

UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
FACULDADE DE EDUCAÇÃO
MESTRADO EM EDUCAÇÃO ESCOLAR BRASILEIRA

SAÚDE E TRABALHO NA HISTÓRIA
DE VIDA DA MULHER

ESTELAMARIS TRONCO MONEGO

GOIÂNIA

1995

UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
FACULDADE DE EDUCAÇÃO
MESTRADO EM EDUCAÇÃO ESCOLAR BRASILEIRA

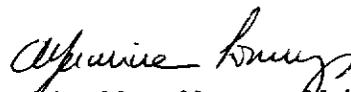
SAÚDE E TRABALHO NA HISTÓRIA DE VIDA DA MULHER

ESTELAMARIS TRONCO MONEGO

Dissertação apresentada como exigência parcial à obtenção do grau de Mestre em Educação Escolar Brasileira à Comissão Julgadora da Faculdade de Educação da Universidade Federal de Goiás, sob a orientação da Professora Doutora Maria Hermínia Marques da Silva Domingues.

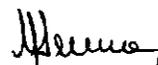
SAÚDE E TRABALHO NA HISTÓRIA DE VIDA DA MULHER

Dissertação apresentada como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre em Educação Escolar Brasileira na Faculdade de Educação da Universidade Federal de Goiás, pela Comissão formada pelos professores:



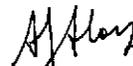
Orientadora: Prof.^a Dr.^a Maria Herminia M. da S. Domingues

Faculdade de Educação - UFG



Prof.^a Dr.^a Milca Severino Pereira

Faculdade de Enfermagem e Nutrição - UFG



Prof.^a Dr.^a Alda Judith Alves Mazzotti

Faculdade de Educação - UFRJ

Goiânia, 11 de maio de 1995

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho...

A Itamar, pela paciência e inesgotável compreensão, à pequena Luiza, tão inocente em aceitar minhas desculpas por não poder dedicar a ela o tempo que solicitava, e à Camilla, que reclamou minha ausência à sua maneira, mesmo antes de nascer. Com muito amor!

Às onze mulheres e suas crianças, que participaram de forma tão especial deste trabalho. Com muito respeito!

AGRADECIMENTOS

Cursar este mestrado foi um grande aprendizado de outras concepções de saber e, especialmente, de resgate do sentido de partilhar, o que resultou no estabelecimento de profundas amizades e muitos agradecimentos. Por terem partilhado comigo momentos às vezes agradáveis e outras vezes angustiantes, agradeço:

à Professora Maria Hermínia M.S. Domingues pela assessoria indispensável na organização do tema e do trabalho que me propus a realizar;

à Ana Luiza L. Sousa, Iara Barreto e Marilda S. Pasquali, pelos conselhos, pela ajuda, pelo companheirismo e sobretudo pela amizade;

à Professora Milca Severino Pereira, por conseguir transformar minhas ansiedades em uma saudável forma de lidar com o desconhecido e dele tirar o meu próprio aprendizado;

ao Professor José Luiz Domingues, pela competência em mostrar-me, como até então ninguém havia conseguido, que o social tem razões que vão muito além da aparência;

aos professores do MEEB, por terem me proporcionado um conhecimento capaz de mudar radicalmente minha forma de pensar e meu fazer profissional;

à amiga Josetti B. de Parada que, com sua vasta experiência, muito me ensinou e

influenciou de forma decisiva grande parte de minha trajetória profissional;

ao DENUT/FEN, em especial a Ida e Zara, colegas da área social, que com sua colaboração tornaram viável meu afastamento de parte das atividades docentes;

à Leila Pinto de Souza, pela dedicação no auxílio quase voluntário na coleta dos dados;

à Marília Marques da Silva, pela avaliação do desenvolvimento psicológico das crianças;

à amiga Solange Moreira, pela revisão dos textos.

SUMÁRIO

RESUMO	viii
ABSTRACT	x
CAPÍTULOS:	
I - Delimitando o Problema	1
II - Mulher, Trabalho e Sociedade	15
III - Buscando o Nexo Dialético da Saúde	48
IV - Contextualizando os Atores	72
V - (Re)Colocando a Questão: O Que Ouvi as Mulheres Dizerem	94
VI - Proposições para uma Retomada da Questão	120
ANEXO 1	137
ANEXO 2	142
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	180

RESUMO

Este estudo representa uma análise das histórias de vida de onze mulheres moradoras de uma região periférica de Goiânia, cujos filhos menores de dois anos freqüentam uma instituição filantrópica denominada Projeto A.M.A.R. Seu objetivo é compreender as representações de saúde das mulheres, tendo como intermediantes o trabalho e a práxis. O trabalho é assumido como categoria de estudo capaz de levar o Homem à omnilateralidade. A saúde, enquanto categoria de estudo, como capaz de produzir um novo pensar/fazer que altera de forma inteira o modo de andar a vida. A construção teórica sugere a força do cotidiano, aqui incluindo o trabalho como processo educativo, ao mesmo tempo que mostra a importância da saúde em sua determinação. Das falas das mulheres, retirou-se o substrato para propor uma retomada da questão, no qual inclui-se a mulher como sujeito do processo de educação informal; a rearticulação da política social no que diz respeito a creches e similares; a garantia da saúde enquanto direito constitucional em uma proposta de criação de um SILOS-Escola, com participação e influência na (trans)formação do profissional de saúde em nível de III grau; a interação docente-assistencial como estratégia de modificação desta formação; a busca da integração entre o saber do técnico e o do paciente, numa perspectiva de transdisciplinaridade, e a educação em saúde como a

prática social articulada, capaz de contribuir na transformação do quadro delineado por este estudo. Sugere ainda a tríade trabalho, mulher e saúde como uma efetiva conjunção para o resgate da cidadania.

ABSTRACT

This study represents an analysis of the life history of eleven living in the outskirts of Goiânia, whose children under age two attend a charity institution denominated "A.M.A.R. Project". Its objective is the comprehension of the women's health, having their work and daily routines as the means of study. This work has been taken up as a categorial study which is able to take able to produce a new way of thinking and doing that can alter one's way of life completely. The theoretical construction suggests emphasis on everyday life, including the work as an educational process and at the same time shows the importance of health in its determination. From speaking the women, the essential information was chosen to propose a new review on this question where the woman, as a subject of the informal educational process, would be included; the reunion of social politics referring to nerseries and the like; A guarantee to health benefits as a constitutional right; in proposing the creation of a SILOS-School, with participation and influence in the (trans)formation of health professional to receive a university degree, an interactive exchange between teacher and assistant as a strategy to change the level of their schooling; the search to unite technical knowledge to the patient in a perspective capable of seeing through all aspects the question and health education as a social practice able to contribute to the transformation of the situation explained in this study. It also suggests a triade of work, women and health as an effective union in the rebirth of citizenship.

CAPÍTULO I

DELIMITANDO O PROBLEMA

*"A luz que me abriu os olhos/ para a dor dos
deserdados/ e os feridos da injustiça,/ não me permite
fechá-los/ nunca mais, enquanto viva."*

Thiago de Mello

A necessidade deste estudo surgiu a partir do caminho que comecei a trilhar por ocasião do meu ingresso na carreira docente universitária e concretizou-se neste recorte, feito a partir do cotidiano profissional iniciado em 1990, em um bairro da periferia de Goiânia.

Percebi, já no início da formação acadêmica como nutricionista, que estaria na Área da Nutrição Social a luz que eu procurava, apesar de não ter ainda elementos para apreender a realidade como um todo. O início do trabalho, na Universidade Federal de Goiás, trouxe essa possibilidade: concretizar uma aspiração que vinha desde tanto tempo! No balanço de prós e contras, entendi que não poderia deixar escapar a

oportunidade que estava se descortinando.

Da carreira docente, extraí as questões e a necessidade de buscar avançar no processo pessoal de educação continuada. Da vivência no bairro, retirei um substrato valioso para responder a essas questões e continuar trilhando minha trajetória profissional.

Desde o início tracei diretrizes para que minhas metas pudessem ser alcançadas. Integrei-me a grupos que tinham tradição na Saúde Pública e consegui, com isso, ganhar experiência e capacidade de crítica na construção de minha consciência política e social, aprimorando-me ao longo dos anos. Assim, passei a construir uma trajetória de integração com comunidades do interior do estado e da periferia da capital, que sinalizavam com uma realidade bastante distinta daquela que eu costumava discutir na sala de aula.

Constituindo-se na experiência mais importante nessa trajetória, é dela que foi retirado grande parte do rearranjo feito na disciplina que ministro a cada ano. É nela que busco manter a sensibilidade aguçada para este contexto social tão discursado no meio acadêmico e tão pouco conhecido na sua real dimensão.

Foi exatamente nesse contexto que surgiu a necessidade de buscar compreender, de maneira mais sistemática, o cotidiano de mulheres pobres, feito de tanta humilhação e necessidades, capaz de gerar um potencial de revolta imenso que, no entanto, não consegui identificar em nenhuma delas sequer, em que pese as

condições que poderiam justificar esse estado.

Viver encastelados na segregação/*apartheid* social como estamos, e onde, privilegiadamente, encontramos ao lado da minoria, é uma condição que suscita conflitos de ordem moral, religiosa, social e profissional. A sensibilidade no trato com esse cotidiano leva a nos aproximarmos dessas pessoas e a aprendermos um pouco com sua capacidade de luta e com seu amor pelas pequenas coisas que a vida termina por proporcionar-lhes.

A partir dessa experiência me permiti realizar este trabalho de dissertação de mestrado, na certeza de que com ele poderia contribuir com dados desveladores de uma outra perspectiva acadêmica de abordagem.

O eixo norteador dessa discussão é o contraponto entre a mulher e o cuidado à saúde da criança, tendo como intermediantes o trabalho e sua consequência, a práxis.

O objeto desse estudo está localizado na realidade palpável da prática profissional, de onde foi pinçada a mulher e suas representações sobre saúde, tendo como pano de fundo o trabalho, através do qual o Homem conhece a si mesmo, aos outros e ao meio onde vive, sendo portanto fonte de conhecimento e de uma práxis transformadora.

A sensibilização para a discussão desse problema trouxe a necessidade de buscar a fundamentação teórica que sustentasse a análise pretendida. Nesse processo, localizamos em alguns autores os elementos necessários para essa discussão.

Gramsci, citando Marx, ressalta o fato de que o Homem não é um ser dado e acabado, mas sim em constante transformação, cuja determinação é dada pela práxis, o que significa ter o trabalho um caráter essencialmente teórico-prático e transformador das relações sociais. É na execução de sua atividade que o indivíduo produz o conhecimento capaz de transformar o meio onde vive. Daí advém a práxis, produto desta ação reflexiva e (trans)formadora do Homem.¹

A compreensão de como ocorre a relação Homem/mundo é fundamental na identificação de como cada indivíduo apreende, apropria-se e explica a realidade com a qual interage. O conhecimento é produto da interação entre o sujeito que conhece e o objeto deste conhecimento. Pelo menos três modelos teóricos de interpretação fundamentam a relação sujeito/objeto: a primazia do objeto sobre o sujeito; a predominância do sujeito como criador de realidade e a interação entre sujeito e objeto, na qual a preponderância deixa de ser de uma das partes e passa a ser do todo. É neste último modelo que o Homem recupera o seu papel consciente e ativo no processo de produção do conhecimento e no mundo.

É peculiaridade do ser humano, concreto, ser percebido no seu condicionamento biológico e social, ser sujeito da relação cognitiva. É evidente, portanto, que essa relação não é nem pode ser passiva, que seu sujeito é sempre

¹ Antônio GRAMSCI. *Concepção dialética da história*, 1991.

ativo, que introduz e deve, necessariamente, introduzir algo de si no conhecimento, que é, então, sempre, numa acepção determinada destes termos, um processo subjetivo-objetivo.²

Considerando o que Schaff aponta nas formas de abordagem da relação sujeito/objeto, percebe-se que a visão de mundo que permeia cada uma delas levará a resultados que permitem ou restringem uma percepção holística do objeto.

Vários aspectos poderiam ser enfocados nesse estudo, porém o interesse se concentra, especialmente, sobre a desigualdade social como determinante do *modus vivendis* das mulheres estudadas e sua relação com a saúde, possibilitando, então, uma reflexão sobre os serviços de saúde e a formação dos profissionais de saúde em nível de terceiro Grau, como contribuição necessária a uma visão globalizadora do contexto social em que se insere o problema a ser investigado.

Foi neste contexto que o **trabalho**, enquanto categoria, foi pesquisado, possibilitando construir um sistema de classe social, importante porque não apenas **descreve as variações da inserção da doença nos diferentes grupos sociais, como também explica porque alguns grupos apresentam maior risco do que outros.**³

Nesta perspectiva, a idéia norteadora desse estudo é a inserção histórica da mulher na sociedade capitalista, em seu duplo papel, com a verticalização de seu papel

² Adam SCHAFF. *História e verdade*, 1986.

³ Fernando BARROS & César G. VICTORA. *Epidemiologia da saúde infantil*, 1991. P.46

de mãe/mulher responsável pela saúde da família. Assim, pretendeu-se estabelecer, à luz das raízes históricas, um ponto de intersecção entre a mulher (enquanto mãe) e as categorias de **saúde** e de **trabalho**.⁴ Para tanto, considerou-se:

1. a abordagem do problema em uma dimensão da saúde enquanto componente da força de trabalho, da família como subcategoria e da mulher/mãe como determinante deste processo;
2. a questão saúde/doença na ótica da constituição de um objeto multi e interdisciplinar, entendendo-a como um objeto dado pelo entrelaçamento e pela articulação entre o biológico e o social;
3. a compreensão, no interior dos fenômenos de ordem biológica, das questões de produção e reprodução social da saúde/doença.

Nessa ótica, é analisada a reprodução biológica e social, a correlação família/mulher e as estratégias de manutenção da saúde dos filhos, cujo agrupamento representa as interfaces do plano biológico e social da existência. Assumindo, assim, a prática cotidiana da mãe como atividade não material transformadora do meio ambiente, uma vez que está ligada às relações sociais e coletivas da mulher em seu cotidiano de vida.

⁴ Para alguns, a mulher exerce um duplo papel - o público, enquanto trabalhadora da linha de produção e o privado, como gerenciadora do lar. Para outros, a mulher é trabalhadora, gerenciadora do lar e guardiã dos filhos, num tríptico de papéis sociais.

Os primeiros passos no sentido de alcançar o objetivo deste estudo iniciaram-se a partir da elaboração de um quadro das condições sociais, sanitárias e ambientais de um grupo de população de mulheres e crianças, de forma a obter respostas às seguintes questões: como vivem, sonham e agem estas mulheres? qual a sua ocupação e suas perspectivas de vida? qual o perfil de saúde das crianças menores de dois anos e seus determinantes? quais seus maiores problemas de saúde e como fazem para solucioná-los?

Prosseguindo a discussão que respalda teoricamente o presente trabalho, encontramos em Minayo que a saúde, enquanto questão humana e existencial, é uma problemática compartilhada por todos os segmentos sociais. Porém, as condições de vida e de trabalho qualificam de forma bastante diferenciada o pensar, o sentir e o agir a respeito dela. Isso implica que, para todos os grupos, ainda que de forma específica e peculiar, a saúde e a doença envolvem uma complexa interação entre os aspectos físicos, psicológicos, sociais e ambientais da condição humana e de atribuição de significados. Nessa ótica, saúde e doença exprimem, agora e sempre, **uma relação que perpassa o corpo individual e social, em uma interação com as turbulências do ser humano enquanto ser total**. Por isso a saúde/doença são importantes tanto por seus **efeitos no corpo como pelas suas repercussões no imaginário**.⁵

Buscando mais elementos para análise, encontramos na leitura marxista aspectos fundamentais. O marxismo interpreta dialeticamente a realidade como uma

⁵ Maria C.S. MINAYO. *O desafio do conhecimento . Pesquisa qualitativa em saúde*, 1992. P.15/16

totalidade, para a qual fatores aparentes e representações sociais configuram um determinado modo de vida, condicionado por um modo de produção específico. Nessa perspectiva, a base material é determinante da consciência, como também são importantes as representações sociais na reprodução desta mesma consciência e na construção da realidade vivida.

Na totalidade (re)definem-se conceitos de vital importância para o conhecimento da saúde, entre eles o processo de trabalho, como **espaço privilegiado das relações de produção e de reprodução das relações de embate das lutas de classe, e as condições gerais de produção, sua relação com a estrutura social e as condições de vida.**⁶

A opção metodológica privilegia a questão da busca do significado e da intencionalidade, partindo do princípio de que ambos são inerentes aos atos, às relações e às estruturas sociais. Nesta opção, busca-se a compreensão da realidade humana vivida socialmente, tendo o significado como conceito central para a análise das relações sociais, então consideradas **essência e resultado da atividade humana criadora ... que pode ser apreendida através do cotidiano, da vivência e da explicação do senso comum.**⁷

O grupo pesquisado foi escolhido tendo-se como referência os seguintes elementos: mulheres, pelo fato de serem estas as responsáveis, com muito maior

⁶ Elsie ROCKWELL. *Etonografia e teoria na pesquisa educacional*, 1989. P.47

⁷ Maria C.S. MINAYO. *O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde*, 1992. P.11

freqüência, pelo cuidado com os filhos pequenos; inserção na classe social como proletariado e subproletariado⁸, tendo em vista um espaço de trabalho já conhecido e familiar através da disciplina que ministrava no curso de Nutrição; crianças menores de dois anos, por serem mais vulneráveis aos agravos de doença, especialmente aquelas derivadas de condições de vida precárias, e que freqüentam a creche do bairro, por ser este local um dos equipamentos sociais disponíveis cuja clientela abrangia o grupo a ser estudado.

O espaço utilizado para coleta de dados foi o Setor Jardim D.Fernando e adjacências, localizados na região leste de Goiânia, no período de janeiro a agosto de 1994, junto a onze mulheres/mães cujos filhos, menores de dois anos, são integrantes do berçário do Projeto A.M.A.R.

Estudando a categoria saúde foram levantados elementos em alguns indicadores de qualidade de vida: para o estado nutricional, foram utilizados os valores de peso ao nascer, evolução do peso e estatura das crianças menores de dois anos, comparados posteriormente com o referencial do National Center of Health Statistics, da Organização Mundial da Saúde, OMS.⁹ Para as mulheres foram avaliados os

⁸ Cintia LOMBARDI em *Classe social e condição de vida*, 1988 classifica os grupos sociais em burguesia, nova pequena burguesia, pequena burguesia tradicional, proletariado e subproletariado. Para estes dois últimos assim define: proletariado são agentes sociais submetidos a uma relação de exploração, vivendo exclusivamente da venda de sua força de trabalho e subproletariado são agentes sociais que desempenham uma atividade predominantemente não assalariada, em geral instável e com a qual obtém salários e/ou rendimentos inferiores ao custo mínimo da reprodução da força de trabalho.

⁹ ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Medición del cambio del estado nutricional*, 1985. Este assunto também é abordado em Derrick B.JELLIFFE. *La salud del niño en los tropicos*, 1989, que classifica o estado nutricional de crianças em *eutrófico*, quando seu peso e estatura em relação à idade são adequados; *desnutrido agudo* quando quando a criança manifesta um déficit de peso em relação à altura e idade; *desnutrido crônico* quando o peso e a estatura estão comprometidos, manifestando valores abaixo dos esperados pelo padrão de referência e *desnutrido progresso* que têm a estatura comprometida com peso em valores dentro do padrão de referência.

indicadores de peso e estatura, sendo posteriormente comparados com o padrão de referência do Ministério da Saúde.¹⁰

No chamado ambiente materno, foram buscadas as características das mães, partindo da afirmativa de Barros & Victora, que dizem que as condições nas quais a criança passou os primeiros meses de vida deixam marcas permanentes que podem comprometer seu desenvolvimento futuro.¹¹ Aqui foram incluídos: escolaridade, religião, estado civil, ocupação, prevenção e tratamento de doenças, interação com o companheiro e caracterização do ambiente, que ao mesmo tempo forneciam elementos de análise para as categorias de saúde e de trabalho.

Este estudo, do tipo descritivo, teve como estratégia a história de vida, num aprofundamento do discurso sobre saúde, verbalizado pelos sujeitos. Com isto descortinava-se a compreensão de um grupo social determinado, no caso, o das mães de crianças menores de dois anos. O grupo teve o tamanho necessário capaz de refletir a realidade e os dados foram coletados até sua saturação, em um acompanhamento individual de forma sistemática, onde cada mulher representou um caso e cuja duração foi definida no decorrer do próprio trabalho.

A opção pela história de vida deve-se ao fato desta ser uma técnica que possibilita atingir propósitos como o resgate de fatos já esquecidos no cotidiano, e cujo envolvimento emocional promove a coesão dos elementos da memória.¹² Ela é

¹⁰ MINISTÉRIO DA SAÚDE. INSTITUTO NACIONAL DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO. *Pesquisa nacional sobre saúde e nutrição*, 1989.

¹¹ Fernando BARROS e Cesar VICTORA. *Epidemiologia da saúde infantil*, 1991.

¹² Jan NESPOR. *The role of beliefs in the practice of teaching*, 1987.

instrumento privilegiado para se interpretar o processo social a partir das pessoas envolvidas, pois o que as pessoas pensam, fazem e valorizam constitui um fato histórico.

Como estratégia para construir as histórias de vida, foi utilizado um roteiro inicial, o qual foi sendo enriquecido ao longo da coleta de informações. A utilização deste roteiro possibilitou o uso da fala como elemento revelador de valores e representações de grupos determinados, em condições históricas, sócio-econômicas e culturais específicas. Ao falar reproduzimos a visão de mundo de nosso grupo social, com sua ideologia e com as representações estabelecidas a partir das relações sociais. Os dados das mulheres foram coletados através de sucessivas visitas domiciliares, de entrevistas efetuadas no espaço do Projeto A.M.A.R. e através de conversas informais.

Foram também coletados dados junto à equipe do Projeto A.M.A.R. As entrevistas realizadas com a monitora que presta cuidados às crianças menores de dois anos e com a coordenadora do projeto objetivavam agregar informações e confrontar alguns dados. A visão particular de ambas, construída no convívio diário com as crianças fora do ambiente familiar e da interação com a mãe, foi fundamental para a adequação da análise. A avaliação realizada pela psicóloga, que atua voluntariamente no local, possibilitou uma visão ampliada da situação de saúde das crianças e seu entrecruzamento com as questões sociais que afetam seu cotidiano.

Durante as entrevistas, a preocupação básica era tentar garantir uma situação de liberdade às mulheres, de forma tal que as informações expressassem suas

opiniões. O fato do grupo de mulheres ter um elemento comum de aglutinação, que era a presença de seus filhos no Projeto A.M.A.R., facilitou a coleta de dados.

Na coleta de dados me fazia acompanhar por uma estagiária que tinha a função de fazer o registro da conversa por escrito. Ao final de cada dia de trabalho os dados coletados eram checados.

Para atingir o objetivo do estudo dois eixos foram interligados: a elaboração teórica e a visita à realidade. Na primeira foi elaborado um quadro de elementos capazes de indicar o caminho para a fase empírica. Nas várias leituras feitas, entendi que deveria situar a segunda parte do estudo em duas categorias: o trabalho e a saúde.

Com esta construção teórico-prática, foi buscada a maturação de algumas raízes teóricas que permitissem reafirmar a força dos processos sociais na determinação da saúde coletiva. O desafio será alcançar a integração entre o individual e o coletivo, na perspectiva de que um fato biológico em seres humanos é sempre social e historicamente determinado, e como tal deve ser entendido não no isolamento, e sim na sua totalidade.

Partindo da premissa de que a vida social é composta por um agregado de representações,¹³ a compreensão do Homem só pode ser feita, de forma inteira, quando nos remetemos à totalidade sócio-cultural da qual faz parte cada indivíduo e de onde emerge seu sentido peculiar, tendo como horizonte o fato de que esta totalidade

¹³ Serge MOSCOVICI em *A representação social da psicanálise*, 1978, procura redefinir o conceito proposto por Durkheim, sugerindo serem as representações produções mentais coletivas, construídas pela sociedade, ultrapassando o espaço do indivíduo.

está em constante transformação pela própria ação do homem.

As representações sociais fundem-se na atividade humana, no trabalho e nas relações sociais produzidas por essa atividade, ao mesmo tempo em que, uma vez criadas, podem terminar por entrar em contradição com o vivido, provocando, por sua vez, mudanças no *modo de andar a vida*.

Ainda que algumas formas de pensar a sociedade sejam abrangentes, produto das estruturas de dominação, cada grupo social faz delas uma representação particular. As representações sociais são vinculadas a sujeitos históricos, cuja prática se vincula a relações que são, ao mesmo tempo, sociais, econômicas, políticas e ideológicas. Gramsci defende que a concepção de mundo é produto não dos intelectuais ou de uma parcela das massas, mas de uma combinação de todos estes elementos, que culmina na história completa e concreta de uma ação coletiva.¹⁴

Na atividade humana, saber e fazer estão intrinsecamente ligados, e assim, o conhecimento, produto desta interação, é constitutivo da condição humana e, por isso mesmo, exigência da cidadania.

Neste sentido, o capítulo II - **Mulher, Trabalho e Sociedade**- apresenta os subsídios teóricos que definem a categoria trabalho, na perspectiva da construção eleita neste estudo.

¹⁴ Antonio GRAMSCI. *Concepção dialética da história*, 1991.

O perfil teórico da relação entre saúde e doença, numa visão de totalidade histórico-social, é o tema central do capítulo III - **Buscando o Nexo Dialético da Saúde**.

O capítulo IV - **Contextualizando os Atores**- descreve o cenário onde o estudo transcorreu, assim como uma síntese da história de vida de cada uma das onze mulheres que foram sujeitos deste estudo.

O capítulo V - **(Re)colocando a Questão. O que Ouvi as Mulheres Dizerem** - é dedicado aos resultados do trabalho de campo e à análise dos dados, num entrelaçamento do observado *in loco* com o componente teórico que fundamenta o trabalho.

Ao final de um estudo deste tipo, o qual está ligado diretamente à atuação profissional de quem o elaborou, o capítulo VI - **Proposições para uma Retomada da Questão** - apresenta uma agenda para continuidade do processo de construção do problema aqui tratado.

CAPÍTULO II

MULHER, TRABALHO E SOCIEDADE

"... sem sequer poder negar a desesperança como algo concreto e sem desconhecer as razões históricas, econômicas e sociais que a explicam, não entendo a existência humana e a necessária luta para fazê-la melhor, sem esperança e sem sonho."

Paulo Freire

A pesquisa científica no Brasil vem mostrando, através da produção que trata da questão da mulher, uma ausência de trabalhos que busquem contextualizar o objeto que investigam e portanto, perdem em relação a uma necessária visão globalizante. Os trabalhos, em maioria, enfocam a mulher sob o ângulo da reprodução ou como categoria de gênero.

O presente estudo procura auxiliar na análise do discurso sobre a representação que a mulher faz de sua própria saúde e da saúde dos demais componentes do grupo familiar, alicerçada em sua práxis cotidiana, aqui vista sob o

ângulo do trabalho.

Entende-se que a sociedade tradicional está calcada em um conglomerado de forças advindas de três dimensões que são a base da condição da humanidade: a cultura, a ideologia e a economia. Estes elementos traçam o perfil da mulher a partir de cinco crenças: de que nela prima a emoção e não a razão; que tem aptidão nata e exclusiva para realizar tarefas domésticas; que é obediente e submissa; que deve recolher-se ao ambiente privado e que tem atitudes (habilidades) especiais e insubstituíveis, compatíveis com os esteriótipos femininos.¹

Estas crenças estão cristalizadas socialmente e influenciam o comportamento dos indivíduos frente a questões do cotidiano da mulher, não permitindo que alguns setores avancem e promovam uma transformação.

A concepção de trabalho não está desconectada das concepções de Homem, de vida e de sociedade, uma vez que a produção do conhecimento, gerada pelo trabalho, é conseqüência da interação dialética entre o indivíduo e o meio histórico-social em que se insere.

O trabalho da mulher, nessa perspectiva, vem marcado pelas concepções de Homem e de mundo.

¹ Graziella CORVALAN. *Entre la educación y las perspectivas de trabajo: hacia una política nacional de la mujer joven en el Paraguay*, 1990.

Para Marx, a vida é atividade, é um privilégio do Homem, pois só ele é capaz de usar sua energia para transformar a natureza a seu favor e dominá-la de modo consciente e proposital. O trabalho então, altera o estado natural das coisas, com o fim de melhorar sua utilidade.

O trabalho é um processo de que participam o Homem e a natureza, processo em que o ser humano com sua própria ação, impulsiona, regula e controla seu intercâmbio material com a natureza. Defronta-se com a natureza como uma de suas forças. Põe em movimento as forças naturais do seu corpo, braços e pernas, cabeça e mãos, a fim de apropriar-se dos recursos da natureza, imprimindo-lhes forma útil à vida humana. Atuando assim sobre a natureza externa e modificando-a, ao mesmo tempo modifica a sua própria natureza.²

O Homem produz conhecimento quando cria as condições necessárias à sua existência através do trabalho, aqui compreendido como todas as formas pelas quais ele atua sobre si mesmo, sobre os outros homens e sobre a natureza, em suas relações sociais geradas em um processo de autocriação de caráter histórico e dialético.

Esta ação do Homem é concreta, material e gerada pela atividade prática, pelo trabalho, através do qual o Homem conhece a si próprio, aos outros e ao meio onde vive. A relação entre a necessidade e o objeto no qual ele encontra sua satisfação determina, ao mesmo tempo, as relações do Homem com a natureza e com os outros Homens. Relações estas que revestem a forma de interação sujeito a sujeito pela mediação do objeto.³

² Karl MARX. *O Capital. Crítica da economia política*, 1989. P.202

³ Dieter WITTICH. *Práxis. A categoria gnoseológica e sociológica de prática*, 1980.

A gradativa inserção da mulher no mercado de trabalho, neste contexto, tem significado a sua sobrecarga na junção com as atividades reconhecidas como sendo tipicamente de sua responsabilidade. Sendo o trabalho via de transformação da natureza, onde homens e mulheres retiram a satisfação de suas necessidades e ampliam seu pensar/fazer, termina por transmitir uma idéia ambígua para a mulher: é sobrecarga/opressão, e ao mesmo tempo é realização/construção.

O trabalho tem uma conotação contraditória: é negativo porque dele advém a alienação do Homem, desintegrando trabalho intelectual e manual, deformando o trabalhador, e é positivo porque é atividade vital, possibilidade de construção do Homem frente à natureza, sendo, portanto, caminho de humanização da sociedade, pela construção do Homem omnilateral.⁴

A perspectiva de negatividade deformadora do trabalho coloca em cheque a relevância da categoria trabalho em análises sócio-históricas, contestando sua defesa enquanto princípio constitutivo da existência social. Os argumentos que sustentam essa discussão passam pelas condições de vida das massas exploradas que, agregadas a valores, inteligência e vontade, estariam embrutecidas e deformadas, obedecendo não ao desenvolvimento das forças produtivas e sim ao domínio político do capital sobre o trabalhador.⁵

⁴ Mário A. MANACORDA em *O princípio educativo em Gramsci*, 1990 afirma que homem omnilateral é aquele que atingiu seu desenvolvimento total, completo, multilateral, em todos os sentidos das faculdades e das forças produtivas, das necessidades e da capacidade da sua satisfação. A omnilateralidade contrapõe-se ao reducionismo histórico do homem unilateral, o *homo economicus*. P.73

⁵ Por condições de vida entenda-se aquelas referentes ao cotidiano das pessoas, aqui incluindo a moradia, saúde, higiene, alimentação, transporte, lazer, educação, vestuário, saneamento básico, acesso aos serviços de saúde e liberdades humanas.

Na verdade, tal análise termina por encobrir a determinação central do processo, que são as relações sociais engendradas pelo próprio capital para sua manutenção e controle político, através da desqualificação, da atomização e do embrutecimento cultural, intelectual e moral dos trabalhadores.

Enquanto a existência da força de trabalho como uma mercadoria implica na separação do trabalhador dos meios de produção, o processo de trabalho reúne-os novamente.⁶

É nessa perspectiva que se vem acompanhando, ao longo do tempo, não só no trabalho da mulher, como também no trabalho do homem, sensíveis modificações ao nível da consciência, a partir dessa possibilidade de agregação dos trabalhadores no espaço do trabalho.

A divisão entre concepção e execução é própria do processo de trabalho capitalista; é poder do capital sobre o conhecimento, através do qual impõe sua doutrina e seus objetivos. Ressalte-se que isso não implica em divisão de funções mentais e físicas do corpo humano, pois é claro que todo o trabalho humano implica no envolvimento do corpo e da mente. Trabalho intelectual e trabalho manual são ângulos distintos, porém complementares das relações sociais: não é possível separar o *homo faber* do *homo sapiens*.⁷

⁶ BRIGHTON LABOUR PROCESS GROUP. *O Processo de trabalho capitalista*, 1991. P.17
⁷ Acácia Z. KUENZER. *Para estudar o trabalho como princípio educativo na universidade. Categorias teórico metodológicas*, 1992. esse assunto pode ainda ser lido em Tomás T. da SILVA. *As novas tecnologias e as relações estruturais entre educação e produção*, 1993 onde afirma que "o fato de ter havido um alargamento da base de aptidões compreendidas no processo de execução não significa (...) que se tenha ultrapassado a barreira da separação social e política entre concepção e execução, entre trabalho mental e manual." P. 22

O trabalho humano prevê atividades intelectuais e mecânicas para sua realização. Portanto, é impossível separar, como pretendem alguns, aquilo que ocorre simultaneamente no indivíduo: a um ato, sempre precede uma reflexão. O trabalho é articulação da atividade teórica e prática, intelectual e instrumental, reflexiva e ativa, numa perspectiva que, longe de ser polarização, é unidade, totalidade.

A autocriação do Homem é produto de um trabalho coletivo e tem, por isso, um caráter necessariamente social. O Homem não pode realizar seu ser isoladamente, e sim cooperando com os outros Homens. Assim, o Homem não é verdadeiramente humano, não é um ser social, senão na medida que se integra à sociedade.

A qualidade do trabalho humano diz respeito, em primeiro lugar, a uma qualificação coletiva dada pelas próprias condições de organização da produção social, da qual a qualificação individual não só é pressuposto mas também resultado, que se expressa em um maior ou menor grau de complexidade dependendo das possibilidades de potenciação dos vários tipos de trabalhos simples conhecidos pela sociedade.⁸

Para poderem fazer história, os homens devem estar aptos a viverem e, para isso, a primeira ação histórica é a criação dos meios para satisfazer necessidades básicas, produzir a vida material, cuja essência está no trabalho.

Essa perspectiva de construção da omnilateralidade não se dá pelo simples acréscimo do saber prático para o trabalho ao saber teórico sobre os fundamentos da

⁸ Lucília R.de S. MACHADO. *Mudanças tecnológicas e a educação da classe trabalhadora*, 1992.P.10

produção. O trabalho é mecanismo socializador pela capacidade de desenvolver habilidades objetivas e subjetivas que conduzam a um novo ser humano total.

Para Marx, a sociedade é um todo constituído por três esferas: a econômica, a familiar e a do Estado. A cada uma delas cabe uma relação de domínio e subordinação: do capital sobre o trabalho; dos homens sobre as mulheres e da reprodução das instituições sobre a economia e a família.

As diferentes formas de trabalho não são simples atos mecânicos, trazem saberes, histórias particulares de subjetividades e consciências, definições e escolhas, que resultam em intervenções no processo social real. Isso porque o saber do Homem é ativo e consciente, ou seja, concebe e realiza o idealizado, reconhecendo-se como responsável por ele.

Isto posto, chega-se à omnilateralidade, relação estreita entre Homem e natureza através do trabalho, de forma voluntária, consciente e universal. É o chegar histórico do Homem a uma totalidade de capacidades materiais e espirituais, da qual o trabalhador tem estado excluído em consequência da divisão social do trabalho.⁹

Na economia pré-industrial, a família e a produção constituíam uma unidade e, mesmo sendo considerada jurídica, social e politicamente inferior ao homem, a mulher participava do sistema produtivo, desempenhando relevante papel econômico.

⁹ Mário MANACORDA em *Humanismo de Marx e industrialismo de Gramsci*, 1990 afirma que a filosofia marxista tem sido alguns vezes reduzida à idéia de Homem com uma só necessidade, o *Homo Economicus*, o que pode ser considerado um equívoco de leitura das idéias deste autor. A desagregação de campos acadêmicos do saber para sua melhor análise e posterior síntese é a essência da totalidade. É o que Marx expressa como crítica da unilateralidade e a defesa da omnilateralidade. P.73.

A industrialização do século XIX incrementou a divisão sexual do trabalho estabelecendo, separadamente, a esfera do trabalho dentro da casa (não-remunerado/feminino/privado) e a do trabalho fora de casa (remunerado/masculino/público). Com o surgimento da fábrica, o lar (enquanto unidade de reprodução) e o local de trabalho (como unidade de produção) se separaram. Atribuiu-se ao homem sobretudo a tarefa de trabalhar e à mulher a de permanecer no lar. A mãe educadora foi a contrapartida do *homo faber*.¹⁰

Hoje, a sociedade pós-moderna tenta saídas que possam viabilizar a superação desse quadro. A mulher sai e executa o trabalho remunerado fora do lar. O enfrentamento dessa dupla/tripla jornada de trabalho tem sido objeto de discussões nos movimentos organizados e recoloca a mulher, enquanto trabalhadora, em um cenário novo onde ela tem direitos e deveres e onde sua luta pela sobrevivência abarca fatores individuais e sociais que são, ao mesmo tempo, complementares e contraditórios.

Isso põe em evidência a completa aceitação de que o trabalho somente é trabalho nos parâmetros do modo de produção capitalista. [...] Isso também reforça a condição de inferioridade daquelas mulheres que estão fora do mercado de trabalho por impossibilidade de ali conquistar seu lugar ou por opção pelo trabalho doméstico. Vemos então uma contínua reposição da classificação e hierarquização entre as pessoas, que contribui para esconder a importância que o trabalho doméstico tem na reprodução do trabalho dito produtivo.¹¹

¹⁰ Eva A. BLAY em *Trabalho domesticado: a mulher na indústria paulista*, 1978 diz que a divisão do trabalho em seu aspecto puramente técnico é incompleta, pois faz parte de uma mais ampla divisão social do trabalho, que tem como critério fundamental o sexo e a idade.

¹¹ Marlene N. STREY. *Trabalho de mulher: escolha ou determinação?*, 1994. P.120

Com a separação da esfera doméstica daquela da produção, a família deixa de ser a unidade básica de produção e o trabalho e o papel da mulher, até então socialmente importantes, sofre uma transformação considerável. A família é o local da reprodução biológica e social - de herdeiros e trabalhadores - e assume um caráter de unidade de consumo dos bens produzidos fora de casa. Isto implica uma desvalorização social do trabalho da mulher no lar, porque ele perde sua conexão direta com a esfera de produção.

No capitalismo, a mulher enfrenta uma dupla desvantagem social: em nível superestrutural, pela inferiorização da capacidade feminina e seu contraponto, a supremacia masculina; no plano estrutural, pela posição periférica no sistema de produção. Essa conjuntura é produto da divisão da sociedade em classes, que terminou por potencializar a inferiorização social da mulher, escamoteada pelas deficiências físicas e mentais que trazem, na sua gênese, um outro componente - a diferenciação por sexo.¹²

Essa diferenciação justifica que trabalhos semelhantes possam ser remunerados com salários diferentes, uma vez que, em geral, o salário atribuído à mulher é sempre inferior. Alguns setores ainda resistem e não empregam a mulher, principalmente nos países em desenvolvimento, colaborando efetivamente para o

¹² Heleiety SAFFIOTI em *A Mulher na sociedade de classes: mito e realidade*, 1979 ressalta que os tipos *mulher economicamente ativa* e *dona de casa* devem ser vistos como momentos da sociedade capitalista enquanto totalidade dialética. O capital atribui duas esferas de categorização à mulher: o de *mãe de família ociosa*, que não gera mais-valia, e o de *mulher economicamente ativa*, inserida no mercado de produção. Só que, contraditoriamente, a máquina, ao se entranhar no processo de produção, pela característica de exigir uma menor força física, traz a mulher (e a criança) ao mercado de trabalho. Não porque tenha havido uma mudança na forma de encarar o papel social da mulher, mas pela sua *inferioridade física e mental* que implicam em salários menores e possibilidades limitadas de reivindicações sociais.

reforço desse quadro de dificuldades na geração de empregos.

O trabalho da mulher é uma necessidade do próprio capital. A sociedade, enquanto capitalista, exige periodicamente certos trabalhos femininos, mesmo que de reduzido prestígio, pois isso assegura a sobrevivência do próprio capital. O equilíbrio da sociedade é incompatível com a generalização dos problemas sociais e, sendo as mulheres um contingente populacional de mais da metade da humanidade, são imprescindíveis ao capital, especialmente pela sua função reprodutora.¹³

A forma de inserção da mulher na sociedade de classes é produto da união de fatores de ordem natural e social. Dentre os primeiros, a procriação e a amamentação, que retiram a mulher temporariamente do mercado de trabalho. Este componente acaba por permitir uma integração esporádica e, na maioria das vezes, periférica da mulher no trabalho, visto que não é lucrativo investir em profissionais instáveis na linha de produção.

Já os fatores de ordem social incluem necessariamente os primeiros: ser mãe, gerenciadora do lar e produtora de bens de consumo faz com que a mulher tenha mais motivos para se ausentar de seu trabalho, na maioria das vezes por situações alheias a ela.

A ideologia da participação da mulher na sociedade, ora como mãe e dona de casa, ora como trabalhadora, deve ser vista numa perspectiva de relações de gênero, socialmente construídas no contexto de sociedades patriarcais, a partir de

¹³ Heleith SAFFIOTTI. *A Mulher na sociedade de classes: mito e realidade*, 1979

outros atributos nos quais se agregam as subordinações sociais de classe, raça e idade. Assim, a formação social da mulher precisa ser compreendida a partir da constituição da unidade entre gênero e classe e mais, de um indivíduo inserido no social, em sua totalidade.

A despolitização do cotidiano, a fragmentação dos cuidados e preocupações com a saúde, levam a uma miopia política, a uma utilização dominadora e reducionista de práticas que podem, seguramente, ser responsáveis exatamente por atitudes de libertação. A contradição no que diz respeito a uma igualdade de *status* jurídico, em contraposição à desigualdade gerada pela divisão da sociedade em classes sociais, é a base da discussão do privilegiamento de fato e de direito do homem sobre a mulher.

Para Marx, o objeto de estudo privilegiado era a dimensão econômica da história humana, as mudanças nos modos, nos meios e nas relações de produção. Com isso, sustentava que a divisão sexual do trabalho foi a original e natural divisão do trabalho baseada nos fundamentos fisiológicos (sexo e idade), que foi substituída, no decorrer da história, pelos fundamentos econômicos. Para ele, a divisão sexual do trabalho, no Modo de Produção Capitalista, implicou em uma análise das funções e das conseqüências econômicas do trabalho feminino remunerado sobre o aumento do grau de exploração do homem pelo Homem (enquanto ser humano) em geral, e da mulher pelo homem, em particular. Frente ao capital, todos os seres humanos (sem distinção de sexo ou idade) são iguais: todos são explorados! ¹⁴

¹⁴ Karl MARX. *O Capital. Crítica da economia política*, 1989.

Dos fundamentos fisiológicos dessa diferença, aos fundamentos econômicos, caminhou-se muito, mas os entraves não mudaram substancialmente, pelo contrário, se fazem presentes e trazem as mesmas consequências sociais, provocando dificuldades que se colocam como fatores dificultadores de mudanças consistentes no modo de pensar e agir frente ao trabalho da mulher.

A subordinação da mulher é um atributo social, historicamente vinculada à reprodução da espécie e que determina uma diferença hierárquica entre homem e mulher. Ela antecede a divisão da sociedade em classes, mesmo que se considere que o capitalismo aprofundou tal subordinação. De qualquer forma, a opressão feminina fundamenta-se na dialética histórica de fatores econômicos e sociais, e não em sua biologia.¹⁵

Essa constatação nos leva a pensar que demandará muito tempo ainda, para que se possa ter uma política econômica competente ao lado de uma estrutura social mais justa.

Engels estabeleceu uma precedência histórica no sistema de parentesco, em que homem e mulher dividiam tarefas sem que existissem antagonismos entre eles. Esse quadro se modifica, segundo ele, com o aumento da produtividade masculina, que permitiu a criação de um excedente apropriado como riqueza, terminando por estabelecer a subordinação da mulher. Dessa forma, ficava assim estabelecida a conexão entre propriedade privada e sujeição da mulher, na qual se reconhece que,

¹⁵ Evanguelia K.A.SANTOS. *A mulher como foco central na prática do aleitamento materno: uma experiência assistencial fundamentada na Teoria do Auto-cuidado de OREM*, 1991.

mesmo não tendo o capitalismo criado o patriarcalismo, o utiliza e reforça, fazendo-o parte de sua própria dinâmica.¹⁶

Nessa perspectiva, é o modo de produção e a divisão social do trabalho que se estabelece entre os sexos que vai influir sobre as posições sociais ocupadas pelo homem e pela mulher. As habilidades não são específicas de nenhum deles, mas circunstancialmente acabam sendo desempenhadas por homens e mulheres. Para Engels, o trabalho doméstico se insere na produção social: a unidade de produção doméstica utiliza o trabalho feminino para reproduzir a própria força de trabalho, a nova geração de trabalhadores e a criação de condições de habilidade doméstica - alimentação, limpeza etc. Não é o processo de produção que, de maneira imediata, determina os papéis sexuais. Estes são mediatizados pela forma da família própria a cada modo de produção, uma vez que esta se constitui no aparelho de reprodução social da sociedade.

Dessa forma, para entender a origem e o significado da situação da mulher em um momento histórico dado, é preciso entender o processo de organização social e o processo de produção no qual ela está inserida.

É da relação patriarcal que o homem emerge como principal fonte do 'ganha-pão' familiar e a mulher como uma trabalhadora complementar, sendo que a

¹⁶ Friedrich ENGELS em *A origem da família, da propriedade privada e do Estado*, 1985, diz que patriarcalismo são as relações sociais de reprodução organizadas na família e que designam à mulher o trabalho reprodutivo. A reprodução não contém apenas o elemento biológico (...) mas supõe a reprodução em bases geracionais (regulamentação da sexualidade, controle da fertilidade e cuidado com a criança). A família, assim, não reproduz apenas relações sociais de produção, mas também relações de reprodução; não apenas numa sociedade dividida em classes, mas também numa sociedade dividida em gêneros. P.72

família é seu principal e natural campo de atividade. A mulher é uma agente reprodutora que, em torno do trabalho reprodutivo, gerando novas crianças e mantendo-as vivas, e em volta do trabalho doméstico, realiza a identidade que lhe foi imposta. Mesmo o capitalismo que a assalaria não permite que esta identidade se perca, pois ela é duplamente útil, seja como trabalhadora, seja como mãe/esposa, pelo seu trabalho na reprodução e na criação de valores de troca. Mas esta sujeição da mulher não é produto do capitalismo; com ele, ela apenas se tornou mais devastadora.

O materialismo histórico e dialético vê a subordinação feminina na sociedade sob o ângulo da opressão no mercado de trabalho assalariado. Engels concedeu à opressão feminina um *status* de problema analítico, tentando relacioná-la à organização familiar e à divisão sexual do trabalho. Seu mérito está em descaracterizar o contexto natural e biológico e assumir a materialização do domínio da história, possibilitando sua superação pela ação política. Porém, a crítica que pode ser feita a este autor refere-se ao fato de que, ao transformar a mulher em trabalhadora assalariada, retira o componente de opressão familiar, fundamental em uma análise mais totalizante do patriarcalismo.

Nessa ótica, destaca-se a conjugação do capitalismo com o patriarcalismo na determinação do papel da mulher, para a qual a responsabilidade social, oculta no trabalho doméstico, distancia a mulher do mundo social e político. Brito enfatiza que, nas sociedades patriarcais, o masculino e o feminino são tidos como superior e inferior, sendo o homem o produtor de renda e a mulher funcionando como trabalhadora complementar, que tem na reprodução da família seu principal campo de atividades,

partindo daí a construção de sua identidade.¹⁷

O trabalho doméstico é muitas vezes encarado como um dos fatores que contribuem para a opressão econômica da mulher, uma vez que a afasta da produção social. Porém, a partir de um primeiro momento, quando era analisada a opressão econômica das mulheres em uma posição desvantajosa, em que a família era o elemento superestrutural, reificou-se o seguinte: o trabalho também se desenvolve dentro da família, sendo a forma mais significativa de divisão sexual do trabalho. O trabalho doméstico, dentro da família (realizado especialmente por mulheres), e o trabalho assalariado pelo capital (realizado predominantemente pelos homens), caracterizam uma certa divisão social do trabalho.¹⁸ Dessa forma, o trabalho doméstico inclui atividades maternas, ligadas à sobrevivência e também à manutenção e reprodução ideológica do social.

A relação entre mulher e trabalho não é singular, uma vez que o trabalho difere de uma classe social para outra. Enquanto membros de diferentes classes sociais, as mulheres mantêm uma diferente relação com o trabalho.

Para a mulher/mãe há uma evidente separação: enquanto mulher, assume as lutas do cotidiano; enquanto mãe, resigna-se a deslocar o objeto de sua atenção para o(s) filho(s) e suas necessidades de sobrevivência. Nesse contexto, inclui sua vivência diária, sua intuição e sua interação com outros componentes de seu ambiente

¹⁷ Jussara C. BRITO e Vanda D'ACRI. *Referencial de análise para o estudo da relação trabalho, mulher e saúde*, 1991

¹⁸ Tom BOTTOMORE(ed). *Dicionário do pensamento marxista*, 1988. Este assunto pode ainda ser encontrado em Jackes DONZELOT. *A polícia das famílias*, 1980.

social, retirando daí seu saber, o que lhe encaminha para seu peculiar fazer.

O trabalho da mulher implica na análise de alguns componentes:

- ◆ O *desgaste físico* que é produto de uma relação desigual entre o consumo de alimentos e o gasto de energia para produzir trabalho. A relativização da importância quantitativa do trabalho assalariado é maior quando se evita confundir o trabalho em seu conjunto com o trabalho remunerado. O trabalho doméstico representa um número de horas visivelmente superior ao que supõe o trabalho remunerado, porque não só uma grande parte das necessidades da população é diretamente satisfeita pelos meios criados pelo espaço intra-familiar, como uma parte dos bens adquiridos, fora desta esfera, necessita de uma reelaboração final para consumo ou uso.

- ◆ O *afastamento do lar*, que implica em uma culpabilidade pelo descuido com os filhos, uma vez que cabe à mulher a maior parcela da atenção devida à educação e à socialização da prole e, mais ainda, à prevenção e à cura de doenças, integrando a família ao serviço de saúde e seus profissionais, de forma a assumir o papel de agente de saúde da família.

- ◆ A *desalienação*, que é decorrente da interação social, da disseminação de valores e do intercâmbio de culturas da mulher socializada na esfera do público que, inserida em relações de interação com outras pessoas, em uma abertura para o novo, encontra formas específicas de se colocar frente às questões do cotidiano. Contrapõe-se, assim, à alienação descrita por Marx com relação ao próprio processo do trabalho, que

caracteriza uma falta de poder do trabalhador em determinar procedimentos e objetivos para seu próprio trabalho, de perda do controle sobre a própria atividade durante o tempo do trabalho.¹⁹

- *A diferenciação de gênero (masculino e feminino)*, cujos componentes são históricos, políticos e sociais. Do ponto de vista do gênero, há uma contraposição entre feminilidade e eficiência no trabalho, numa oposição entre masculino e feminino; intelectual e sensível, do produtivo e da alma. É uma posição que nada tem de biológica, pois é forjada pela cultura e perpetuada pela educação.

Baccarin sustenta que o trabalho feminino encerra condições de: desvalorização, atingindo o trabalho intra e extradomiciliar; de exploração, pela não-remuneração de tarefas tradicionais, pela múltipla jornada de trabalho e pelos salários inferiores, mesmo em funções iguais às masculinas, e de alienação, pelo conflito entre dois papéis profissionais que lhe são atribuídos, retirados e oferecidos independente de sua vontade, atuando ora como valor de troca, mercadoria, ora como valor de uso.²⁰

A exploração da mulher vai além da exploração de classe, cabendo a ela os domínios de um trabalho considerado inferior pela sociedade (apesar de, paradoxalmente, ser glorificado). Esse trabalho não só é desvalorizado conceitualmente

¹⁹ Tom BOTTOMORE (ed) no *Dicionário do pensamento marxista*, 1988 cita Marx e sua posição a respeito da alienação do trabalho, uma vez que este é externo ao trabalhador, já que em seu trabalho este não se afirma, mas se nega, daí resultando que o homem (trabalhador) apenas se sente livre em suas funções animais, no comer, beber, procriar, e quando muito no que se refere à habitação e à vestimenta e, em troca de suas funções humanas, sente-se como animal. O que é animal torna-se humano e o que é humano torna-se animal. P.8

²⁰ Maria I. BACCARIN. *Trabalho feminino e auto-estima: algumas considerações*, 1984.

(através de idéias, preconceitos), mas concretamente no dia-a-dia, através da pequena ou inexistente remuneração.

O trabalho doméstico, portanto, se configura em uma atividade desprovida de valor, na medida que não se vincula diretamente à produção e não é remunerado mediante salário. Como tal, deixa de ser considerado um trabalho, pois, falsamente, só as atividades remuneradas são tidas como trabalho. Mas, ao manipular o salário, transformá-lo em alimento, habitação, higiene, enfim, ao empregar um serviço que transforma a moeda nas formas necessárias de subsistência, a mulher aplica ao salário um trabalho que vem se somar ao valor real do mesmo. Sem esse trabalho, o salário seria ainda menos suficiente para a subsistência do trabalhador e de seu grupo familiar.²¹

Nessa perspectiva, a produção doméstica/trabalho doméstico terminou encoberta pela qualificação (ou desqualificação) de não trabalho, ou seja, o processo ideológico de tornar invisível o trabalho exercido pela mulher no interior da unidade familiar, produto da divisão social do trabalho, levou ao estigma do trabalho doméstico em nossa sociedade.

As funções desempenhadas pela mulher no interior da família - da maternidade à produção de bens e serviços - conferem universalidade à situação vivida pelo sexo feminino em diferentes sociedades do mundo industrial, pois no momento

²¹ BRIGHTON LABOUR PROCESS GROUP. *O processo de trabalho capitalista*, 1991. O processo de trabalho no interior de uma formação social capitalista inclui algumas formas de trabalho que não estão diretamente sob o domínio da lei de valor, uma vez que se dão em modos de produção subordinados, no interior de funções sociais periféricas. São, contudo, de importância central para o capital, salientando-se aqui o trabalho doméstico.

em que se rompe a unidade entre família e produção processa-se o divórcio entre o público e o privado. Mais ainda, redefine-se objetiva e subjetivamente, tanto em nível de leis econômicas quanto de representação social, a própria questão do trabalho.²²

A historiografia social tem salientado que processos históricos complexos, tais como o capitalismo, a industrialização e a urbanização, mesmo abrangendo a sociedade como um todo, não atingem da mesma forma os indivíduos que a compõem. A atribuição de papéis para o homem e para a mulher, na divisão do trabalho, tem origem na estruturação da sociedade. As diferenças entre atividades do homem e da mulher são secundárias e não primárias, são adquiridas e não inatas.

Para Saffiotti, a compreensão da análise da mulher passa por dois conceitos: o de exército de reserva, que procura dar conta de uma situação na qual a força de trabalho feminina tem sido utilizada especialmente em atividades marginais, no setor pré-capitalista (salários mais baixos, funções desqualificadas e postos de hierarquia inferior) e o da mística feminina, que se refere à forma como socialmente foi construído o gênero feminino: sua adaptabilidade ao mundo privado do lar e sua docilidade quando eventualmente a mulher se incorpora ao mercado de trabalho formal.²³

Para esta autora, a mulher é o exército industrial de reserva do sistema capitalista, na medida que assume as tarefas domésticas e as funções de educadora e de esposa. É a dupla função ideológica de reserva e de reprodução da força de trabalho da forma mais econômica para o capital. Pena, no entanto, contesta essa afirmação, uma vez

²² Maria Q. de MORAES. *Família e feminismo*, 1981.

²³ Heleith SAFFIOTTI. *A mulher na sociedade de classes: mito e realidade*, 1979.

que esse modelo, a seu ver, expressa uma omissão da percepção do trabalho doméstico como atividade instrumental da mulher, ao mesmo tempo que não oferece subsídios capazes de analisar sua condição como trabalhadora assalariada, limitando-se a reconhecer uma situação de conflito entre dois papéis ²⁴.

Considerar a família como um bolsão pré-capitalista, em que os serviços inerentes a tal grupo são realizados pelas mulheres e visam à produção diária da força de trabalho do trabalhador e sua reprodução, possivelmente seja uma forma equivocada de analisar tal questão. A mulher, enquanto trabalhadora do lar, produz uma mercadoria imprescindível ao funcionamento do capital e, por isso mesmo, não pode ser considerada como pré-capitalista, e sim parte inerente da própria produção e reprodução desse sistema!

O fato é que, quando a demanda de mão-de-obra aumenta, a pressão por melhores salários pode ser diminuída incorporando mulheres na produção, uma vez que são trabalhadores mais dóceis e baratos do que os homens. Quando a demanda decresce, as mulheres podem ser devolvidas ao lar sem criar um grave problema de desemprego. Em tempos de recessão, quando a oferta de empregos é baixa e a mão de obra masculina fica desempregada, novamente é a mão de obra feminina que, em atividades não-formais (como lavadeira, doméstica, passadeira etc) vai dar conta do orçamento familiar.

²⁴ Maria V.J.PENA. *Mulheres e trabalhadoras. Presença feminina na constituição do sistema fabril*, 1981.

Pela ótica do materialismo histórico, essa desvalorização do trabalho doméstico surge com o capital, pois perdeu sua importância ao ser comparado com o trabalho produtivo do homem. Afinal, como o fim imediato da produção capitalista é a mais-valia, só é produtivo aquele trabalho que a produz. O trabalho doméstico, enquanto valor de uso, a título de serviço, não é produtivo assim como o trabalhador que o executa também não o é. Ainda, o trabalho doméstico implica em funções educativas e de esposa, de caráter ideológico no cumprimento de duas funções: a manutenção do exército industrial de reserva e a reprodução da força de trabalho de forma econômica para o capital.

O trabalho doméstico seria então um trabalho invisível e, como tal, capaz de isolar e deprimir, pois carece de estímulos, de prestígio e de remuneração econômica direta, e com isso, diminui a auto-estima de quem o exerce. Distingue-se dos demais tipos de trabalho de uma sociedade por ser autodefinido, autocontrolado e por ser privado, confundindo-se com o papel da mulher na família. A casa é o lugar do trabalho: suas fronteiras são as fronteiras da família. Embora seja parte do capitalismo, seu desempenho ocorre fora das relações capitalistas de produção, é produzido para satisfazer as necessidades diretas de quem o produz e de sua família e é exatamente, neste sentido, que o trabalho doméstico é produção privada. Também é privado porque não existe divisão do trabalho em seu desempenho.

A mulher participa de três tipos de trabalho economicamente produtivos: a produção de bens e serviços para o consumo familiar, a produção doméstica de bens para venda/troca e o trabalho extradomiciliar assalariado.

A mulher tem de fato uma inserção de forma diferente no mercado de trabalho, produto de fatores já discutidos anteriormente. Porém, dois elementos devem ser considerados: de um lado por sua inserção esporádica no mercado de trabalho que ocorre não por sua docilidade (que traz uma perigosa conotação de indivíduo fraco e sem posição política definida), mas pela capacidade de diversificar e fazer várias coisas ao mesmo tempo. De outro lado, em inúmeros casos, a sua assunção como chefe da família, não tendo nenhum homem com quem dividir as despesas do orçamento doméstico, o que implica em ser obrigada a se submeter a qualquer tipo de emprego, geralmente do mercado informal, por uma questão de subsistência do grupo familiar.

Em todos os momentos históricos podemos observar, nas diversas formas de organização social, que o modo de produção dessas sociedades, principalmente as capitalistas, ao longo do tempo, vêm mostrando desdobramentos que levam a contextos cada vez mais perversos para o ser humano e, em particular, para a mulher.

O caráter particular do predomínio do homem sobre a mulher na família moderna, assim como a necessidade e o modo de estabelecer uma igualdade social efetiva entre ambos, não se manifestarão com toda a nitidez senão quando homem e mulher tiverem, por lei, direitos absolutamente iguais. Então é que se há de ver que a libertação da mulher exige, como primeira condição, a reincorporação de todo o sexo feminino à indústria social, o que, por sua vez, requer a supressão da família individual enquanto unidade econômica da sociedade.²⁵

As relações sociais que os homens criam a partir da organização de sua produção material constituem a base de toda a organização social. Esta, por sua vez,

²⁵ Friedrich ENGELS. *A origem da família, da propriedade privada e do Estado*, 1985. P.81

determina as demais atividades sociais. Essa ilusão conduz os indivíduos à crença de que só ascendem na escala social os mais capazes, mais esforçados e mais inteligentes. O que encobre o fato de que a divisão da sociedade em classes é consequência do processo social de produção, ou seja, da forma como são distribuídos os produtos do trabalho. A alienação no trabalho, característica do Modo de Produção Capitalista, atinge indivíduos de qualquer classe social, trabalhem eles com as mãos ou com o cérebro, uma vez que a distribuição destes indivíduos nas diferentes classes sociais é decorrência das relações de produção.²⁶

A mulher não rompe a dicotomia trabalho doméstico/trabalho produtivo extradomiciliar e sim procura equilibrar-se entre as demandas que podem ir desde a complementaridade até a contradição/oposição entre o domínio do privado (a esfera doméstica, improdutiva) e do público (a esfera do trabalho produtivo, que gera mais-valia). Com isso, termina por ter uma sobrecarga de atribuições entre as quais nenhuma lhe basta para a sua auto-realização.²⁷

Assim, privilegiar o *locus* das relações de produção capitalista é fundamental como ponto de partida para o entendimento do processo de transformação global da sociedade. E mais, é também essencial resgatar o trabalho doméstico como a primeira e fundamental experiência de trabalho das crianças das classes subalternas. **Ao aprenderem as tarefas domésticas, as crianças entendem o que estão fazendo, por que estão fazendo, como devem fazer e**

²⁶ Maria I. BACCARIN. *Trabalho feminino e auto-estima: algumas considerações*, 1984.

²⁷ Helena LEWIN, em *Educação e força de trabalho feminina no Brasil*, 1980, diz que a opressão feminina na atualidade está ligada não só à exclusão da mulher na esfera pública, mas também à sua subordinação dentro da esfera do privado.

a que se destina tal tarefa. ²⁸

Com isto, supera-se a visão do trabalho doméstico como alienante e não-qualificado. Muito pelo contrário, é inteiro, une saber e fazer, permitindo uma diversidade de funções, o que lhe confere um sentido de totalidade. A atividade doméstica é um trabalho produtivo, que assegura a manutenção dos membros da família em suas atividades cotidianas de trabalho formal/informal, produzindo riqueza social, na qual rotineiramente executam-se atividades tão diversas quanto a produção de alimentos, a educação dos filhos, a manutenção da higiene, o gerenciamento da economia, da saúde e da nutrição, num *locus* onde se incluem o não-salário e a negativa de valor, de poder e de socialização.

Makarenko fala em trabalho como atividade humana edificadora das relações sociais de produção, mola propulsora da construção da sociedade. Nessa perspectiva, o trabalho é manual e intelectual, e seu objetivo é a construção política da sociedade. É a práxis vivida coletivamente.²⁹

Gramsci avança nessa idéia propondo a exclusão da dicotomia entre teoria e prática e, com isto, fazendo emergir uma outra forma de participação do trabalho na sociedade, situando-o politicamente numa perspectiva de afastamento da abstração e aproximação da construção do cidadão.³⁰ Na execução de seu trabalho, o Homem produz conhecimento, que por sua vez vai propiciar transformações no meio em que

²⁸ Nara M.G.BERNARDES. *Crianças oprimidas: autonomia e submissão*, 1989 APUD Fúlvia ROSEMBERG, Edith P. PIZA e Thereza MONTENEGRO. *Mulher e Educação Formal no Brasil: estado da arte e bibliografia*, 1990. P.67

²⁹ Anton S. MAKARENKO. *Conferências sobre educação infantil*, 1981.

³⁰ Antonio GRAMSCI. *Concepção dialética da história*, 1991.

está inserido. É pela prática que se obtém a verdade e se forma o Homem.³¹

O trabalho humano concretiza-se em realizações materiais e espirituais, sendo fundamento da produção cultural e, portanto, da própria sociedade. Estes produtos resultam da práxis humana dos indivíduos que, isolada ou coletivamente, produzem e reproduzem seu mundo.

Se do ponto de vista filosófico delinea-se a mulher e sua interação com o trabalho, a essência de seu contexto é a práxis, forma pela qual acreditamos que se proporciona sua libertação, a compreensão do seu papel no mundo e sua postura frente ao cotidiano permeado de um duplo papel: a vida privada (no lar) e a pública (no mercado de produção). É um retorno ao pensar/fazer da mulher, com ênfase na sua subjetividade e na estreita e indissolúvel ligação entre estes papéis.

A teoria e a prática encontram-se em indissolúvel unidade, não existindo uma sem a outra. A base desta interação é a prática sócio-produtora do desenvolvimento da consciência, e assim capaz de uma apreensão teórica da realidade.³²

Na prática são aplicados conhecimentos adquiridos, demonstrando-se, assim, o grau de concordância destes com a realidade objetiva, ou seja, o seu conteúdo de verdade. A práxis é, portanto, a forma mais segura de se chegar à verdade.

³¹ B.I.SIUSSIUKALOV; M.M. SIDOROV et alii. em *Fundamentos metodológicos e métodos de estudo da filosofia*, 1986 escrevem que o homem, enquanto ser pensante, tem três atividades básicas - a práxis, a theoria e a poiesis - ou seja, na produção do seu saber pode recorrer a três tipos essenciais de conhecimento: o teórico, o prático e o produtivo.

³² M.M. ROZENTAL e P.F. IUDINE em *Teoria e Prática*, 1980 afirmam ser a prática a atividade revolucionária, transformadora das classes e de todas as outras formas de atividade social que conduzem à modificação do mundo. P.11

A história se constrói a partir de relações concretas que se estabelecem no meio social. Se isolar o Homem de seu contexto social e cultural, torna-se impossível compreendê-lo, mesmo sob um único aspecto das suas determinações naturais, pois estas são o resultado de uma evolução sobre a qual o fator social também exerce sua ação.

A práxis é o resultado do momento laboral e também do momento existencial do Homem - é trabalho e experiência. É a possibilidade de o Homem ser, ao mesmo tempo, sujeito e objeto de seu conhecimento, uma vez que cada indivíduo é um ser social, parte integrante da natureza - que é a base real de todas as suas atividades. A relação entre sociedade e natureza é recíproca e se desenvolve historicamente através do trabalho humano, que, ao mesmo tempo que cria, transforma as relações sociais entre os seres humanos.

Entendendo-se por sujeito a humanidade socialmente organizada e por objeto o setor da realidade objetiva sobre o qual o sujeito atua de modo a transformá-lo, então a prática é a transformação material do objeto pelo sujeito. Buscando sustentação em Libâneo, conceitua-se práxis como

... atividade material do Homem que transforma o mundo natural e social para fazer dele um mundo humano. Nesta acepção, pouco importa que se altere o termo *práxis* por *prática*: *práxis* não é a mesma coisa que atividade, melhor é dizer que a *práxis* é uma forma de atividade específica, distinta de outras atividades que podem estar intimamente vinculadas a ela. Todavia, nem toda a atividade é *práxis*, embora toda a *práxis* seja atividade.³³

³³ José C. LIBÂNEO. *Fundamentos teóricos e práticos do trabalho docente. Estudo introdutório sobre pedagogia e didática*, 1990. P. 112

A concepção aqui apresentada passa pelo fato de que não basta ler o cotidiano para compreendê-lo. Além do como, deve-se conhecer o porquê, as causas. O produto dessa interação é a conscientização, a construção de um saber calcado na prática, no exercício do fazer; é o reconhecimento de que a vida individual não será objetiva enquanto não for compreendida como uma manifestação real do conjunto social.

Que faces são essas que multiplicam o fato de ser mãe? É necessário pensar na maternidade como um dado não só biológico mas também sociológico e antropológico para se compreender os múltiplos aspectos em que implica o fato de ser mãe. A face mais evidente da maternidade é a responsabilidade feminina na reprodução humana, desde a geração de corpos (na gestação, no parto, na amamentação e na continuidade da vida da criança) até o controle da concepção. Outra, decorrente dessa, refere-se aos aspectos políticos e econômicos que envolvem a reprodução humana, e como eles podem marcar, ideologicamente, as concepções sociais a respeito da maternidade.

Para estudar a mãe e suas atitudes e compreender suas razões, não basta se ater às estatísticas. A mãe é um personagem tridimensional, porque é concebida em relação ao homem e ao filho. É impossível, portanto, mencionar um dos membros da microssociedade familiar sem falar dos outros dois. Badinter ressalta que a relação triangular não é apenas um fato psicológico, é também uma realidade social,³⁴ e o trabalho, enquanto constitutivo dessa realidade, deve contemplar:

³⁴Elizabeth BADINTER. *Um amor conquistado: o mito do amor materno*, 1989.

1. a compreensão das relações sociais que dado trabalho gera, em articulação com as relações sociais mais amplas, através de conteúdos históricos, críticos, não tomados em si mas à luz do trabalho em questão;
2. a aquisição dos princípios científicos subjacentes a cada forma tecnológica específica do processo de trabalho em discussão;
3. a discussão das formas de participação na vida social e política, a partir da participação no processo produtivo.

O ambiente dos seres humanos é, antes de tudo, um produto social que, ademais, se apresenta sob modalidades distintas - homogêneas no interior e heterogêneas no exterior - a um e outro grupo. Decorre daí que os *modos de andar a vida* sejam característicos das coletividades e não dos indivíduos, ou seja, o significativo não é opor o indivíduo isoladamente ao grupo, mas destacar que, enquanto inserção, encarna um nexó biopsíquico historicamente específico.

Isto encaminha para que se tenha clareza de que a análise da opressão da mulher passa, necessariamente pela compreensão da conexão estrita entre a forma de organização do processo de trabalho e as relações sociais de reprodução organizadas na família.

A mulher planta, produz, processa e cozinha os alimentos; além disso, dá à luz, alimenta e cuida dos filhos. Cuida ainda dos demais membros da família. Com isso,

efetua uma contribuição imprescindível à economia nacional, local e doméstica. Tudo associado a muitas formas de discriminação: a criança do sexo feminino sai da escola antes, a taxa de mortalidade de crianças menores de 5 anos é maior para meninas e a proporção de mulheres desnutridas também é maior.³⁵

Essa característica de procriação é historicamente determinante da inserção da mulher como reprodutora biológica da força de trabalho, ao mesmo tempo que, por si mesma, é força de trabalho.

O fato de procriar torna as mulheres, sob determinadas condições sociais, extremamente vulneráveis: a mulher não é considerada superior porque reproduz a vida. Pelo contrário, torna-se inferior porque, nessas condições sociais, a reprodução da vida é uma desvantagem para o controle do processo social de produção e dominação.

Na verdade, a mulher, enquanto gênero, é uma construção social, uma vez que eventos biológicos tipo maternidade, fragilidade e interioridade são processados socialmente, através do reforçamento dos estereótipos tradicionais que enfatizam os fatores biológicos.³⁶

Encontra-se quase que unanimidade em relação a alguns conceitos e uma forte predisposição a não reversão dessa postura pela sociedade.

³⁵ ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Maternidad sin riesgo*, s.n.t.(mimeo)

³⁶ Karen M. GILFIN. *Nosso corpo nos pertence: a dialética do biológico e do social*, 1991.

A divisão social do trabalho existe em todos os tipos de sociedade. Os diferentes meios de produção - produtos de diferentes interações e da cultura de cada comunidade - dão impulso a essa divisão do trabalho. É a filosofia da práxis defendida por Gramsci, em que os indivíduos podem se tornar protagonistas da história na medida que venham a adquirir conhecimentos especializados, e com estes desenvolvam a possibilidade de uma visão de mundo crítica e coerente.³⁷

Dessa forma, exercer funções públicas ou privadas passa pelo necessário engajamento crítico da mulher. Sua dimensão, enquanto ser produtivo, será tanto mais ampliada na medida que tiver acesso a formas de desalienação. E aqui deve-se considerar como essencial a sua relação consigo mesma, com os outros indivíduos e com a natureza, através do trabalho - dentro e fora do lar.

O trabalho e a prática social integrados geram educação, a partir de experiências sociais históricas, refletindo o modo como vêm sendo construídos socialmente o pensar e o fazer em nossa sociedade.

Os animais só podem utilizar a natureza e modificá-la apenas porque nela estão presentes. Já o Homem modifica a natureza e a obriga a servi-lo, ou melhor: domina-a. Analisando mais profundamente, não há dúvida de que a diferença fundamental entre os homens e os animais está na força de trabalho.³⁸

³⁷ Tom BOTTOMORE (Ed.) *Dicionário do pensamento marxista*, 1988.

³⁸ Friedrich ENGELS. *O papel do trabalho na transformação do macaco em Homem*, 1990. P.33

Nessa perspectiva de análise, o trabalho, muito além de forma de produção, tem uma construção cultural na qual diferentes espaços e instituições têm lugar: o *lar*, o *bar*, a *praça*, a *rua*, a *cidade*, a *escola*, as *prisões*, os *orfanatos*.³⁹

O modo de produção pressupõe a necessidade de reproduzir as relações sociais e isso implica na reprodução dos homens enquanto seres biológicos e sociais. Assim, produção e reprodução constituem processos conjuntos e complementares simultâneos, a partir dos quais se delinea a dinâmica da forma pela qual se estruturam e se preservam, concretamente, as relações dos homens entre si e deles com a natureza, numa dada formação social ao longo da história.⁴⁰

A reprodução pressupõe a manutenção do trabalhador com vistas à renovação diária de suas forças, o que implica no atendimento de suas demandas materiais de alimentação, vestuário, moradia e saúde, entre outras. Esse processo se organiza no âmbito interno das relações domésticas, envolvendo a família, a qualificação da mão-de-obra e o cuidado com as crianças.

O social, antes subsidiário aos fenômenos biológicos, passa a constituir o filtro através do qual se apresentam os fenômenos biológicos, justificando, assim, a dimensão social da ocorrência de doenças. Através do trabalho, ao entrar em contato com a natureza o Homem se transforma, ao mesmo tempo que a transforma, determinando sua relação com esse processo. Assim, o processo saúde-doença é determinado pelo modo como os Homens, dependendo das condições de

³⁹ Miguel ARROYO. *Reverendo os vínculos entre trabalho e educação: elementos materiais da formação humana*, 1991.

⁴⁰ Paulete GOLDENBERG. *Repensando a desnutrição como questão social*, 1988.

relacionamento entre si, apropriam-se da natureza num dado momento histórico.

Ao estudar-se o trabalho, geralmente faz-se a leitura deste enquanto atividade assalariada. Quando se pensa em reivindicações sociais, logo são lembradas as questões salariais. Com isso, são retiradas desse processo as lutas pela reprodução do trabalho e pela qualidade material de vida, limitando-se a família ao âmbito pessoal e afetivo, e não ao público e político do trabalho.

A mulher não está isolada dos mundos do trabalho e dos seus processos de reprodução. Ela, assim como o homem, faz parte de um contexto - a família - em que as relações sociais no âmbito do público e do privado são determinantes de sua condição. O mundo do trabalho condiciona toda a organização interna da família, que se vê obrigada a reestruturar seu cotidiano, no qual incluem-se a higiene do lar, ida ao médico, o horário das refeições, a divisão das tarefas domésticas, o horário de sono e de lazer.

Na verdade, a mulher, no seu cotidiano dentro e fora do lar, busca seus direitos de cidadã, até mesmo na luta pela melhoria dos meios de consumo coletivos. Nesse contexto, sua luta por melhores condições de saúde implica em uma melhoria global da vida.

Assim, é o trabalho enquanto princípio educativo, numa união entre trabalho manual e intelectual, como atividade básica do modo humano da existência, o elemento formador e definidor da unidade entre teoria e prática no processo de

conhecimento. É o trabalho presente em todos os espaços sociais e em todos os momentos da vida.

CAPÍTULO III

BUSCANDO O NEXO DIALÉTICO DA SAÚDE

"Não deves acreditar nas respostas. As respostas são muitas e a tua pergunta é única e insubstituível."

Mário Quintana

A saúde do brasileiro vai mal. Uma análise histórica das últimas décadas mostra que a deterioração da saúde que vem se fazendo presente é produto de uma conjunção de fatores filosóficos, ideológicos, políticos e sociais com elementos econômicos de corte conjuntural.

Esse quadro se delinea a partir das características do Estado brasileiro - privatizado, subordinado aos interesses do capital, agigantado e, conseqüentemente, frágil financeiramente - e da adoção do projeto político aqui instituído. Esta conformação termina por produzir um eixo de não inclusão da educação, saúde,

saneamento básico, habitação, posse da terra e transporte urbano no contexto das políticas em curso no país.

Esse projeto prevê a privatização indiscriminada das atividades econômicas, o que se consubstancia em uma reforma fiscal desastrosa, cuja conseqüência é a penalização dos assalariados e o resultado é a exclusão social de grande parte da população do mercado de trabalho, tendo como reflexos imediatos o desemprego e a miséria.

O impacto desta contenção incide de maneira diferenciada sobre a área social, com maior prejuízo para a educação, a saúde e a previdência. Enquanto países desenvolvidos gastam cerca de 12% do Produto Nacional Bruto com saúde, nos países em desenvolvimento gasta-se em média 4%. Para o Brasil, o gasto no ano de 1991 foi de 2.66% do Produto Interno Bruto.¹

Essa conjuntura pode ser recortada nos anos 70, com o milagre econômico, e sua repercussão nos anos 80 e 90 se caracteriza pelo agigantamento da dívida externa, o enriquecimento de alguns setores, especialmente a iniciativa privada e os bancos, o achatamento salarial e a conseqüente falência do Estado, o que termina por dificultar o financiamento de políticas sociais, mesmo que compensatórias.

É nesse contexto que tanto a prática em saúde como seus marcos teóricos vêm sendo delineados historicamente, tendo como divisor de águas, na concepção

¹ Para maiores detalhes, consultar André C. MÉDICI e Rosa M. MARQUES. *Financiamento e desempenho das Políticas Sociais 1980-1991*, 1994. Ver ainda Sônia FLEURY. *Política de Salud en una sociedad de mercado*, 1994.

teórica de saúde, a década de 1970 com a Conferência de Cuenca (1972) e a de Alma Ata (1978).²

O paradigma até então era o neopositivismo, com a negação da existência de leis objetivas que explicassem o desenvolvimento social. A saúde era dissociada de sua determinação social, numa visão biológico-individualista, com a prática em saúde orientada pela doença.

O avanço veio posteriormente, com o paradigma histórico-estrutural, que analisa a saúde e sua integração com as relações econômicas, políticas e ideológicas. Tal posição representou a possibilidade de passar a compreender tanto o processo saúde/doença quanto a própria organização da prática médica, em uma dimensão sócio-biológica e totalizadora.

Nessa perspectiva, Teixeira abre outros horizontes para a delimitação do objeto da saúde:

A doença, em sua expressão normativa da vida como fenômeno individual e em sua expressão coletiva, onde adquire significado no conjunto de representações sociais e nas reivindicações políticas, está estruturada em uma totalidade social. Como resultante das relações dos grupos sociais entre si e com a natureza, mediadas pelo processo de trabalho, a doença tem uma historicidade que remete à historicidade das relações sociais, econômicas, políticas e ideológicas

² Sônia F. TEIXEIRA em *Estado, poder e democratização da saúde*, 1992 esclarece ter sido a Conferência de Cuenca, em 1972 um momento de redefinição do pensar/fazer em saúde como processo social. Já a ORGANIZAÇÃO MUNDIAL da SAÚDE em *Cuidados primários de saúde. Conferência de Alma Ata, 1979*, conceitua atenção primária em saúde como *um meio prático para pôr ao alcance de todos os indivíduos e famílias das comunidades a assistência de saúde indispensável de forma que resulte aceitável e proporcional a seus recursos e com sua plena participação*. P.19.

que se realizam nas sociedades concretas. ³

A doença deixa de ser expressão biológica do social, o biológico deixa de ser expressão individual do social e ambos passam a ser - a partir de indivíduos, classes e formações econômico-sociais - formas de articulação de processos que são ao mesmo tempo biológicos e sociais no processo de reprodução, sendo, portanto, fenômenos socialmente determinados.

O corpo, por sua vez, passa a ser entendido como possuidor de uma base biológica em que se incluem a demografia, a patologia e as necessidades e também de uma base política, com uma utilização econômica como força de produção. A sociedade é o corpo coletivo, a totalidade concreta da história unificada de trabalho, sendo portanto, o mais alto grau de evolução biológica, nos seus aspectos do saber e do fazer.

A introdução do social na análise de processos de saúde e de doença provocou, no campo da saúde, uma ruptura com os modelos reducionistas, biologicistas, higiênicos e cartesianos.⁴ Mas, embora as formas de organização social da produção possam gerar desigualdades nos níveis de vida, seguramente não são os únicos determinantes dessas desigualdades sociais, e muito menos dos fenômenos saúde e doença.

³ Sônia F. TEIXEIRA em *As ciências sociais em saúde no Brasil*, 1985 avalia que, na tentativa de resgatar sua dimensão alienada de ser social, o homem acabou por diluir-se no coletivo, alienando-se de sua singularidade. P.77

⁴ A definição dos processos saúde e doença como categorias polarizadas vem mascarando as sociedades desde o ingresso na modernidade, tendo como referencial o cartesianismo, método racional e analítico que divide corpo e mente, atomizando mecânicamente o corpo e, por conseqüência, a saúde, o que faz com que se perca de vista o ser humano em sua totalidade.

A inclusão das relações de gênero, cor e classe possibilitam uma visão mais totalizadora do processo no qual cotidiano, sociabilidade, afetividade, sensualidade, subjetividade, cultura, lazer e meio ambiente têm um papel de destaque. Nesse contexto a saúde, muito além de significar ausência de doenças, passa a ser considerada como *modo de andar a vida*.⁵

Modo de vida é um construto teórico fundamental que não implica meramente em comportamentos individuais perante a saúde, mas que vai mais além, incluindo a dimensão sócio-histórica, englobando a divisão das classes sociais e a dimensão cultural, considerando os aspectos simbólicos da vida cotidiana em sociedade.⁶

O corpo humano não é o mesmo em circunstâncias sociais distintas, o que impõe a necessidade de superar a visão individualizada e naturalizada das questões biológicas e da saúde das populações. Com frequência, a população é vista como um somatório de indivíduos, em que o corpo aparece como um sistema a-histórico, descolado do social. Na verdade, as condições de saúde de uma população são a expressão coletiva das experiências socialmente vivenciadas, fruto da forma pela qual os homens se relacionam entre si e com a natureza.

Saúde é resultado da relação entre **um Homem historicamente localizado, com uma função específica no sistema de produção**, sendo que

⁵ Jeni VAITSMAN. *Saúde, cultura e necessidades*, 1992.

⁶ Maria C.S. MINAYO. *O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde*, 1992. Este assunto ainda pode ser visto em Naomar de ALMEIDA FILHO. *A clínica e a epidemiologia*, 1992.

sua inserção num meio natural e social molda sua atitude face aos sinais de alterações que lhe são dados perceber. **A natureza social da doença não se verificaria no caso clínico, mas na especificidade do processo de adoecer e morrer dos diferentes grupos humanos**, isto é, na análise das condições coletivas de vida.⁷

A mudança do objeto de estudo da saúde - não mais corpos biológicos e sim corpos sociais - traz, inicialmente, o conceito de saúde como resultante de condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso ao serviço de saúde, sendo portanto resultado de formas de organização social de produção.⁸

Apesar dos evidentes avanços, a crítica a este conceito fica por conta da redução da determinação da doença às relações estabelecidas no processo social de produção, que geram as desigualdades nos níveis de vida. Se ter saúde vai muito além do que dispor de um agregado de condições físicas, sociais e mentais, também pode-se considerar que determiná-la, via alguns elementos estanques do cotidiano, também não é suficiente.

Na explicitação da doença, três componentes estão interligados: (a) um fato objetivo, corporal, que é a alteração de uma parte do corpo; (b) um maior ou menor conhecimento deste fato e (c) uma idéia e uma medida, derivadas de conhecimentos

⁷ Sônia F. TEIXEIRA. *As ciências sociais em saúde no Brasil*, 1985 avalia que a tentativa de resgatar a dimensão alienada de ser social, terminou por diluir o homem no coletivo. P.165

⁸ Ministério da Saúde. VIII Conferência Nacional de Saúde. *Relatório Final*, 1986.

individuais, dos prejuízos e da valorização desse fato.

A doença é o sentir-se mal, em contraposição à saúde, que é um bem coletivo. Assim, a dimensão social dos fenômenos de saúde é a síntese de necessidades individuais que envolvem perda do poder físico e da dignidade humana, acentuando a desigualdade social.⁹

Nesse contexto, podem ser analisadas quatro dimensões do fenômeno: o *estar doente*, o *sentir-se doente*, o *identificar a doença* e o *poder estar doente*. Enquanto na primeira dimensão aparece a desigualdade social e a maior ou menor possibilidade de adoecer, a segunda tem a ver com a percepção do próprio corpo. Já na terceira dimensão, aparece novamente a desigualdade social e a necessidade de muitas vezes sufocarem-se os sinais, porque isso implica na continuidade das obrigações da existência cotidiana e na sobrevivência. Cabe à quarta e última dimensão uma síntese das três anteriores, com ênfase na discriminação social, uma vez que doença implica em marginalização e desemprego.¹⁰

A significância da doença enquanto problema biológico/social pode ser resgatada historicamente na análise das condições de vida e de saúde no Brasil, em um recorte feito a partir do século XVIII, num quadro de transformações sócio-econômicas advindas da emergência do capitalismo e com as primeiras tentativas de compreender o papel do Estado no gerenciamento das instituições de saúde. O século XIX, por sua vez, traz a pedagogia médica, numa tentativa de controle educativo-terapêutico cuja

⁹ Giovanni BERLINGUER. *A doença*, 1988.

¹⁰ *Ibidem*, Op. cit.

finalidade era a regulação política da vida dos indivíduos.

Já o século XX traz a concepção racional de saúde que deixa de ser expressa na linguagem ontológica da *physis* para assumir o campo semântico da higiene, em uma concepção vigente de liberdade, igualdade e fraternidade. Aqui a saúde é produto das condições criadas/influenciadas pelo próprio homem e pelo modo como organiza sua vida. Esse é o princípio que ainda vigora como base epistemológica do conhecimento sobre a dimensão pública em saúde.¹¹

É nesse contexto que intensifica-se a polêmica sobre o caráter da doença: se essencialmente biológica ou, ao contrário, social. Ocorre, assim, um questionamento profundo do paradigma dominante da doença, que a conceitua como um fenômeno biológico individual, cujas razões devem ser buscadas na forma como a sociedade se articula. A crescente crise política e social que acompanha a crise econômica e com ela se entrelaça, termina por demonstrar que a doença, efetivamente, tem caráter histórico e social: de um lado, o conceito de saúde expressa a definição social de determinado fenômeno, e, de outro, o processo biológico acobertado pela palavra doença. É necessário então que se comprove o caráter social de ambos.

Na sociedade capitalista, o conceito de doença explícito está centrado na biologia individual, fato que lhe retira o caráter social. O conceito de doença oculta, quer dizer, que está subjacente, na definição social do que é doença, refere-se à incapacidade de trabalhar, o que a coloca em relação com a economia, e

¹¹ Everardo D. NUNES. *Tendências e perspectivas das pesquisas em ciências sociais em saúde na América Latina: uma visão geral*, 1985. Este assunto é abordado ainda em José R.C.M. AYRES. *O objeto da epidemiologia e nós*, 1992.

eventualmente com a criação de mais-valia e a possibilidade de acumulação capitalista.

O fato de que o conceito de doença tenha um componente claramente ideológico não quer dizer que seja falso, senão que é parcial, isto é, que não deixa ver além de uma parte da problemática. O caráter parcial, deste modo, não permite avançar o conhecimento, senão em algumas áreas, deixando outras encobertas. Nessa perspectiva, vê-se a saúde historicamente explicada de três formas:(a) pela teoria da unicausalidade; (b) pela teoria da multicausalidade e (c) pela teoria social, alternativa mais ampla e complexa que o modelo biológico, com a identificação dos fatores sociais que determinam o contexto saúde/doença, extrapolando os limites da visão biológica, na explicação da articulação entre ambos.

A partir dessas indicações, é lícito afirmar que a doença, em sua expressão normativa de vida como fenômeno individual e em sua expressão coletiva, em que adquire significado no conjunto de representações sociais e nas reivindicações políticas, está estruturada em uma totalidade social. Como forma adaptativa de vida, resultante das relações dos grupos sociais entre si e com a natureza, mediada pelo processo de trabalho, a doença tem uma historicidade que remete à historicidade das relações sociais, econômicas, políticas e ideológicas que se realizam nas sociedades concretas.

A relação entre processos biológicos e sociais, frente ao processo saúde e doença, só é possível a partir da reconstrução da existência desse processo, assim como de suas manifestações biológicas e sociais. Assim, a doença deixa de ser a expressão individual do social e passa a ser, a partir de indivíduos, classes e formações

econômico-sociais, forma de articulação dos processos biológicos e sociais no processo de reprodução, em que tanto indivíduo quanto coletivo passam a ser fenômenos biológicos e socialmente determinados.¹²

O modelo do Materialismo Histórico e Dialético considera o Homem como uma totalidade cuja estrutura biopsicossocial dota um organismo com alcances e limitações cujas dimensões se expressam de acordo com a relação estabelecida pelo indivíduo com seu corpo e com o meio social. Assim, dado que a estrutura social se modifica historicamente de acordo com as formas de produzir e consumir inerentes ao processo de transformação da natureza pelo Homem, necessário e indispensável à sobrevivência da espécie, este Homem tem de ser entendido como um ser histórico, que se transforma com o decorrer do tempo, em consonância com as modificações ocorridas em sua forma de se relacionar com a sociedade.

A partir dessa constatação, tem-se clareza de que a natureza social da doença não se verifica no caso clínico, mas no modo característico de adoecer e morrer dos grupos humanos, uma vez que, em uma mesma sociedade, as classes que a compõem mostrarão condições de saúde distintas.

Os avanços recentes no discurso da saúde enfocam a análise do Homem e de seu meio ambiente. Mas tal ampliação é insuficiente, uma vez que não venceu a fragmentação deste em componentes biológicos, psicológicos-espirituais e sociais, com conseqüente redução do social a mero atributo humano. Esse processo de mudança

¹² Sônia F. TEIXEIRA. *As ciências sociais em saúde no Brasil*, 1985. Ler também Pedro L. CASTELLANOS. *As ciências sociais em saúde na Venezuela*, 1985.

pouco significou para a melhoria das condições de saúde da maioria, já que permanece inalterada a submissão das políticas sociais às políticas econômicas que, em nome do desenvolvimento, acirram as contradições do sistema e negam o direito à cidadania.

Geralmente a visão de sociedade sob o prisma da saúde exclui o conceito de classes, estratificando-a não por sua inserção no modo de produção e sim pelos fatores de risco ou por grupos vulneráveis. Nesse discurso, a sociedade é vista como um todo capaz de ser homogeneizada por sexo, idade, atividade, nível de instrução ou ainda por grupos tais como gestantes, trabalhadores, atletas, crianças, dentre outros.

Ao não se colocar em questão o modo de produção e suas relações, perde-se a perspectiva de que o ambiente dos seres humanos é, antes de tudo, um produto social e que não é externo ao biológico humano. O social, enquanto determinante da saúde, assume formas distintas: homogêneas em seu interior e heterogêneas no exterior, a um e outro grupo social. Decorre daí que os diferentes modos de andar a vida sejam característicos das coletividades e não dos indivíduos, assumindo formas históricas específicas e diversas.¹³

A questão social no Brasil, designação genérica para denominar os processos de exclusão social e as conseqüências da perversa distribuição da renda, tem suas raízes na própria condição em que se deu o desenvolvimento capitalista no país, que se caracterizou pela permanência de formas arcaicas de organização da produção e de relações de trabalho coexistindo com setores capitalistas modernos.

¹³ Asa C. LAURELL e Mariano NORIEGA. *Processo de produção e Saúde. Trabalho e desgaste operário*, 1989. Ver ainda Maria L. M. BOSI. *A face oculta da nutrição: ciência e ideologia*, 1988.

Os perversos encaminhamentos no sistema econômico brasileiro, com uma política econômica recessiva, marcada pela concentração da renda, pelo achatamento salarial e pela contenção de gastos públicos, desencadearam um processo de empobrecimento e urbanização que transformou a feição do país.

Tal processo teve como conseqüências as precárias condições de habitação, de serviços de saneamento, da saúde pública, da educação, dos transportes e do lazer, decorrentes da concentração da população e das atividades industriais, financeiras e comerciais nos grandes e médios centros, que passaram, desde então, a comandar a vida econômica do país. Estes problemas, no entanto, não podem ser pensados de forma isolada, uma vez que se inserem num contexto social cujas causas determinantes são de origem histórica.

Herdeira de modelos médicos europeus ou norte-americanos, a saúde pública no Brasil tem-se constituído ora como aparato militar, ora como educação sanitária redentora das imperfeições biológico-sociais dos grupos populacionais. Esse modelo campanhista urbano-rural marca, indistintamente, uma visão de recorte e de intervenção vertical sobre as populações, onde quer que elas possam representar risco para a ordem produtiva instaurada.

Atualmente, o modelo médico institucionalmente hegemônico vem absorvendo, de maneira gradativa, os postulados do planejamento normativo, num enfoque economicista e desenvolvimentista que elege a doença e não a saúde como

objeto essencial de atenção. É o predomínio do modelo médico-sanitário associado a um padrão de desenvolvimento político-econômico normativo, autoritário e excludente, que termina por compor uma matriz de desigualdades nos indicadores de qualidade de vida e de saúde.¹⁴

O caráter excludente do desenvolvimento econômico termina por delinear contrastes, especialmente nas condições de saúde da população, que configuram um caos que delinea seus indicadores sociais de vida.

As estatísticas vitais indicadoras das precárias condições de vida, de um lado, e o impacto do processo de trabalho, de outro, passam a determinar uma simultaneidade de problemas decorrentes da contradição entre atraso e modernidade, situação de grande complexidade para o sistema de saúde, marcada pela sobreposição, em uma mesma população, de padrões de morbimortalidade distintos, nos quais ocorrem, simultaneamente, as patologias do subdesenvolvimento e do desenvolvimento, que terminam por levar o já precário sistema de saúde a um atendimento muito aquém do necessitado.¹⁵

A complexidade da questão da saúde no país exige, além da prioridade em nível de política governamental, a abertura de espaço para a redefinição de prioridades e a reavaliação de políticas sociais, condições necessárias para a transformação do quadro sanitário brasileiro.

¹⁴ Armando RAGGIO. *Saúde como dimensão da práxis urbana*, 1992.

¹⁵ Informações sobre este assunto em Cristina POSSAS. *Epidemiologia e sociedade. Heterogeneidade estrutural e saúde no Brasil*, 1989. Também em Ricardo B. GONÇALVES. *Reflexão sobre a articulação entre a investigação epidemiológica e a prática médica a propósito das doenças crônico-degenerativas*, 1985.

Saúde e cidadania são faces da mesma moeda: conquistam-se de forma indissociável. A evidência dramática da precária conquista da cidadania pela maioria dos brasileiros, revelada pelo seu quadro de saúde, obriga a pensar no papel revolucionário que o setor saúde pode ocupar no processo de construção da cidadania. O principal instrumento de luta pela conquista da cidadania é a consciência dos determinantes e condicionantes da saúde como qualidade de vida, seja pela eliminação ou pela redução dos riscos de adoecer ou morrer, seja pela construção da racionalidade e da dignidade do sistema de promoção, proteção e recuperação da saúde.

A cidadania constitui o princípio orientador da democracia e a saúde é um componente fundamental da democracia e da cidadania. Saúde é uma explicitação das condições de igualdade social, conceito que supõe uma noção concreta sobre um cotidiano em que a garantia de determinadas condições de vida e de sobrevivência permite (ou não) ao Homem ser livre, manifestar seu pensamento, organizar-se e lutar por aquilo que lhe parece correto. Dessa forma, a política de saúde, como uma política social, é demarcadora, traçadora das relações entre Estado e sociedade e, portanto, um campo privilegiado de análise do padrão estabelecido de cidadania (e de democracia).¹⁶

A Constituição, ordenação maior do Estado, estabelece os interesses da entidade soberana, com a sua estrutura política e administrativa, a segurança interna, o relacionamento internacional, a economia, os interesses fundamentais da população em todos os campos do bem-estar geral (direitos e garantias individuais e sociais) e a

¹⁶ Sarah ESCOREL. *Morte e vida da classe trabalhadora na Inglaterra no século XIX: Marx, Engels e as Políticas Sociais*, 1993.

relação da sociedade com os poderes constituídos.

No Brasil, as cartas constitucionais, desde a Primeira República, não tratam a saúde com a relevância e a explicitação que o tema exige. Somente com o advento da Constituição de 1988, a saúde recebeu o status de direito individual e social e, com ele, todo o aparato constitucional e legal para promovê-lo, efetivá-lo e garanti-lo.

Nesse texto constitucional, no que se refere à seguridade social e à saúde, salientam-se os seguintes elementos básicos: (a) o controle social; (b) a salvaguarda do indivíduo na defesa de sua integridade física e moral; (c) a municipalização do serviço de saúde; (d) as políticas econômicas e sociais que dizem respeito ao direito à saúde individual e coletiva, tais como alimentação, educação, moradia, saneamento básico, controle do meio ambiente, trabalho, renda e lazer e (e) o financiamento de serviços e ações que produzam efeitos genéricos na preservação da autonomia na proteção da saúde.

É nessa conjuntura que a saúde passa a ser garantida como um direito civil. Desde a implantação da Reforma Sanitária¹⁷, no final da década de 1970 e início dos anos 80, buscava-se a instauração de uma política de saúde institucionalmente inédita. O lema *saúde, direito de todos, dever do Estado*, como visão de saúde desmedicalizada, na medida que subentende uma definição afirmativa de saúde, difere da visão tradicional que identifica saúde como ausência de doença. Além disso, traz a

¹⁷ A reforma sanitária brasileira se sustenta em três pilares: o conceito de saúde que supera as visões biologicista e idealista; o reconhecimento do direito igualitário das ações de saúde em todos os níveis e a todos os cidadãos e o reordenamento do sistema de prestação de serviços, que qualifica uma nova conformação paradigmática, política e estratégica em saúde.

percepção da saúde como garantia de cidadania, com a participação dos movimentos sociais na saúde, dando àquela uma conotação social, conseqüência de um conjunto de condições coletivas de existência que busca o resgate da cidadania: direito ao trabalho, ao salário, à participação na decisão/gestão política do setor etc.

Apesar do arrojo de tal proposta, sua implementação exige a participação do cidadão e a vontade política. A primeira é resgatada por ocasião da VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1988, em que a exigência do controle social nas políticas de saúde é contemplada. Quanto à segunda, não tem passado de retórica de planos governamentais e de palanques eleitorais.

A concepção de saúde, nesse quadro, apresenta-se contraditória. Por um lado, observa-se uma sintonia entre a saúde como direito constitucional, do ponto de vista de aspiração da sociedade brasileira, e, por outro, um profundo hiato entre esta opção social e a das elites, que privatizam e dominam o setor saúde.

Tal fato é ainda mais estarrecedor quando se considera que as políticas públicas ou estatais devem estar em sintonia com os três âmbitos da sociedade: o econômico, o político e o social. Quanto às políticas sociais, são políticas públicas que supõem o comportamento ativo por parte do Estado para garantir aos cidadãos - em condições de igualdade (ainda que no plano formal) - o exercício pleno dos demais direitos (civis e políticos).¹⁸

¹⁸ Sarah ESCOREL. *Morte e vida da classe trabalhadora na Inglaterra no século XIX: Marx, Engels e as Políticas Sociais*, 1993.

Os agravos à saúde, enquanto problemas sociais, só podem ser resolvidos a partir da compreensão do social uma vez que a totalidade social não é divisível, não pode ser separada em partes. Destaque-se ainda que, para mudar o social é necessário pensar na questão do poder, uma vez que este é categoria central na análise da dinâmica social.¹⁹

O estudo dos fenômenos sociais precisa levar em conta todas as questões que os determinam. O estar em relação com as outras pessoas, de modo a formar uma sociedade, é o que possibilita e define a humanidade dos corpos, definição que ultrapassa a conceitualização em termos meramente ideológico-simbólicos, para se concretizar nas práticas reiteradamente assinaladas.

A história das políticas sociais e de saúde oriundas desse contexto pode ser esquematizada a partir de uma análise conjunta com as diferentes etapas de desenvolvimento do capitalismo na América Latina:²⁰

1. A primeira etapa do desenvolvimento está orientada pelo processo de acumulação da burguesia agroexportadora (Estado liberal). As demandas sociais não são absorvidas pelo Estado, a não ser naqueles aspectos que tratam da regulação das condições exploradoras do processo de trabalho, como a jornada de trabalho, acidentes e ocupação feminina e infantil.

2. O processo de industrialização dá início a uma nova conformação hegemônica que

¹⁹ Mário TESTA. *Pensar em saúde*, 1992.

²⁰ Sônia F. TEIXEIRA. *As ciências sociais em saúde no Brasil*, 1992.

agora inclui a classe média, a burguesia industrial e os trabalhadores urbanos (Estado de compromisso). As demandas destes grupos são supridas pelos mecanismos da seguridade social, o que será eficaz na cooptação dos trabalhadores e na legitimação de governos populistas.

3. O aprofundamento da acumulação capitalista, surgido pela internacionalização do capital, traz uma reorientação das práticas e dos mecanismos institucionais, que passam a responder aos interesses da acumulação capitalista, com a privatização e a incorporação de tecnologias aos setores sociais.

4. A crise econômica atual do capitalismo mundial traz à tona elementos político-ideológicos associados ao baixo desempenho da economia. A divisão internacional do trabalho, o esgotamento do *welfare state* e a crise política do socialismo terminam por dar envergadura ao discurso liberal e ao desmantelamento dos sistemas sócio-assistenciais de caráter público, baseados na ideologia que preconiza a liberdade, a solidariedade e os princípios da justiça social.

A maior contradição reside na incompatibilidade entre uma política econômica de ajuste e a capacidade de o Estado garantir aos cidadãos um nível de vida saudável. Surgem então as políticas sociais compensatórias como resposta ao evidente acirramento da tensão social e da deterioração das condições de saúde.

No Brasil, as políticas sociais confluíram para uma situação atual híbrida, em que coexistem distintas orientações quanto ao enfrentamento da problemática de saúde

pela sociedade e especificamente pelo Estado. Assim é que inscreveram-se nos textos jurídico-legais uma série de princípios e diretrizes inspirados no modelo de política social voltado para garantir o direito à saúde e o acesso ao consumo dos serviços de saúde de forma universal, equitativa e integral. No entanto, consolidaram-se formas de organização e gestão desta produção, mais relacionados com um modelo de política social em que o acesso ao consumo deriva das possibilidades definidas pela lógica do mercado.

Ou seja, no contexto de uma acirrada luta pela hegemonia de projetos políticos contrapostos, os esforços desencadeados nos planos político-jurídico, político-institucional e mesmo no plano dos movimentos sociais em prol da reforma sanitária, não foram suficientes para imprimir a direcionalidade desejada à política de saúde. O enfrentamento dessa situação, no plano geral, evidentemente extrapola o âmbito da saúde e requer a recomposição e a rearticulação do(s) projeto(s) político(s) para a sociedade brasileira, a partir das forças sociais que buscam se reorganizar e redefinir suas estratégias de ação.

Dessa forma, a ênfase recai, não sobre o indivíduo, e sim no nível do grupo social onde este está inserido, considerando suas características sociais, o que encaminha para uma dimensão de processo saúde/doença na coletividade. Assim, reconhece-se o modo específico pelo qual ocorre nos grupos sociais o processo biológico de desgaste e reprodução, cujo momento particular são as alterações no funcionamento biológico, com repercussão sobre as atividades cotidianas, isto é, no surgimento da doença.

Nessa nova perspectiva, a saúde é assumida como produto de paradigmas histórico-estruturais, nas relações econômicas, políticas e ideológicas. Pensar a saúde passa então por pensar o indivíduo em sua organização da vida cotidiana, tal como esta se expressa não só através do trabalho mas também do lazer, do afeto, da sexualidade e das relações do indivíduo com o meio ambiente.

O processo saúde/doença adquire historicidade, uma vez que está socialmente determinado, numa articulação explicativa de fatores biológicos e sociais. Mas vale lembrar que o processo social não se esgota nesta determinação social, já que o próprio processo biológico humano é social, uma vez que não é possível localizar a normalidade biológica excluindo-se o momento histórico.

A unidade entre biológico e social, a relação entre processo saúde e doença, coletivo e individual fica então estabelecida, já que esta relação, em nível coletivo, determina as características básicas sobre as quais se assenta a variação biológica individual.

Ao retomar Marx, observa-se uma ampliação do conceito de saúde que, longe de ser apenas contraposta a doença, tem seus determinantes na água, no ar, na comida, na moradia, na educação, no trabalho, no lazer, no conforto e no vestuário. Este autor já sustentava que a deterioração da saúde era produto da omissão estatal, que termina por delinear um certo padrão de cidadania.²¹

²¹ Karl MARX. *O Capital. Crítica da economia política*, 1989.

A enfermidade então entendida como fenômeno social, tem seu cuidado dependente de ações técnico-científicas que por si só não se bastam, pois são perpassadas por questões fundamentais que devem ser contempladas, e onde destaca-se a inserção social em grupos de baixa renda, a atenção médico-hospitalar voltada para a cura das doenças e não à sua prevenção, a formação de profissionais de terceiro grau dissociada do quadro social vigente e a priorização estabelecida pelas políticas sociais delineadas pelo Estado brasileiro.

Nessa perspectiva, Vaitsman faz uma teorização sobre saúde afirmando que

... a existência da saúde, que é física e mental, está ligada a uma série de condições irreduzíveis umas às outras. Um conceito ampliado não poderia então considerar saúde só como resultante das formas de organização social da produção. Pois é produzida dentro de sociedades que, além da produção, possuem certas formas de organização da vida cotidiana, da sociabilidade, da afetividade, da sensualidade, da subjetividade, da cultura e do lazer, das relações com o meio ambiente. É antes resultante do conjunto da experiência social, individualizada em cada sentir e vivenciada num corpo que é também, não esqueçamos, biológico. Uma concepção de saúde não reducionista deveria recuperar o significado do indivíduo em sua singularidade e subjetividade na relação com os outros e com o mundo.²²

Pensar a saúde passa, então, por pensar o indivíduo em sua organização da vida cotidiana, tal como esta se expressa, não só através do trabalho mas também do lazer, do afeto, da sexualidade e das relações com o ambiente.

²²

Jeni VAITSMAN. *Saúde, cultura e necessidade*, 1992. 171.

É a dialética da compreensão da saúde, em que os elementos que compõem o cotidiano individual e coletivo são partes essenciais e indispensáveis da determinação do processo saúde-doença, que chegam a esta condição na medida que interagem em um movimento contínuo, no qual as relações sociais são as grandes determinantes de todo o processo.

Por isso, compreende-se que a saúde é produto de fatores biológicos aliados à relação histórica dos homens entre si e com a natureza, inseridos num sistema de organização social de produção e reprodução de condições coletivas de vida, aqui incluindo alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, transporte, emprego, liberdades, acesso e posse da terra e acesso aos serviços de saúde. Sua determinação inclui a organização da vida cotidiana, a sociabilidade, a afetividade, a sensualidade, a cultura e o lazer, num movimento que inclui a singularidade e a subjetividade na relação social com os outros e com o mundo.

A mulher percebe muito bem esta dimensão, na medida que, no nível doméstico, vivencia e percebe a exigência de melhores condições de vida e de saúde para a família. Mas as necessidades e as imposições da rotina do lar terminam, muitas vezes, por afastá-la das lutas pela melhoria de vida.

Este fato é importante pois carrega a falta de visibilidade e a valoração sócio-econômica do trabalho reprodutivo da mulher no lar, que termina por permitir uma falsa avaliação do tempo disponível da mulher no lar, criando expectativas exageradas quanto ao seu grau de envolvimento com as questões de saúde.

Por este prisma, a participação social da mulher na luta pela saúde termina por ser mais um mecanismo que reproduz, por extensão, o trabalho social imputado ao gênero masculino e feminino, do que a propiciar formas eqüitativas de responsabilidade social face à saúde coletiva.²³

As mulheres são criadoras, portadoras e repassadoras de um saber peculiar em saúde, em que as condições coletivas de vida e o trato das doenças têm igual importância, pois ambos são determinantes de bem-estar. Vários são os elementos que podem ser listados aqui, dentre eles o saber popular e o conhecimento a respeito dos acontecimentos da vida.

É no nível doméstico, gerenciando o orçamento, priorizando gastos, cuidando da vida e da educação primeira das crianças que a mulher percebe sobremaneira, a exigência por melhores condições de vida. E é nesse cotidiano que ocupa um tempo que termina por interferir em outras atividades sociais e profissionais, excluindo aqueles elementos menos prioritários, como o auto-cuidado, o lazer e a afetividade.

Nesse contexto, chega-se à conclusão de que as mulheres, muito além dos profissionais de saúde saídos da academia, têm um saber em saúde global, integrado ao social, mesmo que com uma teoria limitada. Ao ignorar esta sabedoria acumulada em saúde, o profissional não possibilita sua identificação e complementaridade. Com isso, o seu saber/fazer trazido da universidade está fadado ao fracasso uma vez que a

²³ Rebeca de LOS RIOS & Elsa GOMEZ. *A mulher face a saúde e ao desenvolvimento. Um enfoque alternativo*. 1993. P. 11.

prática, dissociada do contexto onde ocorre, termina por servir de instrumento de legitimação do caos social em que nosso país está mergulhado.

CAPÍTULO IV

CONTEXTUALIZANDO OS ATORES

"Tanta pobreza a contornar. Tanto sonho irrealizado, tanto abandono. Tanta água de sonho puxado do poço da imaginação."

Cora Coralina

Apreender as representações que as mulheres fazem sobre saúde e trabalho passa, necessariamente, por fazer uma incursão histórica ao seu espaço geográfico e social, afinando para uma tentativa de análise que é ao mesmo tempo particular e coletiva.

As mulheres estudadas residem todas em Goiânia, capital de um estado eminentemente agropecuário, o qual vem, desde a década de 1960, vivendo uma expansão demográfica. Planejada em sua fundação, na década de 1930, para abrigar um contingente de 50 mil habitantes, conta hoje com 1 milhão e 200 mil habitantes.

Essa explosão demográfica termina por se refletir em vários tipos de indicadores de qualidade de vida, dentre os quais destaca-se a Pesquisa de Orçamentos Familiares do IBGE, evidenciando que, dentre treze capitais estudadas, Goiânia, juntamente com Belém, apresentava o menor consumo alimentar do país, com um gasto de cerca de 20% do orçamento familiar mensal com alimentos. Agregue-se a isso o fato de que apresentava um custo de vida acima da média nacional em quase todos os itens pesquisados.¹

Configurada neste quadro, delineia-se uma situação de qualidade de vida muito ruim, que pode ser rapidamente resumida no seguinte: 18.2% de analfabetos com 10 anos e mais, 15.2% de crianças de 7 a 14 anos que não freqüentam a escola, 76.8% de residentes em domicílios sem esgoto e 35.9% sem abastecimento de água adequado para todo o estado de Goiás.² Agregue-se a isso o fato de 26.9% das pessoas que trabalham receberem menos de 1/2 salário mínimo e 330 mil famílias (38 mil em Goiânia) viverem em condições de indigência.³

Dos trinta e dois milhões de indigentes do país, cerca de 3% estão no estado de Goiás (930 mil pessoas, ou 19% da população do estado, que é de 4.900.216 pessoas), com cerca de 50% dessa população concentrada na zona urbana

¹ FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Pesquisa de Orçamentos Familiares*, 1989 registra um gasto de 19,5% com alimentação, 22% com habitação, 14% com vestuário, 16% com transporte, 11% com saúde, 8,5% com educação e lazer e 9% com outras despesas.

² FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA na *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios*, 1993. Registre-se que os dados aqui citados são apresentados apenas por grandes regiões ou estados, o que inviabiliza uma apresentação desses particularizada para a capital.

³ Ana M.T.M. PELIANO em *Mapa da Fome II: Informações sobre a Indigência por Municípios da Federação*, 1993, classifica como família indigente aquela cuja renda não é superior à aquisição da Cesta Básica que atenda aos requerimentos nutricionais.

das cidades.⁴

É nesse contexto que surgem as chamadas posses urbanas, mecanismo utilizado por uma parcela da população que, sem acesso a condições mínimas de vida, quer pela falta de rendimentos, quer pelo êxodo rural, invade áreas públicas ou privadas na tentativa de conquistar um espaço de moradia.

Essas áreas de posse e assentamentos populares, segundo o Instituto de Planejamento do Município (IPLAN), possuem, em sua maioria, deficiência ou inexistência de infra-estrutura básica de serviços e de condições de moradia. São inúmeras as áreas de posse na cidade como um todo, abrigando contingentes de empobrecidos e miseráveis, porém existe uma tendência de assentamento nas regiões noroeste e leste, onde estão situados grandes bolsões de pobreza.⁵

Particularizando-se para esse estudo, chega-se à região leste da cidade, a qual é constituída por cerca de 20.000 pessoas (em torno de 5.000 famílias) e tem como equipamentos públicos quatro creches, um centro comunitário, dois Centros de Atenção Integral à Saúde - CAIS (Jardim Novo Mundo e Parque das Amendoeiras) e nove escolas municipais. Aqui situam-se o Jardim D.Fernando, as vilas Pedroso e Concórdia, o Setor Aroeiras e a área de posse denominada Jardim Conquista.

O Jardim D.Fernando é um assentamento popular promovido pelo governo

⁴ Ana M.T.M. PELIANO em *O mapa da fome: Subsídios à formulação de uma política de segurança alimentar*, 1993 define indigentes como aquelas pessoas cuja renda familiar corresponde, no máximo ao valor de aquisição da cesta básica de alimentos que atenda, para a família como um todo, os requerimentos nutricionais recomendados pela FAO/OMS/ONU.

⁵ Elvana M.J. LIMA. *Práticas alternativas de garantias da saúde*, 1994.

em 1987, com cerca de 300 famílias, que inicialmente viveram em barracas de lona e hoje possuem casas prontas ou inacabadas. Sua população é composta, na grande maioria, de trabalhadores subempregados - diaristas, vigias, domésticas, pedreiros - e de desempregados.

O Jardim Conquista ocupa uma gleba particular localizada ao fundo do Jardim das Aroeiras e do lado direito do Jardim D.Fernando, indo até a beira do rio Meia Ponte. A área, originalmente, era caracterizada por ser uma reserva ecológica, tendo sido totalmente destruída pelos posseiros em sua fase de ocupação, em 1993. Segundo o IPLAN, lá estão hoje cerca de 640 famílias, com aproximadamente 2.600 pessoas.⁶ A área ocupada é de alto risco, pelas péssimas condições de vida, uma vez que não possui nenhuma infra-estrutura de saneamento básico, nem de sistema viário.

A Vila Pedroso, Vila Concórdia e Jardim das Aroeiras são áreas geograficamente vizinhas às anteriores, mantendo as mesmas características daquelas.

Das onze mulheres estudadas, sete são moradoras do Jardim Conquista e as outras quatro residem na Vila Pedroso, Jardim das Aroeiras, Vila Concórdia e Jardim D.Fernando.

Numa primeira caracterização dessas mulheres verifica-se que: sete moram em barracas de lona de plástico preta; têm idade entre 21 e 32 anos; quatro nasceram em Goiânia, três no interior do estado de Goiás e quatro em outros estados da federação; seis são chefes de família; a religião predominante é a evangélica, mesmo

⁶ Elvana M.J. LIMA. *Práticas alternativas de garantias da saúde*, 1994.

quando se rotulam como católicas, e o método contraceptivo mais utilizado é a laqueadura, em quatro delas.

A maior parte destas mulheres tem 1º Grau incompleto, sendo que uma delas é analfabeta e duas têm 2º Grau. Perguntadas sobre a importância do estudo em suas vidas, apenas duas acham que estudaram o suficiente, sendo que as demais reconhecem que um maior tempo de estudo teria possibilitado melhores condições de vida. Por isso, almejam que os filhos tenham esta oportunidade, para terem uma vida melhor.

Ao serem perguntadas sobre os planos futuros, todas relatam a necessidade de melhorar a moradia. Para as que já têm moradia, a preocupação é com a melhora da aparência do ambiente, em uma perspectiva diferente daquelas que, por morarem em barraca estão, agora, apenas querendo resolver como fazer para não encharcar a família e as 'tralhas' na temporada de chuvas. Outras preocupações incluem a escola, a saúde dos filhos e a falta de dinheiro.

A seguir, apresenta-se uma síntese da história de vida de cada uma das mulheres estudadas. Uma história de vida completa, à guisa de exemplo, encontra-se no anexo 2.

Eliza ⁷, tem 29 anos, é casada e tem cinco filhos (18 meses, 3, 4, 5 e 7 anos). Mora em uma barraca de lona plástica preta, é analfabeta, porém valoriza o estudo como forma de melhoria de vida. Seus filhos não foram planejados, porém

⁷ Os nomes utilizados são fictícios, a fim de preservar o anonimato das mulheres.

sente-se muito feliz e demonstra muito carinho com eles, tendo feito uma laqueadura há cerca de seis meses. Trabalha como doméstica, sem carteira assinada, e seu salário, somado ao do marido, totaliza um salário mínimo e meio ao mês. Não se sente doente, tendo feito o último Papanicolaou há cerca de cinco anos. Freqüenta diferentes igrejas do bairro, sem nenhuma ligação com qualquer uma delas. Para ela, **a mulher trabalha muito mais do que o homem, só que seu serviço não aparece** - o serviço em casa é desgastante, porém o marido só ajuda quando está com vontade, sem nenhum compromisso com a rotina doméstica. Mônica (18 meses) é desnutrida pregressa, tem retardo do desenvolvimento compatível com quatorze meses de idade, o cartão de vacinas está atrasado e foi amamentada até o segundo mês de vida. Eliza tinha ainda a Cíntia, de 3 meses que veio a óbito no período das entrevistas, vítima de broncopneumonia.

Dalva 21 anos, casada, mora em uma barraca de lona de plástico preta e tem três filhos (15 meses, 3 e 4 anos). Estudou até a sexta série, porém sente falta de não ter estudado mais para ter um emprego melhor. Relata ser católica, porém não freqüenta a igreja e diz que a religião não tem interferência em sua vida. Sente-se muito doente, porém não vai ao médico, usa pílula anticoncepcional irregularmente e a última vez que fez uma prevenção de câncer de colo uterino (Papanicolaou) foi há cerca de três anos, na penúltima gestação. Ao ser perguntada se é difícil ser mulher, diz que realmente dá muito trabalho, porque as responsabilidades são muitas. **O homem é muito folgado. Enquanto a mulher esquenta a cabeça e resolve as coisas, ele não está nem aí.** Sua queixa é da falta de participação do marido no cotidiano doméstico, pois ele não ajuda em nenhum sentido nas tarefas da casa. Dalva trabalha

como faxineira, recebendo cerca de meio salário mínimo por mês, sem nenhum tipo de garantia social. Jéssica (15 meses) é desnutrida pregressa, tem retardo do desenvolvimento psicomotor, compatível com uma criança de um ano, e cartão de vacinas em dia, tendo sido amamentada até um mês de idade.

Luiza tem 29 anos, não tem companheiro e mora com um filho (20 meses). Estudou até a 8ª série, porém gostaria de ter estudado mais, a fim de poder ganhar mais. Mora em uma barraca de lona de plástico preta e trabalha como passadeira por um salário mínimo ao mês, sem carteira assinada. Não se sente doente e fez a última prevenção (Papanicolaou) há cerca de um ano. É católica não-praticante, sustenta o filho sozinha e não faz nenhum tipo de contracepção porque não costuma ter namorados. Na sua opinião, não se sente em desvantagem por não ser homem, estando muito satisfeita com sua condição de mulher. Lucas (20 meses) é eutrófico, tem vacinas em dia, desenvolvimento psicológico normal e foi amamentado até o segundo mês de vida.

Raimunda, 23 anos, é casada e tem dois filhos (2 e 23 meses). Mora em uma casa de alvenaria e tem 2º Grau completo. Sua religião, evangélica, parece ter muita influência em sua vida. Seu emprego (público) lhe permite uma renda mensal de um salário mínimo sendo que o marido está desempregado. Não se sente doente e credita isto ao fato de ir ao médico regularmente tendo feito recentemente um Papanicolaou e o marido uma vasectomia. Na sua opinião, **ser mulher é maldição, desde o tempo de Eva!** Seu marido é muito participativo e auxilia em todas as tarefas da casa. Adrielle (23 meses) tem estado nutricional eutrófico, vacinas em dia e foi amamentada

até os sete meses de vida.

Valdete tem 24 anos e uma filha (24 meses), que cria sozinha. Mora em uma barraca de lona de plástico preta e não recebe nenhuma ajuda financeira, por parte do pai de sua filha. Estudou até a 3ª série e sente falta de não ter seguido em frente, pois teria um salário melhor do que tem hoje (um salário mínimo) como doméstica. Considera a mulher **uma sofredora**, mas nem por isso tem vontade de ter nascido homem. Não se sente doente e não faz nenhum tipo de prevenção, nem mesmo contracepção, creditando isto ao fato de ser evangélica e depositar total confiança de seus caminhos em Deus. Por isso mesmo, não tem plano nenhum para o futuro, pois acha que este **a Deus pertence**. Priscilla (24 meses) é eutrófica, tem cartão de vacinas em dia e foi amamentada até o segundo mês, tendo retardo do desenvolvimento da linguagem.

Ednilda, 26 anos, tem três filhas (24 meses, 5 e 6 anos), não tem companheiro e mora em uma barraca de lona plástica preta. Estudou até a 4ª série e trabalha como faxineira, recebendo um salário mínimo ao mês, com vale transporte e carteira assinada. Considera-se católica, porém frequenta uma igreja evangélica do bairro, mas isso não tem nenhuma interferência em sua vida. Não costuma ir ao médico e fez a última prevenção de câncer de colo uterino na última gestação. Não faz nenhum tipo de contracepção porque não costuma ter namorados e reconhece que tem **filhos demais para pouco dinheiro**. Teve as filhas com mais de um pai e não recebe nenhum tipo de ajuda destes, porém não lhe faz falta, pois **como mulher dá conta do serviço e das filhas**. Não sente medo de nada e diz que **pode trabalhar**

que nem homem! Dayane (24 meses) é eutrófica, não foi amamentada ao peito, tem cartão de vacinas desatualizado e desenvolvimento psicomotor compatível com a idade.

Elaine tem 26 anos e três filhos (24 meses, 5 e 7 anos), todos desnutridos. Não tem companheiro e sustenta a família sozinha recebendo um salário mínimo ao mês em um emprego como doméstica. Mora em uma barraca de lona de plástico preta e estudou até a 5ª série, achando que isso foi suficiente. Sua religião é evangélica, porém sem muita interferência em seu cotidiano. Não se sente doente e não costuma ir ao médico. Fez o último Papanicolaou há cerca de um ano e não faz nenhum tipo de contracepção. A seu ver, **ser mulher é muito difícil pelo excesso de responsabilidades: ao homem só cabe trabalhar e pôr as coisas dentro de casa, não se preocupam muito com o restante, e o que é pior, cobram isto da mulher.** Jociel (24 meses) é desnutrido crônico, tem cartão de vacinas desatualizado e mama no peito até hoje.

Nádia tem 23 anos, é casada e tem três filhos (2 e 20 meses e 3 anos), mora em casa de alvenaria, fez o 2º Grau e trabalha como auxiliar de serviços gerais. Tem carteira assinada e a renda, junto com a do marido, é de pouco mais de dois salários mínimos. É católica, não se sente doente, fez laqueadura e o último Papanicolaou foi feito há cerca de um ano. Nas tarefas da casa, o marido ajuda, porém, na sua opinião, o **homem é muito irresponsável e a mulher muito sofrida.** Porém, gosta de ser mulher! Mayara (20 meses) é desnutrida progressiva, mamou no peito cerca de treze meses, tem cartão de vacinas em dia e desenvolvimento compatível com a idade.

Maria Célia tem 32 anos, não tem companheiro e tem três filhos (23 meses, 3 e 6 anos), um de cada pai. Mora em um barracão metade de tijolo e metade de papelão, trabalha como faxineira e recebe cerca de dois salários mínimos por mês. Estudou até a 8ª série e sente que deveria ter estudado mais, para poder ter um salário melhor. Fez laqueadura e a última prevenção foi há cerca de dois anos. É evangélica e muito seguidora das orientações da igreja, por isso, inclusive, não se sente doente e não vai ao médico. Vive sozinha com os filhos, mas não se importa com isto **porque tem fé**. Diz que não precisa de namorado porque é feliz assim. Recebe uma pequena ajuda financeira dos pais de dois dos meninos, sendo que o outro sequer se interessou por conhecer a filha. Núbia (23 meses) é eutrófica, tem um desenvolvimento dentro do esperado, mamou no peito por cerca de 20 meses e seu cartão de vacinas está em atraso.

Joana, 27 anos, é casada, tem quatro filhos (23 meses, 4, 6 e 10 anos) e mora em uma barraca de lona plástica preta. Estudou até a 7ª série, é evangélica e não tem o hábito de ir ao médico. Fez laqueadura depois da última gestação e o último Papanicolaou foi feito há cerca de seis meses. Trabalha como doméstica, por um salário mínimo, e o marido está desempregado, porém, mesmo nessa condição, não ajuda em casa, pois ocupa seu tempo bebendo. Para ela, **ser mulher é muito difícil, pois tem que assumir todas as responsabilidades sozinha enquanto o homem sai para se divertir**. Laiane (23 meses) é eutrófica, ainda mama no peito, tem desenvolvimento compatível com a idade e o cartão de vacinas em dia.

Sônia tem 23 anos, dois filhos desnutridos (23 meses e 4 anos) e não tem

companheiro. Mora em um barracão de alvenaria cedido por uma amiga e agora ganhou um lote, em uma outra região da cidade, para onde pretende se mudar assim que conseguir construir uma casa para morar. Estudou até a 6ª série e acha que foi o suficiente. É católica não-praticante, usa pílula anticoncepcional e no momento está buscando ajuda de um político para fazer uma laqueadura. Trabalha como doméstica por meio salário mínimo ao mês. Diz que **acha muito difícil ser mulher pois tem que fazer tudo sozinha, tem muitas responsabilidades**. Costuma ir ao médico apenas quando está doente e fez o último Papanicolaou há cerca de dezoito meses. Não planejou ter filhos, e agora que os têm reconhece **filhos, nunca mais!**. Alexandre (23 meses) é desnutrido, com sérios retardos de desenvolvimento, compatível com a idade de quinze meses, mamou até os oito meses e seu cartão de vacinas está atualizado.

As condições de vida dessas mulheres diferem muito pouco: a infra-estrutura de saneamento básico é precária: somente duas delas têm água encanada da rede pública, sendo que as demais usam bicas/minas comunitárias, cisterna ou a casa de parentes. O sanitário está presente na casa de três delas e as demais usam o sanitário comunitário ou a casa de vizinhos e parentes; sete relatam ter o lixo recolhido pelo serviço público (COMURG). Na casa de uma delas não há energia elétrica. Apesar deste quadro, com uma única exceção, as casas e barracas encontravam-se, nas várias visitas, razoavelmente limpas.

Seis delas vivem sozinhas, sendo que apenas uma recebe ajuda financeira do pai de seus filhos. Com relação aos filhos, a maioria relata que não planejou tê-los, mas

acha muito boa a sua presença, seja pela companhia e pela alegria, seja pela segurança para o futuro, independente da redução de liberdade que trouxe aos seus cotidianos.

Oito mulheres são eutróficas e as demais, obesas. A prevenção de doenças não faz parte de suas vidas, exceção feita às vacinas das crianças (sete delas mantêm as vacinas dos filhos em dia) e a prevenção do câncer de colo uterino, cuja época de ocorrência varia de quatro meses a cinco anos, sendo que uma delas nunca realizou tal procedimento. Em geral esse exame, quando feito, é concomitante ao pré-natal.

O trabalho é uma necessidade de sobrevivência para todas. Oito delas trabalham no mercado informal como domésticas, faxineiras ou passadeira, sem carteira de trabalho assinada.

Das onze, seis relatam trabalhar porque precisam, enquanto as outras cinco relatam que, mesmo não precisando, continuariam a trabalhar, pelas inúmeras vantagens que o trabalho oferece. A renda média (um salário mínimo) é baixa, e quase toda gasta com alimentos, não sobrando nada para ser investido em melhorias da qualidade de vida.

A ocupação das onze mulheres durante os seis dias que trabalham (de segunda a sábado), em contraponto com o dia de descanso (domingo), mostra alguns elementos importantes: o tempo ocupado durante os dias úteis com o trabalho fora de casa é geralmente substituído, aos domingos, pelo cuidado com a casa e com os filhos. Já este último aparece diluído nas atribuições domésticas, mostrando não ter um

espaço muito específico. A preocupação consigo mesma é praticamente nula, pela inexistência de tempo disponível. O lazer, para a quase totalidade delas, é ir à igreja, especialmente nos domingos. Aparece com ênfase, ainda, a televisão como forma de lazer, especialmente daquelas sem muitas ligações religiosas. O trabalho doméstico, com suas múltiplas atribuições, ocupa parte significativa da semana e mais ainda do domingo dessas mulheres.

O gráfico a seguir⁸ demonstra como as atividades cotidianas são distribuídas nos dias da semana em contraponto com o domingo. Optou-se por apresentar uma 'mulher-tipo', uma vez que a distribuição de atividades é bastante semelhante entre todas as mulheres estudadas.

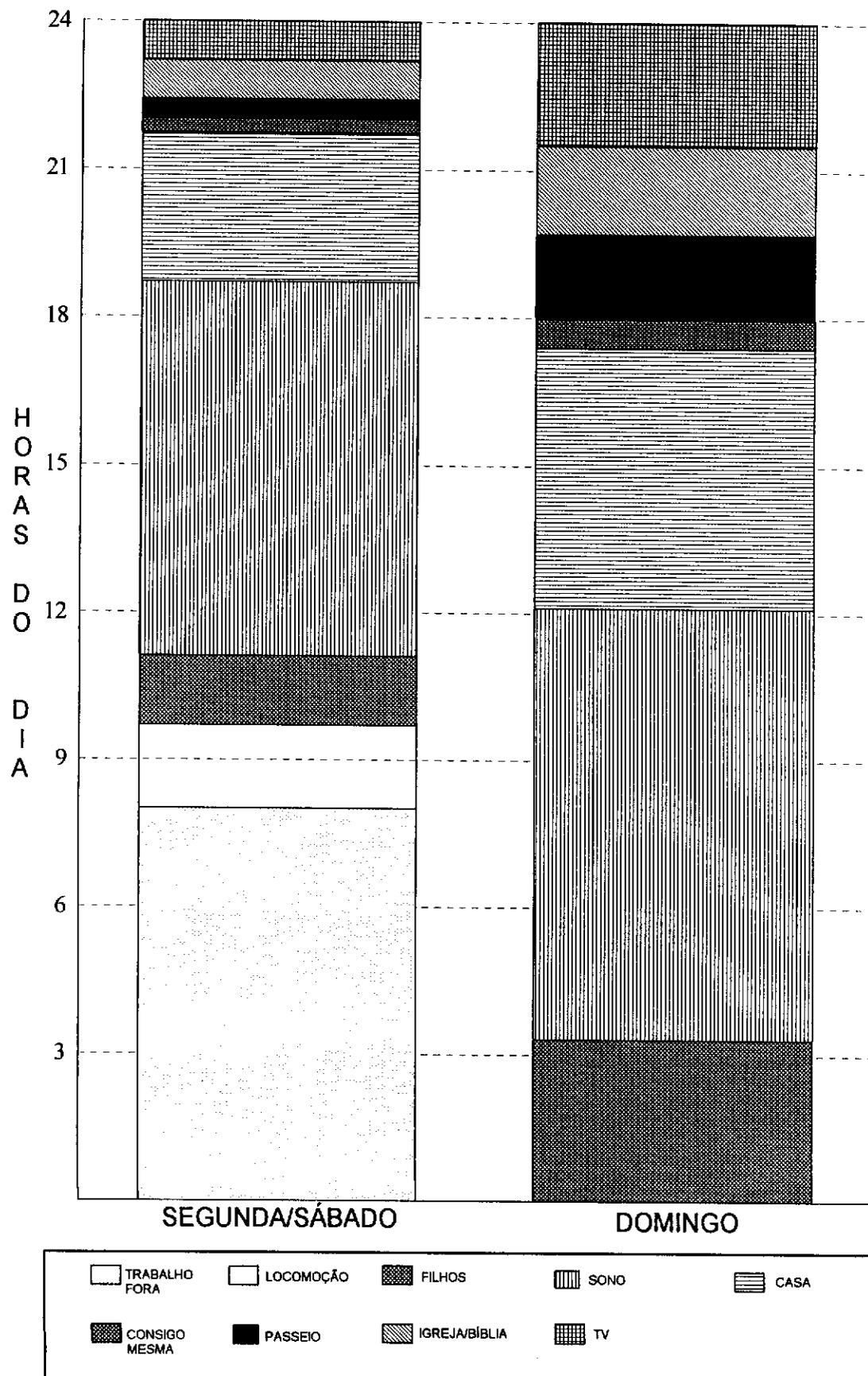
Em uma análise do gráfico da 'mulher tipo' é interessante observar a quase ausência de formas de lazer, de preocupações com a afetividade e com o auto-cuidado, o que determina condições de saúde ruins, pela perpetuação de condições de vida subhumanas onde o destaque é a sobrevivência.

O contacto constante com as mulheres possibilitou a formação de uma impressão sobre cada uma delas, que pode ser explicitada da seguinte maneira:

⁸ O gráfico com a ocupação semanal das mulheres foi adaptado de André MICHEL. *La femme dans la société marchande*. pág. 187 APUD Elizabeth BADINTER. *Um amor conquistado: o mito do amor materno*, 1989. P.348

OCUPAÇÃO DAS MULHERES DURANTE A SEMANA

Goiânia, 1994
Mulher - Tipo



Quando fui visitar Eliza pela primeira vez, tive um impacto. Já conhecia a história de desnutrição e doenças de sua filha Mônica, e também de suas condições de vida, que me haviam relatado serem muito ruins. O que encontrei foi muito pior! Apesar desse contexto, Eliza é alegre, otimista e tem um brilho nos olhos, especialmente quando fala dos filhos. É tão carente que inspira um sentimento de proteção, porém é muito decidida e não se entrega às adversidades. Chama a atenção o seu sorriso constante. Dá muito valor ao carinho do Projeto para com ela e sua família. Apesar do contexto, parece ser feliz e ter uma boa interação familiar. Eliza foi para mim uma lição de vida, pela sua alegria, garra e principalmente pelo imenso carinho demonstrado na relação com os filhos.

Dalva é uma pessoa lutadora, que não se deixa abater pela miséria e pela falta de perspectivas em que vive, manifestando muita vontade de modificar suas condições de vida. Relatou que tudo o que quer na vida é saúde para o marido e os filhos, pois dessa forma eles poderão estudar, trabalhar e viver suas vidas sem dependerem de ninguém. Consegue viver acima da vida miserável em que está seu cotidiano, e tem força suficiente para ter esperanças de melhora. Passa por uma fase de extremo otimismo, que credita ao ingresso de seus filhos no Projeto, pois entende que eles melhoraram muito, e seus horizontes de melhoria de renda estão gradativamente se abrindo. Dá impressão de se sentir abandonada pelo marido. É muito agradável e demonstra sempre muito carinho pelas pessoas do Projeto. Depois de seu ingresso no mercado de trabalho, manifesta uma maior socialização, fala mais, e parece ter mais opinião. Além disso, sua aparência pessoal melhorou muito.

Luiza dava a impressão de ser uma pessoa que sabia muito bem o que queria da vida, buscando todos os meios para chegar lá. Apesar disso, tinha às vezes a sensação de que era meio falsa em suas atitudes, e sem muito ânimo para trabalhar e lutar pela sobrevivência. Em outras ocasiões, a impressão que tive já era outra: me parecia confusa e insegura, estando no seu pleno direito de ir em busca daquilo que é seu. De qualquer forma, está lutando pelo seu canto, pelo seu filho e pela sobrevivência, o que é digno de respeito e de admiração.

Raimunda transmite uma sensação de muita segurança e equilíbrio familiar. É uma pessoa calma, feliz e que manifesta muito amor pelos filhos. Tem uma situação familiar estável e isto termina por refletir-se em sua própria conduta. É bastante diferenciada em relação ao restante do grupo, tanto no que se refere às condições de vida quanto à expectativa de futuro. Talvez, do grupo inteiro, seja a que apresenta melhor estrutura familiar, o que termina por se refletir no seu cotidiano, que é muito organizado, com metas claramente traçadas para o futuro.

Valdete é simpática, comunicativa e sempre me recebeu muito bem. Tem uma fé muito grande e usa a igreja e a bíblia como escudo para quase tudo em sua vida. Aparentemente, tenta resgatar na religião fatos passados, pois transmite muita amargura, dando a idéia de que está fugindo dos problemas e se alienando em Deus. Não manifesta muita interação com a filha, o que possivelmente explique, em parte, seu retardo de desenvolvimento psicomotor. Quando conversava com ela, ficava tentando buscar uma brecha para ultrapassar este 'escudo divino' que ela utiliza com tanta freqüência, porém poucas vezes consegui atingir meu intento.

Ednilda é esforçada no seu dia-a-dia e muito caprichosa. Mesmo passando o dia inteiro fora durante seis dias da semana, sua barraca está sempre limpa e com aspecto de bem cuidada. Parece ser muito dedicada ao trabalho, pois estava no seu emprego há cerca de três anos, e agora, que o trocou por outro melhor, provocou muita tristeza em seus ex-patrões. Dá a impressão de ser feliz e amar muito as filhas. Não é acomodada, e parece ter muita dedicação em tudo o que faz. As filhas são o centro de sua vida.

Elaine, apesar de ter uma casa razoavelmente bem cuidada, não parece ter este mesmo cuidado com os filhos. Apresenta grande 'pobreza de espírito'. Sua mãe assume muito mais as preocupações e cuidados com os filhos do que ela, que é meio acomodada. Seus filhos estão mal de saúde e de estado nutricional, mas mesmo quando estava desempregada não se dispunha a levá-los ao médico. Não tem muita interação com o Projeto e não manifesta satisfação com nossa presença. Parece ter mais preocupação com a aparência do que com o 'interior'. É acomodada e não parece ter 'garra', muito menos preocupação com os filhos.

Nádia é uma pessoa agradável e de muito fácil trato. Apresenta algumas diferenças do restante do grupo, dentre elas a situação educacional e de moradia. Seu nível de conversa é outro e suas preocupações também. Às vezes parecia-me ser um tanto quanto neutra e desesperançada com a vida, o que talvez se explique pela situação de saúde de seu filho Daniel e suas constantes internações hospitalares.

Maria Célia parece ser uma pessoa sofrida, decidida e muito objetiva, o que

se manifesta inclusive em um grau de agressividade com os filhos. Mas sabe o que quer, é bem falante e facilmente expõe suas idéias. É uma lutadora, amorosa com os filhos, mas transmite uma revolta reprimida. Busca equilíbrio na religião, mas mesmo assim parece cansada de sofrer. É forte, objetiva e prática, parecendo preferir o prático ao sentimento.

Joana é quieta e quase não mantém interação comigo. Tenho tendência a compará-la com Elaine, uma vez que são irmãs. Mantém uma boa interação com os filhos e talvez possa se justificar sua atitude arredia devido aos inúmeros problemas de relacionamento com o marido alcoolista. Parece acomodada e não manifesta muita preocupação com o contexto. Nesse aspecto, assemelha-se a sua irmã Elaine, porém tem uma humildade não característica daquela.

Sônia, por algum motivo que não identifico, não me inspira muita confiança. Talvez até pelos seus relatos e pelo que já ouvi falar a seu respeito por intermédio do pessoal do Projeto. Já seu filho Alexandre é talvez a criança mais estranha de todo o grupo, pela sua apatia e falta de reação frente a tudo! Sônia não manifesta grande interação com os filhos, e relata nostalgia do tempo em que era sozinha. É acomodada e não confio em muitas coisas que diz.

Apesar dos vários encontros que tive com cada uma delas, a interação nem sempre foi a mesma. E isto é revelador na medida que observo que as mulheres mais arredias mostram um quadro distinto das demais, especialmente com relação a suas representações, higiene das casas e filhos e desenvolvimento das crianças.

Para poder trabalhar, um dos problemas da mulher é onde deixar seu(s) filho(s). Para essas mães, o Projeto A.M.A.R. constitui-se nesse local, muito representativo em suas vidas não só pela possibilidade de poderem sair em busca do reforço no orçamento doméstico como também pela suplementação alimentar das crianças, em alguns casos de até 100% do valor total de calorias necessárias para o dia todo.

O Projeto A.M.A.R. - Alcançando Menores Afastados Recuperáveis, localizado no Jardim D.Fernando II, é uma instituição filantrópica de caráter religioso, ligada a uma organização não governamental denominada Mocidade Para Cristo, cujo objetivo geral é **atender crianças e jovens provenientes de famílias de baixo poder aquisitivo a fim de impedir sua inserção no processo de degradação pessoal e moral.**⁹

Dentre os objetivos deste Projeto, destacam-se o atendimento a crianças e jovens provenientes de famílias de baixo poder aquisitivo, com a finalidade de impedir sua inserção no processo de degradação pessoal e social. Para atingir este objetivo, tem como premissas básicas a valorização do menor, o estímulo à participação da comunidade no seu crescimento sócio-econômico e a elevação dos seus níveis de vida. No atendimento a crianças e jovens entre zero e dezoito anos, centra sua atenção no mercado de trabalho, nas dificuldades escolares, na desnutrição e nos envolvidos com mendicância ou crime organizado. Visando um atendimento global, busca ações junto

⁹ Projeto A.M.A.R. Proposta de Atuação, 1993. P.3

à família e à comunidade onde está inserido o menor.¹⁰

O Projeto atende a cem crianças do grupo etário estabelecido, considerando os aspectos de escolarização, saúde e nutrição. As crianças de até seis anos lá permanecem em tempo integral das 7 às 17 horas, recebendo suplementação alimentar em 100% através de quatro refeições, e atendimento de saúde eventual. Para aquelas de sete a quatorze anos, é dada uma suplementação alimentar parcial e estudo dirigido, no turno oposto ao de sua frequência à escola. Para este grupo de crianças, ainda existem oficinas profissionalizantes de picolé, 'geladinha'¹¹ e *silk screen* em camisetas. O produto das atividades é comercializado no próprio bairro e parte da renda fica com as crianças que auxiliaram, cabendo o restante à manutenção da atividade. Para as mães, a assistência se dá sob a forma de aulas de artesanato e corte e costura.

Para que isto seja possível, o Projeto mantém convênios com a Fundação de Assistência ao Estudante, Visão Mundial e com Igrejas Evangélicas da capital. Têm ainda um sistema de apadrinhamento das crianças que envolve famílias da Coréia do Sul e da Espanha.

O grupo de pessoas que dá manutenção às atividades do Projeto está vinculado profissionalmente à Mocidade para Cristo, que se responsabiliza por seus salários e é composto por monitoras, merendeira, orientadores dos cursos profissionalizantes e uma coordenadora. Não existe nenhum treinamento sistematizado

¹⁰ Projeto A.M.A.R. Proposta de Atuação, 1993.

¹¹ A geladinha caracteriza-se por ser um refresco acondicionado em embalagem plástica e posteriormente congelado.

ou a formação prévia de qualquer espécie que atenda a equipe que trabalha no Projeto, sendo que esta atividade, eventualmente, é desenvolvida pelos acadêmicos de Nutrição da Universidade Federal de Goiás que estagiam no local.

Em reuniões mensais, são discutidos com as mães assuntos de caráter administrativo e, em algumas ocasiões, assuntos referentes à saúde das crianças.

Não há nenhuma imposição de caráter religioso e o fato de o projeto ser ligado a uma igreja evangélica não interfere na seleção das crianças que freqüentam o Projeto.

As mães, em geral, mantêm uma boa interação com o Projeto, seja através de contatos informais ou até mesmo de auxílios voluntários que prestam naquele local quando dispõem de tempo livre. A inclusão da criança ao Projeto obedece a um critério social que é o trabalho da mãe fora do lar. Caso este não seja suficiente na relação vagas/procura, lança-se mão do critério biológico, avaliando a presença de desnutrição. Cabe ainda à mãe fornecer uma ajuda financeira simbólica mensalmente, que no último mês de julho era de um real (R\$ 1,00) por criança.

O debruçar sobre os dados indica que, mesmo compondo um grupo relativamente homogêneo do ponto de vista econômico, as mulheres são bastante diferenciadas entre si. Aquelas que já têm moradia de alvenaria, manifestam desejo de melhorar ainda mais suas condições de vida, e aí incluem a continuação dos estudos com vistas a melhorar a renda. Já aquelas que têm um companheiro, parecem ter uma

expectativa de melhora que se vincula ao marido, aos filhos, à saúde e às condições de vida. As que são chefes de família apóiam suas expectativas nos filhos e nas condições de estudo e de saúde, representando bem o valor destes na estrutura familiar presente e futura.

Parece-nos contraditório explicar como pode uma família que vive embaixo de uma lona de plástico, na maior parte das vezes sem água, luz, esgoto ou coleta de lixo, com uma renda ínfima ou quase nula, manter-se saudável, disposta, calma e otimista, a despeito do rótulo de ignorância que a ciência e os seus seguidores lhe atribuem.

A agregação de fatores tais como o analfabetismo, a desorganização social, a falta de companheiro, a doença/fome dos filhos, dentre outros, apontam para uma associação perversa que determina e mantém o ciclo de reprodução da pobreza.

A saúde, que é física e mental, pode ser bem desenhada nesse quadro em que a organização da vida cotidiana, a sociabilidade, a sexualidade, a cultura e o lazer não existem, associando-se a isso o desconhecimento da prevenção primária como atitude que se agrega à saúde e as conseqüências desastrosas de tal fato.

CAPÍTULO V

(RE)COLOCANDO A QUESTÃO:

O QUE OUVI AS MULHERES DIZEREM

"A pobreza, a miséria e a fome introduzem uma ruptura muito mais espantosa do que o instrumento do homo faber; instaura uma cisão muito mais radical do que o cérebro do homo sapiens; propõe uma oposição bastante mais profunda do que a linguagem do homo loquaz."

Maria Cecília Minayo

Quando comecei a contactar com as mulheres que fizeram parte do estudo, tinha uma idéia nebulosa de onde chegaria com este tipo de abordagem. Mas, à medida que o convívio ia-se estreitando, ficava cada vez mais claro que a realidade era muito mais rica do que inicialmente poderia parecer: ela foi-se mostrando lentamente à

medida que eu ia penetrando nas vidas daquelas mulheres e tomando contacto com a dura realidade que desenha seus cotidianos. Sentia então, como se estivesse construindo uma ampla tela de cores e formas diferentes, em que a cada dia fazia um traço na expectativa de descobrir a figura definitiva.

O questionamento da postura profissional me acompanhava o tempo inteiro e eu me perguntava: como conviver com esta realidade sem interferir, sem buscar formas para tentar modificá-la? E mais, como modificá-la sendo não mais que uma mera peça do *iceberg* no qual se situa a saúde e seus profissionais, num contexto muito mais amplo que é o injusto modo de produção capitalista?

O caminho escolhido, a partir das várias imersões nos dados levantados, foi agregar elementos às categorias saúde e trabalho, pois ambas são entrelaçadas e interdependentes. Ficou claro que certas concepções, teorias, categorias, muito mais que médicas, são biossociais, e estão profundamente mescladas às políticas e às instituições, fazendo parte de uma racionalidade científica voltada para a normalização dos sujeitos e a reprodução das relações sociais.

Ao serem perguntadas sobre o que significa ter saúde, as mulheres mostravam-se evasivas, expressando muitas vezes com um 'não sei'. Na continuidade da conversa verificava-se que, na verdade, existe para cada uma delas um agregado de elementos que não são interligados e, por isso, acabam por refletir-se numa negativa de conhecimento.

O início da elaboração passa pela saúde como ausência de dor, para posteriormente chegar ao trabalho e à qualidade de vida. A doença é inicialmente percebida como um processo que não tem vínculo com o social:

*"Ter saúde é não ter dor, ter disposição para trabalhar, conseguir resolver os problemas que afligem a vida."
(Dalva)*

"Apesar de tudo o que falta, não dói nada, por isso acho que tenho saúde." (Eliza)

"Tenho saúde porque não me falta vontade de trabalhar." (Valdete)

Para a classe trabalhadora, o conceito que está imbricado na definição social de saúde/doença veiculado pela visão de mundo dominante é a de incapacidade para trabalhar, numa representação eloqüente de uma realidade em que o corpo é gerador de bens, é força de trabalho. O estar doente implica em prejuízo financeiro, decorrente do uso do corpo como instrumento de trabalho. Além do mais, implica em um custo adicional, decorrente de gastos com medicamentos.

A doença, muito além de ser apenas um motivo para procurar o médico, é um fato de amplas repercussões, que implica na reorganização social do cotidiano. Mais do que um desvio do biológico, é determinante do acontecimento social, e este, antes subsidiário aos aspectos biológicos, passa a constituir o filtro através do qual se apresentam esses fenômenos, o que justifica a dimensão social da ocorrência das doenças.

A doença cria a ansiedade e o medo porque quebra a harmonia orgânica e muitas vezes transcende o próprio doente, atingindo a vida familiar e comunitária. A pressão social também é poderosa, na medida que estimula um padrão de pessoas sadias e produtivas. Assumir o papel de doente implica em quebrar esta cadeia social e renunciar, mesmo que de forma transitória, a um papel social.

Nessa perspectiva, tentando saber da importância do trabalho, observa-se que para todas elas trabalhar significa independência, possibilidade de melhoria de vida, sobrevivência:

*"Trabalho para sobreviver, mas trabalharia de qualquer forma pois ele me dá dinheiro e independência ... trabalhar me deixa feliz, ocupa a cabeça, permite viver um pouco melhor, ajudar o marido nos gastos da casa."
(Dalva)*

*"Trabalhar é bom. Ajuda a melhorar a vida dos filhos."
(Ednilda)*

Na organização da vida cotidiana, sete dessas mulheres atuam como chefes de família, criando os filhos e suprimindo suas necessidades sozinhas, porque não têm companheiro. Os pais de seus filhos abandonaram o lar por diferentes circunstâncias, e elas têm agora a função de gerenciar a casa, cuidar dos filhos e garantir os insumos financeiros. Porém, isso não parece ser motivo de muita preocupação por parte delas, pois mesmo reconhecendo que a ajuda seria benéfica, esse fato não tem servido de desestímulo em sua vivência cotidiana.

"Posso trabalhar que nem um homem!" (Ednilda)

"É muito difícil ser mulher, pois ela tem que fazer tudo sozinha, tem muito maiores responsabilidades." (Sônia)

"A mulher é uma sofredora, mas não sinto falta de ser homem." (Valdete)

Uma minoria (três) têm emprego formal, com carteira assinada e garantias sociais. E, apesar de a renda ser semelhante a das demais (em torno de um salário mínimo), a expectativa de vida de duas dessas mulheres é bastante diferente, tendo preocupação em melhorar o que já dispõem. As demais, ainda lutam por mínimas condições de sobrevivência, fazendo parte do mercado informal de trabalho como domésticas, passadeiras ou faxineiras, quatro delas trabalhando além de oito horas ao dia.

Segundo a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios do IBGE, a mulher que representa 51% da população brasileira, vem aumentando seu ainda baixo índice de escolarização (53.3%) e cerca de 39.9% delas trabalham fora de casa. Porém, ao agregar-se o trabalho informal ao regulamentado, estima-se que chegue a 50%. Por outro lado, apesar de representarem 35.5% da população economicamente ativa, têm rendimento médio de 2.8 salários contra 4.9% dos homens.¹

¹ FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios*, 1993.

Poder-se-ia perguntar a razão da diferença numérica da inserção masculina e feminina no mercado de trabalho. Na verdade, há alguns impedimentos para o trabalho fora do lar: filhos, baixo salário, dificuldade de conciliar o emprego e as atividades do lar, falta de estudo/profissão e a gestação. Além disto, entra em cheque o sentimento da maternidade, ambíguo e divisor das aspirações da mulher, que termina por fazer em sua cabeça um misto de culpa com necessidade: o ter de trabalhar e o querer dar mais atenção aos filhos.

"Gosto de trabalhar, mas a minha prioridade são os filhos. Se eles necessitassem, largaria tudo!" (Nádia)

Associado a este sentimento a mulher demonstra consciência ao ser explorada pelo múltiplo de papéis desempenhados e pela desigualdade entre seu trabalho e o do homem.

"A mulher trabalha muito mais do que o homem. Só que o trabalho não aparece..." (Eliza)

"Ser mulher é muito difícil, pelo excesso de responsabilidades: ao homem só cabe colocar as coisas em casa, não se preocupa com o restante. E o que é pior: cobra isso da mulher!" (Elaine)

"O homem é muito folgado. Enquanto a mulher esquenta a cabeça e resolve as coisas, o homem não está nem aí ..." (Dalva)

"O homem é muito irresponsável e a mulher muito sofrida. Mas gosto de ser como sou." (Nádia)

"Ser mulher é maldição, desde os tempos de Eva! O sofrimento é uma consequência desta maldição."(Raimunda)

A saúde, por sua essência social, vai muito além da aparência biológica que em geral transparece. No cotidiano das pessoas, essa afirmativa se torna concreta: mesmo quando não expressa claramente a vinculação da saúde com o contexto social, a fala das mulheres mostra todo um raciocínio que termina por estabelecer uma forte ligação entre saúde, bem-estar e trabalho, aqui entendido como a forma de produção típica de cada integrante do grupo familiar - brincar, estudar, trabalhar etc.

Aprofundando na relação das mulheres com a saúde e o trabalho, vemos que, somente a partir do momento em que a incapacidade ocorre, estabelece-se a necessidade de procurar algum cuidado médico de saúde. A procura não é imediata; sempre se aguarda um sinal corporal intenso para procurar algum cuidado.

"Para ir ao serviço de saúde é preciso estar doente, e muito doente!" (Dalva)

Boltanski atribui essa tendência ao uso do corpo, pois quanto mais obrigados estão os sujeitos a atuarem fisicamente, menor é a atenção que prestam ao corpo e menos consciente será a relação com ele mantida. Em sua preocupação de caráter teórico-analítico, este autor vai explicitar as diferenças no uso e nas formas de percepção do corpo nas diversas classes sociais, concluindo que, naquelas de menor

renda, a busca de produção de meios de vida implica em um uso mais intensivo do corpo, em um trabalho que tem muito de mecânico e pouco de intelectual.²

É também de acordo com o uso funcional do corpo que as doenças de homens, de mulheres, de crianças e de velhos são percebidas e classificadas, pois é o corpo que remete a atividades próprias das funções biológicas e sociais dos sexos e da idade. Os homens se sentem menos doentes, o que talvez se explique pelo reconhecimento social de que ao homem não são dadas muitas chances de adoecer. As mulheres definem-se como menos fortes e sadias do que os homens, a despeito de se considerarem mais corajosas, o que talvez se explique pelo próprio contexto de que a mulher, ao deter mais conhecimentos sobre as doenças, as reconhecem mais facilmente.³

Para as mulheres estudadas, o cuidado com a saúde resume-se ao tratamento da doença. Mas essa percepção, à medida que se aprofunda a discussão, mostra-se permeada de outros elementos, entre as quais se sobressai a preocupação com o trabalho e a sobrevivência, que acoberta possíveis agravos à saúde.

Esta recusa a cuidar da própria saúde pode ser atribuída às coerções do dia-a-dia, econômicas principalmente, que proíbem, ou pelo menos tornam extremamente difícil, o abandono das tarefas exigindo contínua, intensamente e pelo mais longo tempo possível, o uso do corpo. A doença tira a força do doente, ou seja, o impede de viver normalmente e de fazer de seu corpo um uso (profissional

² Luc BOLTANSKI. *As classes sociais e o corpo*, 1989.

³ Marcos S. QUEIROZ e Ana M. CANESQUI. *Famílias trabalhadoras e representações sobre saúde, doença e sobre as instituições de medicina "Oficial" e "Popular"*, 1988.

especialmente) habitual e familiar.⁴

Isso fica claro quando são questionadas se a doença as impediu de trabalhar em algum momento, e me respondem que não, pois isso implicaria em desconfiança do empregador (como se o fato fosse mentira), corte de salário e falta de responsabilidade com o serviço.

"Já fui trabalhar doente, porque trabalho é coisa de responsabilidade!" (Ednilda)

Os dados coletados mostram que, em se tratando de prevenção de doenças, sequer se reconhece esta prática, produto, provavelmente, da conjunção de fatores por elas citados, onde sobressai a dificuldade de acesso ao serviço de saúde, impedimento devido ao trabalho ou às tarefas domiciliares, movimentos grevistas do serviço público, a pouca interação entre serviço, profissionais e usuários, além da própria falta de tempo disponível para se deslocar ao serviço de saúde e enfrentar filas e má-vontade.

*"Não vou ao médico porque não me sinto doente."
(Luiza)*

"Adulto não precisa de prevenção. Cada um sabe se cuidar." (Joana)

"Para não adoecer, basta não fazer extravagâncias, tipo beber, fumar..." (Nádia)

⁴ Luc BOLTANSKI. *As classes sociais e o corpo*, 1989.

"Previno doenças evitando coisas que causem danos, como por exemplo alguns alimentos." (Valdete)

Assim, as mulheres limitam sua prevenção ao exame esporádico para detecção de câncer de colo uterino, e mesmo esse, na maioria das vezes, em momento concomitante com o pré-natal. De fato, esta é a única razão para a presença da mulher, como paciente, na unidade de saúde, uma vez que ela é vista da ótica da reprodução e não da saúde. A maior parte das mulheres estudadas fez seu último Papanicolaou há mais de dezoito meses, sendo que uma delas nunca realizou tal procedimento, mesmo já tendo feito pré-natal.⁵

Alie-se a isso, a ênfase das políticas de saúde nos aspectos clínicos e epidemiológicos dos riscos e danos que afetam a saúde da mulher somente no que diz respeito ao processo de reprodução. As políticas de saúde para a década 1990-2000, no que concerne às 'metas', no item 'proteção para meninas e mulheres', falam em educação e serviços de planejamento familiar acessíveis, em acesso ao acompanhamento pré-natal e no reconhecimento universal das necessidades de cuidados especiais de saúde e nutrição para as mulheres durante a primeira infância, a adolescência, a gestação e a lactação.⁶

Com relação à contracepção verificou-se que a ligadura de trompas, mesmo sendo uma técnica radical, é a opção preferencial da maioria das mulheres estudadas:

⁵ Segundo as normas do Ministério da Saúde, o exame para prevenção do câncer de colo uterino deve ser feito anualmente (até a idade de 15 anos). Para mulheres de 22 a 30 anos, o exame também é anual, desde que não tenha nenhuma indicação clínica, e para aquelas com mais de 30 anos o exame é semestral.

⁶ FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA-UNICEF. *Situação mundial da infância*, 1993.

quatro fizeram laqueadura e um dos maridos fez vasectomia, manifestando ser essa sua opção pelo fato de ser definitiva.

"Queria usar o DIU, mas como o serviço de saúde está em greve, compro pílulas. Mas ela é muito cara!" (Dalva)

"Fiz laqueadura porque já tive todos os filhos demais. Mas estou muito satisfeita com todos eles." (Eliza)

"O médico do serviço público quer fazer uma laqueadura e cobrar três salários. Como não tenho este dinheiro, sugeri que meu marido faça uma vasectomia, que é um procedimento rápido, menos agressivo e mais barato." (Raimunda)

A questão da contracepção é produto de inúmeros fatores, cujo resultado observado é apenas um micro-universo. Porém, os dados indicam que as mulheres não mais querem ter muitos filhos, e colocam como argumentos o trabalho, a situação econômica, a falta de creches, dentre outros. Mais do que isso, o fato concreto é que há uma total ausência de programas responsáveis e sérios sobre planejamento familiar, que permitam às mulheres uma opção menos radical do que a laqueadura tubária.

A maternidade, tal como é concebida pela ideologia dominante, tem implicações profundas, relacionadas não somente à reprodução da assimetria sexual como também à estruturação da personalidade afetivo-sexual da nova geração. Assim, de certa forma a reprodução constitui para a mulher aquilo que o trabalho é para o

homem: uma atividade criadora, ou seja, a maternidade se torna uma espécie de substituto para o trabalho, uma atividade em que a criança é vista como um objeto criado pela mãe, da mesma forma que um bem é criado por um operário.

A saúde e a doença são fenômenos que se associam em todos os momentos a variáveis econômicas e sociais. São expressões que os homens vivem na produção da própria existência. Produção essa que ocorre nas realizações independentes da vontade dos homens, nas relações dos homens com a natureza e nas relações dos homens entre si. A dinâmica dessas relações é que determina a produção e a distribuição não da doença em geral, em indivíduos abstratos, mas de determinadas doenças, distribuídas desigualmente entre classes sociais historicamente determinadas.

A maternidade é representada por um sentimento ambíguo e contraditório de desejo e fardo; o que pode ser explicado pelo caráter ideológico da maternidade em nossa sociedade. Se por um lado a maternidade é valorizada, por outro não são dadas as condições materiais objetivas para este fim. Das onze mulheres, a maioria relata não ter planejado engravidar, especialmente após o segundo filho, porém a maioria está muito satisfeita com a presença dos filhos no lar.

*"Os filhos não atrapalham a minha vida, muito pelo contrário, é a melhor coisa que Deus podia me dar."
(Maria Célia)*

*"Eles não atrapalham, muito pelo contrário, fazem companhia e trazem felicidade."
(Eliza)*

*"Filhos, nunca mais ... sem eles eu vivia muito melhor!"
(Sônia)*

As formas de relacionamento entre mãe e criança não são homogêneas e variam de acordo com as características de cada classe ou grupo social, apesar do substrato biológico comum. No grupo, a vontade de ter filhos parece um dado inquestionável e de bastante força, apesar de todas as dificuldades materiais que as mães enfrentam em seu cotidiano. Dentre os fatores que podem explicar tal quadro estão a presença dos filhos como segurança presente e futura contra a solidão, a segurança material e afetiva e a necessidade de reconhecimento por um trabalho invisível - o trabalho doméstico que, sem os filhos, seria ainda mais invisível, mesmo sendo consumido por outras pessoas da família.

"Os filhos são companhia, e no futuro vão ajudar muito." (Ednilda)

"Os filhos não atrapalham e sim, servem de companhia, pois sem eles eu seria muito só." (Elaine)

Mesmo não tendo sido pinçado de suas falas, pode-se inferir, pela teoria, que um segundo fator seria que a existência dos filhos permite às mulheres exercerem um poder e uma autoridade no espaço doméstico, com elementos de auto-segurança e autovalorização pessoal e social. A quem são negados os mínimos direitos de uma vida digna, poder optar pela procriação é uma demonstração de força, coragem e independência.⁷

⁷ Ruben ALVES. *Religião e enfermidade*, 1978. P.27

Para algumas, a questão da saúde passa ainda pela mística religiosa. Alves diz que **seja como causa de enfermidade, seja como sintoma de enfermidade, a religião e a patologia aparecem como um par.** Este autor afirma que a psicanálise, o marxismo e o positivismo sugerem a falta de elementos capazes de demonstrar a existência de qualquer relação entre religião e saúde. Porém, lembra que a religião, enquanto alienação, é reflexo da alienação fundamental, que é a verdadeira enfermidade - a alienação econômica. **Enquanto persistir a enfermidade fundamental no nível econômico, persistirão também os seus sintomas no nível da consciência.**⁸

*"Crente não vai ao médico, busca a cura na oração."
(Valdete)*

"Saúde é ter condição de trabalhar, e isso quem dá é Deus." (Maria Célia)

A religião tem um discurso que se constrói, de um lado, como um diagnóstico do real como enfermo, e, de outro, como uma proposta de saúde. Um dos mecanismos mais usados pela religião é a saúde e, com ela, a salvação. A religião como fenômeno humano e político, não escapa da ambivalência que caracteriza a construção social dos conceitos de saúde e enfermidade.

O discurso religioso violenta as regras da lógica e é desqualificado pela impossibilidade de ser submetido a verificação ou falsificação. Alves sugere, então, que

⁸ Ruben ALVES. *Religião e enfermidade*, 1978.

este seja compreendido segundo a lógica da política e do poder, que é a sua origem. Segundo este autor, os poderosos, os mesmos que elaboram (ainda que inconscientemente) os critérios de saúde e de enfermidade, são forçados, pela própria situação, a produzirem discursos religiosos que sacralizem os fatos. Fazendo isso, estabelecem um fundamento ontológico que legitima as condições de dominação.⁹

"O futuro a Deus pertence." (Valdete)

"Os problemas que têm na minha vida, Deus não me deixa ver." (Maria Célia)

A mulher é o agente de saúde da família: atende às necessidades primárias da criança; assume, no cotidiano, as práticas de higiene da casa, dos filhos e da família, tentando garantir um nível razoável de não-doença; responde pelo tratamento caseiro de algumas doenças e, quando esgotadas essas condições, pela ida ao serviço de saúde; incorpora o papel de educadora dos filhos no que concerne a hábitos e valores e de equilibradora das ansiedades e tensões familiares, além de racionalizar o orçamento doméstico com vistas a atender todas as demandas e necessidades do lar e de seus componentes. Assume ainda o papel de colaboradora nos insumos econômicos da casa, tendo, assim, muitas vezes, uma dupla jornada - a das tarefas domésticas e a do trabalho assalariado. E é nessa vivência cotidiana que a mulher se torna detentora de um saber acumulado em saúde, que termina por fazer dela um ser humano em sua total omnilateralidade.¹⁰

⁹ Nelsina DIAS. *Mulheres "sanitaristas de pés descalços"*, 1991. Ver ainda Lucila SCAVONE. *As múltiplas faces da maternidade*, 1985.

¹⁰ Nelsina DIAS. *Mulheres "sanitaristas de pés descalços"*, 1991.

"Dia destes um dos meninos adoeceu e só estava em casa meu marido. Ele esperou até eu chegar para que coubesse a mim tomar a atitude de levar o menino ao médico." (Joana)

Já a atenção dirigida à saúde das crianças é sempre maior do que a concedida à saúde dos adultos, e o recurso ao médico mais freqüente, produto de uma combinação da valorização por parte da família e da disponibilidade de programas de atenção no serviço de saúde.

As mães, atentas à saúde dos filhos, identificam a presença de certos sintomas reconhecendo se a criança está com saúde ou se está doente, tratando ou eventualmente, levando-as a um serviço de saúde. Os sintomas são bastante estereotipados. As mães guiam-se pelo comportamento da criança (manhosa, calma demais, desanimada, triste, irritada, 'mansa'), pelo apetite, pelo sono inquieto, pela perda de peso e mesmo, pelas dores de que se queixa. Dessa forma, avalia a saúde da criança por parâmetros próprios da infância, como brincar, sorrir, ser alegre; por suas necessidades biológicas fundamentais, como dormir e alimentar-se bem e pela expressão de um organismo forte, como ser robusto e estar corado.

"Sei que o Lucas está doente quando fica enjoado, com mudança de comportamento."(Luiza)

"Reconheço quando ela está doente pela falta de apetite, desânimo, além da irritação e nervosismo." (Valdete)

Existe o reconhecimento da necessidade de algumas medidas preventivas para evitar doenças na criança, especialmente os cuidados com a higiene e as vacinas, com maior ênfase nessa última. Mesmo assim, a maior parte delas utiliza-se apenas das campanhas de vacinação para levar os filhos e os argumentos são os constantes movimentos grevistas e a dificuldade de acesso ao serviço por motivo de trabalho. Das crianças menores de dois anos, quatro têm vacinas em atraso, sendo que duas delas são desnutridas, o que caracteriza uma situação perigosa do ponto de vista da morbimortalidade infantil.

"Prevenção é vacina e vacina é em campanha, pela falta de tempo." (Maria Célia)

As doenças infantis que mais são referidas pelas mães são aquelas relacionadas à qualidade de vida, como diarreia, problemas respiratórios e desnutrição, esta última presente em cinco delas. Porém, a maior parte não consegue estabelecer uma conexão entre a doença e outros fatores sociais e muito menos interligá-los.

"A Jéssica é igual aos outros dois. Muito franzina, parece que não vai dar conta de sobreviver. Depois vai crescendo e melhora...é a diarreia que faz com que 'descaia' de uma hora para outra..." (Dalva)

A medicina caseira é muito difundida entre elas, provavelmente produto de tradições culturais aliadas à ineficiência dos serviços de saúde e a seus limitados recursos financeiros. Essa observação parece ser pertinente, na medida que não existe

muita lógica em alguns tratamentos oferecidos pelas mulheres. Parece ser muito mais a necessidade de dar alguma resposta à doença sem muita relação com um efeito positivo na melhoria da saúde. Para isso, misturam as folhas que têm em casa fazendo os mais variados tipos de chás, torram sementes e, algumas vezes, usam esse tipo de tratamento associado ao prescrito no serviço de saúde.

A presença da doença, aliada aos diferentes motivos de impossibilidade de recorrer ao serviço de saúde, cria alternativas para solução dos problemas que as estão agredindo, dentre elas a medicina caseira, a religião ou até mesmo a não assumência da doença.

A ida ao médico, que invariavelmente é do serviço público de saúde, só é feita posteriormente ao tratamento caseiro, fato que se explica pela provável familiaridade da mãe com as constantes recidivas das doenças da pobreza e pela falta de resolutividade do serviço.

"O CAIS tem profissionais que não sabem o que o paciente tem, atendem mal, humilham ... não olham na cara do paciente, e são muito grosseiros ..." (Luiza)

"O CAIS é muito bom, só atrapalha quando vem a greve." (Eliza)

"Só levo ao CAIS quando um deles está doente, pois não tenho tempo disponível para ficar em filas." (Joana)

Quando assumem buscar auxílio, muitas delas passam direto ao nível terciário (Hospital das Clínicas) por entender que os níveis hierarquicamente inferiores (CAIS, CIAMS e postos de saúde) não atendem suas necessidades.

"Quando algum deles adoecer, vou direto ao HC porque o CAIS não resolve, já que nunca tem vaga." (Dalva)

"Levo ao HC porque o CAIS me dá medo, além do atendimento ser ruim e as vagas serem poucas." (Raimunda)

O que percebe-se é a falta de resolutividade e credibilidade no serviço de saúde, produto provável das consequências desastrosas da falta de prioridade governamental com o social. Aqui destacam-se elementos tais como os movimentos grevistas, a falta de infra-estrutura para atendimento, o quantitativo de profissionais de saúde no local e, especialmente, a qualidade do atendimento prestado.

Surgem ainda os problemas decorrentes da orientação técnica dada pelo profissional de saúde, ou até daquela que não é dada:

"Na internação da Cíntia o meu leite quase secou pois não sabia que deveria 'tirar'. Depois que a Mônica começou a mamar, o leite reapareceu... aí ela foi para casa com uma receita de leite importado que custava mais do que todo o salário da semana do José..." (Eliza)

"O médico me orientou a só levar as crianças lá quando estivessem doentes." (Nádia)

Essas falas nos fazem interrogar sobre o discurso da prevenção em saúde, e, no caso específico das onze mulheres e seus filhos, sobre a valoração do aleitamento materno, da vacinação infantil e da educação em saúde.

O Estado, enquanto gerador/gestor de políticas, pode ser analisado como um instrumento que reflete as contradições geradas pela segregação social. Cabe ao Estado realizar a regulação social capaz de atenuar os efeitos das desigualdades; selecionar e distribuir os recursos públicos destinados ao consumo coletivo e capazes de manter/reproduzir a força de trabalho e mediar a luta de classes e o evento de novas estruturas.¹¹

O que ocorre é que, por questões de fundo estrutural já apresentadas, a política de saúde brasileira é um mero remendo aos estragos provocados pela política econômica. Assim, alocam-se poucos recursos e mesmo estes têm uma distribuição totalmente dissociada das necessidades da população.

A miséria torna o limite entre a vida e a morte muito tênue. A sobrevivência cotidiana é a principal atividade de grande parcela da população. Não existe esperança e muito menos dignidade, para não se falar em ambição. Nesse quadro de não-cidadania criado pela extrema desigualdade social a que estão submetidos milhares de brasileiros, a chaga mais claramente observável é a situação da saúde.

A construção social da pobreza e suas derivações, produto do anacrônico e perverso sistema capitalista brasileiro, é resultado de uma múltipla correlação entre

¹¹ Maria C.S. MINAYO. *O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde*, 1992.

ideologia, política, economia e condições de saúde e de nutrição da população. Para poder fazer história, é preciso estar em condições de viver. Marx & Engels,¹² a este respeito, dizem que a vida implica, antes de mais nada, em comer e beber, em habitação, vestuário e muitas outras coisas. O primeiro ato histórico, pois, é a produção dos meios de atender a estas necessidades, a produção da vida material.

Esse contexto, tem como produto uma série de repercussões sobre a criança, onde destaca-se a fome, a falta de controle das doenças imunopreveníveis, a insuficiente estimulação do desenvolvimento psicomotor. E o que é mais grave, a falta de interação mãe/filho numa relação prazerosa e fundamental na formação da personalidade e no futuro daquele que tem um cotidiano inteiro por viver.

A falta de estimulação das crianças se traduz em uma série de retardos de desenvolvimento observados pela monitora do berçário do Projeto A.M.A.R.

"O Zé Mário é muito introvertido e não se comunica nem para pedir para ir ao banheiro ... a Mônica, apesar de seus 2 anos, anda e come somente com ajuda . Apenas agora está aprendendo a sorrir ... Priscilla é fechada, de pouca conversa, pensativa e não interage bem com as demais crianças ... Jéssica sequer levanta, pois tem as pernas moles ... Alexandre é apático e sem iniciativa, não brinca e fica imóvel na posição em que é colocado."

Uma avaliação do desenvolvimento físico-motor, percepto-cognitivo, de linguagem e sócio-emocional das crianças, feita por uma profissional de psicologia,

¹² Karl MARX & Friedrich ENGELS. *A ideologia alemã*, 1984 .

confirma o que, através das visitas domiciliares já havia sido observado: parece existir uma ligação entre fatores sociais, de saúde e de comportamento, que permeiam a relação mãe e filho. A leitura atenta das histórias de vida mostra que o desenvolvimento das crianças guarda uma linearidade com o restante do contexto familiar, e que aquelas mulheres com uma condição de vida um pouco melhor, também têm mais expectativas e maior desenvoltura na relação com os filhos.

Nesta avaliação, as crianças rotuladas como desnutridas apresentaram maiores prejuízos, com variados graus de retardo do desenvolvimento, especialmente de linguagem e de desenvolvimento físico-motor. Porém, observa-se que naquelas famílias em que se constatou uma interação social precária este fato também ocorre, independente da presença de desnutrição.

Chama a atenção a observação feita pela psicóloga de que as crianças, mesmo estando na mesma sala, constituem-se em dois grupos distintos - um, com retardo de desenvolvimento, e outro, compatível com o esperado nos itens avaliados, o que implica em cuidados, atenção e estimulações diversificadas. O fato de ficar na creche, no entanto, não parece indicar para a resolução desse problema, na medida que a monitora não apresenta formação condizente com as necessidades. Este é um dado de especial importância, uma vez que a criança permanece, em período integral, cinco dias por semana sob a responsabilidade do Projeto.

O Estado têm-se limitado, na maior parte das vezes, a projetos filantrópicos de caráter médico-higienista, com variado percentual de subvenção, num equívoco de

que dessa forma se poderia combater a pobreza e a morbimortalidade infantil, numa visão compensatória de carência. A consequência foi que a creche terminou por assumir um papel mais amplo e uma cobertura que, muitas vezes, funciona como de mil e uma finalidades, que vão do pedagógico à alimentação, passando pela assistência à saúde e higiene, entre outros.¹³

Dessa forma, a creche perde sua característica original para ser uma instituição catalizadora das carências do bairro. Assim, passa a atender crianças em idade escolar no turno oposto ao que vão para a escola, a suprir as carências do serviço de saúde e deixando de colocar como condição para a entrada da criança na creche, a obtenção de emprego por parte dos pais. Na verdade, a ênfase é muito mais sobre a situação social da família do que sobre sua estrutura de vida.

E é nesse contexto que temos de buscar a compreensão da necessidade da guarda das crianças. Aqui influenciam desde o trabalho da mãe fora de casa até, e especialmente, a pobreza crônica e seus derivativos, particularmente a falta de alimentação e o aumento do percentual de famílias monoparentais ou chefiadas por mulheres sozinhas.

"A creche faz falta pela comida, pelo carinho e pela necessidade da mãe de trabalhar." (Maria Célia)

O perfil da mulher que trabalha tornou-se complexo, porém o predomínio continua sendo o setor terciário, em especial o emprego como doméstica. Esta inclusão no mercado de trabalho não se fez acompanhar de uma política de apoio para a saída

¹³ Cristina A.C. FILGUEIRAS. *A creche comunitária na nebulosa da pobreza*, 1994.

do lar. Assim, sujeitas ao subemprego, uma vez que este é mais compatível com o cuidado dos filhos, e sub-remuneradas, as mulheres improvisam como podem para garantir essa dupla atribuição.

A dependência da creche é tão grande que, na segunda quinzena do mês de julho, o Projeto A.M.A.R. entrou em férias coletivas o que acabou trazendo alguns transtornos para as mães, tendo em vista as dificuldades em deixar as crianças em casa para poderem trabalhar. Cinco delas utilizaram o pagamento de uma pessoa para cuidar das crianças; outras três, o auxílio de parentes, e algumas simplesmente não compareceram ao emprego. Este fato é relevante, na medida que estas mulheres dependem totalmente do seu trabalho para sobreviver.

*"Creche é condição para o pobre poder trabalhar."
(Ednilda)*

Isto posto, é possível concluir que é na vida cotidiana que a mulher (como também o homem) se faz inteira, pois é aí que participa como sujeito dos movimentos sociais. **É no cotidiano que coloca suas habilidades, conhecimentos, sentimentos e ideologia**¹⁴; é onde se delineiam seus papéis sociais: o trabalho, a família e o lazer.

A vida cotidiana não está fora e sim no **'centro' do acontecer histórico**,¹⁵ sendo elemento determinante da substância social. A história de vida das mulheres mostra que, enquanto sujeitos, fazem parte de uma pluralidade, numa rede de

¹⁴ Karel KOSIK. *Dialética do concreto*, 1976. p.17.

¹⁵ Agnes HELLER. *O cotidiano e a história*, 1972. p. 20.

relações com a natureza e com outros sujeitos, desvelando o mundo social. É a práxis cotidiana, a partir de onde homens e mulheres controem sua história.

A saúde, inserida nesse cotidiano, como resultado de um complexo processo social, recebe influências do modelo de desenvolvimento, que implica em interferência sobre o cotidiano dos sujeitos onde, necessariamente, deve-se fazer presente a justiça social e a resolução das situações de exclusão - o desemprego, o baixo poder aquisitivo dos salários, a educação, a moradia, o saneamento básico, a alimentação e o lazer.

Minayo afirma, com muita propriedade, que doença, saúde e morte não se reduzem a uma evidência, seja ela orgânica, natural ou objetiva, mas estão intimamente relacionadas à caracterização de cada sociedade. Para esta autora, **a doença é uma realidade construída e o doente um personagem social.**¹⁶

Nessa trilha, pode-se entender porque as representações sociais de saúde e doença são especificidades de cada grupo social, a partir de uma visão particular do corpo, coerente com sua visão de mundo e organização social. A linguagem da doença, antes de ser uma linguagem em relação ao corpo, é uma linguagem da sociedade e das relações sociais.

As condições de saúde e de doença são determinantes das condições de vida e de trabalho. Saúde é, portanto, indicador de cidadania, configurando uma

¹⁶ Maria C. S. MINAYO. *O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitaiva em saúde*, 1992. p. 175.

relação histórica entre Estado e sociedade. A agregação de fatores tais como analfabetismo, desorganização familiar, doença dos filhos dentre outros, apontam para uma associação perversa, que determina e mantém o ciclo de reprodução da pobreza.

A busca da compreensão do processo saúde/doença, contextualizado na estrutura social e, em especial, no cotidiano de mulheres e crianças, é um elemento valioso na categorização desse cotidiano. Com essa perspectiva, e de posse dos dados coletados, questiona-se: qual o fundante orientador das ações de saúde? Como fazer para não tomar o coletivo na sua individualidade? Como lidar com a polarização entre conceitual e pragmático, teórico e prático, saber e fazer em saúde?

É no nível doméstico que a mulher vivencia e percebe a possibilidade da existência de melhores condições de vida e de saúde para a família. Sua percepção vem da atribuição de responsabilidades que lhe são imputadas historicamente, aqui incluindo as demandas fisiológicas, emocionais e educativas da criança e o gerenciamento do cotidiano da casa e da vida dos demais membros da família.

A saúde, nesta perspectiva, passa a ser almejada como parte de um cotidiano que inclui o trabalho dentro e fora do lar, as relações familiares interpessoais, seu cotidiano econômico, político, social e cultural, aqui incluindo-se o lazer, em um movimento de busca constante da garantia concreta de satisfação no modo de andar a vida de cada um seus componentes.

CAPÍTULO VI

PROPOSIÇÕES PARA UMA RETOMADA DA QUESTÃO

"Não esperes que o rigor do teu caminho, que obstinadamente se transforma em outro, que teimosamente se transforma em outro, tenha fim."

Jorge Luiz Borges

Propor alternativas de transformação de um quadro por vezes tão desolador passa por um repensar da minha postura enquanto profissional de saúde e mulher. Mesmo enraizada numa formação em que o biológico foi preponderante, defendo o direito e o dever de uma prática de cunho político e ideológico que, respaldada no social, seja agente de transformação da sociedade.

A saúde, do ponto de vista da representação dominante, é um campo de embate do indivíduo, uma vez que as doenças podem ensinar ao Homem como

perceber o que é melhor para ele. É por isso mesmo uma questão vital de atribuição individual e coletiva, muito além dos limites do biológico e do fisiológico.

Nessa ótica, a saúde pode ser compreendida como uma representação capaz de abranger a historicidade e as relações sociais de forma totalizadora, numa concepção que se pode definir como consciência sanitária.

Consciência sanitária é a tomada de posição da saúde como direito individual e objeto de interesse coletivo e, como tal, vai da arena do campo médico para a dos direitos sociais, onde inclui-se a assistência médica com qualidade, quantidade e resolutividade, além da transformação das relações sociais de produção e da redefinição das prioridades do Estado, com ênfase nas políticas sociais.

Em outras palavras, não é uma mera questão de conceder uma certa **intromissão do social** para dentro de modelos de saúde/doença epidemiologicamente concebidos, **mas de reconhecer a pertinência dos fenômenos da saúde/doença em processos sociais como uma totalidade etnoepidemiológica.**¹

A reflexão sobre a totalidade social em que se insere a questão da saúde favorece a elucidação das condições econômicas, sociais e políticas geradoras de bem-estar. O pensar conjunto sobre o tema saúde, identificando seus condicionantes estruturais, é seguramente agente contribuidor para o desenvolvimento da consciência

¹ Naomar de ALMEIDA FILHO. *A clínica e a epidemiologia*, 1992. P.108

crítica, fundamental à práxis emancipadora, condição de cidadania.

O caminho de resgate da cidadania passa pelo repensar das relações sociais, uma vez que essas são fruto de vivências produzidas em múltiplas formas de produção do saber, seja no trabalho, seja no cotidiano, seja na escola ou no lar.

O trabalho, parte do cotidiano e das relações sociais que daí são engendradas, é categoria essencial deste processo, no qual o saber é produto das relações sociais estabelecidas em uma prática produtiva, em determinado momento histórico.

O capitalismo, desde seu início, mantém um discurso de liberdade dos indivíduos no que tange ao mercado de trabalho, estando o processo saúde/doença estreitamente relacionado à miséria e à exploração pelo trabalho a que as classes trabalhadoras estão submetidas. Foi essa perspectiva que colocou, a partir das primeiras décadas desse século, a questão da saúde e da educação como elementos redefinidores da vida e do trabalho.

As mulheres, com toda uma problemática que é produto de variados fatores já explicitados, tornam-se especialmente vulneráveis a privações, pela perversa associação entre pobreza, precária escolarização e necessidade de buscar, no mercado de trabalho, meios de subsistência. As implicações disso, do ponto de vista social, encaminham para a necessidade de que essas famílias, especialmente aquelas com chefes mulheres, sejam contempladas por programas sociais.

Ao resgatar a fala das mulheres sobre sua condição de vida como mulher/mãe, vimos que não são somente produtoras de filhos, como também produtoras de conhecimentos sobre si. São sujeitos de sua saúde na medida que, ao interagirem saberes do real e do imaginário, constroem um pensar/fazer crítico, capaz de conferir-lhes globalidade, seja como chefes da família, onde lhes cabe as tarefas do lar, seja como trabalhadoras, assumindo as obrigações oriundas do trabalho remunerado.

O cotidiano doméstico é duro, com alternância de uma gama de atividades que termina por usurpar um possível tempo para si, para o lazer. O resgate de elementos do cotidiano, capazes de dar completude à vida das mulheres, passa por um repensar da sua interação social, auto-estima e lazer, enquanto elementos capazes de proporcionar valioso substrato ao estado de saúde dos indivíduos.

A representação da saúde pela mulher é especialmente importante, na medida que mediatiza a relação entre o saber teórico e o senso-comum, que se debruça de diferentes formas sobre um mesmo objeto - a saúde.

O discurso do senso-comum é determinado por fatores de ordem econômica, política e ideológica que, por sua complexidade, muitas vezes encobre as possibilidades de busca de medidas de intervenção eficazes.

Na fala das mulheres, essa representação traz elementos relacionados à subsistência, ao bem-estar e à capacidade de seguir lutando por melhores condições de

vida. Tudo isso permeado por dificuldades de ordem conjuntural e familiar. A identificação desses fatores leva a uma necessidade de buscar modificações nas relações no trabalho fora do lar, na casa e no serviço de saúde.

Resgatando a concepção de saúde, pinço aqui alguns elementos a serem analisados, no sentido de possibilitar um avanço nessa discussão: o componente biológico, a organização social da produção e a vida cotidiana, que inclui a sociabilidade, a afetividade, a cultura, o lazer e a interação social.

É nesse contexto que busco reafirmar a relação entre o processo social e o processo saúde/doença. A questão que se coloca é: como buscar transformar essa relação em um quadro de heterogeneidade estrutural cujos determinantes são as condições de vida? E mais, como enfrentar tal questão sem uma imersão naquilo que podemos chamar de *nós* do problema: a conjuntura política nacional e, em especial, as políticas sociais?

A sociedade brasileira em nenhum momento de sua história enfrentou diretamente a questão da pobreza e da miséria, o que se traduz em um salário que gradativamente vem perdendo seu poder de compra, na concentração da renda se tornando cada vez maior e na dívida social ainda por ser resgatada.

Essa situação de extrema desigualdade a que são submetidos milhões de brasileiros tem sua expressão máxima nas condições de saúde da população. Agregado a isso, assiste-se a uma sucessão de governos que não enfatizam (a não ser na retórica)

o setor saúde, ponto de contato das políticas públicas com o usuário. Isso implica em uma determinação de condições indignas de vida, em que a cidadania é condição de apenas uma parcela da população.

Cidadania é uma qualificação inerente ao exercício da própria condição humana, em que permeiam direitos civis, políticos e sociais como expressões concretas deste exercício. Dessa forma, não tem sentido falar em democracia, liberdade e socialização se a cidadania não for o pano de fundo das condições concretas de existência do ser humano.

Severino ² diz que a cidadania tem elementos que definem a existência e a essência humanas e só são possíveis a partir de três mediações histórico-sociais articuladas e dependentes entre si: (1) o compartilhar dos bens materiais, que implica em um contexto social que lhe garanta usufruir estes elementos; (2) o compartilhar dos bens simbólicos, nos quais se incluem as relações permanentes com a esfera dos valores culturais e (3) o compartilhar dos bens sociais, aqui entendidos como os elementos da esfera política.

A exclusão social, a partir das várias dimensões já apresentadas, termina por definir modalidades de cidadãos: desde os plenos até os não-cidadãos. Sua conseqüência mais drástica é a desqualificação de seu portador, na medida que lhe retira não só a identidade de cidadão como também a de ser humano, portador de desejos, necessidades, vontades e interesses que o diferenciam e

² Antônio J. SEVERINO. *A escola e a construção da cidadania*, 1992.

identificam.³

Nessa perspectiva, a exclusão social afeta a integridade física e o desenvolvimento do conhecimento que, se não são necessariamente produzidos no campo da saúde, são reproduzidos e perpetuados nas políticas sociais e no processo de construção, fragmentação e hierarquização da cidadania.

Essa condição só mudará à medida que houver uma participação efetiva da população e de seus modos de vida, reconhecidos como integrantes de um contexto que é, ao mesmo tempo, histórico, social, político e econômico, o que acaba possibilitando a compreensão dos fenômenos saúde/doença na sua essência, numa busca comum de novos modos de andar a vida.

A condição biológica ideal, de indivíduo saudável, em nível corporal, passa pela interação entre profissional de saúde, paciente e serviço de saúde, devendo ser vista sob esse aspecto. Essa perspectiva, do ponto de vista das políticas sociais, traz à tona um novo tipo de relação entre Estado e sociedade, pela possibilidade da descentralização e de maior participação da sociedade no desenho das políticas sociais.

Para tanto, alguns elementos podem ser acrescentados, como forma de contribuição a essa discussão:

³ Sarah ESCOREL. *Exclusão social e saúde*, 1994. Esta autora determina como dimensões da exclusão a econômica (pela marginalização do mercado de trabalho, bloqueamento da mobilidade social e perda crescente do poder aquisitivo); a política (pela característica que as condições de miserabilidade carregam de impedir o exercício de direitos políticos formalmente garantidos); a social (pelo deslocamento dos bolsões de pobreza do espaço rural para as metrópoles e pela invasão da pobreza no mundo do trabalho); a cultural e ética (pela constituição de estereótipos sociais sobre a pobreza) e a desumanizadora (que revela a lógica que permeia as relações sociais de uma sociedade sem alteridade). Pág.39-40

1. A mulher, enquanto produtora de trabalho no lar e fora dele, tem uma perspectiva abrangente das questões da saúde. Sua práxis faz dela um agente prioritário nos processos de educação informal em que a saúde pode ser abordada sob suas diferentes nuances, nos diversos locais onde se faz presente.

Essa perspectiva da educação fora da escola é importante na medida que assume o ato educativo como integrante dos diferentes momentos sociais, seja no trabalho, na instrução ou na práxis, partindo do pressuposto de que a realidade é um fato social em contínua transformação.

A ação educativa faz a mediação entre o indivíduo e o mundo, na medida que promove a interação entre seres sociais, com isso proporcionando mudanças, transformações. Nessa perspectiva, vai muito além da escola, inserindo-se nas relações sociais de produção, em que o agente pedagógico atua como mediador entre o social e o individual, considerando o indivíduo enquanto real e social, com valores, desejos, necessidades e vivência.

A educação promove um conhecimento socialmente elaborado, capaz de ser incorporado pelo Homem em seu pensar/fazer e nas suas relações cotidianas. Para essa elaboração, lança mão de experiências, valores e informações sobre a realidade na qual **é subjetivada pelo indivíduo nessa relação entre o social - dado pelas significações - e o individual - que se dá pela elaboração e transformação pelos indivíduos - dessas significações**, de tal forma que se tornam parte de seu

pensar cotidiano.⁴

Em saúde, como em educação, muito se discursa sobre a necessidade de buscar caminhos comuns. A tentativa de aglutinar ambas em um eixo denominado educação em saúde⁵ é, muitas vezes, complexa de se concretizar. Buscar estabelecer uma unidade entre a saúde e a educação passa pelo resgate de elementos tão diversos quanto a (trans)formação dos profissionais em nível de III Grau, a identificação com as necessidades sentidas e não sentidas do usuário e a modificação do perfil das políticas sociais.

A modificação da consciência do processo de produção da saúde e da doença é, portanto, produto de uma visão totalizadora, à luz de relações sociais através das quais se compreenda a contínua e dinâmica interação de componentes sociais, políticos, econômicos e culturais.

Na medida que conseguimos perceber que as atividades, quer em educação, quer em saúde, isoladamente não se bastam, chega-se a um produto cuja característica é a "inter-ação" - a educação em saúde.

2. Devem ser priorizados, do ponto de vista das políticas sociais, espaços de guarda de crianças - creches e similares, a fim de possibilitar o ingresso/permanência das mulheres/mães no mercado formal de trabalho.

⁴ Leila M.F.SALLES. *Representação social e cotidiano*, 1990/91. P. 13

⁵ O artigo 229 da Constituição Federal estabelece que saúde é um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco da doença e de outros agravos e ao acesso igualitário a ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

A necessidade de um local de guarda para os filhos é condição indispensável para a mulher poder trabalhar e sobreviver. A falência do Estado em satisfazer as demandas da população e a inexistência de uma política de assistência ao menor, do ponto de vista de abrigo em creches ou similares, abrem espaço para a transferência de responsabilidades do poder público que deixa ao encargo da sociedade a maior parte das iniciativas.

O resgate de tal direito passa necessariamente pela garantia de apoio à mulher e à sua condição de mãe e guardiã dos filhos. Para tanto, é fundamental a criação de creches em quantidade e qualidade adequadas, como resposta à demanda existente. Locais que não sejam meros depósitos, mas capazes de suprir as necessidades biológicas, afetivas e de desenvolvimento da criança.

Sendo resposta às relações sociais de produção e do processo educacional, a creche não deve ser reduzida aos papéis de guarda, alimentação e estimulação pedagógica. Na medida que libera a família para o trabalho, para aumento da renda e para a realização profissional/pessoal da mulher, deve, em troca, proporcionar uma atenção integral à criança, cujo fim seja o compromisso com a formação do pequeno cidadão.

A creche é um direito da criança e da família, e sua instituição deve permitir a educação, a saúde e a alimentação, e não a compensação da pobreza. Portanto, deve ser um local de atendimento à criança, com vistas à apropriação de sua cidadania, em sintonia com o desenvolvimento global do país, tendo como horizonte que, ao investir

na criança, está-se assegurando a construção do país.

A instituição de creches visa o atendimento do coletivo, fortalecendo a participação da sociedade civil, tendo em vista as demandas sociais, em um processo de parceria entre esta sociedade e o Estado, como resposta a um direito legítimo da população.

Para que isso seja possível, a parceria Estado/comunidade/universidade é fundamental, permitindo que, ao somar esforços e dividir responsabilidades, tenha-se um atendimento com resolutividade e qualidade capazes de estar à altura das necessidades.

O Estado, garantindo o espaço físico e sua manutenção; a universidade, resgatando seu papel social e propondo um novo saber/fazer na prática do profissional que está formando e a comunidade, no controle social desse processo.

3. Tendo como horizonte a saúde enquanto direito de todos e dever do Estado¹¹¹, e partindo da afirmativa de que a saúde tem uma determinação social, é fundamental sua garantia do ponto de vista da qualidade. A qualidade em saúde, a meu ver, passa por alguns elementos: a resolutividade, a quantidade e o controle social.

Alguns elementos podem ser resgatados na análise do sucateamento das políticas e das práticas em saúde tais como a orientação predominantemente curativa da maioria dos programas, a insuficiência de recursos financeiros alocados ao setor

saúde, o incremento da demanda aos serviços de saúde, tendo em vista o envelhecimento da população, e a formação de profissionais de saúde desconectada da realidade social vigente.

A transformação desse quadro passa, necessariamente, por uma revisão do modelo assistencial, que deve ser (re)construído em um eixo de universalidade, equidade, resolutividade e integralidade, enfatizando-se as ações de prevenção em Distritos Sanitários resolutivos. A atenção universal e integral deve ser de caráter institucional, domiciliar e comunitário e sua execução deve estar a cargo de equipes multiprofissionais e interdisciplinares.⁶

Cabe ainda particularizar para o controle social, situação em que os beneficiários detêm participação ativa e poder de decisão sob seus encaminhamentos. O controle social é componente intrínseco da democratização e do exercício da cidadania, tendo como essencial a participação do usuário, discutindo os problemas e as soluções das questões de saúde, numa perspectiva transformadora.

A perspectiva desse processo é o amadurecimento do usuário, que passa a ter uma visão global, em que a saúde deixa de ser apenas ausência de doença, para ser um elo de reações em cadeia de complexidade social bem maior. O desafio é criar e manter uma estrutura de atenção à saúde capaz de garantir, de forma simultânea, a transparência administrativa, o atendimento vinculado à demanda do serviço e a efetiva participação do usuário nesse processo. Esse, sem dúvida, é o caminho para o resgate da cidadania!

⁶ MINISTÉRIO DA SAÚDE. *IX Conferência Nacional da Saúde. Relatório Final*, 1992

Outro elemento dessa discussão é o modelo de universidade vigente, com seu saber calcado na teoria, com sua apatia perante o caos social instalado em nosso país. Seu papel tem sido o de ir à reboque de decisões geradas fora de seu meio, negando o papel de vanguarda que lhe cabe. É necessário que a universidade se integre ao mundo social que a circunda, aproximando, dialeticamente, o pensar e o fazer daqueles que estão sob sua responsabilidade formativa.

O profissional de saúde em nível de III Grau cumpre duas funções: uma técnica/biológica e outra social. A primeira é aquela para a qual foi formado no meio acadêmico; é o resultado de seu trabalho concreto. Já a função social é resultado de uma práxis cotidiana, de seu trabalho abstrato, cuja origem está nas condições sociais em que o trabalho é realizado.⁷

Levar o quadro vigente no sentido desta proposta de formação profissional passa, necessariamente, por uma mudança radical que envolve universidade, serviço de saúde e usuários, em um projeto social amplo, pensado e executado de forma conjunta por todos os interessados.

Aqui me reporto à proposta de Sistemas Locais de Saúde - SILOS, cujas necessidades são atendidas na medida que as unidades de decisão são descentralizadas. O controle de qualidade é feito por um conselho de saúde criado a partir de representantes da área de abrangência e o modelo assistencial é baseado nas informações fornecidas pelo modelo epidemiológico de coleta de dados de saúde.

⁷ Mário TESTA. *Pensar em saúde*, 1992.

O acesso a este sistema é bastante simplificado e sua área de abrangência baseia-se na lógica da determinação sócio-econômica e sanitária, identificando grupos populacionais mais ou menos homogêneos em relação a condições objetivas de existência.⁸

Numa ampliação dessa idéia, pode-se salientar o SILOS-Escola como uma proposta de trabalho capaz de agregar interesses acadêmicos, de serviços de saúde e do usuário em uma perspectiva de co-gestão/parceria. Sua proposta se consubstancia em um delineamento de atividades capazes de otimizar/implementar atividades de saúde necessárias e condizentes com a realidade da área de abrangência articulado com os interesses específicos da formação universitária em saúde.

Tal proposta é arrojada e exige despreendimento, idealismo, capacidade de enfrentar questionamentos, possibilidade de transformar-se e ser agente de transformação da realidade social. A interação entre a universidade, o serviço de saúde e as entidades representativas dos usuários é, seguramente, o salto qualitativo na aprendizagem, na atenção em saúde e na contribuição efetiva à reforma social que se faz necessária em nosso país.

4. A garantia de qualidade de tal proposta implica em uma visão global de atuação em todos os níveis, em que a tônica é a transdisciplinaridade. A construção de um fazer

⁸ A ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD em *Desarrollo y fortalecimiento de los sistemas locales de salud en la transformación de los sistemas nacionales de salud*, 1989 estabelece o SILOS como parte integrante do setor saúde, com as características de descentralização e desconcentração definidas pelo Estado, com capacidade de coordenação da totalidade dos recursos para a saúde existentes, integrando uma rede de serviços dentro de um espaço populacional determinado. P.1

com essas características implica em que se tenha consciência dos próprios limites, de nosso espaço de conhecimento, da necessidade de complementação de nosso saber. É a pluralidade de sujeitos comprometidos, capazes de promover uma práxis cujo resultado seja a totalidade.⁹

Com isso, a complexidade do social pode ser sentida/vivenciada de forma globalizada, interdependente e interativa, recuperando o sentido da unidade. A atitude transdisciplinar é uma decorrência da interdisciplinaridade, vista como uma relação de reciprocidade, que pressupõe atitudes distintas porém complementares a serem assumidas pelos diferentes componentes de um sistema e que envolve diretamente o conhecimento. É o tratamento do saber de forma igual, não hierarquizado; é a coerência entre retórica e ação e a interação dos diferentes saberes perpassada pela ótica da transdisciplinaridade.

Transdisciplinaridade é, portanto, a superação da multidisciplinaridade (convivência e comunicação entre os agentes das diferentes disciplinas) e da interdisciplinaridade (interação entre representantes de diversos campos disciplinares). **É uma prática resultante da formação científica anfíbia, de um mesmo sujeito do conhecimento, atravessando (trans) campos disciplinares.**¹⁰

A atitude transdisciplinar resulta na construção de novos paradigmas em saúde coletiva, nos quais a interdependência estrutural é contemplada de forma a diluir

⁹ Hilton JAPIASSÚ. *Interdisciplinaridade e patologia do saber*, 1976.

¹⁰ Aurélio B. H. FERREIRA no *Novo Dicionário Aurélio*, 1986 que define trans como movimento para além de, através de. Ver Ainda Naomar de ALMEIDA FILHO. *A Clínica e a epidemiologia*, 1992. p. 47.

a visão sectarizada do profissional que, por sua vez, desenvolve a capacidade de análise, de identificação de problemas, garantindo a percepção das interações ou interrelações entre os saberes e entre os diferentes sujeitos partícipes desse processo.

O caminho será, então, uma articulação de elementos tais como a interação docente-assistencial, a valorização da atenção primária em saúde, a integralidade da assistência à saúde do cidadão e o incentivo ao fazer multidisciplinar.

De todo o modo, acredito que é com competência técnica e rigor no questionamento de nossa prática profissional que poderemos construir nossa própria história. Parafraseando a idéia de NAOMAR DE ALMEIDA FILHO¹¹, dirijo meu otimismo à nossa prática, participando ativamente dos discursos e de sua construção, fazendo com que eles se historicizem até o limite do possível, não permitindo que os sujeitos históricos sejam por eles dominados, mas inevitavelmente os produzam, num processo de construção do conhecimento individual que encaminhará para o almejado saber coletivo.

As relações objetivas se manifestam ao indivíduo não na sua intuição, mas na práxis, como mundo do trabalho, dos meios, fins, projetos, obstáculos e êxitos.¹² É no cotidiano que o Homem constrói sua história, pois é nada mais do que um agregado das coisas que faz e das condições sociais em que vive, agindo como sujeito desse processo.

¹¹ Naomar de ALMEIDA FILHO. *A Clínica e a epidemiologia*, 1992.

¹² Karel KOSIK. *Dialética do concreto*, 1976. p. 60.

Saúde é produto da qualidade de vida, sendo, portanto, diretamente dependente de acesso a bens concretos como a educação, a habitação, o saneamento, a renda, o transporte, a alimentação e o lazer, estreitamente ligados a bens abstratos, em que afetividade, sociabilidade, sexualidade, liberdade e paz são partes integradas de um todo.

É da reunião de esforços com a modificação das políticas sociais articuladas com um novo fazer profissional, em sintonia com os integrantes dos grupos sociais envolvidos, que poder-se-á vislumbrar um caminho de luta concreta por melhores condições de saúde, aqui assumida em sua globalidade de componentes e derivações, como modo de andar a vida.

ANEXO 1

RELAÇÃO DOS ÍTENS COLETADOS NAS ENTREVISTAS

DADOS DA CRIANÇA MENOR DE 2 ANOS:

1. Identificação:

Nome:

Sexo:

Data de Nascimento:

Endereço:

2. Aleitamento materno:

Quando deixou de mamar somente no peito?

O trabalho da mãe influenciou neste fato? Por quê? (se afirmativo)

3. Doenças freqüentes:

4. Como você identifica a saúde/doença na criança?

5. Quando a criança vai ao serviço de saúde?

6. Cartão de vacinas:

Por que vacina?

Por que atrasou? (quando for o caso)

7. Antropometria:

Peso ao nascer:

Peso e altura atuais:

8. Como previne as doenças na criança?

9. Interação com a família no final de semana e feriados: (informação da mãe e da monitora do Projeto A.M.A.R)

DADOS DA MÃE:

Nome:

Idade:

Escolaridade: Com que idade deixou a escola?

Quais são suas ambições e frustrações com relação aos estudos? Religião: A religião interfere no seu cotidiano? Por quê?

Estado civil: Queria casar/casou com quem queria?

Queria ter filhos/de que sexo/teve todos os filhos que queria ter?

O que você faz para evitar ter filhos? Filho atrapalha ou ajuda? Por quê?

Tem um bom relacionamento com os filhos? Isso acontecia consigo e seus pais?

Na sua opinião, a mulher deve trabalhar fora? Todas as mulheres? E aquelas que têm filhos pequenos? O pai é presente/ajuda financeiramente/faz falta?

Estado Nutricional: Peso e altura

Alcoolista na família? Quem?

De onde você e sua família vêm (origem)

No mês passado, quanto ganharam as pessoas que têm renda na família?

Quanto você gasta ao mês? Qual seu maior gasto?

Voce tem e como ocupa seu tempo livre? Tem lazer tipo rádio, TV e revistas?

Está trabalhando no momento? Há quanto tempo?

Carteira assinada/direitos sociais

Qual a ocupação atual ou a que teve por último?

Seu emprego atual a satisfaz? Por quê?

Qual a importância da creche no seu dia-a-dia?

Por que trabalha? Trabalharia se tivesse alguém que lhe sustentasse? Qual a importância do trabalho em sua vida?

Já foi trabalhar doente?

No trabalho doméstico, o companheiro (quando houver) ajuda?

De que forma?

Ambiente físico/condições de moradia (tipo de casa, água, dejetos, lixo, energia elétrica, eletrodomésticos)

Se da invasão, já morou em outra invasão? Por que está aqui? O que foi feito da outra barraca?

Como são enfrentados os problemas de doença? De que mais adoecem em sua casa (causas para os adultos e para as crianças)

Você se sente doente?

O que é saúde? O que é preciso fazer para ter saúde?

Procura o Serviço de Saúde em que situação?

Faz algum tipo de prevenção? Quando foi a última vez que fez prevenção de câncer de colo uterino?

Como é o acesso ao serviço de saúde?

Se usa tratamento 'caseiro', cite qual é e para que serve:

Alguém da casa faz algum tipo de prevenção em saúde?

A que você atribui a desnutrição de seu(s) filho(s)? (quando houver)

Como a doença interfere na sua vida/trabalho?

Quais as dificuldades de sua vida em geral?

Quais suas ambições no passado, presente e futuro? Qual é seu sonho?

Qual seu maior medo?

Ser mulher tem algum significado para você?

Comportamento frente à vida (apatia, medo, descrença, esperança)

Como você se acha como mãe?

Interação social e familiar (minhas impressões sobre a família)

INFORMAÇÕES DA MONITORA DO BERÇÁRIO:

Características de cada criança (comportamento, apetite, desenvolvimento, interação na sala):

Reação da criança quando da chegada e saída do projeto

Impressão sobre a interação dos pais com a criança

**INFORMAÇÕES DA PSICÓLOGA SOBRE O DESENVOLVIMENTO DAS
CRIANÇAS DO BERÇÁRIO**

ANEXO 2

FAMÍLIA 1:

MÃE: Eliza, 29 anos

Pai: José, 29 anos

Filhos: Mônica (17.09.92), José Henrique (3 anos), Leidiane (4 anos), Núria (7 anos).

Tem ainda a Estefânia (5 anos) que mora com a avó na Vila Parque Industrial, além da Cíntia, que faleceu em maio, aos 3 meses de idade.

Endereço: Invasão Jardim Conquista, barraca 526

Origem: Tanto Eliza quanto José são goianienses com pais nascidos no interior de Minas Gerais. Os filhos nasceram todos em Goiânia.

Visitei Eliza pela primeira vez em março de 1994. Ela mora na invasão, em uma barraca de lona plástica preta com um único cômodo que contém duas camas, um berço, um fogão e um panelheiro. Em um 'puxado' deste cômodo, há um pequeno espaço onde dorme o Sr. Lázaro, pai de Eliza. O ambiente é sujo e fétido, a desordem é grande e existe muita sujeira em tudo: roupas, utensílios, chão, cobertas etc. Dentro da barraca, faz muito calor e quase sempre não há nada para comer. Na área externa há um terreno com bastante sujeira e algumas plantas **que nascem porque a semente cai aí** e um local que será posteriormente uma latrina. Com frequência, Eliza pede um 'punhado' de arroz ou de feijão ao Projeto para poder cozinhar para os adultos. Estefânia mora com a avó porque não é filha de José (assim como Núria). José esporadicamente trabalha (no momento está com emprego) enquanto o pai de Eliza cata papel e sucata para vender no próprio bairro. Ela, depois que largou o pai de Núria, não pretendia ter mais nenhum companheiro, mas aí **apareceu o José e veio o restante dos filhos**. Nunca se preocupou muito com o sexo dos filhos (na gestação) mas diz que gostaria de ter tido **dois pares**. Eliza fez laqueadura por sua própria opção, pois acha que já tem filhos demais, apesar de estar muito satisfeita com todos eles. A vida mudou muito com a chegada dos filhos, mas **eles não atrapalham, muito pelo contrário, fazem companhia e trazem felicidade**. Eliza trabalhou algum tempo como doméstica, porém durante a última gestação (que foi muito complicada e com muitas internações) teve de deixar o emprego. Com o óbito do bebê, Eliza se reintegrou rapidamente ao mercado de trabalho, pois isso, a seu ver, a ajudaria a superar a perda da filha. Seu aspecto pessoal, bem como o do marido, mostra roupas sujas, cheiro forte de suor e muitas micoses pelo corpo. O lixo

fica a céu aberto e não tem sanitário nem água na casa, apenas local de lavar roupas. Usa para estas atividades a área comunitária da invasão, apesar das grandes filas que sempre têm lá. Tem uma boa interação com a vizinhança, mas não faz nenhuma visita ou atividade de lazer, pois entende que isso não faz falta. A história dos filhos mostra ser acidentada: Cíntia nasceu prematura de seis meses com 1.050g e passou cerca de quarenta dias internada no Hospital Lúcio Rebelo. Nesse período o leite de Eliza quase secou, o que provavelmente ocorreu devido ao fato de não ter estímulo (não foi orientada para isso) e também pela falta de alimentos. Ao vir para casa, o médico receitou um leite importado, muito caro, e além de qualquer possibilidade de aquisição por parte da família. Isto somou ainda mais angústia em Eliza, que se sentia muito frustrada por não poder amamentar a menina: **eu tenho colocado ela todo o dia no peito, para ver se o leite desce de novo, além de colocar Mônica para sugar.** Em abril, fui visitá-la e ela me falou que conseguiu ter sucesso na relactação: apesar de ser uma pequena quantidade, Cíntia estava mamando. Para otimizar este processo passamos a fornecer a Eliza as refeições no projeto. Aos três meses, em franca recuperação nutricional, Cíntia pegou duas pneumonias, devido à baixa temperatura que reinava nas noites passadas embaixo da lona preta. Foi internada e não resistiu, vindo a óbito no mês de maio. A chegada de Cíntia foi motivo de muita alegria para toda a família e sua morte gerou uma crise familiar, especialmente em Eliza, que ficou bastante entristecida, e em Núria, que passou vários dias chorando. Todos os irmãos relatavam o ocorrido e pareciam muito chocados. Quanto à Mônica, a mãe relata que mamou no peito durante dois meses, quando foi internada devido à pneumonia, o que terminou por fazer com que o leite de Eliza secasse. Mônica, desde então, é uma criança bastante doente, tendo repetidas crises de diarreia e problemas respiratórios. Eliza diz que sabe quando a Mônica fica doente porque fica triste, enjoada, e nestas horas leva ao CAIS Amendoeiras pois na sua opinião, lá ela resolve os problemas de saúde das crianças. Em momento anterior, tive a oportunidade de presenciar o atendimento de Eliza e seus filhos no CAIS, e realmente eles são priorizados, o que talvez se explique pela sua situação de saúde precária e condições de nutrição ruins. O cartão de vacinas de Mônica está desatualizado (falta o reforço da anti-sarampo) e no estado nutricional sua história mostra que ao nascer pesou 1.200g, aos nove meses, 5.350g, aos catorze meses, 6.550g e em março deste ano, 7.200g e

69 cm, o que a caracteriza como uma criança com evolução do estado nutricional ruim, passando da desnutrição crônica atual para a desnutrição crônica pregressa. Ao tentar entender esta evolução, descubro com a mãe que Mônica nasceu prematura, desnutrida e doente, o que já a levou a muitas internações. Teve intolerância ao leite de vaca, só resolvida depois de seu ingresso no projeto. Na opinião da mãe, é uma criança calma e quieta, **desde que esteja de barriga cheia**, que não exige atenção. No Projeto, come apenas com ajuda, mas tem apetite e sempre repete. Tem uma gripe crônica e verminose constante, o que provavelmente se explique pelo fato de que **gosta muito de pegar e comer coisas que estão no chão**. Para a monitora do berçário, o relacionamento da mãe com as crianças e com o projeto é muito bom. O marido é **muito matuto** na sua opinião, porém muito esforçado. Relata ainda que os problemas de saúde enfrentados pela Mônica vêm do tempo que Eliza trabalhava fora e ela ficava com a tia. Seus filhos estão há dois anos no Projeto e sua situação sócio-econômica é muito ruim. Para a monitora do berçário, quando Mônica chegou ao Projeto (com onze meses) parecia um recém-nascido, cheia de problemas e doenças: **não movia a cabeça ou o corpo, não levantava, parecia morta**. Lembra ainda que sua pele era pálida e tinha muito medo de que ela morresse lá. Com a ajuda dos estagiários de Nutrição, foi aprendendo a lidar com ela e recuperar sua desnutrição e, depois de muito esforço, hoje se notam alguns resultados: ela senta, anda com apoio, come comida de sal, está aprendendo a sorrir e a brincar com as outras crianças. Ao ser perguntada pela causa da desnutrição de Mônica, Eliza diz que acha que foi o leite (de fazenda) que ela tomava quando recém-nascida, que foi substituído por leite pasteurizado quando ela mudou para a cidade, e isto **zangou seu intestino até hoje**. Leidiane é de muito boa 'paz', deixa as outras crianças lherem, tem diarreia freqüente e come muito bem. A avaliação nutricional mostra que tem 16,5kg e 97,5cm, sendo classificada como desnutrida crônica passada. José Henrique é muito alegre e comunicativo, gosta de contar as novidades, come bem e sempre repete. Tem um bom relacionamento com as outras crianças, pesa 11,5kg e 88cm, sendo uma criança eutrófica. Já Núria, que está no reforço escolar, é tímida, calada e sempre indisposta. Não brinca com as outras crianças e come muito bem. Tem 17,8kg e 117cm, o que a caracteriza como uma desnutrida crônica atual. Segundo a coordenadora, todos já tiveram desidratação. Eliza se diz católica, mas

freqüente diferentes igrejas evangélicas do bairro, sem nenhuma ligação maior com nenhuma delas. A renda familiar mensal compõe-se de um salário mínimo (do José, como guarda noturno-folguista em um prédio de apartamentos) e de meio salário mínimo e vale transporte para ela, que trabalha três vezes na semana como doméstica, o que fazendo a distribuição per capita dá um valor irrisório. Durante os quinze dias de férias do Projeto A.M.A.R. pagou um real para uma pessoa que foi cuidar das crianças durante um dia, como ela não retornou no dia seguinte, pagou cinco reais para outra pessoa cuidar, então desistiu, e deixou-os aos cuidados de parentes. Diz que trabalha porque precisa, caso contrário ficaria em casa cuidando dos filhos, mas apesar disto gosta de seu trabalho. Disse que já trabalhou doente, porque **não tem outro jeito**, inclusive no momento está com uma pneumonia não-tratada porque não tem tempo de ir ao médico. Diz que seu maior problema é a falta de dinheiro, pois este faltando, **fica tudo descontrolado**. Não costuma passear nos finais de semana, e em casa seu lazer é uma TV recém-comprada, na qual vê as notícias do dia. Gosta de ficar em casa e cozinhar - este é seu maior lazer. Eliza é analfabeta e diz que acha isto muito ruim, pois o estudo a ajudaria a arrumar um emprego de melhor renda. Quando alguém fica doente em casa, trata com remédios caseiros (chá de poejo e hortelã para gripe, para diarreia, chá de broto de jiló, broto de tomate e punhainha com soro caseiro ou soro caseiro com AAS infantil; usa ainda o chá da folha de mandioca verde ou do broto de tamarindo, também para diarreia) antes de ir ao médico, sendo a gripe o problema de saúde mais comum em todos da casa. Eliza diz que não se sente doente, pois **apesar de tudo o que falta, não dói nada**. Só ia quando estava grávida e, apesar de sua recente gravidez, diz que faz cerca de cinco anos que não faz sequer prevenção de câncer de colo uterino. Acha que não precisa do médico, e no momento se sente muito feliz por ter feito a laqueadura. Ao ser perguntada sobre como fazer para ter saúde diz que não sabe, mas que sempre que tem doença em casa vai ao CAIS, que é **muito bom, só atrapalha quando vem a greve**. As crianças vão ao CAIS quando estão doentes e os adultos nem nestas ocasiões. Tem muito medo de morrer e não ter quem cuide de seus filhos. É muito apegada a eles, mas acha que não demonstra muito carinho. Seu maior sonho é construir a sua casa e ver a família com saúde, e exemplifica com a Mônica antes e depois de seu ingresso no Projeto, que a seu ver **mudou muito. Antes eu podia ter tudo e não tinha nada**. Nos finais de semana,

os meninos quase não dão trabalho, e ela muito pouco bate neles. Credita este fato a que teve pais muito violentos e não gosta nem de lembrar do tanto que apanhou, o que já foi motivo de muita revolta de sua parte. Para ela, **a mulher trabalha muito mais que o homem e, o que é pior, seu serviço em parte não aparece**. O serviço doméstico é desgastante, e José só ajuda dependendo da **veneta** ou ainda quando não está trabalhando. É a primeira vez que mora em uma invasão, e seu estado nutricional mostra que pesa 56,6kg e 1,58cm, o que a caracteriza como eutrófica. No mês de agosto, a família de Eliza foi transferida para o residencial Goiânia Viva, próximo ao Setor João Braz, local que não possui rede de energia elétrica e nem água encanada. Eliza levou sua barraca de lona, suas 'tralhas', marido e filhos, e ainda não sabe como vai viver pois não tem vaga nem nas escolas e nem na creche do bairro. Com isso, precisou parar de trabalhar fora e agora não dispõe sequer de dinheiro para comprar comida e sente que a situação está muito difícil, pois a tendência é de piora do estado nutricional das crianças. Mas está feliz, me disse: **pela primeira vez na vida tenho meu pedaço de chão!** Sua única ajuda é o Programa do Leite, que lhe garante uma pequena cota de alimento para os dois meninos menores. A avaliação do desenvolvimento da Mônica mostra que ela vem melhorando, já fixa seu olhar nas pessoas e eventualmente esboça um sorriso, o que pode ser um princípio de socialização. Na penúltima semana de agosto, começou a dar dois passinhos, porém não emite nenhuma palavra inteligível. Seu retardo corresponde à idade de uma criança com cerca de quatorze meses.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALMEIDA FILHO, Naomar de. **A Clínica e a Epidemiologia**. Rio de Janeiro: APCE/Abrasco, 1992. 164 p.
- ALVES, Ruben A. Religião e Enfermidade. In: **Construção Social da Enfermidade**. São Paulo: Cortez&Moraes, 1978. p. 27-46.
- ARROYO, Miguel. Revendo os Vínculos entre Trabalho e Educação: elementos materiais da formação humana. In SILVA, Tomás T. (org) **Trabalho, Educação e Prática Social**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1991. p. 163-216.
- BACCARIN, Maria I. **Trabalho Feminino e Auto-Estima: algumas Considerações**. Porto Alegre: Pontifícia Universidade Católica, 1984. [Tese de Mestrado.
- BADINTER, Elisabeth. **Um Amor Conquistado: o mito do amor materno**. 6.ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1989. 370 p.
- BARRETO, Iara. **Sociedade, Saúde e a Formação do Nutricionista**. Goiânia: Universidade Federal de Goiás, 1992. [Tese de Mestrado]
- BARROS, Fernando & VICTORA, Cesar G. **Epidemiologia da Saúde Infantil**. São Paulo: Hucitec/Unicef, 1991. 177 p.

BERLINGUER, Giovanni. **A Doença**. São Paulo: Hucitec, 1988. 150 p.

BERNARDES, Nara M.G. Crianças Oprimidas: autonomia e submissão. In: ROSEMBERG, Fúlvia; PIZA Edith P. & MONTENEGRO, Thereza. **Mulher e Educação Formal no Brasil: estado da arte e bibliografia**. Brasília: REDUC/INEP, 1990. 330 p.

BLAY, Eva A. **Trabalho Domesticado: a mulher na indústria paulista**. São Paulo: Ática, 1978. 294 p.

BOLTANSKI, Luc. **As Classes Sociais e o Corpo**. 3.ed. Rio de Janeiro: Graal, 1989. 191 p.

BORGES, Jorge L. **Elogio da Sombra**. Porto Alegre, Ed. Globo, 1977.

BRIGHTON LABOUR PROCESS GROUP. O Processo de Trabalho Capitalista. In: SILVA, Tomás T. (org) **Trabalho, Educação e Prática Social**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1991. p.15-43.

BRITO, Jussara C. & D'ACRI, Vanda. Referencial de Análise para o Estudo da Relação Trabalho, Mulher e Saúde. **Cad. Saúde Pública**, v.7, n.2, abr./jun.1991. p.201-214.

BOSI, Maria L.M. **A Face Oculta da Nutrição: ciência e ideologia**. Rio de Janeiro: Espaço e Tempo/UFRJ, 1988. 220 p.

BOTTOMORE, Tom (ed) **Dicionário do Pensamento Marxista**. 2.ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1988. 454p.

CARDOSO, Reolina S. (org) **É Uma Mulher ...** Petrópolis: Vozes, 1994. 135 p.

CASTELLANOS, Pedro L. As Ciências Sociais em Saúde na Venezuela. In: NUNES,

Everardo D. (org.) **As Ciências Sociais em Saúde na América Latina: tendências e perspectivas**. Brasília: OPAS, 1985. p. 137-155.

CORALINA, Cora. **Vintém de Cobre. Meias Confissões de Aninha**. Goiânia: Ed. UFG, 1983. 195 p.

CORVALAN, Graziella. Entre la Educación y las Perspectivas de Trabajo: hacia una política nacional de la mujer joven en el Paraguay. In: FRANCO, Maria L. & ZIBAS, Dagmar. **Final de Século: desafios da educação na América Latina**. São Paulo: Cortez, 1990. p. 251-276.

DIAS, Nelsina M.O. **Mulheres "Sanitaristas de Pés Descalços"**. São Paulo: Hucitec, 1991. 115 p.

DONZELOT, Jacques. A Polícia das Famílias. 2^o ed. Rio de Janeiro: Graal, 1979. 282 p.

ENGELS, Friedrich.. **O Papel do Trabalho na Transformação do Macaco em Homem**. 4.ed. Rio de Janeiro: Global, 1990. 57 p.

ENGELS, Friedrich. **A Origem da Família, da Propriedade Privada e do Estado**. 10.ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1985. 215 p.

SCOREL, Sarah. Morte e Vida da Classe Trabalhadora na Inglaterra no Século XIX: Marx, Engels e as políticas sociais. In: FREITAG, Barbara & PINHEIRO, Maria F. (org) **Marx Morreu: viva Marx!** São Paulo: Papyrus, 1993. P. 121-146.

SCOREL, Sarah. Exclusão Social e Saúde. **Saúde em Debate**. v.43, p. 38-43, 1994.

FERREIRA, Aurélio B.H. **Novo Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa**. 2.ed.

Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986. 1837 p.

FLEURY, Sônia. Política de Salud en una Sociedad de Mercado. **Saúde em Debate**. v. 42, p. 65-69, 1994.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia da Esperança. Um Reencontro com a Pedagogia do Oprimido**. 2.ed. São Paulo: Paz e Terra, 1993. 245 p.

FILGUEIRAS, Cristina A.C. A Creche Comunitária na Nebulosa da Pobreza. **Cad. Pesquisa**, São Paulo. v.88, p.18-29, 1994.

FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios: síntese de indicadores da pesquisa básica, 1990**. Rio de Janeiro:IBGE, 1993. 121 p.

FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa de Orçamentos Familiares: 1987/1988**. Brasília: IBGE, 1989.

FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA-UNICEF. **Situação Mundial da Infância**. Brasília, 1993. 89 p.

GILFIN, Karen M. Nosso Corpo nos Pertence: A dialética do biológico e do social. **Cad. Saúde Pública** v.7, n.2, p. 190-200, abr./jun. 1991.

GOLDENBERG, Paulete. **Repensando a Desnutrição como Questão Social**. 2.ed. Campinas: Cortez, 1989. 159 p.

GONÇALVES, Ricardo B. **Reflexões sobre a Articulação entre a Investigação Epidemiológica e a Prática Médica a Propósito de Doenças Crônico-Degenerativas**. Rio de Janeiro: PEC/ENSP-Abrasco, 1985. (Textos de

Apoio: Epidemiologia, 1).

GRAMSCI, Antônio. **Concepção Dialética da História**. 9.ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1991. 341 p.

HELLER, Agnes. **O Quotidiano e a História**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1972. 121 p.

JAPIASSÚ, Hilton. **Interdisciplinaridade e Patologia do Saber**. Rio de Janeiro: IMAGO, 1976.

JELLIFFE, Derrick B. **La Salud del Niño en los Tropicos**. Publicacion Cientifica 361, 2. ed., Washington: OPAS/OMS, 1978. 206 p.

KOSIK, Karel. **Dialética do Concreto**. 4.ed, Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1976. 230 p.

KUENZER, Acácia Z. **Para Estudar o Trabalho como Princípio Educativo na Universidade: categorias teórico metodológicas**. Curitiba: Universidade Federal do Paraná, 1992. [Tese para concurso para Professor Titular]

LAURELL, Asa C. & NORIEGA, Mariano. **Processo de Produção e Saúde: trabalho e desgaste operário**. São Paulo: Hucitec, 1989. 333 p.

LEWIN, Helena. Educação e Força de Trabalho Feminina no Brasil. **Cadernos de Pesquisa**. v. 32, p.45-59, fev. 1980.

LIBÂNEO, José C. **Fundamentos Teóricos e Práticos do Trabalho Docente: estudo introdutório sobre pedagogia e didática**. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica, 1990. [Tese de Doutorado]

- LIMA, Elvana M.J. **Práticas Alternativas de Garantias da Saúde**. Goiânia: UFG, 1994. [Monografia de Conclusão de Curso de Especialização].
- LOMBARDI, Cíntia. Classe Social e Condição de Vida. In: VICTORA, Cesar G., BARROS, Fernando C. & VAUGHAN, J. Patrick. **Epidemiologia da Desigualdade**. São Paulo: Hucitec, 1988. p. 148-163.
- LOS RIOS, Rebeca de & GÓMEZ, Elsa. **A Mulher Face à Saúde e ao Desenvolvimento: um enfoque alternativo**. Brasília: OPAS/OMS, 1993.
- MACHADO, Lucília. Mudanças Tecnológicas e a Educação da Classe Trabalhadora. In: KUENZER, Acácia Z.; PINTO et alii. **Trabalho e Educação**. Campinas: Papirus/CEDES, 1992. p. 9-24.
- MANACORDA, Mário A. **O Princípio Educativo em Gramsci**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1990.
- MANACORDA, Mário A. Humanismo de Marx e Industrialismo de Gramsci. In: SILVA, Tomás T. (org.) **Trabalho, Educação e Prática Social**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1991.
- MAKARENKO, Anton S. **Conferências sobre Educação Infantil**. São Paulo: Moraes, 1981.
- MARX, Karl. **O Capital: crítica da economia política**. 13.ed., Rio de Janeiro: Difel, 1989. v.1, 579 p.
- MARX, Karl & ENGELS, Friedrich. **A Ideologia Alemã: teses sobre Feuerbach**. São Paulo: Moraes, 1984. Cap.1, parte A, 119 p.
- MÉDICI, André C. & MARQUES, Rosa M. Financiamento e Desempenho das

Políticas Sociais 1980-1991. **Saúde em Debate**. v. 42. p.4-9, 1994.

MELLO, Thiago de. **Mormaço na Floresta**. São Paulo, Círculo do Livro, s.n.t.

MELO, Joaquim A.C. **A Prática da Saúde e a Educação**. Campinas: Universidade Estadual de Campinas, 1976. [Tese de Doutorado]

MENDES, Eugênio V. et alli. **Implantação e Desenvolvimento de Distritos Sanitários: Conceitos chaves**. s.n.t.(mimeo).

MINAYO, Maria C.S. **O Desafio do Conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec/Abrasco, 1992. 269 p.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **VII Conferência Nacional de Saúde. Relatório Final**. Brasília, 1986.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **IX Conferência Nacional de Saúde. Relatório Final**. Brasília, 1992.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. INSTITUTO NACIONAL DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO. **Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição**. Brasília, 1989.

MORAES, Maria Q. Família e Feminismo. **Cad. Pesquisa**. v.37. p.44-51, 1981.

MOSCOVICI, Serge. **A Representação Social da Psicanálise**. Rio de Janeiro: Zahar, 1978. 291 p.

NESPOR, Jan. The Role of Beliefs in the Practice of Teaching. **J. Curriculum Studies**. v.19, n.4, 1987, p.317-28.

NUNES, Everardo D. Tendências e Perspectivas das Pesquisas em Ciências Sociais em

Saúde na América Latina: uma visão geral. In: NUNES, Everardo D. (org). **As Ciências Sociais em Saúde na América Latina: tendências e perspectivas**. Brasília: OPAS, 1985. p. 29-79.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Medición del Cambio del Estado Nutricional**. Genebra: OMS, 1985. 105 p.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE/BANCO MUNDIAL. **Maternidad sin Riesgo**, s.n.t.(mimeo)

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE/FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA. **Alma Ata 1978: cuidados primários de saúde**. Brasília, 1979. 64 p.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD/OPAS. **Desarrollo y Fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud en la Transformación de los Sistemas Nacionales de Salud**. Documento CD33/14, 1989.

PELIANO, Ana M.T.M. **O Mapa da Fome: subsídios à formulação de uma política de segurança alimentar**. Brasília: IPEA, mar. 1993. (Documentos de Política, 14).

PELIANO, Ana M.T.M. **Mapa da Fome II: informações sobre a indigência por municípios da federação**. Brasília: IPEA, mar. 1993. (Documentos de Política, 15).

PENA, Maria V.J. **Mulheres e Trabalhadoras: presença feminina na constituição do sistema fabril**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1981. 220 p.

POSSAS, Cristina. **Epidemiologia e Sociedade: heterogeneidade estrutural e**

saúde no Brasil. São Paulo: Hucitec, 1989. 271 p.

PROJETO A.M.A.R. **Proposta de Atuação.** Goiânia, 1993 (mimeo).

QUEIROZ, Marcos de S. e CANESQUI, Ana M. **Famílias Trabalhadoras e Representações sobre Saúde, Doença e Sobre as Instituições da Medicina "Oficial" e "Popular"**, 1988 (mimeo) .

QUINTANA, Mário. **Caderno H.** Porto Alegre: Globo, 1977. 183 p.

RAGGIO, Armando. Saúde como Dimensão da Práxis Urbana. **Saúde em Debate.** v.35, p.43-45, 1992.

ROCKWELL, Elsie. Etnografia e Teoria na Pesquisa Educacional IN EZPELETA, Justa e ROCKWELL, Elsie. **Pesquisa Participante.** 2. ed. São Paulo: Cortez & Autores Associados, 1989. p.31-54.

ROZENTAL, M.M. e IUDINE, P.F. Teoria e Prática. In: MAGALHÃES-VILHENA, Vasco (org.) **Práxis. A categoria materialista de prática social.** Lisboa: Livros Horizonte, 1980. v.1, p.11-23.

SAFFIOTI, Heleieth. **A Mulher na Sociedade de Classes: Mito e Realidade.** Petrópolis: Vozes, 1979. 231 p.

SALLES, Leila M.F. Representação Social e Cotidiano. **Didática** n.26/27, p. 11-20, 1990/91.

SANEAMENTO DE GOIÁS S/A. **Boletim de Informações.** Goiânia: SANEAGO, Jan.1994.

SANTOS, Evangelina K.A. **A Mulher como Foco Central na Prática do**

Aleitamento Materno: uma Experiência Assistencial Fundamentada na Teoria do Auto-Cuidado de OREM. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 1991. [Tese de Mestrado]

SANTOS, Lenir e CARVALHO, Guido I. Das Formas de Controle Social sobre as Ações e os Serviços de Saúde. **Saúde em Debate.** v.34, p.60-66, 1992.

SCAVONE, Lucila. As Múltiplas Faces da Maternidade. **Cad. Pesquisa.** v.54, p.37-49, 1985.

SCHAFF, Adam. **História e Verdade.** 3ª ed. São Paulo: Martins Fontes, 1986. 317 p.

SEVERINO, Antônio J. A Escola e a Construção da Cidadania. In: ZALUHAR, Alba M. et alii. **Sociedade Civil e Educação.** Campinas: Papirus, 1992. p.9-14.

SIUSSUKÁLOV, B.I. **Fundamentos Metodológicos e Métodos do Estudo da Filosofia.** Moscou: Edições Progresso, 1986. 154 p.

STREY, Marlene N. Trabalho de Mulher: Escolha ou Determinação? In: CARDOSO, Reolina S. (Org.) **É uma Mulher ...** Petrópolis: Vozes, 1994. p.101-122.

TEIXEIRA, Sonia F. As Ciências Sociais em Saúde no Brasil. In: NUNES, Everardo D. (org) **As Ciências Sociais em Saúde na América Latina. Tendências e Perspectivas.** Brasília: OPAS, 1985. p. 87-109.

TEIXEIRA, Sonia F. Estado, Poder e Democratização da Saúde. In: TEIXEIRA, Sonia F.(org) **Saúde: Coletiva? Questionando a Onipotência do Social.** Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992. p. 13-44.

TESTA, Mário. **Pensar em Saúde.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1992. 226 p.

VAITSMAN, Jeni. Saúde, Cultura e Necessidades. In: TEIXEIRA, Sônia F. **Saúde: Coletiva? Questionando a Onipotência do Social**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992. p.157-173.

VAITSMAN, Jeni. Biologia e História (ou Porque a Igualdade é Possível?). In: LABRA, Maria E. (org) **Mulher, Saúde e Sociedade no Brasil**. Petrópolis: Vozes/Abrasco, 1989. p. 29-38.

WITTICH, Dieter. Práxis: a categoria gnoseológica e sociológica de prática. In: MAGALHÃES-VILHENA, Vasco. **Práxis: a categoria materialista de prática social**. Lisboa: Livros Horizonte, 1980. v.1, p.25-40.

DIAGRAMAÇÃO, COMPOSIÇÃO E IMPRESSÃO:
EngeSoft Informática: (062) 224-4787