

suas atitudes e decisões, sob pena de passar, de médico, a um manipulador de *botões e drogas* no ambiente frio da UTI, ou pior, do seu próprio coração.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BARRÊTTO, F.J.T. A morte e o morrer. A assistência ao doente terminal. In: MELLO FILHO, J. (Org.) *Psicossomática Hoje*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992. p. 287-298.
- BORNHEIM, G.A. *Os filósofos pré-socráticos*. 13. ed. São Paulo: Cultrix, 1999. 128p.
- BRODY, H. *Ethical Discussions in Medicine*. Boston: Little Brown, 1976. 568p.
- ELLAS, N. *A Solidão dos Moribundos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2001. 108p.
- GRIMAL, P. *Dicionário de Mitologia Grega e Romana*. 3. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1997. 554p.
- JASPERS, K. *Filosofia da Existência*. Rio de Janeiro: Imago, 1973. 478p.
- KASTENBAUN, R.J. *Death, society and human experience*. 2. ed. St. Louis: Mosby, 1981. 345p.
- MACHADO, M. H. *Os Médicos no Brasil. Um Retrato da Realidade*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1997. 248p.
- MONTAIGNE, M. *Ensaíos*. São Paulo: Nova Cultural, 2000. vl. 1. 512p.
- PALACIOS, M. P. *Trabalho hospitalar e saúde mental: o caso de um hospital geral e público do município do Rio de Janeiro*. 1993. 124p. Dissertação (Mestrado em Medicina) - Instituto de Medicina Social. UERJ, Rio de Janeiro.
- SELINGMANN SILVA, E. *Desgaste mental no trabalho dominado*. Rio de Janeiro: Editora da UFRJ, 1994. 262p.
- SIQUEIRA-BATISTA, R. O médico diante da morte: perspectivas de discussão ética com base na filosofia de Immanuel Kant. *Revista da Faculdade de Medicina de Teresópolis*. Teresópolis, v.3, n.1, p. 18-22, jan./jul. 2001.

## CONQUISTAS EM SAÚDE REPRODUTIVA: AUTO-ESTIMA, APRENDIZAGEM E AUTONOMIA SEXUAL

*Reproductive health achievements:  
Self-esteem, learning and physical autonomy*

Isabela Cabral Félix de Sousa<sup>1</sup>

### RESUMO

Esta pesquisa analisa se as mulheres participantes de um programa de educação e promoção da saúde desenvolvido na Baixada Fluminense, Rio de Janeiro, conquistam poder nas dimensões psicológica, cognitiva, econômica, política e física. Este programa foi selecionado por trabalhar com a conquista de poder de mulheres pobres, já que esta população acumula as opressões de gênero, classe e, muitas vezes, raça. Foram feitas observações de campo e entrevistas. Este artigo enfatiza as experiências da coordenadora e das 26 mulheres clientes do programa. A análise qualitativa revelou a importância da promoção da auto-estima e do ensino de novos conhecimentos na construção da conquista de poder feminino. Este estudo também demonstrou que o programa estudado foi eficaz na promoção de poder entre mulheres nas dimensões psicológica, cognitiva e física, mas nem tanto nas dimensões econômica e política.

### PALAVRAS-CHAVE

Promoção da saúde, educação em saúde, mulheres

### ABSTRACT

This research analyzed primarily whether women participating in a health education and promotion program settled at the Rio de Janeiro's Baixada Fluminense became empowered in the psychological, cognitive, economic, political and physical dimensions. This program was selected because it addressed the empowerment of poor women, since this population accumulates oppressions of gender, class, and, often, race. Field observations and interviews were conducted. This article focuses on the experiences of the coordinator and the 26 women enrolled in the program. The qualitative analysis revealed how fostering self-esteem and teaching new knowledge were essential to build up women's empowerment. This study demonstrated that although the program was an effective way to empower women in the psychological, cognitive and physical dimensions, economic and political dimensions were less conquered.

### KEY WORDS

Health promotion; health education; women

<sup>1</sup> Ph.D. em Educação Intercultural / Internacional pela University of Southern California Instituto Oswaldo Cruz, Departamento de Biologia, Laboratório de Educação em Ambiente e Saúde. Pesquisadora Visitante pelo Convênio FIOCRUZ-CNPq. E-mail: isousa@iis.com.br

## 1. INTRODUÇÃO

A conquista de qualquer direito está aliada à de poder. A conquista de poder é um processo multidimensional que requer mudanças individuais e institucionais (Germain & Antrobus, 1989; Stromquist, 1993). Tanto a conquista de saúde e direito reprodutivos, como a de poder, devem ser promovidas preferencialmente para e pela mulher pobre, que acumula as opressões de gênero, de classe, e muitas vezes, de raça.

Tais opressões aumentam também as chances de adoecimento e de ausência de direitos reprodutivos. Daí, o objetivo deste trabalho ter sido o de analisar se mulheres participantes de um programa educativo de saúde reprodutiva realizam conquistas em cinco dimensões: psicológica, cognitiva, física, econômica e política. Em se tratando de saúde reprodutiva, esta pesquisa utilizou o conceito delineado por Dixon-Mueller (1993) no qual a saúde reprodutiva implica direito das mulheres à sexualidade e reprodução. A autora explica ainda que a liberdade para viver esta saúde depende de três tipos de direitos: o controle sobre o próprio corpo, a informação e os meios para controlar a fertilidade, e a decisão de ter filhos, do número e da época de tê-los.

O Instituto de Estudos da Religião (ISER) é a organização não-governamental que sediava o programa em foco. O ISER surgiu na década de 70 questionando a ligação da religiosidade com outros processos de transformação da sociedade brasileira. O programa estudado desenvolveu-se na Baixada Fluminense, Rio de Janeiro, em zona rural (sala de igreja metodista) e zona urbana (sala de igreja católica), tendo sido coordenado por uma americana que trabalha há décadas no Brasil em serviço comunitário, com formação em enfermagem, teologia e literatura. O programa era financiado com recursos de organizações não governamentais, desvinculado portanto das iniciativas do Ministério de Saúde, inclusive do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM). Embora partilhasse concepções teóricas e pedagógicas com o PAISM, o programa em questão foi selecionado por buscar o empoderamento das mulheres num prazo de tempo e assiduidade maiores, além de prepará-las como agentes comunitárias.

Mais de um terço das 26 mulheres entrevistadas, eram migrantes de outros estados. Em sua maioria se declararam como pobres e integrantes de várias etnias e credos religiosos. Quase a totalidade delas exercia ati-

vidades voluntárias ou remuneradas e estudou até a 5ª série do ensino fundamental. As da região urbana tinham, em média, maior escolaridade e renda familiar do que as da região rural. Enquanto 10 participavam da renda familiar, 9 contribuíam sozinhas para ela e somente 7 não trabalhavam em atividades remuneradas.

O método empregado no estudo é qualitativo com técnicas etnográficas tais como observações em sala de aula e entrevistas. A escolha das mulheres entrevistadas obedeceu a quatro critérios: lugar onde o curso era ministrado (rural e urbano), faixa etária abrangente (desde adolescentes até a terceira idade), contribuição em sala de aula (mais e menos participantes) e disponibilidade. A análise baseou-se nas anotações, feitas sobre as observações e as entrevistas, e o foco recaiu sobre a experiência das participantes.

## 2. OPRESSÃO DA MULHER E CONQUISTA DE PODER

Os problemas na saúde reprodutiva da mulher muitas vezes se associam ao desequilíbrio de poder nas relações com os homens, e numa sociedade patriarcal como a brasileira, tais problemas não podem ser dissociados da opressão de gênero. As mulheres pobres, principalmente as negras ou mulatas, são mais afetadas que os homens pobres, pois sofrem de tripla discriminação: além da de raça e classe social, a de gênero. Qualquer discriminação acarreta efeitos negativos para a saúde da mulher. A opressão que as mulheres sofrem aumenta-lhes os riscos à saúde (Sherwin, 1992). Esta opressão se manifesta em vários aspectos, tais como maior pobreza (Jacobson, 1993), maior violência de que são vítimas (Heise, 1993), menor oportunidade de trabalho (Sorensen & Verbrugge, 1987), menor acesso à comida e serviços de saúde (Khan *et al.* 1984), e menor acesso à educação (Fagerlind & Saha, 1989).

A conquista de poder pelas mulheres, principalmente as mais pobres, é fundamental para a criação de uma sociedade mais justa. Devido ao acúmulo de fatores de discriminação sofrida, as mulheres pobres têm sido vistas como a população que mais necessita conquistar poder (Stromquist, 1993) e com mais potencial de transformar a realidade, por ter visão diferente da população mais privilegiada (Bluter, citado em Sleeter, 1991). Assim, nas experiências dos oprimidos há potencial de mudança do *status quo*, se estas forem utilizadas estrategicamente para o seu empoderamento. Segundo Freire (1993:122-123): “A práxis revolucionária somente pode

opor-se à práxis das elites dominadoras... Para dominar, o dominador não tem outro caminho senão negar às massas populares a práxis verdadeira. Negar-lhes o direito de dizer sua palavra, de pensar certo”.

Como muitas vezes o trabalho dos pobres é manipulado pelas classes dominantes, é fundamental que a conquista de poder pelas mulheres lhes seja de fato emancipatória. De acordo com Antrobus (1989), não raro a questão desta conquista tem sido explorada por algumas agências internacionais com o intuito de aumentar as atribuições sociais delas, e não de mudar-lhes a situação de subordinação. Por isto, Molyneux (1985) distingue a conquista de poder feminino relativa a interesses práticos daquela referente a interesses estratégicos. Enquanto os primeiros proporcionam conhecimentos e habilidades de desenvolvimento pessoal, sem questionar a subordinação da mulher frente ao homem, os últimos buscam a paridade entre os sexos. Na conquista de poder pelas mulheres pobres, é necessária a combinação de ambos os interesses.

Uma definição de conquista emancipatória pela mulher é a descrita por Stromquist (1993), em que o poder feminino leva mais à intervenção pessoal do que à confiança em intermediários, promove ações ligadas às necessidades, e provoca transformações coletivas substanciais. Para Stromquist (1993), esta conquista além de envolver identidade pessoal, acarreta uma grande análise dos direitos humanos. A autora explica que tal conquista de poder pelas mulheres pode ocorrer nas dimensões psicológica, cognitiva, econômica e política. Schrijvers (1991), acrescenta outra dimensão ao sugerir a autonomia física das mulheres, um tipo de conquista de poder sobre o próprio corpo. Sendo ampla a proposta de as mulheres conquistarem poder, ela implica mudanças em várias dimensões.

### 3. A SAÚDE REPRODUTIVA E A CONQUISTA DE PODER PELA MULHER

Nos anos 80, surgiu o conceito de saúde reprodutiva baseado na concepção feminista de que todas as mulheres teriam direito ao controle de sua sexualidade e reprodução (Dixon-Mueller, 1993). O conceito de saúde reprodutiva não se limita apenas à liberdade das mulheres nos anos reprodutivos, mas em qualquer idade. Germain e Antrobus (1989:18) definiram este conceito como sendo:

...a habilidade de usufruir prazer sexual sem medo de infecção, gravidez indesejada, coerção; de regular a fertilidade sem risco de efeitos colaterais

desagradáveis e perigosos; de passar por gravidez e parto seguros; e de poder criar filhos saudáveis. (tradução da autora)

Além disto, Sai e Nassim (1989) explicam como o conceito de saúde reprodutiva é muito mais amplo que o conceito de saúde materna, pois, além do primeiro incluir os homens, sugere também que os problemas de saúde vividos pelas mulheres se relacionam não apenas ao presente estado da mulher, mas à sua infância e adolescência. Não só programas de saúde materno-infantil tendem a negligenciar a saúde materna e priorizar a da criança (Heise, 1993), mas programas de planejamento familiar têm sido criticados por se restringirem às mulheres grávidas e casadas. Germain e Antrobus (1989) comentam, inclusive, que programas de planejamento familiar tendem a enfatizar a contracepção. E Oliveira *et al.* (1992) consideram esta ênfase limitada, pois não envolve a discussão da mulher quanto a sua sexualidade e qualidade de vida.

A conquista de saúde reprodutiva está aliada à conquista de direitos pelas mulheres. Portanto, a conquista de saúde reprodutiva não se limita a liberdade na área sexual e de reprodução, mas está relacionada com outras dimensões. Em nível individual, a conquista de poder está pelo menos relacionada com as dimensões psicológica, cognitiva, física e econômica. Em nível institucional, a conquista de poder engloba além das dimensões psicológica, cognitiva e física, a econômica e a política.

### 4. A SAÚDE REPRODUTIVA DA MULHER BRASILEIRA

Na literatura sobre a saúde reprodutiva da mulher brasileira discute-se principalmente a inadequação no controle de fertilidade, decorrente do fato de a mulher brasileira não ter conquistado direitos reprodutivos. Falta às mulheres, principalmente, às pobres, poder para que tenham educação e serviços de saúde adequados, e mais opções de controle de fertilidade. Quanto às que desejam praticar aborto e esterilização, falta voz junto às políticas públicas e práticas institucionais para que não sofram por causa de leis proibitivas e restritivas. Segundo Barroso e Bruschini (1991) e Dixon-Mueller e Germain (1993), em termos de controle de fertilidade, a mulher brasileira se limita à escolha entre contraceptivos orais, abortos ilegais e esterilização.

A escolha limitada de meios de controle da fertilidade tem conseqüências negativas para a mulher. Muitas sofrem complicações resultantes do

aborto clandestino, cuja estimativa de ocorrência anual está entre 500 mil e 4 milhões (Pinotti & Faúndes, 1989). Além disto, estima-se que mais da metade do dinheiro do governo destinado à obstetrícia é gasta com complicações de aborto (Smyre, 1991). O Brasil tem contado ainda com um dos maiores índices mundiais da prática de cesáreas (Rutenberg & Ferraz, 1988). Conforme Barros *et al.* (1991), a ocorrência de cesáreas no Brasil se deu por razões econômicas, pois, quanto maior o poder aquisitivo, maior a incidência de cesáreas; pela falsa crença de que após uma cesárea, os partos posteriores da mesma mulher deveriam ser através de cesárea; e pelo fato de a lei até 1997 não ter permitido esterilização a pedido da mulher. Muitas mulheres acabaram optando por cesarianas, que constituem em risco para a saúde, simplesmente por terem proporcionado condição legal para a esterilização. Apesar dos entraves da lei, mais da metade das mulheres esterilizadas no Brasil assim procederam por razões de planejamento familiar e não por problemas de saúde (Costa, 1991). O triste quadro de excesso de cesarianas tem perspectivas de mudança. Barros e Paiva (1997) comentam a nova lei de 1997, pela qual tanto o homem como a mulher com mais de 21 anos e com dois filhos, ou com mais de 25 anos, e sem filhos, pode escolher a esterilização. Com esta alteração, será preciso avaliar em longo prazo seus efeitos na reversão do excesso de cesarianas no Brasil.

## 5. METODOLOGIA

O método de pesquisa utilizado foi qualitativo/naturalista (William, 1986). A pesquisa qualitativa é naturalista quando as atividades estudadas pelo pesquisador não são planejadas ou manipuladas por ele, como na pesquisa experimental (Patton, 1987). A escolha deste método se deve à proposta de estudar em detalhe um programa educacional, já implementado. O método naturalista/qualitativo é adequado para estudos de campo, em que se busca compreender a situação contextual de um programa. Este método envolve, num contexto natural, a análise das experiências dos atores envolvidos (Patton, 1987). Assim, procedeu-se à observação de comportamentos nas interações das mulheres durante as aulas, e de suas percepções reveladas tanto nas discussões em grupo como nas entrevistas.

Segundo Patton (1987), o método qualitativo é apropriado para pesquisar programas em termos de qualidade e conhecer sua dinâmica

interna, as experiências da clientela, os serviços oferecidos, e o trabalho dos professores e coordenadores. Esta metodologia implica avaliação do processo, sendo considerada ideal para melhorar programas educativos.

Em termos de estratégias, utilizou-se técnicas etnográficas, tais como observações 'in loco' e entrevistas. Os instrumentos da pesquisa foram os questionários e o próprio pesquisador, o que é pertinente em pesquisas qualitativas (Guba & Lincoln, 1981). A coleta de dados foi feita através de entrevistas orais e de notas escritas logo após os eventos formais (reuniões e atividades em sala de aula) e informais (conversas e festividades). Para as entrevistas orais, foram criados questionários e anotadas as respostas. Empregou-se um questionário padrão para que os temas da pesquisa alcançassem todas as participantes (anexo). As perguntas foram agrupadas nos seguintes itens: características pessoais, trabalho, educação, participação em atividades fora do lar, vida conjugal, saúde do indivíduo e do grupo, razões de participação, estágios e avaliação do programa. Ressalte-se que todas as perguntas eram abertas. As entrevistas ocorreram de hábito no local de desenvolvimento dos projetos, ou seja, nas salas das igrejas metodista e católica. Excepcionalmente se realizaram no lar das participantes ou em parques, conforme a preferência delas.

A seleção das participantes seguiu o critério de amostragem de máxima variação de horário e de faixa etária. Em termos de sujeitos, excluiu-se as que estavam grávidas, por respeito a princípios éticos. Procurou-se captar e descrever os temas centrais e os resultados mais importantes para a maioria. Foram estabelecidos padrões comuns às entrevistas, bem como a relevância destes padrões face à diversidade das participantes.

Neste estudo, elegeu-se como metodologia a análise de conteúdo. A escolha da análise de conteúdo procede, porque a mesma trabalha com a comunicação (Bardin, 1977). Chizzotti (1991) enfatiza que os procedimentos na análise de conteúdo, podem ser diversos (análise lexicológica, análise categorial, análise de enunciação ou análise de conotações) e inovadores (outras criadas pelo pesquisador). Bardin (1977) também cita entre as possibilidades de análise de conteúdo: a categorial, a de avaliação, a de expressão, a das relações e a do discurso. Para este trabalho, escolheu-se a categorial temática, por ser a técnica de análise de conteúdo mais antiga, rápida e eficaz de se aplicar a discursos diretos. Adotou-se os passos descritos por Guba e Lincoln (1981) os quais aconselham, em

todos os dados coletados, verificar em primeiro lugar os aspectos recorrentes; depois prosseguir buscando homogeneidade interna, heterogeneidade externa, inclusividade, coerência e plausibilidade; em terceiro lugar, utilizar estratégias de aprofundamento, ligação e ampliação; e finalmente, analisar as categorias quanto à abrangência e delimitação.

Ressalte-se que os indivíduos foram o foco desta pesquisa, a ênfase colocada nos relatos dos atores (coordenadora e alunas), buscando alcançar veracidade e o maior grau de representatividade do fenômeno estudado. Considera-se a pesquisa relevante não só por tratar de problemas de desenvolvimento individual e social, mas sobretudo pela possibilidade de ampliação do conhecimento na área.

Estudar qualitativamente o programa, ensinando vários conteúdos de saúde, significou analisar como e que conceitos de saúde eram veiculados no programa; o grau de adequação deste, tendo em vista a conquista dos direitos reprodutivos das mulheres atendidas; os objetivos estabelecidos; as atividades educacionais; as metodologias utilizadas nas classes e sugeridas fora delas; e a instituição que colaborava com o programa.

A principal questão desta pesquisa era descobrir se as atividades do programa contribuíam para a conquista de poder pelas mulheres em alguma das dimensões mencionadas, as quais só didaticamente podem ser divididas, pois conforme se verá nos relatos adiante, estão bastante interrelacionadas.

Ressalte-se que esta pesquisa partilha da teoria das representações sociais (Oliveira & Werba, 2002), visto que pressupõe a construção coletiva do social e por discutir dados conflitantes. Além disto, se escolheu a análise de conteúdo por ela ser útil para investigar fatores que permitam inferir sobre uma outra realidade, que não a da mensagem propriamente dita (Bardin, 1977). Vale mencionar que esta pesquisa discute dados da tese de doutorado da autora, tendo sido aprovada pelo Comitê de Ética da University of Southern California, Los Angeles.

## 6. RESULTADOS

O Instituto de Estudos da Religião (ISER) é a organização não-governamental que sediava o programa estudado. O ISER surgiu na década de 70 questionando a ligação da religiosidade com outros processos de transformação da sociedade brasileira. Na década de 90, o ISER além de sediar projetos sociais nas áreas de religiosidade e cidadania, marginalidade

e auto-estima, tradições e ética, desenvolvia também trabalhos em pesquisa, comunicação, documentação e informação. Embora a sede do ISER se localize na Zona Sul do Rio de Janeiro, o programa estudado desenvolveu-se na Baixada Fluminense, em zona rural (sala de igreja metodista) e zona urbana (sala de igreja católica).

Em termos de pesquisa, observou-se o programa de educação em saúde no terceiro semestre de um cronograma bienal. As observações incluíam as atividades educativas propostas pelo programa e os encontros promovidos para e por mulheres na sede do ISER. Nestes últimos debateu-se não só a melhoria das condições de vida de mulheres, mas também a implementação de programas para se chegar a este objetivo.

Os materiais educativos do programa abrangiam diversos conteúdos de saúde em geral e saúde reprodutiva, e tinham como objetivos que as mulheres conquistassem poder e se tornassem agentes comunitárias. Os materiais constaram de vários textos fotocopiados acompanhados de exercícios, um manual de primeiros socorros, estojos de aferir pressão, seringas e quebra-cabeças de madeira (órgão sexual, sistema glandular, etc.) feitos por meninos de rua.

Durante as aulas as mulheres se distribuíam em forma circular ou em grupos de duas ou mais. Elas também se reuniam extra-classe, de acordo com o local de moradia, para ministrarem palestras em suas comunidades sobre os conteúdos do programa, que se estendeu por dois anos com encontros semanais de cerca de duas horas e meia. No final, as mulheres participantes com menos de três faltas receberam certificado. Além disso, haviam feito exame preventivo de câncer.

As características das 26 mulheres foram delineadas a partir de suas declarações. Em relação à religião, 13 mulheres se consideraram católicas, 2 sem religião e as 11 restantes pertencentes a credos protestantes (históricos e pentecostais). Em termos de raça, 11 se declararam brancas, 11 mestiças e 4 pretas. Quanto à classe social, 17 se definiram como pobres e 9 como classe média. Ressalte-se que as auto-definições de pertencer à classe média relacionavam-se mais com critérios subjetivos, tais como ter força para lutar e boa saúde, do que com a renda familiar. Conforme esperado, a média da renda familiar foi maior na região urbana (6,2 salários mínimos) do que na região rural (3,6 salários mínimos). A idade das mulheres entrevistadas variou entre 16 e 63 anos, mas

a faixa etária predominante no programa ficou entre 30 e 49 anos. As mulheres, na maioria, trabalhavam tanto em atividades remuneradas (19) como voluntárias (23). Enquanto em 6 famílias apenas o companheiro trabalhava fora, em 9 famílias apenas a mulher o fazia. Em 1 família o companheiro e o filho mais velho sustentavam a casa, e em 10 famílias todos os componentes tinham serviços. Assim, constatou-se um predomínio das mulheres como chefes de família, e também o fato de vários membros, além do casal, trabalharem. Em termos de arranjos familiares das 26 mulheres entrevistadas, 12 viviam em famílias nucleares, 9 em famílias extensas, e 5 em famílias monoparentais. As mulheres estudadas tiveram até 6 filhos sendo o índice de fertilidade de 2,25. Um pouco mais que um terço das entrevistadas, isto é 9, eram migrantes de outros estados brasileiros.

O nível de escolaridade formal e não-formal era maior entre as mulheres urbanas do que entre as rurais, sendo que a maior parte das mulheres nas duas zonas estudou até a 5ª série do ensino fundamental. A fim de proteger o anonimato, nomes fictícios das mulheres são apresentados neste artigo. Em termos de resultados positivos, todas as 26 mulheres entrevistadas parecem ter conquistado poder na dimensão psicológica. O processo de mudança psicológico foi descrito como iniciado a partir da própria pessoa e/ou através da percepção de terceiros sobre a pessoa participante. O caminho de percepção individual pode ser bem exemplificado pela fala de Bianca, católica, de 48 anos, que estudou até a 5ª série, e trabalha voluntariamente na comunidade, pedindo doações para sua igreja e visitando pacientes. Bianca disse:

*Eu me tornei mais feliz com este programa. Eu me sinto mais feliz comigo mesmo e tranqüila. Antes achava que não tinha direito de dizer nada. Agora, eu falo mesmo quando estou entre outros que têm mais estudo e mais dinheiro que eu. Eu comecei a dar um curso na igreja que eu antes não teria coragem, nem seria convidada. Agora as pessoas começaram a me ver como alguém que sabe algo. Elas e até meu marido fazem brincadeiras que vou me tornar enfermeira. As pessoas me apoiam mais agora porque sabem que podem usufruir dos meus novos conhecimentos.*

A participação no programa afetou a relação das mulheres entre si e com outros, tanto pela vivência de cada uma, como também pela percepção de familiares e membros da comunidade a respeito delas. Assim, o empoderamento psicológico iniciou-se pela percepção de si e dos outros.

O aumento de auto-estima das mulheres parece estar correlacionado com o seu fomento em sala de aula. De fato, havia constante incentivo à capacidade das alunas nas aulas e festividades. Sempre que as mulheres se depreciavam, dizendo não serem capazes de aprender ou executar uma tarefa, a coordenadora contestava que era possível sim, que era só tentar. Além disto, foram observadas dinâmicas de grupo em que o elogio das colegas e de si mesmas era utilizado como mecanismo para o fortalecimento de auto-estima. Finalmente, a coordenadora aproveitou a situação de observação e entrevistas para aumentar a auto-estima, anunciando que a pesquisadora vinha de longe para conhecer as mulheres muito especiais daquele curso.

Juntamente com a dimensão psicológica, todas as 26 clientes do programa parecem ter conquistado poder na dimensão cognitiva, pois relataram terem aprendido muito nele. Por exemplo, Helena, católica de 32 anos, com estudos até a 4ª série, ajudante do marido na agricultura e secretária voluntária na associação de bairro, disse:

*Eu esperava aprender neste curso e ajudar os outros. Como eu gosto de aprender, eu gosto de ensinar. Quanto mais eu aprendo, mas eu me sinto motivada para aprender mais. Eu sou tímida para fazer perguntas, mas eu aprendo quando os outros perguntam. Mesmo minha memória não sendo boa, eu aprendi muito aqui. Eu quero melhorar minha memória.*

As diversas metodologias utilizadas no curso parecem ter incentivado as mulheres a aprender. Foram utilizados exercícios, leituras, dramatizações, práticas em sala de aula e fora dela, e debates sobre experiências. Na verdade, muitos foram os conteúdos aprendidos por elas que vieram à tona nas entrevistas e nas próprias discussões em sala de aula.

Na dimensão econômica, as mulheres da região rural parecem ter conquistado mais poder do que as da urbana. Mudanças econômicas representam maiores ganhos para mulheres rurais, por estas experimentarem um padrão de renda familiar inferior. Enquanto 4 mulheres na região urbana e 11 na rural disseram ter começado a fazer economia, 3 mulheres na região urbana e 1 na rural comentaram a possibilidade de novos empregos. Um dos tipos de ganho relatados é a economia através de novos comportamentos, o que foi expresso por várias, inclusive Sandra. Católica, de 47 anos, com escolarização até a 5ª série, não exercia atividades remuneradas desde o casamento, mas coordenava voluntariamente

um grupo de jovens. Sandra contou:

*Este programa nos ajuda economicamente porque aprendendo a preservar a nossa saúde, a gente não gasta em remédio. Este programa me ajudou a ter melhor saúde, pois tenho melhores hábitos alimentares. Passei a ter uma boa dieta e selecionar a comida que é melhor para minha saúde. Como com menos óleo e sal. E como menos ovos, carne vermelha e fígado.*

Além da economia, a possibilidade de emprego é enfatizada em alguns depoimentos como o de Marcela, 45 anos, filiada à Assembléia de Deus, cozinheira numa escola e com estudos até a 4ª série. Ela relatou:

*Este programa pode ajudar minha saúde, e eu não precisar gastar dinheiro. Ele também pode me ajudar porque estou sendo mais respeitada na comunidade por participar nele. Daí, este programa pode vir a me ajudar a arranjar um emprego no posto de saúde ou até em outra escola. Eu tenho tentado me transferir de escola, para não gastar mais da metade do meu salário em transporte, e até agora não consegui.*

Observou-se que os conteúdos sobre economia, passados em ocasiões formais e informais, se fixaram no aprendizado. Através das entrevistas, muitas mulheres se referiram à confecção de remédios caseiros e ao preparo de comidas mais econômicas aprendidas em salas de aula. Nas festas, foi notada ainda a ênfase dada pela coordenadora sobre os aspectos nutritivos e econômicos dos alimentos. Em sala de aula uma das discussões versou sobre o fato de médicos e farmácias cobrarem por serviços desnecessários como a injeção de vitaminas. Note-se que as conquistas econômicas relatadas se circunscrevem ao âmbito individual. Não só houve poucos relatos de aumento das possibilidades individuais de emprego, mas também de como é difícil conseguir remuneração para o trabalho de agente comunitário. Moser (1993) aponta que o trabalho de mulheres na comunidade é considerado como um terceiro papel fora do lar e do trabalho, pois as mulheres fornecem mão de obra gratuita em serviços comunitários. Como a conquista de poder econômico também é uma questão sócio-política, arena na qual as discriminações sociais, salariais e trabalhistas podem ser coletivamente superadas, a ausência de relatos enfocando o âmbito coletivo é reveladora de uma falta de empoderamento neste particular.

Quanto à dimensão política, poucas entrevistadas parecem ter conquistado poder (1 mulher na região urbana e 3 na rural disseram estar lutando para melhorar os postos de saúde comunitários a partir da par-

ticipação, e 2 já eram ativas politicamente). Que o programa ajuda atividades políticas já iniciadas, está claro na fala de Liane. Liane, metodista de 56 anos, estudou até a 5ª série e se aposentou prematuramente porque seu trabalho em uma companhia telefônica a deixou com surdez parcial. Agora, trabalha como voluntária em clínicas e hospitais. Ela disse:

*Por causa da minha participação neste programa, eu estou fazendo parte de uma comissão que vai até a sala do prefeito para reclamar da falta de material do nosso posto de saúde. A competência das enfermeiras e médicos também tem sido questionada pela nossa comissão. Eu estou sendo mais respeitada junto a esta comissão por estar fazendo parte deste programa.*

Infelizmente, a poucas o programa direcionou para atividades políticas. Uma delas é Mônica, católica, de 35 anos. Estudou até a 5ª série, era empregada doméstica, contribuindo sozinha para a renda familiar, pois seu marido, cardíaco, não tinha mais podido trabalhar. Mônica relatou não haver anteriormente se envolvido em política ou atividades comunitárias, mas mudou:

*Eu estou entrevistando trabalhadores do meu posto de saúde. Eu quero ver os exames clínicos que eles fazem, se o posto tem arquivo de pacientes. Eu e mais duas colegas daqui vamos continuar trabalhando juntas para melhorar nossa comunidade.*

Apesar de a coordenadora sugerir ações políticas e exemplificar com suas experiências, seu modelo é difícil de ser copiado ou adaptado pelas alunas, certamente, por ela se articular com instituições americanas e brasileiras onde os recursos simbólicos e materiais são outros, às vezes inacessíveis ou nem mesmo cogitados pelas alunas. De outra cultura, elas não têm acesso à língua inglesa e à cultura americana, mas a outros universos simbólicos e materiais. Então, pode-se dizer que outras formas de poder político mais relevantes aparecem em algumas das práticas das alunas, mostrando que elas lutam pelo que lhes é mais caro, de acordo com as suas próprias definições e inserções institucionais. Elas têm poder como na definição de Guareschi (2002:100), na qual:

“Poder” é entendido aqui como a capacidade de agir para conseguir diferentes objetivos: poder de fazer algo, ou de agir de determinada maneira. Ao agir, a pessoa emprega recursos disponíveis (capital). Ora, o fato de uma pessoa ocupar determinada posição num campo de interação (como nas instituições por exemplo), “possibilita”, “capacita” essa pessoa a conseguir determinados fins, realizar seus objetivos, tomar decisões.

Quanto à dimensão física, algumas entrevistadas parecem ter conquistado poder nessa área (8 mulheres na região urbana e 9 na rural falaram ter melhorado a sexualidade, só em 2 casos as mulheres disseram ter recuperado boa condição física, 1 caso de câncer de mama e 1 de infecção uterina). É importante destacar que o controle da sexualidade e o aumento da autonomia física das mulheres não significou, sempre, melhora na vida sexual. Para algumas mulheres ganhar controle significou abstinência e saber dizer não aos companheiros. Tal comportamento acarreta uma certa dor, expressa nos relatos como o de Carmem, metodista de 38 anos, com nível escolar de 5ª série, e operária do setor de confecção. Ela informou:

*Eu não tinha nenhuma preocupação antes deste programa, mas agora eu tenho. Eu não acho mais positivo ter um companheiro que só pensa no seu próprio prazer sexual. Eu parei de ter vida sexual com o meu marido apesar de morarmos juntos. Ele começou a beber demais de um tempo para cá. Eu cresci como ser humano, como mulher, ele não. Então, ele perdeu o domínio sobre mim, parou de achar que eu tinha que ter relações sexuais com ele.*

No entanto, há ocasiões em que o prazer foi evidenciado. Por exemplo Mônica (já descrita na página anterior) relatou:

*Minha vida sexual melhorou com este programa. Meu marido e eu começamos a conversar. Nós estamos aprendendo a nos conhecer o que tem mudado positivamente nossa relação sexual. Nós perdemos nossa timidez de conversar sobre sexo também.*

Para a conquista na dimensão física, foram observadas, em salas de aula, muitas dinâmicas de discussão sobre sexualidade e direitos de mulher. Discutiu-se não só a necessidade de carinho nas relações com parceiros, como também algumas contradições advindas da emancipação da mulher no âmbito da sua participação na igreja e na família. Nestas dinâmicas, que começavam sempre com exemplos abstratos, a maioria das mulheres acabava querendo falar de si mesmas. Seus relatos revelam novas formas de repensar as relações amorosas. Seria o que Foucault (1982: 234-235) diz:

Está se esboçando atualmente um movimento que me parece estar indo contra a corrente do “sempre mais sexo”, do “sempre mais verdade no sexo” que existe há séculos: trata-se, não digo de “redescobrir”, mas de fabricar outras formas de prazer, de coexistências, de laços, de amores, de intensidades.

## 7. CONCLUSÕES

Estes resultados estão relacionados aos relatos das mulheres. O processo de conquista de poder está baseado na experiência delas. Assim, as mudanças são relevantes se percebidas por elas. Assim sendo, foi uma satisfação constatar que os resultados apontam para um grande sucesso do programa, tendo em vista as conquistas de auto-estima, aprendizagem e autonomia sexual.

É uma pena que mais mulheres pobres não sejam beneficiadas por programas similares a este. Seria interessante, em nível de implementação de programas, que este fosse divulgado e adaptado às necessidades de outras mulheres que eventualmente podem ultrapassar a aprendizagem dos conteúdos de saúde.

Como recomendação para novas pesquisas sugere-se focalizar as histórias de vida entre mulheres de baixo poder aquisitivo a fim de entender os fatores que levam as mesmas a se politizarem. Outra recomendação é comparar esta pesquisa com outros programas que tentam ao mesmo tempo proporcionar habilidades práticas e estratégicas de mudança do *status quo*, pois parece fundamental aprofundar os conflitos deste tipo de iniciativas. Ressalte-se porém que é indispensável questionar os programas que propõem mudanças sem apontar soluções aos novos conflitos gerados. A fala de Carolina expressa bem um conflito. Carolina, católica de 21 anos, morava com os pais, e seis dos seus onze irmãos. Carolina terminou o 2º grau, e trabalhava há dois anos como educadora popular em questões rurais, além de ensinar gratuitamente crianças e adultos. Ela relatou:

*Eu acho que o ensinamento religioso da virgindade é um mecanismo para controlar o corpo da mulher que existe há muitos anos. Com este programa, eu me sinto mais avançada e não acredito mais neste ensinamento. O problema é que o meu namorado é mais atrasado do que eu.*

Finalmente, em termos de pesquisa, recomenda-se, também, a realização de estudos longitudinais de programas educativos, já que o processo de conquista de poder é demorado e requer mais tempo para que mulheres questionem a estrutura social em que vivem e busquem caminhos de mudanças não só individuais, mas também sociais. É necessário estudar ainda, a partir das vozes e das práticas de mulheres pobres, como políticas públicas e práticas institucionais podem servir, de fato, ao seu empoderamento. Para Foucault (1982: 183): “O poder deve ser analisado

como algo que circula, ou melhor, como algo que só funciona em cadeia". Assim, o grande desafio de reversão da desigualdade social depende tanto do ponto de vista como da práxis em rede das menos favorecidas.

#### 8. AGRADECIMENTOS

Agradeço aos revisores anônimos, às mulheres entrevistadas, e especialmente a Barbara de Souza, coordenadora do programa, pela oportunidade de testemunhar seu primoroso trabalho educativo. Este trabalho só foi possível através do financiamento da CAPES para bolsa de doutorado, e posteriormente contou com o apoio de Rita H. Small Charitable Trust que proporcionou fundos para que a autora recebesse a Merit Scholarship da School of Education of University of Southern California.

#### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ANTROBUS, P. The empowerment of women. In: GALLIN, R. S.; ARONOFF, M.; FERGUSON, A. (Orgs.). *The women and international development annual*. San Francisco: Westview Press, 1989. p. 189-207.
- BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70, 1977.
- BARROS, A.; PAIVA, E. Fim da hipocrisia. O congresso aprova projeto que autoriza esterilizações na rede pública. *Veja*, p. 85-86, 20 ago. 1997.
- BARROS, F. C.; VAUGHAN, J. P.; VICTORA, C. G.; HUTTLY, S. R. A. Epidemic of caesarean sections in Brazil. *The Lancet*, v. 338, p.167-169, 1991.
- BARROSO, C.; BRUSCHINI, C. Building politics from personal lives. Discussions on sexuality among poor women in Brazil. In: MOHANTY, C. T.; RUSSO, A; TORRES, L. (Orgs.). *Third World women and the politics of feminism*. Indianapolis: Indiana University, 1991. p. 153-172.
- CHIZZOTTI, A. *Pesquisas em Ciências Humanas e Sociais*. São Paulo: Cortez, 1991.
- COSTA, M. A. *A esterilização feminina no Brasil*. Texto para discussão Nº 236. Rio de Janeiro, IPEA. (Av. Presidente Antônio Carlos, 51 - 17º andar, Rio de Janeiro, R.J. Brasil, CEP:20.020), 1991. 32 p.
- DIXON-MUELLER, R. *Population policy and women's rights: Transforming reproductive choice*. Westport, CT: Praeger, 1993. 287 p.

DIXON-MUELLER, R.; GERMAIN, A. Population policy and women's political action in three developing countries. In: DIXON-MUELLER, R. *Population policy and women's rights: Transforming reproductive choice*. Westport, CT: Praeger, 1993. p. 79-106.

FAGERLIND, I.; SAHA, L. J. *Educational and national development. A comparative perspective*. New York: Pergamon Press, 1989. 321 p.

FOUCAULT, M. *Microfísica do poder*. 3. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1982. 295 p.

FREIRE, P. *Pedagogia do oprimido*. 22. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1993. 184 p.

GERMAIN, A.; ANTROBUS, P. New partnerships in reproductive health care. *Populi*. v. 16, p.18-30, 1989.

GUARESCHI, P.A. Ideologia. In: STREY, M. N.; JACQUES, M.G.C.; BERANDES, N.M.G.; GUARESCHI, P.A., CARLOS, S.A. & FONSECA, T.M.G. *Psicologia Social comtemporânea*. Petrópolis, Vozes, 2002 (6ª edição). p.89-103.

GUBA, E. G.; LINCOLN, Y. S. *Effective evaluation*. San Francisco: Jossey-Bass, 1981. 447 p.

HEISE, L. Violence against women: The missing agenda. In: KOBLINSKY, M.; TIMYAN, J.; GAY, J. (Orgs.). *The health of women: A global perspective*. San Francisco: Westview Press, 1993. p. 171-195.

JACOBSON, J. L. Women's health: The price of poverty. In: KOBLINSKY, M.; TIMYAN, J.; GAY, J. (Ed.). *The health of women: A global perspective*. San Francisco: Westview Press, 1993. p. 3-31.

KHAN, M. E.; DASTIDAR, S. K. G.; BAIRATHI, S. Women and health in India: A case study. In: *Women, work and demographic issues* (Relatório da ILO/UNITAR Seminar, Tashkent, USSR, 11-19). Geneva International Labour Office, 1984. . 32 p.

MOLYNEUX, M. Mobilization without emancipation? Women's interests, the state and revolution in Nicaragua. *Feminists Studies*. v. 11, p. 227-254, 1985.

MOSER, C. O. N. *Gender planning and development. Theory, practice and training*. New York: Routledge, 1993. 285 p.

- OLIVEIRA, M. R.; CARVALHO, P. H.; FRUSTOCK, L.; LUZ, A. M. H. Análise das condições sócio-econômicas e reprodutivas de mulheres de uma comunidade de Porto Alegre, RS. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. v. 13, p. 5-11, 1992.
- OLIVEIRA, F.O.; WERBA, G. C. Representações Sociais. In: STREY, M.N. et al. *Psicologia social contemporânea*. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2002. p. 104-117.
- PATTON, M. Q. *How to use qualitative methods in evaluation*. Newbury Park, CA: Sage, 1987. 176 p.
- PINOTTI, J. A.; FAÚNDES, A. Unwanted pregnancy: challenges for health policy. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*. v. 3, p. 97-102, 1989.
- RUTENBERG, N.; FERRAZ, E. A. Female sterilization and its demographic impact in Brazil. *International Family Planning Perspectives*. v. 14, p. 61-68, 1988.
- SAI, F. T.; NASSIM, J. The need for a reproductive health approach. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*. v. 3, p. 103-113, 1989.
- SCHRIJVERS, J. *Women's autonomy: From research to policy*. Amsterdam: Institute for Development Research. University of Amsterdam, mimeo, 1991. 8 p.
- SHERWIN, S. *No longer patient. Feminist ethics and health care*. Philadelphia: Temple University Press, 1992. 286 p.
- SLEETER, C. E. (Org). *Empowerment through multicultural education*. Albany: State University of New York, 1991. 340 p.
- SMYRE, P. *Women and health*. New Jersey: Zed Books, 1991. 181 p.
- SORENSEN, G.; VERBRUGGE, L. M. Women, work and health. *Annual Review of Public Health*. v. 8, p. 235-251, 1987.
- STROMQUIST, N. *The theoretical and practical bases for empowerment*. Revised version of a paper presented at the International Seminar on Women's Education and Empowerment, organized by the UNESCO - Institute for Education, Hamburg, 1993. 22p.
- WILLIAM, D. Naturalistic evaluation: Potential conflicts between evaluation standards and criteria for conducting naturalistic inquiry. *Education Evaluation and Policy Analysis*. v. 8, p. 87-99, 1986.

## ANEXO

Questionário para entrevistas orais com a clientela do programa

### CARACTERÍSTICAS PESSOAIS

- Idade
- Religião (se alguma)
- Etnia
- Classe social
- Lugar de nascimento
- Lugar de residência
- Há quanto tempo mora nesta área?
- Você tem filhos?
- Se sim, quantos? E qual a idade dos mesmos?
- Quem mora na sua casa?
- Quanto você calcula que é mais ou menos a renda familiar?
- Quem contribui para esta renda?

### TRABALHO

- Você já trabalhou?
- Se sim, em que atividade(s)?
- Você tem algum trabalho em casa com remuneração?
- Se sim, quantas horas por semana?
- E há quanto tempo você tem esta atividade?
- Você tem algum trabalho fora de casa com remuneração?
- Se sim, quantas horas por semana?
- E há quanto tempo você tem esta atividade?
- Você tem algum trabalho fora de casa sem remuneração?
- Se sim, quantas horas por semana?
- E há quanto tempo você tem esta atividade?
- Caso a entrevistada tenha trabalho fora de casa, perguntar:
  - A) Quanto tempo leva para chegar ao local da atividade?
  - B) Quanto(s) meio(s) de transporte(s) utiliza?

## EDUCAÇÃO

- Você já esteve na escola?
- Até que ano e grau?
- Você já participou de programa(s) educacional(ais) para adultos além deste?
- Se sim, por quanto tempo, qual era(m) o(s) objetivo(s) do(s) mesmo(s) e onde era(m) localizados?
- Caso positivo, era(m) diferente(s) ou parecido(s) com este programa?

## PARTICIPAÇÃO EM ATIVIDADES FORA DO LAR

- Você tem ou já teve alguma atividade de diversão? De que tipo(s)? Aonde?
- Você tem ou já teve alguma atividade social? De que tipo(s)? Aonde?
- Você tem ou já teve alguma atividade política? De que tipo(s)? Aonde?
- Você tem ou já teve algum problema em participar de alguma atividade fora do lar ou de vir regularmente a este programa?
- Como sua família (companheiro, parentes e crianças) reagem a sua participação em atividade(s) fora do lar?

## RAZÕES PARA PARTICIPAÇÃO NESTE PROGRAMA

- Como você ouviu falar deste programa ?
- Por que buscou participar dele?
- Por que continua a participar?
- Quanto tempo leva para chegar ao local do programa? Qual é a distância entre ele e sua moradia?
- Há quanto tempo participa neste programa? E qual é sua frequência de participação?
- Qual era(m) sua(s) expectativa(s) ao iniciar este programa? Você satisfaz alguma(s) ou não? E agora sua(s) expectativa(s) continua(m) a(s) mesma(s) ou se modificou(caram)?
- Você faria alguma mudança para melhorar este programa?

## ESTÁGIOS DE PARTICIPAÇÃO NO PROGRAMA DE EDUCAÇÃO

- Você recebe educação para saúde e serviços de saúde?
- Você participa de atividades para angariar doações (dinheiro, terra, trabalho) para este programa?
- Você assume responsabilidade de administração para implementação de programas de saúde?

- Você avalia projetos de educação em saúde ou de serviços de saúde?
- Você lidera atividades de planejamento no programa de educação em saúde?
- Você pesquisa as necessidades e demandas da comunidade?

## SAÚDE DO INDIVÍDUO E DO GRUPO

- Existe(m) algum(ns) problema(s) e/ou preocupação(ções) de saúde vividos por você e suas colegas deste programa?
- Existe(m) algum(ns) problema(s) e/ou preocupação(ções) de saúde reprodutiva vividos por você e suas colegas deste programa?
- Existe(m) algum(ns) problema(s) e/ou preocupação(ções) de violência vividos por você e suas colegas deste programa?

## VIDA CONJUGAL

- Qual o seu estado civil?
- Você já teve mais de um companheiro?
- Caso positivo, qual(is) foi(ram) a duração do(s) relacionamento(s)?
- Você tem ou já teve algum(ns) problema(s) ou preocupações quanto a saúde reprodutiva? Se sim, qual(is)?
- Você compartilha ou já compartilhou com o(s) companheiro(s) preocupação(ções) relacionadas com a sua saúde reprodutiva ou a saúde do seu companheiro?
- Se sim, qual(is)?
- Você tem ou já teve alguma preocupação com a sua vida sexual? Se sim, qual(is)?
- Você já teve mais de um parceiro sexual?
- Caso positivo, houve diferença em dividir com estes companheiros preocupação(ções) sobre a saúde reprodutiva de vocês? E se houve diferença(s), cite exemplos e possível(eis) explicação(ções) ?
- Você tem ou já teve ginecologista e/ou obstetra? Se sim: Você teve mais de um médico?
- O(s) seu(s) médico(s) era(m) homem ou mulher?
- Se teve mais de um médico, você notou alguma diferença no tratamento deles?
- Se houve diferença, cite exemplos e possível(eis) explicação(ções)?  
A) Você compartilha ou já compartilhou com o(s) seu(s) médico(s)

preocupação(ões) relacionadas a sua saúde reprodutiva e a saúde reprodutiva de seu(s) companheiro(s)?

B) Você já foi acompanhada de seu(s) parceiro(s) a tratamento de saúde reprodutiva?

C) Você já teve alguma dificuldade relacionada a tratamento(s) medico(s) para a sua saúde reprodutiva?

#### AVALIAÇÃO DO PROGRAMA

- Você aprendeu alguma coisa participando neste programa? Caso positivo, o que você aprendeu? Cite exemplos:
- Com a participação neste programa, você está mais consciente de coisas que pode fazer para prevenir problemas de saúde reprodutiva?
- Você aprendeu neste programa algo que pode ajudá-la a melhorar economicamente? Se sim, o que?
- Com sua participação no programa, você começou a participar de outras atividades (social, política, de recreação, trabalho voluntário, trabalho) ? Se sim, diga o que?
- Você, como pessoa, se modificou de algum modo em consequência da sua participação no programa? Se sim, como?
- Você notou melhora, piora ou nenhuma modificação de sua saúde por causa de sua participação neste programa? Caso positivo, de que modo(s)? Você se sente com mais ou menos vontade de retornar ao programa?
- Com sua participação neste programa sua vida sexual se modificou de algum modo? Seus sentimentos sobre sua vida sexual se modificaram? Caso positivo, você se sente com mais ou menos vontade de participar neste programa?
- Com sua participação neste programa sua(s) consulta(s) médica(s) se modificou(aram) de algum modo? Seus sentimentos sobre sua(s) consulta(s) médica(s) se modificaram?
- Se houve alguma mudança, você se sente com mais ou menos vontade de retornar ao programa?
- Seus relacionamentos com amigos e familiares modificaram-se de algum modo em função do programa ou continuaram iguais?
- Você já experimentou alguma(s) facilidade ou dificuldade(s) por estar fazendo parte deste programa? Se sim, qual(is)?
- O que o seu companheiro pensa sobre a sua participação no programa?

## ESTRATÉGIAS POPULARES DE SAÚDE NO VALE DO RIO NEGRO

*Popular strategies of health at Rio Negro Valley*

Fernando Sergio Dumas dos Santos\*

#### RESUMO

Este artigo estará concentrado sobre o Rio Negro, na Amazônia brasileira, onde buscamos compreender a construção, pela população residente nas áreas rurais, dos conceitos de saúde e de doença, histórica e localmente determinados. Estas noções estão fortemente relacionadas ao corpo e à capacidade de trabalho dos indivíduos. A partir de depoimentos coletados na região em 1995 através das técnicas de história de vida e complementados com outros documentos textuais, podemos compreender e identificar as estratégias de saúde desenvolvidas pela população local, tendo atenção para a precariedade das políticas para a saúde popular formuladas pelo poder público.

#### PALAVRAS-CHAVE

Saúde pública, medicina tradicional, plantas medicinais

#### ABSTRACT

This paper will be concentrated about the Rio Negro, at Brazilian Amazon, where we are searching to understand the construction, by the people who lives at the rural areas, of the concepts of health and disease historically and locally determinate. These notions are strongly related to the body and to the individual capacity of work. From many oral testimonies, collected at the region in 1995 through the histories of life practices, and completed with other textual documents, we can understand and identify the health strategies developed by local people, being attention to the precariousness of the politics to the popular health formulated by public power.

#### KEY WORDS

Public health, medicine traditional, plants medicinal

\* Pesquisador Adjunto da Casa de Oswaldo Cruz/Fiocruz e doutorando em História Social na Unicamp. E-mail: fdumas@coc.fiocruz.br