

**SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA  
DE MULHERES DE BAIXA RENDA:  
Favela Monte Azul – um estudo de caso**

*Regina Figueiredo*

**Tese de Mestrado em Antropologia Social  
– Dpto de Antropologia – FFLCH - USP**

***Para Nadja e Sarah,  
que tenham os seus corpos para si e  
com eles façam o que desejarem  
durante esta vida.***

## ***AGRADECIMENTOS***

Agradeço imensamente:

Ao Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social e seus participantes e funcionários, por ter sido a instituição que me acolheu como pesquisadora;

Ao CNPQ, pelo financiamento de meu mestrado;

A Denise Martin, por ter me incentivado a realizar meu projeto e ter me dado todas as dicas sobre como proceder para que este fosse iniciado;

A Maria Christina S. Campos, por ter feito a revisão e sugestões no meu projeto de pesquisa inicial;

A Valéria Sanches, por, apesar da distância atual, ter me dado a mão no meu momento mais difícil e levantado a minha auto-estima para que eu persistisse no meu caminho;

Ao Prof. Dr. José Francisco Quirino, por ter me orientado e também aceito os meus momentos mais

difíceis e confusos, investindo para que eu me tornasse uma antropóloga;

A Rosana Gregori, por ter me oferecido o seu companheirismo e dividido anos de experiências e angústias;

Ao Prof. Jonh Cowart, que além de ampliar vários horizontes, participou contribuindo para meu exame de Qualificação;

À Prof<sup>a</sup> Maria Lucia Montes, pelas aulas "esculturais" e multidisciplinares que assisti e pelas sugestões valiosas para a minha Qualificação;

A Maurício, por ter sido o companheiro leal e incondicional durante toda a pesquisa;

A Dolly Mac Dowell, por ter me feito e resgatado tudo isso ao final, nos seus 70 anos, contribuindo nas correções gramaticais;

Ao NEPAIDS e à Vera Paiva, por ter possibilitado que eu apresentasse publicamente, pela primeira vez, as conclusões parciais de meu mestrado, confiando sempre em minha profissionalidade;

A Cristiane Gonçalves Silva, pela disponibilidade de revisão, leitura e opiniões finais, mesmo com seu bebê chorando;

A Wilza Villela, por ter me dado o "julgamento final", e aceitado gentilmente compartilhar da minha defesa;

A Dolores Nunes, irmã, professora, aluna e amiga e, até, por ser sempre "a grande mãe", relendo as finalizações deste trabalho;

E, atualmente, a Iara Guerriero, pela preocupação e força emocional na finalização de todo esse processo;

A Ricardo e Esther, por terem possibilitado a produção visual desta tese;

A João Pedro, por, sem nada optar, acabou sendo um catalizador de todas as minhas angústias e minha luz no fim do túnel;

A todas as mulheres e homens da periferia metropolitana de São Paulo, que trabalhei nesses últimos 10 anos, me instigando, desenvolvendo minha sensibilidade, companheirismo e solidariedade por suas vidas;

A alguns funcionários da ACOMA - Associação Comunitária Monte Azul, por terem se disposto e facilitado a obtenção de informações gerais sobre a Favela Monte Azul;

E, especialmente, a todas as entrevistadas, moradoras da Favela Monte Azul, que se disponibilizaram a abrir suas histórias e intimidades para essa "estranha" em quem confiaram;

Por fim, a Sarah e Nadja, minhas filhas, que pagaram um preço afetivo e temporal muito alto por causa dessa minha empreitada.

***Regina Figueiredo***

## **“Saúde Sexual e Reprodutiva de Mulheres de Baixa Renda: Favela Monte Azul – um estudo de caso**

### **Resumo:**

Através de pesquisa qualitativa realizada com moradoras da Favela Monte Azul, em São Paulo, faz-se um estudo da saúde sexual e reprodutiva de mulheres de baixa renda, conformando as vivências em dois modelos de saúde, designados, ‘rural’ e ‘urbano’, caracterizados por:

*‘Rural’ - serviços de saúde quase inexistentes e de longa distância; uso de indicação de farmacêuticos, uso de ervas e chás de plantas locais; procura de cuidado contra a doença ou evento, depois que se instalam (não há uma prática preventiva, com exceção de dietas alimentares ou realização de bençãos e rezas); falta de informação sobre menstruação e prevenção de gravidez; gestação no fim da*

*adolescência com formação de casal a partir desta; rara utilização de métodos contraceptivos oficiais; uso de extratos de plantas para “descer a menstruação” por mulheres mais velhas; partos realizados por parteiras populares da região; relação homem e mulher tradicional na divisão de tarefas: mulheres em casa e com os filhos e homens na roça (a participação da mulher na roça é considerada “ajuda” e não trabalho); falta diálogo sobre sexualidade entre casais; educação dos filhos reproduz os papéis feminino e masculino paternos; mulheres possuem informações de doenças sexualmente transmissíveis locais e há pouca expansão de redes de relações sexuais; estabilidade de parceiros (quando trocados, ocorre geralmente por migração).*

**‘Urbano’** - serviços de saúde pública disponíveis; permanece uso de indicação de farmacêuticos, de chás de ervas; apenas algumas mulheres adotam medidas anteriores à aparição da doença, problema ou evento; algumas continuam a utilizar bençãos e rezas e quase todas fazem prevenção alimentar; mais acesso a informação sobre menstruação e gravidez; gravidez no fim da adolescência com formação de alguns casais a partir da gravidez e outros não havendo formação; há uso de métodos para evitar a gravidez, mas geralmente após o primeiro filho; abortos realizados com remédios farmacêuticos ou de forma clandestina; partos realizados por profissionais especializados e legitimados (em hospitais – partos normais e cesáreas, com parteira em casos de parto normal – especificidade da Favela Monte Azul); relação homem e mulher tradicional na divisão de tarefas, mas alguns homens passar a dividir trabalhos domésticos; falta diálogo sobre sexualidade entre casais; educação dos filhos tende a repetir a educação dos pais, mas as há caso de mudança; mulheres com poucas informações sobre doenças sexualmente transmissíveis e mais sobre AIDS e com redes de relações sexuais mais amplas; maior instabilidade de relações conjugais e troca de parceiros (por diversos motivos).

Os modelos de saúde, ‘rural’ e ‘urbano’, interagem na cidade, porém a característica de **não-prevenção**, se reproduz nas gerações que residem nas grandes cidades e conforma grande vulnerabilidade com relação à gravidez indesejada e às doenças sexualmente transmissíveis, incluindo a AIDS. Nessa interação, observa-se quatro tipos de resoluções: **(1) RESISTÊNCIA:** onde há manutenção do comportamento e orientação do modelo anterior de criação e rejeição dos propostos no novo modelo de cuidado com a saúde; **(2) FUSÃO:** onde ocorre a mistura de práticas ou comportamentos do modelo anterior de criação com os propostos no novo modelo; **(3) ADESÃO:** onde há alteração do comportamento anterior, de criação, frente às propostas de um novo modelo; **(4) RE-ESTRUTURAÇÃO:** onde ocorre a aparente apropriação do comportamento ou proposta do novo modelo, mas o significado e o sentido das ações condizem com o modelo anterior de criação.

A categoria **gênero** é encontrada como motivadora de arranjos de *re-estruturação*. Na escolha da forma e do local de realização de partos há uma tentativa de modificação nas relações entre homem e mulher.

## **Sexual and Reproductive Health of Low-income Women: Monte Azul Slum – a case study**

### **Abstract:**

A study based on a qualitative survey on sexual and reproductive health of low-income women living at Monte Azul Slum, São Paulo, has been conducted. The study covered two health care models, a ‘rural’ and an ‘urban’ health care model which are characterized by:

**‘Rural’ Health Care** - health services are almost non existent and far away from homes; treatment prescriptions by pharmacists; use of local herbs and teas from plants found in the neighborhoods; health care sought after the disease or event is present (no prevention practices, except for diets or blessings or prayers to prevent diseases); no information on menstruation and pregnancy prevention; pregnancy usually occurs at late adolescence, a period where most couples are formed; official contraceptive methods rarely used; older women use plant extracts to make menstruation “come down”; childbirth handled by local midwives; traditional man-woman relationships rule task assignment: women stay at home with the children and men

work in the fields (the participation of women in the fields is considered as “help” not real work); couples never talk about sexuality; children’s socialization reproduces female and male roles; women are informed on sexually transmitted diseases and there’s little expansion of sexual relationship networks; partners are stable (they are generally changed when there is migration).

‘Urban Health Care’ - public health services available; drug prescriptions by pharmacists are still common, as well as herb teas for cure, only a few women adopt preventive practices previous to the onset of diseases, health problems or events; some of them are still blessed or prayed over to have diseases prevented and most of them engage in some form of diet; there is more access to information on menstruation and pregnancy; pregnancy usually occurs in late adolescence and some couples are formed as a result of pregnancy; in some cases couples are not formed due to pregnancy; some women make use of contraceptive methods but this generally happens after the first child is born; abortions performed at home by using pharmaceutical drugs or in clandestine ways; childbirth handled by specialized professionals (at hospitals – both natural deliveries and cesarean operations, with the help of midwives in case of natural deliveries – this is specific of Monte Azul Slum); traditional man-woman relationships still rule task assignment, but some men are starting to perform household chores; couples never talk about sexuality; children’s socialization tends to replicate parents’ own socialization, but there have been changes; women have more information about AIDS but little information on sexually transmitted diseases, sexual relationship networks are wider; more instability in marital relationships and a higher degree of partner change (due to various reasons).

The ‘rural’ and ‘urban’ health care models interact in the city, but the **non-prevention** characteristic is reproduced through the generations residing in the big cities. This means high vulnerability to unwanted pregnancy and sexually transmitted diseases, including AIDS. In this interaction, four types of resolutions are observed: (1) **RESISTeNCE**: no behavior change and previous (rural) child-rearing model orientation is maintained; there is a rejection of the proposals in the new (‘urban’) health care model; (2) **FUSION**: a mix of practices or behaviors in the previous model and practices or behaviors proposed in the new model; (3) **ADHERENCE**: change of previous behavior in view of the proposals in the new model; (4) **REESTRUCTURING**: an apparent appropriation of the behavior or proposal in the new model, but the meaning and significance of actions conform to the previous model.

The **gender** category is found as a driver of *restructuring* arrangements. The choice of form and the location for baby deliveries reveals an expression of the attempt to change the relationships between men and women.

# Índice

<b>Introdução .....</b>	<b>4</b>
<b>Parte I - Metodologia e Construção dos Instrumentais de Pesquisa .....</b>	<b>8</b>
<b>Parte II - Etnografia: Favela Monte Azul</b>	
<b>1 - Localização e Características da Região .....</b>	<b>13</b>
<b>2 - Histórico .....</b>	<b>18</b>
<b>3 - Instalações .....</b>	<b>19</b>

<b>4 - Ambulatório Monte Azul .....</b>	<b>21</b>
<b>Parte III - Entrevistas e Resultados Obtidos</b>	
<b>1 - Perfil das Entrevistadas .....</b>	<b>27</b>
<b>2 - Principais Temas Abordados e Resultados da Análise</b>	
<i>a) Condições de Saúde no Local Onde Nasceram ou Foram Criadas ...</i>	<b>30</b>
<i>b) Saúde Sexual e Reprodutiva no Local de Origem/Criação .....</i>	<b>33</b>
<i>c) Forma de Criação .....</i>	<b>37</b>
<i>d) Percepção do Próprio Corpo, Conhecimento do Ciclo Menstrual e de Risco de Gravidez .....</i>	<b>39</b>
<i>e) Mudança para São Paulo e Contato com a Rede de Saúde .....</i>	<b>44</b>
<i>f) Contato e Aceitação do Ambulatório Monte Azul e sua Proposta de Trabalho .....</i>	<b>45</b>
<i>g) Atendimento Ginecológico e Contracepção .....</i>	<b>49</b>
<i>h) Atendimento às Gestações e Casos de Aborto .....</i>	<b>53</b>
<i>i) Atendimento ao Parto .....</i>	<b>55</b>
<i>j) Pós-Parto e Amamentação .....</i>	<b>63</b>
<i>k) Relacionamento Conjugal, Divisão de Tarefas e Perspectivas para a Educação de Filhas e Filhos .....</i>	<b>65</b>
<i>l) Favela Monte Azul: Trabalho Comunitário e Equipamentos – Melhoria das Condições de Vida .....</i>	<b>67</b>
<b>Parte IV - Análise e Comparação com a Experiência de Outros Autores</b>	
<b>1 - Modelos de Cuidado com a Saúde .....</b>	<b>70</b>
<b>2 - Formas de Interação dos Modelos de Saúde Rural e Urbano .....</b>	<b>74</b>
<b>Parte V - Bibliografia .....</b>	<b>81</b>
<b>Anexo 1 - A Antroposofia .....</b>	<b>90</b>
<b>Anexo 2 - Roteiro para Entrevistas .....</b>	<b>94</b>

**GAUGUIN - *De Onde Viemos? Que Somos? Para Onde Vamos?***

## **INTRODUÇÃO**

Quando resolvi realizar o projeto "Representações e Práticas de Mulheres de Baixa Renda Relativas à Saúde" estava interessada em verificar a trajetória e, se possível, as representações formuladas pelas mulheres de baixa renda com relação à sua saúde. Partindo da premissa antropológica que os significados atribuídos pelos indivíduos a elementos externos como serviços ou instituições são formulados a partir do tipo de contato e discurso estabelecido com seu universo, determinando a forma como este sujeito se relacionará com esses grupos.

Segundo CORDEIRO (1985), *"as representações do doente sobre a doença e sobre as condutas adequadas, se definem pela forma de apreensão do comprometimento ou ruptura das atividades sociais cotidianas e pelas possibilidades de renúncia a essas atividades sociais, o que determina a expressão biofisiológica da doença"* (p.p.63), essas mulheres, portanto, estariam procurando respostas que configurem soluções minimamente interiorizadas em seu código cultural para seus males.

A escolha por mulheres se deu, porque a nossa sociedade atribui à mulher o papel de responsável pelo bem-estar familiar, visto como extensão de sua característica biológica de reprodutora. Esse papel comporta os cuidados relativos à alimentação, à saúde e à doença. Por este motivo e pelo fato do público feminino ser maioria nos serviços de atendimento à saúde, optei por realizar a pesquisa tendo mulheres como informantes.

Sabemos, também, que grande parte da procura feminina pelas instituições de saúde ocorre pela busca de [\[1\]](#) atendimento ou prevenção de problemas ligados à sua saúde sexual e reprodutiva. Desta forma, avaliou-se que a pesquisa se tornaria mais rica, se abordasse mulheres que tivessem à disposição serviços que enfocassem tais áreas.

Conforme fui aprofundando os objetivos da pesquisa, com a realização das matérias da pós-graduação, fiz a opção de restringir a pesquisa à trajetória das práticas formuladas com relação apenas à saúde sexual e reprodutiva, [\[2\]](#) pois minhas experiências anteriores e meu trabalho de intervenção se dirigem para esta área.

Ao mesmo tempo resolvi focar as relações dos profissionais do serviço de saúde e da população de baixa renda quando em contato, já que numa experiência de campo anterior, por três anos na pesquisa "Aceitabilidade e [\[3\]](#) Efetividade do Uso do Diafragma entre Mulheres de Baixa Renda em São Paulo", pude constatar que ambos são pautados pela total falta de comunicação e não compreensão do discurso e prática um do outro. Foi notado, com relação aos procedimentos contraceptivos, *"um descompasso evidente entre a prática e o discurso científico, mostrando a sutileza dos variados arranjos realizados pelas informantes"* (FIGUEIREDO, 1995, p.p.7), variando desde a mais ampla negação, até a assimilação parcial ou aceitação plena dos procedimentos recomendados pelos postos de saúde e seus médicos. *"Esta atitude está vinculada à variação de noções sobre a eficácia das condutas, formuladas por cada um através de suas representações simbólicas e valorativas, captadas não apenas nas informações cientificamente veiculadas por palestras, grupos ou outros tipos de contato com os agentes de saúde, mas também, por outras informações captadas cotidiana e informalmente, vividas pelas pessoas em seu dia-a-dia"* (Idem, Ibidem, p.7-8).

Essa forma de perceber as interações com os serviços de saúde vem contra as conclusões de vários autores brasileiros que produziram nas décadas de 70 e 80, seguindo os estudos sobre a dinâmica do poder propostos por Foucault, passando a encarar a Medicina e a prática médica como massificantes, alienantes e sem alternativas numa sociedade onde as formas de coerção estatal vinham interferindo cada vez mais nas condutas individuais e de grupos culturais. Ao contrário, o que se percebe é uma resistência e reformulação dessas pessoas, adequando as novas práticas ao seu universo de significação.

Outros autores como LOYOLA (1977), MONTERO (1983) e QUEIROZ (1991), de certa forma, já haviam se referido ao grau de autonomia com que as populações de baixa renda transitam entre os tipos de cuidado a sua saúde, do serviço público, ao fitoterápico, ao religioso, não abandonando suas práticas tradicionais de cura, apenas pelo contato com a medicina oficializada, que pelo contrário são muitas vezes *fundidos* de forma complementar.

O local escolhido para a realização da pesquisa na Favela Monte Azul, onde mais uma variável se impunha, a



[4]

existência de um serviço ambulatorial antropológico que oferece os mesmos serviços prestados pelos serviços de saúde pública locais, ou seja: são *paralelos*, procurando observar como ocorriam a procura e a escolha entre eles a partir das crenças e valores (como na realização de partos, por exemplo) relatados pelas mulheres ali residentes.

Dessa maneira os objetivos do projeto foram:

- Perceber a trajetória do cuidado e atendimento à saúde sexual e reprodutiva das mulheres pesquisadas;
- Perceber como esta trajetória interferia em suas vidas, inclusive no trato da saúde sexual e reprodutiva atual;
- Perceber se esta trajetória interferia ou não no contato que tinham com os serviços disponíveis (no caso o Ambulatório Antropológico e o Posto de Saúde e hospitais locais);
- Perceber como era feita a procura de um atendimento ou de outro, já que os agentes públicos oferecem os mesmos serviços, porém de outra forma que o ambulatório antropológico local;
- Perceber, por fim, em que princípios e bases se estruturam tais ações e quais as representações que essas mulheres tinham de suas escolhas e de um tipo de serviço e de outro;
- Perceber se a categoria gênero, enquanto definidora das relações estabelecidas socialmente entre os papéis feminino e masculino, tinha ou não influência nessas escolhas;
- Perceber se a opção de serviços predispunha à criação de um potencial mais crítico para essas mulheres.

### ***Relevância da Pesquisa***

Os postos de atendimento médico, representantes no cotidiano da medicina instituída, só devem conseguir efetivar ou não sua prática, conforme a interação com seus usuários, principalmente mulheres, que detêm a medicalização e dietas alimentares e outras realizadas na recuperação dos enfermos da família. Segundo HELMAN (1994), "*...os principais responsáveis pela assistência à saúde são as mulheres, geralmente as mães ou as avós, que diagnosticam as doenças mais comuns e tratam-nos com os recursos que tiverem à disposição. Há estimativas de que cerca de 70% a 90% dos tratamentos de saúde ocorram neste setor, tanto nas sociedades ocidentais, quanto nas não ocidentais*" (p.p.72).

Isso demonstra que a sua relação com os serviços de saúde, aprovando e compreendendo o discurso de seus profissionais e os procedimentos que adotam é fundamental para a efetivação do raio de atuação destas instituições e o sucesso de sua prestação de saúde. Ou seja, será a mulher quem fará o contato do mundo familiar, dos "nossos", conforme DA MATTA (1982), com o mundo exterior, dos "outros", que neste caso são os profissionais e os estabelecimentos de atendimento médico. Ao mesmo tempo, a mulher é reprodutora, na sua família, das condições de aceitação ou não dos tratamentos e cuidados devido a sua grande interferência na criação de hábitos das novas gerações.

Portanto, pesquisar mais profundamente como elas interagem com os serviços de cura, integrando abordagens mais complexas, é fundamental para o desenvolvimento de políticas públicas de saúde que atinjam tais populações. Como afirma BARROSO (1985), "*o documento da OMS salienta que a mulher tem desempenhado amplo papel nos*

*cuidados de saúde, não só na família, mas também na comunidade. As redes de vizinhança e parentesco e os grupos de mulheres são canais importantes para a organização de programas de saúde ao nível da comunidade”* (p.p.58).

[5]

Segundo dados de 1991 , das pessoas consultadas nas Unidades Básicas de Saúde 62% eram mulheres, nos serviços de saúde que atendiam especialidades eram 60% e nos de emergência 52%.

Como o projeto definiu a intenção de buscar identificar o diálogo deste grupo – as mulheres usuárias, com "o

[6]

outro" – prestador de serviços, através de suas categorias e discursos, foi proposto verificar se a categoria **Gênero** se

[7]

impunha, já que muitos autores têm identificado a importância de sua consideração nas relações médico/pacientes. No entanto, para o desenvolvimento da pesquisa, este princípio foi “esquecido” na elaboração dos instrumentais e na coleta dos dados para não direcioná-las com tal pressuposto, mas foi, de certa forma, imposto e retomado pelas próprias mulheres quando fizeram seus depoimentos sobre a questão da escolha de realização de seus partos no Ambulatório da Favela Monte Azul, como comentaremos no capítulo final de conclusões.

Nesse trabalho apresentamos nas próximas partes a metodologia adotada, uma descrição da Favela Monte Azul — local onde a pesquisa foi realizada — , os resultados obtidos com as entrevistas e, por fim, as conclusões inferidas por esse levantamento.

## DEGAS - *O Banho: A Mulher Enxugando os Pés*

### PARTE I – METODOLOGIA E CONSTRUÇÃO DOS INSTRUMENTAIS DA PESQUISA

A abordagem teórico-metodológica adotada para a realização desta pesquisa foi fundamentada no trabalho etnográfico, procurando perceber práticas, imaginário e lógicas da população estudada e, se possível também suas estratégias de procura e adaptação às diversas condutas de saúde sexual e reprodutiva vividas pelas mulheres moradoras da Favela Monte Azul, ao longo de sua vida.

[8]

Em Antropologia, considera-se que as práticas, representações e estratégias dos indivíduos são fruto de seus valores culturais e da forma como a cultura orienta a percepção das realidades externas à pessoa (GEERTZ, 1989). Porém, diferentemente das análises estruturalistas, que tendem a sub-estimar as interpretações *nativas* dos acontecimentos e procuram identificar a matriz estrutural que contém os comportamentos e suas relações, fez-se a opção de valorizar os indivíduos como *agentes*. Nesse sentido não se procura abandonar a perspectiva de comportamento inconsciente

[9]

teorizada por Lévi-Strauss e Mauss, mas resgatar o indivíduo e a sua presença nos acontecimentos históricos.

Segundo BOURDIEU (1989), os indivíduos estão, através da prática, reiterando proposições sugeridas por estruturas passadas, pelo *habitus*. Portanto, apesar dos gostos e preferências, assim como o estilo de vida, estarem predispostos por valores e comportamentos absorvidos na socialização da pessoa, é no momento singular do **fato histórico**, enfrentado na sua cotidianidade, como diria Agnes Heller (1989), que este é inscrito por um agente social. A pessoa segue tendências que permitem certa variedade de padrões, mas, nesta margem de opções, **é ela** quem decide sua ação.

Para apreender a forma como as pessoas orientam suas práticas e estratégias, que segundo GEERTZ (1989), refletem de forma explícita a sua cultura, torna-se necessário realizar uma observação empírica de seu comportamento. É através da ação que é possível *ler* o código cultural do grupo em que esta se insere.

Para BOURDIEU (1989), não só a ação, mas também o próprio corpo e o discurso informam como a cultura se estrutura para os indivíduos. O corpo experimenta uma vivência cultural específica, que o molda; as falas atestam a maneira como os indivíduos organizam a realidade que vivenciam.

Como neste projeto, o objetivo era avaliar condutas e opiniões sobre práticas e representações relativas à saúde sexual e reprodutiva e seus cuidados, que estão expostas em ações que se situam em espaços *fechados*, ou seja, em consultas, idas a hospitais e internações, e que são de difícil acesso ao pesquisador, optou-se por trabalhar qualitativamente com os depoimentos de mulheres sobre essas ocorrências.

Os dados seriam, então, analisados tendo em vista a perspectiva de que as ações e representações dos indivíduos são construções culturais de significados. Como coloca GEERTZ (1989), a cultura é um código e cabe ao pesquisador, etnógrafo, registrá-lo e decodificá-lo.

Acredita-se que as práticas populares relativas à saúde e à doença contêm elementos que levam à compreensão do modo de vida dessas pessoas, além de sua forma de pensar e de orientar suas ações. Nesse sentido, para compreendê-las em sua realidade, é necessário o registro empírico de suas falas e atitudes, onde a cultura também está expressa.

Ao mesmo tempo, não é descartada a perspectiva de que existam estruturas construídas anteriormente, que indicam comportamentos e representações, definidas por Bourdieu como *habitus*. Segundo este autor não apenas as classes sociais, mas certas posições ocupadas por agentes dentro dessas classes, possuem características específicas.

Os instrumentais definidos para o estudo foram entrevistas individuais semi-estruturadas e a realização de um grupo de discussão, além de serem realizadas observações de campo, na favela e, especificamente, no ambulatório e também conversas com pessoas que pudessem fornecer dados gerais sobre o número de moradores, número de famílias, crianças, tipo de infra-estrutura existente, etc.

Em paralelo à pesquisa de campo, desenvolvida entre março de 1995 e novembro de 1996. Foi feito um levantamento de uma série de trabalhos e projetos elaborados por outros pesquisadores, para públicos femininos de camadas populares enfocando a sua saúde sexual e reprodutiva, para confirmar os cuidados necessários, as possíveis dificuldades e as diferentes formas de abordagem técnica e metodológica deste assunto.

#### [10]

Entre esses trabalhos podemos citar:

SCAVONE (1983), esta autora juntamente com sua equipe, realizou entre novembro de 1982 e julho de 1983 uma pesquisa no bairro de São Bernardo do Campo, periferia de São Luis do Maranhão, utilizando o que denominou 'pesquisa participante', ou seja, "*integrando mulheres pesquisadas como sujeitos pensantes na pesquisa*" (p.p. 7) — elaborando roteiro e aplicando entrevistas individuais e em grupos, procurando uma relação mais horizontal entre pesquisadores e pesquisadas, com o objetivo de estudar a sua história de vida quanto à saúde sexual e reprodutiva, "*cujos resultados contribuíssem com o elemento transformador na realidade daquelas que os forneceram e implicassem numa participação ativa na pesquisa, tanto das investigadoras como das investigadas*" (Idem, Ibidem, p.4), constituindo em intervenção.

MORAES (1991), que procurou avaliar em 1987, o Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno dos anos anteriores e as propagandas televisivas veiculadas em 1982. Adotou metodologia quantitativa comparativa com 1.000 mulheres, 500 em Recife e 500 em São Paulo, realizando entrevistas com questionário em que pretendia "*qualificar o quantitativo*" (p.p. 12), procurando entender não apenas as práticas, mas as representações das mulheres de baixa renda com relação à maternidade e amamentação. Também analisa os resultados a partir de um perspectiva marxista, da sociedade dividida entre classes sociais e a mulher como a reprodutora da força de trabalho (p.p.17), observando ainda

que muitas vezes o discurso dessas mulheres não condiz com a prática que realizam em seu cotidiano.

LAGO et all (1993), que realizaram pesquisa entre 1989 e 1992, com metodologia quantitativa, com mulheres usuárias do Serviço de Planejamento Familiar das cidades periféricas ao oeste de São Paulo, procurando avaliar a aceitação e o uso do diafragma por público de baixa renda. A pesquisa se utilizou de questionário inicial estruturado e os demais semi-estruturados, aplicados em seguimentos de seis em seis meses, permitindo um maior registro da vida conjugal, sexual, reprodutiva e contraceptiva das informantes. Foi importante para explicitar o cuidado na formulação de questões desses temas íntimos da vida feminina, além de ter sido válida como experiência de campo para mostrar que as prescrições dos Serviços de Saúde são reestruturadas pelo seu público usuário.

MAGALHÃES et all (1994), que elaboraram pesquisa entre 1991 e 1992, em que procuraram levantar dados científicos para uma política de intervenção em Saúde da Mulher no estado de Alagoas, percebendo que a maior parte dos problemas estavam relacionados ao ciclo gravídico-puerperal. Adotaram, neste trabalho, a técnica de entrevista em grupo, procurando ouvir e interpretar a “*fala feminina*” (p.p.1), através de uma metodologia qualitativa e perspectiva marxista e feminista, que incluísse a categoria gênero.

NOGUEIRA (1994), que realizou entre 1991 e 1992 um estudo combinando metodologia qualitativa e quantitativa, de forma complementar, procurando observar a prática institucional do pré-natal no município de Duque de Caxias, Rio de Janeiro. Chamando a atenção para os objetivos da parte qualitativa que previa a realização de entrevistas com 20 mulheres escolhidas aleatoriamente, usuárias do pré-natal de cada serviço de saúde da cidade, seriam, citando MINAYO: “(a) *compreender os valores culturais e as representações de determinado grupo sobre temas específicos; (b) compreender as relações que se dão entre os atores sociais tanto no âmbito das instituições como no dos movimentos sociais; (c) avaliação das políticas públicas e sociais tanto do ponto de vista de sua formulação, aplicação técnica, como dos usuários a quem se destinam*” (p.p. 52). A vantagem da adoção de entrevistas em profundidade semi-estruturadas seria “...*que o entrevistado tenha maior liberdade de falar sobre o tema, podendo enfatizar e comentar os aspectos que ele próprio escolher*” (p.p.53).

MARTIN (1995), a autora, partindo do referencial antropológico, realizou entrevistas individuais em profundidade, sobre o histórico da contaminação, doença e relacionamento conjugal e afetivo de mulheres soropositivas sintomáticas ou assintomáticas atendidas no Núcleo de Educação e Prevenção às DST/Aids de Santos – SP. Entrevistando 16 mulheres procurou mostrar, através de análise qualitativa, “... *a lógica da construção simbólica da contaminação pelo HIV*” (p.p.2) para contribuir na prevenção da AIDS entre mulheres a “*partir das classificações que elas próprias elaboram sobre a doença, porque é a partir daí que se chega ao que é relevante o que não é do ponto de vista cultural*” (p.p.135)

Essa pesquisa metodológica finalizou com a construção inicial de um questionário bastante extenso, que foi montado com o intuito de orientar as entrevistas. Porém com a aplicação deste instrumental com a primeira entrevistada, já ficou claro que as perguntas seriam inúmeras e a entrevista se tornaria cansativa e superficial do ponto de vista qualitativo,

[11]

por isso, durante a mesma, houve o abandono deste e a tentativa de reduzi-lo num roteiro de entrevista semi-estruturado (anexo 1), que permitiria à entrevistada falar mais livremente de suas impressões e experiências com relação ao atendimento à sua saúde reprodutiva e sexual ao longo de sua vida, com apenas algumas intervenções da pesquisadora sobre questões específicas de assistência à saúde.

No entanto, o questionário citado e construído foi um referencial importante na hora da análise, pois permitiu a ordenação de diversos temas que nas entrevistas gravadas, eram abordados em diversas ordens conforme a entrevistada, inclusive algumas iam e voltavam aos assuntos. Assim, através deste questionário pode-se igualar numa ordem de sentido padrão os diversos relatos, permitindo uma melhor visualização e comparação dos temas abordados.

Para a seleção das entrevistadas, outra questão se colocava: como encontrá-las. Por isso, a opção foi iniciar o trabalho

entrevistando individualmente as auxiliares de enfermagem do Ambulatório da Favela Monte Azul, procurando, ao mesmo tempo, levantar informações sobre o atendimento, número de consultas e procedimentos desse serviço, bem como a vida pessoal dessas profissionais e a sua entrada para este trabalho, pois todas eram ou ainda são moradoras da própria favela.

A partir daí foram pedidas indicações de outras mulheres que tivessem utilizado o Ambulatório recentemente, principalmente para parto, e, a partir dessas outras, sendo recebidas informações de outras amigas e conhecidas, formando uma corrente de indicações, por redes de sociabilidade, que se configura na técnica chamada de *bola de neve* para a seleção das entrevistadas; com exceção de duas que abordadas na saída do próprio ambulatório e que, devido a intensa aceitação da entrevista, indicaram outras conhecidas, formando uma segunda rede de informantes que participou das entrevistas.

Foram entrevistadas 9 mulheres em profundidade, remontando o seu histórico sexual e reprodutivo, incluindo o contato com atendimento ou serviços de saúde. Esse número foi limitado quando foi percebida a repetição das histórias e modelos de vida, o que tecnicamente é denominado *saturação*. Ao mesmo tempo, chamou a atenção a importância de uma averiguação mais profunda com um grupo de mulheres sobre o tema do parto e a participação masculina neste episódio, ressaltada por todas as entrevistadas.

Por este motivo, a partir de uma das entrevistadas, com bastante liderança e participação nos trabalhos comunitários da Associação de Moradores da favela, foi montado um grupo de entrevista com 11 outras mulheres residentes, que resumidamente falaram sobre suas experiências nessas questões e enfatizaram a situação de atendimento aos seus partos tanto no ambulatório como em hospitais, gerando certo debate em torno dessas questões.

As entrevistas em profundidade duraram de 1 a 2 horas, conforme a entrevistada e foram realizadas nas próprias casas dessas mulheres, de forma a deixá-las mais cômodas para falar de si e de seus assuntos íntimos. Na maioria das vezes estavam sozinhas ou acompanhadas de seus filhos pequenos, até três anos. Apenas as entrevistas com as trabalhadoras do Ambulatório, situado na favela, foram feitas no próprio, porém em sala individual, sem a presença de outras pessoas. O grupo, com roteiro semi-estruturado (anexo 2), foi realizado à noite, no galpão de armazenagem de materiais, que tem bastante espaço e já é muito utilizado para reuniões, e durou cerca de 2 horas e meia.

Não houve nenhuma recusa e, pelo contrário, apesar de no início ficarem um pouco desconfiadas, após a explicação dos objetivos da pesquisa, todas as entrevistadas se mostraram bastante dispostas a falar e algumas até agradeceram se mostrando espantadas com o fato de terem sido escolhidas pela pesquisadora que vinha para um local “tão longe” só para questioná-las sobre suas vidas.

Sobre o histórico, equipamentos e organização da Favela Monte Azul e os princípios antroposóficos adotados, o levantamento, como foi dito acima, utilizou a observação do ambiente do ambulatório e do ritmo de vida dos moradores da favela, inclusive dos mutirões que realiza, além de consulta aos registros do Ambulatório. Também foi realizada uma entrevista com a organizadora do serviço de urbanização (não moradora ou originária das famílias da favela), a consulta de materiais (folhetos) distribuídos internamente pela ACOMA – Associação Comunitária Monte Azul – e livros vendidos na lojinha da própria favela: publicações com os trabalhos realizados e materiais, expondo pensamentos do fundador da doutrina antroposófica, Rudolf Steiner.

Com tudo isso, a intenção foi levantar fontes e informações e perceber a realidade daquela comunidade através dos materiais, observações e entrevistas realizados em seu próprio local específico, sem ficar fugindo à realidade de seu cotidiano. Recorreu-se a publicações mais gerais, como enciclopédias, apenas para situar melhor a época e biografia desse autor e dar uma idéia sintética da proposta antroposófica.

A partir dos levantamentos de campo, a pesquisadora sentiu ser fundamental fazer uma retrospectiva sobre o desenvolvimento da medicina de forma geral, situando o momento de surgimento e desenvolvimento da antroposofia e

da homeopatia, por ela utilizada, e focar as formas de concepção não apenas de doença e cura, mas o [\[12\]](#) relacionamento entre o paciente e o seu curador/cuidador .

Além disso foi importante ampliar a visão sobre a formação de uma Antropologia da Saúde e da Doença, consultando vários artigos e livros que resgatam o movimento das Ciências Sociais em direção ao tema saúde, como a Sociologia, mas principalmente a Antropologia, e a criação de sua área mais específica de Antropologia Médica ou da [\[13\]](#) Saúde e da Doença, ou da Doença , para melhor situar a área do desenvolvimento do trabalho e as questões levantadas por outros autores que poderiam ser revistas, afirmadas ou discutidas na análise da pesquisa realizada.

**PORTINARI - *Os Retirantes***

## **PARTE II - ETNOGRAFIA: FAVELA MONTE AZUL**

### **1 - Localização e Características da Região**

#### ***O Bairro***

O Jardim São Luís, bairro em que se localiza a Favela Monte Azul é um dos 96 distritos paulistanos, próximo a Santo Amaro, região Sul da cidade. Segundo o levantamento *Mapa de Exclusão Social*, realizado pela PUC-SP [\[14\]](#), nele residem cerca de 204.284 indivíduos, sendo 36.810 de 7 a 14 anos.





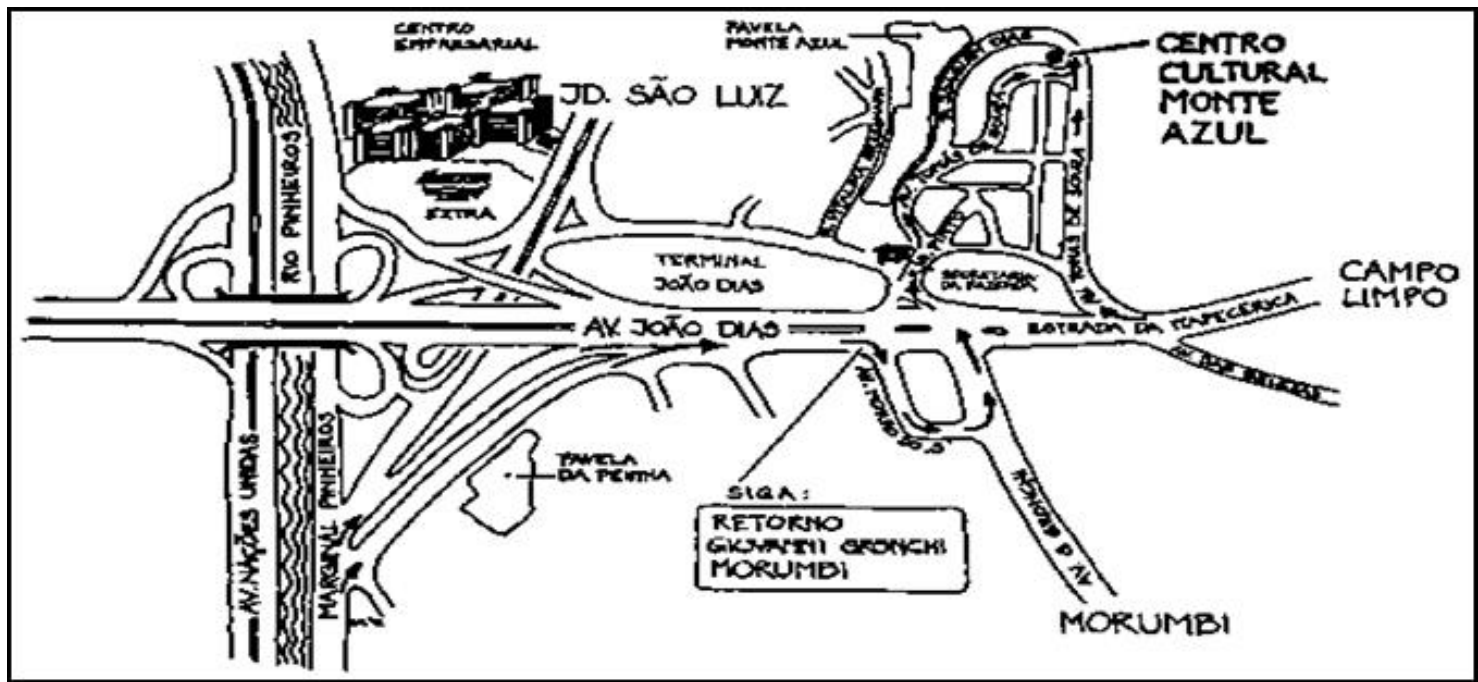
Dentre os residentes, 36.512 moram em domicílios precários (favelas, cortiços e casas improvisadas), com 12.601 domicílios com acesso precário à rede de esgotos (24,79%), com 6.801 chefes de família analfabetos, 13,38% do total do distrito. Conformando-se com a média dos distritos paulistanos, existem apenas 1.459 chefes de família que possuem mais de 15 anos de estudo (2,87), sendo 9.068 mulheres chefes de família (17,80% do total), atestando as dificuldades financeiras e o padrão pobre da população da região. Está entre os dez piores distritos em situação de na cidade de São Paulo.

No entanto, com relação à saúde básica tem o privilégio de ter 100% de acesso (há, contado Unidades Básicas de Saúde e Postos de Atendimento Municipais um total de 5 unidades) e estar entre um dos dez melhores distritos em proporção de vagas em escolas de primeiro grau para crianças de 7 a 14 anos.

Além da precariedade das moradias, outro dado importante é a condição de segurança, bastante precária, já que há 197,49 homicídios por 100 mil pessoas (quase o dobro da média dos distritos paulistanos é de 102,58 por 100 mil) e constitui-se no segundo distrito da cidade em homicídios, com 84 mortes por homicídio na faixa de 15 a 24 anos em 1994.

### *A Favela*

A Favela Monte Azul está situada entre as ruas Vitalina Grassmann, Avenida Tomás de Souza e Rua Joaquim Dias. no Distrito Jd. São Luís, zona sul da cidade de São Paulo.



Mapa extraído de folheto fornecido pela ACOMA – Associação Comunitária Monte Azul

Esta favela se localiza em um terreno municipal e existe desde 1965. Sua área atual é de 23.000 m<sup>2</sup>, ocupados por cerca 2.900 pessoas, em 445 famílias, sendo aproximadamente 1.500 adultos e o restante crianças [15].

[16] Segundo a Coordenadora do galpão de obras da urbanização, não há mais espaço para construção de moradias na Monte Azul, por isso a entrada e saída de famílias só ocorre pela comercialização dos barracos, pois, “não há “muito esquema de aluguel”. Na época da pesquisa de campo (1996), o barraco de madeira custava de R\$ 4.000,00 a 4.500,00 e o de Alvenaria de 3 a 4 cômodos de R\$ 7.000,00 a R\$ 10.000,00 (média) e no máximo R\$ 35.000,00.

Na entrada principal da favela, se localiza a loja onde estão à venda brinquedos de madeira, artigos de tecelagem, papel reciclado, bonecas artesanais. Abaixo, na mesma construção há um galpão e a marcenaria. Logo à esquerda fica o ambulatório; mais para baixo o córrego e diante dele segue-se um morro de casas e barracos em todas as direções, no meio dos que estão situados os galpões de instalações das creches, pré-escolas e oficinas. A sede da ACOMA fica instalada na rua em frente a uma das saídas secundárias da favela.

A ACOMA é a Associação Comunitária Monte Azul, responsável pela construção dos equipamentos comunitários e, junto com a Comissão de Moradores, organiza um mutirão de infra-estrutura que vêm construindo muros de arrimo resolvendo os problemas de deslizamento de barracos. Esse projeto é financiado com a verba da Prefeitura Municipal e já trouxe grandes mudanças no panorama da favela nos últimos 5 anos, apesar de no momento estar quase parado pelo atraso de verbas que têm sido liberadas apenas após o período das chuvas de verão.

Apesar de ter o privilégio de contar com todo este aparato técnico e administrativo, a infra-estrutura básica (com exceção da parte já urbanizada) se mantém característica das demais favelas; ou seja, as construções não se restringem em ângulos retos, ainda existem áreas de risco de desmoronamento, moradias precárias e até com materiais improvisados, ausência de planejamento urbano e precárias instalações de água e esgoto (50% ainda não possui canalizado), que corre para o córrego, deixando suas margens menos solidas.

O próprio tipo de terreno dificulta o levantamento de muros, que acabam tendo que ter de 4 a 5 metros de profundidade, o que tem atrasado os serviços do mutirão. Daqui há alguns anos, no entanto, conforme o projeto de

urbanização, todas as áreas de risco estarão controladas, as vielas asfaltadas ou tornadas escadas e o córrego será canalizado e transformado numa rua.

A favela é bastante movimentada, principalmente com a presença de mulheres e crianças e homens trabalhadores da marcenaria e de outras instalações. Mesmo com a maior parte das edificações em alvenaria, com blocos de concreto, feitas por auto-construção e geralmente sem o acabamento externo, a característica de favela ainda se mantém devido à disposição irregular das casas, num terreno em vale entrecortado por vielas e pequenas “pontes” de madeira atravessando o córrego. Nesse ambiente ainda são encontrados barracões de madeira, geralmente de um só cômodo, fechados por cadeados.

Quanto à violência na região, apesar do distrito de São Luíz ser, como foi citado, o segundo em casos de homicídio, a declaração das entrevistadas negou que houvesse qualquer indício de violência dentro da favela, inclusive com relação ao tráfico de drogas ilegais. Apenas foi citado um caso antigo de morte decorrente de uma antiga rixa entre grupos da Favela Monte Azul e Favela da Peinha, há alguns anos atrás, mas que parece ter cessado, como depõe uma entrevistada:

Graça - *“...aqui não existe droga, entendeu. Bandidagem, aquelas família, você vê assim, os rapazote aqui, você anda a qualquer hora da noite aqui que não tem perigo”*.

Entrevistadora - *“Ah, tá, não tem violência...”*.

Graça - *“Não tem, de jeito nenhum!”*.

Entrevistadora - *“E falaram que as vezes tem uma rixa com o pessoal da outra favela?”*.

Graça - *“É. Não, faz muitos anos isso, é porque as pessoas ainda compra essa briga, porque eu entro lá, tenho amigos lá, né, e esses dias mesmo morreu um senhor lá embaixo, que era, que ele tinha uma afilhada, lá do outro lado da favela, eu fui lá avisar, sabe... Tudo bem, tem gente daqui que trabalha lá, tem gente de lá que vem trabalhar aqui.*

*Pronto, as crianças de lá vem ficar aqui na creche. Teve, sim, rixa, muita rixa, porque eles mataram um rapaz daqui, né, um rapaz super legal, tudo, um rapaz decente, de família mesmo, então eles mataram e a turma lincharam..”*.

Entrevistadora - *“Mas era por causa de droga, essas coisas?”*

Graça - *“Não, vingança mesmo, pra nós aqui era vingança, mas, assim, aí a turma daqui parece que mataram um de lá. Aí ficou, ficou (...) nem os daqui podiam ir lá nem os de lá podiam vir aqui, sabe, então, se entrar lá, você tinha que falar, mas mesmo assim eu ainda entrei lá umas duas vezes, que a vó do Luís Carlos morava lá, e eu ia lá na casa dela”*.

(G., 33 anos)

*I - Mas você sabe que de todas as favelas essa daqui é a melhor, até já passou na televisão. Às vezes passa na Globo, no 7, no 9.*

Entrevistadora - *Porque você acha que ela é melhor?*

*Marina - Porque é a única que tem mais atendimento, então em outros lugares se for ganhar neném tem que correr pro hospital.*

*I - ... E aqui é bom pra tudo, tem dentista, padaria. Tem gente que não gosta desses pães que têm por aí. E aqui é tudo integral, é tudo natural, não é de massa que nem padaria. Então, aí tem creche, tem ambulatório, tem marcenaria, tem festa de vez em quando...*

Entrevistadora - *E você participa das festas?*

*I - Participo, só quando tá frio. Tem teatro, tem viagens pras crianças. Favela não é assim. Você vê favela lá no Rio de Janeiro que é só a morte, um matando os outros.*

Entrevistadora - *Aqui não tem muita violência?*

*I - Não tem, pode até acontecer, mas acho que todo lugar é violento. Não, é de vez, é tudo amigo.*

*Aqui você pode chegar 3, 4 horas da manhã...*

(I., 23 anos)

## 2 - Histórico

Desde os anos 70, quando já possuía 150 famílias, a Favela Monte Azul conta com um trabalho iniciado pela alemã

[17]

Ute Craemer que morava na Vila das Belezas próximo à região.

As características dos moradores daquela época, conforme Ute, já eram de carência sócio-econômica, formando o círculo: alimentação fraca, falta de estímulo - escolaridade baixa - falta de profissão - remuneração baixa - alimentação fraca. O que gerava baixa estima: “*As crianças da favela em idade escolar sofrem muito com isso. Adquirem complexos de inferioridade para o resto da vida. Muitas, por exemplo, nunca consideram bonito o que fazem. Chegam inclusive a destruir seus trabalhos depois de prontos*” (CRAEMER, s/d., p.p.79).

Grande parte dos moradores provinha de áreas rurais: “*A gente plantava e não colhia*” de Iracema - moradora - (Idem, Ibidem, p. 108), “*pai e mães que abandonaram a vida simples da roça, o começo da vida na grande cidade, o trabalho, a favela.*” (Idem, Ibidem, p.77) e acabava no mercado informal de trabalho: “*comecei a trabalhar em casa de família*” e “*vendo salgadinho, doce, bala salgadinho*” .” (Idem, Ibidem, p.77).

[18]

Em janeiro de 1979 foi fundada a **Associação Comunitária Monte Azul (ACOMA)**, composta por moradores e alemães que vieram realizar este trabalho de assistencialismo social no Brasil. De início, construiu-se a *Escolinha*, como núcleo de complementação e reforço escolar. Depois, devido a grande demanda da população atendida, outros trabalhos foram sendo planejados e organizados, como relata Ute em seu livro:

“*O trabalho tornou-se gradativamente intenso e, com a ajuda financeira de particulares, convênio com a Prefeitura, doações de firmas e, especialmente, colaboração (em forma de trabalho) de pessoas de dentro e fora da favela, foi possível expandir o trabalho pedagógico a todas as faixas etárias, além de melhorias no aspecto físico da favela e cuidados com a saúde, para uma vida sócio-cultural mais afetiva. (...) O trabalho baseia-se na ciência espiritual da antroposofia e pedagogia Waldorf*” (Idem, Ibidem, p.p.13) (negrito meu).

Entre os serviços deste “Plantão Social”, estavam a solução de problemas emergenciais de saúde, alimentares e econômicos, que contavam com a verba de indivíduos brasileiros ou alemães que enviavam contribuições à associação, bem como de instituições governamentais como a Caixa Econômica Federal, Prefeitura de São Paulo e organizações não governamentais estrangeiras da Alemanha, Holanda e Japão. A maioria destas verbas foram aplicadas em educação e saúde.

Recentemente, como já foi dito, com um convênio para urbanização do local, assinado com a Prefeitura do Município de São Paulo, em dezembro de 1992, formou-se uma Comissão de Moradores que, junto com uma assessoria técnica de arquitetos e sociólogos incentivaram a participação popular através de mutirões.

Ao contrário da ACOMA, onde apesar de dois terços dos colaboradores e funcionários serem da própria favela, há um terço de pessoas de fora que vieram fazer o trabalho voluntário ou organizacional, como é o caso do Tadeu, presidente desta e da própria Ute, que como já foi citado, foi a fundadora do trabalho social em 1975; na Associação de Moradores, a composição é somente de residentes da favela e é ela quem tem organizado e motivado os trabalhos de mutirão.

Essas duas organizações convivem no trabalho da Favela Monte Azul, porém nem sempre a Associação de Moradores está satisfeita com a atuação da outra, principalmente quando há decisões de projetos e intervenções que lhe são alheias. A ACOMA é a grande captadora de recursos e gerenciadora dos projetos, através de verbas advindas de

contribuições espontâneas de indivíduos, firmas, escolas, clubes e organizações de ajuda ao Terceiro Mundo como há na Alemanha e de um fundo terapêutico-social da Holanda que sustenta o trabalho médico-social antropológico no Brasil, mantendo alguns salários do ambulatório.

### 3 - Instalações

Em educação hoje existem 6 creches conveniadas (96 crianças), 2 jardins de infância (38 crianças) e 1 pré-escola (25 crianças), para crianças de 6 a 7 anos com um ambulatório médico-odontológico. Mas a favela possui, também, um Centro Comunitário, que desenvolve atividades de exposição de artes, recreação infantil, teatro, shows musicais, dança, etc. A ACOMA possui ainda, um Centro de Juventude com 6 grupos (150 crianças de 7-14 anos), desenvolve cursos de alfabetização para adultos seguindo o método Paulo Freire e diversas atividades culturais e recreativas como festas, teatros, shows e conta com uma Comissão de Moradores que discute os problemas da favela, organiza mutirões e participa de movimentos populares de habitação, entidades sociais, etc.

Há oficinas profissionalizantes de tear manual (jovens de 12 a 15 anos), de marcenaria, funcionando meio período com dois grupos de 12 a 15 anos e uma oficina de eletricidade. A marcenaria, a oficina de reciclagem de papel desenvolvem produtos que são vendidos na loja, que também comercializa outros produtos artesanais elaborados na favela.

Existe ainda a padaria comunitária, que vende em média 450 pãezinhos e 60 pães integrais consumidos basicamente pelos moradores da Monte Azul, e um programa de coleta seletiva de lixo.

Além da formação de mão de obra nessas instalações, a ACOMA com seus colaboradores desenvolve um curso para adolescentes de reciclagem de móveis e um Fundo de Estudo, que distribui bolsas de estudos para os cursos de supletivo, de enfermagem, quirofonética, magistério e terapia artística; Formações essas que são aproveitadas nos próprios equipamentos da favela.

Outros projetos estavam sendo desenvolvidos na época da pesquisa, como o de um atendimento jurídico com pessoal voluntário e a construção da casa de parto, separada do ambulatório.

Vale ressaltar que a linha pedagógica das escolas, o trabalho do ambulatório e das oficinas segue preceitos antropológicos que foram difundidos pela fundadora da ACOMA, nas suas diversas áreas de trabalho. Tais preceitos estão melhor descritos no capítulo seguinte, mas vale ressaltar a predominância nos equipamentos de educação de brinquedos artesanais e um ambiente cuidadosamente preparado com paredes rosas e cortinas lilases, onde as faixas etárias são distribuídas conforme o seu desenvolvimento e, até, segundo a organizadora das visitas aos equipamentos

[19]

da favela, aprendem orações; além do atendimento ao parto natural de cócoras realizado no próprio ambulatório da favela, sem anestésicos e com a presença do marido e parentes da parturiente.

Como definem seus precursores, o *"trabalho de saúde nas favelas Monte Azul e Peinha faz parte de uma atividade mais abrangente, já que procura englobar ambos os aspectos do ser humano - tanto físico como o anímico-espiritual"* (PINTO et al., p.p. 21). Sendo que a própria Escolinha construída em 1979 num terreno da Prefeitura e a

[20]

fundação da ACOMA são vistos como integrantes do trabalho de saúde.

## 4 - Ambulatório Monte Azul

### *Histórico*

Em 1975, Ute Craemer iniciou atividades sociais com as crianças da Favela Monte Azul, fundando em 1979 a

[21]

Escolinha. Segundo suas informações, o contato com as crianças levou a verificação da necessidade de desenvolvimento de atividades em saúde. Assim, em 1979, com a mão-de-obra voluntária dos próprios pais da favela, foi erguido em madeira o Ambulatório.

O trabalho realizado em saúde nesse equipamento contava com apenas uma auxiliar de enfermagem e um médico voluntário.

[22]

Conforme PINTO, BLAICH e CRAEMER a concepção inicial de saúde adotada não se restringiu apenas em curar os doentes, mas dava ênfase a uma parte preventiva que procurou melhorar condições de moradia, de alimentação e vestuário, da qualidade de vida em geral e de oferta de empregos.

Para cada um desses itens algumas medidas foram iniciadas em projetos paralelos abaixo descritos.

#### *a) Para melhorar as condições de moradia:*

Através do desenvolvimento de um projeto em convênio com a SABESP foi viabilizada a disponibilidade de **água potável** em 1985. “*Antes a fonte de água era uma mina contaminada, que comprometia o estado de saúde tanto pela contaminação em si como pela dificuldade de carregar a água até os barracos*” (PINTO, BLAICH e CRAEMER, 1990, p.p.22).

Com projetos de mutirão deu-se início de urbanização com o calçamento de vielas, fazendo com que o esgoto, que corria antes a céu aberto, transcorresse coberto até o córrego e a construção de pontes sobre o córrego. Paralelamente a ACOMA fez um projeto de melhorar a estrutura física dos barracos, “*minimizando doenças respiratórias na época de chuvas e inverno*” (Idem, Ibidem, p.p.22).

Foi iniciado um programa de seleta seletiva de lixo para evitar que fosse jogado no córrego, lixo passou a ser vendido a usinas de reciclagem (vidros, papéis, plásticos, metais), procurando melhorar a incidência de ratos, baratas e mosquitos.

#### *b) Para melhorar as condições de alimentação e vestuário:*

Instituiu-se nos berçários, creches e jardins da infância a alimentação com produtos de agricultura biológico-dinâmica. Paralelamente a essa ação que incidia apenas sobre as crianças que freqüentavam esses equipamentos, criou-se o incentivo de alternativas alimentares com o aproveitamento de resíduos não habitualmente consumidos e comercializados (folha de chuchu, de abóbora, de quiabo, etc.), procurando desenvolver novos hábitos alimentares e instalou-se uma padaria que produzia e comercializava pão integral e outros produtos de baixo custo.

Quanto as roupas, foi criado um bazar permanente que vende roupas usadas a baixo custo, pois segundo observam os autores citados “*É sofrido acompanhar o processo de adaptação de crianças e adultos ao frio, não através do vestuário, cujo custo ultrapassa suas possibilidades financeiras, mas através de um gradual bloqueio da capacidade de sentir frio, de perceber o frio, massa criando o sentido térmico*” (Idem, Ibidem, p.p.23).

*c) Para a melhoria da oferta de empregos:*

Foi desenvolvida a qualificação de profissional através de oficinas de marcenaria, tecelagem e pela criação de frentes de trabalho, já que dois terços dos colaboradores e funcionários da ACOMA e seus equipamentos (berçários, creches, oficinas, lojas, ambulatório, etc.) são moradores da própria favela.

De fato, conforme o relato de muitas entrevistadas o início de atividades e a participação como profissional remunerada nos próprios equipamentos criados para atender as necessidades sociais da favela foram o início de sua vida profissional, sendo que muitas permanecem até hoje e algumas chegaram até a vislumbrar a necessidade de cursos de especialização e empenharam-se em melhor qualificar-se. Até os relatos de algumas entrevistadas que contam sobre a ida a Escolinha durante a infância ou adolescência e às oficinas como a de tecelagem, confirmam que muitos dos “trabalhinhos:” realizados eram vendidos servindo de ajuda no orçamento doméstico ou para a própria independência de seus gastos pessoais, sendo um incentivo para o posterior trabalho na Associação.

Entrevistadora - *Mas você morava desde o tempo da Escolinha...*

*D - Isso, a minha infância foi aqui dentro e eu comecei a estudar aqui em 78, na Escolinha, era na casa da Ute ainda, porque o trabalho na verdade começou na casa da Ute.*

Entrevistadora - *E você já tinha ido assistir aula em algum outro lugar?*

*D - Eu tinha, na escola comum, aqui no primeiro aqui do lado, estadual.*

Entrevistadora - *E por que você passou a ir na casa da Ute?*

*D - Eu pra escola normal, ficar assistindo estudar, aprendendo lá a ler e a escrever, e a casa da Ute era uma complementação escolar. A gente gostava da casa da Ute porque a gente ia lá e fazia muitas brincadeiras, ela fazia brincadeiras com a gente, ensinava a gente a fazer tricô, crochê, bordados, pintura em panos e, no comecinho não, mas logo depois nós passamos a vender essas coisas, e fazia um dinheirinho, assim.*

(D., 28 anos)

Entrevistadora - *O pessoal aqui da favela, a maioria já trabalhou na Associação?*

*S - Não tem lugar pra todo mundo não, é que eu, desde pequena já estava na Escolinha, tinha a D., a E., tinha umas 6 ou 7 meninas.*

Entrevistadora - *Tão poucas?*

*S - É, porque não tinha Escolinha, era ainda na casa da Ute, era a gente que foi pra Escolinha, porque tinha gente que morava aqui, mas não se dava. Aí depois a gente foi trabalhar na Associação. A gente gosta, porque aqui tem creche*

Entrevistadora - *E paga bem?*

*S - Não é que paga bem, é que é gostoso trabalhar aqui, não tem chefe por perto, não tem complicação, é mais muita amizade.*

Entrevistadora - *E você começou a trabalhar quando?*

*S - Quando mocinha, pro filho da Ute, ia lavar roupa pra ele, aí eu fui ficando lá e ajudava ele, aí depois surgiu uma vaga na Escolinha pra mim, eu, e E., aí fomos, nós duas. Eu fiquei lá 8 anos.*

(S., 28 anos)

Entrevistadora - *E como foi a sua experiência na Escolinha como aluna?*

*N - Desde pequena eu queria muito, porque a gente via as meninas. Porque a gente era um bando de crianças da favela e a minha mãe perdeu um filho e eu era considerada filha única até os dez anos, quando a minha mãe teve os outros. Então era só eu, então a minha vó me criou assim, fechada, olhando tudo, não deixava nada...*

*...Então ficava com a minha vó, mas daí eles começaram a ir na escola, eu levava eles e acabei ficando, ela acabou deixando.*

Entrevistadora - *Fingia que não ia e ia?*

*N - É tinha que ficar olhando eles e terminei ficando.*

Entrevistadora - *E como era?*

*N - Ah, era demais, os passeios, a gente que era daqui, que não pode nunca conhecer uma praia, que de repente ia pra sítio, pra praia, pra colônia de férias, via do bom e do melhor.*

Entrevistadora - *E de resto era escola normal? Alfabetizavam?*

*N - Não, a gente fazia alfabetização fora. Como eu já tinha 15 anos, esse grupo a gente fazia trabalho manual. Era só meninas.*

Entrevistadora - *E o que você fazia mais de trabalho manual?*

*N - a gente fazia, trabalho com corda, com uma porção de coisas, tricô, depois a gente começou a fazer e a vender em bazar, então a gente tirava um dinheirinho ainda. Quando eu tinha 15 anos, antes de eu fazer aniversário a minha mãe teve uma menina, porque ela tem esses dois meninos e teve 2 meninas que morreram, então você imagine esse dinheirinho.*

(N., 24 anos)

#### *d) Para a melhoria da qualidade de vida em geral:*

Neste item os autores referem-se a necessidade de melhoria do que detectam como condições psicológicas de auto-estima, motivação, esperança e perspectiva na melhoria das condições de vida e “espiritualidade”, segundo eles “o quadro de miséria material acrescenta-se muitas vezes o da miséria humana; muitos são os que apresentam literalmente a alma corroída, esmagada ou dilacerada. Praticamente todas as suas forças e o tempo de vida são empregados na luta pela sobrevivência...” (Idem, Ibidem, p.p.25). Desta forma, procuram dar alimento a tais necessidades: para as crianças através da instrução e formação através das escolinhas e creches pela Pedagogia Waldorf e para os adultos através do desenvolvimento de aulas, debates, teatro, música, ginástica e comemorações religiosas

Nesta visão global preventiva é que se insere o trabalho ambulatorial, que busca tratar, depois de já manifestados os problemas e doenças, a individualidade do doente. Nesta visão além das consultas médicas e da prescrição de remédios

[23]

que são sempre homeopáticos, o “paciente pode ser ajudado através de acompanhamento biográfico e de terapias desenvolvidas a partir da visão do homem como ser físico-anímico-espiritual, como a terapia artística, a quirofonética e a massagem rítmica” (Idem, Ibidem, p.p. 27-28). Em resumo, o trabalho de saúde desenvolvido na Favela Monte Azul acredita que eliminando as raízes da doença e na medida do possível os problemas com as condições de moradia, desemprego, etc., promovem mais plenamente a saúde, conforme finalizam: “Aliando a saúde pública ao trabalho ambulatorial como um todo pretendemos aproximar-nos cada vez mais de uma forma mais global e adequada ao desenvolvimento da saúde da comunidade, sem negligenciar o todo nem o indivíduo” (Idem, Ibidem, p.p.26).

Como o Ambulatório não recebe nenhuma ajuda material, humana ou monetária da Secretaria de Saúde, com exceção de auxílios esporádicos do Posto de Saúde do Jardim das Belezas, situado nas proximidades, se mantém com o apoio de verba holandesa para projetos médico-sociais antropológicos, da Clínica Tobias, da Weleda do Brasil, Centro Paulus estudos Goetheanísticos e Centro Materno Infantil do Jabaquara.

Os precursores desse trabalho social e de saúde acreditam que o trabalho realizado criou uma população crítica e capaz de discernimento, o que parece realmente ser verificado, pelo menos na opinião sobre questões de saúde, atendimento e tratamento, como revelam algumas falas das entrevistadas, principalmente com relação à experiência de parto:

Entrevistadora - *Graça, assim, a associação sempre defende os moradores? Beneficia mesmo?*

*G- Qual?*

Entrevistadora - *Essa, a ACOMA.*

*G- Ah, nesse ponto sim, porque num projeto desse aqui dentro beneficia a associação, né? Então eles tem mais que dar a mão mesmo, e, assim, a gente, a gente na época que saiu esse trabalho a gente não tinha estatuto, né, pra poder firmar, abrir mesmo o nome da comissão de moradores, então a gente pedimos o estatuto da associação, tá em nome*



da associação. Entrevistadora - *Vocês criaram outra associação, a associação não era associação de moradores?*

G- *Não, tem associação comunitária Monte Azul e tem a comissão de moradores.*

Entrevistadora - *Por que vocês criaram outra se já tinha essa?*

G- *Porque a associação, sei lá, que a gente na época, como teve os moradores mesmo que foi em busca disso, quem tinha mais que administrar é os moradores, quem tem que administrar isso é os moradores, não é a associação.*

Entrevistadora - *É que eu pensei que os moradores já fizessem parte da associação, não?*

G- *Nem todos.*

(comentários G., 33 anos)

Entrevistadora - *Você pensa em mudar daqui?*

I - *Eu não.*

Entrevistadora - *Por que?*

I - *Ah, eu gosto, a única coisa que podia melhorar era na hora do parto, se a criança precisasse de um atendimento melhor, pós-parto, era melhor. Porque a Prefeitura manda verba pra eles, eles fizeram caixa de esgoto aí na escada, eles estão pondo cavalete pra todo mundo ter sua água, e outra favela não tem isso. Então, não é falta de dinheiro, é falta de alguém chegar e dizer que tem que melhorar isso, por isso e por aquilo. Se a Prefeitura manda dinheiro, não custa eles comprar um aparelho pra ali, é um bem pra todo mundo, não é só pra eu que ganhei neném lá, não sou especial, é pra todas as mulher.*

(...)

I - *Sobre esse negócio de hospital, pode ter uns bons. Mas mesmo em caso de doença, nem de criança, você vê, na semana passada essa menina (filha da amiga Maria) tava com bronquite, ela foi levar no hospital, ela saiu daqui de manhã, quando voltou era quase 4 horas da tarde, de tanta criança. Porque não põe mais médicos nesse hospital? Nem examina a menina direito. Passa o dia inteiro lá, pra quando passar na sala o médico só perguntar o que tem, passar a receita e não examinar, nem nada... isso é fim de mundo mesmo!*

*Mas aqui, ela nunca passou a dela, mas eu já passei os meus e sei, eles examinam tudo, a vagina da criança pra ver se não tem infecção, o ouvido, examina o nariz, a boca, os peitinhos, as costas, os pezinhos, põe a mão nas costas pra ver como a criança se mexe, se não vai ter algum defeito. No hospital não, se você fala que veio pra dar uma olhada como está o peito, então eles dizem: “não é aqui não, você vai lá na outra sala que é pros casos de asma” e não examina nada.*

Entrevistadora - *Por que você acha que a atenção é desse jeito?*

I - *Ah, eu não sei, pode ser que o povo ganhe pouco e está revoltado com a vida. E eu que não ganho nada, está revoltado?, o que eu posso fazer? Você mesmo faz suas pesquisas aí e não tá ganhando nada com isso. Você pensa que todo mundo é igual a você? Acho que o médico, pra ele ser médico tem que escolher tratar bem das pessoas. Se ele escolheu salvar a vida, tem que salvar a vida, tem que tentar salvar a vida. Mas não, passa remédio e passou até na televisão o caso das crianças que passou antibiótico e o remédio está até fazendo mal, trazendo bactérias mais fortes; em vez de matar as bactérias, as crianças tão morrendo por causa do remédio que médico está passando. Por isso que eu gosto dos remédios daí também, porque os remédios daí são tudo natural, feito de ervas, se tiver que morrer não vai ser por ter passado antibiótico, porque não tem antibiótico nesses remédios.*

Entrevistadora - *Aí paga exame de gravidez também?*

I - *Paga.*

Entrevistadora - *Vocês sabem quanto é?*

I - *É 5 reais. Só o ultra-som que é mais caro. Mas na Santa Casa, se você quiser fazer pelo INPS, você marca hoje e vai fazer daqui a dois meses, se for pagar é 60 reais.*

*Aqui não, já economiza 40 reais na hora, se vai fazer o ultra-som e não tem, dá dez reais na hora e os outros dez na próxima vez. Ou se não tiver, dá os 20 no próximo mês, vai fazer o que? Não vai deixar de fazer o ultra-som e ver como está a criança por causa que não tem dinheiro.*

*No outro caso, se você tem dinheiro, pra fazer na hora, tem de ser muito, ou se chega sem dinheiro, tem que fazer daqui a 2 meses! Se tiver alguma coisa e a mãe tiver que se tratar pra criança nascer com mais saúde, a criança pode até morrer. Por isso que eu acho ruim no hospital.*

*Não sei se foi isso que você viu na sua pesquisa, mas as mulher acho que gostaram tudo de ganhar neném no ambulatório, acho que não tem nenhuma que não gostou. Se não gostou porque foi então pra lá, e também se você chega no hospital com a barriga grande, examina: “não vai ser pra hoje não, pode ir pra casa”,*

(ambos os comentários de I., 23 anos)

*T – “... minha filha, quando ela ficou internada no convênio, que maravilha! Foi bem atendida, tinha almoço pra gente, almoço pra ela na hora certinha, o que ela comia em casa ela comeu lá também. Nossa, foi ótimo!*

*Entrevistadora - E por que você acha que no convênio é bem atendido?*

*T - Porque é pago, tem alguma dúvida?*

(comentários de T., 21 anos)

*S – “...eu tava com dor já, de tanto andar, pra lá e pra cá, já desanimada, aí essa moça, S., já chorando, armou tanta briga no hospital, telefonou pra Angela e a Angela falou pra ela do Dr. E., que trabalha na faculdade OSEC pra ver se arrumava um lugar pra mim lá. Ele atendia aí, agora não atende mais, aí até que enfim conseguiu falar com ele e ela me levou pra lá. Mas eu não tava com dor, a dor era porque eles ficavam tentando o fórceps e nada, todo mundo já falava que era um risco de vida, a quarta cesárea que eu tava fazendo, que era muito perigoso. Aí quando foi ele fez a cesárea e me operou também.*

*Entrevistadora - Ah, ele já te operou. Você que quis fazer a laqueadura?*

*S - Eu não falei que queria, mas eles operaram, falaram que mesmo se eu não quisesse ia “operar você é a quarta cesárea e não pode mais ficar assim!”.*

*Entrevistadora - E o que você achou disso?*

*S - Ah, eu achei bom e não achei bom operar, porque ela que colocou muito: “você tem que operar”, mas eu não falei que queria, e se eu quisesse ter mais um filho? O problema é meu. E, também, gostei porque não queria mais filho não”.*

(comentários de S., 28 anos)

## **Situação de Atendimento Atual**

[24]

Em 1985 , foi erguido o atual Ambulatório em alvenaria, que conta com uma equipe mais ampla de quatro auxiliares de enfermagem (que realizam consultas de massagem rítmica e quirofonética), dois médicos, uma faxineira, uma responsável pela farmácia e uma parteira.

Através de observações de campo pude observar que existe um ambiente de conversas informais entre as funcionárias do ambulatório e os pacientes, que muitas vezes são imediatamente reconhecidos e chamados pelo nome. Há também muita complacência com relação à presença de crianças que acompanham as mães durante as consultas.

Em algumas oportunidades, pude observar que quando há atraso do paciente, muitas vezes manda-se recado para os moradores comparecerem ao horário vago de consulta, além disso, o banheiro do ambulatório, como é de acesso fácil, é utilizado bastante pelo público que passa ou é atendido sem problemas.

A consulta tem uma duração média de 40 minutos e para essas as pessoas costumam vir mais “arrumadas” que a vestimenta habitual. Segundo uma auxiliar de enfermagem que concedeu entrevista cerca de 30% dos atendidos no ambulatório são homens e 70% mulheres. Outra auxiliar de enfermagem entrevistada que consultou os registros do Ambulatório, afirmou que em 1995, ano anterior à pesquisa de campo, haviam sido realizadas:

- 440 Consultas Ginecológicas (por dores, corrimentos ou outros problemas)
- 230 Exames Papanicolau (o Laboratório Exalab realiza gratuitamente 20 exames por mês)
- 560 Consultas de Planejamento Familiar
- 123 Colocações de DIU

- 281 Testes de Gravidez
- 1268 Consultas de Pré-Natal
- 162 Partos

Além disso, o ambulatório da favela Monte Azul realiza exames de sangue, urina, fezes e cultura de secreção vaginal, mandados para o Laboratório Exalab, e mantém contato com profissionais do Hospital do Campo Limpo e do Posto de Saúde da Vila das Belezas em caso de necessitar ajuda para tratamentos ou até algum material.

Segundo esta mesma auxiliar de enfermagem, entre os métodos contraceptivos trabalhados, além da colocação de DIU que é vendido a baixo custo (cerca de 30 reais), o Laboratório Exalab doa anticoncepcionais hormonais de uso oral que são distribuídos gratuitamente no Ambulatório, porém não há nenhum trabalho ou orientação quanto ao diafragma porque *“a mulherada gosta de uma coisa que põe e deixa lá. O diafragma é muito trabalhoso”*, nem a distribuição de preservativos masculinos.

Quanto à AIDS, ela diz que já houve na favela o caso de uma criança contaminada por via vertical, de mãe soropositiva (já falecida) e não sabe da existência de outros casos. Até o primeiro semestre de 1995, a parteira da favela fazia encaminhamento para exames HIV a todas as pacientes do pré-natal; dos exames realizados houve apenas um caso de detecção do vírus.

Com relação aos partos, 90% são realizados no próprio Ambulatório (já que a necessidade de cesárea ocorre apenas

[\[25\]](#)

para 10%) , com a participação do marido ou de quem a mulher desejar. Da mesma forma, como o parto é natural, dá-se liberdade para a mulher escolher se prefere parir acorçada, deitada, agachada, ou em qualquer outra posição sobre a cama reservada. Após o nascimento do bebê, normalmente a mulher descansa um pouco e depois vai para sua casa com a criança; a parteira realiza duas visitas residências às mulheres posteriormente, em casa para revê-las, além de retirar os pontos de algumas que fizeram cesárea e foram encaminhada aos hospitais.

## **DALI - A Persistência da Memória**

## **PARTE III – ENTREVISTAS E RESULTADOS OBTIDOS**

### **1 - Perfil das Entrevistadas**

#### **Participantes de Entrevistas Individuais**

E. : tem 16 anos; nasceu numa pequena cidade do interior de Minas Gerais, onde morava com os pais. Veio para São Paulo há 8 meses, grávida e sem parceiro, morar com a irmã e o cunhado numa casa de um cômodo com banheiro. Teve um filho a poucos meses no Ambulatório Monte Azul. Coursou até o 1º ano primário e não pretende mais estudar,

só trabalhar como doméstica, por isso está tentando conseguir uma vaga na creche da favela.

I.: tem 23 anos; nasceu no bairro de Vila Prudente, São Paulo, e após ir para a Bahia (local de nascimento da mãe) veio morar na Favela Monte Azul faz 15 anos, com a família, onde um tio já morava. cursou até a 5ª série e participou da Escolinha da favela. cuida da casa e à noite cuida de uma criança da vizinha ganhando R\$ 80,00 reais, o que não considera trabalho. Atualmente mora em casa própria de tijolo com dois cômodos, com o segundo companheiro fixo e com os dois filhos da sua primeira união (que ficou viúva) e um recém nascido do atual. Teve um aborto natural em casa aos 15 anos e depois 3 filhos: o primeiro filho com 18 de parto normal em hospital, a segunda com 19 anos no Ambulatório da favela e o último, recém nascido também no Ambulatório.

T.: tem 21 anos; nasceu em Surubim, Pernambuco e veio direto para São Paulo, com a família que procurava melhores condições de trabalho faz 20 anos, morar na própria Favela Monte Azul. cursou até o 2º grau e participou da Escolinha

[26]

da favela. Hoje trabalha em equipamento comunitário da favela de responsabilidade da ACOMA. Está casada há dois anos e teve um filho no hospital de parto normal. Mora atualmente em outro bairro da Zona Sul da cidade, Jd. Míriam em casa própria de alvenaria com pais, irmã, cunhado e dois sobrinhos, mas vem diariamente trabalhar na favela o dia todo.

S.: tem 28 anos; nasceu no interior de Minas Gerais, na roça, e veio para São Paulo há 21 anos com a família que procurava melhores condições de trabalho, para morar na Favela Monte Azul. Atualmente mora em um cômodo da casa da mãe na favela, mas vai mudar para uma casa própria em outro bairro. Frequentou a Escolinha da favela e trabalha desde adolescente como faxineira. Atualmente está desempregada. É casada e já teve quatro filhos, todos em hospital, por cesárea, sendo que na última foi laqueada.

M.: tem 28 anos; nasceu em Governador Valadares, Minas Gerais, na roça e veio para São Paulo com a família que procurava melhores condições de trabalho, há 22 anos, dez deles na Favela Monte Azul. cursou até o 2º ano primário e não participou da Escolinha da favela. Trabalha desde os doze anos como doméstica e atualmente numa firma no

[27]

período noturno. Mora num barraco de madeira amplo, construído pela ACOMA até ter sua casa definitiva. Tem um companheiro fixo, mas não reside com ele, do qual tem um filho recém-nascido no Ambulatório da favela e mais dois filhos, também no Ambulatório, uma com 9 e outro de 10 anos, do primeiro marido, do qual é separada.

G.: tem 33 anos; nasceu em Recife, Pernambuco, numa usina de açúcar e veio para São Paulo com a família que procurava melhores condições de trabalho há 21 anos, morando 19 deles na Favela Monte Azul. cursou até o 2º ano primário e não participou da Escolinha da favela. Trabalha desde adolescente como doméstica, sem registro. Teve a primeira gravidez com 16 anos, depois mais 5, uma delas de gêmeas que morreram no primeiro ano de vida. Todos os seus partos foram normais em hospital, sendo que o último filho teve há 4 anos. Cada gravidez que teve foi de um companheiro diferente, só residiu com o primeiro. Hoje mora com dois filhos em um barraco de madeira de um cômodo na favela, os outros três vivos estão com a mãe em Pernambuco.

D.: 28 anos; nasceu em Minas Gerais, numa região de roça entre Engenheiro Caldas e Somália e veio para São Paulo com a família que procuravam melhores condições de trabalho há 24 anos, morar na Favela Monte Azul. cursou até o 2º grau completo, mais um curso técnico de enfermagem e estudou na Escolinha da favela. Atualmente faz um curso de especialização para o seu trabalho no equipamento comunitário da ACOMA. Atualmente mora com o parceiro fixo e os pais numa casa de alvenaria fora da favela. Teve um filho após a sua união de parto normal no Ambulatório da favela.

V.: tem 24 anos; nasceu em São Paulo, no próprio Jd. São Luís, logo depois mudou com a família para a favela para não ter que pagar aluguel. cursou até o 2º grau completo, mais um curso técnico de enfermagem e estudou na Escolinha da favela. Atualmente faz um curso de especialização para o seu trabalho no equipamento comunitário da

ACOMA. Mora atualmente numa casa de alvenaria com a filha, após ter separado do marido. Seus pais continuam a morar na favela, onde ela fez o seu único parto.

N.: tem 24 anos; nasceu em São Paulo e veio morar com 4 anos na Favela Monte Azul com avó por causa de uma depressão pós-parto que sua mãe teve. cursou até o 2º grau técnico de enfermagem, fez especialização na sua área de trabalho e estudou na Escolinha da favela. Atualmente trabalha no equipamento comunitário da ACOMA e reside na favela em uma casa de alvenaria junto com a mãe e irmãos. Não tem parceiro fixo e nunca engravidou; recentemente pegou uma criança para criar como filha.

[28]

### **Participantes de Entrevistas em Grupo**

C.: tem 47 anos; nasceu em Governador Valadares, Minas Gerais e veio para São Paulo faz 15 anos, diretamente morar na favela Monte Azul. Tem 5 filhos, o mais velho com 16 anos, todos ganhos de parto normal em hospital, com exceção do último que nasceu no Ambulatório da favela.

O.: tem 40 anos; nasceu em Palmital, interior do estado de São Paulo e veio morar na Capital há 14 anos, na própria favela Monte Azul. Teve todos os filhos, de parto normal em hospital; o mais velho está com 22 anos e o mais novo com 1 ano.

F.: tem 39 anos; nasceu em Sergipe e há 16 anos veio para São Paulo, diretamente morar na favela Monte Azul. Tem 8 filhos, todos ganhos de parto normal em hospital, só o último de 3 anos nasceu no Ambulatório da favela. O mais velho tem 18 anos.

P.: tem 27 anos; nasceu em Pernambuco e veio para São Paulo faz 4 anos, diretamente morar na favela Monte Azul. Tem dois filhos, um de 6 anos que nasceu num hospital em Pernambuco e outro de 3 que nasceu num hospital de São Paulo.

J.: tem 45 anos; nasceu em Minas Gerais, num circo e veio para São Paulo faz 29 anos, após ter vivido em várias cidades. Está morando na favela Monte Azul há 22 anos. Tem 6 filhos de 15 a 23 anos, todos ganhos de parto normal em hospitais, porque disse que o ambulatório ainda não existia.

K.: tem 24 anos; nasceu em Pernambuco e veio para São Paulo faz 3 anos, morar na Favela Monte Azul. Tem uma filha de 11 meses que ganhou num hospital da região.

L.: tem 28 anos; nasceu em São Paulo e mora há 15 na Favela Monte Azul. Tem 5 filhos, todos ganhos de parto normal, o primeiro tem 11 anos e nasceu no hospital e os demais até o último, de 1 mês, nasceram no Ambulatório.

H.: tem 24 anos; nasceu em São Paulo e mora há 15 na Favela Monte Azul. Tem dois filhos, um de 3 e um de 6 anos ambos ganhos em hospital.

R.: tem 21 anos e nasceu em São Paulo; mora desde nascida na Favela Monte Azul. Tem dois filhos, ambos ganhos de parto normal, o primeiro, de 7 anos teve no hospital e o menor, de 1 ano, nasceu no Ambulatório da favela.

B.: tem 20 anos e nasceu em São Paulo; mora desde nascida na Favela Monte Azul. Tem dois filhos, um de dois anos e um de seis, ambos nascidos em hospitais da região.

A: tem 18 anos e nasceu em São Paulo; mora desde o nascimento na Favela Monte Azul. Tem uma filha de um ano que

nasceu no Ambulatório da favela.

## 2 - Principais Temas Abordados e Resultados da Análise

A partir das entrevistas dividimos a análise em treze tópicos:

- a) *Condições de Saúde no Local onde Nasceram e Foram Criadas*
- b) *Saúde Sexual e Reprodutiva no Local de Origem/Criação*
- c) *Forma de Criação*
- d) *Percepção do Próprio Corpo, Conhecimento do Ciclo Menstrual e de Risco de Gravidez*
- e) *Mudança para São Paulo e Contato com a Rede de Saúde*
- f) *Contato e Aceitação do Ambulatório Monte Azul e sua Proposta de Trabalho*
- g) *Atendimento Ginecológico e Contracepção*
- h) *Atendimento às Gestações e Casos de Aborto*
- i) *Atendimento ao Parto*
- j) *Pós-Parto e Amamentação*
- k) *Relacionamento Conjugal, Divisão de Tarefas e Perspectivas para a Educação de Filhas e Filhos*
- l) *Favela Monte Azul: Trabalho Comunitário e Equipamentos – Melhoria das Condições de Vida*

### a) *Condições de Saúde no Local Onde Nasceram e Foram Criadas*

Conforme as informações coletadas individualmente, das 20 mulheres envolvidas na pesquisa, apenas 8 nasceram na própria cidade de São Paulo, sendo que duas dessas as famílias já residiam na própria favela. As demais, são: uma do interior do estado de São Paulo, 6 de regiões de roça ou pequenas cidades do interior de Minas Gerais e 5 da Região Nordeste, a maioria, quatro, de Pernambuco e apenas uma de Sergipe.

Não por acaso, a maioria das que vieram migraram de 15 a 22 anos atrás, justamente no período pós anos 70

[\[29\]](#)

onde ocorreu a grande mobilidade campo-metrópole, bastante reduzida após a década de 80 . As nascidas na capital são todas filhas desta onda de migrantes e têm em média 20 anos. Em todos os casos as nascidas ou que vieram crianças ou bebês com suas mães ou famílias, moravam na própria favela Monte Azul (a maioria) ou nas suas proximidades, com exceção de uma que fez o trajeto inverso, nasceu na Vila Prudente, foi viver criança na Bahia e depois veio para a favela, ainda criança.

Por esse motivo, os relatos sobre o local de nascença foram divididos em dois grupos, as que tiveram essa experiência na cidade de São Paulo e as demais:

#### 1) Migrantes

Com relação aos seus relatos fica clara a precariedade dos recursos de saúde existentes no resto do país na época em que lá viveram. Como exemplificaremos abaixo, a maioria descreve a falta de assistência à saúde pública e a dificuldade de acesso a hospitais que muitas vezes inexistiam ou se encontravam há uma hora de sua residência:

*Entrevistadora - E quando você morava perto de Recife, esse lugar que você morou até os 12 anos, era tipo uma cidadezinha dos trabalhadores da usina, é isso?*

*G- É.*

*Entrevistadora - E tinha assim algum atendimento à saúde, alguma coisa...*

*G- Tinha, na época eu me lembro que tinha uma enfermaria pequenininha e se chamava... a enfermeira até hoje eu me lembro a gente chamava ela de Cebaxinha.*

*Entr. - E era da usina?*

*G- Da usina.*

*Entr. - E aí eles davam, que eles atendiam ?*

*G- É, emergência.*

*Entr. - Só emergência?*

*G- É, emergência, exame assim que a gente queria a gente tinha que fazer no hospital...*

(G., 33 anos)

*D - Nada, não tinha nada. Hoje, na cidade próxima, uma hora, tem um hospital que é uma coisa assim com 2 salas. Em comparação com o de São Paulo é ruim, mas pra eles que não têm nada lá é um sonho, porque eles falam “vamos pro hospital!”, que é esse lugar com esses três cômodos e placa de médico, uma parteira...*

(D., 28 anos)

*Entr. - E lá como é que era? Tinha Posto de Saúde?*

*M - Naquela época tinha, na cidade, na roça não tinha.*

*Entr. - E aí? Quando alguém ficava doente como é que fazia?*

*M - Minha mãe sempre, ela diz que era difícil, quando eu saí de lá eu tinha 6 anos. Quando levava a gente assim era na farmácia, alguma coisa, naquela época existia chá, remédio caseiro, então ela não se preocupava em muito de levar a gente pra algum posto.*

(M., 28 anos)

Assim, a forma mais comuns de tratar a saúde era o uso de ervas, relatado por quase todas as que vieram de outras localidades e, eventualmente a procura de um farmacêutico em casos graves ou até benzedeiros:

*Entr. - E ia, assim, mais na farmácia. E o farmacêutico que passava o remédio?*

*M - Às vezes, a gente nunca teve um negócio grave, então fazia um remédio caseiro ou passava na farmácia e pedia.*

*Entr. - E tinha que comprar sempre?*

*M - É.*

*Entr. - Esses remédio caseiros ela ensinou assim pra você quais eram, como fazer?*

*M - A maioria era, naquela época eu conheci um mato, minha mãe chamava de macaé, diz ela que era bom pra dor de barriga, essas coisas. Eu nem sei te explicar direito porque naquela época eles cuidavam da gente com remédio caseiro.*

(M., 28 anos)

*Entr. - E quando alguém ficava doente, como fazia?*

*I - Curava com mato.*

*Entr. - Quem fazia?*

*I - Minha vó.*

*Entr. - E ela ensinou também sua mãe a curar as pessoas, a usar esses matos, era em forma de chá?*

*I - Era, mas minha mãe acho que ela não sabe não.*

*Entr. - E você? Aprendeu a usar esses matos?*

*I - Não.*

(I., 23 anos)

*Entr. - E quando você era pequena, a sua mãe usava chás, essas coisas?*



*N - Usava. A minha vó usava.*

*Entr. - O que?*

*N - Ah, tinha tanto remedinho, chá de beijim, de puejo, de Santa Maria.*

(N., 24 anos)

*G- Sempre coisa caseira,*

*Entr. - Sempre?*

*G- Sempre, remédio caseiro...*

*Entr. - Mesmo com o ambulatório da usina?*

*G- É, era remédio de verme...*

*Entr. - Tipo o que?*

[30]

*G- Era mastrus com leite, de manhã bem cedo em jejum, assim, antigamente era insuportável, hoje eu ainda tomo e tomo muito agora, só que eu não tenho controle, que é bom pra úlcera, pra gastrite, estômago...*

(G., 33 anos)

*- Eu mesmo não nasci aqui. Daí quando tinha dor nós usava o que tinha.*

*Entr. - Não tinha posto, médico, nada. E quando alguém caía doente como fazia?*

*- Fazia chá de mato e tomava.*

(Entrevistada em grupo)

*Entr. - E lá tinha posto de saúde, tinha médico.*

*S - Eu não sei porque eu era pequena e não lembro quase nada.*

*Entr. - E quem cuidava quando caía alguém doente?*

*S - Meu pai.*

*Entr. - E como cuidava?*

*S - Eu não sei se tinha posto perto ou se cuidava com planta, com planta, ou se chamava alguém, porque morava tudo perto a família.*

*Entr. - Dá uns exemplos de uns chás que faziam?*

*S - Tinha um de losna pra dor de barriga, boldo para dor no estômago, ou chá de erva-cidreira, chá de hortelã.*

(S., 28 anos)

Neste último relato observamos a citação de parentes ou vizinhos mantendo um vínculo íntimo de auto-ajuda nesses locais, o que será mais difícil de manter na cidade grande apesar de muitas das entrevistadas morarem perto de parentes, a mudança da forma de trabalho próximo às residências interferirá bastante nessas relações, como veremos no e) *Mudança para São Paulo e Contato com a Rede de Saúde.*

Veremos também que esses referenciais de co-dependência familiar, e, especificamente de uso de ervas, benzedeiros, falta de atendimento oficial à saúde das entrevistadas, irão influenciar as suas condutas, mesmo após a mudança para São Paulo onde já dispunham de um sistema de saúde razoavelmente organizado, no local, o Posto de Saúde do Jardim das Belezas e do Ambulatório Antroposófico, o que é inclusive observado por uma de suas auxiliares de enfermagem até hoje:

*N - ...eles estão viciados em farmácia. Tomou remédio uma vez, quando tiver alguma coisa parecida com aquilo vai lá e compra aquele mesmo.*

(N., 24 anos)

## 2) Nascidas na Cidade de São Paulo

Os nascidos nas redondezas da favela confirmam a utilização do Ambulatório Monte Azul desde crianças, com a

observação de que sempre tinham que comprar os remédios:

*Entr. - E você usava este Ambulatório naquela época?*

*V - Nossa, usava desde criança, quando era de madeira ainda, eu vinha fazer curativo, aquelas coisas de criança..*

*Entr. - Mesmo sem estar morando na favela?*

*V - É, era bem pertinho.*

(V., 24 anos)

*Entr. - Quando você era pequena quem que cuidava da saúde na sua família?*

*T - Dr. M. (médico do Ambulatório)..*

*Entr. - E eles levavam você neste posto e em algum outro, no hospital, quando adoecia?*

*T - Quando era alguma doença muito séria que eles precisassem levar lá, eles levavam só lá. Só tive doença como coisa comum, gripe, essas coisas...*

(T., 21 anos)

O uso dos serviços público, principalmente o Posto de Jardim das Belezas é citado apenas como um local para vacinar os filhos ou irmãos e para recorrer em casos de doenças muito graves e para partos, os hospitais, mas que muitas vezes eram dispensados pelo hábito do parto caseiro:

*Entr. - Você falou que morou também em Vila Prudente. Lá tinha posto de saúde?*

*I - Também não lembro.*

*Entr. - Mas o pessoal fazia o parto aonde?*

*I - Ia pro hospital, era em hospital. A minha mãe teve a minha irmã, os meus irmãos todos em casa. Só esses dois pequenos que ela teve no hospital. E mesmo assim, tem aquelas máquinas que a gente tem que por a perna pra criança nascer, e nem naquilo minha mãe quis ficar, porque já acostumou de ter na cama. E nem naquilo minha mãe quis ficar, de jeito nenhum, ficou esperneando, esperneando até que ganhou neném na maca. Ela não quis mesmo ganhar...*

(I., 23 anos)

Veremos que as mulheres pertencentes aos dois grupos faziam a procura do serviço de saúde público para si, mais especificamente nos período de gravidez e parto. Reafirmando a idéia de que esses serviços se colocavam a disposição e eram estruturados para o atendimento da mulher enquanto reprodutora, o que persiste até hoje como também observou NOGUEIRA (1994, pp. 95), onde a procura de serviços de saúde ocorre somente pelo motivo de gravidez, "gripe eu tenho mais trato em casa", "tudo tratado com agrião, chazinho".

### **b) Saúde Sexual e Reprodutiva no Local de Origem/Criação**

Como foi dito acima, a saúde sexual e reprodutiva só tem atendimento dos equipamentos de saúde no momento de gravidez e parto, ou doenças muito sérias, o resto era tratado com preparados caseiros, como as ervas, mas também foram citados, soro-caseiro, banhos contra mau-olhado e dietas especiais. Esse dado está presente tanto no grupo das nascidas na própria cidade, mas tem famílias migrantes, como no grupo das que migraram. Nesse sentido, os relatos sobre o atendimento as condições de saúde são predominantemente reprodutivos e se concentram na descrição de que os locais anteriores onde moraram ou onde suas mães viveram antes de mudar para São Paulo têm essencialmente assistência ao parto caseiro por parteiras ("mulheres do próprio povo" ou parentes, como chamam) que dão o atendimento ao parto e só; não havendo nenhum contato com serviços de doenças transmitidas pelo sexo, contracepção, atendimento ginecológico, pré-natal, de incentivo ao aleitamento materno e, inclusive de pós parto:

*Entr. - Quando você era pequena, você falou que foi pra Bahia com sua mãe. Quando o pessoal de lá tinha neném, aonde ganhava?*

*I - Em casa.*

*Entr. - Não tinha ninguém pra ajudar?*

*I - Tinha parteira, mulher do povo, não era médica, nem nada. Chegava, pegava a criança, cortava o umbigo e pronto.*

(I., 23 anos)

*Entr.* - E quando as mulheres tinham nenê, como faziam?

*M* - Meus outros irmãos deve ter ganhado em hospital, mas eu e minha irmã, nós somos gêmeas...

*Entr.* - Gêmeas iguais ou diferentes?

*M* - Mais pra diferente, ela é alta e morena. Então ela ganhou a gente em casa.

*Entr.* - E seus irmãos também?

*M* - Não ela ganhou no hospital lá de Minas, e eu e minha irmã que somos gêmeas, ela ganhou em casa. Não deu nem tempo, diz ela que na hora lá, ela chamou a mulher e teve a gente dentro de casa mesmo.

*Entr.* - Então ela sempre ia ganhar no hospital quando dava tempo?

*M* - Os outros mesmo ela teve nos hospital.

*Entr.* - E vocês não deu tempo ou é porque ela preferiu ter em casa?

*M* - É porque preferiu ter em casa.

*Entr.* - Você sabe por que?

*M* - Eu não sei não, ela diz que naquela época lá ela achava que não tinha problema ter em casa, então, naquela época tinha uma mulher que fazia parto, perto de casa...

*Entr.* - Uma parteira.

*M* - É, mulher do povo, então ela preferiu ter em casa com essa mulher.

(M., 28 anos)

- Eu mesmo não nasci em hospital. Eu nasci em sítio mesmo.

*Entr.* - Nasceu com parteira, como é que foi?

- Parteira lá era uma tia que eu tinha...

- Eu também, nasci da mesma parteira, porque nós somos irmãs. Essa parteira era irmã da minha mãe. Todas as mulheres que ganhavam neném lá no sítio, era ela que pegava. Não tinha hospital perto.

- E não fazia pré natal?

- Não, nem medicamento nem nada. Totalmente diferente daqui.

*Entr.* - E quando alguém ficava doente, como fazia?

- Tomava remédio do mato mesmo, porque ninguém podia comprar remédio, então tomava do mato mesmo.

(Entrevistada em grupo)

- Eu também. Eu nasci em casa mesmo.

*Entr.* - E como foi?

- Com parteira, só que eu não lembro quem era.

*Entr.* - E lá onde você nasceu tinha...

- Tinha hospital lá, só que não dava tempo da minha mãe ir.

*Entr.* - E os outros, seus irmãos ela ganhou no hospital?

- Tudo em casa.

*Entr.* - Por que ela ia para o hospital e não tinha tudo em casa?

- Não sei.

(Outra Entrevistada em Grupo)

*Entr.* - E você lá em Minas?

- Eu nasci num circo, na boléia de um caminhão.

*Entr.* - E alguém ajudou ou sua mãe teve sozinha?

- Tinha um palhaço Picareta que ele que fazia o parto da mulherzada...

(I., 45 anos)

Com relação ao acompanhamento do pré-natal e o atendimento ao parto apenas exceções tiveram condições de recorrer a uma assistência pública mais cuidadosa, mesmo neste caso, a entrevistada residia numa cidade do interior do estado de São Paulo, relevando a diferença quanto à existência de um sistema de saúde mais equipado e estruturado nesse estado, com relação às demais regiões do Brasil citadas como local de origem das entrevistadas:

- Eu tive dois, dos dois foi cesárea. Um tava morto.

*Entr.* - Por que será que aconteceu isso?

- Não sei, os médico puxou, e já estava assim.

Entr. - Com quantos meses ele nasceu?

- Nasceu de nove meses, e já tinha passado da hora.

Entr. - Você sabia que ele tava morto?

- Não sabia, nem no médico eu ia. Eu fui no médico no segundo, aí no segundo eu fiz tratamento. Hoje ele tá com 22 anos.

Entr. - Você fez tratamento aonde?

- Em Palmital mesmo.

Entr. - Era já com ginecologista?

- Isso.

Entr. - E o primeiro você não teve oportunidade de ir ou foi outra coisa?

- Sei lá, eu não sabia, não tinha experiência.

Entr. - E você ficou muito mal quando soube do bebê?

- Nossa! Fiquei

(Entrevistada em grupo)

O atendimento hospitalar foi descrito também não como um lugar de atendimento ou acompanhamento da saúde ginecológica ou reprodutiva, mas como um recurso utilizado para a busca da esterilização feminina:

G - Parto, era parteira na época. Até minha madrinha, uma madrinha que era parteira.

Entr. - Ah é? Ah, que legal. E assim, outros problemas de mulher, ginecológicos, assim, alguém cuidava, ela via?

G- Não.

Entr. - Não atendiam nada? Qualquer coisa iam pro hospital?

G- Pro hospital. É porque me lembro que quando minha mãe foi operar do último filho dela, Marcelo, que hoje tem 22 anos, ela precisou ir prum hospital maior, ir pra Carpina, né?

Entr. - Fazer laqueadura?

G- É. Nessa época ela foi operar, ela foi pra Carpina.

Entr. - E ela tinha já quantos filhos?

G- 10, era 12, né?

Entr. - E ela teve que pagar ainda pra fazer?

G- Não, na época não. Não pagou, não.

Entr. - Me fala uma coisa, Graça. Então quando o pessoal tinha nenê era tua madrinha., né?

G- É, minha madrinha, E aí tinha outra parteira também.

Entr. - E era já mulher da região.

G- Da região.

Entr. - E o pessoal confiava? Como é que era?

G- Confiava, né, porque era só, era a única pessoa que tinha.

Entr. - Mas você lembra assim se era bom, se não dava muito errado, se aconteciam acidentes, mortes?

G- Não. Dava sempre certo, porque até hoje o que minha madrinha conta, contava, né até os 12 anos... Nasceram muita criança na mão dela.

(G., 33 anos)

Quanto à contracepção, portanto, não havia uso de métodos e também não foi citado nenhum remédio ou forma caseira

[31]

de evitar a gravidez , somente a esterilização feminina:

Entr. - E tua mãe nunca usou nada pra evitar filhos?

G- Acho que não.

Entr. - Ela só operou depois...

G- É, só operou.

(G., 33 anos, continuando o relato acima)

Essa falta de opção contraceptiva termina por gerar diversas gravidezes indesejadas e precoces, conforme foi relatado:

- Ah, eu menstruei com 12 anos, aí fui mãe com 17.  
Entr. - E você foi mãe já querendo ou sem querer mesmo?  
- Ah, eu casei sem amor, sabe, separei cedo, o Marcos tinha 4 anos.  
Entr. - Mas você casou por que? Estava grávida?  
- Não, casei e depois fiquei grávida, do primeiro.  
Entr. - E você queria ficar grávida logo?  
- Não, assim que eu casei eu fiquei grávida.

(Entrevistada em grupo)

E - A minha irmã falou que eu tava grávida. Eu falei que não tava. E começou a crescer aí....

(E., 16 anos)

- Eu não queria engravidar não. Era muito nova, não aproveitei nada da vida, com 15 anos eu fiquei mãe.  
Entr. - Você fala isso hoje na época você sabia?  
- Não, porque a gente não sabia, não tinha método essas coisas então ele tinha mais experiência e abusou de mim.  
Entr. - Ele era mais velho?  
- Era mais velho. Então ele que tinha que falar pra mim, mas eu era menina ingênua, sabia da menstruação, mas não sabia se faltasse que seria gravidez, essas coisas tudo, então o abusado foi ele que não falei nada.

(Outra Entrevistada em grupo)

Entre as entrevistadas foram também descritos dois episódios de abortos, um ocorrido no meio rural, onde fica clara as condições de inassistência a casos de emergência, que têm que ser tratados de forma simples e rotineira, e outro já na cidade, quando a entrevistada estava com 15 anos. Em ambos não houve procura, nem nenhum contato com qualquer serviço de saúde:

- G- Cheguei, eu cheguei a ver um parto, um parto, assim, na época eu tinha 9 anos, entre 9 e 10 anos, né. Helena teve um aborto, o marido dela era muito malvado e deu uma pesada na barriga dela, o ex-marido dela, que ela já tá separada há muitos anos desse home. E deu uma pezada e ela teve um aborto, e só tava eu e ela dentro de casa, e ela tinha tido um menininho desse tamanho (mostrando com as mãos um feto do tamanho maior que uma mão), então fui eu que tive que enterrar, entendeu?  
Entr. - Foi em casa mesmo, não procuraram nenhum hospital?  
G- Nada. No quintal, no quintal.  
Entr. - Por que, Graça?  
G- Porque só tava eu e a Helena, minha mãe não tava em casa...  
Entr. - E era sítio.  
G- Não, era um morro, mas o hospital era longe. Não tinha carro, não tinha nada, aí, as nossas condições era bem precária né, então ela ganhou o nenezinho. Já nasceu mortinho.  
G- É, um anjinho desse tamanho assim, até eu digo assim: “Ô Helena, eu posso ficar com ele pra brincar?” Ela falou: “não Gracinha, tem que enterrar”. Ela saiu até o portão...  
Entr. - Não era o primeiro dela?  
G- Não, era o primeiro não. Ela ficou bem triste, porque já tava grandão, eu lembro acho que tava desse tamanho assim, já tinha perninha, cabecinha, já tava formado o nenezinho... Só faltava crescer mesmo. E aí eu peguei, ajuntei aqueles panos tudinho, mamãe não tava,, juntei aqueles panos tudinho e não tinha água, né, a gente lavava roupa na cacimba, lavar roupa, quando chegou lá uma senhora de idade, ela falou assim: “de quem é esses panos?” Eu digo: “não, é a minha irmã que ganhou menino desse tamanho e eu enterrei lá no quintal, eu enterrei lá atrás do quintal vim lavar os panos, lavar a roupa.”  
Entr - Você tinha 9 anos... Você ficou impressionada, Graça?  
G- Não, porque eu não vi bem o menino nascendo e tudo, né, eu já vi já era pra enterrar, tava na beira da cama, ela tava deitada.

(G., 33 anos)

Entr - Você ficou grávida então a primeira vez com quantos anos?

I - 15 anos.

Entr - Sem nunca ter usado nenhuma coisa para evitar a gravidez?

*I - Nada.*

*Entr - E aí ?*

*I - Aí eu perdi.*

*Entr - Me conta mais de vagar, você ficou grávida e como descobriu.?*

*I - Descobri foi numa festa. Aí comecei a sentir uma dor aqui (apontando para a barriga) e tinha 3 meses que não descia pra mim. Só que como eu era doída, vinha 2 meses, depois não vinha mais, eu ficava 2, 3 meses...*

*Entr – Tinha a menstruação desregulada?*

*I – Isso! Então eu não sabia se tava ou se não tava. Aí fui numa festa, comecei a sentir umas dor na barriga, nas costas, fui pro banheiro de casa e tomei um banho gelado. Liguei o chuveiro e tomei um banho, aí desceu um negócio nas minhas pernas. Que eu vi assim, não falei nada pra ninguém, era desse tamanhinho (mostrando com os dedos um tamanho de cerca de 7 centímetros). Porque eu não sabia de nada.*

*Entr - E você não sentiu dor? Não procurou um médico?*

*I - Eu não!*

*Entr - Nem dor, nem nada?*

*I - Nada.*

*Entr - E nem o pessoal da festa reparou?*

*I - Nada.*

*Entr - E mesmo depois, você não falou...*

*I - Ôche! Depois que eu vim, e passou aquela dor, eu voltei pra festa de novo!*

*Entr - Nem pra o namorado você contou? Era namorado?*

*I - Não, eu não tinha namorado. Era zoeira mesmo (risos). Aí eu fui pra festa de novo, tomei cerveja, e no outro dia eu pus um chumaço assim (mostrando entre as pernas) em casa, aí parou..*

*Entr - Nem na sua casa ninguém comentou, você ficou escondendo?*

*I - É, quando eu via que vinha muito, assim, eu pegava pano, lavava rapidinho e punhava no varal.*

(I., 23 anos)

As únicas entrevistadas que apontaram a realização de uma assistência ginecológica, contracepção, pré-natal, de parto, amamentação e pós-parto foram as nascidas ou que tiveram essas experiências morando na Favela Monte Azul e citam a realização destes no Ambulatório da favela:

*- Eu tomei comprimido antes do primeiro filho, tomei comprimido três anos.*

*Entr - E como você ficou sabendo de comprimido?*

*- A minhas amigas falavam.*

*- E como conseguia?*

*- Eu comprava no ambulatório.*

(Entrevistada em grupo)

*Entr - Você participou de algum grupo no ambulatório, de grávidas, ou de métodos anticoncepcionais?*

*M - Já, eu participei de uma reunião lá, mas era mesmo sobre o parto, como era o parto, como era o negócio do umbigo umbigo, como a mulher podia correr na gravidez, esse tipo de coisa.*

(M., 28 anos)

### **c) Forma de Criação**

Nesse item, a forma de criação dessas mulheres de certa maneira enfatiza a co-dependência entre os grupos de familiares, criando elos de auxílio mútuo, mas que ao mesmo tempo perpetuam uma estrutura de papéis masculino-feminino que dificilmente preparam a mulher para outro tipo de vida, senão a parideira e cuidadora do espaço doméstico da casa, da família e da educação dos filhos, inclusive da saúde, e onde os temas sexualidade, menstruação, são ocultados e excluídos do cotidiano tidos como “inadequados”, quando não, “sujos”. Somente a gravidez, o parto e o cuidado com os filhos são mencionados e normalmente quando já estão em curso na vida dessas mulheres, irmãs ou

filhas.

A divisão tradicional e sexual do trabalho, do homem como produtor de bens ou riquezas e a mulher como sustentáculo da sua base familiar, alimentar e residencial, está presente em todos os relatos, embora em muitos casos tenha havido mudança no ambiente da metrópole de mulheres realizando trabalho assalariado.

*Entr - Na casa dos seus pais, quem fazia o serviço da casa era sua mãe?*

*V - A sempre a minha mãe. Meu pai é daqueles paraibano arretado, você imagina, então acha que o homem tem que trabalhar fora e a mulher em casa. Agora que ele está velho, está mudando um pouco, mas antes era muito difícil.*

*Entr - Agora ele faz.*

*V - Agora que minha mãe trabalha fora às vezes ele faz uma comida, outro dia eu cheguei lá ele estava arrumando a pia...*

(D., 28 anos)

*Entr - E na sua casa? Quando ficava alguém doente quem cuidava?*

*I - Eu. Minha mãe trabalhou sempre, trabalhou desde quando nós voltamos; ela nunca ficou em casa. Aí eu cuidava, né, mas depois quando eu arrumei filho, é minha irmã que cuida, porque eu tenho mais dois irmãozinhos.*

*Entr - E da casa?*

*I - Minha irmã que cuida.*

*Entr - E seu pai, ajuda nessas coisas da casa?*

*I - Ajuda.*

*Entr - O que ele faz?*

*I - Como assim?*

*Entr - Coisas de casa ele ajuda? Com as crianças...*

*I - Não, meu pai sai do trabalho às 6 horas, chega às 5 horas (17 horas), vai para o bar, enche a cara de cachaça, chega 10, 11 horas (23 horas), meia noite, xingando todo mundo, xingando minha mãe de um monte de coisa. Meu pai não liga muito pros filhos não.*

*Entr - Nem quando eles estão doentes?*

*I - Nem quando está doente, minha mãe é que tem que se virar.*

*Entr - Ele ajuda com dinheiro?*

*I - Só de dinheiro, porque a gente leva para hospital, ele dá remédio, porque ele que compra né? Ele nem dá o dinheiro pra comprar, ele pega na farmácia da firma, leva a receita.*

*Entr - O que o seu pai faz?*

*I - Ele é encarregado de obras.*

(I., 23 anos)

É citado também o auxílio de irmãos que ajudavam na casa e cuidavam dos irmãos mais novos e uma possível melhor distribuição de afazeres nessa estrutura agrária de subsistência onde a mulher, apesar de ser a responsável final, também trabalha na roça contribuindo no trabalho produtivo:

*Entr - E quem cuidava quando tinha alguém doente?*

*M - Minha mãe. E meu pai saía pra trabalhar na roça, minha mãe também ia. Quem cuidava da casa eram os irmãos mais velhos.*

*Entr - E quando alguém tava doente...*

*M - Minha mãe-... dos filhos, comida, essas coisas.*

*Entr - E seus irmãos são mais velhos ou mais novos?*

*M - Não, eu sou a caçula das mulher e dos homens. Eu nem tenho vergonha de falar, é uma família muito humilde, então naquele tempo minha mãe não podia dar nada pra gente, meu pai trabalhava, depois ele sofreu um acidente, aí não pode mais, ficou com problema no braço, na perna, aí não pode mais trabalhar, então ele ficou na caixa, da caixa ele foi pra aposentadoria e ficou só minha mãe trabalhando.*

*Entr - E depois que ele se acidentou?*

*M - Depois ele foi pra Caixa, né.*

*Entr - E ele não conseguia mais fazer nada?*

*M - Não, ele teve que colocar platina, não conseguiu mais andar como era antes, teve problema.*

(M., 28 anos)

Em outras situações outra mulher, geralmente a avó assume o cuidado de responsabilidade da mãe por motivos de saúde e outros, mas principalmente quando já está num ambiente urbano onde ela tem que procurar um complemento de renda longe da residência e da família:

*Entr – Vocês moravam com a sua vó? Todos os irmãos juntos?*

*N - Não a minha vó e eu. Porque quando minha mãe, ela teve, sei lá uma depressão pós-parto aí ficou louca e não reconhecia, que queria matar. Então a minha vó disse que deixasse que ela cuidava, depois passou.. E depois ela [a mãe] casou com esses outro, que eu não entendo porque foi embora, era uma pessoa muito boa. Os filhos dele tem raiva dele, não vão procurar ele. Eu não tenho, ele me tratava muito bem, fez a parte.*

(N., 24 Anos)

*Entr - E você cria os 5 filhos aqui?*

*G- Não, só 2. As meninas, a Adriana e a Graciete, as meninas, né, em geral, as meninas, elas foram criadas com minha mãe, em Recife.*

*Entr - Ah, tua mãe voltou pra lá depois...*

*G- Voltou, foi logo depois, ela me deu esse barraco e foi embora.. (...) Na época, 13 anos atrás, eu tinha 20 anos.*

*Entr - E aí ela levou as meninas...*

*G- É, que eu tô com 33, eu tinha 20 anos, 20 anos e pouco. Ela levou as meninas.*

*Entr - Por que ela levou?*

*G- A minha situação tava crítica mesmo. Eu não tinha, não tinha condições, não tinha quem olhasse eles, eles ficavam jogados...*

*Entr - E a creche da favela?*

*G- Na época não tinha mesmo, quem ficava na creche era o Luís Carlos, e, assim, peguei com muito sacrifício, né, ele foi muito doente mesmo, então, quando ele saiu do hospital ele foi direto pra creche, já, aí me arrumaram creche pra ele*

(G., 33 anos)

Toda essa estrutura familiar, apesar de ser, pelo menos no espaço privado de responsabilidade geralmente feminina, não permitiu a troca de informações apesar de efetivar uma preparação das mulheres para assumirem esses mesmos aspectos de cuidado da casa e filhos, como já foi dito, não motiva a preparação para o desenvolvimento sexual e reprodutivo feminino considerados temas tabus, muitas vezes justificado pelo fato das mães serem extremamente atarefadas, como veremos a seguir.

#### ***d) Percepção do Próprio Corpo, Conhecimento do Ciclo Menstrual e de Risco de Gravidez***

Apenas uma das 20 entrevistadas relataram um diálogo com a mãe sobre os assuntos sexuais e reprodutivos, mesmo assim, esta mulher teve problemas ginecológicos e teve a sua primeira menstruação com 18 anos, pouco depois da mãe começar a conversar com ela sobre a preocupação dessa menarca tardia. Todas as demais, relataram extremo despreparo para lidar com a primeira menstruação e seu significado, contando que foram percebendo, com o tempo, o que estava acontecendo, outras poucas obtiveram informação por irmãs ou amigas.

*Entr - Quando você ficou menstruada como foi? Você sabia alguma coisa sobre o assunto?*

*I - Ichi! Eu já tinha feito pouco!*

*Entr - Ah, você já tinha tido relação. Você teve relações com...*

*I - 11 anos.*

*Entr - E quando você teve? Sabia o que era? Que engravidava?*

*I - Eu não.*

*Entr - Não sabia que podia ficar grávida?*

*I - Sabia que engravidava, mas o povo falava que quem não menstrua não engravida, então não estava nem vendo.*

*Entr - Você então não fazia nada para evitar a gravidez?*

*I - Não.*



*Entr - E quando você menstruou? Você continuou tendo relações.*

*I - Eu era meio doída, nem ligava pra isso, fiquei 2 anos tendo relação sem tomar remédio e menstruando e não fiquei grávida?*

*Entr - E ninguém falou percebeu?*

*I - Ninguém sabia, minha mãe não sabia.*

*Entr - Não sabia que você tinha relação, mas conversava sobre essas coisas de sexo ou menstruação com você?*

*I - Não.*

*Entr - Nada? Nem sua irmã, irmão?*

*I - Ninguém. Minha irmã era mais nova do que eu, eu ia conversar o que?!*

*Entr - Aonde você tinha as relações?*

*I - Fazia escondido.*

*Entr - Você ficou grávida então a primeira vez com quantos anos?*

*I - 15 anos.*

(I., 23 anos)

*Entr - São Lourenço. E lá, quando você ficou menstruada alguém te falou, o que era, o que significava?*

*G - Na época, não. Minha mãe era super reservada. Assim, era muito filho, então eu acho que ela não tinha tempo de conversar, sabe, com todos, dar aquela atenção pra todos, até hoje ela nunca pode dar atenção pra todos. Se ela vem aqui em SP, se ela fica mais na casa da minha irmã do que na minha casa aí eu morro de ciúme, a minha irmã também morre de ciúme que ela vem aqui, a gente fica assim dividida entre os 10 filhos dela, entendeu? Então ela não tinha era tempo, mesmo, não tinha tempo, prazo, sempre tava no tanque, quando não tava no tanque tava fazendo outra coisa.*

*Entr - Mas você acha que ela estava com vergonha, alguma coisa ou era falta de tempo que ela não conversava?*

*G - Não, acho que era falta de tempo mesmo. Se tivesse mais tempo, que não tivesse tantos filhos, que muitas vezes uma turma tava chegando da escola, a outra já tinha que ir, então tinha que ter roupa limpa, roupa lavada, roupa passada, entendeu?*

*Então, que lá completamente a escola diferente daqui, as roupas tinha que dar aquelas preguinhas, tinha que ir bem passadinha, tinha que ir camisetinha branca, bem passadinha, tudo, né? Então era completamente diferente daqui.*

(G., 33 anos)

As menstruações relatadas ocorreram no período normal entre os 11 e 15 anos, com exceção da entrevistada já citada que teve menarca tardia, aos 18. E algumas vezes já eram esperadas, mas na maioria foi um acontecimento estranho, onde amigas, parentes vinham “acudir” e dar a dimensão da normalidade do fato:

*Entr - Como foi a sua primeira menstruação? Alguém explicou para você o que era?*

*E - Sabia, as minhas colegas contavam pra mim.*

*Entr - Falavam o que?*

*E - Falava que quando descia pra gente, aquela coisa de dentro, então, não era pra ficar com medo, que era normal. (grifo meu)*

(E., 16 anos)

*Entr - E na época que você ficou menstruada você sabia alguma coisa sobre isso? Alguém falava?*

*V - Não, minha mãe nunca foi de conversar não., então eu sabia porque uma prima da minha mãe [risos], eu fui perguntar para ela o que era aquilo - modess - aí ela me explicou tudo. Aí eu me interessei pra ler, para saber mais, tanto que a minha irmã, quando ficou ela não sabia. Porque minha irmã ela é mais velha que eu dois anos e ela não sabia e eu sabia, então eu expliquei tudo para a minha irmã.*

*Entr - Mais velha? Então trocou de lugar?*

*V - É, [risos] a minha irmã chegou - a gente nunca se esquece, porque a minha mãe foi operada, então a minha irmã chegou para o meu irmão mais velho e falou: “D., olha o que está saindo de mim, acho que me cortei”. Então eu que chamei ela e falei: “não, minha irmã, você vai ter que usar aquele negócio lá”. (grifo meu)*

(V., 24 anos)

De qualquer forma, tanto as mulheres que iam descobrindo com o tempo o processo de menstruação como aquelas que

já sabiam por amigas ou parentes antes da seu primeiro ciclo, várias ainda permaneceram sem ligá-la a possibilidade de uma gravidez caso tivessem relações:

*Entr – Como foi a sua primeira relação sexual?*

*G- Foi aqui em São Paulo, meus 15 anos. Aliás, eu nem sabia direito o que era ter filhos, porque quando eu tava aqui, eu vim pra cá com meus 14, foi entre meus 14, 15 anos, eu já cheguei bem no final do ano, e no ano seguinte eu já engravidei, né? Com uma pessoa mais experiente, 28 anos, então, assim eu era bobinha, me iludi, tal, então eu já engravidei porque não tinha noção.*

*Entr - Mas você não sabia que a relação engravidava?*

*G- Não, não sabia. Ele sabia, então aí quando descobri ele: “Ah você tá grávida”, eu digo: “nada”. Eu ainda brincava de boneca, sabe, eu era aquela menina do norte, do interior, que brincava de boneca e que não tinha... a minha boneca era as minhas filha e , assim, eu sabia que eu ia ter filhos, né , mas não sabia como. Fui descobrir mesmo na minha primeira filha , quando sofri, quando eu tive, entendeu?*

(G., 33 anos, menstruou com 13 anos)

*Entr - Me fala um pouco de você. Você ficou menstruada com quantos anos?*

*S - Com 15 anos.*

*Entr - Você sabia alguma coisa a respeito, alguém lhe falava alguma coisa?*

*S - Não, eu sabia mais ou menos o que era porque eu era muito amiga da E. você conhece a E.? Então ela me falou mais ou menos, não chegava a falar uma coisa clara, falava por cima, com vergonha de comentar. Minha mãe não falava comigo porque ela tinha vergonha, tem até hoje. Então eu segui muito o que falava a E. e por revista, eu pegava muita revista na rua, assim jogada.*

*Entr - Você sabia o que era menstruação, mas entendia que estava relacionada a ter filhos?*

*S - Não, não sabia.*

(S., 28 anos, menstruou com 15, teve o primeiro filho logo após o casamento, com 18)

*- Minha mãe falava que vinha de avião.*

*- De cegonha, né.[risos]*

(Entrevistada em grupo)

*- Quando eu descobri, eu corri foi muito, na água eu pensei que eu tava doente. Porque minha mãe de criação, porque eu fui criada com outra família, porque a minha mãe não tinha condições de criar. Aí ela pegou e entregou a gente, porque ela teve um acidente no trapézio e ficou deficiente, aí pegou a gente e deu. Um prum lado, outro pro outro.... E quando a gente ia perguntar alguma coisa pra mãezinha, ela dizia que tava faltando com o respeito, que não era pra comentar isso com ela, que era falta de respeito. Então quando aconteceu isso eu fiquei loca, porque não tinha nenhuma pessoa que eu conhecia que pudesse falar. (grifo meu)*

(N., 45 anos)

Assim, não havia utilização de métodos contraceptivos quando iniciavam suas relações sexuais, descritas no período dos 11 aos 20 anos. Apenas duas entrevistadas, que iniciaram a vida sexual nessa faixa mais velha e após o casamento fizeram utilização, sendo a pílula anticoncepcional o método escolhido. Muitas das que não usavam mas sabiam do risco de gravidez alegaram crer que não engravidariam no início, ou que não acreditavam que isso ocorreria com elas:

*Entr - E você sabia que podia ficar grávida?*

*I - Eu não.*

*Entr - Não sabia que podia ficar grávida.*

*I - Sabia que engravidava, mas o povo falava que quem não menstrua não engravida, então não estava nem vendo.*

*Entr - Você então não fazia nada para evitar a gravidez?*

*I - Não.*

(I., 23 anos)

*Entr - E você usava alguma coisa pra evitar a gravidez?*

*D - Não.*

*Entr - Por quê? Você queria engravidar?*

*D - Não, porque foi assim, no comecinho mesmo eu falava que não, que eu nunca ia engravidar.*

*Entr - Por quê você achava isso?*

*D - Não sei, eu falava que nunca ia engravidar. Até que realmente eu nunca engravidei. Quer dizer, não engravidei nesse começo. Aí chegou uma hora...*

*Entr - Você acha que não engravidou por que?*

*D - Não sei, talvez porque eu tinha tanta confiança mesmo de dizer que não ia acontecer, que não ia acontecer isso, que não acontecia realmente. Eu imagino que seja assim. Aí, depois com o tempo eu achei que já estava tendo muita sorte.*

*Entr - E começou a usar alguma coisa?*

*D - Eu comecei a usar a pílula mais ou menos um ano depois.*

(D., 28 anos, iniciou relações com 18)

Com essa falta de diálogo e informação e o não uso de contraceptivos a maioria das entrevistadas, mesmo aquelas que iniciaram as relações sexuais mais tardiamente, até casadas, alegaram ter engravidado sem querer, muitas adolescentes, chegando a casar por esse motivo:

*S - Eu tive relação depois do casamento, aí fiquei grávida.*

*Entr - Mas você ficou porque queria ou porque não evitava com nada?*

*S - Porque eu não usava nada e não sabia direito também, sabia mais ou menos ... (interrompida pelos filhos)*

*...eu sabia assim mais ou menos, mas não sabia que pegava filho assim tão fácil.*

*Entr - Você queria ter filhos logo ou não?*

*S - Não, eu fiquei mesmo porque não usava nada.*

*Entr - Aí como foi, você ficou grávida...*

*S - Descobri porque não vinha mais menstruação né, e por causa do seio também que começou a crescer.*

(S., 28 anos)

*G - Minha mãe, eu me lembro que minha mãe na época trabalhava, quando a gente passou a morar em São Lourenço minha mãe trabalhava, ela foi trabalhar lá em Prazeres, então na época, foi bem na época que ela largou do meu pai e ela precisava trabalhar, sustentar a gente, e eu fiquei um tempo com minha tia e passei um tempo com a minha irmã, depois, depois que eu fiquei com a minha tia um tempo aí foi aonde que a minha irmã, a Helena casou, casou não, se amigou na época, e tava grávida, e ela foi morar na casa da minha mãe e a gente foi com ela.*

(G., 33 anos)

*- Eu não queria engravidar não. Era muito nova, não aproveitei nada da vida, com 15 anos eu fiquei mãe.*

*Entr - Você fala isso hoje na época você sabia?*

*- Não, porque a gente não sabia, não tinha método essas coisas então ele tinha mais experiência e abusou de mim.*

*Entr - Ele era mais velho?*

*- Era mais velho. Então ele que tinha que falar pra mim, mas eu era menina ingênua, sabia da menstruação, mas não sabia se faltasse que seria gravidez, essas coisas tudo, então o abusado foi ele que não falei nada.*

(Entrevistada em grupo)

Conforme LEAL (1994), para as mulheres de baixa renda “Gravidez é sempre tomada como um **risco**, um evento que

pode vir a ocorrer ou não, e está sempre sujeito a um universo de possibilidades aleatórias. Em relação a esta idéia de risco, não é casual o termo **pegar filho**, que é a mesma expressão usada para ser contaminado por uma doença ou estar submetido a uma aflição(...) a fecundação é uma forma de contágio onde os fluidos se encontram”. (p.p. 131). Talvez por este motivo em raros depoimentos foi manifestado o desejo de engravidar, apesar de em um deles a gravidez ter sido identificada como “tornar-se mulher”:

*Entr - Você ficou tendo relações sem usar nada para evitar uma gravidez?*

*- Não.*

*Entr - Você queria engravidar?*

*- Eu queria. Hoje eu não me arrependo, mas eu sei o quanto hoje o filho dá trabalho. Mas eu sempre, desde mocinha, eu tinha vontade de ter neném.*

(Entrevistada em grupo)

*M - Quando, pra mim engravidar mesmo, quando eu me tornei mulher, eu demorei quatro anos.*

*Entr - Você começou a ter relação quando?*

*M - Com 16 anos.*

*Entr - Já era com o teu marido?*

*M - Já.*

*Entr - Você acha que não engravidava por que?*

*M - Eu sei que naquela época o médico falava que eu tinha o útero infantil, sei lá, que eu não podia engravidar. Mas eu nem levei em conta, porque muitas mulher falava: “que nada!”. (grifo meu)*

(M., 28 anos, teve o primeiro filho com 20 anos)

Isso demonstra um extremo desconhecimento e despreparo para lidar com situações que vinham logo em seguir, como as primeiras relações sexuais, a possibilidade de gravidez e a percepção da própria gravidez, também notada por NOGUEIRA (1984) na sua pesquisa com mulheres atendidas no serviço público do município de Duque de Caxias - RJ: “Há um grande desconhecimento, entre as mulheres entrevistadas, sobre o corpo feminino, processo reprodutivo e os métodos contraceptivos” (p.p.101):

*Entr - Você descobriu que estava grávida logo?*

*I - Descobri porque a barriga foi crescendo, a menstruação não vinha. Aí eu fui no ambulatório ver...*

(I., 23 anos)

As noções sobre anatomia e fisiologia do corpo e fertilidade ainda permanecem desconhecidas. Todas as entrevistadas, com exceção de uma já tinham passado por pelo menos uma gravidez e tem no mínimo um filho, mas quando perguntadas sobre o período fértil da mulher, quando elas teriam mais facilidade de engravidar, apenas as trabalhadoras do Ambulatório colocaram com precisão, entre as demais a maioria alegou não saber, algumas disseram ser perto da menstruação (antes ou depois) e uma chegou a relacionar o fato do seu desconhecimento por nunca ter feito uso da pílula anticoncepcional:

*Entr - Você sabe qual é o período mais fértil, que a mulher tem mais facilidade de engravidar?*

*M - Não, acho que se eu soubesse eu não tinha pegado esse menino, porque uns falam que é quando sai um líquido da gente e eu não sei se é isso não, porque nem todas as vezes a gente vê, várias mulheres tem esse negócio, outras falam que é quando a gente está com aquele líquido branco.*

(M., 28 anos, 3 filhos)

*Entr - E você hoje sabe os dias que são férteis, da menstruação? Sabe fazer dizer quando é mais fácil engravidar?*

*T - Não, nunca tomei remédio, agora eu estou usando DIU, mas remédio nunca usei.*

(T., 21 anos, 1 filho)

*Entr - E hoje você sabe?*

*S - Quando é fértil, não sei, é antes da menstruação!?*

(S., 4 gravidezes, 3 filhos)

Essa associação do período fértil, como sendo antes, depois ou durante a própria menstruação já havia sido percebida na pesquisa *Aceitabilidade e Efetividade de Uso do Diafragma entre Mulheres de Baixa Renda em São*

[32]

[33]

*Paulo* em que fiz parte da equipe de campo, a autora LEAL (1994), fez um estudo relacionando este imaginário a uma homologia feita entre sangue menstrual e esperma, relacionando essas substâncias como transmissoras que são fluidos úmidos e quentes, propensos à procriação. Esta autora conclui que “*O discurso médico, embora presente e disseminado na população em estudo, não é identificado como uma única possibilidade de explicação de processos como dores, sintomas, e o que o nosso foco aqui, a reprodução humana*” (p.p. 129). Pesquisas de outros autores como Snow e Johnson, citados por HELMAN (1994), observam que as mulheres “*só poderiam engravidar imediatamente antes, durante ou imediatamente depois de uma menstruação, enquanto o útero estivesse aberto*” (p.p. 45).

\*

As experiências absorvidas no início da vida das entrevistadas são marcantes para o seu desenvolvimento sexual e reprodutivo, interferindo também em suas condutas de saúde e, principalmente, na inter-relação que irão estabelecer com os diversos serviços e profissionais de saúde. Isto foi verificado no desenvolvimento dos demais itens analisados.

Abaixo, uma mulher refere a pouca diferenciação que faz, devido a sua experiência cultural local específica, da medicina oferecida por profissionais de saúde e da ação de farmacêuticos; para ela, com certeza, ambos são igualmente “doutores” ou “entendidos”:

*ENTR. – Sua mãe conversava com você sobre a sua menstruação?*

*- Falava que a minha primeira menstruação, eu fiquei tinha 18 anos, que eu era doente. Já tinha ido no médico,...*

*ENTR. - Ah, já tinha ido a um médico porque não vinha a menstruação?*

*- É.*

*ENTR. - E que médico você passou?*

*- Era farmacêutico mesmo.*

(Entrevistada em grupo)

### ***e) Mudança para São Paulo e Contato com a Rede de Saúde***

Como já foi dito no item *a*, as entrevistadas vindas de outras regiões do país, mudaram para a cidade de São Paulo entre 15 e 22 anos atrás, na década de 70, onde ocorreu as grandes migrações brasileiras do campo para a cidade. Os motivos alegados são todos de ordem econômica, apontando a falta de trabalho rural, as más condições para plantio e a baixa remuneração dos produtos agrícolas produzidos.

As entrevistadas alegam que suas famílias vieram em busca de “melhorar a situação”, melhorar a condição de vida, buscando melhores oportunidades de emprego na grande cidade. Segundo BOSCO (1981), a migração foi um

processo social movido por fatores econômicos; segundo os dados que recolheu junto a adultos atendidos no CETREM [34]

, em 1979, a característica dos migrantes era de baixo nível de qualificação profissional, baixo salário e contratos de trabalho em sua maioria ilegais, o que terminou por transformá-los em dependentes de serviços de assistência social.

Essa busca de assistência sobressai principalmente na área de saúde, já que *"para essa procura das cidades, um dos motivos alegados pelos migrantes, principalmente nas últimas décadas, é a consecução de recursos médico-hospitalares na cidade de São Paulo, motivo este que era pouco expressivo anteriormente"* (BOSCO, 1981, pp.4-5). Os demais motivos alegados na pesquisa citada foram: busca de trabalho e motivos familiares (morte de familiares — pais e esposos principalmente — desentendimento com pais, irmãos; separação do casal e também a chamados de parentes), além de outros não especificados por terem pouca relevância estatística.

Nos levantamentos dessa autora, 60% dos pesquisados alegaram motivos de saúde para a última migração, sendo que *"apenas uma minoria afirmou ter possibilidade de voltar às suas casas após o tratamento de saúde"* (Idem, Ibidem, pp.61). Sendo assim, não é de se estranhar que este contingente se contente com os recursos em saúde, mesmo que precários (em número e distância), que encontraram na periferia da região metropolitana de São Paulo:

*Entr. - E vocês vieram pra São Paulo na Monte Azul e aqui como era?*

*S - Quando viemos pra cá não tinha o Ambulatório e nem sei se tinha o posto de saúde, tinha um longe daqui, não era perto.*

*Entr. - Era da Prefeitura?*

*S - Era, mas não era esse aqui perto não. Era longe daqui.*

*Entr. - E como vocês faziam?*

*S - Eu lembro uma vez, não sei quem ficou doente, acho que foi minha irmã, ela, acho que se queimou e ele levou lá na Cruz Vermelha, no Hospital lá no Centro da cidade. Ele pegou o ônibus e foi, desceu lá na cidade...*

(S., 28 anos, 21 residindo em São Paulo)

NOGUEIRA (1994) afirma que *"a organização social da medicina no Brasil se voltou preferencialmente para a força de trabalho, respondendo a uma demanda específica do sistema produtivo e não às necessidades da população como um todo. Em consequência desse fato, estabeleceu-se uma clara fronteira entre as intervenções sobre a população em geral e as intervenções sobre a população trabalhadora (a demanda previdenciária)"* (pp. 35). Dessa forma, a estruturação de saúde contempla apenas a população trabalhadora urbana, principalmente a operária, excluindo trabalhadores do mercado informal, desempregados e trabalhadores rurais e sem terra.

O acesso à saúde, mesmo desses poucos trabalhadores, é a assistência médica, ou seja, apenas o atendimento às suas doenças, sem qualquer alusão à estrutura sanitária, social e econômica que gera a aparição dessas. Essa simplificação do problema leva as pessoas a atentarem apenas para aquilo que está sendo oferecido a mais e que antes não tinham. Sobre a qualidade dos serviços públicos de saúde utilizados pelos moradores da favela há 10 anos, uma entrevistada afirma:

*I. - Porque você sabe como era, na Bahia não tinha nada. E, pra nós aqui, tudo está bom, pra favelado tudo está bom...*

(I., 23 anos, nascida em São Paulo, foi para a Bahia e voltou com 13 anos)

NOGUEIRA (1994) comenta outro exemplo sobre a adequação do contentamento à estrutura de saúde existente: *"O abandono[do pré-natal] é muito pequeno; até porque as gestantes sabem que abandonando, dificilmente vão conseguir vaga em outro hospital para fazer o pré-natal"* (p.p.117). Assim, *"...a não-norma funciona como uma norma, tem-se a característica da violência institucional, que se expressa tanto na baixa qualidade do atendimento prestado, quanto na não-oferta desse atendimento"* (Idem, Ibidem, pp. 139).

O comportamento característico da maioria das entrevistadas é de procura das instituições de saúde após o

agravamento das doenças ou, no caso reprodutivo, no meio ou fim da gestação, para preparar-se para o parto. Não há um comportamento preventivo, assim como não havia na estrutura de vida rural da qual pertenceram elas mesmas ou seus parentes ascendentes.

Devido a esta característica, NOGUEIRA (1994) considera a saúde como reprodutora da ordem social: “*Num município onde as desigualdades sociais são imensas e a grande maioria da população encontra-se à margem do processo produtivo, as instituições de saúde não representam sequer uma estratégia de hegemonia, e são antes de tudo mantenedoras da ordem social excludente*” (p.p.140).

[35]

#### **f) Contato e Aceitação do Ambulatório Monte Azul e sua Proposta de Trabalho**

As entrevistadas relatam o contato com o Ambulatório desde o início de sua residência na favela ou da existência deste. Foi comum a utilização dos seus serviços para o tratamento de doenças quando eram crianças e, para a maioria, também atualmente, para levar os filhos que possuem:

*Entr - Quando você era pequena, quem cuidava da saúde na sua família?*

*T - Dr. M. [médico do Ambulatório]...*

*Entr - E na sua casa. Quem que cuidava quando ficava alguém doente...?*

*T - Ah, na minha casa era minha mãe, meu pai.*

*Entr - E onde eles levavam você quando adoecia?*

*T - Quando era alguma doença muito séria que eles precisassem levar lá no Ambulatório, eles levavam.*

*(...)*

*Entr - E os hospitais e postos da região?*

*T - Também ia.*

*Entr - Você teve alguma doença, algum problema?*

*T - Não.*

*Entr - Então ia nesses serviços para quê?*

*T - Uma gripe ou coisa assim. Às vezes, mesmo nem vinha no médico, minha mãe mesmo em casa cuidava, dava um chá, um remédio...*

(T., 21 anos, 20 anos moradora da Monte Azul)

*Entr. - Quando construíram o ambulatório, as pessoas iam?*

*S - Ficaram cabreiro, não queriam ir, não confiavam nesses médicos, ia mais pra fazer curativo. Pra passar no médico, pra tomar remédio mesmo não. Aí depois, o ambulatório mesmo, eles foram explicando que funcionava os remédios, que nem de farmácia. Mas mesmo até hoje tem gente que não usa não.*

*Entr. - Não usa por quê?*

*S - Porque não confia no remédio, fala que o da farmácia é mais melhor, que resolve logo.*

*Entr. - E você o que acha?*

*S - Acho que os remédios de farmácia é pior. O pessoal vai no Ambulatório mais pra passar no médico e não pra comprar o remédio do Ambulatório. Passa no médico e depois vai comprar o remédio que quer.*

*Entr. - Mas o médico então dá receitas de remédios de farmácia, normais também?*

*S - Não, mas o ambulatório usa também esses remédios. Tem médico, igual ao Doutor M., que dá, se você falar, ele dá. Mas é difícil eles dar de farmácia, a maioria que dar os remédios daí.*

*Entr. - E os seus pais, o que achavam do Ambulatório?*

*S - Ah, no começo achavam que os remédios de lá não valem nada não, porque demora pra fazer efeito, né?! Aí depois passaram a gostar, porque demora mas resolve...*

(S., 28 anos, 21 em São Paulo)

Outro motivo alegado para a procura do Ambulatório, quando não há crianças envolvidas com problemas de saúde, é o desenvolvimento de uma gravidez:

*Entr. - Quando você era pequena você usava o posto?*

*I - Não, só depois que engravidei mesmo. Já tinha ido no posto levar meus irmãozinhos quando ficava doente, ia no posto e levava. Mas para mim mesmo não, só o pré-natal.*

(I., 23 anos, 3 filhos)

O fato do tratamento realizado no Ambulatório ser feito com remédios homeopáticos, de linha antroposófica, causou reações de desconfiança e resistência, principalmente por esses produtos terem rótulos e caixas iguais, apenas com o nome da substância especificado. No entanto, a maioria das entrevistadas relata ter havido uma posterior aceitação desse fato, com exceção de algumas e daquelas que não simpatizam com esse tipo de tratamento devido à maior demora de eficácia frente aos remédios farmacêuticos alopáticos:

*Entr. - Logo que você começou a ir no Ambulatório, você tomou algum remédio?*

*M - Eles passaram. Um remédio que eles passaram pra mim era diferente, diz que os remédios dali são de ervas. Não sei nem o nome, acho que é Welleda. Mas passou pros meus meninos, pra mim mesmo eu nunca tomei.*

*Entr. - Você que utilizava remédios diferentes? O que você achava deles?*

*M - Olha, pra mim não funcionou não, não sei se é porque... pra uns dá certo, pra outros não, não foi pra mim, foi pros meus meninos, pra gripe, resfriado...*

*Uns falam que é bom, pra mim mesmo não, eu mesmo peguei pouca coisa ali, remedinhos pra resfriado, pra parar de tossir, pra pele, mas tem muita gente que fala bem.*

(M., 28 anos, 3 filhos)

*Entr. - O seu filho estava fazendo um tratamento?*

*G - Ele tem o intestino aberto, vai operar. A médica cuidava dele aqui na creche, ela não tava tratando no hospital. Tratava com remédio homeopático mesmo.*

*Entr. - E como foi o tratamento, não deu certo?*

*G - Não, eu não tenho fé nisso, não confio nesses tratamento..., nesses remédios.*

(G., 33 anos, 21 em São Paulo, 7 filhos)

*Entr - Você sabe que os remédios usado aqui no Ambulatório são diferentes? Você tem alguma opinião sobre essa diferença?*

*T - Quem está acostumado com esses remédios, eu acho ótimo, mas quem não é acostumado... No caso, minha filha tem problema de laringite, se ela vim pra cá, eu acho que esse remédio demora pra fazer efeito, pra quem está acostumado acho que é rapidinho, mas pra quem não está. Ele é bom esse remédio, mas acho que ele demora pra fazer efeito. Em caso de urgência, não é muito bom.*

(T., 21 anos, 20 anos moradora da Monte Azul)

A principal observação feita pelas entrevistadas, argumentando sobre a escolha do uso dos serviços do Ambulatório ao invés de postos de saúde e hospitais, está na forma de tratamento e atenção dados aos pacientes pelos profissionais:

*Entr - E o atendimento do Ambulatório é como nos outros serviços, hospitais e postos?*

*D - Não é igual. Nos outros lugares falta de tudo na verdade, falta da verba, falta do material, porque por exemplo, no estágio que eu fiz lá no hospital, tinha dia assim, que a gente chegava lá, o professor dava os pacientes e falava assim: “esses quatro pacientes aqui é seu”, aí você olhava pra prancheta e olhava o que tinha que fazer, qual era a medicação que tinha que dar. Tudo bem, até fazia, mas de repente pegava um caso que tinha a injeção tal, e ia lá na gaveta pegar seringa, pra fazer e não*



*tinha, uma seringa pra dar a injeção, uma agulha. Então, quer dizer, vai fazer o que com isso aqui. Eu sei o que é pra fazer, eu sei fazer, mas não tem agulha pra picar, não tem seringa, aí essa é a dificuldade que eu vejo.*

*Entr - E aqui vocês nunca têm falta?*

*D - Não, dessas coisas básicas não. Por exemplo, não ter uma agulha pra fazer a injeção é o fim do mundo. O dia que acabar esse estágio, nunca mas me mande pra hospital público, nunca mais. O que eu falei, não tem condições de trabalho.*

*Entr - Você pretende continuar trabalhando aqui mesmo?*

*D - É, pretendo sim.*

(D., 28 anos, 1 filho, funcionária e usuária do Ambulatório Monte Azul)

*Entr - Você nota alguma diferença no Ambulatório, dos outros serviços?*

*T - A diferença que tem é que nos hospitais não convém, né? Os médicos chegam, nem olham na sua cara, dão a receita e pronto. Se está com resfriado, nem olha, nem examina. Aqui não, aqui ele examina, pergunta como você está, a sua alimentação, direitinho, conversa com a gente.*

*Entr - E por quê você acha que essa diferença acontece?*

*T - Acho que a diferença é porque aqui é um Centro Comunitário, então eles têm mais, assim, atenção com a gente, né? Eles têm mais atenção com o pessoal daqui e mesmo com o pessoal de fora que eles atendem. Ou de fora ou de dentro, eles têm muita atenção.*

(T., 21 anos, 20 em São Paulo, 1 filho)

*Entr - Quando você era pequena você usava o posto de saúde da Prefeitura?*

*I - Não, só depois que engravidei mesmo. Mas já tinha ido no posto levar meus irmãozinhos quando ficava doente, ia no posto e levava. Mas para mim mesmo, não.*

*Entr - E como era o atendimento?*

*I - Atendiam bem. Mas tinha que sair daqui 5 horas, até hoje ainda tem. Aí faz a ficha e fica até duas horas da tarde lá, esperando o médico que não chegava. Isso que eu acho fantástico!*

*E às vezes tem remédio para dar para as crianças, às vezes não tem. E aí no Ambulatório sempre tem, porque é uma coisa natural, de ervas, então, sempre tem. No posto não é tão fácil.*

*Entr - E os hospitais atendem igual ao Ambulatório ou ao posto?*

*I - Sobre esse negócio de hospital, pode ter uns bons. Mas mesmo em caso de doença, nem de criança, você vê, na semana passada essa menina (filha da amiga Maria) tava com bronquite, ela foi levar no hospital, ela saiu daqui de manhã, quando voltou era quase 4 horas da tarde, de tanta criança. Porque não põe mais médicos nesse hospital? Nem examina a menina direito. Passa o dia inteiro lá, pra quando passar na sala o médico só perguntar o que tem, passar a receita e não examinar, nem nada... isso é fim de mundo mesmo!*

*Mas aqui, ela nunca passou a dela, mas eu já passei os meus e sei, eles examinam tudo, a vagina da criança pra ver se não tem infecção, o ouvido, examina o nariz, a boca, os peitinhos, as costas, os pezinhos, põe a mão nas costas pra ver como a criança se mexe, se não vai ter algum defeito. No hospital não, se você fala que veio pra dar uma olhada como está o peito, então eles dizem: “não é aqui não, você vai lá na outra sala que é pros casos de asma” e não examina nada.*

*Entr - Por que você acha que a atenção é desse jeito?*

*I - Ah, eu não sei, pode ser que o povo ganhe pouco e está revoltado com a vida. E eu que não ganho nada, está revoltado? O que eu posso fazer? Você mesmo faz suas pesquisas aí e não tá ganhando nada com isso. Você pensa que todo mundo é igual a você? Acho que o médico, pra ele ser médico tem que escolher tratar bem das pessoas. Se ele escolheu salvar a vida, tem que salvar a vida, tem que tentar salvar a vida. Mas não, passa remédio e passou até na televisão o caso das crianças que passou antibiótico e o remédio está até fazendo mal, trazendo bactérias mais fortes; em vez de matar as bactérias, as crianças tão morrendo por causa do remédio que médico está passando. Por isso que eu gosto dos remédios daí também, porque os remédios daí são tudo natural, feito de ervas, se tiver que morrer não vai ser por ter passado antibiótico, porque não tem antibiótico nesses remédios.*

(I., 23 anos, 3 filhos)

Apesar dessa preferência pelo Ambulatório, não deixam de haver casos de uso de convênio médico (para quem os possui através de contrato profissional), atendimento em postos de saúde públicos (para quem desacredita no tratamento, deseja remédios que façam um efeito mais acelerado, ou mesmo, que sejam dados gratuitamente (o que não

ocorre com os medicamentos da Wellela vendidos no Ambulatório). Além disso, em tratamentos mais graves, o Ambulatório encaminhou seus pacientes para a Clínica Tobias, em Cotia, também de orientação antropológica, o que em alguns casos foi insuficiente para essas mulheres:

*Entr - Depois do parto você chegou a voltar no Ambulatório para ver a inflamação no seio?*

*M - Fui, fiz cirurgia, tomei... já tive que rasgar, tiraram a glândula, falaram que era uma glândula aí.*

*Entr - Onde, foi cirurgia?*

*M - Eu fui na Clínica Tobias. Diz que tirou um pedacinho, porque essa glândula que tinha inflamado. Mas até hoje eu tenho problema, eu não posso amamentar... Meu seio enche de leite, mas eu não posso porque está inflamado.*

*Entr - A operação não funcionou?*

*M - Não, tomei uns remédios também, mas não adiantou nada. Naquele tempo, você sabe, eles passavam antibiótico caríssimo, então não cheguei a tomar o tal que o médico me mandou. Foi aquele antibiótico Voltarem, só que naquela época eu tomei só duas caixinhas porque eu tava sem dinheiro...*

*Entr - ...e eles não davam?*

*M - Não, sempre remédio do Ambulatório foi vendido, eles não dão remédio assim de graça, eles vendem. Então naquela época, não tomei todos os remédios porque não tinha como comprar, aí não sarou direito. Outro dia mesmo eu tava querendo ir lá naquele Hospital Pérola Byington pra ver, né? Aí eu vou ver.*

(M., 28 anos, 3 filhos)

*S - Aí o neném nasceu já..., nasceu bem, aí quando deu duas semanas eu fiquei com o ponto estourado e aí o corte estourou. Aí me levaram pra Clínica Tobias e eu fiquei lá internada. Aí não sei o que aconteceu lá, que era muito abafado pra menina, aí deu desidratação, aí o Dr. pegou a minha filha e botou no carro, da clínica e veio pra cá, pro Hospital Morumbi. Assim que ele chegou e entregou, ela já estava morta. Chegou já mortinha.*

(S., 28 anos, 21 em São Paulo, 4 filhos)

Observa-se que, independente da busca dos diversos serviços, há a permanência no uso de alguns elementos do trato da saúde das regiões rurais. Nos depoimentos, a maioria afirma continuar a utilizar ervas em chás e apenas uma entrevistada referiu a diminuição em usá-las, devido à dificuldade de encontrar tais plantas na cidade:

*T - ...Tem vezes mesmo que nem vinha no médico, minha mãe mesmo em casa cuidava, dava um chá, um remédio.*

*Entr - Ela usava chás, essas coisas?*

*T - hum, - hum [afirmando].*

*Entr - E ela aprendeu isso com quem?*

*T - Em Pernambuco, né? Acho que sempre fica uma coisinha... da mãe dela.*

*Entr - E ela passou isso para você ou não? Te ensinou como fazer?*

*T - Passou.*

*Entr - Você usa com a sua filha?*

*T - Uso. Quando minha filha está resfriada, eu sempre faço chá de puejo; dou AS, chazinho de camomila, erva-doce, erva cidreira...*

(T., 21 anos, 20 anos moradora da Monte Azul)

A mesma entrevistada cita a permanência de outro costume proveniente do meio rural em que viveu, atestando a procura de benzedoras ainda hoje, na própria favela:

*Entr - E lá em Pernambuco, você sabe se eles usavam alguma outra coisa contra doenças fora chás? Procuravam, por exemplo benzer, ou um pai de santo?*

*T - Sempre chamava alguém pra benzer. Mas pai de santo, assim, não.*

*Entr - Benzedoras. E aqui também tem?*

*T - Tem. Aqui na favela tem.*

*Amiga que Chegou - A minha mãe.*

*Entr - Ah, sua mãe é benzedora! Vou fazer uma entrevista com você também... [risos]. Procuram ela para quê?*

*T - De vez em quando eu levo a minha filha, contra mau-olhado. Porque eu nem desconfio e nem acredito, né. É melhor ir.*

(T., 21 anos, 20 em São Paulo, 1 filho)

Outra entrevistada também faz menção ao uso de bençãos:

*Entr. - Você já procurou ajuda de alguém sem ser parentes e médicos, farmacêuticos, para tratar doença?*

*S - Benzedeira pra criança, né? Que tá com quebrante, agitada, aí eu procuro... Mas pra doença mesmo acho que isso não resolve, não; mas pra criança com mau-olhado, se tá caidinha, acho que resolve. Pra doença assim, não.*

(S., 28 anos, 21 em São Paulo, 4 filhos)

Dessa forma, observa-se que elementos do trato com a saúde utilizados por pais e parentes ou em etapas anteriores da vida das entrevistadas, principalmente nas regiões rurais, são mantidos integral ou parcialmente nas condutas com a saúde atuais, no meio urbano, misturadas com outras posteriormente adquiridas. A rede de parentesco reforça essa manutenção, principalmente a feminina: as entrevistadas têm sempre irmãs, mãe, tias ou avós a quem recorrem nos momentos que necessitam de uma orientação sobre saúde:

*Entr - Tem alguém doente na sua casa?*

*I - Só ele que tá com um pouco de tosse, mas já deu um xarope ontem pra ele de mel e puejo. Hoje não vai tossir mais não, se Deus quiser.*

*Entr - Você fez uma mistura? Quem que tem ensinou a fazer?*

*I - Fiz uma mistura doida. Quem ensinou foi minha mãe, a dona M. a mulher que morava lá [na Bahia], minha Vó também. Dona M. que fez junto comigo, ela misturou, puejo com açúcar, com mel e ficou aquele caldo grosso. Aí ela fez, deu pra ele, eu dei pra neném também, depois deu pra ela. Se com qualquer tossinha eu correr pro hospital, não vai dar certo, porque chega lá vai passar xarope, o que pode piorar. Tem gente assim, que leva logo pro hospital.*

*Já tem mãe que só leva pro hospital quando o filho já está morrendo, quando não tem mais jeito, leva pro hospital. Mas tem outras.... Eu não levo pro hospital porque tenho minha irmã, minha mãe que sabem fazer esses remédios, eu dou pra eles e eles sempre melhoram da tosse, nunca pegou uma bronquite ou uma pneumonia, graças a Deus. Mas se não tivesse minha mãe, alguém assim que me desse orientação, acho que eu levava. Essa aqui [recém-nascida], eu nunca levei porque ela nunca deu problema.*

*Entr - Você pensa em ensinar essas coisas de cuidado pras suas filhas?*

*I - Esses remédios, eu ensino uma vez só. Se não quiser aprender, não aprende. É nada! A gente fala assim, mas na hora que os filhos crescem, acho que não tem mãe que não ajude...*

(I., 23 anos, 3 filhos)

### **g) Atendimento Ginecológico e Contraceção**

O atendimento ginecológico costuma ser feito no decorrer da gestação, tanto no Ambulatório como em postos de saúde locais. Não houve referência de primeira procura por outros motivos ginecológicos, apenas uma entrevistada que estava com dificuldade de engravidar.

O Ambulatório Monte Azul realizou por muito tempo reuniões com grupos de mulheres grávidas; em alguns, havia instrução também sobre o parto e sobre contraceção:

*Entr. - Você participou de algum grupo feito no ambulatório?*

*M - Já, eu participei de uma reunião lá, mas era sobre o parto: como era o parto, como era o negócio do umbigo, como a mulher podia correr na gravidez, esse tipo de coisa.*

(M., 28 anos, 3 filhos)

*Entr. - E a parteira faz grupos com mulheres?*

*I - Antigamente ela fazia, agora parou.*

*Entr. - Você já fez o grupo lá?*

*I - Não, o grupo não, mas sempre é às vezes que eu ia lá pra ver se já tem ficha, e as mulher dizia que ela não ia lá a tarde*

*porque ia fazer esse negócio. Ela juntava as mocinhas pra ensinar esses negócios, com aquele negócio que põe na parede, na tela; e as mulheres viam tendo nenê... Era importante, não devia ter parado não, mesmo a gente que já tem filho precisa saber mais sobre essas coisa, não é só as mocinhas que precisam saber das coisas.*

(I., 23 anos, 3 filhos)

Apesar da opinião sobre esses grupos ser sempre positiva, algumas citaram que não interferem no comportamento preventivo, principalmente o contraceptivo:

*Entr. - Se você tivesse feito grupos, sua vida seria diferente?*

*Amiga da Entrevistada - Não muda não, não tem nada a ver.*

*I - Eu acho que não muda não. A gente só vai ficar sabendo mais das coisas. Eu mesma não tinha tomado a pílula mais cedo. Eu não, não tinha dinheiro pra comprar...*

(I., 23 anos, 3 filhos)

Ainda hoje, a gravidez somada à contracepção são os principais motivadores da ida ao Ambulatório, sendo que outros exames ginecológicos, como por exemplo o papanicolau, são realizados com certa regularidade pelas entrevistadas (cerca de uma vez por ano), porém não foram referidos espontaneamente em seus relatos. Uma mulher cita o pagamento parcial dos exames, como razão da procura pelo Ambulatório frente a outros serviços de saúde:

*Entr. - Os exames de gravidez são pagos?*

*I - Paga, é 5 reais. Só o ultra-som que é mais caro. Mas na Santa Casa, se você quiser fazer pelo INPS, você marca hoje e vai fazer daqui a dois meses, se for pagar é 60 reais.*

*Aqui no Ambulatório não, já economiza 40 reais na hora. Se vai fazer o ultra-som e não tem, dá dez reais na hora e os outros dez na próxima vez. Ou se não tiver, dá os 20 no próximo mês, vai fazer o quê? Não vai deixar de fazer o ultra-som e ver como está a criança por causa que não tem dinheiro.*

*No outro caso, se você tem dinheiro pra fazer na hora, tem de ser muito, ou se chega sem dinheiro, tem que fazer daqui a dois meses! Se tiver alguma coisa e a mãe tiver que se tratar pra criança nascer com mais saúde, a criança pode até morrer. Por isso que eu acho ruim no hospital.*

*Não sei se foi isso que você viu na sua pesquisa, mas as mulher, acho que gostaram tudo de ganhar neném no Ambulatório, acho que não tem nenhuma que não gostou. Se não gostou, porque foi então pra lá, e também se você chega no hospital com a barriga grande, examina: “não vai ser pra hoje não, pode ir pra casa”, ....*

(I., 23 anos, 4 gravidezes)

Apenas uma das entrevistadas, se referiu à preferência de utilização do posto de saúde local ao invés do Ambulatório, motivada pelo desentendimento com as profissionais deste:

*Entr.- Hoje em dia você vai aí no Ambulatório? Usa os seus serviços?*

*G- Não, eu não falo com eles, (...) tem algumas meninas ainda que nem fala comigo, ainda porque depois daquela briga com a médica, que falou que eu não queria cuidar do meu filho. Sabe, eu falei: porque eu não quero? Você sabe da minha situação? Sabe, eu acho que prá você chegar e criticar uma pessoa, eu acho que eu não te conheço, não sei quem é você, não sei da tua vida, como é que eu posso chegar e te criticar? Sabe, eu tenho que procurar um fundamento, eu tenho que procurar o que tá se passando, prá você tá daquele jeito. E essa médica, sabe, ela chegou dando murro na mesa, dizendo que não tinha operado o menino porque eu não queria, que ela ia arrumar um hospital...*

*Elas não procuram o fundamento da coisa, sabe, elas só chegam e te criticam, né? Chegam te criticando, exigindo, como se você tivesse condições, como se pudesse chegar num hospital e dizer: Dr., quero o menino operado. Pronto, acabou!*

*Então, elas vieram até aqui na cozinha e espalhou o que tinha acontecido lá dentro do Ambulatório. E veio contar na cozinha pra uma da Associação, porque a cozinha aí em baixo só é usada pela turma da associação.*

*É, elas me olha assim, sabe, porque eu sou mais de chegar e dizer na cara, eu não sou de chegar por trás e falar, eu acho que não existe essa crítica comigo de guardar essa mágoa. É melhor eu chegar e dizer: você fez isso e isso e isso que eu não gostei, pronto, acabou. Se gostou, gostou, se quiser continuar a falar comigo você fale...*

*Então pra mim aquilo foi um desaforo, houve crítica no meu nome, bá, bá, bá, muitas pessoas me criticaram, então aí, quando foi no final da tarde eu voltei lá no Ambulatório e chamei todas elas, eu digo bem assim, vocês são tudo um bando de filha da...*

*Porque eu acho que quando a gente quer ajudar, a gente ajuda; mas quando a gente quer criticar, praticar aparece mil;*

*agora, pra ajudar, não aparece nenhuma. Peguei, saí, dei as costas e vim embora. Agora, minha presença ali, só se eu tiver mesmo que não me agüentar...*

*Só o médico, o que acho fundou isso aí,, ele fala comigo, ele conversa comigo, ele brinca comigo até, médico antigo, maravilhoso, ele não é só como médico mas também como amigo, entendeu?*

(G., 33 anos, 7 filhos)

Com exceção de uma depoente, de 16 anos, todas as demais estavam utilizando algum método contraceptivo. Os mais utilizados são o DIU e a pílula anticoncepcional, porém, em ambos os casos, as mulheres desconhecem o mecanismo de atuação no organismo feminino. Frente à variedade de métodos existentes, esse fato mostra a não informação sobre outros contraceptivos, o que coincide com algumas conclusões de NOGUEIRA (1994): *“Há um grande desconhecimento, entre as mulheres entrevistadas, sobre o corpo feminino, o processo reprodutivo e os métodos contraceptivos. A pílula anticoncepcional é o método mais conhecido e utilizado, apesar dos inúmeros efeitos colaterais por elas mesmas mencionados”* (p.p. 101). Em pesquisas de MAGALHÃES et all. (1994), realizada em Alagoas, os métodos químicos de alta eficácia também foram os mais citados, correspondendo a 75% do uso.

A pílula anticoncepcional foi utilizada, durante algum período da vida reprodutiva, por quase todas as entrevistadas, que contam sobre a facilidade de adquirir marcas conhecidas diretamente em farmácias sem receita médica, confirmando a tese de OLIVEIRA (1984) para quem *“...a auto-medicação pode também representar uma opção sobre como dispor das sensações corporais. Contudo, sofre grande influência das multinacionais do remédio e dos meios de comunicação de massas a seu serviço”* (pp. 34):

*Entr. - Como você ficou sabendo da pílula anticoncepcional?*

*I - Conhecia quem tomava: minha mãe. Eu vi no móvel. Aí comprei o remédio que ela toma, Nordette, eu ia na farmácia e comprava.*

*Entr. - E esse que você está tomando?*

*I - eu tou tomando Micronor é por causa do leite, é mais fraquinho. Eu fui na farmácia e pedi aquele comprimido que pode tomar amamentando Mas eu também não confio nesse remédio não, ainda não fiquei menstruada e por isso quero mudar pro Nordette.*

(I., 23 anos, 4 gravidezes, 3 filhos)

Devido a grande saída de DIUs verificada nos registros, além do depoimento das informantes, ficou nítida a preferência dos profissionais do Ambulatório por este método e a aceitação do uso pela maioria das mulheres, mesmo sendo verificados casos de falha em sua eficácia:

*Entr. - Depois do parto como foi? Você ficou grávida de novo?*

*S - Depois eu pus o DIU e fiquei dois anos com ele, mas aí eu fiquei, sabe como é, com medo de ir no ginecologista.*

*Entr. - Qual? Esse do ambulatório?*

*S - Não, qualquer um eu tenho medo de ir no ginecologista. Mas aí eu fui e ela explicou direitinho e eu pus?*

*Entr. - E o seu medo?*

*S - Eu tinha medo de colocar, mas aí ela [a parteira] me convenceu,, falou que era melhor do que ter filho. Aí depois de dois anos eu fiquei grávida, porque eu não fiz a revisão.*

*Entr. - Ah, você engravidou com o DIU.*

*S - É, com o DIU, porque eu deixei dois anos sem ver...*

(S., 28 anos, 4 filhos)

A constatação da grande opção pelo DIU, mesmo este método provocando em várias mulheres o aumento do período menstrual, vai contra as conclusão de HELMAN (1994): *“...algumas mulheres procuram evitar determinados métodos contraceptivos (orais ou dispositivos intra-uterinos) passíveis de causar mudanças na menstruação”* (p.p.45).

Foram citadas ainda a camisinha — como ex-método ou método provisório por causa da recusa de uso masculina — e a laqueadura como método final — para uma entrevistada opcional e outra contra sua vontade — ou como método idealizado. NOGUEIRA (1994) menciona em seu trabalho: *“A esterilização foi uma das opções mais*

comentadas entre as mulheres e, na grande maioria das vezes, é vista como solução para os seus problemas, principalmente para aquelas com mais de três filhos” (p.p. 102-103). Uma entrevistada fez referência a um ex-namorado, parceiro sexual, que foi vasectomizado.

*Entr. - Você falou dos métodos de evitar filhos, quais você conhece?*

*M - Tem a camisinha, mas ela é ruim, meu namorado mesmo não quer usar, ele não usa de jeito nenhum. Mas o comprimido também faz mal. A gente emagrece, ele dá problema, eu mesmo emagreci um pouco sim, perdi alguns quilinhos. Mas depois que eu acostumei, melhorou. Tem também o DIU, mas tem gente que diz que prejudica o útero da gente. A única coisa que tem de melhor é a operação.*

(M., 28 anos, 3 filhos)

*Entr. - Você fez laqueadura no último parto?*

*S - Fiz. Eu não falei que queria, mas eles operaram, Falaram que mesmo se eu não quisesse, ia operar, que era a quarta cesárea e não podia ficar assim.*

*Entr - E o que você achou disso?*

*S - Ah, eu achei bom e não achei bom. Porque ela me colocou muito que "tem que operar!", mas eu não falei que queria. E se eu quisesse ter mais um filho? O problema é meu!*

*Mas também gostei porque não queria mais filho não. Mas um filho seria muito, está muito difícil a vida pra ficar tendo filho...*

(S., 28 anos, 21 em São Paulo, 4 filhos)

Em outra pesquisa, MORAES (1991) aponta que há uma alta incidência de esterilização nas mulheres mães. Comparando grupos de São Paulo e Recife, obteve, respectivamente, 46% e 50% de esterilização cirúrgica entre mulheres com menos de 24 anos. Para esta autora, as precárias condições materiais de existência tornam a “*laqueadura uma estratégia de sobrevivência*” (pp.58). A laqueadura aparece também, como um dos fatores para o aumento do

[36]

número de cesáreas, que no país gira em torno de 36% .

Os métodos de barreira (camisinha masculina e diafragma) não foram em nenhum momento associados à prevenção de

[37]

doenças sexualmente transmissíveis e nem à AIDS , o que demonstra uma ausência de preocupação com estas e a falta de um trabalho preventivo específico, visto que a AIDS tem sido a primeira causa mortis de mulheres entre 19 e

[38]

29 anos desde 1994 no Estado de São Paulo , além de ter havido na própria Favela Monte Azul o caso de uma

[39]

gestante soropositiva, além de vários casos de sífilis diagnosticados :

*Entr. - E sobre doenças que pegam pelo sexo? Você teve alguma orientação no Ambulatório?*

*S - Ah, AIDS, não. Falam mais de evitar filho mesmo.*

(S., 28 anos, 21 em São Paulo, 4 filhos)

*Amiga - Quando eu estudei na Escolinha, eles falavam sobre doença, um monte de coisa... explicavam aids, outras doenças...*

*I - É, tem teatro. Eles fazem um teatro que mostra alguma coisa, uma pessoa com aids e outra assim, se deve evitar ou fazer alguma coisa. Na Associação, tem teatro e às vezes eles fazem isso.*

*Entr. - E você sabe o jeito que pega a aids e como evitar?*

*I - Eu sei, já vi na televisão. Mas se for pra mim pegar, só se for pegar do meu marido. Só se ele for um safado, sem-vergonha e sair com outras por aí. Se depender de mim não.*

*Entr. - Você usa camisinha com ele?*

*I - Eu não! [Reação de Espanto]*

(I., 23 anos, 2 casamentos, 3 filhos)

Desta maneira, o atendimento à saúde ginecológica se concentra no trato reprodutivo, desconsiderando a saúde sexual, com suas ocorrências em possíveis contaminações por doenças sexualmente transmissíveis ou com relação à sexualidade, com raras exceções:

*Entr. - Você já teve problema na relação sexual?*

*S - Já fui procurar a parteira, uma vez por causa disso. Falei com ela uma vez e ela me passou um médico, um ginecologista.*

*Eu não estava conseguindo ter relações, tava muito fechada e a médica conversou comigo, aí eu expliquei tudo. A parteira tenho mais intimidade e a médica eu expliquei com um pouco de vergonha.*

*Entrev. - É assim, quando tem que falar esses problemas para o médico?*

*S - Acho que as outras mulheres só fazem exame mesmo, não falam nada. Eu falei porque a partir disso a médico perguntou como estava minha relação com meu marido.*

*Entrev - E o seu problema foi resolvido?*

*S - Não tá como tava antes. Porque antes eu tinha medo de tudo, né? De ter relações, ficava bem preocupada. Agora não.*

*Entr. - E esses medos como eram?*

*S - Eu comecei a ter depois que eu tive filho. Aí depois eu falei pra médica que não tinha vontade de ter relação. Aí ela explicou que eu tinha que ficar mais à vontade, tinha que relaxar mais, aí mandou eu voltar. Mas eu não voltei, achei que ela não trabalhava mais aí, então deixei pra lá..., melhorou um pouco, mas eu não tenho orgasmo...*

(S., 28 anos, 4 filhos)

*Entr.- Você ia ao ginecologista? Chegou a fazer algum exame antes de ter filhos?*

*M - Não, foi mesmo quando eu me tornei mãe.*

*Entr.- - Nunca tinha feito nenhum exame, aquele papanicolau, nada?*

*M - Nada. Só quando eu não conseguia ter filho, ele olhou assim e tudo... Falou que eu tinha o útero infantil que não podia engravidar, mas não chegou a dar tratamento, não.*

(M., 28 anos, 3 filhos)

## ***h) Atendimento às Gestações e Casos de Aborto***

Mais da metade das entrevistadas teve a primeira gestação involuntariamente, como decorrência de relações sexuais sem uso de nenhum contraceptivo, "... como uma coisa dada, um fato do destino sem haver a menor possibilidade de modificação" (NOGUEIRA, 1994, pp.82). As que optaram de forma consciente por uma gestação têm escolaridade de segundo grau, mostrando que o acesso ao ensino é fator relevante na gravidez indesejada.

Uma parcela, inclusive, engravidou na adolescência, o que, porém, não interferiu no seu processo de escolarização, já que boa parte dessas mulheres havia abandonado a escola anteriormente à gestação, no início do primeiro grau. Em decorrência da gestação em idade precoce, verificou-se casos de aborto espontâneo das mesmas, ou de parentes na mesma situação:

*Entr. - Me conta mais de vagar, como ficou grávida a primeira vez?*

*I - Descobri foi numa festa. Aí comecei a sentir uma dor aqui (apontando para a barriga) e tinha 3 meses que não descia [a menstruação] pra mim. Só que como eu era doída, vinha 2 meses, depois não vinha mais, eu ficava dois, três meses...*

*Entr. - Era desregulada...*

*I - Isso, então eu não sabia se tava ou se não tava grávida. Aí fui numa festa, comecei a sentir umas dor na barriga, nas costas, fui pro banheiro e tomei um banho gelado. Liguei o chuveiro e tomei um banho, aí desceu um negócio nas minhas pernas. Que eu vi assim, não falei nada pra ninguém, era desse tamanhinho [mostrando com os dedos um tamanho de cerca de 5 centímetros]... Porque eu não sabia de nada.*

(I., 23 anos, 4 gravidezes, 3 filhos)

Não foram relatados abortos provocados realizados por curetagem ou uso de Cytotec , apenas a ocorrência de um parto prematuro com feto nati-morto provocado pela violência física do marido na gestante. As profissionais do Ambulatório, no entanto, afirmam a procura deste serviço para a realização de abortos (o que não é atendido) ou para a atenção a abortos provocados:

*Entrev. - E aqui, ocorrem muitos casos de aborto?*

*N - Ah, sim. Tanta gente vem pedir pra fazer. Tem outras que já vem feito também?.*

*Entr. - E como vocês lidam com isso?*

*N - Ah, a gente trata bem, porque já fez mesmo, então faz o tratamento que for necessário. Se precisar, encaminha pro hospital também.*

(N., moradora da favela e funcionária do Ambulatório Monte Azul)

Por outro lado, foram citados uso de ervas por familiares para "descer a menstruação", também encontrados nos estudos de NOGUEIRA (1994): "*Uma gestante do HGDC ao contar o seu aborto, descreve minuciosamente todos os procedimentos utilizados, desde a ingestão de chás ...*" (p.p.104); e, em artigo de FIGUEIREDO (1995) sobre o trabalho de campo realizado em Carapicuíba e Osasco: "*a utilização de chás fitoterápicos ou remédios abortivos locais ocorre, geralmente, após um atraso menstrual, que pode ser um indício de gravidez ou não, nem sempre diferenciada por uma mulher que quer "fazer a menstruação descer" e que pode não considerar (até por motivos religiosos) isso um aborto*" (p.p. 8).

Para MAGALHÃES et all (1994) as ocorrências do período fértil e reprodutivo irão determinar todo um ritmo de vida que se segue em sua extensão, com relação aos aspectos de saúde de forma negativa: "*...a partir do momento em que ingressa na vida sexual ativa até a menopausa, ingressa também num círculo vicioso e passa do anticoncepcional insatisfatório para a gravidez indesejada e daí para o aborto*" (p.p.8).

Com relação ao acompanhamento das gestações, observa-se que as entrevistadas que procuraram o serviços de pré-natal inicialmente foram as que desenvolveram sua gravidez já morando em São Paulo, sendo que a procura tardia refere-se mais à gravidez no meio rural ou pequenas cidades do interior do Nordeste, onde tal ação foi dificultada pela não existência de serviços de saúde próximos. Essa observação em comparação à pesquisa de outras autoras, como NOGUEIRA (1994) e MAGALHÃES (1994) que apontam que o serviço oferecido de acompanhamento às gestantes pelo Ambulatório Monte Azul, situado no interior da favela tem sido importante para o aumento do número de consultas neste período, para cerca de oito ou mais; bem diferente da média brasileira encontrada, de quatro, ou até três consultas em algumas regiões do país.

O Ambulatório aparece como o principal serviço procurado devido, como também surgiu nos dados de NOGUEIRA (1994), à "*proximidade de casa, informação positiva de parentes ou amigos, boa experiência anterior e, principalmente, o fato de ser um serviço público*" (p.p. 88-89), portanto ser gratuito. O bom atendimento realizado pelos profissionais do Ambulatório é visto como fundamental, quando se faz a comparação com outros serviços públicos em que há queixas de atraso, falta de assiduidade dos médicos e pouco tempo de consulta e atenção despendidos por estes às gestantes:

*Entr. - Onde você morava na gravidez do seu primeiro filho?*

*M - Aqui do outro lado do morro mesmo, no Santo Antônio.*

*Entr. - E o acompanhamento da gravidez?*

*M - Fazia aqui no ambulatório. Dos três filhos eu fiz lá.*

*Entr. - O que você achou do acompanhamento?*

*M - Pra mim foi normal, eu não tive problema nenhum. Pra mim foi bom, acho que eles atendem a gente bem, não tem aquele problema de ter que enfrentar fila e se a gente quer marcar uma consulta, não tem problema de ficar esperando muito tempo. Quem não tem convênio, no INPS, a gente espera muito. Mas ali eu não tenho o que reclamar não, eu ganhei os três filhos ali, eles[os profissionais do Ambulatório] são super legal.*



(M., 28 anos, 3 filhos)

*S - Eu fiz o pré-natal aí porque era muito bom, elas têm muita paciência, explica como é que tá o bebê, a mãe... Achei muito bom.*

(S., 28 anos, 4 filhos)

*T - No serviço público parece que os médicos não quer por a mão na gente, parece que tem nojo da gente, como se a gente fosse suja...*

(T., justificando o fato de ter acompanhado sua gravidez com um médico do convênio e no Ambulatório Monte Azul)

*"Aí que me cuidaram bem, tratam a gente de corpo e alma".*

(Entrevistada em Grupo, sobre o seu atendimento pré-natal no Ambulatório)

A preferência pelo Ambulatório no acompanhamento do pré-natal, não impede que em alguns casos, as mulheres façam uso concomitante de um serviço de saúde pública, principalmente dos postos da região. Isso foi referido por uma entrevistada que alegou a ausência da profissional que oferecia este serviço no Ambulatório em dada época e pelo fato de se poder ter acesso a exames totalmente gratuitos, mostrando que há um fluxo entre um serviço e outro que convivem de forma complementar:

*I - Eu fazia [o pré-natal] aí no Ambulatório. Eu achava a parteira mais melhor, quando `as vezes ela não tava, aí para eu não perder o pré-natal, eu ia lá no posto, mas preferia aí.*

*Entr. - Por que você preferia aí?*

*I - Ah, sei lá. Porque é pessoa conhecida. Ela entende dessas coisas também, então não via razão para sair 5 horas para ir lá no posto de saúde, que também é normal, que nem o Ambulatório. Então até seis meses eu ainda ia no posto, ia nos dois, porque quando não tinha jeito aqui, porque as vezes eu chegava atrasada e só pegam com ficha [senha], aí eu não tinha como passar. Aí no outro dia, eu ia no posto. Passava no posto e continuava indo lá no Ambulatório. Até os seis meses fui nos dois, depois eu não fui mais no posto, só aí.*

*Entr. - E você chegou a ter algum problema na gravidez?*

*I - Não, tomei só vitamina que dava no posto de saúde.*

*Entr. - E no Ambulatório?*

*I - Falava pra eu tomar a vitamina. O médico do posto sabia que eu ia nos dois, porque eu levava o cartão do Ambulatório para o posto, aí ele marcava no cartão. Quando eu ia passar com a parteira aqui, ela via marcado no cartão.*

*Entr. - E nunca aconteceu de um achar uma coisa e o outro achar outra?*

*I - Não, porque a mulher fica grávida, aí passa aqui no Ambulatório e ela manda as pessoas para o posto de saúde fazer o exame de sangue. Aí ela manda no posto, porque o pessoal do posto já sabe que ela é uma parteira.*

(I., 23 anos, 3 filhos)

NOGUEIRA (1994), pesquisando a opinião de mulheres sobre os serviços de pré-natal em Duque de Caxias - RJ, relata: "No HGDC *ouve uma predominância de críticas negativas, desde a relação médico-paciente até questões relativas à organização do atendimento. As entrevistadas não escondem sua decepção com a consulta médica, marcada pela excessiva rapidez e total ausência de afetividade. Reclamam do atraso dos médicos, da espera nas filas e da morosidade para solicitação de exames*" (p.p.105). Essa mesma opinião é expressa pelas moradoras da Monte Azul entrevistadas, que relevam o bom atendimento e, devido ao contato com o atendimento diferenciado do Ambulatório, parecem se tornar até mais exigentes, pois vêem que existe possibilidade de um serviço que consideram mais humano e afetivo; o que se repete nos comentários sobre o atendimento ao parto analisados a seguir.

### i) *Atendimento ao Parto*

Das 9 entrevistadas individualmente, que resgatou-se a história de vida sexual e reprodutiva, 8 tiveram filhos, num total de 21 nascidos, sendo 2 eram gêmeos, perfazendo um total de 20 partos. Desses 20, quatro (20%) foram cesáreas realizadas em hospitais de São Paulo e os outros 16 (80%) foram partos normais, sendo metade deles realizados no Ambulatório Monte Azul e metade em hospitais também da cidade. Ou seja, os partos ocorreram, para aquelas que vieram de outras cidades e regiões, após a migração para São Paulo e, do mais antigo (realizado há 18 anos) ao mais recente (recém-nascido [41]), a quantidade de partos normais supera em muito os índices nacionais [42] (de 64%) [43].

Cabe ressaltar também, que as cesáreas citadas, são todas da mesma parturiente e foram encaminhadas pelo próprio Ambulatório Monte Azul, que a atendeu, inicialmente, para parto normal. Esse fato indica que a disponibilidade de serviços que priorizem o parto normal têm aumentado a sua incidência, pois possuem profissionais mais preparados para este procedimento e que não praticam a cesárea desnecessariamente, como vem ocorrendo na maioria dos hospitais.

Outra verificação, é a busca do Ambulatório Monte Azul por essas mulheres como um local preferencial para a realização do parto, já que metade das que utilizaram o serviço hospitalar para o parto normal e, mesmo a parturiente que teve as quatro cesáreas, declararam a não opção e o descontentamento com o atendimento dado pelos hospitais:

[44]

*T - Eu queria fazer o parto aqui com a parteira .*

*Entr. - E por que você não veio fazer?*

*T - Porque foi assim de última hora. Eu tava na minha mãe, meu irmão e meu marido também tava. E ele não sabia como fazer. Os papéis, o bip da parteira tava tudo comigo, então ele nem perguntou, levou pra onde estava mais perto.*

*Daí ele me levou pro hospital e ele, o meu marido, queria entrar para ficar lá junto e ver e assistir e não deixaram, porque também ficaram trocando o médico a noite inteira e ele não conseguiu quem deixasse. Então foi horrível, porque eu sentia dor e ninguém me ajudava. Eu gritava “chama a [nome da parteira]”, “chama a [nome da parteira]” e não tinha nada ali, um chá laxante... A neném nasceu logo... Ela não teve nenhum problema, então levaram a neném.*

(T., 21 anos, um filho tido de parto normal em hospital)

*G- Ter o parto aqui no Ambulatório é bem diferente. É bem melhor. É muito carinho que a gente tem, que a gente recebe, eu acho que a partir da hora que você tá sentindo aquela dor, você ganhando um carinho, sabe, você ganhando um pouco de amor, eu acho que a pessoa tá sendo isso, eu acho maravilhoso...*

(G, 33 anos, 6 partos normais, todos em hospital)

*Entrev. - Como foi seu primeiro parto?*

*S - Eu queria ter aí com a parteira, mas a bacia era muito pequena e aí ela me levou pro hospital Morumbi. Chegou lá, a parteira falou que eu estava pra ganhar, que não podia esperar, que era cesárea e tinha que cortar... Aí eles me deixaram lá no quarto com muita dor, fiquei com tanta dor que tive um ataque epilético e não vi nada mais... A parteira não estava mais lá, não deixaram ela ficar, aí eu nem vi como é que foi o parto, porque me deu um ataque por tanta dor. Aí quando eu acordei, já tinha ganhado já. Passei a mão na barriga e falei: "cadê a barriga"?*

*Entr. - O que você achou dessa experiência?*

*S - Eu achei muito chato, porque eu tinha falado pra eles que eu não tinha passagem, eu tava correndo perigo de vida e eles nem ligaram e também fizeram a cesárea de qualquer jeito, fizeram assim [mostrando um corte vertical], em vez de fazer assim em baixo, como se fosse qualquer um, parece que não tem amor a gente, faz de qualquer jeito só porque é INPS. Não parece que são ser humano esse pessoal lá do Morumbi, não tem carinho com a pessoa, parece que é um objeto qualquer...*

*A parteira não, ela trata a gente como se fosse gente.*

(S., 28 anos, 4 cesáreas)

O motivo de maus tratos, aparecendo como desrespeito no trato com a parturiente, procedimentos incorretos, falta de escuta dos profissionais às falas das pacientes, foi bastante referido nos partos hospitalares e motivo para a busca do parto no Ambulatório. Além desse, houve críticas pelo fato da internação no hospital ser de, no mínimo, três dias, de não poder levar acompanhantes ao hospital, e deste estar associada à realização de cesárea, mesmo que sejam considerados aspectos positivos no atendimento destas instituições, como por exemplo a quantidade de equipamentos para casos de urgência ou disponibilidade de medicamentos:

*Entr - Você pensou em ir para o hospital?*

*I - Eu não, eu tinha medo de hospital. Porque se chegava no hospital pra levar alguém, você vê um monte de gente lá com tiro, uma gritaria, um monte de gente gritando. Eu morria de medo de hospital. Eu nem pensei em ir pro hospital.*

*O menino que eu tive no hospital, eu fui pra aí, mas só que ela estava viajando, aí não tinha como ter aí. Aí eu fui no hospital com a minha mãe, me levaram aí dessa vez ela não foi junto, nem pediu, sabia que não podia.*

*Aí foi ruim, ter um monte de mulheres gritando e não ter ninguém. Só que a mulher que eu ganhei neném com ela, ela é amiga da parteira daqui e já fazia parto aqui antes, quando a parteira chegou aqui, ela foi fazer parto no Campo Limpo, então era mais ou menos a mesma coisa. Ela também acarinhava a gente, falava para ter calma.*

*Também, tinha que ficar na cama, com as pernas assim [mostrando com as pernas], da uma dor ruim nas pernas. Não é ruim H .[amiga que chegou]?*

*H - É,*

*I - Aí no Ambulatório tem aquela cama também, se você quiser, mas tem cama normal. A minha cunhada teve neném até sentada, porque não agüentava ficar deitada, ela sentou assim na beirada da cama e a parteira ficou assim no chão pra segurar a criança. Isso é legal, porque no hospital, se estoura a bolsa, não deixa você nem levantar da cama mais, aí [no Ambulatório] não, e a mulher ainda tem força pra andar, ela fala: “pode andar um pouquinho aqui e ali”. Aí, quando ela vai fazer toque pede pra deitar: “deita aí que eu vou fazer toque”. Super-legal, fica acarinhando a gente.*

*Entr. - Por quê você acha que existe essa diferença?*

*I - Depois que estoura a bolsa eles acham que o menino vai nascer, vai sair, Quando eu tive o J. no hospital, enquanto não estourava a bolsa eu ia no banheiro toda hora fazer xixi. Mas quando estourou a bolsa, pronto: “se tiver vontade de urinar ou fazer cocô pode fazer aí. Não sai daí de jeito nenhum”.*

*H - Acham que é perigoso o neném cair no chão (risos).*

*I - Não tem nada a ver isso. A parteira não, é mais carinhosa, ela tá lá fazendo toque, tá vendo que o menino não vai cair a toa. Se tiver na hora, é lógico, a mulher ainda tem que fazer força e o médico ainda tem que ajudar... A criança vai sair escorregando! Eu achei muito chato ali no Campo Limpo, o hospital.*

(I, 23 anos, 3 filhos de parto normal,  
dois no Ambulatório Monte Azul e o do meio em hospital)

*G- Quando tem o neném aí no Ambulatório você já vem pra casa.*

*Entr.- E você acha melhor isso ou acha melhor ficar uns dias no hospital?*

*G- Eu acho sabe, que no hospital é bom porque ali você tá tendo medicamento, você tá tendo tudo. Mas você tá com a cabeça longe, não tá com a cabeça lá, sabe, você não tá feliz de ver teus filhos jogados em casa.*

*Eu acho que é bom em certa parte no hospital, é ruim na outra. Porque você passando três dias lá no hospital, você tem.... , você não tem aquela paz. Você tá deitada, mas a tua cabeça tá girando, você fica nervosa, você sem poder fazer nada, fica com as mãos amarrada, sem poder fazer nada, é a mesma coisa te amarrarem, puser numa cama e você sem poder fazer nada, sem poder sair de lá, então é uma coisa completamente diferente.*

(G., 33 anos, 6 filhos, todos em hospital)

*- Eu já tive dois, esse eu não sei se ganho aí ou vou pro hospital.*

*Entrev. - Por quê?*

- Ah, sei lá, se eu vou pro hospital, os outros filhos vão ficar aonde? E aí não, aí ganha e vai logo pra casa.

(Entrevistada em Grupo)

D - Nunca pensei em ter no hospital. Aliás, meu medo era esse, eu sentia um fraco: “meu Deus, não pode ser cesárea! Não pode”.

Entr. - Por quê?

D - Porque eu não queria. Tinha que ser aqui. Porque eu trabalho aqui, e a gente já conhece quem atende, né? E o medão de sair lá fora ganhando na mão dos outros?

(D., 28 anos, uma filha nascida no Ambulatório)

O fato do Ambulatório realizar o parto com o mesmo profissional que atendeu o pré-natal, tanto por ele conhecer a gestante para atender melhor o parto, como pela gestante conhecê-lo e, portanto, ter mais confiança no atendimento, também foi citado como positivo. TANAKA (1995) obteve a mesma menção de suas informantes, afirmando que o

[45]

médico que faz o pré-natal também deveria fazer o parto porque já conhece "a gente" . Ou, como assinalou NOGUEIRA (1994), as gestantes gostariam de ter seus filhos no lugar onde fizeram o pré-natal e, de preferência,

[46]

escolhendo o médico .

Saber para onde se dirigir no momento do parto, aparece como outro fator benéfico do atendimento do Ambulatório e que dá certo acolhimento e tranquilidade à gestante. Segundo TANAKA (1995), o atual sistema de saúde obriga a gestante a "procurar por conta própria o local onde ter um filho" (p.p. 18). Entre as suas entrevistadas, 52% foram a mais de um hospital por parto, o que a autora caracterizou como "mendicância" por uma assistência. A partir disso, desenvolveu a hipótese de que "a busca de um local para ter seu filho, durante o trabalho de parto, e a qualidade de atenção recebida nesse momento, no parto e puerpério imediato podem ser fatores que estão influenciando ou até determinando a morte materna" (p.p. 33).

Essa suposição é, da mesma forma, considerada por NOGUEIRA (1994), para quem "...a peregrinação por hospitais à procura de uma vaga para dar à luz é uma situação estressante que muitas vezes ocorre durante o trabalho de parto, gerando um risco desnecessário a um episódio que poderia ocorrer sem complicações" (p.p. 37). MAGALHÃES et al. (1994), mesmo encontrando números de procura de mais de uma maternidade (31%), abaixo dos índices de TANAKA, registrou que 89% o fazem com transporte próprio "contrariando as recomendações do Ministério da Saúde no sentido de utilizar o sistema de referência" (MAGALHÃES et al., 1994, p.p.15).

Assim, encontrar um serviço que evite tais transtornos, como ocorre no Ambulatório Monte Azul, caso não haja complicações na hora do parto ou necessidade de cesárea, parece vir ao encontro de uma grande demanda da própria população feminina. Essa característica do Ambulatório difere da crescente expansão do parto hospitalar, verificada por NOGUEIRA (1994), "Só houve uma referência ao parto domiciliar, e, segundo a gestante, foi uma experiência problemática. Há uma preferência unânime pelo parto hospitalar e a confiança na presença do médico" (p.p. 100).

- Aqui na favela a maioria ganha filho aqui, no Ambulatório mesmo, porque já conhecem, todo mundo já teve e acha mais melhor...

(Entrevistada em grupo sobre a preferência pelo parto no Ambulatório)

Devido ao intenso discorrer das entrevistadas sobre os partos realizados no Ambulatório ou não, foi possível

elencar mais profundamente, inclusive no grupo de discussão, os motivos de escolha de realização ou não de partos neste serviço:

<b>Motivos Alegados para a Escolha de Realização do Parto no Ambulatório M. Azul</b>	<b>Motivos Alegados para a Não-Escolha de Realização do Parto no Ambulatório M. Azul</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• parto ser igual ao feito na roça;</li> <li>• fazer parto normal;</li> <li>• facilidade de acesso devido à proximidade; por receber boa indicação de amigas ou parentes que fizeram parto nesse local;</li> <li>• atendimento ao parto ser realizado por pessoa já conhecida pela parturiente, em local conhecido;</li> <li>• atendimento ao parto ser realizado por pessoa de "confiança" da parturiente;</li> <li>• parteira trata as parturientes com paciência;</li> <li>• existência de maus tratos nos hospitais;</li> <li>• poder escolher "o jeito", a posição de ter filho;</li> <li>• medo de anestesia;</li> <li>• medo de poder haver troca de bebês nos berçários de hospitais;</li> <li>• hospitais poderem estar em greve;</li> <li>• poder incluir a participação da mãe, irmã ou marido no momento do parto;</li> <li>• parturiente poder sair no mesmo dia da realização dos partos (para cuidar da casa, dos outros filhos ou de trabalho doméstico).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• conhecer pessoas demais no Ambulatório da fevela;</li> <li>• quando é cesariana (que o Ambulatório Monte Azul não faz);</li> <li>• parto do Ambulatório ser feito igual ao da roça; Ambulatório ter apenas uma pessoa para fazer o parto;</li> <li>• receio de passar da hora do nascimento se realizar o parto no Ambulatório;</li> <li>• receio de não dar tempo de chegar ao hospital caso necessite sair do ambulatório;</li> <li>• caso necessite ir com urgência do Ambulatório para o hospital, ter que percorrer vários procurando vaga;</li> <li>• hospital ter mais equipamentos pediátricos;</li> <li>• experiências anteriores de "partos caseiros" malsucedidos;</li> <li>• ter que pagar os remédios usados no Ambulatório — que possuem tarja de "amostra grátis";</li> <li>• poder ficar três dias no hospital após o parto.</li> </ul>

A relevância dada pelo parto realizado no Ambulatório Monte Azul é caracterizada pela expressão "igual ao da roça", ou seja, igual aos partos já vivenciados por suas mães, irmãs, tias ou avós; isto chama a atenção porque remonta à experiência de um *habitus* anterior para justificar ações, escolhas e estratégias presentes e futuras. Isso revela que algumas mulheres podem se orientar para um serviço de saúde ou não, de acordo com a compreensão de sua totalidade conforme suas referências culturais anteriores, procurando reproduzi-las, fundi-las ou re-significá-las infinitamente. Conforme BOURDIEU (1990), *"os princípios incorporados de um habitus gerador - disposições adquiridas pela experiência - variáveis segundo o lugar e o momento (...) permitem gerar uma infinidade de "lances" adaptados à infinidade de situações possíveis, que nenhuma regra, por mais complexa que seja, pode prever"* (p.p.21).

A mesma influência de hábitos foi observada na valorização da presença de conhecidos (amigos, familiares e, principalmente, do marido) durante o momento do parto. MAGALHÃES (1994) assinala que entre os problemas de ordem emocional no parto mais referidos em sua pesquisa, estão o medo e a solidão *"que só é justificável pela ausência de humanização no ambiente hospitalar"*, observa-se, ainda, que *"o recurso religioso foi o mais utilizado para a solução desses problemas"* (ambos p.p.15).

DINIZ (1997) enfatiza a desumanidade, que se acentua através da *"centralização da assistência na figura do médico e a má formação dos profissionais, cada vez mais voltados para a incorporação de tecnologias e menos preparados*

*para a relação interpessoal que a assistência ao parto demanda. A falta de atenção à evidência empírica sobre a segurança e a utilidade dos procedimentos, faz com que, no Brasil, o parto "normal" caracterize-se por uma sucessão*

[47]

*de procedimentos já formalmente contra indicados pela OMS , como o uso de rotina da posição horizontal, dos enemas, da tricotomia, da restrição alimentar, entre outros, resultando num parto mais desagradável, demorado, arriscado e doloroso tanto para mulheres como para crianças" (p.p.1). Também NOGUEIRA (1994), pesquisando a maternidade, comenta: " ... são muitas as queixas quanto às condições precárias da maternidade, a desumanização do atendimento, à privação afetiva durante o pré-parto e puerpério e a proibição de visitas familiares" (p.p. 99).*

Considerando ou não "humano" o parto realizado no Ambulatório Monte Azul ou "desumano" o parto realizado em hospitais, a vivência e a orientação de parentes, sogra, mãe e tias, que já passaram pela mesma situação e, portanto, têm experiência empírica desse acontecimento aparece nos relatos como imprescindível para a gestante. Assim como parece ser fundamental a presença destes no momento do parto, pelos mais variados motivos que apontam mais para a segurança psicológica da parturiente:

*I - Comecei a sentir dor era umas 3 horas da manhã, fiquei o dia todo sentindo dor. Quando foi 4 horas (16 horas) ligaram para a parteira na casa dela e ela veio me atender e eu tive ela às 11 e meia no Ambulatório. Ela [a parteira] deu uma injeção para sentir dor forte. Estourou a bolsa, deu a injeção e a dor começou a aumentar.*

*Entrev. - E como você teve?*

*I - Eu tive na cama, com minha mãe, minha vó e a parteira. Sabe, o meu namorado, a gente, quando eu fiz seis meses de gravidez, nós se separou, brigamos. Aí eu fiquei na casa da minha mãe e eu não tava com o pai dessa ainda não. Aí quando ela nasceu, quando completou 3 meses, fui morar com ele.*

*Entrev. - E essa gente perto, sua mãe e sua vó, elas entraram junto?*

*I - Tudo junto. Foi importante porque minha mãe segurou na minha mão e deu a maior força, né! Minha vó também. E a neném nasceu. Achei bom os dois parto, né., mas melhor é aqui. Sei lá, não sei se é porque minha mãe tava junto. A mãe perto da gente dá mais força, né? Eh, fica mais fácil.*

(I., 23 anos, 3 filhos)

*Entr. - Essa experiência que você falou de entrar parentes, de dar mais atenção, aconchego influi no trabalho de parto?*

*N - Acho que o que tem que acontecer vai acontecer, mas a mulher vai ficar muito mais debilitada, ela vai estar fazendo um esforço horrível e não vai ter ninguém junto dela, estar sozinha. E a criança também sabe, vai chegar, assim, sabe, porque a mulher já sofreu tanto que ela não consegue, ela fala: tira, tira... e a gente, estando aqui, é paparico mesmo. Já aconteceu da parteira ir com uma pro hospital e falarem: deixa essa mulher aí! Chegaram a falar pra ela assim: olha aqui, você tem que tratar as pacientes mais..., tem que ser ruim com elas, porque senão elas ficam achando que é você que tem que ficar aqui.*

(N., 24 anos, funcionária do Ambulatório)

No entanto, a presença masculina (do marido ou companheiro), no mesmo acontecimento de parto, foi referida a presença masculina:

*U - ... o homem dá mais valor..., ele vê a dor da mulher.*

(U., amiga que T., que chegou no final da entrevista e fez comentários)

*S - Ah, sim, aqui pode ver, pode ter o marido perto, a mãe né?*

*Entrev.- Qual a importância deles estarem juntos?*

*S - Acho que é pra ver como a mulher é forte. Porque ele sabe que a mulher é forte, mas eles não tem coragem, é difícil um homem assistir. O meu falou que não assistiria.*

(S., 28 anos, 4 cesáreas)

— *Porque eu acho assim, porque vamos supor uma comparação, se o homem, ele tem aquela curiosidade como o filho nasce. As vezes ele pensa: — ah, essa vai pôr um filho no mundo mesmo, não sente nada. E ele vendo ali o sofrimento dela, talvez ele poderia até dar mais valor...*

(Entrevistada em Grupo)

— *Tem diferença do meu marido e do meu filho. Nossa! Se ele já gostava da mulher antes, se apaixonou de vez.*

(Outra Entrevistada em Grupo)

*H - Aquele que quer dar uma de durão, acaba desmaiando, como aconteceu com esse que desmaiou aí...*

*Então, pra eles dar um pouco de valor pra gente... Só fazer e pronto, não tem trabalho nenhum. Ele vendo, é bom que ele sente o drama.*

(H., amiga de I. que chegou no meio da entrevista)

— *O homem tem que sentir, acho que o homem deveria de assistir, que ele às vezes tem aquela curiosidade, aquela vontade. Ali ele sabe a dor que a mulher tá sentindo...*

*Entrev. - E aí, saber a dor o que acontece?*

— *Se ele for um homem de sentimento bom, ele vai ter dó da mulher mais. Ele vai sentir por ela aquela importância pra mulher...*

(Outra Entrevistada em Grupo)

Os depoimentos remetem sempre o *dar mais valor à mulher*. Sentindo a dor desta, os maridos ou companheiros ficariam mais sensíveis, tratariam melhor delas e de seus filhos, teriam mais respeito. Essa idéia apareceu com frequência em quase todas as entrevistas e intensamente na discussão de grupo, no momento de comentar a participação masculina no parto.

Bem diferente, no entanto, parece ser a intenção da participação masculina no nascimento, proposta por defensores da [\[48\]](#)

linha de "humanização do parto". Segundo os pressupostos da REHUNA - Rede de Humanização do Nascimento [\[49\]](#), o objetivo é que este evento deixe de ser uma atividade do médico especialista e resgate a mulher como sujeito do

processo de parto e nascimento [\[50\]](#); assim, a interferência de terceiros e a introdução de tecnologias seriam feita de forma mais branda possível, somente quando houvesse plena necessidade. A mulher, controlando o seu ato de parir, teria a liberdade de escolher não só procedimentos, posições físicas, mas também todo o suporte emocional necessário, como a presença de parentes, do companheiro ou amigas, além de poder ficar com o bebê logo após o nascimento e

durante o período de internação hospitalar [\[50\]](#).

Uma auxiliar de enfermagem do Ambulatório faz um pequeno relato de como essa linha de atendimento funciona na prática:

*Entr. - Como vocês acomodam a mulher?*

*N - Ah, de cócoras ou em pé... Já aconteceu de tudo que é jeito. Ah, minha filha! Como elas ficarem a gente se adapta. Já falei que vai ter neguinho que vai nascer de bunda pra cima, já aconteceu de tudo. Já teve uma que ficou aqui no meio e a parteira pegou abaixada quase que deitada no chão, você imagina. Ela já fez parto até ajoelhada.*

*Tem essa liberdade, que no hospital normal não tem, não tem conversa. Aqui tem liberdade.*

*E mais, quando a mulher fala que não agüenta mais, a gente fica: não, você agüenta! Assim, sabe, segura a mão. Já teve mulher abraçada pra parir.*

*Entr. - E elas não querem na hora ir para um hospital ou pedem anestesia?*

*N - Ir não pedem, mas pedir, pedem, anestesia, um monte de coisa. Mas a gente sabe que não precisa, só quando vão fazer*

*episiotomia, então dá anestesia local. Porque no fundo, toda mulher no fim sempre agüenta.*

*E aí, depois que nasce, elas já sabem, já estão acostumadas, e é melhor, não é o primeiro e tem os outros filhos pra olhar, então ela sai logo, pode levar e ir.*

*Os maridos ficam de boca aberta com tudo, com o neném... Também vêem a mulher daquele jeito e logo depois andando, indo pra casa a pé.*

*Tem alguns que ainda não sabem dosar a diferença daqui e do hospital e se surpreendem quando tudo fica fácil e bem. E depois que vê como foi, ou mesmo a mulher que já teve filho antes vê a diferença, porque no hospital você vai ver o filho quando? Só depois... Aqui, que a gente dá banho no neném, já põe o pai junto, pra ver e dar banho.*

*Normalmente, tudo fica bem. Incrível, tem gente que nem acredita. A mulher vem pra cá e em 10 minutos, 15 minutos ela ganhou neném e depois de uma hora já foi pra casa e chega lá. No hospital não, as vezes não pode entrar na sala de parto nem pra dar a mão: — “Imagina! Dar a mão pra paciente!”*

(N., 24 anos, funcionária do Ambulatório)

A presença masculina é defendida muito mais como um elo psicológico entre mãe/pai e pai/bebê, como um processo de intensificação das relações e comprometimento entre ambos, do que como um momento de ruptura de algumas estruturas anteriores do relacionamento conjugal. Esta última, parece ser a principal aspiração das mulheres moradoras da Monte Azul entrevistadas, que querem através do acontecimento do parto, redefinir regras da comunicação e troca homem-mulher em que estão inseridas e insatisfeitas, mesmo que efetivamente não obtenham sucesso.

As entrevistadas, portanto, revelam uma apropriação de um procedimento realizado pelas profissionais do Ambulatório Monte Azul com uma intenção, transformando-o num novo significado que tenha sentido no cotidiano de suas vidas, no seu conjunto cultural, realizando uma re-estruturação de sentidos. Isso ocorre mesmo com prejuízos, ao se sentirem por outro lado, expostas a situações de vergonha ou ridículo, como declaram:

*— Eu tenho vergonha deles até hoje, não sabe? Do meu marido e da minha mãe que me viram daquele jeito... E ela não me fala nada, não, mas eu tenho vergonha dela.*

(Entrevistada em Grupo, sobre a presença de parentes em seu parto)

*— É uma cena muito feia. Eu achei feio e esquisito tá ali na frente deles. Tem aquela menina que a revista filmou tudo. Ela também não mostra a fita pra ninguém. Eu que não fazia isso não...*

(Outra Entrevistada em Grupo)

Segundo NOGUEIRA (1994), “..., da concepção à gravidez, do parto ao puerpério, um círculo se fecha em torno do corpo da mulher, onde submetido a um imaginário técnico da prática médica, o ver e o olhar – os gestos e as falas – ocupam um lugar central no discurso e na clínica da medicina, dominados pela eficácia e pela precisão, de um saber que se crê absoluto sobre a vida, a morte, a dor e o sofrimento. O pai sabe, o médico sabe, a mulher ouve e não é escutada, e se é, logo em seguida é descartada.” (p.p. 91).

No entanto, o comportamento dessas mulheres pesquisadas, nem sempre é de passividade comportamental ou imaginária frente à intervenção técnica da medicina oficial ou de propostas médicas alternativas, visto que podem estar reformulando, como no caso acima, práticas ou significados das diversas redes de busca de serviços de saúde que utilizam. Ou, como diria OLIVEIRA (1984), “no espaço urbano(...) as medicinas populares começam a ser recriadas...” (p.p.27), o que a autora considera como resistência política, porque competem com a medicina erudita exercida.

## **j) Pós-Parto e Amamentação**



Como foi dito anteriormente, existe uma grande preocupação em retornar do parto para as tarefas domésticas. Isso parece ser facilitado quando o nascimento ocorre no Ambulatório Monte Azul, pois no mesmo dia (quando não há problemas com a parturiente) há liberação de ir para casa. Da mesma forma, consultas pós-parto são mais frequentes nesta situação, pois não apenas a proximidade, mas a conduta adotada no Ambulatório, de realizar um retorno no puerpério, o que pode ocorrer, invariavelmente, com uma visita da parteira à casa da parturiente.

Nos hospitais o retorno pós-parto não é tão frequente, há o transtorno da distância e a necessidade de condução, além de nem sempre esse procedimento ser recomendado. Os retornos hospitalares após o parto normal costumam orientar mais a volta do recém-nascido e há menos preocupação com a mulher; há retornos indicados quando há cesárea ou

[51]

necessidade de retirada de pontos cirúrgicos ou de episiotomia :

*Entrev. - E depois do parto o que aconteceu?*

*S - Aí a neném nasceu... , nasceu bem. Aí quando deu duas semanas, eu fiquei com o ponto estourando. Os ponto da cesárea. Aí o corte estourou. Voltei lá no hospital pra ver...*

(S., 28 anos, sobre sua primeira cesárea)

*G- Aí, depois do hospital, eu fiquei com problema, aí, é assim, eu tava em casa, muitas vezes, eu tinha que andar com aquele monte de pano, assim, se eu fosse, eu não podia fazer esforço. Tinha que ficar de repouso mesmo, se eu fosse lavar roupa, quando eu terminasse, ali, onde eu tava., tava todo molhado. E, assim, eu ia pro trabalho, aí eu continuei trabalhando, eu ficava internada, saía, ia trabalhar e, muitas vezes, ele dizia no trabalho: — não, pode ir embora prá casa, não tem condições de você ficar.*

*Ai ia pro hospital tomava soro, voltava prá casa, repouso. Mas que repouso que uma mãe pode ter? É, casa, responsabilidade, como até hoje eu banco sozinha.*

(G., 33 anos, pós-parto da última gravidez)

No geral, houve pouco acompanhamento ou preparação da amamentação, o que para algumas entrevistadas resultou em feridas e inflamações no seio, causando o abandono da amamentação; autoras como NOGUEIRA (1994), chegam a registrar a mínima mudança de comportamento mesmo quando há orientação: "a maioria das entrevistadas diz ter recebido orientação no pré-natal sobre a importância da amamentação, mas todas referem problemas ao amamentar" (p.p.87), como leite salgado, furúnculo no seio, bebê que não aceita ou não quer o leite, param logo de mamar, etc.

Nos relatos, dentre os motivos alegados para o abandono da amamentação, além de problemas no seio, constam: leite aguado ou "fraco", bebê não se contentar apenas com o "meu leite", indisposição da mãe e necessidade de ter que trabalhar fora de casa. Apesar disso, todas alegam saber que o leite materno é mais importante e "ideal" para o bebê, talvez por isso apenas uma entrevistada não amamentou e as demais, o fizeram entre três meses e dois anos e meio:

*Entrev. - Você amamentou o primeiro filho?*

*M - Não, não dei pra nenhum dos três. Eu cheguei a dar uns três dias, nos três depois, inflamou. Esse aqui mesmo [mostrando o neném dormindo] eu não dei nada nem um dia.*

*Eu tenho infecção no seio, logo que eu tive o menino, os dois. Aí começou a infeccionar. Tive uma infecção, não sei se é porque o menino arrotou, porque eles falam que criança que arrota no seio inflama. Aí eu tive desde o começo.*

(M., 28 anos, 3 filhos)

*Entrev. - Por que você parou de amamentar?*

*T - Porque ela só queria se estava escorrendo, não tinha mais vontade de puxar e chorava muito e eu falei:*

*— Ah, não vou deixar ela chorando, tem que dar alguma coisa aí. Aí peguei a mamadeira e dei...*

(T., 21 anos, 1 filha, amamentou seis meses)

*E - Quero dar de mamar até..., assim, quando tivesse uns dois anos, porque eu gosto. Estou com o peito meio doído, mas dou o leite mesmo assim, acho que daqui a pouco cura, né?*

(Eliane, 16 anos, 1 filho de dois meses)

Uma das entrevistadas citou, ainda, a tentativa de abandono da amamentação pela indução de uma profissional, que considerava a criança bastante crescida:

*Entrev - Por quê você parou de amamentar?*

*S - Amamentei até dois anos e meio, parece. Aí parei porque a médica falou que tava muito feio, um menino daquele tamanho mamar e eu falava: — eu não consigo tirar, já está acostumado. Tenho só esse filho! Daí, depois de muito tempo, eu consegui tirar.*

(S., 28 anos, sobre amamentação do primeiro filho)

Nenhuma entrevistada citou a correlação amamentação/menstruação ou amamentação como facilitador de contracepção. Não foi estabelecida espontaneamente nenhuma relação entre esses eventos, ao contrário de MORAES (1991), que obteve de uma entrevistada a informação de que “*sangue vira leite por isso não vem menstruação*” (p. p.28). Por isso, entre as mulheres entrevistadas na Monte Azul, o pós-parto é normalmente o período em que há a busca de contracepção, mesmo para aquelas que nunca utilizaram, sendo que os métodos mais usados neste período e até por

[52]

causa da amamentação são a mini-pílula e o DIU, posto logo após a primeira menstruação.

MORAES (1991) considera que a “*...crescente medicalização do parto pode atuar positivamente no sentido de estímulo à amamentação, tanto através de informações transmitidas por ocasião do pré-natal, quanto depois do parto, com o alojamento conjunto (que tem demonstrado ser uma das maneiras mais eficientes para estreitar os laços entre mãe e filho, evitando a mamadeira que é regra nos berçários, assim como a rigidez dos horários...*” (p.p.47). Porém, conforme os relatos obtidos, a amamentação já era comum em partos domiciliares das regiões rurais e interioranas e, para esta população especificamente que dispõe do Ambulatório para partos, a medicalização tem efeito contrário, de inibir a amamentação, visto que em São Paulo boa parte dos hospitais ainda utiliza o sistema de berçário, enquanto que os partos ocorridos na própria favela induzem o cuidado do bebê pela mãe desde o dia do nascimento, mantendo o hábito da tradição familiar rural.

Outro fator notado como influencia no pós-parto é a disponibilidade de parentes mulheres, ou até redes substitutivas, como amigas de infância. MORAES (1991) observou em seu estudo comparativo entre São Paulo e Recife, que a maior incidência de famílias extensas em Recife ajuda a entender a maior porcentagem de cuidados

[53]

alternativos aos maternos, comparativamente a São Paulo. A isso a autora denomina “*réseau féminin*”, ou seja, mães, outras parentes e vizinhas que atuam durante o pós-parto, dando suporte necessário à parturiente, com o cuidado dos outros filhos, com os serviços domésticos, etc., influenciando inclusive na disponibilidade para a amamentação. Também com relação ao retorno ao trabalho assalariado, esta autora observou que este “*apoio feminino*” foi fundamental, fazendo com que, em Recife, apenas 5% não retornasse aos serviços e, em São Paulo, cerca de 18%, por possuírem menos parentes na região (p.p.82).

*G- Porque o J. não tinha pessoas que cuidasse dele, que trocasse ele, né? Tinha que trocar toda hora, e, assim, ainda acontece muitas vezes de eu chegar na creche e a tia tá trocando, passar o dia todinho sem troca, entendeu? Isso é super perigoso, é fácil de dar uma infecção. Assim, elas tem medo, dó. E aqui não, aqui em casa não, aqui é uma criança mesmo, entendeu? Uma menina da vizinha que ajuda... Ela, a menina da vizinha, põe ele no chuveiro, põe fralda. O LC, sabe, dá banho, troca, não é segredo nenhum...*

(G., 33 anos, sobre o início dos cuidados com o último filho)

***k) Relacionamento Conjugal, Divisão de Tarefas e Perspectivas para a Educação de Filhas e Filhos***

Apenas uma entrevistada estava sem trabalho remunerado, disse que iniciaria trabalho doméstico assalariado, logo que encontrasse creche para seu bebê. As demais estavam em serviços registrados ou não de ganho proporcional à escolaridade. Apenas uma realizava trabalho domiciliar de cuidar de uma criança, o que apesar do ganho de quase um salário mínimo, afirmou não considerar trabalho, só "ajuda".

Apesar do trabalho contar com essa participação feminina, a estrutura conjugal permanece, com raras exceções, baseada na figura da mulher dona-de-casa, esposa e mãe, responsável pelos trabalhos domésticos e do cuidado com os filhos.

Observa-se também, que a principal ocupação das mulheres menos escolarizadas, são os serviços domésticos privados, que, juntamente com a responsabilidade que possuem sobre a própria casa, reforça o seu papel de responsável por este espaço doméstico. Assim, o cuidado com a família e filhos, incluindo a saúde, são acentuados, além de serem fortalecidos os padrões comportamentais de suas progenitoras, de responsabilidade e controle sobre a sexualidade, concepção e contracepção. Ainda hoje, *a mulher é detentora e repassadora do saber acumulado de saúde devido à sua experiência e vida diária nesse assunto, como também é ela que procura se educar, cada vez, mais nessa área de seu interesse*" (DIAS, 1991, p.p.41), parece que o mesmo ocorre com relação à saúde reprodutiva e sexual.

*Entr. - O que acontece na sua família quando alguém fica doente?*

*S - O meu marido larga tudo. Eu é que faço, porque ele está sempre fora. Eu estou em casa direto então eu tenho que pegar e levar, cuidar ou ir no médico...*

(S., 28 anos, 4 filhos, doméstica diarista)

Ao homem, portanto, cabe a contribuição financeira e afetiva. Nas famílias das entrevistadas onde não há homens responsáveis pela casa, sua ausência parece não afetar muito a rotina e o andamento das atividades, inclusive com os filhos, com exceção do aspecto financeiro, visto que o modelo familiar majoritário já presente da ausência masculina neste espaço doméstico e nas atribuições que nele se impõem.

Nas casas onde atualmente não existe a presença masculina, foi notada uma grande rotatividade de parceiros, o que chamou a atenção para o despreparo em lidar com prevenção de doenças sexualmente transmissíveis como a AIDS e a sífilis, conforme mencionadas, relevantes na região.

Apesar de minoritária, é possível verificar mudanças na estruturação de tarefas dos casais mais jovens e nos casais de maior escolaridade. Nestes há uma tendência há uma maior participação masculina no trabalho doméstico e no cuidado e educação das crianças, considerado, pelas entrevistadas que se situam neste caso, como um casamento onde tudo, as coisas, o trabalho "é mais dividido":

*Entrev. - Você falou que seu pai não participava da casa. E o seu marido?*

*I - Ajuda. Ajuda com a comida, às vezes é ele que faz; com as crianças, é ele que acorda de noite pra pegar e trocar essa neném. Eu nem me mexo.*

*Comentário da Amiga - O meu não! Tenho que levantar e fazer tudo, folgada!*

(I., 23 anos, 3 filhos, primário completo)

*R - E hoje em dia quem cuida da saúde na sua casa?**T - É eu, meu marido, a minha sogra.**Entrev. - E da casa?**T - É mais dividido, o meu marido brinca com a minha filha, lava uma louça, troca uma fralda. Eu também.**R - Seu pai e sua mãe eram assim?**T - Não, quem fazia tudo era a minha mãe. Hoje mudou muito, isso é bom.*

(T., 21 anos, 1 filha, segundo grau completo)

As mulheres citadas afirmam que seus filhos já participam dessa mudança de costumes nos papéis masculino e feminino, que querem reforçar essa mudança de divisão, cuidado e responsabilidade. O restante das entrevistadas, a maioria, não faz nenhuma citação sobre tal perspectiva, apenas revelam, tanto quanto as anteriores, que querem que seus filhos tenham mais instrução sobre sexualidade, concepção e contracepção:

*M - Eu penso em conversar com minha filha. Eu penso inclusive, que já tem algumas coisinhas que eu já explico pra ela. Ela tem nove anos, né, eu explico pra ela algumas coisas. Pra ele também.**ENTR. - O que você explica?**M - Se a minha mãe tivesse conversado comigo, tá certo que eu não culpo ela de nada não, porque o pessoal de antigamente não liga pra esse tipo de coisas. Eles acham que não é importante essas coisas pra eles, então eu nem culpo ela por isso, mas quando for minha filha e meu filho, eu converso sim, falo de relação, de menstruação, com o menino, com a menina. Explico algumas coisas.**Quando, meus meninos, meu menino você vê, já tem dez anos, eu já falo assim em namorada, porque as crianças de hoje em dia são muito sabidas, eles vêem essas coisas na televisão, “olha lá que gatinho, olha lá que gatinha”, ou “eu queria ser aquele menino lá, se eu pego essa loirinha”, assim. Então eu explico, eles não são mais burros, eles entendem, talvez já sabe até como é que é que transe, não é de duvidar. Esse tipo de coisa eu explico sim, mas não abertamente, quando ficarem maiores eu vou conversar com eles.*

(M., 23 anos, 3 filhos)

*I - Porque pra minhas filha, eu vou ensinar esse negócio de remédio [pílula anticoncepcional], pra ela não ficar que nem eu, que até peguei neném nova. Não vou esperar que ela aprenda sozinha!*

(I., 23 anos, três filhos, primeira gravidez com 15 anos)

Em outro relato, a entrevistada relaciona a criação de um ambiente mais participativo com o filho homem a um aumento da intimidade de conversas sobre namoro, corpo, nascimento e sexualidade:

*G- LC [filho], fala, da namorada. Minha mãe separou e criou sozinha. Eu também criei os filhos tudo sozinha, esses maridos aí, esses namorados nem aí. Agora tenho um filho que ajuda, que cuida do irmão, que troca fralda, que fala da namorada.. É, sabe, que lava louça, sabe, assim, eu passo sempre pra ele...**O LC é completamente diferente dos homens. Ele é mais amigo, sabe, ele é mais dedicado, muito carinhoso... Muitas vezes eu nem tô com paciência dos carinhos dele. Que eu sou sem paciência mesmo. Ele chega HUM, é desses filhos que mãe, eu tô indo, então, tchau, sabe? E não marca hora pra voltar, não marca dia, mas se passa muitos dia, telefona, manda avisar, entendeu?**Tem consideração, assim, Ai, mãe, sabe da escola, tem uma menininha... Ai, sabe fulano, meu amigo, o S., ele cata menininha na escola. A gente tamo de olho lá numa história, sabe, de vez em quando ele solta alguma coisa. Eu digo sim, eu sei qual é a tua namorada, tem que arrumar um trabalho, então. Tem que trabalhar pra poder aprender uma responsabilidade. Mas ele me ajuda demais, me ajuda até demais. Ele lava louça. Hoje não tá lavada por causa que não tem água, mas ele lava louça, ele limpa, ele arruma a casa sempre quando eu não tô...**Porque eu não sou mãe, assim muito... Eu sou bem relaxada mesmo, sabe, as vezes do banheiro eu saio de toalha, chego aqui eu ponho calcinha, ponho sutiã, e, assim, ele aí um dia ele tava ali, lá embaixo, e assim, eu não tenho peito muito caído nem nada, mas ele acha peito de velha. Aí digo pra ele: — mas quem acabou com meu peito foi tu! Ói, você que acabou com*

*meu peito porque os outros não foi, porque só mamaram 3 meses, né? E antes de eu ter ele, assim, eu já tinha tido a A. e a G., né, e eu me lembro ainda que meu peito era durinho, estruturado.*

*As meninas aí eu também digo, quando fiquei grávida, quando tive neném, tem uma aí, a menina chegou lá em casa que é esperta pra caramba...*

(G., 33 anos, solteira, cuida de três filhos)

Enfim, existe um processo de mudança cultural se iniciando, que parece estar atingindo a população da Favela Monte Azul. Este movimento provavelmente é resultado de uma convergência de fatores que vão desde as mudanças das atitudes, hábitos e conversas infantis, devido aos meios de comunicação e que são estimulados na escola ou na rua com encontros entre amigos ou, até, o exemplo de maior divisão de tarefas domésticas, participação masculina com os filhos, no momento do parto, etc. exemplificados diariamente na própria comunidade em algumas famílias.

### ***1) Favela Monte Azul: Trabalho Comunitário e Equipamentos – Melhoria das Condições de Vida***

Os relatos revelam uma vontade das entrevistadas de atuarem nos equipamentos comunitários criados pela Associação Comunitária Monte Azul (ACOMA):

*S - A gente quer trabalhar na Associação. A gente gosta porque aqui tem creche, também é gostoso, lá não tem chefe por perto, não tem complicação. É mais muita amizade, um trabalho para nós mesmo. Talvez eu tente trabalhar aí...*

(S., 28 anos, trabalhadora doméstica e moradora da Monte Azul há 21 anos)

*G- Tem a Comissão de Moradores, quem tinha mais que administrar aqui é os moradores... Então criaram a Comissão, sou da Comissão, trabalho aqui...*

*Já teve trabalho junto em conjunto com a prefeitura, eu fazia parte também, além de fazer parte da comissão de moradores eu fiz parte do trabalho. A gente fazia parte do mutirão, reuniões — que eu ainda faço parte até hoje das reuniões —, tudo, né. Buscar as pessoa, mesmo que ainda não se interessa pra o trabalho comunitário, eles acha que a gente, que a prefeitura dá, a gente tem obrigação de fazer. Então a gente tem de convencer.*

*porque são pessoas que não foi, não buscou, não lutou, não viu o que a gente passamos, sabe, então não sabe o que significa esse trabalho, que não tem história, então tamo tentando reunir...*

(G., 33 anos, trabalhadora doméstica e moradora da Monte Azul há 21 anos)

Dentre o total de vinte participantes diretos desta pesquisa, além de quatro que contribuíram com comentários e informações sobre a favela, sete realizam ou realizaram trabalho no Ambulatório, creches, padaria, ou loja da ACOMA. Além desses trabalhos diretos, pelo menos outras doze participaram de atividades coletivas de limpeza do córrego, construção de escadas ou afastamento de vielas, ajuda na remoção de famílias de barracos em risco e em discussões comunitárias. A única que ainda não participou de nenhum evento é a entrevistada de 16 anos, recém chegada de Minas Gerais, que durante a entrevista já manifestou desejo de fazê-lo:

*V - Toda essa emoção é o que o trabalho daqui dá para a gente, toda essa riqueza. A coisa que a gente ganha de experiência para a vida.*

(V., 24 anos, 5 anos trabalhando nos equipamentos da ACOMA)

*Entr. - E esses cursos que você fez, eram o que?*

*N - Era de quirofonética, à noite. É um tipo de massagem e eu gosto de fazer, gosto de trabalhar com criança. Não gosto de trabalhar com adulto, entendeu? Por isso eu fiz o curso e também porque a gente acaba tendo uma ligação com eles, com as crianças porque a gente mora aqui...*

*É melhor trabalhar com criança, porque a gente nem pega tanto adulto porque difícil mudar alguma coisa né? A pessoa já*

*viveu a vida e se está estragado, é muito mais difícil. Enquanto que a criança está começando, pode fazer tudo novo, criar. A massagem é pra isso, para o comportamento, acalmar, botar um pouquinho de fogo em quem não tem, problemas de fala, assim...*

(N., 24 anos, um filho, funcionária de equipamento da ACOMA)

Nota-se que a presença dos equipamentos da ACOMA, elevam a perspectiva de trabalho e induzem até uma melhoria na escolarização:

*Entr. - Como é que tem sido o trabalho aqui?*

*V - Trabalho aqui faz 5 anos, sou auxiliar de enfermagem, né? Estou fazendo um curso de massagem, vou começar a trabalhar com massagem. Chama massagem rítmica. Que é uma massagem diferente.*

*Antes, eu era como auxiliar da dentista, porque eu já tinha trabalhado num consultório dentário, então eu comecei a trabalhar como auxiliar de dentista, fazia a escovação das crianças na creche, escovar os dentes, orientar e com isso eu comecei a ajudar também no trabalho aqui em baixo, no consultório. Comecei e fui gostando cada vez mais, porque quando eu era criança o meu sonho era ser enfermeira ou professora, E eu não ia ter coragem de largar o serviço de enfermagem, então, eu fui gostando cada vez mais até que eu comecei a fazer o curso, um ano depois, curso de auxiliar de enfermagem, foi depois que eu terminei o ginásio que eu estava estudando e eu fiz o curso de um ano e meio de enfermagem.*

*Desde lá estou aqui.*

(V., 24 anos, auxiliar de enfermagem do Ambulatório)

*D - Tinha vaga para trabalhar, ir pro Centro Cultural, que precisava de uma pessoa aqui. Aí eu fiquei: o Centro Cultural ou o ambulatório? Se eu for pro ambulatório eu vou fazer um curso, ah, será que o curso interessa? Não sei, vamos experimentar! E vim, acabei vindo pro ambulatório, comecei a fazer o curso de enfermagem e de quirofonética.*

*Eu tinha uma madrinha, que ela mesmo pagava o curso de quirofonética; então eu escrevi uma carta dizendo a vontade que eu tinha de estar fazendo, e quando ela se dispôs eu comecei.*

(D., 28 anos, 3 anos como auxiliar de enfermagem do Ambulatório)

Com relação a outras atividades comunitárias voltadas ao lazer e formação é intensa a ida a peças de teatro, programas, festas e eventos do Centro Comunitário Monte Azul; metade pode frequentar oficinas, cursos artesanais ou a Escolinha da mesma associação, mencionados sempre de forma elogiosa.

A participação, mesmo como usuárias, do serviço de saúde ou de partos ambulatorial da favela, diferenciado do atendimento público em geral, parece ter contribuído para a formação de uma população mais crítica e capaz de discernimento entre os recursos públicos urbanos que lhe são oferecidos.

*D - Nos hospitais tem falta de tudo na verdade. Tem falta da verba, falta do material, porque, por exemplo, no estágio que eu fiz lá no hospital, tinha dia assim, que a gente chegava lá, o professor dava os pacientes e falava assim: “esses quatro pacientes aqui é seu”, aí você olhava pra prancheta e olhava o que tinha que fazer, qual era a medicação que tinha que dar. Tudo bem, até fazia, mas de repente pegava um caso que tinha a injeção tal, e ia lá na gaveta pegar seringa, pra fazer e não tinha, uma seringa pra dar a injeção, uma agulha. Então, quer dizer, vai fazer o que com isso aqui. Eu sei o que é pra fazer, eu sei fazer, mas não tem agulha pra picar, não tem seringa, aí essa é a dificuldade que eu vejo.*

*Essas coisas básicas nunca tem falta aqui no Ambulatório, não. Por exemplo, não ter uma agulha pra fazer a injeção é o fim do mundo. O dia que acabar esse estágio, nunca mas me mande pra hospital público, nunca mais. O que eu falei, não tem condições de trabalho.*

(D., 28 anos, 3 anos como auxiliar de enfermagem do Ambulatório)

Ainda com relação à explicitação de uma postura crítica durante as entrevista individuais e a discussão em grupo, foi possível listar sugestões para o parto realizado no Ambulatório Monte Azul. Apesar deste ser sempre procurado e ser positivamente avaliado pelas mulheres, se comparado aos outros serviços públicos de saúde, não deixou de ser

avaliado e de serem sugeridas suplementações para sua melhoria:

**Sugestões para a Melhoria do Atendimento ao Parto Realizado no Ambulatório Monte Azul  
dadas pelas Entrevistadas:**

- equipar o Ambulatório com aparelhos e material necessários para realização de partos (em geral, não especificaram);
- equipar o Ambulatório com "guincho", "gancho" (fórceps);
- equipar com oxigênio;
- equipar com U.T.I. para partos que haja casos de urgência;
- ter recursos para atendimentos de caso de pressão alta;
- incluir uma ajudante no atendimento ao parto;
- incluir um pediatra para examinar o neném.

Assim, as mulheres moradoras da Monte Azul vivem, sentem, relatam, opinam e dão sugestões sobre parto, remédios e saúde, apesar de serem normalmente desconsideradas como interlocutoras desses atos, ou até, vistas como uma parte da população que percebe desigualmente os problemas de saúde e doenças *"com uma maior ou menor intensidade conforme a classe social* (BOLTANSKI, 1989, p.p. 95).

É referida, por algumas entrevistadas, a satisfação de fazer parte da Favela Monte Azul, vista como especialmente estruturada e organizada. Relatam a preferência por residir nela e a opinião que é "a melhor favela que tem", "que muitos dariam tudo para morar aqui" e que "não trocariam de lugar por nada":

*G- Porque essa favela é diferente das outras, você andando aqui, andando em outras favelas, você acha completamente diferente... Tem diferença de tudo, creches...*

*Peguei toda a construção do ambulatório, da marcenaria, da padaria, tudo isso... É maravilhoso, eu acho que esse trabalho é super, assim, interessante, né?*

(G., 33 anos, moradora da Monte Azul há 21 anos)

O orgulho, apesar das queixas, se faz presente; também parece haver um senso de comunidade integrada que diferencia seus moradores. De certa forma, a organização da favela e seus equipamentos, sua história e seus eventos trazem uma auto-estima coletiva aos seus moradores que se identificam entre si. Por extensão, referem-se a uma melhoria na qualidade de vida de suas famílias, se não de forma econômica, pelo menos política, cultural e de saúde.

## **DALI - A Desintegração da Persistência da Memória**

# **PARTE IV – ANÁLISE E COMPARAÇÃO COM A EXPERIÊNCIA DE OUTROS AUTORES**

## **1 – Modelos de Cuidado com a Saúde**

Na análise dos dados foram percebidos dois modelos de práticas de saúde, um referente à vida anterior à migração para

[\[54\]](#)

São Paulo, que denominou-se *rural* e um posterior a esta vinda ou com famílias já instaladas nesta cidade,

[\[55\]](#)

designado como *urbano*. Tal classificação foi possível porque as entrevistadas provêm de regiões rurais (Minas, Pernambuco, Sergipe e apenas uma do interior de São Paulo), que, apesar de serem localidades diferenciadas que



[56]

possuem a sua especificidade enquanto formação étnica , possuem traços em comum nos relatos de assistência a saúde.

O que se encontra no primeiro modelo são condutas comuns para a vivência rural "interiorana" e nordestina, um modo de vida aproximado, que é averiguado por diversos autores. Segundo OLIVEIRA (1984), as pessoas no campo "...tem uma maneira peculiar de influir na natureza, visando extrair dela recursos e benefícios..." (p.p.17). Esse aspecto certamente se reflete no cuidado com a saúde, onde "todas as pessoas que lidam com doenças e curas da população, ao prestarem seus serviços de saúde, reproduzem o seu modo de viver. Recriam um modo de oferecer respostas às aflições e sofrimentos" (Idem, Ibidem, p.78-79).

Essa autora refere-se a esse conjunto de práticas como *Medicina Popular*, porque se realiza em diferentes circunstâncias e espaços por diferentes pessoas: pais, tios, avós, benzedeiros, médiuns, raizeiros, ervateiros, parteiras, curandeiros, feiticeiros e, conforme a pesquisa de campo, algumas vezes até por farmacêuticos populares contatados em vilas ou pequenas cidades próximas que fazem manipulação de "receitas com produtos medicinais à base de plantas e ervas" (Idem, Ibidem, p.p. 20), também chamados de elixir.

Essas práticas do campo ficam à margem da medicina erudita que lá não está tão presente e não competem com ela, apenas "veiculam diferentes sistemas de classificação de doenças e de fenômenos orgânicos" (Idem, Ibidem, p.p.32), que representam a maneira como as pessoas compreendem a realidade que as cerca e "...oferece respostas concretas aos problemas de doenças e sofrimentos vividos no dia-a-dia. Ela aproxima e fortalece as relações sociais entre as pessoas, já que pressupõe ajuda e solidariedade" (Idem, Ibidem, p.p.8/9), de forma barata, próxima e acessível, integrada nas tradições cotidianas e familiares dessas comunidades.

Em ambos os modelos de saúde, a cultura é fundamental e estabelece condutas, mesmo onde a natureza está presente de forma mais intensa como ocorre nas populações ligadas ao meio rural, podendo existir até no interior destas,

[57]

relações diversas no contato saúde/natureza, como em membros de posição hierárquica menos favorecida .

Não é a toa, que algumas das entrevistadas deixaram claro que se pudessem reformulariam certos aspectos de sua cultura, principalmente com relação à orientação da vivência sexual, mostrando como estes, acabam determinando situações desvantajosas e constrangedoras para várias mulheres, o que demonstra que a 'naturalização' não convém na análise desse determinado grupo cultural :

- Eu não queria engravidar não. Era muito nova, não aproveitei nada da vida, com 15 anos eu fiquei mãe.

Entrevistadora - Você fala isso hoje, na época você sabia?

- Não, porque a gente não sabia, não tinha método, essas coisas então ele tinha mais experiência e abusou de mim.

(Entrevistada em grupo)

Assim, o material exposto no capítulo anterior, após a análise, comportou as seguintes características agrupadas, conforme foi dito, em dois *modelos* de experiências vividas pelas mulheres entrevistadas com relação às práticas de saúde, sintetizados no quadro abaixo:

## MODELOS DE PRÁTICAS DE SAÚDE

RURAL	URBANO
-------	--------

1. Serviços de Saúde quase inexistentes e de longa distância
2. Uso de indicação de Farmacêuticos (+)
3. Uso de ervas e chás de mato.

4. Uso de ervas, farmacêutico ou hospital só depois que doença, evento ou problema se instalam.

5. Prevenção é só alimentar ou com bençãos e rezas, geralmente para “mau-olhado”.

6. Falta de informação sobre menstruação e prevenção de gravidez.

7. Gravidez no fim da adolescência com formação de casal a partir da gravidez.

8. Rara utilização de métodos oficiais de evitar a gravidez.

9. Uso de formas para “descer a menstruação” com plantas por mulheres mais velhas.

10. Partos realizados por parteiras populares da região, geralmente amigas ou parentes.

10.

11. Relação Homem e Mulher Tradicional na divisão de tarefas. Mulheres em casa e com os filhos, homens na roça. A participação da mulher na roça é considerada “ajuda” e não trabalho.

1. Serviços de Saúde Pública mais disponíveis

2. Uso de indicação de Farmacêuticos (-)

3. Uso de ervas chás que ainda são encontradas por quase todas.

4. Apenas algumas mulheres adotam medidas anteriores à aparição da doença, problema ou evento.

5. Algumas continuam a utilizar bençãos e rezas e quase todas fazem prevenção alimentar.

6. Mais acesso a informação sobre menstruação e gravidez.

7. Gravidez no fim da adolescência com formação de alguns casais a partir da gravidez outros não.

8. Uso de métodos para evitar a gravidez, mas geralmente após primeiro filho.

9. Abortos com remédios e clandestinos.

10. Partos realizados por profissionais especializados:

- Hospitais (partos normais e cesáreas)
- Parteira em casos de parto normal (especificidade da Favela Monte Azul).

11. Relação Homem e Mulher Tradicional na divisão de tarefas. Algumas mulheres mais jovens que trabalham fora começam a ter homens que ajudam em casa.

12. Falta diálogo sobre sexualidade entre casais.

13. Educação dos filhos repete a educação dos pais.

14. Mulheres com informações de DSTs locais, com pouca expansão em redes de relações sexuais.

15. Estabilidade de parceiros que são

12. Falta diálogo sobre sexualidade entre casais.

13. Educação dos filhos tende a repetir a educação dos pais, mas as vezes há mudanças.

14. Mulheres com poucas informações sobre DST e mais sobre AIDS com redes de relações sexuais mais amplas.

15. Maior instabilidade de relações e troca

<b>trocados geralmente por migração.</b>	<b>de parceiros, por vários motivos.</b>
--	--

Através dessa síntese, é possível concluir que é explícita a formação dessas mulheres ou de suas mães num modelo rural de cuidado com a saúde que se caracteriza **por ser não-preventivo**, ou seja, **que adota atitudes quando o evento da doença, parto, etc, já está instalado**. A presença da prevenção chega esporadicamente através de campanhas informativas de rádio e, atualmente, também pela televisão, sem nenhuma prevenção “corpo a corpo”. Na pesquisa, fica claro que na roça, o uso de ervas, farmacêuticos e médicos ocorre após já estar instalada a doença ou problema e nunca preventivamente, com exceção feita a algumas prescrições alimentares na gravidez, bençãos contra mau-olhado e dicas não explícitas simuladas para o atraso do início das relações sexuais para evitar a gravidez das solteiras.

É importante ressaltar esse aspecto, visto que os novos modelos educativos em geral e, inclusive, em saúde, têm salientado a adoção de métodos educativos interativos que não trabalhem apenas com informação e discurso, mas e, principalmente, com o contato e a discussão dos aspectos emocionais e dos valores culturais, *“procurando assimilar a maneira como concebem a si e aos outros e como motivam suas práticas e as perpetuam em códigos próprios (...), onde através da utilização de dinâmicas de grupo, troca de vivências e discussão, procura-se perceber a dinâmica desses grupos com maior consciência e percepção do indivíduo de forma integral (cognitiva), instrumentalizando-o para a ação social mais assertiva com relação a si e aos outros”* (FIGUEIREDO, 1998, p.p. 1-2).

Por esse motivo, as mulheres vindas das áreas rurais costumam carregar consigo e reproduzem na criação cotidiana de suas filhas e filhos essa mesma característica de não-prevenção, inclusive nas gerações que já residem nas grandes cidades. Isso explica, de certa forma, a resistência de absorção dos modelos preventivos propostos pelas instituições de saúde, confirmada com a procura do médico apenas após uma gravidez já instalada e avançada, resultando em poucas

[58]

consultas de pré-natal, a dificuldade de adesão aos exames preventivos regulares como o papanicolau , a não integração do auto-exame de prevenção ao câncer de mama, a utilização de contracepção após uma gravidez adolescente indesejada, etc, problemas bastante observáveis nas periferias das grandes cidades.

Vale relevar que essa preservação de elementos culturais dos lugares de origem em situação de mudança ou imigração, também foi observada por outros autores como HELMAN (1994), com relação à alimentação: *“A maior parte dos grupos de imigrantes leva consigo sua própria “cultura alimentar” - suas crenças e práticas tradicionais relativas ao alimento. Esse fato não só garante um sentido de continuidade cultural com relação a seus países de origem, como também desempenha funções simbólicas, religiosas e sociais na vida diária”* (p.p. 61). Analogamente, observa-se esse comportamento em prescrições ou restrições alimentares com relação à saúde e à doença, mas também nos cuidados com a saúde e doença de modo geral, como forma de dar continuidade cultural, mas parece que, principalmente, de reforçar a identidade desses indivíduos, na medida em que resguardam os saberes e práticas dos membros de seus grupos de origem, principalmente familiares e gerações ascendentes que os formaram.

[59]

Outra conclusão observada é a alta *vulnerabilidade* dessas mulheres com relação à gravidez indesejada e às doenças sexualmente transmissíveis, incluindo a AIDS, quando passam para um ambiente urbano, devido às relações de gênero pautadas na divisão de papéis masculino e feminino tradicionais, à rotatividade de parceiros(as), à falta de diálogo sobre sexualidade, não citação e uso do preservativo como preventivo, condições gerais de baixa escolaridade,

[60]

sócio-econômicas e de ausência de uma cultura preventiva em sua formação .

## 2- Formas de Interação dos Modelos de Saúde Rural e Urbano

Foi confirmada com esta pesquisa as considerações de LOYOLA (1977), MONTERO (1983) e QUEIROZ (1991), sobre a liberdade da população no uso das diferentes práticas de saúde de forma concomitante. Também HELMAN (1994), notou que *"as pessoas, quando 'adoecem', obedecem normalmente a uma "hierarquia de recursos", que vai desde a auto-medicação até a consulta a outras pessoas"* (p.p. 72).

Observou-se, assim, que o modelo de cuidado com a saúde rural, ao contatar o modelo de saúde urbano, institucionalizado da grande cidade, interage provocando tipos de resoluções e alternativas de cuidado com a saúde de diversos tipos, que foram agrupados em quatro grandes categorias:

1. **RESISTÊNCIA:** onde há manutenção do comportamento e orientação do modelo anterior de criação e rejeição dos propostos no novo modelo. Como exemplo, foi relatada a não aceitação dos remédios antroposóficos por algumas depoentes ou seus familiares:

*V - Quando eu entrei aqui era muito difícil, começavam a questionar (...), porque os remédios da Welleda são iguais, a caixa é igual.*

*Entrevistadora - Então?*

*V - Achavam que estavam levando o mesmo remédio. Depois viram que não.*

*É bem engraçado..., teve um dia que veio um senhor com a caixinha e disse que queria aquele chá.*

*Então eu falei que precisava do nome do medicamento e ele disse: — é esse!*

*Então eu mostrei pra ele: — olha a quantidade de chás que a gente tem.*

*— “Nossa, não é tudo igual não? ele disse.*

*E eu falei que não, que cada um é diferente...*

(V., 24 anos; nasceu em São Paulo, no próprio Jd. São Luís, mudando logo depois com a família para a Favela Monte Azul)

Ou ainda, a recusa de ida para a maternidade de uma entrevistada após ter realizado quatro cesáreas, justificada pela mesma como uma esperança de ainda ter parto normal.

*S - Ah, o parto foi também cesárea, mas foi bem melhor. Tava lá no meu trabalho, um lar de criança abandonada... Eu trabalhava lá, aí vim fazer pré-natal aqui na parteira e, quando eu fui pra ganhar neném, chamei ela de novo.*

*Entrevistadora - Você sempre chamava a parteira? Não ia para o hospital?*

*S - Não, porque tem mulher que faz cesárea e depois ganha normal. Porque eu ia perder as esperanças! Mas a parteira falou : — que nada, você não tem jeito, tem que ser cesárea mesmo, não precisa nem de vir aqui, pode ir direto para o hospital. Mas eu sempre gosto de vir pra ela... [grifo meu].*

(S., 28 anos, 4 filhos nascidos em partos cesáreos)

2. **FUSÃO:** onde ocorre a mistura de práticas ou comportamentos do modelo anterior de criação com os propostos no novo modelo. Como exemplo, temos o uso de remédios antroposóficos e remédios de farmácias comerciais, frente à permanência do uso de ervas e benzedadeiras, mesmo residindo na favela Monte Azul.

*Entrevistadora - E os seus pais o que achavam do ambulatório?*

*S - Ah, no começo achavam que os remédios de lá não valem nada não. Que demora pra fazer efeito, né. Aí, depois, passaram a gostar, porque demora, mas resolve.*

*(...)*

*Entrevistadora - E você usa esses remédios antroposóficos, do ambulatório também?*

*S - Uso, quando dá febre. Só quando eu vejo que não passa mesmo, eu vou no médico fora. Mas faço compressa,, dou chá com*

limão...

Entrevistadora - Já aconteceu do médico daqui falar uma coisa e o de fora, dos postos de saúde, outra?

[61]

S - Ah, sim, sobre os remédios :— isso aqui não vale nada. Foi o médico de fora que disse, né?

Entrevistadora - E o que você acha? Que funciona?

S - Que demora, mas faz efeito, mas demora a fazer. E o da farmácia faz logo, mas volta, né? Pros médicos de fora esses remédios daqui não valem nada.

Entrevistadora - Por que você acha que eles dizem isso?

S - Sei lá, acho que é porque não conhecem.

Entrevistadora - E esses chás caseiros você faz sempre?

S - Sempre, mas muitas vezes falta os remédios, porque é de planta, e tem que procurar e então vou no ambulatório. É difícil encontrar as ervas aqui, a gente plantava, né? A minha mãe plantava aqui. Lá em casa eu plantei um puejo, hortelã, boldo, mas eu não sei se ainda tá lá, depois que eu aluguei.

(S., 28 anos, vinda de Minas Gerais com os pais, quando tinha 7 anos)

3. **ADESÃO**: onde há alteração do comportamento anterior, de criação, frente às propostas de um novo modelo de cuidado com a saúde. Como exemplo, a adesão aos medicamentos homeopáticos distribuídos no Ambulatório, ou a adesão à colocação de DIU (Dispositivo Intra-uterino), verificado como método contraceptivo utilizado com predomínio entre as mulheres da Favela Monte Azul e à esterilização cirúrgica feminina já observada como opção

[62]

de grande parte (32%) da população feminina brasileira em idade reprodutiva, por vários autores.

Entrevistadora - E depois que você teve filho, qual método para evitar que você uso?

T - O DIU.

Entrevistadora - E você está se dando bem com ele?

T - Ótima.

Entrevistadora - E quem te falou do DIU?

T - A parteira do Ambulatório, e o pessoal de lá também....

Entrevistadora - O que eles disseram?

T - Que o DIU era melhor. Então eu pus.

(T., 21 anos, um filho)

4. **RE-ESTRUTURAÇÃO**: onde ocorre a aparente apropriação do comportamento ou proposta do novo modelo, mas o significado e o sentido das ações condizem com o modelo anterior de criação.

M. teve um problema amamentando, seu seio inflamou e ela fez todos os tratamentos prescritos, até operou os canais da glândula mamária. Sabe que não pode amamentar quando dá a luz. No fim de seu relato sobre esta questão de saúde, ela desabafa, aparentemente de forma involuntária: acha que seu problema ocorreu porque o primeiro filho arrotou no seu seio enquanto mamava. Sua crença íntima é essa, apesar de ter se submetido aos mais variados tratamentos; tem consigo a explicação que faz mais sentido para si:

M - Eu tenho infecção no seio, logo que eu tive o menino, os dois, aí começou a infeccionar, tive uma infecção no começo.

Entrevistadora - Mas você começou a dar? Tentou e não deu e parou?

M - É, eu cheguei a dar uns três dias, nos três, depois inflamou. Esse aqui mesmo (mostrando o neném dormindo) eu não dei nada nem um dia.

Entrevistadora - Você chegou a voltar no ambulatório pra ver isso?

M - Fui, fiz cirurgia, tomei... já tive que rasgar, tiraram a glândula, falaram que era uma glândula aí.

Entrevistadora - Então foi em hospital, foi cirurgia?

M - Eu fui na Clínica Tobias, sabe onde é que fica?

Entrevistadora - Sei.

M - Foi na Clínica Tobias, lá que eu fiz a cirurgia.

Entrevistadora - E como foi?

M - Diz que tirou um pedacinho, porque essa glândula que tinha inflamado. Mas até hoje eu tenho problema, eu não posso...

Meu seio enche de leite, mas eu não posso porque está inflamado.

Entrevistadora - Foi só operação?

M - Tomei uns remédios também?

Entrevistadora - E funcionaram?

M - No seio?

Entrevistadora - É, te deram remédio?

M - Mas não adiantou nada, naquele tempo eu, você sabe, eles passavam antibiótico caríssimo, então não cheguei a tomar o tal que o médico me mandou, .... não sei se é porque o menino arrotou, porque eles falam que criança que arrota no seio inflama. O menino arrotou.

(M., 28 anos, 3 filhos)

Outro exemplo, citado por quase a totalidade das entrevistadas, que se classifica como *RE-ESTRUTURAÇÃO*, trouxe a [\[63\]](#)

tona a categoria **gênero**, como construção cultural, onde a questão do poder dominante masculino é, de certa forma, referida pelas informantes. As mulheres da Monte Azul optam por realizar o parto humanizado do Ambulatório local, escolhendo a posição para parir, com poucas interferências tecnológicas, segundo preconiza as ações antropológicas, que procuram criar um ambiente mais acolhedor e interativo entre mãe e filho e, se possível, também para o pai presente.

No entanto, essas mulheres trouxeram em suas falas um significado completamente diverso deste preconizado, mas pelo qual fazem a mesma opção prática na hora do parto: o descontentamento a forma como são tratadas por seus parceiros ou maridos e a reafirmação do desejo de mudança nas relações que estabelecem com eles. Entre os motivos alegados para a realização do parto na favela, é o desejo do marido acompanhá-las neste momento: “*pra ver a dor*”, “*pra ver como a gente sofre*”, “*pra ver se dá mais valor*”, “*pra ver se respeita mais*”.

Parece que reclamam de uma situação vivencial, de um status-quo que sentem e identificam como menos, como desvantajoso, como pior. Essa manifestação se coloca frente a um outro, o marido, o companheiro, o homem, a quem consideram ser responsável por esta situação de menosprezo. Através da observação da repetição dessas falas, a pesquisa, tendo pretendido captar as relações de gênero e as ter abandonado durante o seu percurso, de modo a não comprometer a análise, se defrontou com esta questão nas entrevistas.

Verificado este aspecto, foi organizado um grupo de entrevista que permitiu um aprofundamento sobre esta questão da presença dos homens na hora do parto, que reiterou sua importância na análise e conclusão deste trabalho:

As mulheres da Favela Monte Azul, de uma forma ou de outra, estão submetidas a uma situação de *menos valia* com relação às relações conjugais e de gênero no seu cotidiano. Apesar disso, se mantêm casadas, descontentes e caladas, mas expressando essa situação em ocasiões que consideram limite, onde há uma demonstração carnal, corporificada de seu sentimento e percepção dessa realidade. Querem, então, exprimir isso no parto, onde são vistas gritando, chorando, sofrendo, sangrando, procurando desta forma utilizar tal momento como uma possível "porta" para mudanças, mesmo que estas efetivamente, ou como diz M., abaixo, não ocorram:

“... mas é igual a muitas mulher que falam: - quando um homem vê a mulher tendo um filho, passa a dar valor nela, passa a ver - eu não acredito nisso, porque ele assistiu o parto dela, do menino. Pra mim não! Continua. Tanto é que quando eu tive ela, eu tive que me separar”.

(M, 28 anos, 3 filhos)

Dessa maneira, o importante para essas mulheres, não parece ser a realidade de mudança na sua valorização, já que muitas já tiveram outros filhos e viram, como M., que nada se alterou; mas é a esperança de um dia lhes ser dado um novo status feminino, ao qual ficam esperançosas de conseguir nessas situações. Nesse contexto, as relações de gênero ficam claramente colocadas e expressas, dando visibilidade aos outros momentos de vida ocultos, mas que com certeza essas mulheres esperam que um dia se modifiquem, mesmo que não ajam durante as suas vidas para que isso ocorra.

O evento de trazer o companheiro para presenciar o parto, reforça a existência de apropriação de elementos de outros modelos de saúde para reforçar aspectos da lógica cultural específica dos sujeitos que os utilizam, conferindo-lhes significado.

\*

A partir do exposto, verificamos que essas quatro resoluções encontradas na pesquisa, fruto da inter-relação ou comunicação entre modelos de práticas de saúde distintos, convivem na maioria das vezes paralelamente, conforme o aspecto ou cuidado com a saúde que a pessoa está tratando.

Uma tentativa de classificação semelhante das interações entre comportamento de mulheres frente a sistemas de saúde foi feita por Emily Martin (1992), com relação ao parto. Segundo essa autora, nessas situações se encontram estratégias de *Aceitação*, *Lamentação*, *Não Ação*, *Sabotagem*, *Resistência* e *Rebelião*. As duas primeiras dizem respeito a incorporação acrítica ou conformista da ação médica no parto, as três últimas são enquadradas como práticas de resistência.

Na *Não Ação*, há um comportamento de ignorar a necessidade de atendimento ou até adiar até o limite a procura de atendimento ao trabalho de parto; a *Sabotagem* ocorre quando a mulher fica “atrapalhando” os procedimentos médicos: tirando soros, desligando aparelhos, etc, durante o seu atendimento; na *Resistência* há explicitamente uma recusa do atendimento com a fuga do hospital ou a procura de um serviço alternativo; por último, na *Rebelião*, que se configura, segundo essa autora, não mais por uma ação individual, mas por uma ação movida por um grupo de mulheres que exigem um determinado tipo de tratamento ou melhores condições de atendimento humano e material.

Como a pesquisa aqui descrita realizou um levantamento das ações e imaginários com relação à saúde sexual e reprodutiva genericamente e não apenas de um aspecto (como o parto), a classificação das interações dos modelos de saúde encontradas são mais amplas, enquanto observa-se que alternativas, como a de *Resistência*, proposta pela autora, teriam de ter saídas viáveis para essas mulheres, o que nem sempre é possível. É verificado um 'arranjo' entre as procuras do Ambulatório com atendimento antroposófico (existente na favela) e a procura do serviço de saúde público local, conforme as necessidades das entrevistadas.

Por exemplo: exames ginecológicos com clínico geral e exames laboratoriais simples são realizados na própria favela. Doenças mais complicadas, que exigem medicamentos alopáticos, são orientadas para o posto de saúde próximo, pois nesse, inclusive, há fornecimento de remédios gratuitamente. Exames laboratoriais mais complexos são procurados em hospitais da Zona Sul do município, ou até no hospital referência dessa especialidade na cidade. Pílulas e contraceptivos injetáveis são compradas pelas próprias mulheres nas farmácias. E, assim, se cruza a utilização dos vários serviços.

Apesar de não ter partido para a definição dos tipos de interações estabelecidas com os serviços de saúde, Paula Montero (1983), já havia observado em seu trabalho aspectos de resistência, onde a insatisfação de alguns grupos populares com o tratamento médico e com a sua linguagem leva, muitas vezes, à procura de religiões como a Umbanda e o Pentecostalismo. Neles ocorrem um melhor entendimento dos procedimentos feitos e das explicações dadas, que integram o mundo simbólico comum destes indivíduos, o que não significa, conforme a autora, que haja necessariamente conflitos entre esses dois serviços (religioso e científico), que muitas vezes são vistos como complementares.

BOLTANSKI (1989), trata a questão através da inclusão das relações de poder entre os grupos envolvidos, pois em suas pesquisas realizadas nos arredores de Paris verifica que "*a atitude do médico não se exerce diretamente sobre a doença, mas sobre o doente*" (p.p. 13), caracterizando sua prática como uma relação de autoridade, onde procura a legitimidade científica sobre o leigo, desvalorizando as condutas ilegítimas, denominadas "medicina popular". Nesta relação, o paciente desprende-se de suas categorias e perde o conjunto explicativo que domina, a doença torna-se "a monstruosidade do desconhecido" regida por lógicas que ele ignora e, com essa falta de compreensão e de utilização dos códigos de referência de seu meio social para aquilo que considera hostil, termina por facilitar uma disposição manipuladora externa, que acaba se configurando na relação médico-paciente.

[64]

Assim como ele, vários autores criticaram na análise foucaultiana , o exercício da medicina como um instrumento de manipulação dos indivíduos, de suas preferências, de sua auto-confiança e de seu corpo. Nesta pesquisa, as atitudes de *re-estruturação*, além das de *resistência* se conformam enquanto escapatórias do previsível, do determinismo das relações de poder massificantes.

Paula Montero (1983) e Marcos de Souza Queiroz (1991), já citados, na área de saúde e curas, e Sylvia Caiuby Novaes (1993), estudando grupos indígenas, são autores que apontam que através dos contatos interculturais, as relações entre grupos diferentes ocorrem de forma mais dual do que se previa; o antigo esquema que supunha um grupo dominador que "acultura" dominados, foi lentamente sendo questionado, mostrando que as relações ocorrem por contatos com participação de ambas as partes envolvidas e não são unilaterais.

Essas abordagens, não têm como intenção estimular ou "mascarar" as práticas de grupos sociais dominantes que

[65]

possam estar contidas em análises mais macro-sociológicas . Procuram, por outro lado, diminuir a caracterização *vitimista* que vinha sendo adotada pelos teóricos em várias áreas do saber com relação aos grupos dominados, mostrando que, na prática de relações de conflito ou de contato entre culturas distintas, há sempre a participação das duas partes de forma *ativa*, mesmo que uma delas esteja em posição desvantajosa em nível de influência e poder.

No caso de um saber construído dentro de um grupo relativamente restrito como os ambientes médicos e de serviços de saúde, onde há uma valorização do conhecimento empírico, racional e específico não dominado por outras parcelas da população, é compreensível que ocorra uma total oposição ou que se subestime, quaisquer outros valores, saberes e opiniões sobre as práticas de saúde. Dessa forma não são percebidas pelos profissionais de saúde as apropriações de ações com sentido diverso do seu original, como o tipo que foi denominado neste trabalho como *re-estruturação*.

Essa falta de percepção das alternativas do comportamento popular já foi observada também em outras pesquisas e anotações: na Praia do Bonet, em Ilha Bela (litoral Paulista), há uma pescadora idosa que receita *Melhoral, Aspirina,*

[66]

etc. para seus doentes ; desta forma os turistas ou "não-caiçaras" acreditam que ela dispõe de uma farmácia caseira para tratar seus parentes, quando na verdade é a forma como ela denomina as plantas locais que utiliza para curas que têm efeitos similares aos atribuídos a essas drogas comercializadas.

Em pesquisa realizada em Carapicuíba, Osasco e Barueri, já foi observado que, algumas mulheres atribuíam outro sentido para remédios e plantas para "*fazer a menstruação descer*" (FIGUEIREDO, 1995, p.p.8), depois do atraso do ciclo menstrual com possível gravidez, fato não considerado por essas como um procedimento abortivo, pois, conforme suas crenças religiosas, são absolutamente contra o aborto.

Partindo de uma avaliação científica, as mulheres leigas na Medicina não poderiam formular conceitos ou posições sobre condutas. Assim, não há possibilidade de haver uma elaboração conjunta da prática de saúde, mas sempre uma ação pautada no contato entre indivíduos que não dividem um mesmo código de comunicação (leigos e profissionais).



Assim, devemos considerar que as condutas e ações de saúde estudadas na pesquisa ocorrem frente a um público predominantemente feminino, pobre e com saberes e práticas culturais desvalorizados institucionalmente e, portanto, desconsideradas.

Diferente da percepção de uma simples aceitação pelo paciente ou pela população, de condutas da medicina institucional, ou seja, da concepção de uma relação unilateral, QUEIROZ (1991) demonstra como a partir das categorias de compreensão formuladas por um e outro agente numa comunicação, elas se entrelaçam de forma bilateral.

Nessa perspectiva inversa a dos teóricos da "aculturação" e "massificação", que costumam "petrificar" a cultura como elemento tradicional, não há uma realidade constante do conjunto cultural. O que existem são formulações sendo sempre constituídas e reformuladas para dar forma ao grupo em sua possibilidade de comunicação. O universo é dinâmico e dinâmicas são as relações que nele ocorrem e cabe aos pesquisadores e antropólogos, segundo GEERTZ (1989), interpretá-las e decodificá-las.

Elementos culturais novos promovem uma re-elaboração dos elementos culturais anteriores, o que possibilita a produção de inúmeras alternativas de configuração. A percepção, valor e representação de elementos assimilados podem ser, assim, diferenciados para mesmas ações entre grupos e sujeitos diferentes.

Conforme este raciocínio, não poderia haver objetividade na apreensão das condutas formuladas por profissionais de saúde, sem levar em conta a diversificação dos públicos a que elas estão sujeitas. Isto significa que pode haver diferentes formas de interações entre sujeitos ou grupos de sujeitos diferentes, sendo necessária a análise caso a caso deste contato para medir ou visualizar as representações que estão sendo construídas sobre este e sobre os elementos que podem ser eventualmente ou constantemente integrados.

No entanto, notar as especificidades como os grupos culturais se apossam de determinadas circunstâncias ou fatos trazidos pelos avanços da medicina, não impede que se avalie sua sub-participação em suas elaborações, já que, no limite, percebemos que hoje a necessidade do serviço de saúde e o uso da indústria farmacêutica são crescentes nos mais diferenciados grupos sociais, mesmo que assumindo funções diferentes, desempenhando um papel importante na vida dessas pessoas.

O exercício da promoção da saúde deveria, assim, longe de negar-se enquanto saber positivo, pois visto que é (já que possui uma série de informações que não são de domínio popular e que estão sendo prescritas), deveria adequar-se aos códigos e simbologias existentes nas diferentes localidades ou grupos locais, procurando relativizar seu discurso, suas práticas e metodologia de ação, na perspectiva de atender as noções de saúde e bem-estar de cada um desses grupos.

[67]

Desta forma, a atuação permitiria a seus agente saírem de si mesmos, incorporando diversidades, compreendendo outras linguagens e formas de significação, construindo conjuntamente a intervenção. Ao invés de visualizar de forma

[68]

preconceituosa, como prática de ignorantes ou resquícios de passado longínquo, essa “...prática que resiste politicamente e culturalmente à medicina acadêmica” (OLIVEIRA, 1984, p.p.8).

**RENOIR - A Leitora**

## **PARTE V - BIBLIOGRAFIA**

ABIA, PROGRAMA DE ESTUDOS E PESQUISA EM GÊNERO, SEXUALIDADE E SAÚDE - IMS/UERJ. **Saúde Reprodutiva em Tempos de AIDS**, Rio de Janeiro, ABIA, 1997.

ACOMA – ASSOCIAÇÃO COMUNITÁRIA MONTE AZUL, **folhetos de propaganda, atividades e doações**, São Paulo, s/d.

ARIÈS, Philippe e DUBY, Georges. **A História da Vida Privada**, São Paulo, Companhia das Letras 1992.

ARIÈS, Philippe. **História Social da Criança e da Família**, Rio de Janeiro, Ed. Guanabara, 1978.

AYRES, Ricardo. “Papel da Educação na Ação preventiva ao Abuso de Drogas e às DST/AIDS”, in FDE – Fundação para o Desenvolvimento da Educação, **Caderno n° 29**, São Paulo, FDE, 1996 - Série Idéias.

BALANDIER, G. **Modernidad y Poder: el desvio antropológico**, Madrid, Ed. Júcar, 1988.

BARBIERI, Tereza. **Sobre a Categoria Gênero: uma introdução teórico-metodológica**, Recife - PE, SOS Corpo, 1993.

BARBOSA, Regina e ARILHA, Margareth. "Cytotec®: avanço ou retrocesso?", in **Jornal da Rede Nacional de Saúde e Direitos Reprodutivos**, ano I, n° 2, outubro/1992.

BARROSO, Carmem. **A Saúde da Mulher no Brasil**, São Paulo, Conselho Estadual da Condição Feminina, 1985.

BARSTED, Leila de Andrade Linhares. **Em Busca do Tempo Perdido: Mulher e Políticas Públicas no Brasil: 1985-1992**, Brasília, UNIFEM, março, 1993.

BAUDRILLARD, Jean. **Esquecer Foucault**, Rio de Janeiro, Ed. Rocco, 1984.

BENEDICT, Ruth. **O Crisântemo e a Espada**. São Paulo, Editora Perspectiva, 1988.

BERMAN, Marshall. **Tudo Que é Sólido se Desmancha no Ar - A Aventura da Modernidade**, São Paulo, Companhia das Letras, 1986.

BERLINGER, Giovanni. CapVI - "A concepção Biológica da Mulher: do Preconceito à Ciência", in **Questões de Vida (Ética, Ciência, Saúde)**, Salvador, S. Paulo, Londrina, editoras APCE-HUCITEC-CEBES, 1993.

BIANCO, Mabel. Aspectos Generales del Diseño de una Investigación”, in **Direitos Reprodutivos**, São Paulo, Fundação Carlos Chagas/ PRODIR, 1991.

BOËR, Alexandre. “Casamento como Fator de Risco”, in **Expressão de Vida**”, n° 2, ano I, GAPA – Rio Grande do Sul, fevereiro/março/98.

BOLTANSKI, Luc. **As Classes Sociais e o Corpo**, Rio de Janeiro, Graal, 1989.

BOSCO, Santa Helena. **Migrações e Saúde - um estudo exploratório na cidade de São Paulo**, Mestrado em Ciências Sociais na Fundação Escola de Sociologia e Política de São Paulo, 1981.

BOURDIEU, P. **Coisas Ditas**, São Paulo, Brasiliense, 1990.

\_\_\_\_\_. **Lições de Aula - aula inaugural proferida no Collège de France**, São Paulo, Ed. Ática, 1988.

\_\_\_\_\_. **O Poder Simbólico**, Lisboa, Difusão Editorial, Lisboa, 1989.

BRITO, Ênio. "Religião e Resistência das Culturas Populares", **trabalho apresentado na VIII Jornadas sobre Alternativas Religiosas na América Latina**, mesa redonda "Catolicismo e neoliberalismo", São Paulo, 22 a 25 de setembro de 1998.

BRUSCHINI, Cristina. **Mulher, Casa e Família**, São Paulo: Fundação Carlos Chagas, Vértice, Ed. Revista dos Tribunais, 1990.

CALDEIRA, Tereza Pires do Rio. "Antropologia e Poder: Uma Resenha de Etnografias Americanas Recentes", inédito **Boletim Informativo e Bibliográfico de Ciências Sociais (BIB)** nº 27, da ANPOCS.

\_\_\_\_\_. **A Política dos Outros - o cotidiano dos moradores da periferia e o que pensam do poder e dos poderosos**, São Paulo, Brasiliense, 1984.

\_\_\_\_\_. "A Presença do Autor e a Pós-Modernidade em Antropologia", inédito **Revista Novos Estudos - CEBRAP**, Nº 21, junho/88.

CALDER, Ritchie. **O Homem e a Medicina – mil anos de trevas**, São Paulo, Hemos Livraria e Editora, s/d.

CANESQUI, Ana Maria (org.) **Dilemas e Desafios das Ciências Sociais na Saúde Coletiva**, São Paulo / Rio de Janeiro, ABRASCO e Ed. HUCITEC, 1995.

CEFOR. **Cadernos CEFOR - Violência nas Ações de Saúde**, Série Textos 7, São Paulo, SMS-SP/PMSP, 1992.

CHASSOT, Attico. **A Ciência Através dos Tempos**, São Paulo, Ed. Moderna, 1994

CONSELHO NACIONAL DOS DIREITOS DA MULHER, **Quando a Paciente é Mulher**, Brasília, CNDM, 1989.

COPANS, Jean. "Da Etnologia à Antropologia", in COPANS et all. **Antropologia: ciência das Sociedades Primitivas?**, Lisboa, Edições 70, 1971.

CORDEIRO, Hésio. **A Indústria de Saúde no Brasil**, Rio de Janeiro, Graal, 1985.

CORRÊA, Mariza. "A Natureza do Imaginário do Gênero na História da Antropologia", in **Cadernos Pagu (5)**, 1995: pp. 109-130.

COSTA, Jurandir F. **Ordem Médica e Norma Familiar**, Rio de Janeiro, Ed. Graal, 1989.

COSTA, Ronaldo Pamplona. **Os Onze Sexos - as múltiplas faces da sexualidade humana**, São Paulo, Ed. Gente, 1994.

CRAEMER, Ute. **Crianças Entre Luz e Sombras - anotações da professora Ute Craemer colhidas durante experiência pedagógica na Favela Monte Azul**, São Paulo, Associação Comunitária Monte Azul, s/d.

DA MATTA, Roberto. "As Raízes da Violência no Brasil", in **A Violência Brasileira**, São Paulo, Brasiliense, 1982.

\_\_\_\_\_. **A Casa e a Rua: espaço, cidadania, mulher e morte no Brasil**, São Paulo, Ed. Brasiliense, 1985.

\_\_\_\_\_. **Relativizando: uma introdução à Antropologia Social**, Petrópolis/RJ, Vozes, 1981.

DANTAS, Flávio. **O que é Homeopatia**, São Paulo, Ed. Brasiliense, 1984.

DE BARBIERI, Teresita. "Sobre la Categoría Género - una introducción teórico-metodológica", in **Direitos**

**Reprodutivos**, São Paulo, Fundação Carlos Chagas/ PRODIR, 1991.

DEL PRIORI, Mary. **História das Mulheres no Brasil**, São Paulo, Ed. Contexto, 1997.

DIAS, Nelsina Melo de Oliveira. **Mulheres: “Sanitaristas de Pés Descalços”**, São Paulo, Ed. HUCITEC, 1991.

D'INCAO, Maria Angela (org.). **Amor e Família no Brasil**, São Paulo, Ed. Contexto, 1989.

DINIZ, Simone Grillo. "Parto", in SEADE, **Mulheres em Dados nº 7**, São Paulo, Setembro de 1997, pp.1.

DONNANGELO, Maria C. F. **Medicina e Sociedade**, São Paulo, Pioneira Editora, 1975.

DONZELOT, Jacques. **A Polícia das Famílias**, Rio de Janeiro, Ed. Graal, 1980.

DURKHEIM, E. "Representações Individuais e Representações Coletivas", in **Filosofia e Sociologia**, Rio de Janeiro, Forense Universitária, 1970.

**Informe – a revista da sua cidade**, Camaragibe, Pernambuco, Caderno de Educação, p. 7, xerox, s/d.

ECOS e INSTITUTO DE SAÚDE DA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO. **Misoprostol e Indução do Aborto na Grande São Paulo - relatório final de pesquisa**, São Paulo, 1992.

EVANS-PRITCHARD, E.E. **La Relación Hombre-Mujer entre los Azande: un estudio antropológico sobre los problemas sexuales y sociales que enfrentam al hombre y la mujer en una sociedad primitiva**, Barcelon, Editora Crítica, 1978.

FARIA, Nalu e NOBRE, Míriam. **Gênero e Desigualdade**, São Paulo, Sempreviva Organização Feminista (SOF), 1997 - Cadernos Sempreviva.

FIGUEIREDO, Regina M.D., “Observações Antropológicas em uma Pesquisa Quantitativa”, in **Saúde, Cultura e Sociedade – Caderno nº 1**, São Paulo, Faculdade de Saúde Pública da USP, novembro de 1995, pp. 3-9.

\_\_\_\_\_. “Metodologia e Técnicas de Trabalho”, in **Prevenção às DST/AIDS em Ações de Saúde e Educação**, São Paulo, NEPAIDS, 1998.

\_\_\_\_\_. "Medo, Vergonha, Machismo ou Inibição: e quem não consegue usar a camisinha? (Proposta de Redução de Danos em Sexualidade)", in **Prevenção às DST/AIDS em Ações de Saúde e Educação**, São Paulo, NEPAIDS, 1998.

FOUCAULT, Michel. **História da Sexualidade 1: a vontade de saber**, Rio de Janeiro, Edições Graal, 1997.

\_\_\_\_\_. **História da Sexualidade 2: o uso dos prazeres**, Rio de Janeiro, Edições Graal, 1997.

\_\_\_\_\_. **História da Sexualidade 3: o cuidado de si**, Rio de Janeiro, Edições Graal, 1997.

\_\_\_\_\_. **A Microfísica do Poder**, Rio de Janeiro, Ed. Graal, 1979.

\_\_\_\_\_. **O Nascimento da Clínica**, Rio de Janeiro, Ed. Forense-Universitária, 1977.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, ORG.ALVES, Paulo Cesar e MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Saúde e Doença: um olhar antropológico**, Rio de Janeiro, Ed. FIOCRUZ, 1994.

GARCIA, Sylvia G. "A Propósito de Sexualidades e Culturas de Resistência: Modernidade, Identidade e Política, in **PHYSIS - Revista de Saúde Coletiva**, Vol. 5, n°1, 1993.

GEERTZ, C. **A Interpretação das Culturas**, Rio de Janeiro, Ed. Guanabara, 1989.

\_\_\_\_\_. "Anti Anti-Relativismo", in **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, número 8, vol. 3, outubro/88.

\_\_\_\_\_. "Uma Descrição Densa: por uma teoria interpretativa da cultura", in **A Interpretação das Culturas**, Rio de Janeiro, Ed. Guanabara, 1989.

GIDDENS, Anthony. **A Transformação da Intimidade - sexualidade, amor e erotismo nas sociedades modernas**, São Paulo, Ed. UNESP, 1993.

GOMÁRIZ, Enrique. Los Estudios de Género y Sus Fuentes Epistemológicas: periodización y perspectivas, in **Ísis Internacional**, n° 17, Ediciones de Las Mujeres, 1992,

GENP - Grupo de Estudos sobre Nascimento e Parto do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, **boletins e folhetos de seminários realizados em 1998**, São Paulo, 1998.

GORDON, Richard. **A Assustadora História da Medicina**, Rio de Janeiro, Ediouro, 1995.

GRACIANO, Marília. "Aquisição de Papéis Sexuais na Infância", in **Cadernos de Pesquisa 25**, São Paulo, Fundação Carlos Chagas, s/data.

GREGORI, Rosana. "Mulheres, DST e Aids", in **Transa Legal - boletim da ECOS para educadores**, N° 3, São Paulo, julho/98.

GRUPO CURUMIM, **folhetos e cartazes da Campanha "Parto Humanizado"**, Recife-PE, 1998.

GUIDDENS, A. **As Conseqüências da Modernidade**, Campinas, Ed. UNESP, 1991.

HEILBORN, Maria Luiza. "Gênero e Condição Feminina: uma abordagem antropológica", in IBAM/UNICEF. **Mulher e Políticas Públicas**, Rio de Janeiro, 1990.

HELLER, Agnes. "Estrutura da Vida Cotidiana", in **O Cotidiano e a História**, São Paulo, Ed. Paz e Terra, 1989.

HELMAN, Cecil G. **Cultura, Saúde e Doença**, Porto Alegre, Artes Médicas, 1994.

IBGE, **Anuário Estatístico do Brasil**, 1978, Rio de Janeiro, 1978.

ILLICH, Ivan. **A Expropriação da Saúde - Nêmesis da Medicina**, Rio de Janeiro, N. Fronteira, 1975.

INAM / MINISTÉRIO DA SAÚDE, **Assistência Integral à Saúde da Mulher: bases para uma prática educativa - documento preliminar**, Brasília, outubro de 1983.

INDIFOLHA, "Mulheres Vão Mais a Unidades Básicas de Saúde", in **Folha de São Paulo**, Caderno Cidade, 11 de maio de 1991.

LAGO, T. et all. **Aceitabilidade e Efetividade de Uso do Diafragma entre Mulheres de Baixa Renda em São Paulo: Relatório de Pesquisa**, São Paulo, Núcleo de Investigação em Saúde da Mulher e da Criança/Instituto de

Saúde - Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, 1994.

LAPLANTINE, François. **Antropologia da Doença**, São Paulo, Ed. Martins Fontes, 1991.

LEAL, Ondina Fachel. "Sangue, Fertilidade e Práticas Contraceptivas", in FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, org. ALVES, Paulo César e MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Saúde e Doença: um olhar antropológico**, Rio de Janeiro, Ed. FIOCRUZ, 1994, Capítulo. 10.

LÉVI-STRAUSS. **As Estruturas Elementares de Parentesco**, São Paulo, Ed. Vozes/ Ed. USP, 1976.

\_\_\_\_\_. **Antropologia Estrutural I**, Rio de Janeiro, Ed. Tempo Brasileiro, 1976.

\_\_\_\_\_. **Antropologia Estrutural II**, Rio de Janeiro, Ed. Tempo Brasileiro, 1976

\_\_\_\_\_. "Introdução - A Obra de Marcel Mauss" , in MAUSS, **Sociologia e Antropologia**, São Paulo, EPU, 1974.

\_\_\_\_\_. "A Ciência do Concreto", in **O Pensamento Selvagem**, São Paulo, Cia. Ed. Nacional, 1976.

\_\_\_\_\_. "Abertura", in **O Cru e o Cozido**, São Paulo, Brasiliense, 1991.

LOPES, Marta J. M., MEYER, Dagmar E. e WALDOW, Vera Regina. **Gênero e Saúde**, Porto Alegre - RS, Ed. Artes Médicas, 1996.

LOYOLA, Maria Andréa (Org.). **Medicina Popular e Sistema Paralelo de Saúde**, Rio de Janeiro, IMS/UERJ, 1977 - Relatório de Pesquisa.

LUZ, M.T, **Medicina e Ordem Política Brasileira**, Graal, Rio de Janeiro, 1982.

MACEDO, Carmen C. **A Reprodução da Desigualdade: o projeto de vida familiar de um grupo operário**, São Paulo, Ed. Vértice, 1985.

MAGALHÃES, B. et all. **Ação ou Omissão - Uma Contribuição à Análise das Relações do Estado e à Mulher no Ciclo Grávido - Puerperal**, Universidade de Alagoas, Centro de Ciências da Saúde (CESAU), CHLA, Departamento de Enfermagem e Departamento de Ciências Sociais, Maceió - AL, 1994.

MAGNANI, José Guilherme. "Da Periferia ao Centro: Pedacos e Trajetos", in **Revista de Antropologia**, São Paulo, USP, 1992, v. 35, p. 191-203.

MANNARELLI, María Emma. "Medicin, Sociedad e Corpo Feminino: Lima, 1900-1930, in COSTA, Albertina de O. **Direitos Tardios - saúde, sexualidade e reprodução na América Latina**, Fundação Carlos Chagas/Editora 34, 1998.

MARTIN, Denise. **Mulheres e AIDS - Uma Abordagem Antropológica**, Tese de Mestrado, FFLCH, São Paulo, 1995.

MARTIN, Emily, **The Woman in the Body – a cultural analysis of reproduction**, Boston (EUA), Beacon Press, 1992.

Matéria não Assinada, "Antroposofia trata a doença e sua causa ao mesmo tempo", in **Jornal do Bairro de Pinheiros 9 a 15 de fevereiro**, São Paulo 1996, p.p.2.

Matéria não Assinada, “Renascimento de Parteiros e Médico adotam Práticas Dispensáveis”, in **Folha de São Paulo**, São Paulo, domingo, **9 de março** de 1997 - **Caderno São Paulo**.

Matéria não Assinada, “Mapa Revela Melhor e Pior Lugar para Viver”, in **Folha de São Paulo**, São Paulo, domingo, **26 de Novembro** de 1995 - Caderno Especial I .

Matéria não Assinada, "Esterilização Inibe a Prevenção da AIDS", in **Folha de São Paulo**, São Paulo, **5 de maio** de 1994 - Caderno Cotidiano, p.p.7.

MATOS, Olgária C. F. de, “Globalização Atropela a Cultura”, in **Folha de São Paulo**, **7/5/95**.

MATOS, M. Izilda S. de. **Delineando Corpos: As Representações do Feminino e do Masculino no Discurso Médico - São Paulo 1890-1930**, Núcleo de Estudos da Mulher (NEM),PUC/SP, mimeo, 1994.

MAYBURY-LEWIS, David. **A Sociedade Xavante**, São Paulo, Ed. Francisco Alves, s/d. - Capítulo II - "No Nascimento".

MINAYO, M. Cecília de S. et al. “Avaliação Qualitativa de Programas ou Serviços de Saúde - Perspectiva Teórica”, **texto do Centro Latino-Americano de Estudos de Violência e Saúde “Jorge Careli”**, Rio de Janeiro, FIOCRUZ, 1996.

MONTERO, Paula. **Da Doença à Desordem**, Tese de Doutorado apresentada na FFLCH/USP, São Paulo, 1983.

MORAES, J. F. Regis de (org.). **Construção Social da Enfermidade**, São Paulo, Cortez & Moraes, 1978.

MORAES, M. Lygia Quartin de (coord.). **Relatório Trienal da Pesquisa Amamentação: práticas maternas, políticas públicas e realidades urbanas**, UNESP, Araraquara, Faculdade de Ciências e Letras, Departamento de Sociologia, maio/88 a 1991.

MURAD, J. **A Privatização da Dor**, São Paulo, Assembléia Legislativa, agosto 1997.

NOGUEIRA, **Capital e Trabalho nos Serviços de Saúde**, 1983, mimeo.

NOGUEIRA, Maria Inês. **Assistência Pré-Natal: prática de saúde a serviço da vida**, São Paulo, Ed. HUCITEC, 1994.

NOVAES, Sylvia Caiuby. **Jogo de Espelhos**, São Paulo, EDUSP,1993.

NÚCLEO DE ESTUDOS E PESQUISAS DE SEGURIDADE E ASSISTÊNCIA SOCIAL DA PUC/SP. Coord. SPOSATI, Aldaíza. **Que Cidade é Esta: Região Sul 1 – mapa de exclusão social**, São Paulo, PUC, s/d.

NUNES, Everardo Duarte, org. **As Ciências Sociais em Saúde na América Latina - tendências e perspectivas**, Brasília, Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), Organização Mundial de Saúde (OMS), 1985.

OLIVEIRA, Elda R. de. **O que é Medicina Popular**, São Paulo, Ed. Brasiliense, Coleção Primeiros Passos, 1984.

OLIVEIRA, M<sup>a</sup> Coleta F. A. **Classe Social, Família e Reprodução: reflexões teóricas e referências empíricas – Cadernos de Estudo de Pesquisa nº 3**, São Paulo, Faculdade de Arquitetura e Urbanismo da Universidade de São Paulo / Fundação para Pesquisa Ambiental, 1979.



PINTO, Elizabeth F., BLAICH, Michael e CRAEMER, Ute. **Medicina para Quem? um exemplo de atuação médico-social: alternativa entre massificação e elitismo**. São Paulo, Ed. Antroposófica, 1990.

PITANGUY, Jacqueline e EDLER, Flávio (org.). **Práticas Médicas e Cidadania - Cadernos CEPIA nº 3**, Rio de Janeiro, CEPIA, 1997.

PITTA, Áurea M. da R. **Saúde e Comunicação - visibilidades e silêncios**, São Paulo, HUCITEC e ABRASCO, 1995.

PRILL, H.J. e LANGEN, D. **Ginecologia Psicossomática**, São Paulo, Roca, 1985 - Capítulo 1, parte 2: "A Relação Médico Paciente".

PROGRAMA DE DST/AIDS DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, **Boletim Epidemiológico de AIDS**, ano I, nº 1, 1997.

QUEIROZ, Marcos de Souza. **Representações sobre Saúde e Doença - agentes de cura e pacientes no contexto do SUDS**, Ed. da UNICAMP, 1991.

REHUNA - REDE NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO DO NASCIMENTO e SUPERINTENDÊNCIA DE SAÚDE COLETIVA DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO, **cartaz "Tecnologia Apropriada para Nascimentos e Partos"**, Rio de Janeiro, 1998, sobre as recomendações da Organização Mundial de Saúde.

RIBEMBOIM, José A. **Senhores de Engenho Judeus em Pernambuco Colonial, 1542-2654**, Recife, Comunicação Editora, 1994.

RIORDAN, HUGH. **Desafiando a Medicina - os desbravadores que derrubaram os dogmas da saúde**, Rio de Janeiro, Editora Gaia, 1992.

RODRIGUES, Gilda de Castro. **Planejamento Familiar**, São Paulo, Ed. Ática, 1990.

ROMERO, Elaine (org.). **Corpo, Mulher e Sociedade**, Campinas - SP, Ed. Papirus, 1995.

RUBIN, Christina de R. "Um Pedaco de Nossa História: historiografia da antropologia brasileira, in **Revista Brasileira de Informação Bibliográfica em Ciências Sociais**, Nº 44, 1997, pp. 31-72.

SAHLINS, M. **Ilhas de História**, Rio de Janeiro, Zahar, 1990.

SAID, Edward. **Orientalismo: O Oriente como Invenção do Ocidente**, São Paulo, Companhia das Letras, 1990.

SANCHES, Valéria. Anexo "Algumas Considerações sobre a Favela Monte Azul, in **As Representações Sociais da Morte na Sociedade Brasileira**, (ante-projeto de pesquisa de mestrado, São Paulo, FFLCH/USP, fev/1994 - xerox.

SARTI, Cinthia. **A Família como Espelho: um estudo sobre a moral dos pobres na periferia de São Paulo**, Tese de Doutorado em Antropologia, São Paulo, FFLCH - USP, 1994.

SCAVONE, Lucila. "Impacto das Tecnologias Médicas na Família", Caxambu - MG, **trabalho apresentado no XVI Encontro Anual da ANPOCS - GT Família e Sociedade**, 1992: xerox.

\_\_\_\_\_. Lucila (pesquisadora responsável). **Relatório Parcial da Pesquisa "Saúde das Mulheres na Ilha de São Luís: maternidade, contracepção e aborto"**, São Luís, mimeo, julho de 1983.

SCAVONE, Lucila (org.). **Tecnologias Reprodutivas**, São Paulo, Ed. UNESP, 1996.

SCOTT, Joan. "Gênero: uma categoria útil de análise histórica", in **Educação e Realidade** 16(2), Porto Alegre, jul/dez. 1990: pp. 5-22.

SERRANO, Alan Índio. **O Que é Medicina Alternativa?**, São Paulo, Brasiliense, 1983 - Coleção Primeiros Passos.

SILVA, G.R., "Métodos em Medicina Preventiva", in **Saúde da Comunidade**, Ed. Mac Graw-Hill do Brasil, Faculdade de Medicina da USP, 1976

SONTAG, Susan. **A Doença como Metáfora**, Rio de Janeiro, Ed. Graal, 1984.

STEINER, Rudolf. **O Mistério dos Temperamentos - as bases anímicas do comportamento humano**, São Paulo, Ed. Antroposófica, 1994.

SUPERINTENDÊNCIA DE HABITAÇÃO POPULAR, SECRETARIA DA HABITAÇÃO E DESENVOLVIMENTO URBANO - PMSSP, **Censo de Favelas e Cortiços do Município de São Paulo**, São Paulo, FIPE, março de 1994.

TAKIUTI, Albertina Duarte. **A Saúde da Mulher Adolescente**, São Paulo, Dissertação de Mestrado Fac. Saúde Pública/USP, 1993.

TANAKA, Ana Cristina d'Andreatta. **Maternidade: dilema entre nascimento e morte**, Rio de Janeiro / São Paulo, ABRASCO e Ed. HUCITEC, 1995.

TAUSSING, Michael. **Xamanismo, Colonialismo e o Homem Selvagem, : um estudo sobre o terror e a cura**, São Paulo, Ed. Paz e Terra, 1993.

TEVES, Angelina C. **A Mulher Tribal Brasileira**, São Paulo, EDUSP, 1978.

TODOROV, Tzvetan. **A Conquista da América: A Questão do Outro**, São Paulo, Martins Fontes, 1991.

VARGA, István Van Deursen. "Indigenismo Sanitário? - instituições, discursos e políticas indígenas no Brasil Contemporâneo", in **Cadernos de Campo**, nº 2 - ano II, São Paulo, Programa de Pós-graduação em Antropologia da USP, 1992.

Vários Autores. **Grande Enciclopédia Delta Larousse**, v.1, e vol. 14, Editora Delta S/A, Rio de Janeiro, 1972.

Vários autores. **Enciclopédia Barsa**, vol.7, São Paulo, Encyclopaedia Britannica Editores Ltda., 1979.

VELHO, Otávio Guilherme (org.). **O Fenômeno Urbano**, Rio de Janeiro, Zahar, 1973.

\_\_\_\_\_. "O Cativo da Besta-Fera", in **Religião e Sociedade** 14/1, março de 1987.

WOLFFERS, Ivan et all. **O Marketing da Fertilidade**, São Paulo, HUCITEC, 1991.

WOORTMANN, Klaas. **A Família das Mulheres**, Rio de Janeiro, Ed. Tempo Brasileiro, 1987.

## **ANEXO 1 - A Antroposofia**

Segundo a Enciclopédia Delta Larousse, Antroposofia significa *Sabedoria do Homem*, e foi um movimento teosófico fundado por Rodolf Steiner em 1901.

Steiner foi um filósofo e pedagogo austríaco que viveu entre 1861-1925. “ *Após ter sido dirigente da seção alemã da Sociedade Teosófica (1901-1913) e editor das obras científicas de Goethe, Steiner fundou a antroposofia, criando* [\[69\]](#)

*para seus adeptos um centro — Sociedade Antroposófica — em Dornach . Seu pensamento caracteriza-se pelo sincretismo religioso-filosófico”* (GRANDE ENC. DELTA LAROUSSE, 1972, p.p. 6.438). Neste movimento, adota elementos do cristianismo e do misticismo alemão - gnosticismo: “*Cristo seria a reencarnação de Dionísio e Mitra, e as almas humanas procederiam de Deus como raios solares procedem do Sol, tendo sido aprisionados pela matéria em consequência do pecado. Para a libertação seria necessário praticar uma série de exercícios físicos e espirituais*” (Idem, Ibidem, p.p. 411).

O ser humano está integrado neste desenvolvimento cósmico (que inclui espírito e matéria) e o medo, a doença e a morte correspondem a uma crise provocada pela interferência de certos elementos. Cristo representa a superação dessa crise, através de sua encarnação, morte e espiritualização, habitando agora nas almas dos que crêem possibilitando sua evolução para espiritualidade total, posterior a outras etapas de todo o ciclo.

Na Suíça, Rudolf Steiner aplicou suas teorias, desenvolvendo a Escola Superior Livre de Ciência Espiritual, dando contribuições para os campos das artes, organização social, pedagogia, medicina, farmacologia, agricultura e no tratamento de crianças excepcionais.

No Brasil, a Antroposofia chega em 1956, com a fundação da primeira escola Waldorf, atualmente Rudolf Steiner de São Paulo. Em 1959, foi criada, na área de medicina, a Clínica Tobias em Cotia (SP); em 1974 surgiu a primeira fazenda de agricultura biodinâmica: a Estância Demétria.

Além dessas instituições, a Antroposofia desenvolve trabalhos sociais com a população de baixa renda, como a organização de creches, escolas, oficinas de trabalho, iniciado com a construção do Ambulatório na Favela Monte Azul, em 1979.

Atualmente a antroposofia é utilizada em diversas áreas no Brasil (agricultura, biodinâmica, educação, arquitetura, etc) e conta com adeptos em vários estados, sendo a medicina antroposófica e seus medicamentos, a área mais difundida.

## 2. A Medicina Antroposófica

A Medicina Antroposófica, tem a proposta de ampliar a cura, trabalhando o desenvolvimento de ser humano como um todo, lado espiritual e físico, racional e emocional. Desta maneira os órgãos do corpo são vistos como correlação da alma: o coração, por exemplo, está diretamente ligado ao sentimento, o cérebro ao pensar, o fígado à força de vontade e assim sucessivamente.

Segundo Steiner, o ser humano possui um corpo físico (regido por leis químicas e físicas), um corpo etérico (formado pelo sistema glandular, fica unido ao corpo físico durante a vida e na morte se separa) e um corpo Astral (sistema nervoso, incluindo as sensações). Conforme as correntes filosóficas da Antiga Grécia, ele classifica as pessoas em [\[70\]](#)

quatro grupos de "temperamento" humano predominantes: sanguíneo, colérico, o fleumático e o melancólico , que irá também, caracterizar a suscetibilidade de problemas e doenças por estes indivíduos.

Para a Antroposofia, a maior parte das doenças e infecções manifestadas são reflexo de sentimentos internos, insatisfações e problemas de ordem emocional. Por isso, tratando-se a causa, os problemas emocionais, que normalmente a pessoa não consegue resolver e compreender, é possível saber o que gerou a doença, chegando-se à cura e evitando o surgimento de outras doenças e recaídas.

Neste processo, faz-se exames tradicionalmente, caso necessário, porém no tratamento é ministrado remédios

[71]

homeopáticos . O tratamento também procura englobar a melhoria da alimentação e a psicoterapia, como a terapia artística (pintura, modelagem, etc.), a euritmia (terapia ligada ao movimento) e a massagem rítmica (massagem voltada para a parte física, orgânica e psicológica). Em casos de doenças mais graves há o uso de remédios alopáticos e até acompanhamento de especialistas da medicina tradicional.

PINTO, BLAICH, e CRAEMER (1990) integrantes da proposta antroposófica em saúde no Brasil, criticam de forma contundente a visão materialista, biológica e social do ser humano, que consideram eliminar os conceitos qualitativos: *“A concepção que se tem do ser humano ainda padece da forma exterior com a qual se aprendeu a enfocar o mundo desde o surgimento da corrente de pensamento materialista. Como um ser da Natureza, tendo sua essência em tudo que se pode apalpar, pesar, observar exteriormente, e considerando suas manifestações psíquicas e espirituais como penalmente determinadas pelo seu corpo e pelo mundo, não se pode chegar a uma experiência digna do ser humano como ser livre, ético e moral”*(p.p.5).

Para esse autores, a medicina atual desenvolve o contato com as doenças através de livros, onde os diagnósticos são associados a dosagens de medicamentos. Não se faz um estudo profundo do ser humano enquanto um ser da Natureza

[72]

e, portanto, com uma parte mineral, animal e espiritual , que se expressa na vivência do paciente. Há uma desconexão da alma, que vem desde a separação entre cura e sacerdócio.

Assim, a medicina torna-se "dona" do corpo, levando a uma massificação dos tratamentos e "a falta de liberdade do médico, por não permitir-lhe o vínculo com o íntimo de sua profissão e da relação com o paciente. A atividade médica, ao contrário, deve considerar o espírito, integrando a liberdade do médico e do paciente enquanto indivíduos.

Por isso, os autores apontam que a Antroposofia procura desenvolver o homem globalmente, para que ele exerça essa liberdade. Segundo os autores citados, esse desenvolvimento — da "essência humana" — se dá pela educação, saúde e agricultura, desenvolvidas sempre em harmonia com a Natureza.

### ***Medicina Antroposófica na Favela Monte Azul***

No trabalho desenvolvido na Favela Monte Azul, esta concepção de saúde, é aplicada com a não restrição em curar doentes (com o atendimento ambulatorial e medicamentoso), mas também com o desenvolvimento de ações

[73]

preventivas. Entre elas, PINTO, BLAICH e CRAEMER (1990) descrevem :

a) Melhorar as Condições de Moradia:

- Em 1983, iniciou-se, junto à SABESP, um projeto de água potável, que ocorreu em 1985. *“Antes a fonte de água*

*era uma mina contaminada, que comprometia o estado de saúde tanto pela contaminação em si como pela dificuldade de carregar a água até os barracos” (PINTO, BLAICH e CRAEMER, 1990, p.p.22);*

- A realização de calçamento de vielas, possibilitando que o esgoto, que antes a céu aberto, transcorresse coberto até o córrego e a construção de pontes sobre o córrego;

[74]

- ACOMA fez projeto *“melhorando estrutura física dos barracos, minimizando doenças respiratórias na época de chuvas e inverno”* (PINTO, BLAICH e CRAEMER, 1990, p.p.22);
- Implantou o programa de coleta seletiva de lixo, para evitar que este fosse jogado no córrego. O lixo passou a ser vendido a usinas de reciclagem (vidros, papéis, plásticos, metais), melhorando a incidência de ratos, baratas e mosquitos.

#### b) Melhorar as Condições de Alimentação e Vestuário:

*“É sofrido acompanhar o processo de adaptação de crianças e adultos ao frio, não através do vestuário, cujo custo ultrapassa suas possibilidades financeiras, mas através de um gradual bloqueio da capacidade de sentir frio, de perceber o frio, massacrando o sentido térmico”* (Idem, Ibidem, p.p.23).

- Integrou produtos de agricultura biológico-dinâmica à alimentação do berçário, creches e jardins da infância;
- Incentivou alternativas alimentares com o aproveitamento de resíduos não habitualmente consumidos e comercializados (folha de chuchu, de abóbora, de quiabo, etc), procurando desenvolver novos hábitos alimentares;
- Instalou a padaria que produz pão integral e outros produtos de baixo custo;
- Criou bazares que vendem roupas usadas a baixo custo.

#### c) Contribuir para a Oferta de Empregos:

- Desenvolvendo qualificação profissional através de oficinas (marcenaria, tecelagem, reciclagem de papel, etc);
- Criando frentes de trabalho (maioria dos colaboradores e funcionários da ACOMA são moradores da própria favela).

#### d) Melhoria da Qualidade de Vida:

*“Ao quadro de miséria material acrescenta-se muitas vezes o da miséria humana; muitos são os que apresentam literalmente a alma corroída, esmagada ou dilacerada. Praticamente todas as suas forças e o tempo de vida são empregados na luta pela sobrevivência...”* (Idem, Ibidem, p.p.25).

- Desenvolveu pré-escolas e creches com Pedagogia Waldorf, procurando dar instrução e formação para a população local;
- Desenvolvendo, constantemente, um trabalho com adultos, através de aulas, debates, teatro, música, ginástica e comemorações religiosas, procurando "amenizar" a falta de perspectiva na melhoria das condições de vida.

#### e) Trabalho Ambulatorial:

- Realização de grupos com pessoas que trabalham diariamente no Ambulatório (enfermeiras, médica, faxineira, parteira, responsável pela farmácia, voluntários), discutindo diversos temas, como: saúde e doença, o ser humano, febre, etc.
- Realização de consultas médicas para tratamento da individualidade do doente.

- Realização de tratamentos com "*acompanhamento biográfico e de terapias desenvolvidas a partir da visão do homem com ser físico-anímico-espiritual, como a terapia artística, a quirofonética e a massagem rítmica*" (Idem, Ibidem, p.p. 27-28).
- Desenvolvimento de convênios de apoio com a Clínica Tobias, da Weleda do Brasil e do Centro Paaulus estudos Goetheanísticos e Centro Materno Infantil do Jabaquara, para encaminhamento de partos normais de risco, cesáreas, cirurgias e tratamentos que necessitam de internação hospitalar.
- Desenvolvimento de um fundo terapêutico-social na Holanda, para obtenção de verbas para sustentar o pagamento de alguns salários do trabalho médico-social antroposófico do Ambulatório.

Assim, conforme os autores, "*Aliando a saúde pública ao trabalho ambulatorial como um todo, pretendemos aproximar-nos cada vez mais de uma forma mais global e adequada ao desenvolvimento da saúde da comunidade, sem negligenciar o todo e nem o indivíduo*" (Idem, Ibidem, p.p.26).

## **ANEXO 2 - Roteiro para Entrevistas**

- **Dados Pessoais da Entrevistada:** nome, idade, escolaridade, religião, estado civil, etc.
- **Dados sobre sua Origem:** onde nasceu, como e porque veio para São Paulo (se for de outra localidade), com quem veio, com quem morava, como era a estrutura do cotidiano com relação às tarefas domésticas e de trabalho em geral, com os cuidados com a saúde alimentação, etc.
- **Dados sobre sua História de Saúde Sexual e Reprodutiva:** quando teve a primeira menstruação, como foi, o que sabia sobre isso, quantas gravidezes já teve, se fez aborto, como foram os pré-natais, partos, períodos de amamentação, pós-parto, se houve intervalo entre as gestações, se utilizou contracepção, qual utilizou, etc.
- **Dados sobre a Situação Atual e de seus Familiares:** se atualmente está com alguma doença, quais os tratamentos que utiliza, qual método contraceptivo usa (se usa), o que acha do atendimento médico pública e do ambulatório local da favela, se utiliza outras formas de cura, etc.

---

[1]

A definição 'Saúde Sexual' é adotada nesta dissertação propositalmente. As mudanças na percepção das especificidades no trato do corpo

feminino foi uma das bandeiras para que vários profissionais de saúde, feministas e integrantes do movimento de mulheres, criassem os termos Saúde Reprodutiva e Direitos Reprodutivos, procurando se opor ao antigo modelo de saúde que integrava a mulher em ações e políticas de Saúde Materno-Infantil. Dessa maneira tentou-se não apenas ressaltar a mulher como um ser independente que deveria ter uma atenção a sua saúde construídos através de uma análise de seu referencial, biológico, social e econômico, mas principalmente de vê-la não mais e apenas como reprodutora, mas dona de seu corpo e, principalmente, definidora de sua prole e de sua sexualidade.

Apesar das conquistas trazidas pela introdução do termo Saúde Reprodutiva, acreditamos que atualmente, devido à integração das problemáticas das doenças sexualmente transmissíveis, HIV/AIDS e até aos movimentos de emancipação homossexual masculinos e femininos, o conceito de *Saúde Sexual* deve ser acoplado ao de Saúde Reprodutiva, para explicitar melhor a não necessidade da existência de uma função procriadora no atendimento integral à saúde da mulher, como também para permitir avanços políticos nas lutas que podem ser travadas em conjunto com esses outros setores citados na prevenção das DST e AIDS. Em nenhum momento o uso aqui feito remete à idéia moralista de condutas prescritivas que definiriam comportamentos sãos, em oposição a uma não-saúde sexual, como argumentam alguns autores, pois a base de sua utilização vem da noção do bem estar físico, psíquico e social do indivíduo conforme seus próprios termos e sensações.

[2]

Já realizei trabalhos de pesquisa com os temas **contracepção e esterilidade**, de intervenção no desenvolvimento do projeto *Saúde Integral da Mulher*, de auto-cuidado ginecológico e reprodutivo para as trabalhadoras internas e revendedoras da Avon, de Educação Sexual e Prevenção às DST e AIDS para escolas particulares, de elaboração de manuais de prevenção a AIDS em mulheres para profissionais de saúde, colaboração em projetos de lei com relação à saúde sexual e reprodutiva e, atualmente participo da implementação do projeto "Prevenção Também se Ensina", desenvolvido pela Secretaria da Educação em todo o Estado de São Paulo, objetivando a prevenção da AIDS e do abuso de drogas e do projeto "Ciclo Menstrual", com o grupo CEVAM, que desenvolverá cartilhas sobre fertilidade e ciclo menstrual para alunas da Rede Pública de Ensino do Município de São Paulo.

[3]

Desenvolvida pelo Núcleo de Saúde da Mulher e da Criança do Instituto de Saúde - Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo, com financiamento da OMS/Task-Force on Behavioural and Social Determinants of Fertility Regulation, da Fundação Rockefeller, do CNPQ), sob coordenação da Dr<sup>a</sup> Tânia Lago.

[4]

Para entender melhor a proposta desta linha filosófica e medicinal, após as conclusões foi anexado um resumo de seu histórico e princípios básicos, procurando desta forma não dispersar os objetivos desse trabalho - ver Anexo 1.

[5]

Divulgados pelo INDIFOLHA, jornal Folha de São Paulo, em 11 de maio de 1995.

[6]

Considerando que "...*gênero, um termo emprestado da gramática, foi a palavra escolhida para diferenciar a construção social do masculino e feminino do sexo biológico. (...) Ajudou a romper com as dicotomias antes colocadas: divisões entre específico-geral, público-privado, produção-reprodução, porque busca compreender como essas relações estruturam as práticas sociais nas diversas esferas. Ele permite trabalhar generalizações e particularidades porque podemos perceber o significado de gênero na sociedade como um todo, assim como na experiência individual ou de um grupo*" (FARIA e NOBRE 1997, p. 30).

[7]

Como SCAVONE (1983); BARROSO (1983); MARIA LYGIA QUARTIN DE MORAES (1991); MAGALHÃES, B. et all (1994); NOGUEIRA, MARIA (1994); MARTIN (1995).

[8]

Adotadas aqui, conforme a perspectiva de Durkheim, se originando das relações que se estabelecem entre os indivíduos assim combinados ou entre grupos secundários que se intercalam entre indivíduos e sociedade total" (DURKHEIM, 1970.p.38), ou seja, são geradas por condições que se encontram na sociedade enquanto conjunto

[9]

Expostas em LÉVI-STRAUSS, C. "A Análise Estrutural em Lingüística e em Antropologia", in **Antropologia Estrutural I**, Rio de Janeiro, Ed. Tempo Brasileiro, 1976 e LÉVI-STRAUSS, C. "Introdução - A Obra de Marcel Mauss", in MAUSS, **Sociologia e Antropologia**, São Paulo, EPU, 1974.

[10]

Aqui optamos por expor a metodologia e a técnica utilizadas nestes projetos; os dados recolhidos e as conclusões refletidas nestes trabalhos serão citados e comparados posteriormente, conforme apareçam os temas: percepção do próprio corpo, primeira menstruação, experiência de parto, contracepção, etc, coletados na pesquisa de campo.

[11]

Apesar de posteriormente esse instrumento ter sido muito útil para padronizar a ordem dos assuntos abordados nas diversas entrevistas, já que cada entrevistada seguia a sua forma de abordar os temas, muitas vezes indo e voltando na cronologia e de um tipo de assunto para o outro.

[12]

Porque os processos de menstruação, gravidez, parto e contracepção não se constituem como doença, então o profissional de saúde médico, enfermeiro ou auxiliar, realiza na verdade um acompanhamento e prescrição de cuidados para as gestantes.

[13]

Com relação à essa área específica da Antropologia há controvérsias quanto à sua designação. Porém, para a execução deste trabalho chegou-se a conclusão de que Antropologia da Saúde e da Doença seria a mais apropriada e não apenas Antropologia da Doença, como propôs LAPLANTINE (1991), porque os fatos e cuidados referentes ao cuidado com menstruação, gravidez, parto e práticas sexuais não poderiam ser visto, como já foi dito, como doença, mas como um cuidado com a saúde, para que esta, não se agravasse, não se configurando ainda enquanto doença. Por outro lado, a designação de Antropologia Médica seria pertinente, porém apenas para os assuntos e práticas ligados à Medicina institucional, deixando à margem outros cuidados fitoterápicos, religiosos e dietas, que para esta população não se configuram como Medicina, nem mesmo Medicina Popular, como designam alguns autores, como OLIVEIRA (1984) - ver bibliografia.

[14]

Publicado resumidamente pela Folha de São Paulo em 26/11/95.

[15]

Dados fornecidos por Tadeu da ACOMA - Associação Comunitária Monte Azul, baseados em progressões a partir de pesquisas realizadas.

[16]

D. Elvira. Em 1988 era secretária de vendas de uma multinacional alemã quando ficou sabendo, através de uma amiga “mãe de creche”, da Escolinha Monte Azul, matriculando então os próprios filhos. Desde então (1988) participa das atividades da creche e da Associação Comunitária Monte Azul (ACOMA). Afastou-se desse cargo pouco antes da finalização da pesquisa de campo em 1996.

[17]

Ute Craemer na época realizava trabalhos pedagógicos na Escola Rudolf Steiner, no Brooklyn e convidou seus alunos para desenvolverem atividades e trabalhos manuais com as crianças da favela.

[18]

Que também desenvolve trabalhos nas favelas próximas da Peinha e Horizonte Azul

[19]

Por ser considerada uma favela que desenvolve projetos inéditos de equipamentos sociais, a Favela Monte Azul recebe inúmeras visitas de pessoas e instituições nacionais e estrangeiras, o que forçou a organização de um serviço de visitas realizado toda terça-feira pela manhã, que partem da Lojinha, onde há inclusive à disposição folhetos já preparados que convidam o visitante ou leitor a ser mais um contribuinte dos trabalhos sociais da favela. O costume e a popularidade das visitas entre os moradores é tão grande que descrevem a vinda de alemães, suíços, etc., e surgem comentários como “*as crianças aprenderam até algumas palavras em japonês*”.

[20]

Citação e idéias retiradas da cartilha de PINTO, Elizabeth F., BLAICH, Michael e CRAEMER, Ute. **Medicina para Quem? um exemplo de atuação médico-social: alternativa entre massificação e elitismo**. São Paulo, Ed. Antroposófica, 1990; encontradas para a venda na própria Lojinha da Favela Monte Azul.

[21]

Publicadas no livro PINTO, Elizabeth, BLAICH, Michael e CRAEMER, UTE. **Medicina Para Quem? um exemplo de atuação médico-social: alternativa entre massificação e elitismo**, São Paulo, Editora Antroposófica, 1990.

[22]

Idem nota anterior.

[23]

De linha antroposófica fornecidos pela Weleda do Brasil, a preço de custo.

[24]

E no ano de 1997, foi criada e inaugurada a Casa de Parto.

[25]

Conforme dados publicados na **FOLHA DE SÃO PAULO** em 9/3/97, p. 2 do Caderno São Paulo; dados bem diferentes da média de cesáreas de alguns hospitais da cidade que chegam a 70%, segundo a própria reportagem.



[26]

Associação Comunitária Monte Azul.

[27]

Teve que sair da casa anterior porque ficava à beira do córrego e estava em área de risco, por isso foi demolida.

[28]

As informações sobre as entrevistadas em grupo foram voltadas mais ao número de filhos e gravidezes e forma e local do parto porque esses aspectos já tinham se mostrado relevantes nas entrevistas individuais, por este motivo foram escolhido para serem aprofundados e discutidos na reunião realizada no dia 22/8/96 no almoxarifado da urbanização, que confirmou certos aspectos notados nas entrevistas individuais e que são posteriormente relatados. No anexo 3 expomos o roteiro utilizado nesse encontro.

[29]

Segundo dados do IBGE (1978), a população urbana de São Paulo nos anos 40 e 50 era, respectivamente, de 3.168.111 e 4.804.211 habitantes, quase dobrando nos anos 60 para 8.019.743 habitantes e invertendo-se proporcionalmente à população rural, que ficou na marca de 4.789.488 habitantes. Nos anos 70 a diferença já era de 14.276.230 para 3.495.709 habitantes, apontando um crescimento de 5,11% da população urbana frente a rural, que decresceu.

[30]

Forma popular como é chamada a erva medicinal *mastruço*.

[31]

Provavelmente devido a pequena quantidade de entrevistadas, pois na pesquisa quantitativa "*Aceitabilidade e Efetividade de Uso do Diafragma entre Mulheres de Baixa Renda em São Paulo*", onde realizei o levantamento de campo com população de perfil similar, migrantes do meio rural nordestino e de Minas Gerais, nas cidades de Osasco, Carapicuíba e Jandira, pude constatar a utilização de diversas formas de se evitar a gravidez, como o uso de chás, fazer xixi após a relação sexual, comer moela de galinha caipira, tomar a *pílula do mato* (remédio popular encontrado em farmácias), etc., que relatei no artigo "Observações Antropológicas em uma Pesquisa Quantitativa" in **Saúde, Cultura e Sociedade**, **Caderno n.1**, São Paulo, Centro de Estudos Saúde, Cultura e Sociedade, Departamento de Prática de Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública/USP, em novembro de 1995.

[32]

Já citada na metodologia e realizada por LAGO et al (1993), no Núcleo de Investigação em Saúde da Mulher e da Criança/Instituto de Saúde - Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

[33]

Publicado no artigo "Sangue, Fertilidade e Práticas Contraceptivas", in FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, org. ALVES, Paulo César e MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Saúde e Doença: um olhar antropológico**, Rio de Janeiro, Ed. FIOCRUZ, 1994, Capítulo. 10.

[34]

Órgão não-governamental, para-hospitalar, que recebe migrantes e os encaminha para hospitais gerais ou especializados para o tratamento necessário das doenças que apresentam. Em 1979, atendeu 20.824 indivíduos, 13.517 homens (64,9%) e 7.307 mulheres (35,1%), conforme BOSCO (1981).

[35]

Como já foi descrito anteriormente, é um posto de saúde organizado pela Associação Comunitária Monte Azul com verba de doações, que fica dentro da Favela Monte Azul. Segue uma linha de tratamento e utiliza medicamentos homeopáticos, de linha antroposófica.

[36]

Dados de 1997 do Conselho Federal de Medicina. Marca bem acima dos 15% tido como aceitável pela Organização Mundial de Saúde.

[37]

Conforme artigo de FIGUEIREDO, Regina M. M.D. "Medo, Vergonha, Machismo ou Inibição: e quem não consegue usar a camisinha? (Proposta de Redução de Danos em Sexualidade)", in **Prevenção às DST/AIDS em Ações de Saúde e Educação**, São Paulo, NEPAIDS, 1998.

[38]

Dados do **Boletim Epidemiológico de AIDS**, Programa de DST/AIDS do Município de São, Paulo, ano I, nº 1, 1997.

[39]

A constatação da ausência de comportamentos preventivos com relação a doenças sexualmente transmissíveis e AIDS, principalmente pelas mulheres que se consideram resguardadas por um único parceiro sexual, aliada ao fato deste grupo estar sendo crescentemente atingido pelo vírus HIV no Brasil, motivou o desenvolvimento e implementação do projeto "Promovendo a Prevenção às Doenças Sexualmente Transmissíveis e AIDS na Favela Monte Azul — Zona Sul do município de São Paulo, sob minha coordenação e como pesquisadora do Núcleo de Estudos para a Prevenção da AIDS/USP, em 1998 e 1999, com financiamento da World AIDS Foundation, Fundação Zerbinni e Programa de Prevenção às DST e AIDS da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

[40]

Remédio para úlcera gástrica também utilizado para provocar contrações uterinas e, conseqüentemente, abortos. Também registrado nas pesquisas de NOGUEIRA (1994) e BARBOSA, Regina e ARILHA, Margareth. "Cytotec ®: avanço ou retrocesso?", in **Jornal da Rede Nacional de Saúde e Direitos Reprodutivos**, ano I, nº 2, outubro/1992.

[41]

Idades sempre referentes à época da pesquisa.

[42]

Fato positivo, se for considerado que a Organização Mundial de Saúde vem recomendando que as cesáreas se mantenham no máximo em 10 a 15% do total de partos, já que representam a principal causa de infecção puerperal.

[43]

Dados de 1997 do Conselho Federal de Medicina. Marca bem acima dos 15% tido como aceitável pela Organização Mundial de Saúde.

[44]

No texto, substituiu-se por *parteira* todas as citações do nome pessoal dessa profissional, pois é assim, intimamente, que as entrevistadas se referem.

[45]

TANAKA, Ana Cristina d'Andretta. **Maternidade: dilema entre nascimento e morte**, Rio de Janeiro / São Paulo, HUCITEC e ABRASCO, 1995, p.p.75.

[46]

NOGUEIRA, MARIA INÊS. **Assistência Pré-Natal - prática de saúde a serviço da vida**, São Paulo, Ed. HUCITEC, 1994, p.p.101.

[47]

OMS - Organização Mundial de Saúde.

[48]

Da qual a parteira do Ambulatório Monte Azul é membro.

[49]

Conforme NOGUEIRA (1994), *"A assistência ao parto é a manifestação mais evidente de como uma sociedade considera a mulher, a maternidade e a criança. Há, portanto, que se problematizar a violência invisível que mascara a teoria e a prática nesses serviços em que mãe e filho estão envolvidos tão simbioticamente.*

*Fazendo uma retrospectiva histórica, verifica-se que foi entre os séculos XIX e XX que se configurou o ordenamento de um sistema médico de saber e poder, e o corpo das mulheres, lugar da função reprodutiva, tornou-se objeto de controle rigoroso pelas práticas médicas. Desse modo, o estímulo à alienação e ao desconhecimento do corpo feminino foi um dispositivo de controle importantíssimo utilizado pela sociedade capitalista através de seus especialistas – os médicos – que monopolizavam saber e ditavam as normas (Xavier: 1986).*

*Os serviços de saúde continuam reproduzindo esse controle sobre o corpo das mulheres através de suas práticas que desestimulam a consciência corporal. A ausência de atividades educativas, a realização de procedimentos e intervenções sem consulta às usuárias e, até mesmo, à revelia destas, são fatos cotidianamente repetidos (Seminário sobre violência em São Paulo: 1990). A organização do serviço, os horários de atendimento e as rotinas utilizadas se dão muito mais em função das necessidades da instituição e da comodidade dos profissionais do que das usuárias. São inúmeros os procedimentos invasivos utilizados nas rotinas hospitalares, que nunca foram cientificamente comprovados como benéficos para a saúde de mães e crianças"* (NOGUEIRA, 1994, p.p.38).

[50]

Conforme anotações da autora em reuniões da REHUNA realizadas em São Paulo, além de presença em seminários do grupo GENP - Grupo de Estudos sobre Nascimento e Parto do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, folhetos e cartazes da Campanha "Parto Humanizado", do Grupo Curumim (Recife-PE), membro da REHUNA, além de folhetos e cartazes da REHUNA em conjunto com a Superintendência de Saúde Coletiva da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, sobre as recomendações da Organização Mundial de Saúde a respeito da "Tecnologia Apropriada para Nascimentos e Partos".

[51]

Corte realizado para alargamento da vagina buscando facilitar a passagem do bebê no parto normal.

[52]

Pílula anticoncepcional com menor dosagem de hormônio para não impedir a produção de leite materno.

[53]

"Reserva feminina", in MORAES, M. Lygia Quartin de (coord.). *Relatório Trienal da Pesquisa Amamentação: práticas maternas, políticas públicas e realidades urbanas*, UNESP, Araraquara, Faculdade de Ciências e Letras, Departamento de Sociologia, maio/88 a 1991, p. p. 82.

[54]

A definição "rural" designa áreas de roça ou plantio, além de cidades muito pequenas, predominantemente rurais das regiões de Minas Gerais e dos estados do Nordeste brasileiro.

[55]

Caracterizado pelo modo como os serviços estão disponíveis na cidade de São Paulo, mas que provavelmente adequa-se também às demais grandes cidades do país.

[56]

Pela miscigenação com vários grupos indígenas, descendentes de escravos, trabalhadores de diferentes ciclos econômicos e, até, contatos distintos com a religiosidade católica. Como exemplo disso, podemos citar uma entrevistada negra originária de São Lourenço da Mata, Pernambuco, atual município de Camaragibe, que relata a sua criação numa usina de açúcar, economia agrária típica daquela região, do Engenho Camaragibe, que segundo registros já em 1549 estava funcionando como Engenho de Açúcar e se estabeleceu no território dos índios camarás, que terminaram por invadi-lo e destruí-lo em 1555. Posteriormente, o engenho foi reconstruído e a maior parte da população desta região é descendente dos negros escravos que ali trabalharam, misturados com esses índios camarás e portugueses trabalhadores, além de remanescentes holandeses (mais raros), ainda sendo bastante forte a influência dessa vivência histórica na região, inclusive promovendo grande participação das festividades de Carnaval de Recife com grupos denominados *Caboclinhos*. **INFORME – a revista da sua cidade**, Camaragibe, Pernambuco, Caderno de Educação, p.p. 7, xerox, s/d. e RIBEMBOIM, José A. **Senhores de Engenho Judeus em Pernambuco Colonial, 1542-2654**, Recife, Comunicação Editora, 1994.

[57]

Isso foi observado entre as adolescentes, que efetivamente, conforme os relatos não têm acesso a meios de prevenção da gravidez como contraceptivos ou chás abortivos de plantas da região, que no entanto, são de uso comum entre as mais adultas já casadas e com filhos, mas que não repassam esse saber para as que iniciam as práticas sexuais.

[58]

Exame preventivo para câncer de colo uterino.

[59]

Conceito que, segundo AYRES (1996), considera no risco individual, as características sócio-culturais e macro políticas e econômicas que o reforça ou dilui.

[60]

Essa conclusão foi um fator decisivo para a elaboração e execução do projeto "Promovendo a Prevenção às Doenças Sexualmente Transmissíveis e AIDS na Favela Monte Azul - zona sul do município de São Paulo, realizado pela autora desta tese como pesquisadora do NEPAIDS - Núcleo de Estudos para a Prevenção da AIDS da Universidade de São Paulo, entre 1998 e ainda em 1999, com financiamento da World Aids Foundation (WAF), Fundação Zerbinni via Programa de Prevenção às DST/AIDS da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo e apoio Da Área Técnica de Saúde da Mulher da Secretaria de Estado e Saúde deste mesmo estado.

[61]

Welleda, indústria homeopática e antroposófica que fornece os medicamentos utilizados no Ambulatório.

[62]

Dado fornecido por Elza Berquó, "Esterilização Inibe a Prevenção da AIDS", in **Folha de São Paulo**, São Paulo, 5 de maio de 1994 - Caderno Cotidiano, p. p. 7.

[63]

Reafirmando as observações feitas por FARIA e NOBRE (1997): "*O conceito de gênero foi trabalhado inicialmente pela antropologia e pela psicanálise, situando a construção das relações de gênero na definição das identidades feminina e masculina, como base para a existência de papéis sociais distintos e hierárquicos (desiguais)*" (p.p.30).

[64]

Segundo BAUDRILLARD, em **Esquecer Foucault** (1984), Foucault desenvolve sua teoria numa espécie de "cilada", onde os os modelos que constrói se tornam verdades esmagadoras, estruturas explicativas dos demais fenômenos. O *poder*, para Foucault, seria a perfeita e irreduzível trama sem alternativa, que cerca, penetra e percorre as demais instâncias sociais, o que desqualifica-o enquanto troca bilateral (de dominadores e dominados). Para Baudrillard, o poder é comunicação (portanto produção simbólica do humano), construído através do

**exercício do poder** e da **resistência**, elemento cambiável e com fluxo, realizado numa troca e, portanto, impossível de construir uma rigidez completamente opressiva.

[65]

Para Elda Oliveira “*A especialização profissional na cidade se constitui num dos elementos entre os diversos sujeitos e categorias profissionais. Na cidade, estes profissionais populares (ervateriros, raizeiros, benzedeiras, parteiras, capelães, etc...) presenciam uma especificidade profissional de seu trabalho, ao lado de uma tendência ao empobrecimento (ou redefinição em moldes urbanos) da sua cultura rural. E aqui aparece a distinção entre profissionais eruditos de cura, versus profissionais de cura. Não como uma diferença natural, mas como um diferença social, porque é gerada justamente com a produção, na cidade, das desigualdades sociais...*” (OLIVEIRA, 1984, p.p. 37) - grifo meu.

[66]

Dados disponibilizados por Wanda Terezinha Maldonado no levantamento etnográfico com grupos de pescadores da Ilha Bela para a Secretaria do Meio Ambiente em 1991/92.

[67]

Essa opinião é da autora, que vêm atuando em atuando em programas "institucionalizados" com essa perspectiva, o que outros autores consideram ser impossível devido à análise materialista das formas de poder: “*Neste contexto evidencia-se claramente a impossibilidade da ciência erudita e das leis da sociedade se conciliarem com a cultura popular. É clara a impossibilidade da ciência se conciliar com um ofício produzido fora do domínio científico e ser legal. Assim evidencia-se o fato das medicinas populares serem rejeitadas, vilipendiadas. Serem identificadas pelo saber erudito (considerado legítimo pela sociedade) como marginais, estéreis, ilegítimas. Porque elas não atendem à lógica da produção capitalista. Não se inscrevem na Divisão Social do Trabalho*” (OLIVEIRA, 1984, p.p. 67).

[68]

Posição criticada por Elda Oliveira (OLIVEIRA, 1984, p.p. 12).

[69]

Esta sede, denominada Goetheanum, foi incendiada por populares em 1922 e depois reconstruída.

[70]

Conforme STEINER, Rudolf. **O Mistério dos Temperamentos - as bases anímicas do comportamento humano**, São Paulo, Ed. Antroposófica, 1994.

[71]

Medicamentos diluídos de uma *tintura mãe* a base de agentes específicos vegetais, animais ou minerais, capazes de promover nos organismos sadios sintomas análogos aos das enfermidades que se deseja curar, conforme a sentença *similia similibus curatur* (iniciada por Hipócrates e difundida por Paracelso), recuperada e aperfeiçoada como sistema terapêutico pelo médico alemão Samuel Hahnemann (1775-1843), em 1796.

[72]

PINTO, Elizabeth, BLAICH, Michael e CRAEMER, Ute. **Medicina Para Quem? um exemplo de atuação médico-social: alternativa entre massificação e elitismo**, São Paulo, Editora Antroposófica, 1990.

[73]

Idem, Ibidem, p.p.6.

[74]

Associação Comunitária Monte Azul.