

Roteiro Entrevista

- 1) Identificação do Entrevistado (Nome, profissão e local de trabalho, localidade do bairro onde reside, família etc.).
- 2) Participação em instituições locais e supra locais.
- 3) Percorso no bairro (tempo de moradia, de onde veio, por que foi morar).
- 4) O bairro e suas transformações ao longo do tempo.
- 5) Conhecimento sobre as organizações em Jardim Gramacho (quais e o que fazem - organizações governamentais, comunitárias, ONGs, igrejas, empresas, etc.).
- 6) Problemas de saúde e ambiente do bairro (quais são, onde e como se manifestam).
- 7) Problemas de saúde e ambiente (o que contribui e quais os agentes envolvidos – responsabilidades).
- 8) Necessidades do bairro (caso não seja abordado nos dois itens anteriores).
- 9) Respostas aos problemas de saúde ambiente (quais ações estão sendo realizadas para resolver esses problemas e por quem, quem você procura para resolver quando precisa de ajuda para resolver problemas de saúde e ambiente).
- 10) Você gostaria de dizer alguma outra coisa sobre esta entrevista?
- 11) Indicaria alguém que possa colaborar com essa pesquisa?



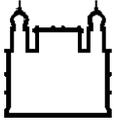
ANEXO2
MINISTÉRIO DA SAÚDE
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA SERGIO AROUCA
MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA



Respostas sociais frente aos problemas de saúde e ambiente no território: o caso do Bairro Jardim Gramacho – Duque de Caxias.

Questões principais a serem observadas nas visitas, sempre considerando as diferenças entre as localidades:

- 1) Tipos de moradias, uso do solo, pavimentação, rede de esgoto, rede de água, luz elétrica
- 2) Serviços de educação, saúde, igrejas, ONGs, áreas de lazer e esportivas.
- 3) Presença de depósitos ou locais usados para armazenar ou reciclar materiais.
- 4) Presença de instituições locais de representação comunitária (associação de moradores, centros culturais comunitários e outros).
- 5) Presença de territórios dominados por organizações criminosas.



ANEXO3
MINISTÉRIO DA SAÚDE
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA SERGIO AROUCA
MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA



Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
Entrevistas Agentes Comunitários de Saúde

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa Respostas sociais frente aos problemas de saúde e ambiente no território: o caso do Bairro Jardim Gramacho. Desenvolvida por Maria Inês Corrêa Carcamo, discente do mestrado em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ), orientada pela Prof^a Dra. Rosely Magalhães de Oliveira. Sua participação é voluntária e você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como retirar sua participação a qualquer momento. Você não será penalizado caso decida não participar, ou desistir da mesma.

O objetivo central do estudo é Analisar as respostas sociais frente aos problemas de saúde e ambiente considerando a configuração sócio-espacial do Bairro Jardim Gramacho e os agentes sociais envolvidos.

Você foi selecionado por ser Agente Comunitário de Saúde, morador antigo do bairro e inserido na Estratégia Saúde da Família há bastante tempo. Sua participação consistirá em responder um roteiro de entrevista, com o tempo aproximado de 1 hora e 30 minutos e, se você permitir, será gravado. A sua contribuição servirá para que instituições locais e outros moradores possam conhecer mais sobre a história e as respostas sociais do bairro. Os resultados serão divulgados em grupo de discussão com os participantes do estudo, artigos científicos e na dissertação de mestrado.

Os dados obtidos com seu depoimento serão usados de forma agregada, sem se vincular aos nomes dos entrevistados e as informações pessoais fornecidas não serão utilizadas. No entanto, apesar de todos os cuidados tomados, é difícil garantir que seu depoimento não seja reconhecido, pois serão poucos os Agentes Comunitários de Saúde entrevistados. As informações serão confidenciais e os conteúdos das entrevistas guardados em meu computador com senha de segurança por pelo menos cinco anos.

Este termo é redigido em duas vias e você receberá uma dessas vias onde consta meu telefone e endereço institucional e do Comitê de Ética e Pesquisa, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Maria Inês Corrêa Cárcamo (inescarcamo@gmail.com)

ENSP / FIOCRUZ - Departamento de Endemias Samuel Pessoa

Rua Leopoldo Bulhões, 1480 – Manguinhos – Rio de Janeiro / RJ. Tel: (21)2598-2654

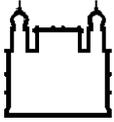
Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/ENSP

Rua Leopoldo Bulhoes, 1480 – Térreo – Manguinhos – RJ Tel e fax (21) 25982863 e-mail – cep@ensp.fiocruz.br <http://www.ensp.fiocruz.br/etica>.

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Data: ____/____/____

Nome e assinatura ou Rubrica do Entrevistado:



ANEXO 4
MINISTÉRIO DA SAÚDE
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA SERGIO AROUCA
MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA



Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
Entrevistas Agentes Sociais

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa Respostas sociais frente aos problemas de saúde e ambiente no território: o caso do Bairro Jardim Gramacho. Desenvolvida por Maria Inês Corrêa Cárcamo, discente do mestrado em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ), orientada pela Profª Dra. Rosely Magalhães de Oliveira.

O objetivo central do estudo é Analisar as respostas sociais frente aos problemas de saúde e ambiente considerando a configuração sócio-espacial do Bairro Jardim Gramacho e os agentes sociais envolvidos.

Sua participação é voluntária e você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como retirar sua participação a qualquer momento. Você não será penalizado caso decida não consentir sua participação, ou desistir da mesma.

Você foi selecionado por ser Agente Social (informante chave) que atua em questões relacionadas a saúde e ambiente do bairro Jardim Gramacho. Sua participação consistirá em responder um roteiro de entrevista, com o tempo aproximado de 1 hora e 30 minutos e, se você permitir, será gravado. A sua contribuição servirá para que instituições locais e outros moradores possam conhecer mais sobre a história e as respostas sociais do bairro. Os resultados serão divulgados em grupo de discussão com os participantes do estudo, artigos científicos e na dissertação de mestrado.

Os dados obtidos com seu depoimento serão usados de forma agregada, e as informações pessoais fornecidas não serão utilizadas. As informações serão confidenciais e os conteúdos das entrevistas guardados em meu computador com senha de segurança por pelo menos cinco anos.

Você receberá uma cópia deste termo onde consta meu telefone e endereço institucional e do Comitê de Ética e Pesquisa, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Maria Inês Corrêa Cárcamo (inescarcamo@gmail.com)

ENSP / FIOCRUZ - Departamento de Endemias Samuel Pessoa

Rua Leopoldo Bulhões, 1480 – Manguinhos – Rio de Janeiro / RJ. Tel: (21)2598-2654

Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/ENSP

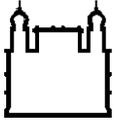
Rua Leopoldo Bulhoes, 1480 – Térreo – Manguinhos – RJ Tel e fax (21) 25982863 e-mail –

cep@ensp.fiocruz.br <http://www.ensp.fiocruz.br/etica>.

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Data: ____/____/____

Nome e assinatura ou Rubrica do Entrevistado:



ANEXO 5
MINISTÉRIO DA SAÚDE
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA SERGIO AROUCA
MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA



Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
Visitas Guiadas com Agentes Comunitários de Saúde

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa Respostas sociais frente aos problemas de saúde e ambiente no território: o caso do Bairro Jardim Gramacho. Desenvolvida por Maria Inês Corrêa Carcamo, discente do mestrado em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ), orientada pela Prof^a Dra. Rosely Magalhães de Oliveira. Sua participação é voluntária e você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como retirar sua participação a qualquer momento. Você não será penalizado caso decida não consentir sua participação, ou desistir da mesma.

O objetivo central do estudo é Analisar as respostas sociais frente aos problemas de saúde e ambiente considerando a configuração sócio-espacial do Bairro Jardim Gramacho e os agentes sociais envolvidos.

Você foi selecionado por ser Agente Comunitário de Saúde, morador antigo do bairro e inserido na Estratégia Saúde da Família há bastante tempo. Sua participação consistirá em me acompanhar pela localidade onde trabalha buscando observar as diferenças nas localidades do bairro em questões relacionadas à infraestrutura urbana. Nossas conversas serão gravadas se você permitir, e lhe tomará o tempo de aproximadamente 2 horas. Mesmo autorizando a gravação, a qualquer momento, você pode solicitar que eu desligue o gravador. A sua contribuição servirá para que instituições locais e outros moradores possam conhecer mais sobre a infraestrutura do bairro, sua história e as respostas sociais. Os resultados serão divulgados em grupo de discussão com os participantes do estudo, artigos científicos e na dissertação de mestrado.

Os dados obtidos com as visitas serão usados de forma agregada, sem se vincular aos nomes dos participantes e as informações pessoais fornecidas não serão utilizadas. No entanto, apesar de todos os cuidados tomados, é difícil garantir que seu depoimento não seja reconhecido, pois serão poucos os Agentes Comunitários de Saúde que participarão das visitas. As informações serão confidenciais e os conteúdos das entrevistas guardados em meu computador com senha de segurança por pelo menos cinco anos.

Este termo é redigido em duas vias e você receberá uma dessas vias onde consta meu telefone e endereço institucional e do Comitê de Ética e Pesquisa, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Maria Inês Corrêa Cárcamo (inescarcamo@gmail.com)

ENSP / FIOCRUZ - Departamento de Endemias Samuel Pessoa

Rua Leopoldo Bulhões, 1480 – Manguinhos – Rio de Janeiro / RJ. Tel: (21)2598-2654

Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/ENSP. cep@ensp.fiocruz.br <http://www.ensp.fiocruz.br/etica>

Rua Leopoldo Bulhões, 1480 – Térreo – Manguinhos – RJ Tel e fax (21) 25982863.

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Data: ____/____/____

Nome e assinatura ou Rubrica do Entrevistado: