

NESC FIOCRUZ
BIBLIOTECA

NESC - CPqAM - FIOCRUZ
Núcleo de Estudos e Saúde Coletiva
Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães
Fundação Oswaldo Cruz

Saúde da Mulher: Sua história dentro do
planejamento

CONSULTA

(043.41)"1990"
B238s

A SAÚDE DA MULHER: SUA HISTÓRIA NO PLANEJAMENTO



Foto: Lúcia Baracho

ENCERRAMENTO DA CAMPANHA
DE SAÚDE PROMOVIDA PELOS GRUPOS DE
MULHERES NO ESTADO DE PERNAMBUCO
CÂMARA DOS VEREADORES - RECIFE - 1989

ORIENTADOR: Djalma Agripino M. Filho

AUTORES: Joana Cândida Barbosa
Lúcia Maria Sobral Baracho
Marize Araújo Jorge de Mendonça
Moema Amélia Serpa
Rijane Maria de Andrade Barros dos Santos

Recife, dezembro 1990.

SUMARIO

I. Introdução:

- 1.1. Antecedentes Históricos e Culturais.
- 1.2. Política de Saúde: Breve Resgate.
- 1.3. Aspectos do Perfil Epidemiológico da Mulher Brasileira.

II. Metodologia:

- 2.1. Nossos primeiros passos.
- 2.2. Quem são nossos atores?
- 2.3. Onde vivem estes atores?
- 2.4. Como foi nossa escolha.
- 2.5. O caminho percorrido.

III. Com a Palavra, as Mulheres:

- 3.1. Mulheres diante do espelho: Saúde X Doença.
- 3.2. Mulheres a beira de um ataque de nervos.
- 3.3. Trabalho: meio de vida ou de morte?
- 3.4. Linguagem de um corpo desconhecido.
- 3.5. Câncer: fala-se pouco, morre-se muito.
- 3.6. Menopausa : "doença" da terceira idade?

IV. Mulheres em cena, apresentando propostas:

- 4.1. Medo, preconceito, tabu: questão cultural.
- 4.2. Na competição da vida a discriminação entre os sexos.
- 4.3. A prática médica no cotidiano das mulheres.
- 4.4. Planejando juntos.

V. Considerações Finais:

APRESENTAÇÃO

O trabalho ora elaborado foi resultante do estudo da área de concentração do XI Curso de Saúde Pública. O mesmo objetiva confrontar o discurso de quem planeja em relação às usuárias e profissionais dos serviços em atenção à saúde da mulher.

Este documento, Saúde da Mulher: sua história no planejamento, foi subdividido em quatro capítulos a saber: Introdução, Metodologia, Com a palavra as mulheres e Mulheres em cena apresentando propostas.

Na introdução foram abordados aspectos que dizem respeito aos antecedentes históricos, contendo também um breve resgate das políticas de saúde destinadas à mulher no Brasil, desde 1923 aos dias atuais, além de delinear o perfil epidemiológico da mulher brasileira. Após estes momentos justificamos o interesse pelo tema e os nossos objetivos.

No segundo capítulo do trabalho descrevemos os passos e procedimentos adotados por nós para a elaboração do mesmo.

Quanto ao terceiro capítulo, o desenvolvemos com base no depoimento das mulheres entrevistadas, ressaltando os diversos problemas levantados por elas.

No que se refere ao quarto capítulo, os três primeiros itens abordam questões que interferem na relação das mulheres com os serviços de saúde, e o quarto item sintetiza as propostas levantadas pelos atores entrevistados.

Para finalizar, tecemos algumas considerações a respeito da nossa experiência enquanto planejadores e a nossa percepção sobre a assistência à saúde da mulher.

I. INTRODUÇÃO

1.1. Antecedentes Históricos e Culturais:

A preocupação com a saúde da mulher tem sido tema de uma série de estudos sob várias óticas e abordagens. Nós enquanto atores que planejam (planejadores), temos um interesse em verificar como se expressa o binômio saúde/doença na mulher, suas implicações, causas e consequências físicas e psíquicas.

Interessa-nos neste momento, conhecer que determinantes históricos/culturais marcaram as manifestações sobre saúde da mulher. Em que momento se institucionalizou o atendimento específico à ela, quais as transformações políticas e sociais que desencadearam esse processo. Que papel desempenha o Estado na formulação de políticas, quanto ao controle ou não da reprodução humana. Que repercussões tem tido atualmente, as medidas de proteção, voltadas para as mulheres inseridas num contexto de saúde integral. Quais as respectivas imagens do real vivido por elas nas diversas classes sociais e fases da vida: a adolescência, idade adulta e climatério.

O conhecimento, o domínio e o controle sobre o corpo da mulher, tem sido objeto das relações de poder estabelecidas em todas as sociedades e em todas as épocas.

A força de trabalho, motor da engrenagem econômica de qualquer sociedade, é produzida e reproduzida em condições diversas, pelo mesmo elemento humano: a mulher. E como tal, sujeito às relações entre indivíduos, donos ou não dos meios de produção, estabelecendo assim, formas de poder e conseqüentemente

dominação/subordinação (1).

Para Foucault (2) não existe "uma relação de poder sem a constituição correlata de um campo de saber, nem de um saber que não suponha e não constitua ao mesmo tempo, relações de poder." Portanto, deter o saber sobre o corpo das mulheres e suas funções, tem sido uma forma de dominá-las, através da desinformação.

Considerando a função reprodutiva como ponto central para os interesses políticos dos grupos dominantes, ser informada sobre seu próprio corpo, significa dizer: ter domínio sobre ele. (3) Nessa perspectiva, observamos que o saber sobre o corpo pode caracterizar uma melhor identidade e uma decisão a respeito de ter ou não simplesmente uma função reprodutiva.

Existem teorias que apontam para uma subordinação da mulher, a partir do aparecimento da propriedade privada. No entanto há registros de estudos antropológicos em sociedades tecnologicamente mais simples, ainda tribais, em que a inferioridade da mulher evidencia-se nitidamente. Isso através de segregação nos períodos menstruais, na proibição aos ritos e cerimônias sagradas e/ou secretas, na desvalorização das atividades econômicas exercidas pelas mulheres (agricultura, coleta, troca) em detrimento das exercidas pelos homens, sejam elas quais forem.

Destas reflexões, fruto das leituras realizadas nos diversos textos consultados a respeito, consideramos que, além da evidente exploração do trabalho feminino, a responsabilidade sobre as atividades domésticas continuou nas mãos das mulheres.

"O trabalho doméstico implica ^{em} maior risco de pequenos

acidentes, ... de varizes e úlceras (pela posição de pé), além do "stress" resultante do caráter monótono, repetitivo, e desvalorizado socialmente dessas tarefas." (4)

A dominação do homem sobre a mulher não ocorre naturalmente, pois os fatos sociais são construções de reais vividos e portanto determinados historicamente. A igualdade entre os gêneros poderá ser possível quando os homens participarem do trabalho doméstico, assumindo as responsabilidades com os filhos, etc, tanto quanto a mulher. E a remuneração pelas atividades das mulheres no mercado de trabalhos seja tanto quanto a dos homens. (5)

As mulheres possuem, segundo a lógica do pensamento cultural um status de classe secundária. Essa ideologia tenta ser justificada na analogia do homem à cultura e da mulher à natureza, e, sua conseqüente inferioridade à cultura, que a transcende e transforma.

"Uma vez que o plano da cultura sempre é submeter e transcender a natureza, se as mulheres são consideradas parte dela então a cultura achará "natural" subordiná-las e/ou oprimi-las."(6)

Segundo Lévi-Strauss (7) a passagem da natureza à cultura teve origem com a proibição do incesto. No casamento com outras mulheres, formaram-se novas famílias, clãs, tribos, etc., permitindo assim a troca matrimonial. Para sobreviver socialmente, foi preciso estabelecer alianças com outros grupos surgindo assim a construção cultural. Dessas alianças fora do vínculo familiar, se estabeleceram novos parentescos, controlando e normatizando a sexualidade humana, parte animal do ser humano

mas aproximada da natureza.

A opressão das mulheres surge dessas inúmeras formas de casamento, em que somente elas eram parte da troca. Esse fato se deve as seguintes questões: as especificidades do corpo das mulheres e suas respectivas funções biológicas, sociais e políticas.

As representações sobre o corpo feminino possuem um caráter doentio, sujo e impuro. A menstruação é observada como doença tanto que ao passar o período menstrual a mulheres dizem que ficaram "boas"; quando está próxima a data de menstruar elas dizem que vão adoecer e quando estão menstruadas dizem que estão "doentes".

Nas sociedades pré-capitalistas havia uma proibição do homem comer alimentos manipulados pelas mulheres menstruadas; se o sangue delas atingissem seus maridos dormindo eles seriam amaldiçoados. Esse preconceito foi algo muito marcante, principalmente no que tange à sociedade hebraica. (8)

O corpo da mulher é considerado, "um corpo cheio de humores e alterações súbitas desses humores." (9) Esse humores são resultados de uma influência da medicina hipocrática, que postulava a existência de qualquer deles no ser humano e que "a saúde depende do equilíbrio entre esses humores no corpo." (10) O excesso, o desequilíbrio é visto como algo anormal, doente. ←

Nessa perspectiva a mulher está praticamente condenada a ser anôma-la e portanto doentia, pois seu corpo sofre alterações nos fluxos sanguíneos, na falta ou excesso de leite. Esse tabus e preconceitos têm influências profundas no comportamento das mulheres atualmente, refletindo, principalmente sobre o

cuidado com sua saúde.

O que podemos observar claramente, é que independente da condição de classe que ocupam e de instrução que tenham, o medo de olhar e de identificar seu próprio corpo, a negligência com ele, vem se perpetuando. O resgate dessas crendices é imprescindível para romper com um poder alienante, permitindo assim uma tomada de consciência a respeito da saúde e do conhecimento desse corpo de mulher.

No período da Idade Média foi constituído o discurso da histeria e suas origens nos fluidos e vapores uterinos. Essa associação levou muitas mulheres às fogueiras inquisitoriais, como forma de extermínio de atitudes consideradas fora do padrão comportamental. (11)

Toda essa discriminação, fruto da ignorância e do autoritarismo de um poder despótico, marcaram com um estigma as mulheres, repercutindo tanto ao nível da vida em sociedade quanto nas práticas de atenção à saúde delas.

O plano doméstico, como um lugar de reclusão das mulheres tuteladas pelos homens, concretizou-se, na medida em que as sociedades formaram seus excedentes e se apropriaram dos meios de produção. Devido a reprodução (maternidade, parto, pós-parto, amamentação) as atividades das mulheres foram reduzidas com relação à agricultura, deslocamento das áreas de acampamento para coleta e na troca ou comércio dos gêneros produzidos.

"A mulher não é considerada superior porque reproduz a vida, pelo contrário, torna-se inferior porque nestas condições sociais a reprodução da vida é uma desvantagem para o controle último do processo social de produção e de dominação." (12)

Neste sentido formou-se uma ideologia de que ao criar seres perecíveis a mulher se tornava um ser inferior. Esse argumento faz com que até hoje as mulheres se vejam ao mesmo tempo necessárias e insignificantes à sociedade, pois é o homem quem cria objetos duradouros, eternos e transcendentes, conseqüentemente mais úteis à coletividade.

Contraditoriamente a preocupação com a reprodução; remonta aos tempos de Hipócrates e Galeno, que se dedicaram sobre o assunto. "As análises críticas desse material indicam que boa parte do conhecimento transcrito pelos primeiros mestres foi apropriado do saber construído pelas próprias mulheres."(13) Essa sistematização do saber das mulheres e de suas práticas em saúde (parteiras, curandeiras, rezadeiras) é observada até os dias de hoje, na forma autoritária de impor o saber médico sobre o corpo da mulher e a conseqüente sonegação das informações sobre seu mecanismo e alterações prováveis.

Essas regras impostas para o controle do corpo da mulher têm conseqüências no comportamento delas, provocando distúrbios orgânicos e mentais. Fatos como a esterilidade e a menopausa por exemplo vem causando, além de um grande complexo de culpa, um acirramento na condição de inferioridade sentida pelas mulheres. Pois ao perder a função reprodutiva, perdem também a identificação pessoal e social a elas atribuída.

A igreja no período medieval, representante do poder político e religioso, pretendia impor pelo terror e medo seus dogmas. No sentido de manter sua hegemonia. Aqueles que significassem uma ameaça ao seu império, eram queimados como bruxos pela "santa inquisição". Principalmente no que diz

respeito as parteiras, pois as mesmas possuíam acesso a olhar o corpo de outras mulheres.

Ainda hoje, observamos que a influência da Igreja tem representado um retrocesso quanto às questões reprodutivas, às leis de liberação do aborto, à sexualidade, ^ohomossexualismo, etc. Esse poder religioso sempre aliado ao saber médico institucionalizado, vem sendo responsável pela crescente desinformação e distorções sobre saúde. Conseqüentemente agudizando o quadro de riscos e agravos à saúde, aos quais as mulheres estão submetidas.

Com o advento do capitalismo em sua fase industrial as mulheres, começaram a se inserir na produção, embora o trabalho doméstico estivesse ainda sob sua responsabilidade. O que concretizou a chamada dupla jornada de trabalho. O trabalho feminino e infantil foi absorvido como mão-de-obra barateada, pela sua suposta inferioridade. Em lugar de pagar um salário justo, contratava-se uma mulher ou criança para produzir o mesmo que qualquer outro operário, ganhando muito menos com imensas e intensas jornadas de trabalho. Nessa perspectiva, as condições de trabalho e de saúde foram agravadas. Surgem então políticas sociais no sentido de minimizar a crescente pauperização a que havia sido lançada a classe trabalhadora e principalmente as mulheres trabalhadoras.

1.2. Políticas de Saúde: Breve Resgate.

No Brasil as Políticas de Saúde voltadas para a proteção da mulher contra a exploração de sua força de trabalho começaram na

década de 20. Neste período havia forte pressão por parte da classe trabalhadora que lutavam por melhorias das condições de trabalho.

O percentual das mulheres inseridas no mercado de trabalho representava um contingente significativo para justificar a adoção de medidas de "proteção" que a custo foram reconhecidas. Entre elas, a regulamentação da licença à maternidade em 1923 que dá o direito de gozar 30 dias de licença antes e 30 após o parto. (14)

Da formulação de medidas de proteção, ao acesso a elas há uma grande distância que precisou ser percorrida. Principalmente a implantação e o cumprimento.

No período populista de Getúlio Vargas 1931, houve a preocupação com uma legislação substantiva voltada para o trabalho feminino como: igualdade salarial sem distinção de sexo para trabalho de igual valor. Foram também conseguida no decreto Nº. 21.417-a (17/5/1932) o direito ao Auxílio a Maternidades; garantia para a mulher que aborta de 2 semanas de descanso e dos demais direitos concedidos a gestante; proibição de demissões da trabalhadora gestante; instalação de creches; e direito a dois descansos diários de 15 minutos para amamentar. (15)

Estas conquistas foram resultantes de uma maior mobilização por parte dos trabalhadores inclusive com períodos de greve buscando assim legitimar seus ^dDireitos. O governo populista pretendia que os entendimentos sobre as medidas do governo adotadas, fossem encaradas como benesses, perdendo o caráter de resultado das lutas sindicais. O poder de pressão dos trabalhadores foi tão intenso que uma das primeiras medidas

tomadas pelo governo Vargas foi o atrelamento dos sindicatos ao Ministério do Trabalho.

Apesar de terem conseguido o direito a descansos para amamentar sua prole as mulheres não podiam fazê-lo pois não existem ainda hoje creches nos locais de trabalho. Essa arbitrariedade é devido também a ausência de sanções que punam devidamente as empresas não cumpridoras dessas medidas.

Foi ainda neste período que houve uma preocupação com a saúde feminina. Com a criação de programas e práticas que atendessem as novas exigências da mulher que começaram a inserir-se no setor primário. Como acontece ainda hoje as Políticas de Saúde não são voltadas para atender as necessidades básicas da população. Essas políticas foram criadas como instrumento do governo para manutenção de mão de obra ativa e em número suficiente para atender a demanda do mercado de trabalho. (16)

Foi assim também no princípio da industrialização em que as Políticas de Saúde estavam voltadas para o melhor desenvolvimento da criança. Inicialmente foi criado o programa do leite e posteriormente o programa materno infantil. (17)

A ideologia vigente era da valorização da fertilidade e toda atenção médica era voltada para o pré-natal e depois para os cuidados com o recém nascido.

As políticas de governo com ênfase na atenção à infância em detrimento dos aspectos relevantes à mulher, condicionaram cuidados com cartões de vacina, medidas de higiene, alimentação, centrando a culpa pelas doenças das crianças nas mulheres desatentas e com pouca escolaridade.

Esta preocupação com a saúde da mulher na realidade era para

melhorar a qualidade da futura força de trabalho. "Com um atraso de 100 anos o Estado Novo tentou resgatar o Welfare State, Política Social inglesa, em que as políticas se voltaram para manter a produção e reprodução da força de trabalho. Havia uma necessidade de melhorar a higidez do trabalhador inglês no período da Revolução Industrial. (18)

Nos anos do governo J.K. houve um acelerado processo de industrialização com o Plano Nacional de Desenvolvimento. Sua meta era desenvolver o Brasil 50 anos em 5 propiciado pela abertura ao capital estrangeiro para implementar a economia nacional. Neste período houve uma ênfase ao desenvolvimento industrial do Nordeste.

Ainda neste período houve uma preocupação internacional com a pobreza, a miséria mundial e o avanço do comunismo. O governo americano baseado na teoria Malthusiana * tentou condicionar a liberação do capital internacional à América Latina à medidas que visavam deter a suposta explosão demográfica. (19)

* Teoria Malthusiana

"Malthus, relaciona crescimento populacional e má distribuição de riquezas para medidas de controle ... Ele sugere como solução da questão populacional a obrigação do casamento tardio e o fim das relações extras conjugais."

A posição do governo americano encontrou adeptos que logo apoiaram a idéia dentro da elite brasileira. Entretanto, políticos de direita, de esquerda e a igreja consideraram que isto iria interferir na soberania nacional. Mesmo assim, o governo americano através de uma agência particular criou a BEMFAM para viabilizar um programa de controle de natalidade em larga escala inicialmente de forma sutil. (20)

O governo brasileiro não apresentou nenhum programa oficial de controle da natalidade. Entretanto, apoiou oficiosamente através de convênios a instalação destes grupos no Brasil, especialmente nas regiões pouco desenvolvidas. (21)

Foi neste período que a BEMFAM começou a atuar no Nordeste, com a proposta de fazer "planejamento familiar" na realidade a ênfase dada era no controle da natalidade através da distribuição gratuita e maciça de contraceptivos hormoniais. A mulher não foi dado os esclarecimentos necessário para que pudessem escolher tanto no que diz respeito a que método utilizar quanto se ela desejava ou não sofrer uma esterilização que havia sido passada como uma opção contraceptiva e não como algo irreversível.

Houve aí uma contradição muito grande pois, não houve melhoria da condição de vida mostrando que não se controla o nível de pobreza da população controlando-se a natalidade.

"Durante o período de 1940-1960 o nível de reprodução da mulher manteve-se praticamente estável por volta de 6,2 filhos. Entre 1965-1967 começa a haver um ligeiro decréscimo acentuando-se na década de 70 e atingindo em 1980 a média de 3,4 filhos por mulher". (22)

Estes dados vem demonstrar a "coincidência" do período da

instalação da BEMFAM no país.

O declínio da fecundidade também tem sido explicado como resultado de um conjunto de fatores decorrentes do processo acelerado de urbanização do país.

Este processo tem ocorrido em um modelo de extrema concentração de renda em um contexto de crise econômica que acarretou a maior inserção da mulher no mercado de trabalho sem diminuir sua responsabilidade no cuidado dos filhos (23) como já foi referido. A consequência disto foi a limitação do número de filhos sem nenhum planejamento.

Estudos realizados atestam que foi na classe de mais baixa renda onde a fecundidade mais declinou. A ampla utilização dos métodos anticoncepcionais naturais, não naturais, reversíveis e irreversíveis assume um peso significativo na tendência declinante do número de nascimento. (24)

O movimento sanitário, em luta crescente contra o autoritarismo político dos governos militares aprofunda as propostas para a reforma sanitária. Com o governo da "Nova República" são criadas condições favoráveis para apresentação do modelo do SUS (Sistema Único de Saúde), como alternativa ao processo de mercantilização da medicina e garantia de serviços públicos de saúde de boa qualidade. Neste contexto está o PAISM (Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher) que foi discutido e ampliado durante a Conferência Nacional de Saúde e Direitos da Mulher, desdobramento da 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986.

Entre as resoluções apontadas pela Conferência Nacional de Saúde e Direitos da Mulher, ressaltamos a ampliação do PAISM para

atender a mulher em todas as fases da vida: (25)

- Saúde mental
- Saúde ocupacional
- Os direitos reprodutivos e o direito ao tratamento da infertilidade
- Prevenção do câncer, o auto-exame das mamas
- A saúde na adolescência
- A saúde no climatério e na velhice; e mantinham uma concepção abrangente do planejamento familiar.

Anunciado em 1982 como programa amplo que percebia a mulher de forma integral nas ações de saúde, o PAISM atualmente vem sendo mostrado às instituições médicas, igreja, imprensa e ao público em geral, como mais um programa de planejamento familiar ou como uma política de oferta de tecnologia contraceptiva. (26)

"O planejamento familiar é apenas uma das ações desenvolvidas pelo PAISM que tem seu lugar no contexto das ações de saúde." (27)

Na sua criação o PAISM apontava para o avanço pois, foi a incorporação das reivindicações feministas no discurso oficial.

Com atual política de Governo, a proposta do Plano Brasil Novo para a saúde 1990 - 1994 retrocede nos termos de organização de serviços assistenciais contrapondo-se às conquistas da 8ª Conferência Nacional de Saúde.

"O documento "revive" experiências como no PIASS que revelaram que a implantação apenas da rede básica é ineficaz para uma melhoria do padrão de atenção a saúde." (28)

A política de saúde restrita ao nível primário desconsidera inclusive o perfil epidemiológico do país onde apontam as doenças

do aparelho circulatórios e as neoplasias.

No documento, sentimos um fortalecimento do neo liberalismo que enfatiza uma menor participação do Estado enquanto prestador de serviços.

"O papel do Ministério da Saúde em áreas como a produção e comercialização do sangue e hemoderivados não é contemplada". (29)

Com relação ao setor privado que atua predominantemente na área hospitalar o Plano Brasil Novo acha que deverá ser estimulado. O documento não esclarece qual será a relação com a rede privada ou conveniadas, não esclarece também o destino do Seguro Saúde que é modalidade hegemônica de proteção à saúde da classe média e deve ser regulamentado pelo Ministério da Saúde.

A questão gerencial também não está clara no discurso do ministro Alcenir Guerra que é em relação a como operacionalizar esse modelo proposto.

Com relação ao Sistema Único de Saúde no que compete ao poder de decisão, financiamento, recursos humanos, os vetos da Lei Orgânica inviabilizam o desenvolvimento do mesmo uma vez que em relação ao repasse da verba permanece a falta de recursos e o "clientelismo político".

Com relação ao financiamento a Lei Orgânica previa a ampliação de recursos para a saúde mediante novas formas de captação e aumento dos impostos sobre o lucro. Com o veto presidencial mantem-se as atuais e insuficientes fontes de recursos, inviabilizando a melhoria no atendimento.

A questão dos recursos humanos previa um plano de carreira para os trabalhadores do SUS com piso nacional de salário

facilitando a isonomia salarial e de uma política igual para todos os que trabalham na saúde. Entretanto, a situação dos trabalhadores permanece, (ou seja) na mesma função e locais de trabalho, recebendo salários diferentes.

A participação dos trabalhadores ao controle e decisões do SUS também foi vetado.

Isto nos impõe debruçarmos mais uma vez sobre os problemas que afetam a saúde da mulher e instrumentalizar-nos para interferir no encaminhamento das questões dentro do nosso campo de inserção que preconiza novas relações entre os serviços de saúde e a população que deles se utilizam.

1.3. Aspectos do Perfil Epidemiológico da Mulher Brasileira

O papel da mulher tem mudado bastante nestas últimas décadas. "A inserção social da mulher na estrutura de classes, na ambiência familiar, no mercado de trabalho, na relação cotidiana com os homens e com às próprias mulheres, constitui um conjunto de aspectos imprescindíveis na determinação social dos padrões de saúde feminina". (30) Dessa forma, a mulher tem determinado cada vez mais seu lugar na sociedade, através de sua incorporação numa série de lutas, acarretando mudanças sociais.

"A saída do lar expõe a mulher a outros tipos de riscos ocupacionais. Merece ser considerado que, na nossa sociedade, a mulher acumula novas funções às antigas, com sobrecarga de trabalho e responsabilidade". (31) Tudo isto acarreta mudanças quanto ao lugar social que a mulher ocupa e começam a ter impacto sobre o perfil de mortalidade.

Pretendemos aqui, tratar do perfil de mortalidade e morbidade da mulher, que em uma realidade complexa como a nossa, não é tarefa simples. Mesmo porque, as informações que permitem quantificar esses problemas são bastante limitadas, visto que, a partir de 1977 é que foi implantado o sistema de mortalidade do Ministério da Saúde, e desde então é que se teve acesso aos dados regulares sobre óbitos ocorridos em todo o Brasil.

Para dar conta da diversidade no perfil epidemiológico, não é só necessário constatar que nossa população convive com padrões comuns dos países industrializados, sem que tenham sido resolvidos os problemas do atraso, típicos da "pobreza"; mas também analisar porque isto ocorre. Tudo isto é decorrente das profundas transformações ocorridas nestas últimas décadas, provenientes do processo acelerado de industrialização, urbanização e modernização do país. Este processo existe dentro de um modelo capitalista de extrema concentração de renda, num contexto de crise econômica, provocando mudanças na dinâmica populacional através do processo migratório, com impacto na configuração epidemiológica.

O processo migratório deslocou do campo para a cidade imensos contingentes de pequenos agricultores e trabalhadores rurais. Estes trabalhadores foram expulsos de suas terras, pela expansão dos grandes projetos na agropecuária, pela concentração de grandes latifúndios, que a ausência de uma política de reforma agrária não conseguiu reverter. Todo este processo marcado pela violência e sofrimento, foi incorporado à realidade da vida brasileira, levando a uma concentração muito grande nas áreas urbanas do país. Hoje em dia estas áreas

já detém mais de dois terços da população total.

Toda esta mobilidade espacial e ocupacional gerada pelo processo migratório, ocasionou um enorme contingente marginal com poucas possibilidades de absorção. A partir da década de 70 com o avanço industrial, é que grande parcela da mão-de-obra expulsa do campo foi absorvida, tanto no setor secundário quanto no terciário inferior. Essa mobilidade determinada por condições extremamente precárias de vida e trabalho, alterou de forma decisiva os padrões da morbidade e mortalidade no país. (32)

Houve portanto modificações nos "padrões de atraso", que eram restritos às áreas rurais e incipientes nas periferias urbanas, e os da "modernidade" característica de regiões desenvolvidas e industrializadas, ocasionando novas formas de adoecer e morrer.

No caso específico da saúde da mulher, que nos dias de hoje está cada vez mais inserida no mercado de trabalho, persistem ainda elevadas taxas de mortalidade materna. Na maioria dos casos devido a causas como a hipertensão e as hemorragias, o que reflete a baixa qualidade da assistência pré-natal. Observamos o aumento da incidência das doenças do Aparelho Circulatório, que hoje assumem o maior peso como primeiro grupo de causas de óbitos.

Seguidas das "Neoplasias" que tem sua assistência prestada no modo precário, descontínuo e restrito aos períodos de agudização ou complicações dessas doenças.

" As neoplasias de colo de útero e de mama, principais responsáveis pelas mortes por câncer entre mulheres são passíveis de medidas de controle através de programas de detecção e

tratamento precoces com eficácia comprovada. A baixa cobertura e efetividade dos programas existentes, aliadas a dificuldades de acesso ao tratamento dos casos detectados, deixam a população feminina quase inteiramente à mercê dos riscos de adoecer e morrer por câncer". (33) Isto demonstra que apesar das altas taxas, praticamente nada foi feito neste sentido, para atender as necessidades de saúde da mulher, que implicam em cuidados específicos e continuados.

Surtem também dois outros grupos de causa, que são: As causas externas e doenças mentais, que nesta última década aumentou de modo significativo, sem que houvesse nenhum tipo de atenção dirigida a esse novo quadro que se apresenta. As doenças mentais que tem se elevado sensivelmente, são responsáveis hoje por 12% dos benefícios concedidos pela Previdência, sem que haja uma atenção específica que trate do assunto.

Apontamos aqui o perfil de mortalidade da mulher brasileira, segundo causas definidas na tabela abaixo.

MORTALIDADE PROPORCIONAL DOS DEZ PRINCIPAIS GRUPOS DE CAUSAS DEFINIDAS (g) EM MULHERES DE 15 ANOS E MAIS, SEGUNDO FAIXAS ETÁRIAS - BRASIL, 1985.

CAUSA	15 e Mais		15 - 29		30 - 39		40 - 49		50 - 59		60 - 69		70 e Mais	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
D. Ap. Circulatório	97016	49,5	2088	15,9	3676	29,8	7060	39,8	12014	45,1	18666	50,9	53512	59,9
Neoplasma	30883	15,8	1061	8,1	2057	16,7	4156	23,4	6468	24,3	7149	19,5	3992	11,1
d. Ap. Respiratório	17582	9,0	957	7,3	808	6,5	1075	6,0	1678	6,3	2912	7,9	10152	11,1
Causas externas	12130	6,2	4535	34,4	1980	16,0	1433	8,1	1222	4,6	1004	2,7	1956	2,2
D. Gland. endócrinas nutric., metab., e transt. imunitárias	10578	5,4	333	2,5	376	3,0	664	3,7	1475	5,5	2619	7,1	5511	6,1
D. Ap. Digestivo	8995	4,6	611	4,6	794	6,4	1075	6,0	1389	5,2	1646	4,5	3480	3,9
D. Infecciosas e parasitárias	8430	4,3	1024	7,8	943	7,6	1085	6,1	1316	4,9	1483	4,1	2579	2,9
D. Ap. Genit. urinário	3926	2,0	396	3,0	389	3,2	457	2,6	518	2,0	644	1,8	1522	1,7
D. Sist. gnevoso e órgãos do sentido	1942	1,0	562	4,3	306	2,5	241	1,4	221	0,8	237	0,7	375	0,4
Complicações da gravidez, parto e puerpério	1857	0,9	1024	7,8	637	5,2	192	1,1	4	0,0	-	-	-	-
Outras causas definidas	2617	1,3	572	4,3	381	3,1	314	1,8	327	1,3	307	0,8	316	0,4
TOTAL	195956	100,0	13163	100,0	12347	100,0	17752	100,0	26632	100,0	36667	100,0	89395	100,0

Fontes: SNABS, Ministério da Saúde, Estatísticas de Mortalidade, Brasil, 1985.

Este é o perfil epidemiológico da mulher brasileira, que demonstra o nível dos serviços que lhe são prestados e a qualidade de vida que ela tem.

1.4. Justificativa:

Considerando a existência de programas criados especificamente para a mulher, como os programas do leite, materno - infantil e planejamento familiar, observamos que os mesmos obedecem a uma lógica tradicional, cultural, que relaciona a mulher e sua saúde à sua função reprodutora.

A saúde da mulher vem sendo enfocada ao longo de sua história sob a ótica dos cuidados com a gestação e com o recém-nascido.

A grande configuração dos problemas que afetam a mulher atualmente, como: violência, doenças sexualmente transmissíveis, doenças do aparelho circulatório, doenças do aparelho respiratório, neoplasias etc, não tem sido suficientemente atendida pelos serviços de saúde. Esse fator constitui um agravamento que compromete a saúde da mulher.

A nova proposta do Governo Federal aponta, para um modelo assistencial que volta a priorizar a assistência primária à saúde. Essa atitude compromete o nível dos serviços prestados e atropela um processo de discussão e democratização da integralidade, equidade e universalidade da questão saúde.

Nesta perspectiva, sentimos necessidade de resgatar como e porquê os serviços não atendem às necessidades das mulheres. De que forma isso vem se mostrando historicamente e que papel

desempenha e desenpenhou as Políticas de Governo, na organização desses serviços em atenção à saúde integral da mulher.

O presente estudo tem como objetivo fundamental, averiguar em que medida as ações planejadas por nós, planejadores, estão associadas com os interesses e necessidades das mulheres. Pretendemos com isso, confrontar o que foi listado por nós com relação ao gerenciamento dos serviços com a percepção dos diversos atores envolvidos. Dentro desse esquema utilizamos o método do planejamento estratégico situacional.

Entendemos que a escolha da atenção à saúde do segmento feminino, se dá considerando:

- a especificidade da relação mulher e serviços de saúde.
- os processos de saúde/doença que são vivenciados por elas.
- seu caráter compulsório e não voluntário de comparecimento aos serviços de saúde. (34)

O interesse pelo estudo da saúde feminina, articulado com a questão da gerência dos serviços de saúde, surgiu, considerando os altos índices de morbimortalidade da mulher no Recife.

Essas causas estão relacionadas diretamente à precária prestação no atendimento dos serviços de saúde principalmente no que tange às neoplasias malignas. Esses índices, apontam para uma ineficiência na cobertura dos serviços de prevenção dessas patologias. Associamos esses fatos à questão do planejamento em saúde e a uma não definição de um modelo assistencial.

Nossa preocupação enquanto concluintes do Curso de Saúde Pública, é propiciar o debate e contribuir para a discussão dentro do planejamento em saúde. Alertando para o papel do planejador, pretendemos verificar, o quanto, os mesmos estão,

distanciados da realidade de quem é usuário dos serviços.

A gerência dos serviços de saúde, não prescinde unicamente de recursos humanos, materiais, financeiros; é necessário conceber e compreender a realidade de forma ampla e complexa.

O objetivo do serviço público é prestar mais serviços a mais pessoas com qualidade e resolutividade. Portanto os serviços existem em função das necessidades da população. Sendo assim é fundamental, democratizar a ação dos serviços à participação daqueles a quem, os mesmos, são destinados.

Não constitui, objeto de nosso estudo, avaliar os serviços de atenção à mulher, uma vez que já existem recentes avaliações realizadas pelo S.O.S. Corpo e uma outra elaborada pelo IMIP/SUDENE.

Nossa preocupação enquanto mulheres e trabalhadoras da saúde passa pela responsabilidade de discutir a saúde das mulheres e garantir que a questão seja tratada na ótica da saúde pública.

II - METODOLOGIA:

A escolha do tema do nosso trabalho, delimitado na atenção à saúde da mulher, suscitou uma forma peculiar de abordá-lo de modo a não perdermos a referência e trabalhar com base no Planejamento Estratégico Situacional (P.E.S.).

A proposta de trabalho consistiu em contemplar as fases do P.E.S. interligando os seus momentos através dos discursos dos atores por nós selecionados. A utilização de diferentes atores permitiria-nos uma percepção diferenciada dos problemas que atingem às mulheres.

Nosso estudo não tem pretensão de servir de amostragem quantitativa, principalmente, pela pouca disponibilidade de tempo. Restringiu-se a uma análise qualitativa que poderá contribuir para aprofundamento a posteriori.

2.1. Nossos Primeiros Passos:

Após delimitarmos o tema, realizamos um levantamento bibliográfico que subsidiou, enriqueceu e deu-nos elementos para aprofundar a temática contribuindo na construção do roteiro do trabalho.

Como forma de torná-lo mais dinâmico e contemplando as nossas expectativas de realizar um "estudo" mais abrangente, adotamos como instrumento a entrevista, para dar conta da visão que pretendíamos ter de cada grupo de atores. A entrevista foi estruturada de forma semi-aberta de maneira que não perdemos a

perspectiva do P.E.S..

2.2. Quem são Nossos Atores?

Centramos nossos esforços em quinze atores sociais que compreendiam mulheres, profissionais de saúde e feminista. Nós entramos enquanto atores que planejam e que a construção da nossa proposta para o tema, já havia sido desenvolvida como exercício na disciplina de Planejamento (anexo 1).

Dentre os atores escolhidos, doze foram mulheres, potenciais usuárias dos serviços de saúde, dois profissionais médicos que trabalhassem na área de atenção a mulher e uma feminista que estivesse engajada com a temática de saúde da mulher.

2.3. Onde Vivem estes Atores?

A cidade do Recife foi o foco central do nosso estudo, embora tivéssemos escolhido bairros que facilitassem a nossa locomoção e realização mais rápida de nossas entrevistas. Para intervir junto as mulheres, priorizamos o bairro dos Coelhos, Casa Amarela/Morro da Conceição, Graças, Torre, Boa Vista, Casa Forte e Boa Viagem. Desta forma pretendíamos ter contato com mulheres de diferentes classes sociais. Algumas modificações em relação aos bairros foram feitas em virtude de agilizar nosso estudo, mas que não comprometeu os critérios que chegamos a definir.

2.4. Como foi Nossa Escolha?

O nosso primeiro critério para a seleção das mulheres obedeceu a três requisitos: Mulheres com filho, mulheres sem filho e mulheres que já tivessem atingido a menopausa. Com esta escolha procuramos ver como cada uma delas identificam seu problema de saúde, sua relação com os serviços e de que forma pensam em resolvê-los.

Ainda como critério de escolha para as mulheres utilizamos a divisão por classes sociais, que correspondeu a burguesia, pequena burguesia, proletariado e subproletariado. Esta divisão foi realizada com base na versão modificada da proposta de Bronfman e Tuiram, feita por Cintia Lombardi (35). O nosso intuito foi trazer à tona as diferentes percepções das entrevistadas sobre seus problemas de saúde considerando a inserção delas no cenário socio-econômico.

Em nossa seleção agrupamos as mulheres por classe distribuindo-as em três para a burguesia e a mesma proporção para a pequena burguesia. Para o restante das mulheres reservamos um quantitativo de seis para atender o critério de proletariado e subproletariado. A dificuldade de encontrar as mulheres dentro desta classificação, somado ao tempo limitado para realização das entrevistas, obrigou-nos a suprimir o critério de proletariado e subproletariado e assumir a terminologia de classe popular.

A forma de contato com as mulheres aconteceu através do conhecimento pessoal de cada integrante da equipe em se tratando

da burguesia e pequena burguesia. Em relação a classe popular contactamos com representantes dos Conselhos de Moradores das áreas definidas (Coelhos e Morro da Conceição) que facilitaram o nosso acesso e contribuíram na escolha das mulheres segundo os critérios definidos.

Todas as entrevistas obedeceram as disponibilidades das mulheres, sendo realizadas nos locais de trabalho ou em suas moradias.

Em se tratando dos profissionais médicos, acatamos uma indicação do pessoal do S.O.S.. Corpo e o outro foi através de uma visita a unidade de saúde da rede pública.

Quanto a feminista nosso critério de escolha foi, uma pessoa que estivesse envolvida com o trabalho de saúde da mulher.

2.5. O Caminho Percorrido:

A construção do roteiro das entrevistas foi baseado nas questões que compreendem os três primeiros momentos do planejamento estratégico situacional: O que é, o que deve ser e o que pode ser. Através destes questionamentos elaboramos as perguntas que possibilitariam a construção, pelos diferentes atores de uma proposta de atuação junto a mulher, segundo a ótica dos mesmos. (anexo 2)

A diversidade dos atores possibilitaria um confronto dos discursos analisando, suas percepções frente aos problemas da mulher e avaliar a distância de nós planejadores em relação aquilo que foi levantado como problema.

Interessava-nos avaliar a distância da proposta do planejador em relação a expectativa de quem é seu usuário, e quem presta o serviço, os profissionais que executam a ação.

Ressaltamos no entanto que em relação às mulheres entrevistadas, fizemos um bloco dos discursos conforme as classes sociais na qual estavam inseridas.

Com o roteiro definido e as questões elaboradas realizamos um pré-teste com duas funcionárias do NESC (Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva - PE), de classes sociais diferentes.

O objetivo do pré-teste foi avaliar o nível de compreensão, tanto de nós entrevistadoras, como dos entrevistados, em relação as questões elaboradas. As entrevistas foram realizadas com a presença de todos os integrantes do grupo, para contribuir na avaliação e familiaridade com a técnica.

Após a realização do pré-teste, firmamos os contatos e subsidiadas por gravadores registramos as falas dos atores, que foi fundamental para a execução deste estudo.

III - COM A PALAVRA AS MULHERES:

3.1. Mulheres Diante do Espelho: Saúde x Doença.

O fato de que "independente das diferenças contextuais, as mulheres apresentam sobrevida maior que os homens" (36) não "invalida" os altos índices de mortalidade para as mulheres e suscita algumas observações sobre as causas básicas dos óbitos femininos.

Como já foi referido anteriormente o perfil de morbimortalidade da mulher brasileira, centramos atenção agora para o perfil da mulher recifense com base nos dados da Secretaria de Saúde de PE referente a 1987.

As informações contidas na tabela abaixo nos permite observar que as doenças do aparelho circulatório e as neoplasias são respectivamente a primeira e a segunda causa de óbito das mulheres recifenses, compreendidas na faixa de 15 a 49 anos.

PERCENTUAL DE ÓBITOS DE MULHERES RESIDENTES DE 15 A 49 ANOS
POR FAIXA ETÁRIA E GRUPOS DE CAUSAS
RECIFE, 1 9 8 7

GRUPOS DE CAUSAS	TOTAL		FAIXA ETÁRIA (ANOS)			
	No.	%	15 - 19	20 - 29	30 - 39	40 - 49
D. Ap. Circulatório	140	23,0	8,5(5a.)	17,8(2a.)	16,9(2a.)	32,1(1a.)
Neoplasias	134	22,0	10,6(4a.)	11,6(3a.)	24,0(1a.)	27,9(2a.)
Causas Externas	94	15,4	25,6(1a.)	30,2(1a.)	12,9(3a.)	8,0(4a.)
D. Ap. Digestivo	50	8,2	12,8(3a.)	3,9	7,0	10,3(3a.)
D. Ap. Respiratório	40	6,6	14,9(2a.)	7,0(5a.)	7,6(5a.)	4,2
d. Inf. Parasitárias	42	6,9	6,4	7,8(4a.)	8,2(4a.)	5,7(5a.)
Comp. Grav. Parto e Puerperio	13	2,1	4,2	4,6	2,9	-
Sint. e Sinal mal definidos	19	3,1	4,2	3,1	4,1	2,3
Todos os demais	77	12,7	12,8	14,0	16,4	9,5
TOTAL	609	100,0	100,0(47)	100,0(129)	100,0(171)	100,0(262)

Para as mulheres mais jovens as causas externas tem percentuais significativos frente a outras causas. Estes índices são relativos a crescente onda de violência, da elevação nas taxas de homicídios e dos acidentes de trânsito que atinge em maior nível os adultos jovens.

Destaca-se também, na faixa etária de 30 - 39 anos que a mortalidade feminina por neoplasias se contituem como primeira causa de óbito. Já na faixa etária de 40 - 49 anos a mortalidade feminina incide sobre as doenças do aparelho circulatório (32,1%), seguida pelas neoplasias (27,9%).

Na tendência desse padrão de mortalidade verificamos uma vertiginosa diminuição das doenças infecciosas e parasitárias como causa de óbito nas mulheres do Recife.

Os índices dos óbitos referentes a complicações da gravidez, parto e puerpério, são pouco significativas para a realidade dos serviços de atenção a mulher, levando-se em consideração a sua qualidade. Dado o subregistro de óbitos maternos, estes índices podem não corresponder aos dados reais. Um depoimento da entrevista com a feminista, serve como observação:

"... A inexistência de dados na rede pública, reflete a própria forma como o serviço público está estruturado, não há ficha, arquivo, não tem como mesurar através da rede pública..."

(M.B.M.A. - 42 anos - feminista)

Diante destes dados se traça o perfil de mortalidade feminina associado aos padrões de doenças ditas da "modernidade", exceto os simplórios dados das causas perinatais. Numa realidade onde o agravamento dos problemas se dá, em sua maioria, pelas

precárias condições de vida e de acesso aos serviços de saúde a tônica do perfil compara-se com os moldes de regiões mais desenvolvidas.

Considerando estes aspectos a percepção dos problemas levantados pelas mulheres entrevistadas, não fugiu a tendência deste perfil, apenas traçou-se de forma diferenciada conforme a classe social na qual estavam inseridas.

O levantamento dos problemas pelas mulheres da classe popular expressa uma relação com o corpo doentio, acometido pelas doenças relacionadas com suas condições de vida, de trabalho e acesso aos serviços de saúde. Suas queixas refletem a proximidade com a doença:

"...A doença é o aperreio... a questão, hoje em dia, de tudo é o dinheiro, deixa toda agonia do mundo, dinheiro pouco, não dá pra nada, corre muito, pega três, quatro emprego..."

(E.M.A.A.- 39 anos - com filho)

"... O que eu tenho é problema de vista, mas minha vista, é que eu costurei muito... abusei muito da luz de noite, de madrugada... excesso de trabalho a noite toda..."

(I.A.S.- 59 anos - menopausa)

"... As filas atrapalham e como atrapalham... quem trabalha perde um dia numa fila e nem conseguir uma ficha pra uma receita. Por isso cheguei ao problema de ficar com o ovário inflamado..."

(I.A.S. - 59 anos - menopausa)

Em seus depoimentos são referidos problemas ginecológicos, expresso pelos sintomas de cólicas, inflamação, dores no ovário. Há uma associação da menopausa, como veremos adiante, como problema de saúde da mulher na terceira idade. É constante a citação da doença dos nervos (doença mental) como fato "comum" nas mulheres do meio popular. A referência das entrevistadas à violência como problema de saúde, se dá de forma superficial, embora seus índices para as faixas de 15 a 29 anos corresponda a primeira causa de óbitos nas mulheres recifenses.

Na sua relação próxima com a doença, as mulheres da classe popular, deixam transparecer como fato cotidiano, comum as suas vidas e o estar doente, como expressa esse depoimento:

"A gente vê que é comum elas perderem a cabeça, perder o juízo"

(E.M.A.A. - 39 anos - com filhos)

Por outro lado o discurso da burguesia e pequena burguesia se assemelham no tocante aos problemas de saúde da mulher. Os seus depoimentos fazem referência as neoplasias, mas também de uma forma sutil.

Suas queixas foram mais relativas ao stress, ocasionado pelas pressões da vida moderna e pelos conflitos do duplo papel de mãe X profissional, como expressa esse depoimento:

"... Muitas vezes você tem um filho sem ter arrumado sua vida, você está estudando e está com um emprego intermediário, que não é definitivo a nível de profissão e aí você começa a se stressar..."

(N.V.- 40 anos - com filhos)

Um aspecto a se observar é que suas referências como doença estavam quase sempre dirigidas para outras mulheres, que não elas próprias. Em suas falas excluem-se do contexto da doença. As queixas não são suas, os males não lhe abatem, em seus corpos não estão as doenças. Esta fala pode descrever:

"... A mulher começa a adoecer de tudo, pois agente que é "classe média" tem uma noção... ela começa a passar por doenças venéreas, que para nós é tão distante..."

(N.V. - 40 anos - com filhos)

O número limitado das nossas entrevistas não nos permite tomar como geral o discurso dessas mulheres, mas possibilita-nos considerar que mesmo pertencentes a diferentes classes traçaram o perfil de morbidade aproximado dos padrões das doenças da "modernidade".

O ocultamento em suas falas sobre as doenças do atraso como a tuberculose, a hanseníase e demais doenças infecto-contagiosas nos causam inquietações, e levanta a questão, de: O que se passa com as mulheres a ponto de não identificarem esses males como agravos a sua saúde?

3.2. Mulheres a Beira de um Ataque de Nervos:

A loucura, sinônimo de quebra de regras, esteve presente em todas as épocas. Na idade média, a relação entre a bruxaria e a loucura levou a execução de inúmeras mulheres, consideradas possuídas pelo demônio (9 entre 10 acusados eram mulheres).

Segundo o Malleus Malleficarum (1496), um dos mais importantes tratados demonológicos, "as parteiras superavam a

todas as mulheres em maldade" (37).

A igreja e medicina nesta época afirmam que o sexo feminino seria perigoso, desordenado e impuro. "A medicina e a religião caminham juntas não apenas a nível de um discurso sobre o feminino, mas também a nível de exercício da punição sobre este sexo" (38).

Constatamos que nesta época, a necessidade da ciência médica se legitimar como saber e prática oficial, "obrigou-a" a caminhar de braços com a igreja inquisidora. O discurso médico do século XVI também "vé no organismo feminino a prova da inferioridade da mulher" (39).

O saber empírico das mulheres e sua prática de cura, considerados maléficos e ameaçadores para o poder religioso e controle médico, passam a ser exercidos de forma marginal e clandestina neste período. Esta perspectiva reforça o afastamento da mulher das questões públicas, impondo-lhe uma maior atenção às questões privadas.

Com a instauração das bases do capitalismo a loucura assume conotação diferente. Em uma sociedade estruturada pelo homem e para o homem, percebemos que a mulher é reconhecida principalmente pela sua função reprodutora. Sua identidade feminina é fragmentada quando exerce várias funções. Quanto a função reprodutora, são impostas inúmeras limitações, e se tenta escapar do mundo doméstico sofre as "neuroses" da inserção na produção.

De 1964 para cá tem aumentado a demanda às instituições psiquiátricas, reflexo do modelo econômico vigente, que favorece a marginalização crescente de camadas da população. Segundo

Nilson Costa e Silvério Tundis "a ideologia psiquiátrica teria nascido para tornar possível classificar como doente mental todo o comportamento inadaptável aos limites da liberdade burguesa" (40).

"Segundo informações fornecidas pelo M.S., 36% das internações médico-psiquiátricas são de mulheres. A faixa etária predominante é de 30 - 40 anos" (41).

Em entrevistas realizadas, destacamos a fala de mulheres que entendem a saúde mental ameaçada de formas e por motivos diversos. Uma mulher da classe popular nos responde ao perguntarmos sobre os problemas de saúde da mulher:

"Dor de cabeça. Está sempre com dor de cabeça, a mulher. Não é uma questão de doença, é aperreio, a vida ruim, nervosa, sistema nervoso abalado. As mulheres estão sempre nervosas. A mulher do nosso meio está sempre assim. Tem uma companheira de grupo que até correu doida de tanto aperreio, ela não aguentou e se jogou em cima de um carro. Agente sabe de vários casos de umas três que ficaram assim sem juízo."

(E.M.A.A. - 39 anos)

Falamos sobre o porque destes problemas ela disse:

"A vida difícil, a falta das coisas, moradia ruim, salário pouco né? Eu acho que isso causa tudo, quando você tem uma vida, ganha bem, tem tudo às suas mãos, acho que você não tem tantos problemas, tem alguns, mas não é como a mulher pobre. As vezes dá vontade de sumir um pouco da realidade"

(E.M.A.A. - 39 anos)

As queixas acima retratam a relação "doença dos nervos" com as condições de vida e sobrevivência. Observamos que a fala desta mulher apresenta sofrimento psíquico cuja origem se encontra, em sua maior parte, vinculada a problemas sócio-econômicos. O cotidiano difícil, com dificuldades financeiras, nos leva a associar estas queixas a uma tentativa de fuga da realidade.

A senhora M.C.F.T., da classe popular, 30 anos, identifica:

"Problema familiar, desunião, intriga", como problemas comuns entre as mulheres, e justifica:

"Muitas mulheres são problemáticas".

E por quê?

"Porque as mulheres são fracas. Nós mulheres temos o espírito fraco, não sabe porque adocece, pois acontece tão rápido."

E sugere,

"Procurar um médico, psicóloga... ficar deitada em casa não tem melhora para ela".

Esta fala nos parece imbuida de forte psicologização dos sintomas, onde observamos que problemas oriundos das questões de vida são relacionados com tratamentos psiquiátricos. Há uma percepção de que os problemas das mulheres são intrínsecos ao gênero, por terem as mulheres o "espírito franco".

As mulheres que entrevistamos da pequena burguesia e burguesia utilizam expressões diferenciadas para referirem-se aos agravos à saúde mental.

Uma mulher da pequena burguesia, aponta "nervos, solidão, distonia", como decorrentes de "questões climáticas, atmosfera poluída, falta de sexo, de companheiro" (A.C.N. - 69 anos)

Duas mulheres da burguesia identificam o "stress e a tensão" como problema. Dentre elas, uma associa ao "mundo moderno" (P.P.M.-19 anos-estudante) e a outra relaciona a "sobrecarga de trabalho, por não haver divisão com o companheiro" e ao "trânsito" (N.L.W.V.S.- 40 anos - advogada).

Analisamos estas queixas associadas ao problema da "cidade grande", dos "males da urbanização", do desequilíbrio ecológico, da inatividade sexual e carência afetiva. Não há nestes depoimentos a tônica na luta pela sobrevivência realçada pelas mulheres da classe popular. A relação do stress com a dupla jornada de trabalho reafirma a ínfima participação do homem nas tarefas domésticas. O preconceito cultural quanto à divisão entre o casal das responsabilidades com a casa e filhos, é fator a ser considerado na análise dos agravos a saúde mental da mulher.

As diferentes formas de expressão das mulheres das diferentes classes sociais refletem a "familiaridade" com a loucura na classe popular, que refere-se a esta como qualquer outro problema de saúde; e a utilização de linguagem rebuscada, que camufla este problema entre as mulheres da pequena burguesia e burguesia.

Esta diversidade linguística é imbuída de tabu e preconceito social em torno da doença mental. Perpassa aí uma concepção burguesa, que considera "perigosa" as pessoas economicamente "inferiores". Esta visão irá nortear as formas existentes de tratamento. À classe popular são oferecidos os manicômios e asilos, verdadeira "fábrica de loucos" e "depósito humano".

Para pequena e alta burguesia existem as "clínicas de repouso", situadas discretamente em bairros tranquilos,

pertencentes a rede privada.

Ao perguntarmos a mulher da classe popular sobre a frequência dos casos de loucura entre mulheres e homens no seu bairro, ela respondeu:

"A gente vê que é comum elas perderem a cabeça, perder o juízo. O homem, ele fica alcóolatra... as mulheres enlouquecem, não se entregam tanto a bebedeira por causa dos filhos, elas ficam muito ligada..."

(E.M.A.A.- 39 anos - comerciante)

A responsabilidade com os filhos, atribuída exclusivamente às mulheres, assim como o preconceito social com a mulher que bebe, cria representações da doença diferente entre homens e mulheres. Mesmo considerados e tratados algumas vezes como loucos, há relativa aceitação social com os homens que bebem, não sendo feita a eles grandes cobranças quanto ao não suprimento das necessidades familiares (da afetiva à material). A mulher resta uma maior tolerância para suportar o cotidiano difícil, cabendo-lhe o papel de "modelo de comportamento" para os filhos. A esta lhe é permitido um dia o "estopim da bomba", com a explosão de toda sobrecarga contida.

Queixas e sintomas "não precisos", levam a grande parte das mulheres que procuram os serviços, terem diagnósticos imprecisos. * (mulheres diagnosticadas como tendo problemática emocional, somada a mulheres englobadas em outros) (42). Em 1985, de um total de 13.027 mulheres atendidas nos ambulatórios próprios, mais da metade tiveram diagnósticos imprecisos (mulheres diagnosticadas ...*)

"Parece então que esta população feminina apresenta um sofrimento psíquico cuja origem se encontra, em sua maior parte nos conflitos e nas dificuldades existenciais que impregnam o cotidiano de suas vidas. Submetidas a pressões insuportáveis, reagem... Na maioria das vezes, o corpo é que vai "falar", na ausência de outra representação simbólica. E através dele que a experiência vivida irá adquirir um sentido lógico, e aceitável" (43).

3.3. Trabalho: Meio de Vida ou de Morte?

Além da função reprodutora, exercida sem o devido apoio médico-psicológico, a inserção da mulher no mercado de trabalho vem crescendo de forma discriminatória.

Em pesquisa recente, realizada pelo IBGE - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio, constatamos que apesar da mão de obra feminina no nordeste representar 34%, a mulher recebe praticamente a metade (51%) do que é pago ao homem.

A população pertencente a classe trabalhadora habita as zonas periurbanas, não se caracterizando pela participação comum em uma mesma tarefa ocupacional. Ao contrário o que a une é mais o não trabalho e o subemprego, além do "trabalho invisível" realizado pela mulher doméstica. O sofrimento aí aparece maciço e evidente.

"Estar com saúde" para os membros desta classe, nos parece ser "estar em condições de trabalhar". Segundo Minayo e Souza, "a visão dominante da doença é a incapacidade física para trabalhar. Dentro de uma sociedade que valoriza acima de tudo a produção, o

corpo é concebido como um motor para funcionar. Essa concepção construída socialmente, reflete de forma muito específica a realidade da classe trabalhadora, para quem o corpo se tornou única forma de sobrevivência, porque é força de trabalho." (44)

O corpo da mulher nesta classe assume fortemente esta conotação, confirmada pelo depoimento abaixo:

"... Se você fosse bem remunerada no seu, acho que seria até uma pessoa mais calma, mais tranquila, para lidar com aquilo que você faz. A gente faz mil coisas prá sobreviver. Eu quantas vezes ia dormir uma hora, duas, três da manhã prá ganhar mais, isso não pode me fazer bem ... como e que eu amanhecia o dia, nervosa, chata, até com o marido a relação é ruim, quantas vezes ele tá a fim, e eu não tô a fim, porque estou cansada. Não é tanto cansaço físico, é a mente, pensando em mil coisas. Eu acho que tudo é o dinheiro mesmo ... aí adocece todo mundo, fica tudo doente, chato, nervoso, doido ... mau esposa, mau mãe, os filhos fica tudo agressivo, a gente não conversa com os filhos, só grita, só bate, a gente não tem tempo de conversar, ser amigo, porque trabalha muito, é muita coisa ao mesmo tempo"

(E.M.A.A.- 39 anos - comerciante e artesã/renda própria 1 S.M.).

A interferência direta da luta pela sobrevivência no relacionamento afetivo, é o preço pago pela mulher desta classe para suprir as necessidades materiais da família. além de que, ser mulher nesta classe é não se permitir ficar doente por causa dos filhos.

A senhora citada anteriormente, nos relata como uma amiga

do bairro relega a plano secundário sua saúde:

"Essa que se jogou em cima do carro ... ela tá com problema de saúde, ela tá com uma hérnia, aqui, tá tão alto, tá em ponto de estrangular e ela morrer. Ai ela dizendo prá gente que tava doente.

- Menina porque tu não te opera?

- Ah, eu não posso.

- Por que tu não pode?

- Porque eu tenho os meninos.

- E se tu morrer? Se tu morrer teus filhos vai contigo? Tu tem que pensar mais um pouquinho em tu também. Deixa com o pai.

- Ah, mas eu já me aperreio muito, ele é muito ignorante.

- E tu vai ficar assim?

- Vou.

- Pensa um pouco na tua saúde, tu é tão nova, tenta ver isso.

- Mas eu vou perder muito tempo.

- E, se você morrer também, seus filhos vão perder você. Ai fica assim ... e ela tá lá, bem doente mesmo. E uma pena."

Christophe afirma: "Para que uma doença seja conhecida, para que se resigne a consultar um médico, para que se aceite ir ao hospital é preciso que a doença tenha atingido uma gravidade tal que ela impeça a continuidade seja da atividade profissional, no caso dos homens, seja das atividades domésticas e familiares, no caso de mulheres." (45)

3.4. Linguagem de um Corpo Desconhecido.

" ... A saúde da mulher mesmo se restringe a parte ginecológica. Interfere e talvez até agrave a própria tensão pré-menstrual ..."

(N.L.W.V.S. - 40 anos - burguesia)

Nas diferentes classes sociais o desconhecimento do corpo é motivo para medo e fantasias. A falta de informação reforça este medo e dificulta a procura ao médico. Falar de doenças ginecológicas significa falar de partes do corpo consideradas proibidas. (46)

" ... o que mais a gente vê mesmo é problema de ovários. As mulheres todas se queixando de dores de inflamação ... eu mesma estou sempre em grupos de mulheres e geralmente a gente vê elas questionarem muito e se queixarem desta questão de ovários e muitas, porque tem vergonha de ir ao médico, se resguardando em casa e às vezes ficam vários problemas de saúde ..."

(E.M.A.A. - 39 anos - classe popular).

A socialização dos problemas vividos pelas mulheres é o início de descobertas do seu corpo, momento enriquecedor para ampliação do conhecimento. As mulheres sentem dificuldades em falar de doenças ginecológicas com os médicos, por vergonha. No grupo de mulheres elas trocam experiências, tiram dúvidas e detêm um maior número de informações sobre o seu corpo.

" ... Um corpo proibido e doentio emite sinais negativos e que suscita vergonha. As dores menstruais e

ovulatórias são motivos de inquietação e objeto de conduta medicamentosa. Todas as secreções vaginais são identificadas como sinais de infecções" (47).

A menstruação em nossa sociedade ainda é tratada como doença. Não é vista como parte de um ciclo e sim de uma forma isolada, sem conexão com o corpo.

Para algumas mulheres há uma certa confusão entre o que seja doenças ginecológicas e DST (Doença Sexualmente Transmissível). A falta de esclarecimento sobre o tema e o forte preconceito, relaciona as DST à promiscuidade, à prostituição.

" ... Numa classe social mais baixa, por exemplo, nas prostitutas, isto é bem mais constante ... talvez com a época moderna, alguma coisa pode ter mudado ... se foi as doenças ginecológicas, talvez a cabeça das mulheres mudaram um pouco, se abriram mais para algumas coisas, estão mais sujeitas a isso e mais expostas a essas coisas"

(P.P.M. - 19 anos - burguesia).

Nesta fala da burguesia a DST é vista de maneira confusa, e atribuída às mulheres de classe social mais baixa, onde a liberação sexual seria "responsável" por sua transmissão. Parece haver o desconhecimento de que qualquer mulher, que tiver vida sexual ativa, independente do número de parceiros e do sexo, pode contrair a doença.

São muitos os portadores de DST que não procuram os serviços. As mulheres, onde os sintomas aparecem primeiro, são quem procuram os serviços, onde, na maioria dos casos, são vistas sob olhares preconceituosos do profissional de saúde. Em casa, enfrentam as acusações de serem promíscuas, por parte do próprio

parceiro. Os homens em sua maioria procuram ajuda em farmácia, atrapalhando o tratamento.

" ... Acho que para o povo, para a massa é uma coisa real. Ela pode iniciar com uma DST, com um aborto mal curado, que deixa sequelas fortíssimas e pode terminar em AIDS ..."

(N.L.W.V.S. - 40 anos - burguesia).

A desinformação sobre AIDS e como evitá-la não só entre as mulheres, mas de forma generalizada, é evidente.

A OMS calcula que o vírus da AIDS já tenha contaminado uma em cada 500 mulheres na América Latina. (48)

Segundo Michael Merson o vírus da AIDS é transmitido através de relacionamento heterossexual em dois terços dos casos nos países desenvolvidos.

Em nosso discurso enquanto planejadores, não demos ênfase às DSTs. Precisamos considerá-las dentro dos problemas que afetam a saúde da mulher, no sentido de sua inclusão nos programas de saúde.

3.5. Câncer: Fala-se Pouco, Morre-se Muito

Nas últimas décadas a incidência do câncer vem alcançando cifras cada vez mais elevadas em nosso Estado. As neoplasias malignas tem se constituído numa das principais causas de morte entre as mulheres, principalmente no que diz respeito ao câncer de colo de útero e de mama.

No Recife, os mais recentes dados (1987), demonstram que as neoplasias tem sido a primeira causa de morte nas mulheres na faixa de 30 - 39 anos e segunda causa entre as de 40 - 49 anos.

A partir da análise dos discursos, observamos que das mulheres entrevistadas por nós, apenas cinco delas citaram o câncer, numa lista de problemas de saúde da mulher. Dentre as cinco apenas três se referiram ao câncer de mama. Como observamos na declaração de uma das entrevistadas:

"O que eu vejo que está muito grande por aí é o câncer de mama, né? O que eu tenho visto muito falar em relação à saúde da mulher, aqui em PE pelo menos, câncer de mama está atingindo muito ..."

(W.F.B.G.M. - 26 anos - sem filho - pequena burguesia).

"Acredita-se que a ascensão da frequência do câncer de mama pode estar sendo influenciada por modificações nos padrões reprodutivos e alimentares, já que a idade tardia à primeira gestação e a obesidade, tem sido associadas ao desenvolvimento do tumor." (49)

Percebemos no depoimento de uma entrevistada da classe burguesa, que a mesma não consegue associar fatores externos ao aparecimento e desenvolvimento de tumor maligno de mama. Como podemos evidenciar no seu depoimento:

" Câncer de mama pode ser hereditário, ou alguma coisa que apareça como proveniente de uma displasia ... eu acho que é tão ampla a coisa, que não dá para você especificar muito bem."

(P.P.M. - 19 anos - estudante - sem filho - burguesia).

A nossa realidade demonstra, que diferentes estratos da população feminina estão, expostos a riscos diferenciados. Isto revela a coexistência de localizações neoplásicas, típicas de populações subdesenvolvidas (colo uterino), com aquelas ditas de

países industrializados (mama).

Este fato, aponta para a sobreposição, a uma mesma população, de padrões de morbimortalidade por câncer, acarretando o fenômeno chamado de "adição nosológica".

Segundo o diretor do Instituto de Mama do Recife, o câncer de mama vem matando muito mais mulheres que o câncer de colo de útero. Essa preocupação pode ser traduzida segundo uma das entrevistadas, M.G.M.C.A., 36 anos com filhos, da pequena burguesia, da seguinte forma:

"... O câncer de mama está muito em evidência na mulher... está um negócio muito sério..."

Os dados de incidência anual dos tipos mais frequentes de câncer, mostram que Recife possui índices alarmantes de C.A. de mama. Entretanto, entre as metrópoles do país, Recife aparece como o primeiro lugar em número de casos de câncer de colo uterino.(50)

Tendo em vista os discursos das mulheres entrevistadas, o que ficou evidenciado e que pretendemos ressaltar, foi a ausência de citações sobre o câncer de colo uterino. Essa omissão e as poucas referências sobre as neoplasias de uma forma geral, demonstram um certo medo de falar do câncer. Este tabu em relação as doenças neoplásicas, vem sendo evidenciado na sociedade, em função das sequelas delas advindas, ou seja, mutilações e na maioria das vezes, óbitos.

"A doença e particularmente algumas doenças como o câncer, são metáforas da própria sociedade, de seu lado infeliz e de sua luta nunca totalmente vitoriosa sobre o mal".(51)

A falta de depoimentos sobre o câncer na classe popular se configurou de modo mais claro. Do grupo de entrevistadas dessa classe, apenas uma mulher identificou o câncer, dimensionando a problemática da doença;

"... A doença do câncer mesmo, que dá... sempre ela tem que tá no médico, prá saber como a pessoa tá, se a pessoa vai bem. Eu mesmo tenho medo de pegar essas doenças. É uma doença muito perigosa e uma doença que não se cura assim tão rápido. Passa meses prá curar, tem que se operar..."

(M.S.M. - 17 anos - sem filho - classe popular).

Na classe popular o que deveria ser uma preocupação, praticamente não foi enfatizado. Observamos essa contradição em função das referências que as mulheres desta classe fazem com o corpo donde este é um instrumento de reposição da força de trabalho e houve silêncio sobre a doença. O terror em pronunciar sequer a palavra "câncer", permite-nos inferir que essa lacuna é devido as distorções, que são disseminadas culturalmente. A mulher não fala, pois não falando não pensa, não pensando não sente, e conseqüentemente não irá contrair a moléstia.

Essa patologia é bastante evidenciada na pequena burguesia, em função da incapacidade física para o trabalho e das deformações estéticas provocadas. A pequena burguesia absorve valores tanto da classe popular, quanto da burguesia. A preocupação com o corpo passa não só pela manutenção da força de trabalho para a subsistência, mas também em relação a beleza física e alterações psicológicas quanto à sexualidade.

No que diz respeito ao discurso da feminista, o mesmo foi enfático na questão das neoplasias malignas, centrando a

atenção para a prevenção do processo cancerígeno. Entretanto no depoimento dos profissionais de saúde, a questão não sofreu o destaque merecido, ficando mesmo relegada ao descaso, quando os índices são alarmantes. Quanto a nós, técnicos de planejamento, nos preocupa-nos com os altos índices apontados pelas estatísticas de morbimortalidade. O contínuo aumento dessa patologia, considerando a falta de informação e o tabu de falar sobre este "mal", nos motivou a levantar o problema e trazê-lo á debate.

3.6. Menopausa: "Doença" da Terceira Idade?

"... Minha saúde começou complicando dos quarenta e cinco anos em diante ..."

(M.J.S. - classe popular - 53 anos)

Esta fala não pode, de forma nenhuma, ser generalizada, mas expressa a associação das mutações específicas do organismo feminino a um processo de doença. O aparecimento de sinais do final do ciclo reprodutivo da mulher é o bastante para se estabelecer esta relação.

O "fantasma da enfermidade corporal" (51), que acompanha as mulheres nas diversas fases de sua vida, se expressa mais na menopausa quando uma entrevistada dá este depoimento:

"Por volta dos quarenta e cinco anos já começou hemorragia, que a minha menstruação era pouca,... foi chegando os problemas de sistema nervoso mais frequente,... mais abalada dos nervos, já começou, assim, dores no corpo, que eu não tinha... desânimo, um tipo de fraqueza... palpi-

tação no meu coração muito acelerado... prá mim é nessa causa da menopausa... eu tinha saúde, depois disso foi que começou".

(M.J.S. - classe popular - 53 anos)

A relação enfática da menopausa como iniciante de um processo de doença é reflexo dos valores incutidos pela sociedade e pelo escanteamento da atenção à mulher nas diversas fases de sua vida. Alguns fatores favorecem este tipo de entendimento quando a existência social da mulher é associada a sua função reprodutiva, e ter saúde prescinde deste fato.

Nesse contexto é bastante compreensível que as mulheres que chegam ao climatério se sintam acometidas por uma "doença" e que assumam este período como a perda de sua saúde.

"A modificação de minha saúde foi sempre depois dos quarenta anos... na maioria dos casos, eu acho que acontece tudo como eu"

(M.J.S. - classe popular - 53 anos)

Se resgatarmos a longa tradição cultural e médica da relação saúde da mulher e a função reprodutiva, constataremos que esta vem fundamentando a prática médica, a ótica dos serviços e justificando as queixas gerais das mulheres, de uma ausência de prestação de serviços à mulher na fase não reprodutiva.

Embora a "maternidade" venha concentrando as atenções, tanto dos programas de atenção à mulher, quanto das pesquisas a elas direcionadas, os problemas relacionados ao climatério, angustiam às mulheres e são demanda dos serviços de saúde.

Vale ressaltar ainda que os problemas de saúde causados por uma diversidade de fatores, são agravados pela sensação de

inutilidade e pela perda de um papel ativo na sociedade. Segundo Veras "envelhecer mantendo todas as funções não significa problema, quer para o indivíduo ou para a comunidade; quando as funções começam a deteriorar é que os problemas começam a surgir" (53).

A inatividade e o escanteamento das funções antes desempenhadas pelas mulheres somatiza com o surgimento dos fenômenos da menopausa, aflorando um sentimento de que a partir deste momento a vida da mulher não tem razão de ser, e que voltar as atenções para este período pode revelar perda de tempo. Isto pode ser entendido quando duas entrevistadas, ao serem abordadas sobre onde alterar os problemas por elas levantados, declaram:

"... Tem que ser uma coisa muito geral, não numa faixa de idade ou mentalidade em que pouca coisa se pode fazer..."

(R.P. - burguesia - 61 anos).

"... A medicina deve analisar e pesquisar, vê onde é que precisa fazer mais prá evitar outras... e as que são mais novas não sofrer tanto como nós da época estamos sofrendo..."

(M.J.S. - classe popular - 53 anos).

Neste sentido o sentimento de exclusão das ações a serem desenvolvidas, vem estrapolar a questão da classe social em que se está inserida, e revelando-se o fato doloroso de se envelhecer numa sociedade que rotula os indivíduos como incapazes, levando em consideração apenas sua capacidade de produzir e reproduzir.

É importante considerar diante disso, que a população brasileira vem alterando seu perfil epidemiológico relacionado ao grupo etário dos maiores de 60 anos. Dados do estudo de Veras

sobre o envelhecimento populacional, fazem um prognóstico de que no Brasil "de 1980 ao ano 2000 os maiores de 60 anos crescerão em 107%, enquanto os menores de 15 anos crescerão apenas 14%" (54). Este crescimento no entanto não se dará de modo uniforme em relação as regiões brasileiras, nem em relação aos sexos, o que representa para "as mulheres uma vantagem sobre os homens de cerca de 7 anos". (55)

Este processo de envelhecimento prescinde de políticas sociais e de atenção à saúde. Como fator preocupante o aumento do número de mulheres na fase não reprodutiva, mais uma vez resgata a necessidade de ampliar a atenção à mulher de uma forma integral, contemplando as diversas fases de sua vida. É bem oportuno ressaltar a questão de ampliar a atenção a mulher, quando em nosso trabalho, dentro da ótica de quem planeja, não fomos sensíveis em nenhum momento às questões relevantes da mulher na terceira idade. No levantamento dos problemas também nos restringimos a fase reprodutiva da mulher.

Na abordagem dos problemas que afetam a mulher no climatérico, os profissionais de saúde entrevistados e a feminista também não fizeram nenhuma referência ao tema.

IV - MULHERES EM CENA, APRESENTANDO PROPOSTAS:

4.1. Medo, Preconceito, Tabu: Questão Cultural.

"... Eu imagino que seja como já, disse lugar quente que a pessoa sente ou comida também que lhe faça mal, que às vezes a pessoa tá sem poder comer, porque tem muita gente de regime nos tempos de menstruação, não é? O organismo não se dá com toda comida e a pessoa come mesmo sem saber... toma banho de mar de qualquer jeito, que isso também ajude né? em pessoas que tomam e não tem nada e tem outras que tomam banho de mar quando tão menstruadas e faz mal."

(I.A.S. - 59 anos - classe popular)

Quantas de nós já escutamos da mãe, da avó, da tia: Cuidado com o que come! Você está "doente", não pode lavar a cabeça! Não vá à praia! Estas "recomendações" e o depoimento acima são carregados para a idéia da "menstruação com doença". Todas as proibições que envolvem este momento, desde o não poder comer certos alimentos, a não poder se "expor ao sol, ao mar", envolve a menstruação de "medo, vergonha, castigo," e cria "regras". (*)

(*) "Assim, a menstruação, as "regras", estabelecem uma ordem no corpo da mulher, eliminam o sangue em excesso, sem o qual ela poderá ficar doente" (1) Mulher, Saúde e Sociedade no Brasil - "Maternidade e Mãe - Sherrine Ma..."

Esta é uma das concepções sobre o funcionamento do corpo da mulher, que fragmenta a identidade feminina. Além da névoa que dificulta o conhecimento do corpo, estes preconceitos e tabus passados de geração a geração fazem as mulheres sentirem-se "bicho esquisito, que todo mês sangra."

Ainda sobre a menstruação, outra mulher entrevistada fala:

"A mulher tem dores de ovário com a menstruação porque ela faz extravagâncias, porque a mulher pega peso"

(A.P.R.B. - 17 anos - estudante - classe popular).

Observamos com esta fala, que mesmo as mulheres jovens percebem a menstruação como o momento de fragilidade, associado à "enfermidade da mulher". A satisfação em sentir-se mulher ainda parece distante. A fragmentação da identidade feminina acompanha todas as fases da vida da mulher:

" - Adolescência - masturbação, culpa, conflitos, tentativa de conquistar o mundo, desejo de construir um mundo novo.

- Descoberta da diferença homem/mulher, tenho um corpo.

- Primeira paixão - homem/mulher, mulher/mulher.

- Primeiro beijo - atração, bom desempenho, nojo, frustração, medo...

- Escola - amigos, diferença entre pobres e ricos, bem e mal, moralismo, medo, rejeição, vergonha, repressão, religião, Deus.

- Primeiro ato sexual - feio, proibido, malícia, medo, mitos perder sangue, medo de não ser mais virgem, desvalorização ou então obrigação de não ser virgem.

Assunto de mulher?

A saúde é um direito? E uma necessidade básica." (56)

A mulher é o elemento principal para reconstrução da sua identidade e garantia da saúde como direito.

Continuar "carregando o peso da ignorância", o desprezo ao seu saber, vivências e emoções, é reforçar os mecanismos de controle e poder desta sociedade machista.

Uma doméstica entrevistada retrata em sua fala a descrença em seu conhecimento, e a super valorização do saber formal:

"Por falta de sabedoria, entendimento, e de estudo apropriado, não sei o que deveria ser feito. Quem estuda é quem sabe. Quem vai saber lhe explicar".

(M.I.S. - 53 anos - classe popular)

"As mulheres desconhecem o seu corpo. Esse desconhecimento não é "desinformação", mas dispositivo de controle: As mulheres desconhecem o que possui e que é fundamental para definição de suas identidades" (57).

O depoimento de outra mulher ilustra as "fantasias" criadas sobre o corpo e as ações de saúde:

"A mulher não vai ao médico porque não que ir, é relaxada. Dizem que o exame de prevenção, tiravam um líquido, botava o útero pra fora, eu fiz, e não achei nada demais."

(M.S.M. - 17 anos - classe popular)

Observamos nesta fala, que além de ser atribuído responsabilidade individual à mulher que não procura o médico, há uma representação do útero como "parte invisível", que necessita "ser exposta" para tratamento.

A moral religiosa, que fortemente foi difundida na idade média, "proibiu" a mulher de contato íntimo com o seu corpo, considerado "pecaminoso e sujo". Este distanciamento, concomitantemente à legitimação do saber e prática médica, transferiu para a figura do médico todos os direitos ao "acesso e manipulação" do corpo da mulher. A figura deste profissional são transferidos saber e poder inquestionáveis, abaixo apenas da crença em Deus. (*)

Ao avançarmos na entrevista com a mesma mulher, perguntamos sobre os atores sociais que poderiam ajudar nas questões de saúde, e ela respondeu:

"Pra mim só o médico mesmo, mais ninguém, a não ser o médico e Deus"

E completa:

"Quando quiser engravidar é só procurar o médico"

(M.S.M. - 17 anos - classe popular)

(*) "A moral deste mundo é como se sabe, uma criação essencialmente masculina; mais curioso ainda é que os ideais morais das mulheres são no essencial uma cópia dos ideais dos homens."

O saber médico credita aos que sabem o poder de explicar o que se passa dentro de cada mulher. "Daí que o desconhecimento atravessa as classes sociais e não tem relação direta com o grau de escolaridade" .

Uma mulher da pequena burguesia nos responde, ao perguntarmos sobre a causa para os problemas de saúde:

"Devido a falta de higiene da mulher, isso gera muitos problemas de fatores ginecológicos, falta de asseio. Houve uma reportagem no rádio dizendo que a mulher espanhola se preocupa mais com a higiene que a mulher brasileira... é por isso que aqui existe... o número de doenças ginecológicas são bem grandes"

(M.G.M.C.R. - 36 anos)

A tônica deste depoimento, de caráter higienista, vem influenciando a conduta, desde meados do século XVIII, carregando de "culpas individuais" e de "bons ou maus comportamentos" principalmente as mulheres, em relação a saúde dos filhos e em segundo plano, a sua. A saúde neste contexto depende do "grau de higiene" que as mulheres tenham em relação ao seu corpo e dos filhos. Essa higienista enche de preconceito o contato da mulher com "suas partes" e reforça a discriminação em relação às mulheres da classe popular, consideradas "mais sujas" por disporem de menos recursos para a higiene corporal.

Caminhando em relação ao tabu, a fala da feminista entrevistada ressalta a questão das DSTs, rescentemente inscrito no rol das questões de saúde da mulher:

"Existe tabu quanto as DST, a postura do homem... as vezes a mulher chega no serviço com DST quando ela só teve

relações com o mesmo companheiro, mas da forma como se dão as relações, nem ao nível do privado existe a possibilidade de resolver porque os homens não falam para as mulheres de suas multiparcerias, mas eles não vão ao serviço público para cuidar, e como muitas vezes as DSTs são assintomáticas no homem, quando aparece na mulher, e é difícil cortar essa rede, é questão cultural."

(M.B.M.A. - 42 anos - feminista)

Não nos parece casual que entre todas as mulheres entrevistadas apenas a feminista tenha apontado a questão das DSTs, e realçando o trato desigual que ocorre entre mulheres e homens quando aparece o problema. Ao homem é permitido socialmente a multiparceria, mesmo que escondida daquela que ele considera "companheira". À estas "companheiras" resta a manifestação clínica das doenças, a "vergonha" de se expor ao serviço de saúde, de ser considerada "promíscua", sendo julgada no exercício de sua sexualidade. Tabu, falta de informação da mulher, ignorância masculina, fragilidade na relação a dois, medo das mulheres afirmarem a multiparceria dos homens, talvez sejam alguns dos motivos que levam as mulheres a omitirem em seu discurso as DSTs como mais uma preocupação na área da saúde. Questões mais profundas, a nível psicanalítico devem fazer parte do subterrâneo psíquico das mulheres, mas não constitui objeto de nossa preocupação .

A tentativa breve de discorrer sobre o tema dos medos, fantasias, tabus, preconceitos que cercam a conduta das mulheres, foi despertado em nós a partir da própria fala das mulheres, durante as entrevistas realizadas.

Em nossa tentativa de planejar as ações de saúde para atenção à mulher fizemos menção a esta temática, entretanto consideramos ser necessário uma maior aproximação do problema, ouvindo e provocando as mulheres a falar. Não podemos pensar "serviços de atenção à saúde da mulher", melhorar a qualidade das ações, sem considerá-la em sua integridade, e esta é uma questão cultural presente, forte, que se manifesta no dia a dia, às vezes discretamente, mas que se acumula e cresce.

4.2. Na Competição da Vida a Discriminação entre os Sexos:

A análise dos determinantes sócio-econômicos requer uma interpretação das tendências de difusão do progresso técnico na diversificação produtiva e suas repercussões sociais. A rápida difusão do progresso técnico e o dinamismo da economia brasileira, mudou a noção heterogeneidade, que passou a ser entendida como uma das bases constitutivas do desenvolvimento capitalista nas formações sociais latino-americanas.

No caso do Brasil o desenvolvimento econômico, por ter seu caráter excludente, não teve como desdobramento o desenvolvimento social. Esta desordenação na difusão do progresso técnico gerada pelo rápido processo de industrialização, provocou um desequilíbrio em relação a economia, acarretando mudanças no mercado de consumo das classes de alta renda, exigindo uma maior concentração de capital. A questão das desigualdades no perfil sócio-econômico ocorre em países capitalistas e dependentes, e se perpetua até os dias de hoje como podemos observar aqui mesmo em nosso Estado.

Essas desigualdades são percebidas numa reportagem que diz:

"Uma cidade em que da população economicamente ativa, mais da metade ganha menos de dois salários por mês e onde a expectativa de vida em média, para homens e mulheres não passa dos 52 anos." (58)

Observamos à partir desta citação que é dentro deste contexto, que desenha-se sutilmente o quadro sócio-econômico em que vive a população recifense, é também dentro deste contexto que vive a maior parte da nossa população feminina. Não temos condições diante da limitação de dados, de tratar de forma mais abrangente o perfil sócio-econômico da mulher recifense. Os mais recentes dados sobre a região Nordeste constataam mais uma vez, a má distribuição da riqueza entre a população e a concentração desta nas mãos de 5% mais ricos, correspondendo a 43,2% da renda. Em contrapartida 30% dos nordestinos mais pobres detem apenas 4,3% do total desta renda. (59)

Sabemos que a realidade expressa nesses dados, determinam as formas de vida de uma população, acirrando as disparidades sociais. Se atentarmos para a questão do rendimento real dos trabalhadores como já foi citado anteriormente, as mulheres recebem 51% o que corresponde praticamente a metade do que é pago ao homem desempenhando a mesma função, segundo dados da PNAD.

Em termos de Brasil as mulheres já representam 35% da força de trabalho disposta no mercado. No Nordeste este percentual baixa para 34%, o que corresponde a 5,5 milhões de mulheres trabalhando na região. Este percentual significativo deveu-se a uma série de modificações, ligadas ao processo de emancipação feminina e ao incentivo do emprego feminino, como estratégia de

recomposição dos orçamentos familiares, defasados pelo arroxo^u salarial. Isto pode ser constatado por um depoimento de uma das mulheres entrevistadas:

"Hoje em dia, com esse trabalho que a gente tem, ...
um trabalho só não dá pra manter a renda...

(W.B.G. - 26 anos - pequena burguesia)

Dentre as mulheres que entrevistamos 05 possuíam renda própria e todas contribuíam para as despesas da casa, no caso de não terem companheiro arcavam com as despesas por completo. As demais que não possuíam renda própria, concentravam suas atividades nos afazeres domésticos, com ^{exceção} de 02, uma estudava na universidade e era subsidiada pelos pais e outra trabalhava voluntariamente numa escola de seu bairro.

Essa maior inserção da mulher no mercado de trabalho, não se dá de forma homogênea em todos os ramos de serviços. Existem setores que absorvem mais mão-de-obra feminina como veremos na tabela abaixo.

EMPREGADAS NO TRABALHO PRINCIPAL, POR CARTEIRA DE
TRABALHO ASSINADA PELO EMPREGADOR SEGUNDO
RAMOS DE ATIVIDADE NA R.M.R. *

SEXO E RAMOS DE ATIVIDADES	EMPREGADAS NO TRABALHO PRINCIPAL	
	CARTEIRA DE TRABALHO ASSINADA PELO EMPREGADOR	
	POSSUÍAM	NAO POSSUÍAM
MULHERES		
.Indústria de transformação e construção	14,7 %	7,4 %
.Comércio de mercadorias	13,6 %	7,4 %
.Prestação de serviços	14,7 %	58,6 %
.Social	34,9 %	18,0 %
.Administração Pública	9,3 %	4,4 %
.Transporte e comunicação	2,3 %	0,2 %

Fonte: FIBGE - PNAD / 86
* R.M.R. - Região Metropolitana do Recife

Observamos um número significativo da mão-de-obra feminina, nos ramos de atividade sociais e prestação de serviços sem vínculo empregatício, o que retrata o subemprego feminino nas áreas referentes a serviços pessoais como empregada doméstica, lavadeira, faxineira e outras.

Constatamos o quadro acima num depoimento de uma das entrevistadas:

"A maioria é isso, é tempo, é situação que não dá, às vezes a pessoa trabalha, é lavadeira de uma casa, é babá, é faxineira."

(I.A.S. - 59 anos - classe popular).

Esses afazeres domésticos associados a tarefas de educação e saúde social, tem seu fundamento em razões culturalmente incultadas na sociedade, sendo hegemônica a presença das mulheres. Quanto ao grau de escolaridade, os dados da PNAD/86 demonstram que a maioria das mulheres da região metropolitana do Recife 73,4% cursavam o 1º grau; 11,6% o 2º grau; e 5,2% cursavam a universidade.

No que diz respeito as questões da renda e grau de escolaridade, o que podemos observar é que esses dois fatores são indicadores para análise sócio-econômica. As condições de renda devido a uma maior inserção da mulher no mercado de trabalho, é um dos componentes na mudança do perfil epidemiológico, gerando e elevando índices de novas formas de adoecer e morrer. Em relação ao grau de escolaridade, observamos que há uma interferência no que tange a uma ausência do saber formal, provocando dificuldades na questão da percepção e informação sobre a saúde e o funcionamento do corpo da mulher. Esta diferença influencia nos

padrões de comportamento, quando no perfil de escolaridade transparece a submissão da mulher pela ausência de um "saber acadêmico" como declara uma das entrevistadas:

"Eu como não tive assim, um estudo profundo, eu não posso nem te responder ... a pessoa quando estuda, que tem aqueles assuntos mais profundos, mais compreensão ... a gente dá pra falar alguma coisa ..."

(M.J.S. - 53 anos - classe popular).

Esta fala reflete as disparidades sócio-econômicas a que está submetida a nossa população e em especial as mulheres, que continuam até os dias de hoje discriminadas sócio e economicamente.

4.3. A Prática Médica no Cotidiano das Mulheres:

Como fruto dos depoimentos das entrevistas, a questão da prática médica vem à tona, não para analisá-la em toda sua dimensão, mas para discuti-la enquanto prática de uma ator dos serviços de saúde.

Nossa tentativa é de relatar a percepção que os profissionais médicos entrevistados que trabalham diariamente com a saúde da mulher tem dos problemas que as afligem, a forma como pensam equacioná-los e a relação que estabelece com suas pacientes. Consideramos de forma especial como as mulheres enquanto usuárias percebem esta relação.

Esta relação não ocorre em qualquer lugar. Ela se dá dentro de um determinado sistema de saúde, representado nas instituições sob a forma de um modelo, sendo os serviços essencialmente

centrados na ação médica. Uma ação que se espelha na ótica do capitalismo e onde a "ordem médica" se sobrepõe pelo discurso que carrega consigo o saber e o poder de uma ordem social dominante.

Na relação médico-paciente se expressa também uma relação de classe e como foi observado em nossas entrevistas "o médico adota um comportamento diferente conforme a classe social do doente". Estabelece-se ainda uma associação entre saber e poder que reifica o médico e o distancia do doente. Na convivência com a classe popular que tem o saber tem também o poder sobre o corpo e de decidir sobre ele.

Quando a relação médico-paciente se dá com uma população feminina o distanciamento toma uma dimensão maior onde se aguçam a submissão e a passividade da usuária e o "saber" e "poder" do médico. Estes atores não falam a mesma linguagem e o discurso do saber médico sobrepujando o saber das mulheres, se constitui num entrave para o atendimento de qualidade e a resolutividade, de forma que a mulher participe como sujeito e não como objeto da intervenção médica. Estão assim aglutinados a submissão, o medo e a diferenciação de classe.

E na relação com a classe popular que o binômio médico-paciente se dá de forma mais acentuada. Nesta relação as mulheres da classe popular percebem a distância social que as separa do médico. O depoimento de uma mulher entrevistada no Morro da Conceição expressa o comportamento temeroso das mulheres frente ao médico, ela diz:

" ... E tão interessante esse medo ... é o medo né, é o poder, são ricos ... o pobre se sente muito inferior ..."

(E.M.A.A. - 39 anos).

Mas esta fala não termina por aí, em sua vivência ela já percebe esta relação de outra forma:

" ... A gente diz que não é assim, a gente tem que sentir igual, de igual para igual, cada um no seu lugar. Se eu sou a lavadeira eu lavo bem minha roupa, ele não sabe lavar. Eu sou uma profissional, ... a gente mostra muito isso, conversa muito isso pra vê se melhora".

(E.M.A.A. - 39 anos).

Esta postura, não representa o pensamento hegemônico das mulheres, principalmente em se tratando da classe popular. Esta fala já mostra um entendimento diferenciado e distante do que é comum nas mulheres deste meio. Em contrapartida há pensamentos que retratam o corriqueiro:

" ... Eu já vou assim com medo dele me reclamar, que eu já podia ter ido, mas no meu caso, no meu médico, eu estou muito satisfeita, que ele me atende muito direitinho e faz o papel dele ...".

(M.J.S. - 53 anos - menopausa).

"Muitas mulheres até têm vergonha de ir ao médico, demorando a ir ao médico, se resguardando em casa e as vezes ficam com vários problemas de saúde ...".

(E.M.A.A. - 39 anos - com filho).

Como conciliar o medo e a satisfação? Será que fazer "o papel dele direitinho" não corresponde a manutenção dos padrões da relação desigual entre médico e paciente?

Boltanski levanta a questão da dificuldade de apreciar os serviços médicos, de como saber "realmente se a importância pedida corresponde ao serviço prestado, ou se o serviço prestado

está na medida das necessidades do doente?"

Esta clareza não está nas mulheres da classe popular e de uma forma mais abrangente e difusa para as mulheres de todas as classes. Numa relação que tem como agravante o desconhecimento do seu corpo a mulher restringe-se ao papel de objeto passivo da intervenção médica e do saber que eles a impõe. O discurso cientificista do médico dá poucas chances dela avaliar a qualidade da intervenção médica.

E interessante o quanto a queção do saber médico, fracionado nas partes do corpo humano, distancia o profissional do saber integral dos problemas que afetam as mulheres. Vejamos este depoimento:

"Na minha rotina de trabalho em ambulatório, o que mais frequentemente eu observo é a leucorreia, todas as doenças sexualmente transmissíveis. Basicamente como faço ginecologia/obstetrícia, fica restrito só a esta área. No conjunto geral com relação a saúde como um todo eu não posso especificar".

(E.R.H. - 43 anos - médico).

Uma fala onde a saúde é vista de forma fracionada e que tem como agravante a postura preconceituosa do profissional, quando tenta justificar a procedência dos problemas das mulheres:

"Na minha opinião isto acontece basicamente, primeiramente pela má informação, pelo meio social, sócio-econômico que ela vive, pela promiscuidade sexual que existe e que é fator primordial".

(E.R.H. - 43 anos - médico).

Duas justificativas são bem contundentes para tais

profissionais em relação ao aparecimento dos problemas de saúde das mulheres. Primeiramente a desinformação da mulher, que é atribuída como culpa dela, e que o profissional na sua relação com a usuária não trabalha na perspectiva de informá-la.

"A saúde deveria começar pela educação, porque a ação educativa é importantíssima para que a mulher aprenda a cuidar da saúde dela".

(R.A.R. - 51 anos - médica).

A outra justificativa, já ilustrada anteriormente na fala do médico E.R.H. 43 anos, tem sido a relação "profissional" e a saúde da mulher.

A organização dos serviços e a qualidade do atendimento, não são relevantes para eles, mas pode ser percebido pelas mulheres da classe popular:

"Falta locais, profissionais, acesso não depende da pessoa, não".

(I.A.S. - 59 anos - menopausa).

" ... Ter mais de um emprego, eu acho que atrapalha ... ele está aqui, mas tá preocupado com os clientes particular que ele ganha mais. Ele deveria ser bem pago pra ficar no hospital e que não tivesse outra atividade lá fora ... poderia fazer um trabalho melhor".

(E.M.A.A. - 39 anos - com filho).

Já a posição do profissional, que dá o depoimento a seguir, relega a questão da qualidade do atendimento:

"O médico é um profissional que está sempre em função do tempo, as razões são outras que não valem a pena estar citando agora. Um exemplo paupável : A paciente chega a

nível ambulatorio e ela refere uma frigidez sexual. Você na maioria das vezes não tem tempo o suficiente para explicar a ela que não tem tratamento específico para frigidez sexual. Se ela tem alguma patologia cervical que concorra pra isso, tudo bem. Caso contrário, você tem que encaminhar ela a psicologa, a psiquiatra ... você tem que explicar que é um problema de cabeça, que ela vai ver como é o relacionamento dela com o marido e uma série de coisas, quando na verdade você não tem tempo pra isso. E muito mais fácil você dizer: - Minha filha não tem remédio pra isso ... eu acho isso mais válido, do que você passar um remédio, que na verdade você sabe que não vai atuar ... na área médica tá cheio. Você passa o problema de um para o outro, pra outra especialidade. Não se detem em ajudar aquela pessoa".

(E.R.M. - 43 anos - médico).

Em sua fala ele retrata exatamente o "atendimento relâmpago" que é feito a mulher nos serviços de saúde. Um atendimento que carece de qualidade e não atende as necessidades de suas usuárias.

Outra postura de uma profissional médica, pode ser vista diante de situação semelhante:

"Existe uma espécie de endeusamento dos profissionais de saúde, talvez por ele lidar com a coisa mais preciosa que a gente tem, que é a vida, a saúde. Então os profissionais se sentem sem obrigação de prestar contas. Eles normalmente não se sentem na obrigação de esclarecer. Além de medicar ele ajudaria muito mais se esclarecesse, se explicasse à paciente, a patologia que ela tem, tentando chegar ao nível

de entendimento dela. Converssar com ela sobre seu problema, explicar a doença."

(R.A.R. - 51 anos - médica).

Na fala da feminista que entrevistamos, ela também enfoca a questão da relação médico paciente, indicando o comprometimento desta relação como agravamento para a saúde da mulher:

"A gente constata que a mulher usa a pílula errada, mas ela precisaria conhecer seu corpo, como funciona, como o método funciona ... os médicos dão os cachetes para as mulheres e diz para tomar todo dia e não explicam a lógica, e ela toma apenas quando vai ter relações sexuais, mas não é por burrice e sim por uma lógica que funciona para a dor de cabeça, quando ela toma um comprimido."

(M.B.M.A. - 42 anos - feminista).

No que se refere as mulheres da burguesia e pequena burguesia, a relação médico-paciente subverte-se de outros aspectos. Apesar de predominar a mesma relação do saber X poder do médico sobre as mulheres, ela se dá com membros de uma mesma classe social. Observamos entretanto que nesta relação não existe "contestação" às posturas médicas. Pertencem ao mesmo meio, por vezes são amigos da família ou profissionais renomados. Neste caso o médico, "não é o delegado anônimo da instituição médica, mas, personagem familiar, do qual se pode apreciar a competência e o valor, e em que se pode apreciar a qualidade do homem atrás do profissional".

As mulheres destas classes vêem-se "privilegiadas" de escolher os profissionais pelo qual serão atendidas. Consideram que o serviço privado, o qual elas tem acesso, é melhor e atende

suas expectativas. Este depoimento serve como exemplo:

"Muito melhor, nem se compara, não tem condições de comparação"

(W.B. - 26 anos - pequena burguesia).

Esta avaliação satisfatória muitas vezes está relacionada a não submeter-se a filas, aos ambientes agradáveis dos consultórios e coisas deste tipo. Em relação ao tipo de abordagem feita pelo médico, a distância é a mesma. Vejamos o depoimento que reforça este pensamento:

"A rede privada escapa de algumas críticas porque é mais bem tratada, porque está pagando e a mulher pode escolher o médico. Neste sentido tem a mulher pelo menos a chance pessoal de optar por um médico que você acha melhor, mas repete a questão da informação das mulheres. Porque também há ginecologistas na rede privada que usam e abusam do poder médico, da cesária, das ^hsterectomias. "Mesmo a mulher de classe média, ela vai e se entrega nas mãos daquele poder e ele pode tomar uma medida radical sobre o corpo dela e ela nem saber." Há casos de denúncia de mulheres que querem ^{usar} colocar o diafragma e o médico não quer, porque não gosta, que acha, que o diafragma incorria na possibilidade de engravidar e ele só colocava métodos 100% eficientes, mesmo a mulher optando por outro. E 100% eficiente, na linguagem médica, são os métodos hormonais ou o DIU. O que prevalece é a relação do médico com o método e não o desejo e as condições fisiológicas da mulher."

(M.B.M.A. - 42 anos - feminista).

Diante de tudo que foi exposto observamos que a relação

distanciada entre a mulher e o médico, transcende a questão da classe social e isto tem bases nos processos de aculturação de uma sociedade que valoriza indiscriminadamente o saber formal em detrimento do saber informal, fruto das experiências vividas; como também o crescente processo de medicalização que se sobrepõe na relação médico paciente. Neste sentido percebemos o quanto importante é para o planejamento das ações de saúde contextualizar a prática médica e considerá-la enquanto indicador que interfere no andamento dos serviços.

4.4. Planejando Juntos:

Sob diferentes enfoques, todos os atores envolvidos no corpo do trabalho, levantaram propostas de atuação, para os diversos problemas apresentados sobre a saúde da mulher. As direções a serem seguidas ou encaminhadas, se situaram sob vários prismas, ou seja, na relação das mulheres com o seu corpo, na relação com os serviços de saúde e na vida em sociedade.

Desta forma, pudemos identificar entre as mulheres entrevistadas da classe popular, uma preocupação com a qualidade e oferta desses serviços, como ilustra esse depoimento; o qual já fizemos referência.

"Pra melhorar o atendimento, o médico devia ser bem pago ... outra, ele não ter mais de um emprego, eu acho que atrapalha ... ele deveria ser bem pago pra ficar no hospital e quem não tivesse atividade lá fora, poderia fazer um trabalho melhor."

(E.M.A.A. - 39 anos).

São sugeridas também, medidas de atenção médica e psicológica, uma melhor orientação à mulher, em todo ^o serviço médico fazer um trabalho de aproximação da mulher com o seu corpo. Esta declaração demonstra o fato:

"E essa abertura do médico, trabalhar mostrando mais, conversando mais, fazendo as mulheres se conhecer melhor antes de qualquer coisa, antes até de uma consulta, tentar conversar mais pra tentar relaxar mais ... aí você se sente melhor."

(E.M.A.A. - 39 anos).

A conscientização da mulher sobre seu direito a assistência médica, através de sua organização, é outro ponto ressaltado:

" ... Aqui no morro a gente tenta se organizar pra melhorar a questão da saúde nossa, eu acho que a gente aqui fez um trabalho ... não é ~~atoa~~ que a gente deixa os afazeres da gente e fica duas, três horas, conversando ... tentando conscientizá-las mais ... até a se cuidar pra melhor."

(E.M.A.A. - 39 anos).

Um outro fator relevante, foi ressaltar a questão da atenção às mulheres na menopausa, pois existe uma ausência na orientação a esse respeito. Essa atenção deveria ser feita, segundo elas, através de uma pesquisa das mulheres na menopausa:

"No caso, deve-se fazer uma pesquisa né! Mais profunda ... pra essas que vão chegando a essa idade, que estão mais novas, elas não venham a sofrer igual a gente de agora que estamos sofrendo ... que exista um medicamento, um estudo mais profundo pra não acontecer o que está acontecendo com a gente"

(M.J.S. - 53 anos).

Entretanto, no tocante as entrevistas da pequena burguesia, as mesmas apresentam propostas para resolver os problemas de outras mulheres, de outra classe; nunca soluções para seus próprios problemas.

As propostas estão centradas basicamente na orientação às mães de acordo com a necessidade delas, através das escolas, dentro da igreja, na própria comunidade. As soluções são voltadas para maior clareza do planejamento familiar, para maior percepção da família, como demonstra esta fala:

"Integração entre comunidade e família, para que houvesse uma solução; maior clareza sobre o planejamento familiar... o governo, a igreja... porque numa missa o padre já consegue alguma coisa em termos de orientação..."

(M.G.M. - 36 anos).

Uma outra preocupação está nas campanhas com grupo de apoio, órgãos públicos, nas comunidades para que as mulheres da classe popular possam ter melhor acesso aos serviços, vejamos:

"Talvez fazendo uma campanha né? Junto a alguma entidade que pudesse ajudar... grupo de apoio que pudessem contar, que desse força... o diretor do INPS... levar o problema do povo aqui que eles lá talvez não saibam não passam por isso... para a mulher não deixar de procurar o seu médico. No caso, quando ela não tem, fazer com que ela veja o médico de um posto de saúde... que ela não vai ter que esperar três meses."

(W.B. - 26 anos).

No que diz respeito as mulheres entrevistadas da burguesia, as medidas a serem adotadas, ficaram centradas basicamente no

serviço em atenção as classes populares, começando por pesquisas sobre as necessidades e expectativas delas. Esta declaração esclarece:

"O governo projetar algum sistema que atingisse principalmente as classes mais baixas. Tipo de atendimento médico, dentário, orientações em termos de anticoncepcionais."

(P.P.M. - 19 anos).

Outra ênfase muito dada, enfoca a atenção em campanhas esclarecedoras e saneadoras, da seguinte forma:

"Campanhas educativas... começar da coisa mais elementar, a questão da higiene, a educação sexual correta, limpa..."

(N.V. - 40 anos).

Essa ênfase nas campanhas educativas, revela o quanto é contraditória essa questão. É essa mesma classe, que diz ser necessário educar, orientar, e que possui educação formal, que desconhece, tanto quanto qualquer outra mulher os problemas a respeito de sua saúde, não tendo o devido cuidado com o seu corpo.

"Eu não vou com frequência ao médico, procurei mais o obstetra do que o ginecologista... fiz pré-natal, partos cesários e ligadura de trompas a contra gosto. Nunca tomei anticoncepcional, nunca usei preservativos nem nunca fiz exames preventivos..."

(N.V. - 40 anos - burguesa).

Todas as mulheres entrevistadas se referiam ao serviço público de saúde como deficitário, tanto na qualidade do

atendimento, quanto na quantidade de serviços ofertados, que não atendem nem mesmo a demanda espontânea.

"Porque a gente que não tem recurso... vai pro INPS, é uma fila desgraçada ou então ser daqui a um mês... a gente tenta, se puder bem... se não, morre ou se não a doença aumenta... as filas atrapalham e como! A pessoa chega cinco da manhã, pega uma fila, dá onze horas e não consegue ficha."

(I.A.S. - 59 anos - classe popular).

Segundo os profissionais de saúde entrevistados, a questão dos serviços de saúde, passa pela maior agilidade nas consultas. Como propostas, eles apostam na reciclagem dos médicos para melhorar seu desempenho, prestar melhor assistência médica às mulheres facilitando o acesso da mesma ao tratamento. Este depoimento aponta para esta questão.

"O médico deveria, estar capacitado, já orientado no sentido de, o mais rápido possível, objetivar algum tratamento com medicação, tudo devido... as pacientes, a partir do momento que sentissem a necessidade de procurar algum serviço, ela tivesse um bom atendimento eficaz."

(E.R. - 43 anos).

Para os profissionais entrevistados, ficou demonstrado a necessidade de incremento da coisa pública, para atender um maior número de mulheres com a melhor assistência:

"Falta acesso aos serviços de saúde pública... a deficiência dos serviços de saúde, que é da responsabilidade do Estado. Esta é uma das poucas áreas onde o Estado devia intervir na vida da população." (R.A.R. - 51 anos)

Com este depoimento demonstra-se que: A assistência na ótica da saúde pública, o papel do Estado como organizador dos serviços de saúde e as dificuldades na prestação e oferta desses serviços; são de grande importância para serem levados em conta na administração e planejamento em saúde.

Outro aspecto levantado por estes atores, foi a contratação de maior número de profissionais e melhorar os serviços, equipando-os, como se verifica:

"Mais verba também, bons profissionais... com dinheiro contratar maior número de profissionais, melhorar o equipamento... medicina de ponta, medicina mais avançada, tratamento mais especializado que é necessário..."

(R.A.R. - 51 anos).

Portanto as ações a serem planejadas devem levar em conta questões pertinentes à formação de técnicos e capacitação de pessoal para atender, de modo satisfatório a demanda de mulheres e os diferentes problemas que são ressaltados por elas em sua relação com o serviço de saúde. No que diz respeito aos aspectos ressaltados pela feminista, os mesmos, se referem a uma maior organização das mulheres para pressionarem por melhorias na qualidade de vida, desse modo:

"As mulheres organizadas nos grupos, devem procurar atuar no nível de organização política ... batalhar por mudanças dentro do serviço público, mas com consciência que isso é apenas um patamar para a mudança, para melhorar um pouco os efeitos perversos do atendimento."

(M.B.M.A. - 42 anos).

Uma outra preocupação, aponta para a necessidade de maiores investimentos na produção de conhecimento, para captar os problemas de morbimortalidade reprodutiva e no parto:

"Nós não temos pesquisa de morbidade na área reprodutiva... não tem como receber esses dados. Fui aos órgãos públicos buscar dados... esses dados não existem. Um dos problemas que esses dados não existem, é a própria forma como os serviços estão estruturados. Você não tem ficha, não tem arquivo... não tem como mensurar através da rede pública... uma coisa muito grave na morbidade no parto, está na questão do pré-natal. A forma como ele é realizado: Ele é deficiente e não se conecta com o parto. A mulher vai ao parto sem ficha que dê o histórico dela e é atendida por outro médico que não sabe da história dessa mulher."

(M.B.M.A. - 42 anos).

Com relação a prestação dos serviços de saúde, há um agravamento na resolução dos problemas de saúde sentidos pela mulher que chega a procurá-los:

"... Na rede pública, você tem o atendimento, absolutamente caótico. A forma como ele funciona, não estou nem chegando já no atendimento, mas do que ele se coloca como impedimento... é preciso ter um nível de disponibilidade muito grande para ser atendida no serviço público. Chegar de madrugada, pegar uma ficha para ir no outro dia. Se fizer exames, vai batalhar mais de uma semana. Tem pessoas que deixam pro próximo mês porque não tem como acompanhar esse processo, para chegar na consulta. Para chegar na solução do problema é mais difícil ainda. As vezes

a mulher está com o problema hoje e é marcada para daqui a dois meses. Não existe resolutividade no sistema, pode até ter acesso à consulta, uma vez detectado o problema. Não há certeza que vá haver uma resolutividade nesse serviço; que não se constitui nem como Sistema de Saúde. Um sistema se pressupõe uma coisa que funciona com normas, com ações contínuas, e, o que se tem é uma série de ações dispendiosas, sem alguma coisa que ligue elas entre si."

(M.B.M.A. - 42 anos).

No que diz respeito às mulheres é preciso aprofundar um trabalho, educativo e tem que ter concomitantemente uma transformação no serviço público de saúde, não só no sentido material da rede, mas uma reciclagem dos profissionais:

"É uma reciclagem, mesmo, no sentido ideológico e no sentido da formação dos profissionais. Que vai desde a universidade. Remete inclusive a formação do profissional dentro da universidade, e se já saiu da universidade, vai ter que ser reciclado a partir da sua atuação no lugar onde está inserido. A gente fala muito de rede pública, mas a rede privada não escapa disso..."

(M.B.M.A. - 42 anos).

Quanto ao nível do sistema de saúde, já existem várias propostas. A questão do Sistema Único de Saúde, da descentralização e que o sistema funcione como sistema. Já existem parâmetros, definições para a saúde da mulher com o PAISM:

"Se você pega a questão da saúde da mulher, a gente tem o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher que

tem tudo estabelecido... até pode evoluir alguma coisa no conceito do PAISM... mas o problema é que nem esse programa que está proposto e que é um avanço, está implantado. Batalhar para a implantação desse PAISM. Tendo certeza de que esse PAISM só vai ser implantado mudando o sistema de saúde como um todo, tem inclusive que ter mais integração entre os vários setores que trabalham na questão da saúde: O pessoal dentro da rede pública, as pessoas que fazem parte de instituições como o NESC, o S.O.S. Corpo que é um grupo de saúde autônomo, as mulheres... tem que ter mais integração, mais ações conjuntas. Maior conscientização de quem está dentro dos serviços. Uma coisa fundamental é essa integração entre as diversas partes concernidas com a questão da saúde e interessadas na mudança."

(M.B.M.A. - 42 anos).

No que se refere ao programa direcional, o mesmo deveria estar centrado na questão da organização dos serviços a nível local para prevenção do câncer:

"No caso de PE, essa questão da prevenção do câncer, é uma questão simples de ser resolvida. Se resolvida adequadamente, seria mais econômica do que tratar uma mulher com neoplasia. É urgentíssimo que se redefina uma prevenção do câncer. Na pesquisa do S.O.S. foi encontrada a prevenção do câncer sendo usada para não fazer a consulta ... aí fez a prevenção e a mulher nem volta ao serviço ... você vê uma mulher que tem duas prevenções no ano e isso não significa número de mulheres atendidas. a questão da prevenção do câncer é muito exemplar no sentido de que se propuser fazer

a nível local, já agora as coisas podem mudar, e não vai depender de recurso. Se organizar é tornar viável o serviço é só uma questão de competência e comprometimento ... e vai custar menos do que está se fazendo para a cura. O C.A. é absolutamente evitável."

(M.B.M.A. - 42 anos).

Quanto as propostas elaboradas inicialmente por nós, as mesmas passavam pela organização dos serviços. Tanto através da reestruturação de um sistema de referência e contra-referência, quanto da reformulação de programas educativos/informativos para profissionais e população potencialmente usuárias dos serviços.

Entretanto é importante ressaltar que algumas propostas coincidem com aquelas levantadas por nós e vão até muito além, quanto a reorganização dos serviços de saúde.

Em outros momentos elas se centram apenas em questões culturais, carregadas de preconceitos e tabus.

Planejar portanto, implica em tentar aprender a dimensão de cada perspectiva implicada. Desta forma os serviços de saúde podem ser realmente democráticos, de modo a viabilizar a participação de todos os interessados, reconhecendo os conflitos que permeiam, tanto as relações de classes quanto as de gênero.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nosso estudo foi uma tentativa de trazer para o bojo da discussão a democratização do planejamento em saúde. Centramos todas as nossas reflexões na atenção a saúde da mulher, considerando suas peculiaridades.

Fatores como a limitação do tempo, abrangência do tema escolhido e a perspectiva de trabalhar na ótica do Planejamento Estratégico Situacional (P.E.S.), foram determinantes para a não inclusão e o não aprofundamento de alguns pontos, de maneira satisfatória.

Avaliamos que abordagem epidemiológica em torno do tema, foi a ênfase do desenvolvimento do trabalho. Entendemos que o P.E.S. serve como instrumento, que nos permite apreender os processos sociais e as contradições deles decorrentes. Em nossa compreensão o método é parte integrante do trabalho, que auxilia no desenvolvimento do tema, e não a base onde o mesmo deva ser desenvolvido. O método é a parte de um todo e não o inverso. Dessa forma, acreditamos que o P.E.S. será antes um instrumento político/social, com vida e força para interferir na qualidade do serviço público, e não uma técnica a mais para os que têm o saber acadêmico.

Entendendo que, propostas rígidas e completas estão em desacordo com a perspectiva dialética de pensar a realidade, não nos propusemos a trazer mais um programa ou proposta de programas verticalizados. Isto seria contraditório com o nosso entendimento de saúde integral.

Tendo como referência o confronto entre os diferentes problemas levantados nas entrevistas, e as propostas lançadas pelos respectivos atores, nos foi possível refletir sobre a ação do planejamento no Serviço de Saúde. O planejamento em saúde precisa estar cada vez mais próximo da realidade, para garantir programas compatíveis com as necessidades de quem os utiliza, bem como sob controle de quem os executa.

Quanto a relação da usuária com o Serviço de Saúde, identificamos alguns fatores que comprometem tal relação:

- A característica autoritária dos programas, planejados verticalmente, favorecendo a concentração de poder do Estado, representado nas instituições prestadoras de serviços;
- Ausência de participação da população no funcionamento cotidiano dos Serviços, inviabilizando canais democráticos de expressão popular. Este fato é decorrente da característica acima.
- Passividade do comportamento feminino, determinado socialmente, transformando-se em campo fértil para manutenção dos mecanismos autoritários, característicos do aparelho estatal;
- Influência hegemônica da prática médica, que perpassa na relação com as usuárias. Considerar tal prática é pensá-la, e criar mecanismos, dentro dos serviços que não reforcem a postura até então vigente.

Os Serviços de Saúde em atenção à mulher, de forma especial, sofrem os reflexos desses fatores. Necessário se faz considerá-los para que o planejamento, trabalhando com base na realidade,

aproxime-se mais de um atendimento equânime, que respeite a mulher e seu direito à saúde.

A proximidade com esse estudo e o desenvolvimento do tema, revelou-nos quanto é fundamental garantir a implantação e implementação do S.U.S. (Sistema Único de Saúde), para que, dentre outras coisas, seja possível um planejamento conjunto e integral. Tal planejamento constará de propostas para o Serviço de Saúde voltadas para questões coletivas, ou seja, compreendendo medidas de saúde públicas.

Reconhecemos que, em todos os momentos do trabalho, nos colocamos como atores e planejadores, quando deveríamos nos denominar atrizes e planejadoras.

Atribuimos tal "equivoco" à assimilação da linguagem, profundamente centrada no machismo, como também, a aproximação com os termos utilizados no método do P.E.S., que nos classifica enquanto atores.

Finalmente, ressaltamos o quanto este trabalho foi rico para o nosso amadurecimento pessoal e profissional, na medida em que nos fez sentir mais mulher, profissional e usuária.

REFERENCIA BIBLIOGRAFICA.

- 1 - VAITSMAM, Jeni - Biologia e história ou, porque a igualdade é possível. In LABRA, M E (org) Mulher Saúde e Sociedade no Brasil. Petrópolis: Vozes, 1989 - (saúde e realidade brasileira) 302p. p. 25 - 38.
- 2 - PITANGUY, Jaqueline - Medicina e bruxaria algumas considerações sobre o saber feminino. In: LABRA, M E (org) Mulher saúde e sociedade no Brasil. Petrópolis: Vozes, 1989. 302p. p. 39-43.
- 6x 3 - XAVIER, Dulcinéia et al.- Questões feministas para a ordem médica: O feminismo e o conceito de saúde integral. In: LABRA, M E (org). Mulher saúde e sociedade no Brasil. Petrópolis: Vozes, 1989. 302p. p. 203-222.
- 5x 4 - AQUINO, Estela Maria Leão. - Saúde da mulher no Brasil antigas e novas necessidades. Texto mimeografado.
- 5 - ROSALDO, Michele Z. - A mulher a cultura e a sociedade: Uma revisão teórica. In: ROSALDO, M. Z., LAMPHERE, Louise (org) A mulher a cultura e a sociedade. Rio de Janeiro: Paz e terra, 1979. 254p. p. 33-64.
- 2x 6 - OTNER, Sherry B. - Está a mulher para o homem assim como a natureza, para a cultura? In: ROSALDO, M. Z., LAMPHERE, Louise (org). A mulher a cultura e a sociedade. Rio de Janeiro: Paz e terra 1979, 254p. p. 95-120.
- 7x 7 - VAITSMAM, Jeni - Biologia e história ou, porque a igualdade é possível. In LABRA, M E (org) Mulher Saúde e Sociedade no Brasil. Petrópolis: Vozes, 1989 - (saúde e realidade brasileira) 302p. p. 25 - 38.
- 8 - OTNER, Sherry B. - Está a mulher para o homem assim como a natureza, para a cultura? In: ROSALDO, M. Z., LAMPHERE, Louise (org). A mulher a cultura e a sociedade. Rio de Janeiro: Paz e terra 1979, 254p. p. 95-120.
- 9 - BORGES, Sherrine Maria Njaine - Maternidade e mães. In: LABRA, M E (org) Mulher saúde e sociedade no Brasil. Petrópolis: Vozes, 1989. 302p. p. 57-68. (Saúde e realidade brasileira).
- 10 - BORGES, Sherrine Maria Njaine - Maternidade e mães. In: LABRA, M E (org) Mulher saúde e sociedade no Brasil. Petrópolis: Vozes, 1989. 302p. p. 57-68. (Saúde e realidade brasileira).

- 11 - XAVIER, Dulcinéia et al.- Questões feministas para a ordem médica: O feminismo e o conceito de saúde integral. In: LABRA, M E (org). Mulher saúde e sociedade no Brasil. Petrópolis: Vozes, 1989. 302p. p. 203-222.
- 12 - VAITSMAM, Jeni - Biologia e história ou, porque a igualdade é possível. In LABRA, M E (org) Mulher Saúde e Sociedade no Brasil. Petrópolis: Vozes, 1989 - (saúde e realidade brasileira) 302p. p. 25 - 38.
- 13 - XAVIER, Dulcinéia et al.- Questões feministas para a ordem médica: O feminismo e o conceito de saúde integral. In: LABRA, M E (org). Mulher saúde e sociedade no Brasil. Petrópolis: Vozes, 1989. 302p. p. 203-222.
- 14 - CONSELHO NACIONAL DOS DIREITOS DA MULHER. Mulher e trabalho: a legislação e o trabalho feminino - um estudo comparado. São Paulo: INES, 1987 54p.
- 15 - CONSELHO NACIONAL DOS DIREITOS DA MULHER. Mulher e trabalho: a legislação e o trabalho feminino - um estudo comparado. São Paulo: INES, 1987 54p.
- 16 - XAVIER, Dulcinéia et al.- Questões feministas para a ordem médica: O feminismo e o conceito de saúde integral. In: LABRA, M E (org). Mulher saúde e sociedade no Brasil. Petrópolis: Vozes, 1989. 302p. p. 203-222.
- 17 - XAVIER, Dulcinéia et al.- Questões feministas para a ordem médica: O feminismo e o conceito de saúde integral. In: LABRA, M E (org). Mulher saúde e sociedade no Brasil. Petrópolis: Vozes, 1989. 302p. p. 203-222.
- 18 - TEIXEIRA, Sonia Maria Fleury. Modalidade de transição e padrões de incorporação das demandas sociais (mimeo).
- 19 - BARROSO, Carmem. A Saúde da mulher. São Paulo: Nobel; Conselho Estadual da Condição Feminina, 1985. 94p.
- 20 - BARROSO, Carmem, BRUSCHCHINI, Cristina. Construindo a política a partir da vida pessoal: discussões sobre sexualidade entre mulheres pobres no Brasil. In: LABRA, M E (org) Mulher saúde e sociedade no Brasil. Petrópolis: Vozes, 1989. 302p. p. 223-240.
- 21 - BARROSO, Carmem, BRUSCHCHINI, Cristina. Construindo a política a partir da vida pessoal: discussões sobre sexualidade entre mulheres pobres no Brasil. In: LABRA, M E (org) Mulher saúde e sociedade no Brasil. Petrópolis: Vozes, 1989. 302p. p. 223-240.
- 22 - CONSELHO NACIONAL DOS DIREITOS DA MULHER. Mulher e trabalho: a legislação e o trabalho feminino - um estudo comparado. São Paulo: INES, 1987 54p.

- 23 - AQUINO, Estela Maria Leão. - Saúde da mulher no Brasil antigas e novas necessidades. Texto mimeografado.
- 24 - CONFERENCIA NACIONAL DE SAÚDE E DIREITOS DA MULHER - O ministério da saúde e a questão do planejamento familiar (Brasília: 1986).
- 25 - CONFERENCIA NACIONAL DE SAÚDE E DIREITOS DA MULHER - O ministério da saúde e a questão do planejamento familiar (Brasília: 1986).
- 26 - XAVIER, Dulcinéia et al.- Questões feministas para a ordem médica: O feminismo e o conceito de saúde integral. In: LABRA, M E (org). Mulher saúde e sociedade no Brasil. Petrópolis: Vozes, 1989. 302p. p. 203-222.
- 27 - BRASIL. Ministério da Saúde. Assistência integral a saúde da mulher: bases de ação programática. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1985. 26. p.
- 28 - ESCOREL, Sarah., FAVUNA, Miguel Luis - Política nacional de saúde 1990-1994: "O Jogo da Amarelinha"? Saúde em Debate Londrina, n. 29 p. 15-17.
- 29 - ESCOREL, Sarah., FAVUNA, Miguel Luis - Política nacional de saúde 1990-1994: "O Jogo da Amarelinha"? Saúde em Debate Londrina, n. 29 p. 15-17.
- 30 - MEDICI, André Cezar. Mulher brasileira muito prazer. In: LABRA, M E (org) Mulher saúde e sociedade no Brasil. Petrópolis: Vozes, 1989 (saúde e realidade brasileira) 302p. p. 71-117.
- 31 - AQUINO, Estela Maria Leão. - Saúde da mulher no Brasil antigas e novas necessidades. Texto mimeografado.
- 32 - POSSAS, Cristina. A Especificidade do quadro sanitário no Brasil. principais características. Epidemiologia e Sociedade: heterogeneidade estrutural e saúde no Brasil. São Paulo: Hucitea. 1989. 271p. p. 19-115.
- 33 - AQUINO, Estela Maria Leão. - Saúde da mulher no Brasil antigas e novas necessidades. Texto mimeografado.
- 34 - ROZENFELD, Suely. A Mulher e o serviço de saúde. In: LABRA, M E (org). Mulher saúde e sociedade no Brasil. Petrópolis: Vozes, 1989. (coleção saúde e realidade brasileira) 302p. p. 241-268.
- 35 - LOMBARDI, Cintia et al. Operacionalização do Conceito de Classe em estudos epidemiológicos. Rev. Saúde Pública, São Paulo: v. 22 n. 4 p. 253-265, 1988.

- 36 - SZWAREWAL, Célia L., CASTILHO, Euclides Ayres de. Característica da mortalidade da mulher brasileira. In: LABRA, M E (org) Mulher saúde e sociedade no Brasil. Petrópolis: Vozes, 1989 (coleção saúde e realidade brasileira) 302p. p. 135-161.
- 37 - PITANGUY, Jaqueline - Medicina e bruxaria algumas considerações sobre o saber feminino. In: LABRA, M E (org) Mulher saúde e sociedade no Brasil. trópolis: Vozes, 1989. 302p. p. 39-43.
- 38 - PITANGUY, Jaqueline - Medicina e bruxaria algumas considerações sobre o saber feminino. In: LABRA, M E (org) Mulher saúde e sociedade no Brasil. trópolis: Vozes, 1989. 302p. p. 39-43.
- 39 - PITANGUY, Jaqueline - Medicina e bruxaria algumas considerações sobre o saber feminino. In: LABRA, M E (org) Mulher saúde e sociedade no Brasil. trópolis: Vozes, 1989. 302p. p. 39-43.
- 40 - COSTA, Nilson do Rosário. TUNDIS, Silvério Almeida. Cidadania classes populares e doença mental. In. BEZERRA Junior, Benilton et al. Cidadania e loucura: Políticas de saúde mental no Brasil. Petrópolis: Vozes, 1987. 288p. p. 9-13.
- 41 - BARROSO, Carmem, BRUSCHCHINI, Cristina. Construindo a política a partir da vida pessoal: discussões sobre sexualidade entre mulheres pobres no Brasil. In: LABRA, M E (org) Mulher saúde e sociedade no Brasil. Petrópolis: Vozes, 1989. 302p. p. 223-240.
- 42 - CONFERENCIA NACIONAL DE SAUDE E DIREITOS DA MULHER - os serviços de saúde: o que as mulheres querem. Brasília 1986. 14p.
- 43 - CONFERENCIA NACIONAL DE SAUDE E DIREITOS DA MULHER - os serviços de saúde: o que as mulheres querem. Brasília 1986. 14p.
- 44 - MINAYO, Maria Cecilia de Souza., SOUZA, Helena de Oliveira. Na dor do corpo, o grito da vida. In: COSTA, Nilson do Rosário et al. (org) Demandas populares, políticas públicas e saúde. Petrópolis: Vozes, 1989. v. 2. p. 75-100. (saúde e realidade brasileira).
- 45 - DEJOURS, Cristophe. As estratégias defensivas. In: À Loucura do trabalho. estudo de psicologia do trabalho. São Paulo, Cortez: 1988, 166p.p. 27-42.

- 46 - XAVIER, Dulcinéia et al.- Questões feministas para a ordem médica: O feminismo e o conceito de saúde integral. In: LABRA, M E (org). Mulher saúde e sociedade no Brasil. Petrópolis: Vozes, 1989. 302p. p. 203-222.
- 47 - OMS prevê crescimento da AIDS entre mulheres. Folha de São Paulo, São Paulo, 30 nov. 1990. Caderno C, p. 4.
- 48 - FAERSTEIN, Eduardo - Câncer na mulher: uma prioridade no Brasil? In: LABRA M E (org) Mulher saúde e sociedade no Brasil. Petrópolis: Vozes, 1989. 302p. p. 163-183. (Saúde e realidade brasileira).
- 49 - PRADO, Graça. Recife lidera estatística. Diário de Pernambuco, Recife, 23 set. 1990. Caderno A p. 26.
- 50 - MINAYO, Maria Cecília de Souza., SOUZA, Helena de Oliveira. Na dor do corpo, o grito da vida. In: COSTA, Nilson do Rosário et al. (org) Demandas populares, políticas públicas e saúde. Petrópolis: Vozes, 1989. v. 2. p. 75-100. (saúde e realidade brasileira).
- 51 - XAVIER, Dulcinéia et al.- Questões feministas para a ordem médica: O feminismo e o conceito de saúde integral. In: LABRA, M E (org). Mulher saúde e sociedade no Brasil. Petrópolis: Vozes, 1989. 302p. p. 203-222.
- 52 - KALACHE, Alexandre. et al. Envelhecimento da população mundial: um desafio novo. Rev. Saúde Pública, São Paulo. v. 21, n. 3, p. 200-210. 1987.
- 53 - RAMOS, Luis Roberto, et al. Envelhecimento populacional: uma realidade brasileira. Rev. Saúde Pública, São Paulo, v. 21, n. 3, p. 211-224. 1987.
- 54 - AQUINO, Estela Maria Leão. - Saúde da mulher no Brasil antigas e novas necessidades. Texto mimeografado.
- 55 - BORGES, Sherrine Maria Njaine - Maternidade e mães. In: LABRA, M E (org) Mulher saúde e sociedade no Brasil. Petrópolis: Vozes, 1989. 302p. p. 57-68. (Saúde e realidade brasileira).
- 56 - BORGES, Sherrine Maria Njaine - Maternidade e mães. In: LABRA, M E (org) Mulher saúde e sociedade no Brasil. Petrópolis: Vozes, 1989. 302p. p. 57-68. (Saúde e realidade brasileira).
- 57 - BORGES, Sherrine Maria Njaine - Maternidade e mães. In: LABRA, M E (org) Mulher saúde e sociedade no Brasil. Petrópolis: Vozes, 1989. 302p. p. 57-68. (Saúde e realidade brasileira).
- 58 - PNAD - Jornal do Comércio - 21 nov. 1990.

- 59 - PNAD - IBGE Constata disparidade. Jornal do Comércio. 20 nov. 1990.
- 60 - POSSAS, Cristina.- Interpretação da transição. Epidemiologia e sociedade: heterogeneidade estrutural e saúde no Brasil. São Paulo: Hucitec, 1989, 271p. p. 135-177.
- 61 - BOLTANSKI, LUC.- A Relação doente médico e distância social. In: LOYOLA, M A, MACHADO, R A (org) As classes sociais e o corpo. Rio de Janeiro: Graal, 1979. 185p. p. 36-68.
- 62 - BOLTANSKI, LUC.- A Relação doente médico e distância social. In: LOYOLA, M A, MACHADO, R A (org) As classes sociais e o corpo. Rio de Janeiro: Graal, 1979. 185p. p. 36-68.
- 63 - BOLTANSKI, LUC.- A Relação doente médico e distância social. In: LOYOLA, M A, MACHADO, R A (org) As classes sociais e o corpo. Rio de Janeiro: Graal, 1979. 185p. p. 36-68.

BIBLIOGRAFIA

- 1 - AQUINO, Estela Maria Leão. - Saúde da Mulher no Brasil, antigas e novas necessidades. Texto mimeografado.
- 2 - BARROSO, Carmen. - A saúde da mulher. São Paulo: Nobel; Conselho Estadual da Condição Feminina, 1985, 94p.
- 3 - BARROSO, Carmen; BRUSCHCHINI, Cristina. - Construindo a política a partir da vida pessoal: Discussões sobre sexualidade entre mulheres pobres no Brasil. In: LABRA M E (org) Mulher, Saúde e Sociedade no Brasil. Petrópolis: Vozes, 1989, 302p. p. 223-240.
- 4 - BOLTANSKI, Luc. - A relação doente médico e distância social. In: LOYOLA, M A; MACHADO, R A (org) As classes sociais e o corpo. Rio de Janeiro: Graal, 1979, 185p. p.36-68.
- 5 - BORGES, Sherrine; NAJAIRES, Maria. - Maternidade e Mães. In: LABRA M E (org) Mulher, Saúde e Sociedade no Brasil. Petrópolis: Vozes, 1989. 302p. p.57-68. (Saúde e a realidade brasileira).
- 6 - BRASIL, Ministério da Saúde. - Assistência Integral a Saúde da Mulher: Bases de ação programática, Brasília. Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1985, 26 p.
- 7 - CONFERENCIA NACIONAL DE SAÚDE E DIREITOS DA MULHER. - O Ministério da Saúde e a questão do planejamento familiar (Brasília - 1986).
- 8 _____ ; Os serviços de saúde, o que as mulheres querem. Brasília: 14p.
- 9 COSTA, Nilson do Rosário; TUNDIS, Silvério Almeida. - Cidadania, classes populares e doença mental. In: BEZERRA, Júnior, Benilton et al. Cidadania e loucura: Política de Saúde Mental no Brasil. Petrópolis: Vozes, 1987, 288p. p. 913.
- 10 DEJOURS, Cristophe. As estratégias defensivas. In: A Loucura do trabalho. Estudo de psicologia do trabalho. São Paulo, Cortez, 1988, 166p. p. 2742.
- 11 ESCOREL, Sarah; PAVONA, Miguel Luis. Política Nacional de Saúde. 1990-1994: "O jogo da amarelinha"? Saúde em Debate. Londrina n.29 p. 1517.
- 12 FAERSTEIN, Eduardo. Câncer na mulher: Uma prioridade no Brasil? In: LABRA M E (org) Mulher, Saúde e Sociedade. Petrópolis: Vozes, 1989, 302p. p. 163-183. (Saúde e realidade brasileira).

- 13 KALACHE, Alexandre et al. Envelhecimento da população mundial: Um desafio novo. Rev. Saúde Pública, São Paulo. v.21, n.3, p. 200-210, 1987.
- 14 LOMBARDI, Cintia et al. Operacionalização do conceito de classe. Um estudo epidemiológico. Rev. Saúde Pública, São Paulo. v.22, n.4, p. 253-265, 1988.
- 15 - MEDICI, André Cezar. Mulher brasileira muito prazer. In: LABRA, M E (org) Mulher saúde e sociedade no Brasil. Petrópolis: Vozes, 1989 (saúde e realidade brasileira) 302p. p. 71-117.
- 16 - MINAYO, Maria Cecília de Souza., SOUZA, Helena de Oliveira. Na dor do corpo, o grito da vida. In: COSTA, Nilson do Rosário et al. (org) Demandas populares, políticas públicas e saúde. Petrópolis: Vozes, 1989. v. 2. p. 75-100. (saúde e realidade brasileira).
- 17 - OMS prevê crescimento da AIDS entre mulheres. Folha de São Paulo, São Paulo, 30 nov. 1990. Caderno C, p. 4.
- 18 - OTNER, Sherry B. - Está a mulher para o homem assim como a natureza, para a cultura? In: ROSALDO, M. Z., LAMPHERE, Louise (org). A mulher a cultura e a sociedade. Rio de Janeiro: Paz e terra 1979, 254p. p. 95-120.
- 19 - PITANGUY, Jaqueline - Medicina e bruxaria algumas considerações sobre o saber feminino. In: LABRA, M E (org) Mulher saúde e sociedade no Brasil. trópolis: Vozes, 1989. 302p. p. 39-43.
- 20 - PNAD - Jornal do Comércio - 21 nov. 1990.
- 21 - PNAD - IBGE Constata disparidade. Jornal do Comércio. 20 nov. 1990.
- 22 - POSSAS, Cristina.- Interpretação da transição. Epidemiologia e Sociedade: heterogeneidade estrutural e saúde no Brasil. São Paulo: Hucitec, 1989, 271p. p. 135-177.
- 23 - POSSAS, Cristina. A Especificidade do quadro sanitário no Brasil. principais características. Epidemiologia e Sociedade: heterogeneidade estrutural e saúde no Brasil. São Paulo: Hucitea. 1989. 271p. p. 19-115.
- 24 - PRADO, Graça. - Recife lidera estatística. Diário de Pernambuco, Recife, 23 set. 1990. Caderno A p. 26.
- 25 - RAMOS, Luis Roberto, et al.- Envelhecimento populacional: uma realidade brasileira. Rev. Saúde Pública, São Paulo, v. 21, n. 3, p. 211-224. 1987.

- 26 - ROSALDO, Michele Z. - A mulher a cultura e a sociedade: Uma revisão teórica. In: ROSALDO, M. Z., LAMPHERE, Louise (org) A mulher a cultura e a sociedade. Rio de Janeiro: Paz e terra, 1979. 254p. p. 33-64.
- 27 - ROZENFELD, Suely.- A Mulher e o serviço de saúde. In: LABRA, M. E (org). Mulher Saúde e Sociedade no Brasil. Petrópolis: Vozes, 1989. (coleção saúde e realidade brasileira) 302p. p. 241-268.
- 28 - SZWAREWAL, Célia L., CASTILHO, Euclides Ayres de.- Característica da mortalidade da mulher brasileira. In: LABRA, M E (org) Mulher Saúde e Sociedade no Brasil. Petrópolis: Vozes, 1989 (coleção saúde e realidade brasileira) 302p. p. 135-161.
- 29 - TEIXEIRA, Sonia Maria Fleury. Modalidade de transição e padrões de incorporações das demandas sociais (mimeo).
- 30 - VAITSMAM, Jeni - Biologia e história ou, porque a igualdade é possível. In LABRA, M.E (org) Mulher Saúde e Sociedade no Brasil. Petrópolis: Vozes, 1989 - (saúde e realidade brasileira) 302p. p. 25 - 38.
- 31 - XAVIER, Dulcinéia et al.- Questões feministas para a ordem médica: O feminismo e o conceito de saúde integral. In: LABRA, M E (org). Mulher Saúde e Sociedade no Brasil. Petrópolis: Vozes, 1989. 302p. p. 203-222.

ANEXOS:

NUCLEO DE ESTUDOS EM SAUDE COLETIVA

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ

GRUPO: SAUDE DA MULHER

1. DADOS GERAIS

Nome: _____

Idade: _____

Endereço: _____

Ocupação/Profissão: _____

Grau de instrução: _____

Renda familiar: _____

Renda da Mulher: _____

2. DADOS ESPECIFICOS

2.1 - Número de filhos: _____

2.2 - Número de gestações: _____

2.3 - Local de parto dos filhos: em casa Pública
Maternidade Privada

2.4 - Quais os problemas de saúde mais comuns nas mulheres?

2.5 - Por que isto acontece?

2.5.1 - E por que?

