



UNIVERSIDADE
ESTADUAL DE LONDRINA

ELAINE FERREIRA GALVÃO

**MULHERES NA LUTA PELA SAÚDE: TRAJETÓRIAS DE
LÍDERANÇAS COMUNITÁRIAS NA CIDADE DE LONDRINA -
PR**

Londrina
2010

ELAINE FERREIRA GALVÃO

**MULHERES NA LUTA PELA SAÚDE: TRAJETÓRIAS DE
LÍDERANÇAS COMUNITÁRIAS NA CIDADE DE LONDRINA -
PR**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado em Ciências Sociais, da Universidade Estadual de Londrina, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre.

Orientadora: Prof^a Dr^a Ana Maria Chiarotti de Almeida

Londrina
2010

**Catálogo na publicação elaborada pela Divisão de Processos Técnicos da
Biblioteca Central da Universidade Estadual de Londrina.**

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)

G182m Galvão, Elaine Ferreira.

Mulheres na luta pela saúde : trajetórias de lideranças comunitárias na cidade de Londrina - PR / Elaine Ferreira Galvão. - Londrina, 2010.
120 f.

Orientador: Ana Maria Chiarotti de Almeida.

Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais) - Universidade Estadual de Londrina, Centro de Letras e Ciências Humanas, Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais, 2010.

1. Relações de gênero - Teses. 2. Liderança comunitária - Teses. 3. Participação popular - Teses. 4. Mulheres - Saúde - Teses. I. Almeida, Ana Maria Chiarotti de. II. Universidade Estadual de Londrina. Centro de Letras e Ciências Humanas. Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais. III. Título.

CDU 396

ELAINE FERREIRA GALVÃO

**MULHERES NA LUTA PELA SAÚDE: TRAJETÓRIAS DE
LÍDERANÇAS COMUNITÁRIAS NA CIDADE DE LONDRINA - PR**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado em Ciências Sociais, da Universidade Estadual de Londrina, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre.

Orientadora: Profa Dra Ana Maria Chiarotti de Almeida

BANCA EXAMINADORA

Profa Dra Ana Maria Chiarotti de Almeida
UEL – Londrina – PR

Prof³ Dr³ Ana Cleide Chiarotti Cesário
UEL – Londrina – PR

Profa Marília Gomes de Carvalho
UTFPR – PR

Londrina, 25 de fevereiro de 2010.

AGRADECIMENTOS

Agradeço à minha orientadora, Profa Dra Ana Maria Chiarotti de Almeida, pelo suporte teórico, pela dedicação e principalmente pela confiança em mim depositada. Mais do que orientadora foi uma amiga sempre presente, oferecendo apoio e incentivo à minha jornada.

Às professoras Ana Cleide Chiarotti Cesário e Maria José de Rezende pelas contribuições na ocasião do exame de qualificação que possibilitaram o redirecionamento e aprofundamento da pesquisa.

À Prefeitura Municipal de Londrina, pela concessão de licença do trabalho, condição fundamental para que eu pudesse me dedicar ao curso.

Às colegas da Secretaria Municipal da Mulher, e em especial à Sueli Galhardi, pela compreensão, apoio e estímulo.

À Márcia, funcionária do Conselho Municipal de Saúde, pela atenção e colaboração na disponibilização de dados e documentos.

Aos colegas de curso, Bárbara, Thiago e Pedro, com quem compartilhei os principais momentos dessa trajetória, pela amizade construída.

Às amigas Sônia, Clarice e Silvana, grandes incentivadoras, que estiveram sempre por perto prontas para me apoiar nos momentos difíceis.

À minha família, Sérgio, Cristiane, Laura, André e especialmente à minha mãe, Eunice, pela confiança e pelo incentivo que recebi desde menina para superar os obstáculos e perseguir os meus sonhos.

Ao meu filho Gabriel e à minha filha Juliana pela compreensão, paciência e carinho que, nas horas de desânimo e cansaço, me ajudavam a recuperar a energia.

Ao meu marido Anderson, companheiro de todos os momentos, que com sua dedicação me proporcionou a tranquilidade e a segurança necessárias para enfrentar esse desafio.

Agradeço especialmente às principais colaboradoras no desenvolvimento da pesquisa: Laís, Laura, Marilda, Nizinha e Rosalina. Mulheres batalhadoras e solidárias que me acolheram e me inspiraram.

GALVÃO, Elaine Ferreira. **Mulheres na luta pela saúde**: trajetórias de lideranças comunitárias na cidade de Londrina - PR. 2010. 120 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2010.

RESUMO

O presente estudo investiga o processo de emergência de lideranças comunitárias femininas no campo da luta pela saúde. Tendo como referência as políticas e programas de saúde da mulher, a análise desenvolvida procurou mostrar como cinco mulheres, moradoras de bairros da periferia da cidade de Londrina - PR, na busca pelo atendimento de suas demandas de saúde, definem estratégias e estabelecem relações com os diversos agentes sociais envolvidos na definição e na execução dessas políticas. O estudo enfoca a relevância do gênero para a compreensão dos caminhos seguidos por essas mulheres e das estratégias de luta que estabelecem, frente a uma agenda oficial que, historicamente, tem sido orientada por uma prática que reforça o papel tradicional da mulher e reproduz formas de controle e de opressão contribuindo para a manutenção das desigualdades de gênero. A pesquisa e análises desenvolvidas sugerem que, embora a atuação dessas mulheres encontre limitações em termos de potencial transformador das práticas e das políticas de saúde da mulher, ao transitarem por vários campos (religioso, educacional, cultural, político) geram condições para a ampliação de seus espaços de participação, tanto por meio das redes sociais criadas nas suas comunidades e associações populares de mulheres, quanto pela ocupação dos espaços institucionais como os conselhos e conferências de saúde. Em suas trajetórias, além de ocuparem espaços e construir canais pelos quais passam as suas reivindicações, se apropriam e (re)interpretam discursos, (re)significam práticas e (re)constroem identidades.

Palavras-chave: Lideranças comunitárias. Saúde da mulher. Gênero. Participação popular. Trajetórias

GALVÃO, Elaine Ferreira. **Women in the fight for the health:** paths of community leaderships in the city of Londrina - PR. 2010. 120 f. Dissertation (Master's Degree in Social Sciences) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2010.

ABSTRACT

The present study investigates the emergent process of feminine community leaderships in the field of the fight for the health. Being as reference the policies and programs of the woman's health, the developed analysis tried to show as five women, residents of neighborhoods of the periphery of the city of Londrina -PR, in the search for the service of their demands of health, they define strategies and they establish relationships with the several social agents involved in the definition and the execution of those policies. The study focuses the relevance of the gender for the understanding of the following roads for those women and the fight strategies that establish, front to an official calendar that, historically, it has been guided by a practice that reinforces the woman's traditional paper and it reproduces control forms and oppression contributing to the maintenance of the gender inequalities. The research and developed analyses suggest that, although those women's performance finds limitations in terms of potential transformer of the practices and of the policies of the women's health, to the they move through several fields (religious, education, cultural, political), generate conditions for the enlargement of their participation spaces, so much throught the nets social maids in their communities and women's popular associations, as for the occupation of institutional spaces as the health's councils and conferences. In their paths, besides they occupy spaces and they build channels for the which pass their claims, they appropriated and (reverse) they interpret speeches, (reverse) they mean practices and (reverse) they build identities.

Keywords: Community leaderships. The woman's health. Gender. Popular participation. Paths.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APM	Associações de Pais e Mestres
AMBJF	Associação de Mulheres Batalhadoras do Jardim Fransciscato
CAP	Caixa de Aposentadoria e de Pensões
CE	Centro de Educação Infantil
CIAP	Centro Integrado de Apoio Profissional
CISMEPAR	Consórcio Intermunicipal de Saúde do Médio Paranapanema
CMS	Conselho Municipal de Saúde
CMDM	Conselho Municipal dos Direitos da Mulher
CONFESUL	Conselho Feminino da Região Sul de Londrina
CONSUL	Conselho de Saúde da Região Sul de Londrina
COSNORT	Conselho de Saúde da Região Norte de Londrina
CTNP	Companhia de Terras Norte do Paraná
IAP	Instituto de Aposentadoria e Pensões
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
HU	Hospital Universitário
MIMS	Movimento Internacional Mulher e Saúde
MMLB	Maternidade Municipal Lucilla Balallai
PMS	Organização Mundial de Saúde
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PML	Prefeitura do Município de Londrina
PSF	Programa de Saúde da Família
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UEL	Universidade Estadual de Londrina
UNOPAR	Universidade Norte do Paraná

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	9
CAPÍTULO I - GÊNERO E SAÚDE: ARTICULAÇÕES TEÓRICO-ANÁLITICAS	19
1.1 SAÚDE, GÊNERO E PODER: A MEDICALIZAÇÃO DO CORPO FEMININO.....	26
1.2 RELAÇÕES DE GÊNERO E PAPÉIS SEXUAIS: SAÚDE É COISA DE MULHER.....	32
1.3 O PROTAGONISMO DAS MULHERES NA LUTA PELA SAÚDE	36
1.4 O CAMPO DA SAÚDE COMO "CAMPO DE POSSIBILIDADES"	42
CAPÍTULO II - O CENÁRIO E OS CAMINHOS DA PESQUISA	48
2.1 O MUNICÍPIO DE LONDRINA E A ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE.....	51
2.2 Os PROGRAMAS LOCAIS DE ATENÇÃO À SAÚDE DA MULHER	60
2.3 AS MULHERES: PERFIL DO PÚBLICO INVESTIGADO	68
2.3.1 Rosalina.....	69
2.3.2 Laura	71
2.3.3 Nizinha.....	72
2.3.4 Marilda.....	73
2.3.5 Laís.....	73
CAPÍTULO III - TRAJETÓRIAS DE MULHERES: LIDERANÇAS FEMININAS E A LUTA PELA SAÚDE	76
3.1 OS CAMINHOS TRAÇADOS : ESTRATÉGIAS, CAMPOS E AGENTES.....	81
3.2 SAÚDE DA MULHER: MUDANÇAS E PERMANÊNCIAS NAS RELAÇÕES DE GÊNERO	91
3.3 O SIGNIFICADO DA PRÁTICA: PODER OU OPRESSÃO	101
CONSIDERAÇÕES FINAIS	106
REFERÊNCIAS	115
ANEXO	118
ANEXO A – ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA	119

INTRODUÇÃO

A pesquisa aqui apresentada analisa a atuação de lideranças comunitárias femininas da cidade de Londrina, na luta pela saúde. Tendo como recorte as políticas e programas de saúde da mulher, procurou-se perceber como, na busca pelo atendimento de suas demandas de saúde, essas lideranças traçam estratégias e estabelecem relações com os diversos agentes sociais envolvidos na definição e na execução dessas políticas. A idéia central é de que neste processo, que implica em transitar por diferentes *campos* nos quais se articulam interesses muitas vezes divergentes, essas mulheres reconstróem sua identidade e se constituem em agentes de mudança.

Embora o estudo tenha como pano de fundo as políticas de saúde da mulher, a análise não está centrada numa perspectiva macro-estrutural. Em vez disso, privilegia-se a análise de trajetórias individuais de mulheres que, enquanto "alvo" dessas políticas, constroem uma prática que em última instância tem como objetivo a incorporação de suas demandas na agenda oficial da saúde da mulher. Nesta perspectiva, torna-se importante verificar de que forma essa agenda vem sendo construída em nosso país e como ela tem sido recebida e transformada pelas mulheres.

No Brasil, desde as primeiras décadas do século passado a saúde da mulher tem sido foco de atenção dos governos, com o desenvolvimento de programas específicos de assistência à saúde. Estes programas despertaram o interesse de pesquisadores e principalmente de pesquisadoras que analisaram o tema sob vários aspectos e a partir de diferentes abordagens. (AQUINO, 2006; MOTT, 2002). Uma questão revelada por esses estudos é a posição central que a mulher ocupa - tanto como objeto quanto como sujeito - no processo de formulação das políticas públicas de saúde no Brasil. Segundo Giffin (1991), uma explicação para a centralidade da mulher neste processo é que na perspectiva da ciência moderna existe um "fato biológico universal", que corresponde à idéia de que o fato de a mulher dar à luz resulta na sua responsabilização pelo controle da fecundidade e pelo cuidado para com a prole. Desta forma, o papel social da mulher na esfera reprodutiva acaba por orientar a formulação de políticas públicas de saúde específicas para esse grupo populacional.

A partir de uma abordagem marcadamente feminista, os estudos sobre a saúde da mulher denunciaram o caráter controlista desses programas. Amparado por pesquisas que evidenciaram, entre outras coisas, o processo de massificação da esterilização feminina, o movimento feminista criticou também a ênfase dada à reprodução em detrimento de outros aspectos da saúde das mulheres. Esta foi uma das questões que ocupou grande parte da agenda do movimento de mulheres que, na década de 1980, protagonizou ampla mobilização pela melhoria das condições de assistência à saúde no país. Nesse período, foram muitos os espaços de articulação política ocupados, ou criados pelas feministas, como o movimento da Reforma Sanitária que teve como principais resultados o reconhecimento, na Constituição Federal de 1988, da saúde enquanto um direito de todos e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Importante também foi a adesão das brasileiras ao Movimento Internacional Mulher e Saúde (MIMS)¹, que surgiu com o objetivo de aglutinar mulheres do mundo todo na luta pela saúde a partir de uma perspectiva feminista.

Durante esse período a luta pela saúde das mulheres incorporou duas idéias fundamentais: a noção de integralidade, que implica em reconhecer as inúmeras dimensões da vida das mulheres e suas diferentes necessidades extrapolando a tendência em reduzir o papel social da mulher à maternidade; e a defesa da autonomia como elemento fundamental para a emancipação feminina. Segundo Louro,

Essa autonomia significava, em sentido mais amplo, a capacidade de as mulheres refletirem criticamente sobre as relações de dominação, hierarquia e poder entre os sexos, dando um sentido novo à dinâmica por elas exercida nestas relações. Em termos práticos, este processo se concretizava no conhecimento da sexualidade, do corpo e da reprodução, considerado estratégico para a obtenção da liberdade feminina em todos os níveis. (LOURO, 1997, p.46).

¹ O Movimento Internacional Mulher e Saúde (MIMS) emerge no contexto da chamada Terceira Onda Feminista. Uma estratégia do MIMS é a realização de encontros internacionais (EIMS), tendo sido o primeiro realizado no ano de 1975 em Roma, na Itália. Até o 2º Encontro, realizado em 1978 em Hanover, na Alemanha, a participação ficou restrita às europeias e a principal bandeira era a legalização do aborto. A partir do 3º Encontro, realizado no ano de 1981, em Genebra, na Suíça, passaram a participar mulheres dos demais continentes, entre elas, as brasileiras. O 8º EIMS foi realizado no Rio de Janeiro, no ano de 1981. Neste Encontro, foi aprovada a *Declaração do Glória*, documento que definiu a agenda internacional de luta feminista pela saúde da mulher para aquela década.

Ao discutir a respeito das inúmeras formas de dominação exercidas historicamente sobre as mulheres, por meio de normas disciplinadoras e padrões de comportamento impostos por instituições como a igreja e, mais recentemente, pela ciência, Coelho alerta: "A saúde é, talvez, o mais importante foco desses controles opressivos e estereotipados, pois traz consigo o domínio do corpo e a vivência da sexualidade." (COELHO, 2006, p. 11).

Essas preocupações, que ganharam visibilidade com a mobilização das mulheres, acabaram por orientar a formulação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), que incorporou as reivindicações feministas e foi adotado pelo Governo Federal no ano de 1985. Uma das principais diretrizes que compõe as bases doutrinárias do PAISM é a integralidade, que implica na adoção de um modelo de assistência que compreende:

[...] a oferta de ações globalmente dirigidas ao atendimento de todas as necessidades de saúde do grupo em questão, onde todo e qualquer contato que a mulher venha a ter com os serviços de saúde seja utilizado em benefício da promoção, proteção e recuperação da sua saúde. A estratégia de assistência integral à saúde da mulher constitui importante instrumento do anseio comum das correntes envolvidas no debate do controvertido tema do planejamento familiar - o direito de todos os segmentos da sociedade à livre escolha dos padrões de reprodução que lhes convenham como indivíduos ou como casais. Para que esse direito possa ser efetivamente exercido, é necessário que os indivíduos tenham conhecimento das possibilidades de influir no ritmo da procriação e tenham acesso às informações e aos meios para que possam intervir, se assim o desejarem, para separar o exercício da sexualidade da função reprodutiva e, em conseqüência, exercer na plenitude o planejamento de sua prole, objetivo complexo, porém de alcance possível com a implantação e firme execução da proposta de assistência integral à saúde da mulher e o apoio desejado de todos os segmentos da sociedade (BRASIL, 1985, p.63).

Assim, a incorporação da noção de integralidade significa um avanço em relação às políticas até então vigentes que privilegiavam a esfera reprodutiva em detrimento das demais dimensões da saúde da mulher. Segundo Osis (1998 p.31), a noção de integralidade permite romper "[...] com a lógica que, desde há muito tempo, norteou as intervenções sobre o corpo das mulheres. [...] as mulheres deixaram de ser vistas como parideiras."

A noção de integralidade presente no PAISM pode ser entendida como um novo paradigma para a área da saúde. Ela expõe a necessidade de

mudanças tanto em nível estrutural, que possibilite a adoção de um novo modelo de assistência, quanto no nível das relações interpessoais, que implicam numa revisão dos conhecimentos, práticas e valores que orientam as relações entre profissionais e usuários(as) dos serviços de saúde.

Ainda segundo Osis (1998, p.31.) "[...] o conceito de atenção integral à saúde da mulher redimensiona o significado do corpo feminino no contexto social, expressando uma mudança de posição das mulheres". Nessa perspectiva, aspectos como a forma de inserção das mulheres no mercado de trabalho, a dupla jornada decorrente da responsabilização das mulheres pela esfera da reprodução, a violência doméstica e sexual às quais elas estão submetidas e a falta de autonomia quanto ao controle de sua sexualidade, passam a ser reconhecidos como fatores que geram vulnerabilidades e riscos específicos à sua saúde².

A busca pela autonomia das mulheres, uma das principais preocupações das feministas, resultou na incorporação da prática de educação em saúde como uma das diretrizes do PAISM. A educação em saúde visa assegurar a apropriação, por parte das mulheres, dos conhecimentos necessários para um maior controle sobre o seu corpo e a sua saúde (BRASIL, 1985).

A formulação e a adoção do PAISM devem ser entendidas como desdobramentos do movimento da Reforma Sanitária Brasileira, na qual, como já foi dito, as feministas tiveram importante participação. Na sua concepção o programa incorporou questões posteriormente contempladas pelo SUS como: a noção da saúde enquanto um direito, o acesso universal e a equidade e a integralidade como princípios fundamentais. Com relação às estratégias de implementação do programa destacam-se a descentralização do planejamento e da gestão para estados e municípios e a participação popular no controle do sistema por meio de espaços institucionais como os conselhos e as conferências de saúde (MENDONÇA, 1998).

Embora ainda hoje seja reconhecido como um importante referencial para as políticas de saúde da mulher, a efetiva implantação do PAISM ainda não aconteceu (MENDONÇA, 1998; OLIVEIRA, 1998; OSIS, 1998). Além disso, críticas ao programa vêm surgindo no interior do próprio movimento de mulheres, como: a

² Dois problemas que têm merecido a atenção de pesquisadoras/es, sobretudo a partir da década de 90, na âmbito da saúde da mulher, são: a violência doméstica e sexual e a feminização da Aids. Muitos estudos nesta área desenvolvem uma abordagem de gênero mostrando que a vulnerabilidade feminina está associada às desigualdades de poder entre homens e mulheres, que se estabelecem no âmbito das relações afetivas.

ausência de um recorte étnico-racial e o fato de que, na sua implementação, o PAISM ficou restrito ao planejamento familiar (COSTA, 2001; COSTA; SILVESTRE, 2004), o que significa um distanciamento da proposta original de atenção integral. Quanto ao planejamento familiar pesquisas têm apontado uma série de deficiências.

O processo de implantação do planejamento familiar no SUS requer a superação de problemas relativos à oferta de métodos contraceptivos, assim como o aperfeiçoamento das atividades e da organização dos serviços no que diz respeito às práticas educativas; às consultas clínicas e, especialmente, à oferta de atenção à infertilidade (COSTA et al., 2006, p.83).

A deficiência em relação à aplicação das práticas educativas compromete um dos principais objetivos da luta feminista pela saúde que é a promoção da autonomia das mulheres, por meio da apropriação de conhecimentos que lhes possibilitem a tomada de decisões de forma livre, consciente e segura.

Essas preocupações, que continuam mobilizando redes feministas e organizações de mulheres, foram oficialmente contempladas pela *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher*, editada em 2004 pelo governo de Luis Inácio Lula da Silva, para o período de 2004-2007. Segundo documento do Ministério da Saúde esta proposta foi formulada a partir da análise do perfil epidemiológico das mulheres brasileiras, e "propõe diretrizes para a humanização e a qualidade do atendimento". Nesta perspectiva, a atual política pode ser vista como uma atualização do PAISM na medida em que reforça seus princípios e diretrizes mais importantes e propõe preencher suas lacunas - como a transversalidade de gênero e raça - com o objetivo de resolver "questões ainda pendentes na atenção à saúde das mulheres". (BRASIL, 2007, p. 10).

No entanto, as possibilidades de efetivação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, assim como aconteceu com o PAISM, parecem estar ameaçadas por causa da tendência de redefinição dos padrões de proteção social, marcada pelo viés neoliberal de retração do Estado na garantia das políticas sociais.

As ações da área social limitaram-se a programas assistenciais de auxílio à pobreza, quando necessários e complementares à filantropia privada, aos trabalhos voluntários por parte da comunidade e/ou mediante Organizações Não Governamentais

(ONGs) que, em muitos casos, visam substituir o papel do Estado. (COELHO, 2008, p.52).

Nesse contexto, a tão sonhada integralidade parece cada vez mais difícil se concretizar prevalecendo o modelo de assistência que privilegia as práticas curativas em detrimento das preventivas. Especificamente em relação à saúde das mulheres, as questões relacionadas à reprodução continuam sendo priorizadas em prejuízo de outras demandas. Além disso, as práticas desenvolvidas continuam presas a um viés estritamente biológico, desconsiderando os aspectos emocionais, psicológicos e sociais da população atendida. (OSIS, 1998).

A precariedade da assistência à saúde da mulher, agravada no contexto de crise do SUS, se reflete em problemas como: elevação dos índices de mortalidade materna nos anos de 1990, depois de um período de queda desses índices nos anos de 1970 e de 1980; dificuldade de acesso e uso inadequado dos métodos contraceptivos, contribuindo para o aumento da gravidez na adolescência e do número de abortos provocados; altos índices de câncer de colo uterino e de mama, como resultado do baixo investimento em ações preventivas; aumento da incidência da AIDS entre as mulheres (MENDONÇA, 1998; COSTA, 2001; COSTA e SILVESTRE, 2004).

Precariedade que é intensificada e agravada quando se considera que a política econômica adotada nas últimas décadas se contrapõe aos princípios do SUS. Portanto, o SUS, apesar de ser uma política de Estado, é contra-hegemônico em relação às políticas de governo, dificultando a concretização de programas de caráter universalista, como foi o caso do PAISM e a atual Política. (COELHO, 2006, p. 24).

Se a década de 1980 foi positiva em termos de avanços conquistados na legislação brasileira, na década seguinte a assistência à saúde parece ter caminhado na contramão dessas conquistas. Do ponto de vista organizacional alguns avanços foram observados como, por exemplo, a descentralização dos recursos e da gestão. Mas do ponto de vista doutrinário, importantes obstáculos se apresentaram. No contexto de retração do Estado em relação às políticas sociais, os princípios da universalidade, da equidade e da integralidade parecem cada vez mais longe de serem realizados. Orientado pela política econômica neoliberal o caminho tomado em relação às políticas de saúde parece levar para o que alguns autores chamam de "universalidade excludente".

[...] os mecanismos de racionamento provocaram queda de qualidade nos serviços e ressurgimento de filas no SUS, e associando-se às políticas de fortalecimento de novos mecanismos de financiamento ao setor privado, via planos de saúde nos anos 1980, provocaram a expulsão das camadas médias da população brasileira do SUS. Desta forma, os serviços públicos de saúde passaram a cumprir os preceitos da política neoliberal, sendo assegurados para segmentos menos privilegiados da população, que, por falta de opções persistem nesta condição. [...] A nosso ver, o problema não se situa apenas na extensão de cobertura e na correção de iniquidades que estas estratégias possuem, mas também na forma em que as ações são tomadas, ou seja, isoladas do conjunto de outras necessidades em saúde, tornando-se assim impróprias e ineficientes. (LUNA; GROSSEMAN; COELHO, 2006, p.32, 39).

Apesar dos limites e problemas que se apresentam para a efetiva implementação do PAISM, este programa continua sendo o referencial para a atenção à saúde da mulher e vem sendo defendido por pesquisadores(as), profissionais da saúde, e, sobretudo, pelas feministas, como alternativa ao modelo hegemônico. (OSIS, 1998; COSTA; SILVESTRE, 2004). Chamando a atenção para o fato de que, ironicamente, o PAISM surge numa conjuntura adversa à implementação das políticas sociais, Coelho argumenta:

Como era de se esperar, o PAISM não foi implementado em toda a sua abrangência, foi sendo abandonado aos poucos, perdendo força política e legitimidade técnica. No entanto, ficaram suas idéias e práticas espalhadas nos municípios e em alguns estados da federação. Mas, a grande vitória, apesar de tudo, foi que o discurso sobre a saúde da mulher no interior das instituições de saúde começou a mudar e a ser entendido sob novas abordagens. É possível reconhecer que, mais que um programa, o PAISM foi uma filosofia política, um comportamento ideológico de valorização da mulher, um conjunto de estratégias políticas e programáticas. (COELHO, 2008, p.56).

Nesse contexto, a luta pela saúde continua mobilizando as classes populares que empreendem uma batalha diária, que envolve diferentes agentes com interesses e poderes diversos, e se estende das portas das unidades de saúde até os gabinetes onde as decisões são tomadas. Para as mulheres o desafio é grande. Nas palavras de Costa e Silvestre,

A melhoria da qualidade representa uma ampla tarefa que não se restringe ao aperfeiçoamento da gestão e da gerência do SUS. No

cerne desta deve estar o desejo de nova cultura em saúde regida pelo compromisso com a transformação da concepção dos serviços, que sempre trabalharam na lógica da objetividade da assistência, para outra lógica, a da solidariedade e do reconhecimento do outro como pilares da atenção e do cuidado. [...] Para toda a sociedade está colocada a conquista da saúde como direito, fazendo valer o preceito constitucional. Para o movimento feminista, em particular, está posto o desafio de redefinir seus caminhos de luta, recuperando o debate sobre as necessidades de saúde das mulheres e alinhando-se ao movimento pela Reforma Sanitária na busca e na concretização dos vários sentidos da integralidade. (COSTA; SILVESTRE, 2004, p. 72)

Diante dos desafios colocados é importante analisarmos quais as perspectivas que se apresentam à participação das mulheres nos processos de definição das políticas de saúde. Algumas análises têm apontado um processo de despolitização da noção de participação e o estabelecimento de práticas pautadas no voluntarismo. Segundo Valla (1998), em tempos de globalização, cresce um sentimento de descrença das classes populares em relação aos agentes e aos espaços de participação política institucionalizados. Diante disso, uma tendência que se observa na busca pelo atendimento das demandas populares é de se investir no trabalho popular pautado pela idéia de mutirão, muitas vezes desenvolvido em torno de igrejas, ONGs e associações de moradores.

Analisando a questão da participação, Dagnino (2004, p. 95) defende que vivemos num contexto marcado pelo que a autora chama de "confluência perversa entre um projeto político democratizante, participativo, e o projeto neoliberal": ambos exigem uma sociedade civil ativa e propositiva. A autora argumenta que no processo de deslocamento de um projeto a outro ocorreu uma apropriação do discurso democratizante no ideário neoliberal e, conseqüentemente, uma re-significação das noções de sociedade civil, cidadania e participação. Portanto, se no nível do discurso os dois projetos possuem referências comuns, na prática eles escondem divergências fundamentais. Quanto à noção de participação na perspectiva neoliberal a autora comenta:

O princípio básico aqui parece ser a adoção de uma perspectiva privatista e individualista, capaz de substituir e redefinir o significado coletivo da participação social. A própria idéia de 'solidariedade', a grande 'bandeira' dessa participação redefinida, é despida de seu significado político e coletivo, passando a apoiar-se no terreno privado da moral. (DAGNINO, 2004, p. 102)

Considerando essas perspectivas de análise, parece importante buscar saber quais as estratégias e espaços de participação das mulheres e, principalmente, qual a natureza dessa participação em termos políticos, ou seja, quais as possibilidades concretas de influenciarem, ao longo de suas trajetórias, o processo de formulação das políticas públicas de saúde.

No Brasil, as mulheres sempre tiveram uma importante participação na luta pela saúde, mas foi na década de 1980 que elas protagonizaram grandes movimentos, como por exemplo, o Movimento de Saúde da Região Leste da Cidade de São Paulo analisado por Machado (1995). Tomando como referência diversos estudos esta autora defende que a participação das mulheres nos movimentos sociais pela saúde está associada ao papel que desempenham no âmbito da esfera reprodutiva.

As necessidades sentidas pelas mulheres na realização das tarefas domésticas, ou seja, no desempenho do papel de "cuidadora"³, faz com que elas sejam as principais freqüentadoras dos serviços de saúde, pois além de sua própria saúde elas são responsáveis também pela saúde dos demais membros da família. Neste sentido, a atuação das mulheres no campo da saúde confunde-se com o papel que desempenham no âmbito doméstico. Assim, o "cuidar" aparece como inato às mulheres e associado ao campo afetivo.

Nessa perspectiva, a abordagem de gênero torna-se útil, contribuindo para analisarmos a relação da mulher com a saúde sob dois aspectos: mostra a influência da construção social da identidade e das subjetividades femininas nas representações sociais que orientam e explicam as práticas desenvolvidas em torno da atenção à saúde da mulher. Revela o processo de naturalização do trabalho feminino no campo da saúde.

³ No campo institucional da saúde o termo "cuidadora" é utilizado para referir-se à pessoa diretamente responsável por cuidar de idosos e/ou doentes nas diversas necessidades complementares à manutenção ou recuperação da saúde que os serviços e os profissionais não atendem. Neste trabalho, o termo "cuidadora" será utilizado para se referir ao papel que a mulher desempenha no âmbito doméstico e que envolve as tarefas de manter a higiene da casa, preparar os alimentos, cuidar das crianças, dos idosos e dos doentes, etc. Este trabalho invisível e não remunerado é fundamental para a preservação da saúde dos membros da família.

[...] a noção de gênero nos estudos da proteção social e da saúde tem um papel central no desvendamento do modo pelo qual os conhecimentos e as práticas produzidos nessas áreas estão referidos à produção social do feminino e do masculino e às relações de poder aí engendradas. (COSTA, 2001, p. 114)

Diante disso, este estudo enfoca a relevância do gênero para a compreensão dos caminhos seguidos por cinco mulheres, moradoras da periferia da cidade de Londrina - município localizado no Norte do Paraná - e das estratégias de luta por elas empreendidas no atendimento de suas demandas de saúde, frente a uma agenda oficial que, historicamente, tem sido orientada por uma visão essencialista da mulher, pela naturalização da maternidade e pela redução do papel social da mulher ao de mãe e cuidadora.

As trajetórias dessas mulheres, em especial quanto à atuação das mesmas na luta pela saúde, constituem o objeto de análise desta pesquisa. Busca-se compreender como elas emergem como lideranças no campo do atendimento à saúde da mulher, como (re)interpretam este campo e através de quais práticas agem mudando a agenda oficial, e por fim, como, nesse processo, trazem experiências de outros campos para se afirmarem enquanto líderes no campo da saúde e enquanto mulheres.

O trabalho está organizado em três capítulos. No primeiro desenvolve-se a discussão sobre gênero e saúde visando definir teoricamente a questão central a ser abordada nessa dissertação: a importância do gênero para a compreensão da forma de inserção e participação das mulheres no campo da saúde. O segundo capítulo apresenta o campo empírico da pesquisa. De caráter descritivo, esse capítulo reúne informações sobre o município e apresenta uma breve evolução da assistência à saúde em Londrina, procurando pontuar a participação das mulheres neste processo. Apresenta-se também um breve perfil das mulheres que participaram da pesquisa. O terceiro capítulo analisa as trajetórias das mulheres na luta pela saúde procurando mostrar o campo de possibilidades que define sua atuação, seus caminhos e estratégias adotadas, a relação com os diversos agentes que compõem o campo institucional da saúde, bem como o impacto dessa participação tanto nas suas comunidades como em suas vidas.

CAPÍTULO I
GÊNERO E SAÚDE: ARTICULAÇÕES TEÓRICO-ANÁLITICAS

Os primeiros estudos sobre a mulher surgem no Brasil no contexto da 2ª onda feminista, a partir do final da década de 1960. Nessa fase, os estudos privilegiavam a questão do trabalho feminino, em particular o trabalho fabril e comportavam uma herança marxista, "[...] cuja preocupação era identificar os signos da opressão masculina e capitalista sobre as mulheres" (MATOS, 1997, p. 92). Uma publicação que serviu de referência para diversos outros estudos foi o livro *Mulher na Sociedade de classes: mito e realidade* de Heleieth Saffioti (1969). Segundo Goldberg (1989), nesse livro, cuja análise parte de uma perspectiva dialética marxista, a autora

[...] polemizava com as correntes ideológicas desenvolvimentistas e evolucionistas e tentava demonstrar que a inferioridade social da mulher derivava de uma necessidade estrutural do sistema capitalista, concretizada na exclusão de um numeroso contingente feminino da estrutura ocupacional. (GOLDBERG 1989, p. 47)

Nessa mesma linha, vários outros trabalhos foram publicados durante as décadas de 1970 e 1980, que abordaram diferentes aspectos do trabalho feminino, mas principalmente chamaram a atenção para o aspecto da sua invisibilidade e da articulação entre as esferas do trabalho produtivo e reprodutivo, como elemento fundamental para a compreensão da subordinação feminina. O caráter político de grande parte dessa produção acabou por constituir o que se convencionou chamar de estudos feministas. Abordando temas relacionados ao cotidiano das famílias operárias, ao papel da mulher no âmbito doméstico, à reprodução e à sexualidade, esses estudos analisaram questões situadas na interseção entre o público e o privado. Analisando a importância dessa produção Scavone (2004) defende:

Considerar as questões pessoais como questões políticas foi -e é - um dos grandes avanços e contribuições do feminismo contemporâneo à análise das relações sociais, pois este princípio evidenciou que as desigualdades entre os sexos só poderiam ser compreendidas (e superadas) se fossem, também, consideradas as relações de dominação e poderes que se constroem no espaço privado. (SCAVONE, 2004, p.30)

Além da preocupação política em denunciar as diversas formas de opressão vivenciadas pelas mulheres, os estudos feministas se voltaram para a

reflexão a respeito dos paradigmas teóricos da modernidade. Segundo a historiadora Matos (1997), com a inserção de militantes feministas no mundo acadêmico as questões que as mobilizavam foram sendo levadas para o interior das universidades e passam a constituir objetos de estudos em diversas áreas de conhecimento. Para essa autora os fatores que impulsionaram os estudos sobre a mulher no Brasil foram:

[...] a maior presença das mulheres no mercado de trabalho, inclusive nas universidades, conjugada à expansão da luta das mulheres pela igualdade de direitos e pela liberdade, numa conquista de espaço público que derivou da afirmação dos movimentos feministas. Por outro lado, a discussão dos paradigmas das ciências sociais levou, entre outros aspectos, ao questionamento das universalidades, permitindo a descoberta do outro, da alteridade, dos excluídos da história e, entre eles, mais de 50% da população mundial - as mulheres. (MATOS, 1997, p.87)

Além de dar visibilidade às mulheres e "politizar o privado", estes estudos possibilitaram também um aprimoramento metodológico para a compreensão do processo histórico, "[...] o personagem histórico universal dá lugar a uma pluralidade de protagonistas." (MATOS, 1997 . p.92)

Para Scavone, os estudos sobre a mulher surgiram em meio ao período definido por Santos (1994) como da "transição paradigmática" nas Ciências Sociais. Marcados pela crítica feminista, esses estudos implicaram em rupturas epistemológicas em relação à construção do conhecimento científico, até então ancorado em um "paradigma explicativo masculino, branco e universal." (SCAVONE, 2004, p.10).

Dialogando criticamente com o pensamento liberal, o marxismo, o pós-estruturalismo e outras correntes teóricas, os estudos feministas denunciaram a referência masculina do sujeito social, que por muito tempo garantiu a invisibilidade social e política das mulheres, e apontaram os limites analíticos de categorias como "classe social", para explicar, por exemplo, as relações de poder entre homens e mulheres. (MARIANO, 2005, p. 484).

Entretanto, para enfrentar os problemas teórico-metodológicos suscitados por essas críticas, não foi suficiente incluir as mulheres nas análises, dizendo que a cidadania, bem como a classe social, são compostas por homens e mulheres, ainda que essa 'denúncia' tenha tido grande importância. Tal procedimento não resolvia de todo

o problema com o universalismo, o essencialismo e o binarismo, que constroem hierarquias e subordinações.

Para superar os limites apontados, as pesquisadoras feministas se empenharam em criar seus próprios pressupostos teóricos e categorias analíticas, entre elas, a categoria gênero, que passou a ser utilizada desde a década de 1970, inicialmente entre pesquisadoras feministas americanas. Além de possibilitar a inclusão das mulheres na história, esta categoria permite que as relações sociais sejam analisadas como relações de poder que se organizam conforme o gênero, assim como, conforme a classe e a raça. (SOIHET, 1997)

Considerando as diferenças entre homens e mulheres como construções históricas e como elementos constitutivos das relações sociais o gênero provoca o rompimento com o determinismo biológico na explicação dessas diferenças. Entre outras coisas, esta perspectiva de análise coloca em xeque os estudos que se apoiavam na teoria dos papéis sexuais influenciados pelo funcionalismo, como por exemplo, a sociologia parsoniana que defendia a idéia da complementaridade dos sexos e da funcionalidade da divisão sexual do trabalho no interior da família para o desenvolvimento da sociedade. (SCAVONE, 2004)

A utilização da categoria gênero representou também uma revisão crítica do conceito de "condição feminina", muito utilizado nas Ciências Sociais nos anos de 1970. Segundo Scavone (2004), enquanto o conceito de condição feminina nos remete à idéia de um estado generalizado, - um fato "dado" - o gênero nos remete à idéia de relação. Nas palavras de Soihet (1997, p. 73), "[...] o gênero sublinha o aspecto relacional entre as mulheres e os homens, ou seja, nenhuma compreensão de qualquer um dos dois pode existir por meio de um estudo que os considere totalmente em separado." Com relação ao caráter relacional do gênero, Scott explica:

Não se podem conceber mulheres, exceto se elas forem definidas em relação aos homens, nem homens, exceto quando eles forem diferenciados das mulheres. Além disso, uma vez que o gênero foi definido como relativo aos contextos social e cultural, foi possível pensar em termos de diferentes sistemas de gênero e nas relações daqueles com outras categorias como raça, classe ou etnia, assim como levar em conta a mudança. (SCOTT, apud SCAVONE, 2004, p.41).

As tentativas de teorizar sobre o gênero resultaram em diferentes abordagens e usos da categoria. Segundo Scott, no amplo leque de utilizações, gênero pode implicar tanto em posições teóricas quanto em "referenciais descritivos das relações entre os sexos" (SCOTT, 1990, p.6). Para a autora, em seu uso descritivo, gênero pode ser utilizado como sinônimo de "mulher". Neste caso o gênero possibilita "incluir as mulheres" sem lhes nomear o que implica numa perspectiva menos crítica do que o termo "história das mulheres", que evidencia uma posição política de afirmação da mulher enquanto sujeito. Assim, para a autora, "esse uso de 'gênero' foi uma forma de se buscar legitimidade institucional para os estudos feministas nos anos 80". (SCOTT, 1990, p.8)

Ainda segundo Scott, gênero pode ser utilizado também para designar as relações sociais entre os sexos. Com relação a esta perspectiva Scott argumenta:

Mesmo se, nesta utilização, o termo gênero afirme que as relações entre os sexos são sociais, ele nada diz sobre as razões pelas quais estas relações são construídas como são, não diz como elas funcionam ou como elas mudam. No seu uso descritivo, o gênero é então um conceito associado ao estudo das coisas relativas às mulheres. O gênero é um novo tema, um novo domínio de pesquisas históricas, mas ele não tem a força de análise suficiente para questionar (e mudar) os paradigmas históricos existentes. (SCOTT, 1990, p. 8)

Analisando criticamente as principais posições teóricas relativas à análise de gênero, esta autora aponta como um dos problemas recorrentes a tendência em se reforçar o caráter fixo e permanente da oposição entre masculino e feminino. Na tentativa de contribuir para uma teorização que dê conta de analisar as desigualdades entre homens e mulheres numa perspectiva histórica, Scott propõe uma definição de gênero que, segundo ela, abrange duas partes e diversas subpartes sendo que

[...] o núcleo central da definição repousa sobre a relação fundamental entre duas proposições: o gênero é um elemento constitutivo de relações sociais fundadas sobre as diferenças percebidas entre os sexos, e o gênero é um primeiro modo de dar significado as relações de poder. (SCOTT, 1990, p.14)

A primeira parte da definição corresponde à sua preocupação em demonstrar como o gênero age nas relações sociais. Ou seja, como se dá o processo de construção das relações de gênero que, segundo ela, abrange quatro elementos: as representações simbólicas; os conceitos normativos expressos nas doutrinas religiosas, políticas, educacionais, etc.; a identidade subjetiva; as instituições e a organização social e política.

Tendo como preocupação central a análise dos processos de mudança, na segunda parte de seu conceito a autora propõe uma "teorização de gênero" que implica numa articulação entre a leitura das desigualdades de gênero e a análise dos processos de construção das relações de poder. Assim, defende que "[...] as mudanças na organização das relações sociais correspondem sempre a mudanças nas representações do poder, mas a direção da mudança não segue necessariamente um único sentido." (SCOTT, 1990, p.14)

Nessa perspectiva o gênero constitui-se numa categoria útil de análise dos processos de mudança uma vez que, historicamente, as diferenças sexuais têm desempenhado a função de legitimar o poder. Sobre isto a autora escreve:

[...] a diferença sexual é um modo principal de dar significado à diferenciação. O gênero é então um meio de decodificar o sentido e de compreender as relações complexas entre diversas formas de interação humana. Quando as(s) historiadoras(es) buscam encontrar as maneiras pelas quais o conceito de gênero legitima e constrói as relações sociais, elas(eles) começam a compreender a natureza recíproca do gênero e da sociedade e as maneiras particulares e situações dentro de contextos específicos, pelas quais a política constrói o gênero, e o gênero constrói a política. (SCOTT, 1990, p.16).

Considerando os objetivos do presente estudo, a teorização de gênero proposta por Scott traz uma grande contribuição à análise desenvolvida, na medida em que toma as diferenças biológicas não como elemento para explicar as desigualdades entre homens e mulheres, mas como caminho para se analisar os processos políticos uma vez que essas diferenças têm servido para legitimar o poder e as estruturas que o sustentam. Essa perspectiva contribui para romper com a idéia de fixidez da oposição entre homens e mulheres apontando para as possibilidades de mudança nas relações de gênero, uma vez que estas estão atreladas às

necessidades do Estado e aos jogos políticos que também mudam e ganham diferentes configurações ao longo da história. A citação a seguir demonstra essa relação.

Se as significações de gênero e de poder se constroem reciprocamente, como as coisas mudam? De um ponto de vista geral, respondeu-se que a mudança pode ter várias origens. As desordens políticas de massa que mergulham as ordens antigas no caos e engendram as novas podem revisar os termos (e por isso a organização) do gênero na sua busca de novas formas de legitimação. Mas elas podem não o fazer; as noções antigas de gênero igualmente serviram para validar novos regimes. As crises demográficas, causadas pela fome, pestes ou guerras, algumas vezes colocaram em questão as visões normativas do casamento heterossexual (como foi o caso em certos meios e certos países no correr dos anos 1920); mas elas igualmente provocaram políticas de natalidade que insistiam sobre a importância exclusiva das funções maternas e reprodutoras das mulheres. (SCOTT, 1990, p. 18)

Outra reflexão importante sobre as formas de utilização do conceito de gênero foi desenvolvida por Lauretis (1994) que critica seu uso para se referir à diferença sexual. Na sua crítica ela defende que a abordagem da diferença sexual está centrada na idéia da oposição binária masculino/feminino, o que implica em tomar a mulher como sujeito social universal - que se diferencia de um sujeito masculino universal. Essa perspectiva, segundo Lauretis, "[...] torna muito difícil, se não impossível, articular as diferenças entre mulheres e Mulher, isto é as diferenças entre as mulheres ou, talvez mais exatamente, as diferenças nas mulheres." (LAURETIS, 1994, p. 207)

A perspectiva de análise proposta por Lauretis, assim como as contribuições de Scott e outras pesquisadoras feministas que se alinham às teorias pós-estruturalistas, têm um importante aspecto em comum que é a proposta de romper com a visão essencialista do sujeito reconhecendo-o como "plural, heterogêneo e contingente" (MARIANO, 2005, p. 486).

Em resumo, a emergência dos estudos sobre a mulher e posteriormente, os estudos de gênero, representaram uma superação da tendência em se buscar no determinismo biológico a explicação para as desigualdades sexuais. Além disso, promoveram uma ruptura com as tradicionais oposições binárias presentes em diversas teorias - natureza e cultura, objetivismo e subjetivismo, público e privado, etc. Oposições que orientaram, por muito tempo, o

olhar da ciência sobre as diferenças entre homens e mulheres e definiram, numa perspectiva hierárquica de poder, o lugar do masculino e do feminino no mundo social.

1.1 SAÚDE, GÊNERO E PODER: A MEDICALIZAÇÃO DO CORPO FEMININO

Historicamente o corpo da mulher tem sido alvo de intervenções que visam reprimir e disciplinar a sua sexualidade. Segundo Coelho (2006), a ignorância em relação aos aspectos fisiológicos relacionados ao ciclo reprodutivo da mulher despertou curiosidade e gerou preconceitos em relação ao corpo feminino, cujas representações variam da sacralização à demonização. Na tentativa de subjugar a mulher, não só o seu corpo foi alvo de repressão, mas também o seu saber.

Na Idade Média, os tenebrosos processos de heresias, movidos pela Inquisição, durante mais de cinco séculos de repressão e terror, custaram às mulheres a morte nas fogueiras sob a acusação de bruxaria. [...] Os relatos históricos informam que elas eram as médicas, farmacêuticas e parteiras, matronas e curandeiras de suas comunidades. Detinham grande conhecimento das plantas medicinais e suas propriedades, faziam chás, breves, benzeduras, poções, emplastros, enfim exerciam a arte de cuidar e curar. É interessante lembrar que feiticeira significava mulher sábia. (COELHO, 2006, p. 13).

Com o desenvolvimento do pensamento racionalista impulsionado pelos estudos de anatomia, o saber tradicional das mulheres foi substituído pela medicina científica que, segundo Coelho, apesar de toda a influência do discurso iluminista, é "claramente masculina, patriarcal e religiosa". (COELHO, 2006, p. 14). O desenvolvimento das demais Ciências Biológicas possibilitou que o controle sobre o corpo das mulheres passasse das mãos da igreja para as mãos da medicina, que se tornou o campo hegemônico de intervenção na área da saúde. Conforme Foucault,

A medicina como técnica geral de saúde, mais do que como serviço das doenças e arte das curas, assume um lugar cada vez mais importante nas estruturas administrativas e nesta maquinaria de poder que, durante o século XVIII, não cessa de se estender e de se

afirmar. O médico penetra em diferentes instâncias do poder. (FOUCAULT, 1979, p.202).

Um aspecto fundamental da medicina moderna é a ampliação do papel social do médico que passa a ser o agente responsável pela criação e pela aplicação de normas disciplinadoras dos espaços e das relações sociais. Aliada dos interesses governamentais de controle populacional e do projeto de higienização da sociedade capitalista, a medicina torna-se um campo legítimo de intervenção que se estende do espaço público ao privado. (COSTA et al., 2006)

O médico se torna o grande conselheiro e o grande perito, se não na arte de governar, pelo menos na arte de observar, corrigir, melhorar o "corpo" social e mantê-lo em um permanente estado de saúde. (FOUCAULT, 1979, p.203)

A preocupação em preservar a "saúde" da sociedade legitima o poder dos médicos em intervir nos corpos individuais.

Procurando os fundamentos da medicalização do corpo feminino Costa et al. (2006), defendem que ela está associada à naturalização do papel social da mulher, com base na reprodução biológica. A definição de medicalização apresentada pelas autoras corresponde a uma "[...] normalização social via desenvolvimento de regras morais ligadas ao trabalho e aos hábitos cotidianos e princípios de higiene [...] aliada à ampliação de atos, produtos e, mesmo, de consumo médico." (COSTA et al., 2006, p. 365)

A partir do fato biológico de que é no corpo feminino que acontece a reprodução, a mulher torna-se também o alvo das intervenções no campo do controle da fecundidade. Numa perspectiva feminista, este poder da medicina se consolida como mais um campo político no qual se reproduzem formas de opressão às mulheres.

Com o passar do tempo a soma destes ingredientes: uma ciência que nunca foi neutra, a opressão cultural, a religião, a hegemonia do patriarcalismo e a exploração capitalista gestaram um quadro de horror. Quadro este que é manifesto na expropriação do corpo da mulher, na opressão à sexualidade, na normalização da reprodução, na medicalização, na desumanização da assistência, na violência do atendimento ao aborto, seja espontâneo ou não, e na indiferença quando termina o ciclo reprodutivo. (COELHO, 2006, p. 16)

No Brasil foi na década de 1920, em meio à Reforma Sanitária, que a saúde da mulher passou a ser foco de programas específicos, com a institucionalização no país da proteção à saúde materno-infantil. Desse período até a década de 1980 a atenção à gestação e ao parto foi o foco das políticas de saúde da mulher (OSIS, 1998). A crescente participação das mulheres no mercado de trabalho teve forte influência na redefinição dos padrões familiares e no padrão reprodutivo. Um aspecto importante desse processo foi a acentuada redução da taxa de fecundidade observada a partir da década de 1960, resultado das políticas de controle de natalidade implementadas no país, com o objetivo de conter a temida "explosão demográfica".

Os argumentos que foram utilizados pelas forças políticas de controle de natalidade para que se efetivasse o uso de contraceptivos, e conseqüentemente uma redução populacional, foram bastante diferentes no que diz respeito aos países ricos - muitos deles no Hemisfério Norte -, e aos países pobres, em sua maioria localizados no Hemisfério Sul. Depois das duas grandes guerras mundiais, o discurso neomalthusiano passou a denunciar a pobreza dos países considerados em desenvolvimento e subdesenvolvidos, colocando nos debates das políticas internacionais a ameaça da 'explosão demográfica'. (BORGES, 2004, p.18).

Na década de 1980, trabalhos como os de Elza Berquó (1982) e de Carmen Barroso (1984) denunciaram a intervenção do Estado na esfera reprodutiva e o processo de esterilização cirúrgica em larga escala entre a população feminina brasileira. No entanto, o controle de natalidade promovido no Brasil nunca foi oficialmente assumido pelo governo brasileiro e só foi possível graças ao financiamento de organismos internacionais. Segundo Berquó,

Dados oficiais internacionais informam que, em 1978, 85,4% dos recursos destinados à 'assistência internacional' na área de população, num total de 351 milhões de dólares, foram aplicados em programas de planejamento familiar, cabendo apenas 8,8% para a investigação científica na mesma área. (BERQUÓ, 1982, p. 47)

A forma como os métodos contraceptivos entraram na vida das mulheres brasileiras despertou a preocupação das feministas e o conseqüente desenvolvimento de pesquisas nessa área, o que representou uma inovação nos estudos sobre a saúde da mulher. Esses estudos trouxeram para o debate

acadêmico a questão do caráter "controlista" das práticas governamentais na área do planejamento familiar e as conseqüências disso para a saúde e a vida das mulheres.

A necessidade de controlar as populações, aliada ao fato de a reprodução ser focalizada na mulher, transformou a questão demográfica em problema de natureza ginecológica e obstétrica, e permitiu a apropriação médica do corpo feminino como objeto de saber, ou seja, a medicalização do corpo feminino. (COSTA et al., 2006, p 368)

De acordo com Scavone, a crítica ao controle sobre o corpo da mulher possibilitou que questões do âmbito privado fossem trazidas para o debate público.

O estatuto político atribuído ao domínio afetivo-sexual e reprodutivo mostrava que o espaço privado era articulado por relações de poder, dominação e hierarquia, nas quais as mulheres constituíam o pólo dominado. Palavras de ordem de todos os tipos refletiam as reivindicações do direito à livre escolha da maternidade e, conseqüentemente, a todos os seus desdobramentos - especialmente, contracepção e aborto livres e gratuitos -, colocando no espaço público as fortes contradições que vigoravam no espaço privado." (SCAVONE, 2004, p. 45)

Ainda segundo Scavone, além de politizar o privado, a abordagem feminista sobre a saúde da mulher, propôs a recusa à definição de corpo feminino construída pela medicina; a incorporação da subjetividade e das experiências das mulheres num discurso sobre a saúde; a possibilidade de uma (re)apropriação do próprio corpo; e, por fim, "[...] a recuperação de um saber historicamente desenvolvido pelas mulheres por meio da experiência adquirida com seu ciclo reprodutivo: a menstruação, a gravidez, o parto, a amamentação, o puerperio, entre outras" (SCAVONE, 2004, p. 46). Saberes que, segunda a autora, possibilitam a autodeterminação das mulheres em relação à sua saúde.

[...] a perspectiva contestatória desta reflexão deu lugar à construção do conceito de saúde das mulheres que tornou visível política e socialmente a questão de gênero na saúde [...]. Por outro lado, a adoção deste conceito fez - e ainda faz - críticas às políticas de controle populacional, prejudiciais à saúde das mulheres. Além disso, possibilitou novas abordagens das questões reprodutivas, analisando-as por outro prisma que não os estritamente médicos, tais

como os aspectos subjetivos, políticos, econômicos, sociais e culturais que lhes estão associados. (SCAVONE, 2004, p. 47)

Essa perspectiva é fundamental para a crítica ao modelo hegemônico de saúde que tem como características a separação entre as dimensões biológicas e culturais, a fragmentação do indivíduo e das práticas de intervenção e a sobreposição do saber médico a outros saberes -conhecimento popular, senso comum.

Essa perspectiva crítica foi a base para a formulação do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), adotado pelo governo brasileiro no ano de 1985. Desde o seu surgimento até os dias de hoje o PAISM vem sendo considerado um avanço em termos de atenção à saúde da mulher, tanto pelos movimentos de mulheres quanto por parte de pesquisadores e profissionais de saúde. No entanto, alguns problemas já foram apontados por diversos pesquisadores. Costa (2001), por exemplo, nos chama a atenção sobre dois aspectos importantes do processo de construção desse programa. Em primeiro lugar a autora defende que por ser um programa "feito por mulheres e para as mulheres" ele trouxe o seguinte problema: "[...] o da recriação das obrigações femininas na esfera da reprodução e o da conseqüente apartação masculina dessa experiência comum a homens e mulheres." (COSTA, 2001, p. 113). Outro aspecto destacado pela autora é que o processo de construção do PAISM foi orientado por um ideal de "irmandade" entre as mulheres associado à idéia de uma suposta identidade feminina. Sobre isto a autora comenta:

[...] a experiência histórica irá provar que, apesar de experiência comum na esfera biológica, nem sempre as mulheres serão solidárias entre si. Foi possível distinguir diferenças e desigualdades entre elas, com base nas experiências vividas na história dos movimentos feministas, tão plurais [...] (COSTA, 2001, p. 113)

A incorporação da categoria gênero nos estudos sobre a saúde da mulher, sobretudo a partir da década de 1990, possibilitou uma revisão crítica do processo de construção do PAISM. Ao romper com o essencialismo que toma as diferenças entre homens e mulheres como fixas e universais, o gênero contribui para pensarmos a subordinação feminina numa perspectiva histórica e social.

As noções de universalidade e essência, tão fortes na noção universal de mulher, referidas a uma mulher genérica, branca, heterossexual e burguesa, abriram-se a muitas outras mulheres: às negras, às lésbicas, às jovens, às velhas, e a quaisquer que fossem as diferenças a mais. Relações de igualdade e de diferença, até então conceituadas de forma tão confusa, propiciariam novas e ricas teorizações: foi possível entender que diferença e semelhança distinguem-se de igualdade e desigualdade. Mulheres e homens seres biologicamente diferentes serão desiguais por muitas outras razões, além de suas diferenças sexuais. (COSTA, 2001, p. 114)

Além disso, o uso desse conceito contribui para "desnaturalizar" algumas idéias em relação às diferenças entre homens e mulheres, derrubando tabus, preconceitos e estereótipos que pautam as intervenções no campo da saúde.

No processo dialético do estudo da mulher, pela mulher, a tese *mulher é uma categoria biológica* foi substituída pela antítese *mulher é uma construção social* e, finalmente, pela síntese *os fatos biológicos foram processados ao nível do social, que inclui as atividades científicas que, por sua vez, reforçaram os estereótipos tradicionais que enfatizam os fatores biológicos*. Nas análises realizadas pelas mulheres, o conceito de 'gênero' passa a substituir o conceito de 'sexo' num recorte do objeto que é, agora por definição científica, uma construção social. (GIFFIN, 1991, p.194).

A incorporação da perspectiva de gênero e os estudos em torno das representações sociais promoveram uma aproximação entre a saúde e as Ciências Sociais ampliando o leque de abordagens e de explicações acerca da saúde da mulher. Isso torna possível desvelar os mecanismos de produção e reprodução das desigualdades de gênero que perpassam a rede de instituições - usuários, gestores, prestadores de serviços e profissionais da saúde -envolvidas na formulação e aplicação dos programas de saúde. Para Costa (2001), as análises das representações sociais contribuem para o reconhecimento das

[...] estruturas de opressão cotidianamente engendradas e atualizadas. Expressas nas representações da masculinidade, da feminilidade, da maternidade, da infância, da velhice ou nas formas pelas quais estas representações diferenciam mulheres de outras mulheres, mulheres de homens, etc., em suas intercessões de raça/etnia, geração, etc., elas são capazes de produzir ou reforçar exclusões e desigualdades no interior das práticas profissionais que desenvolvemos. (COSTA, 2001, p. 122)

Em resumo, a abordagem de gênero no âmbito da saúde contribui para mostrar a influência da construção social da identidade e das subjetividades femininas nas representações sociais que orientam e explicam as práticas desenvolvidas em torno da atenção à saúde da mulher. Segundo Costa (2001), considerando a condição de subordinação das mulheres, numa sociedade que separa e hierarquiza as esferas do masculino e do feminino, a análise das representações de gênero poderia revelar formas de opressão e de exclusão das mulheres, presentes nas intervenções promovidas na área da saúde.

1.2 RELAÇÕES DE GÊNERO E PAPÉIS SEXUAIS: SAÚDE É COISA DE MULHER

Os estudos antropológicos têm demonstrado que, quando se considera as representações sociais, observa-se em diversas culturas a identificação da mulher com a natureza, enquanto que os homens são identificados com a cultura. Segundo Giffin (1991), isso implica numa conseqüente desvalorização da mulher, uma vez que, citando o estudo de Sherry Ortner, em todas as sociedades a natureza é considerada inferior à cultura.

A identificação da mulher com a natureza se constrói a partir da função reprodutiva de seu corpo, e é também a partir desta especificidade, situada no âmbito biológico, que se dá a elaboração do papel social da mulher. Às oposições natureza/cultura, feminino/masculino, se articulam outras oposições: emoção/razão, privado/público, reprodução/produção, e, assim, definem-se os lugares sociais de homens e mulheres, dentro de uma estrutura hierarquizada de poder.

A análise da relação da mulher com a saúde nos remete ao conceito de divisão sexual do trabalho que, segundo Kergoat (1996), deve ser entendido como uma forma de organização do trabalho social que se define por meio das relações sociais de sexo e que se organiza a partir de dois princípios: o de separação entre trabalho de homens e trabalho de mulheres e o de hierarquização, sendo que os trabalhos de homens são mais valorizados que os trabalhos de mulheres. A autora lembra que a expressão "divisão sexual do trabalho" tem sido utilizada com diferentes sentidos, por exemplo, como conceito descritivo baseado na

idéia de complementaridade entre os sexos no desempenho de tarefas. Contrapondo-se a essa perspectiva a autora defende que a divisão sexual deve ser pensada em termos de relações sociais de sexo, ou seja, como relações de poder que se estabelecem entre homens e mulheres a partir de uma base material e que perpassam os diversos campos da vida social, sendo legitimadas por uma "ideologia naturalista".

Analisando dois importantes eventos que ocorreram no Brasil a partir da segunda metade do século XX: a inserção das mulheres no mercado de trabalho e a massificação do uso de contraceptivos, o que se observa é que, embora tenham trazido mudanças importantes para a vida das mulheres, estes eventos não promoveram maior igualdade de responsabilidade entre homens e mulheres em relação às questões relativas à esfera da reprodução. Conforme destaca Giffin,

E preciso notar que a comprovação científica do papel biológico do homem na reprodução e na constituição genética dos filhos não tem ampliado a definição social da paternidade como um conjunto de direitos e deveres. Ao contrário, os especialistas modernos têm contribuído para aumentar a definição das responsabilidades da maternidade [...]. Da mesma forma, a contribuição à separação da sexualidade e reprodução, os meios modernos de contracepção, são quase todos dirigidos ao controle da concepção no corpo feminino, como se numa negação do papel masculino na reprodução biológica, coerente com a diminuição do papel masculino na esfera social da reprodução. (GIFFIN, 1991, p. 198)

Assim, a idéia de uma natureza feminina associada à reprodução está na base da divisão sexual do trabalho que destinou a esfera privada como espaço privilegiado da mulher e a elas delegou as tarefas domésticas - o cuidado com a higiene da casa e das crianças, o preparo da alimentação da família, a responsabilidade na administração dos remédios e outros cuidados em caso de doenças, enfim, tarefas que as colocam como alvo principal da ação médica.

A divisão sexual do trabalho na saúde separa as tarefas de cuidar, eminentemente femininas, das de tratar, masculinas, como aponta um precioso estudo da área de enfermagem. As tarefas de cuidar, geralmente destinadas a mulheres, produziram certas habilitações bastante genéricas na relação com os pacientes. Essa divisão sexual do trabalho é também estendida a mais mulheres: às acompanhantes de doentes, às cuidadoras, reservando-se as de tratar aos(às) médicos(as), em suas especialidades. (COSTA, 2001, p.119)

Analisando a distinção entre as palavras cuidar e curar Scavone (2005, p. 104) argumenta que elas "[...] traduzem historicamente a constituição do saber/poder médico que separa as atividades dos cuidados da vida (preventivas) daquelas ligadas à reparação instrumental do corpo doente (curativas)". Assim, em oposição ao trabalho profissional e racional do médico, o "cuidado" aparece associado ao campo do afetivo, como função inata às mulheres, e não como fruto de um processo de construção social. Esta separação, que transcende o espaço da família e atravessa os demais campos do social, acaba por desvalorizar as tarefas associadas ao cuidar.

Desta forma, a autora argumenta que a análise do papel das mulheres na efetivação das políticas de saúde deve, em primeiro lugar, considerar a articulação entre espaço público e privado entendendo-os como campos em constante relação. Para Costa,

Recolher o político das práticas femininas favorece sua *desnaturalização* e a sua dimensão pública. Por essa via, a noção de público estende-se ao cotidiano e aos códigos familiares, expondo a indissociabilidade do civil, do econômico e do próprio político; também não abstrai o *privado*, uma vez que, nessa perspectiva, o *peçoal é político*." (COSTA, 2002, p. 302)

Segundo Scavone (2005), essa experiência das mulheres na prática do cuidado implica num acúmulo em relação à saúde que acaba por constituir um capital simbólico.

Esses cuidados implicam, também, um saber que, geralmente, é apoiado em uma experiência acumulada, ou no próprio aprendizado dessa experiência entre as mulheres da família, da comunidade: na transmissão do conhecimento sobre as propriedades dos alimentos, nos hábitos de higiene pessoal e corporal, em uma atenção especial à saúde, enfim, eles são colocados em prática por uma concepção que visa prevenir a doença e manter a saúde da família, contribuindo, assim, à saúde da sociedade. (SCAVONE, 2005, p. 105)

A autora argumenta ainda que esses saberes acabam por gerar poderes às mulheres. Dessa forma, pode-se considerar que o reconhecimento da importância da mulher como cuidadora, que se reforça na prática cotidiana, pode

contribuir para legitimar sua inserção no espaço público não apenas como "trabalhadora informal" da saúde, mas como agente das políticas de saúde.

No entanto, no que diz respeito ao aproveitamento desta experiência das mulheres para a efetivação das políticas de saúde Scavone faz o seguinte alerta:

A dedicação das mulheres aos cuidados de saúde, o fato de reunirem tanto o afeto quanto à competência no tratamento dos/as doentes, podem ser elementos importantes à efetivação dessas políticas, mas por outro lado, podem significar uma sobrecarga de trabalho às mulheres, impedindo-as de se realizarem em outras esferas do social. (SCAVONE, 2005, p. 108)

A autora defende ainda que a aplicação dessa lógica a programas como, por exemplo, os programas de internação domiciliar tendem a reproduzir as relações sociais de sexo sobrecarregando as mulheres da família ao mesmo tempo em que aliviam a responsabilidade pública e social da saúde.

Nessa perspectiva, Costa (2001) chama atenção para a necessidade de analisarmos, a partir de uma visão de gênero, o processo em curso de redefinição dos padrões de proteção social impostas pelas prescrições neoliberais que, segundo a autora reforça um modelo que

[...] leva de volta aos lares os cuidados com os doentes, encargos de natureza pública, recriando uma *obrigação natural* das mulheres em seus espaços domésticos. Também pela mesma razão, tem reconduzido as mulheres, familiares dos doentes, aos hospitais na condição de cuidadoras, em substituição aos trabalhadores de apoio da saúde. (COSTA, 2001, p.117)

Esse trabalho considerado inato à mulher, invisível e não remunerado estende-se do interior dos lares a diversos outros espaços informais de atuação no âmbito das comunidades como, por exemplo, as associações de mulheres, as pastorais, os conselhos locais de saúde, constituindo o que se convencionou chamar, no campo institucional, de educação em saúde.

Diante dessas colocações o grande desafio parece ser como possibilitar o aproveitamento e a valorização do que Scavone chama de cuidar/saber/poder, sem recriar formas de exclusão e de opressão das mulheres.

Para Costa (2001) é fundamental incorporar os estudos das relações de gênero nas reflexões sobre as políticas de saúde, pois esses possibilitam desvendar o "[...] modo pelo qual os conhecimentos e as práticas produzidos nessas áreas estão referidos à produção social do feminino e do masculino e às relações de poder aí engendradas." Ainda, segundo esta autora, os estudos de gênero possibilitam também o reconhecimento

[...] das estruturas de opressão cotidianamente engendradas e atualizadas. Expressas nas representações da masculinidade, da feminilidade, da maternidade, da infância, da velhice ou nas formas pelas quais estas representações diferenciam mulheres de outras mulheres, mulheres de homens, etc. [...]. (COSTA, 2001, p.114)

As representações de gênero estão presentes nas práticas cotidianas tanto dos profissionais da saúde quanto de outros atores envolvidos nas estruturas e nos processos da atenção à saúde.

1.3 O PROTAGONISMO DAS MULHERES NA LUTA PELA SAÚDE

A significativa participação das mulheres brasileiras na luta pela saúde, sobretudo a partir da década de 1980, foi documentada por diversos estudos e pesquisas. Tomando como referência algumas dessas produções, Machado (1995) defende que a participação das mulheres nos movimentos sociais pela saúde está associada ao papel que elas desempenham no interior da família e nas suas comunidades, voltado à resolução de problemas relativos à esfera doméstica.

O âmbito de sua experiência pessoal está ligado estritamente à moradia, base da organização; na vizinhança conhecem-se entre si, e estão mais tempo presentes do que os homens. São as mulheres que sentem a situação de emergência de modo mais imediato. (EVERS et al., 1982 apud MACHADO, 1995, p.70)

Se na década de 1980 a participação das mulheres na luta pela saúde deu-se prioritariamente por meio dos movimentos sociais, organizados a partir dos locais de moradia, na década seguinte esta participação estendeu-se para os

espaços institucionais de discussão das políticas públicas de saúde - os conselhos e as conferências municipais de saúde⁴, criados oficialmente a partir da implementação do Sistema Único de Saúde (SUS).

No Brasil as primeiras experiências de conselhos surgiram durante a década de 1980 como uma resposta dos governos à mobilização popular que ganhou força com o agravamento das crises econômica e política daquele período. No contexto de democratização do país, os conselhos surgem como mecanismos de participação conquistados por setores que se opunham ao autoritarismo do regime militar e reivindicavam o direito de participar do processo de definição das políticas públicas. (TEIXEIRA, 1996; GAZETA, 2004; CORREA, 2006).

Hoje, os conselhos de saúde parecem constituir o espaço privilegiado da participação popular nos processos de decisão sobre as políticas de saúde. No entanto, Costa e Silvestre (2004, p.63) alertam para o fato de que embora as mulheres venham garantindo uma presença significativa nesses espaços, essa presença "[...] ainda não tem produzido um impacto nas relações de simetria de poder favorável às mulheres."

Seguindo ainda essas discussões, Coelho (2007) observa que diversos estudos defendem que a capacidade de contribuição dos Conselhos para a ampliação da democracia fica comprometida "[...] por uma cultura política autoritária ainda subsistente no Estado brasileiro, por uma vida associativa frágil e por resistências, tanto dos atores da sociedade civil como do Estado." (COELHO, 2007, p. 79). Nesta perspectiva, os conselhos não podem ser vistos como mecanismos eficazes para a reversão das assimetrias sociais e econômicas pois acabam por limitar, ou mesmo excluir, a participação dos mais pobres, ou daqueles que não dispõem de recursos para articular suas demandas.

Essa constatação reforça as alegações daqueles que acreditam que os mecanismos participativos são ferramentas débeis para a consecução da igualdade política. Argumenta-se que as desigualdades que permeiam a estrutura política -desigualdades no acesso à informação, na capacidade de influenciar o governo e na capacidade de organização -restringem a participação política, o que reforça a desigualdade, aprofundando o déficit de representação de atores já em desvantagem (cidadãos com baixo nível de renda, de

⁴ As Conferências e os Conselhos de Saúde são instâncias colegiadas de participação no campo da saúde, Eles foram oficialmente instituídos por meio da Lei federal 8.142 de 28 de dezembro de 1990, visando regulamentar o controle social que se constitui numa das principais diretrizes do SUS.

educação e de acesso à informação, por exemplo). Os processos participativos poderiam gerar, por essa razão, novas formas de exclusão e acarretariam riscos como 'o controle dos organismos decisórios pelos grupos mais ativos e estabelecidos'. (COELHO, 2007, p. 79)

Ainda segundo Coelho (2007) uma posição mais otimista vem sendo defendida por uma série de outros estudos que apontam a capacidade que esses foros têm de incluir segmentos sociais menos privilegiados e, até então excluídos bem como seu potencial de democratização do processo de definição das políticas públicas.

Analisando o funcionamento dos conselhos de saúde, Teixeira (1996) destaca alguns aspectos importantes: em primeiro lugar, por serem constituídos por representantes de diversos segmentos - gestores públicos, prestadores de serviços, trabalhadores da saúde e usuários(as) do sistema - os conselhos não podem ser considerados "[...] espaços neutros, imunes a conflitos, contradições e manipulações, mas podem constituir-se em instrumentos abertos ao debate público, às proposições de estratégias para efetivar direitos já conquistados ou a construir." (TEIXEIRA, 1996, p. 14).

Outro aspecto destacado por este autor é que, apesar de estarem vinculados à administração estatal, estes órgãos são teoricamente autônomos, uma vez que as regras que determinam seu funcionamento são definidas pelos seus membros. No entanto, na prática a autonomia vai depender

[...] da correlação de forças não apenas no âmbito do conselho mas na estrutura de poder, de acordo com a organização e mobilização da sociedade para acompanhar, avaliar e dar suporte às ações. Exige também que a representação dessas forças sociais se capacite para expressar suas aspirações e necessidades, traduzindo-as em proposições e alternativas de políticas. (TEIXEIRA, 1996, p. 15).

Diante disto, Teixeira argumenta que não podemos superestimar o potencial dos conselhos enquanto mecanismos realmente democráticos de participação. O autor defende que estes devem ser vistos como mais um espaço de participação, dentre outros possíveis, e aponta para a necessidade de se diversificar as estratégias de luta.

Os conselhos, enquanto espaços institucionais de definição das políticas de saúde constituem um campo de hegemonia médica. No entanto, enquanto espaços de luta, esta hegemonia está constantemente sendo contestada e redimensionada para acomodar os diversos e, na maioria das vezes, divergentes interesses apresentados pelos agentes que nele transitam -profissionais da saúde, gestores públicos, empresários dos mais diversos setores envolvidos com a saúde, representantes de ONGs, igrejas e organizações filantrópicas, e, por fim, o objeto da intervenção médica: usuárias e usuários dos serviços.

Analisando o papel da representação popular por meio dos conselhos de saúde, Sposati e Lobo (1992, p. 373) reconhecem que estes mecanismos representam um avanço, porém alertam para o fato de que as "representações (os representantes dos diversos segmentos que compõem os conselhos) têm que dominar as condições, os instrumentos, para serem de fato protagonistas, sujeitos da ação e não meros complementos". Essa observação nos remete à idéia de que nessa perspectiva a participação implica na possibilidade de apropriação/ampliação de um capital simbólico capaz de subsidiar os agentes, como "armas" num "campo de luta política", que é o campo da saúde.

No que diz respeito às mulheres, a atuação no campo da saúde extrapola o âmbito dos conselhos e o caráter reivindicatório para assumir um caráter prático na efetivação da atenção à saúde. Um bom exemplo disso é o trabalho desenvolvido pelas pastorais da criança no acompanhamento, orientação e assistência às mães para o cuidado com seus filhos. Na linha da educação em saúde, outro exemplo é o trabalho desenvolvido por associações de mulheres na organização de atividades como palestras e oficinas que visam estimular práticas preventivas. Vale destacar que essas e outras formas de atuação como o apoio a campanhas institucionais como de combate à dengue têm sido verificadas no Município de Londrina, sobretudo envolvendo associações de mulheres.

Para Valla (1998), esta forma de participação pautada no trabalho popular, orientado pelo sentimento de solidariedade e apoio mútuo é uma tendência observada atualmente no âmbito da saúde. Sobre essa forma de participação o autor observa:

Trata-se de um apelo, um convite à população, principalmente a que mora nos bairros periféricos e favelas, para que realize, com seus

próprios trabalhos, tempo de lazer e, às vezes, dinheiro, ações e obras da responsabilidade do governo. Em grande parte, os governos brasileiros, tanto o federal, como os estaduais e municipais, agem com a população de uma forma bastante autoritária, decidindo unilateralmente sobre a qualidade e quantidade dos serviços básicos. Quando, no entanto, percebem que não dão conta de um determinado problema (como o dengue ou a cólera, por exemplo), então conclamam a população a participar do combate e erradicação do mal através do mutirão. (VALLA, 1998, p.9)

Essa forma de participação se distingue do que o autor chama de participação popular, entendida como:

[...] uma participação política das entidades representativas da sociedade civil em órgãos, agências ou serviços do Estado responsáveis pelas políticas públicas na área social. Essa participação, se de um lado legitima a política do Estado diante da população, também abre um canal para as entidades populares disputarem o controle e o destino da verba pública. (VALLA, 1998, p.10)

Não obstante a importância dessas reflexões para o estudo em questão e considerando os objetivos deste trabalho, buscou-se centralizar a preocupação na questão do significado da participação das mulheres no campo da saúde, tanto no que diz respeito à sua contribuição no processo de efetivação das políticas, quanto no processo de (re)elaboração de suas próprias vivências enquanto mulheres e enquanto agentes. Nesta perspectiva uma importante contribuição é dada por Machado (1995) em estudo que analisou a participação das mulheres nos movimentos sociais pela saúde.

Uma das questões significativas na literatura sobre gênero e movimentos urbanos é em que extensão os movimentos nos quais as mulheres participam são feministas (eles desafiam a divisão do trabalho em linhas de gênero) ou femininos (eles reforçam a divisão de trabalho em linhas de gênero), ou se esses últimos possuem potencial para se tornarem feministas. Além do fato destas definições ainda estarem muito abertas ao debate, esta abordagem subestima o processo de mobilização, por se concentrar nos resultados finais, e, em consequência, ignora as transformações na vida das mulheres trazidas pelo seu envolvimento na mobilização, o que tem implicações fundamentais sobre como o gênero é percebido e construído. (MACHADO, 1995, p.82)⁵

⁵O termo "divisão de trabalho por linhas de gênero" é utilizado pela autora em substituição a "divisão sexual do trabalho", que, segundo ela, teria implicações analíticas pela referência biológica ali presente, conforme explica: "[...] Mulheres e homens são categorias sociais e políticas

Com relação à primeira questão colocada na citação Machado defende que não podemos imaginar que existe uma associação necessária entre movimentos com participação de mulheres e feminismo. A análise dessa questão nos remete à discussão sobre os interesses das mulheres. Uma revisão da bibliografia sobre o tema aponta uma conceituação que diferencia *interesses de mulheres*, *interesses práticos de gênero* e *interesses estratégicos de gênero*. Com relação aos interesses das mulheres a conceituação propõe que esses não podem ser generalizados uma vez que se referem aos interesses diversos que variam de acordo com a sociedade, a classe, a etnia, etc. Os interesses de gênero seriam aqueles comuns entre as mulheres e definidos pela sua posição social dentro de uma determinada ordem de gênero. Estes podem ser estratégicos, quando estão relacionados à superação da condição de subordinação das mulheres, ou práticos, quando se referem às necessidades imediatas sentidas pelas mulheres no desempenho das tarefas que lhe são atribuídas na divisão sexual do trabalho. (MACHADO, 1995).

Analisando essa conceituação Machado aponta alguns problemas. Em primeiro lugar, destaca sua polarização:

A impressão que se tem é de que os interesses estratégicos de gênero e os interesses práticos de gênero estão separados, que não podem existir ao mesmo tempo. Particularmente em relação aos movimentos urbanos, a idéia aparente é de que a mulher irá lutar pelos seus interesses práticos de gênero. Isto não leva em conta que mesmo lutando neste nível, as mulheres poderão terminar agindo de maneira estratégica. (MACHADO, 1995, p. 78).

Em segundo lugar, a autora aponta para uma tendência em se considerar os interesses estratégicos mais importantes, uma vez que eles exigiriam uma conscientização feminista e serem os únicos capazes de promover uma transformação efetiva na condição de subordinação da mulher. O que se deve considerar é que um tipo de luta não exclui o outro. Uma mobilização de mulheres pode começar por reivindicações voltadas ao bem-estar de suas famílias e das suas comunidades e avançar para lutas feministas. No entanto, não podemos pensar que essa seja uma evolução natural. Há que se considerar que a própria forma das

historicamente produzidas, e não podem ser reduzidas a uma categoria biológica. [...] Sexo é um termo com implicações psicológicas e culturais, enquanto gênero tem implicações psicológicas e culturais." (Machado, 2005, p. 60).

mulheres perceberem a sua situação pode variar de uma para outra. Nesta linha de argumentação Machado defende:

Pode até ser que esses movimentos produzam uma forte relação com os movimentos feministas ou transformem-se eles próprios em movimentos feministas, mas não necessariamente o que torna indispensável a análise específica de cada caso. (MACHADO, 1995, p 80)

Retomando uma segunda questão colocada pela autora, para além da preocupação em analisar os impactos mais abrangentes da atuação das mulheres nas lutas sociais, uma abordagem importante seria sobre o significado da mobilização em si e as transformações que a participação pode gerar na vida dessas mulheres.

1.4 O CAMPO DA SAÚDE COMO "CAMPO DE POSSIBILIDADES"

Como já enfatizado, ao focar as trajetórias e atuação de lideranças femininas na luta pela saúde, o presente estudo traz como preocupação central a análise da relação entre práticas individuais e estruturas sociais. Portanto, do ponto de vista teórico nos remete a uma questão fundamental da análise sociológica que é a relação entre indivíduo e sociedade, questão que, em termos epistemológicos, se traduz na oposição entre duas correntes de pensamento: objetivismo e fenomenologia. Na sociologia clássica, essas correntes se encontram representadas, respectivamente, nas elaborações teóricas de Émile Durkheim e Max Weber.

Enquanto a perspectiva fenomenológica parte da experiência primeira do indivíduo, o objetivismo constrói as relações objetivas que estruturam as práticas individuais. (ORTIZ, 1983, p. 8)

Dialogando criticamente com diversas teorias e correntes de pensamento, entre elas a fenomenologia e o estruturalismo francês, Pierre Bourdieu

foi um dos teóricos que procurou romper com essa oposição propondo uma abordagem capaz de articular dialeticamente agente e estrutura.

Assim como no pensamento fenomenológico, Pierre Bourdieu preocupou-se em resgatar o agente social trazendo para o âmbito da análise sociológica a compreensão subjetiva. No entanto, para Bourdieu é importante articular as dimensões subjetivas e objetivas, o que implica em reconhecer a "gênese social das condutas individuais" (THIRY-CHERQUES, 2006, p.29).

Na busca por uma linha de mediação entre agente e estrutura Bourdieu "[...] propõe uma teoria da prática, na qual as ações sociais são concretamente realizadas pelos indivíduos, mas as chances de efetivá-las se encontram objetivamente estruturadas no interior da sociedade global." (ORTIZ, 1983, p.15). Dessa forma, a teoria da prática constitui-se também numa proposta de superação do objetivismo presente nas concepções estruturalistas que ignoram o sentido dado pelo agente às suas ações, bem como os sentidos que orientam suas práticas. Para o autor, não importa apenas apreender as relações objetivas,

[...] mas também as relações dialéticas entre as estruturas e as disposições estruturadas nas quais elas se atualizam e que tendem a reproduzi-las, isto é, o duplo processo de interiorização da exterioridade e de exteriorização da interioridade. (BOURDIEU, 1983, p.47).

O que significa afirmar que existe no mundo social, e não apenas nos sistemas simbólicos, estruturas objetivas, capazes de orientar as práticas e as representações, porém, isto não quer dizer que os agentes não tenham escolha. Essa perspectiva, que deu origem à corrente sociológica chamada de estruturalismo construtivista tem como premissa a busca pela gênese social, tanto do mundo objetivo quanto do mundo subjetivo. (BOURDIEU, 1983)

Nesse processo de revisão crítica das perspectivas envolvidas na polarização objetivismo/subjetivismo, Bourdieu se apropria do antigo conceito de *habitus*, utilizado por outros teóricos das ciências humanas, retomando-o a partir de uma ótica original (SETTON, 2002, p.61). Na sua conceituação o *habitus* pode ser compreendido como:

[...] um sistema de disposições duráveis e transponíveis que, integrando todas as experiências passadas, funciona a cada

momento como uma *matriz de percepções, de apreciações e de ações* - e torna possível a realização de tarefas infinitamente diferenciadas, graças às transferências analógicas de esquemas, que permite resolver os problemas da mesma forma, e às correções incessantes dos resultados obtidos, dialeticamente produzidas por esses resultados. (BOURDIEU, 1983, p.65)

Dessa forma, entende-se que o *habitus* orienta e conforma a ação, "[...] mas na medida em que é produto das relações sociais ele tende a assegurar a reprodução dessas mesmas relações objetivas que o engendraram." (ORTIZ, 1983, p. 15). Isso não significa, conforme alerta Brito (2002, p.9), que o *habitus* seja um elemento que "[...] contribui mecanicamente para a reprodução social." Criticando algumas leituras reducionistas da obra de Bourdieu, este autor defende que o *habitus* não pode ser entendido como um "conjunto de dispositivos rígidos". Em contraposição o autor destaca o caráter dinâmico do conceito que, segundo ele, permite "[...] capturar a idéia subjacente de processo e a influência dos contextos." (BRITO, 2002, p. 9)

Segundo Casaca (2009), a idéia de que a "construção social do sujeito" se dá por meio das práticas - princípio fundamental da sociologia de Bourdieu, rejeita qualquer possibilidade de se reduzir o indivíduo a mero suporte da estrutura. Para a autora,

[...] O conceito de *habitus* sugere o sistema de disposições interiorizadas pelos indivíduos, profundamente enraizadas e duradouras, e, em simultâneo, a possibilidade de reconstituição das mesmas por intermédios das práticas. (CASACA, 2009, p. 40)

Sobre outro aspecto, o *habitus* é produto de condicionamentos sociais relacionados às posições dos agentes. Isto quer dizer que a cada classe de posições corresponde uma classe de *habitus*, que são, portanto, "diferenciados", mas ao mesmo tempo "diferenciadores" na medida em que orientam as práticas (BOURDIEU, 1996).

Segundo Brito (2002, p.9), o *habitus* descrito por Bourdieu é, sobretudo, um *habitus de classe*, até porque esta era a variável dominante na época em que o mesmo "lançou as bases de sua teoria." No entanto, a autora defende que atualmente uma posição compartilhada por vários sociólogos é de que o pertencimento de classe não esgota as "possibilidades de classificação dos

indivíduos" e de produção de *habitus*. Nas suas experiências particulares os indivíduos transitam por diferentes mundos sociais - a casa, o bairro, o trabalho, a igreja, a escola - e submetem-se a uma pluralidade de condicionantes, como por exemplo, o gênero. Nesse sentido, Casaca (2009) defende que é possível pensarmos em termos de um *habitus de gênero* que se refere "[...] às disposições interiorizadas pelos homens e pelas mulheres e que regulam os modos de pensar e de agir em função do grupo social a que pertencem." (LOVELL, apud. CASACA, 2009, p. 41).

Vale destacar que, considerando o caráter dinâmico e relacional do gênero, as diferenças associadas à masculinidade ou à feminilidade não podem ser vistas como fixas e imutáveis, uma vez que são produtos das relações sociais. Do mesmo modo o *habitus de gênero* pode ganhar diferentes configurações ou ser reelaborado a partir das práticas dos agentes.

Assim, o conceito de *habitus* nos permite não só considerar a relação dialética entre agente e estrutura como também perceber a dinâmica do espaço social que é, então, um espaço de diferenciação onde tanto as tomadas de posição quanto as representações sobre a realidade são comandadas pelas posições ocupadas na estrutura de distribuição dos diferentes tipos de capital - econômico, político, cultural, social ou simbólico. Neste sentido, o espaço social é também espaço simbólico, ou seja, é ao mesmo tempo estrutura objetiva e construção subjetiva.

Associado ao conceito de *habitus*, Bourdieu constrói o conceito de campo, enquanto "espaço estruturado de posições". De acordo com Ortiz (1983), é este conceito que nos permite apreender a objetividade das práticas subjetivas.

Dentro dessa perspectiva resolve-se o problema da adequação entre ação subjetiva objetividade da sociedade, uma vez que todo ator age no interior de um campo socialmente predeterminado. A prática, conjunção do *habitus* e da situação, ocorre desta forma no seio de um espaço que transcende as relações entre os atores. Toda eficácia da ação se encontra assim prefigurada, o que implica dizer que o ator só realiza aquelas ações que ele pode realmente efetivar. (ORTIZ, 1983, p. 19)

Nessa perspectiva, entende-se o espaço social como sendo constituído por "microcosmos" ou espaços mais ou menos autônomos, regidos por

uma lógica própria aos quais correspondem determinados *habitus*. (THIRY-CHERQUES, 2006). Atravessados por elementos de distinção - os diversos tipos de capitais, os campos são regidos por interesses específicos, constituindo-se em espaços de luta entre os agentes. (LAHIRE, 2002, p.47). Luta pela dominação do campo, que pode ser tanto para conservá-lo quanto para transformá-lo.

Espaço estruturado a partir de uma distribuição desigual de poder, o campo se constitui numa "arena" onde os agentes se movimentam buscando, ou manter sua posição (dominante) ou buscando ocupar novas posições (dominados). Na disputa entre dominantes e dominados o que está em jogo é o "monopólio da autoridade".

No que diz respeito ao campo da saúde devemos procurar verificar quais os capitais estão em jogo e quais as condições em que mulheres das camadas populares se inserem e se movimentam nesse que é o campo de hegemonia do saber científico. De acordo com Bourdieu (1983) a hegemonia de um determinado tipo de capital em relação a outros no interior de um campo vai depender do grau de autonomia deste em relação a outros campos. Nesse caso, parece importante considerar como os capitais adquiridos nos diversos campos de atuação dessas mulheres - doméstico, religioso, educacional, etc., podem ser utilizados como capitais em jogo na disputa por legitimidade no campo da saúde.

Com relação às estratégias de cada agente na disputa pelo campo, Bourdieu defende que elas serão definidas dentro do próprio campo. "Segundo a posição que eles ocupam na estrutura do campo (e, sem dúvida, também segundo as variáveis secundárias tais como a trajetória social, que comanda a avaliação das oportunidades [...])" (BOURDIEU, 1983, p. 138).

Tendo como base essas noções é que serão analisadas as trajetórias de cinco mulheres, lideranças comunitárias, e suas atuações no campo da luta pela saúde em Londrina, procurando apreender os elementos - individuais e estruturais - que se articulam para definir os interesses em jogo e as suas estratégias de luta, bem como tentar perceber a dinâmica de permanências e mudanças que esta experiência pode operar na vida dessas mulheres.

Como veremos no próximo capítulo, embora o ponto de partida para essas atuações tenha sido as demandas de gênero percebidas no âmbito da família e do bairro - escola melhor para os filhos, asfalto, saneamento básico, serviços de saúde - a trajetória seguida por essas mulheres envolveu uma série de outros

campos e espaços que se colocaram como alternativas dentro de um "campo de possibilidades". Este conceito utilizado por Velho (1994, p. 28) se refere ao que é "[...] dado com as alternativas construídas do processo sócio-histórico e com o potencial interpretativo do mundo simbólico da cultura". Ou seja, o campo de possibilidades ao que o autor chama de espaço de manobras, pois, embora objetivamente estruturado, permite aos agentes algum exercício de escolha. Melhor dizendo, existe um espaço de manobras através do qual é possível a existência de vários campos em diálogo.

Embora cada campo possua uma dinâmica própria eles estão dialeticamente articulados. Do mesmo modo, a cada campo corresponde um capital social específico, no entanto, estes podem ser reformulados pelo processo de interação entre os agentes em luta no campo.

Nesse caso, o repertório de conhecimentos produzidos numa prática orientada pela busca por atendimento às demandas de saúde pode contribuir para a reformulação dos próprios interesses, objetivos e estratégias iniciais. Essa dinâmica de campos e de possibilidades será tratada nos próximos capítulos.

CAPÍTULO II
O CENÁRIO E OS CAMINHOS DA PESQUISA

Foi a experiência de trabalho junto à Secretaria Municipal da Mulher da Prefeitura do Município de Londrina⁶ que proporcionou contato com mulheres das camadas populares vinculadas a organizações comunitárias femininas. Acompanhando o trabalho desenvolvido por essas organizações constatou-se que a saúde é uma das áreas privilegiadas de sua atuação. Nesse contato pode-se constatar também que nessas organizações algumas mulheres se destacam como líderes e ocupam outros espaços de participação como Conselho Municipal de Saúde, Conselho Municipal dos Direitos da Mulher, além da atuação junto a pastorais, associações de moradores e outras organizações que em geral se estabelecem no âmbito de suas comunidades.

Dessa experiência, somada a algumas inquietações, como integrante de uma rede feminista, em relação à saúde da mulher, surgiu o interesse em analisar a atuação dessas mulheres, procurando perceber até que ponto esta atuação pode contribuir para a superação do modelo hegemônico de atenção à saúde da mulher. Assim, procurou-se conhecer a trajetória política dessas mulheres tentando apreender os elementos que contribuíram para a construção dessa liderança, os caminhos percorridos, a relação com outros agentes, e, sobretudo a forma como essas mulheres, ao longo dessa trajetória, vão se constituindo em agentes políticos.

Do ponto de vista metodológico a pesquisa aqui apresentada alinha-se àquelas que procuram romper com o que Bodstein (1992) identifica como o paradigma dominante nas análises das políticas da saúde, que compreende uma extensa produção acadêmica marcada por uma visão "estrutural-determinista". De tendência marxista as análises desenvolvidas nessa linha, tomam o processo de acumulação capitalista como "eixo explicativo das políticas sociais". Nas palavras do autor,

O atrelamento da análise aos níveis estruturais acaba por condicionar as mudanças e inovações políticas a transformações meta-históricas: a derrubada do Estado ou a derrocada do sistema. [...] Nesse esquema, joga-se fora os atores, os sujeitos sociais que se definem não a partir de suas posições prévias na estrutura social, mas a partir das identidades e interesses que se constituem na

⁶ Esta experiência se deu na condição de funcionária pública, tendo se iniciado no ano de 1995 quando fui aprovada em concurso público para o cargo de socióloga e passei a compor o quadro efetivo de funcionários do órgão que, na época, era uma coordenadoria especial vinculada ao Gabinete do Prefeito.

prática política, no próprio processo de conflito. (BODSTEIN, 1992, p.147)

Nessa perspectiva, a opção metodológica pela análise de trajetórias individuais pauta-se na idéia de que as formas de intervenção dessas mulheres, no âmbito da saúde, ganham sentido dentro de um contexto político, social e cultural específico. Suas necessidades, interesses e estratégias de luta estão associados à posição que ocupam num espaço social estruturado a partir da articulação de elementos como classe, raça e gênero. No entanto, isso não implica em dizer que elas não tenham capacidade de transformar esse espaço. Seguindo o raciocínio de Mills (apud. VELHO, 2006, p. 4),

Os indivíduos são condicionados pela vida social, mas não são passivos e objetos inertes. Não são simples produtos, mas sim seres atuantes que através de sua ação social e de suas biografias reinterpretem e transformam as instituições sociais.

Considerando esses argumentos, a pesquisa tem uma abordagem qualitativa. Por meio das falas coletadas a partir de entrevistas semi-estruturadas e da análise de documentos, traçou-se um caminho interpretativo buscando apreender a relação entre os discursos e as práticas construídas nos espaços de participação dessas mulheres.

As informações foram coletadas no período de agosto de 2008 a fevereiro de 2009. Com cada uma das cinco informantes foi realizada uma entrevista, conforme roteiro anexo, que foram gravadas e posteriormente transcritas.

O roteiro de entrevista incluiu três blocos de perguntas: o primeiro abrangendo questões sócio-demográficas com o objetivo de traçar um perfil do público investigado, o segundo com questões relacionadas à trajetória pessoal de cada uma e o terceiro voltado para a apreensão das percepções em relação à saúde e em relação à sua própria atuação.

Além da realização de entrevistas, foram analisados documentos como anais das conferências de saúde e da mulher, atas de reuniões, estatutos e outros documentos das organizações às quais as informantes estão vinculadas, visando comparar os discursos com as idéias construídas coletivamente nos espaços de participação dessas mulheres. Todas as entrevistas foram realizadas nas respectivas residências das entrevistadas, em visitas previamente agendadas

por contato telefônico, no qual foram expostas as intenções e os objetivos da pesquisa. Vale destacar que todas as mulheres que foram convidadas a colaborar demonstraram interesse e muita disposição. Ao longo das entrevistas a sensação que se teve foi de que para as entrevistadas, poder falar de suas experiências era motivo de orgulho. Talvez elas tenham interpretado esse fato como reconhecimento da importância do seu trabalho.

2.1 O MUNICÍPIO DE LONDRINA E A ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Localizado na região norte do Estado do Paraná, o Município de Londrina tem uma população de 447.065 habitantes, sendo 215.816 do sexo masculino (48,27%) e 231.249 do sexo feminino (51,73%)⁷. A cidade foi fundada no ano de 1929 por meio de um projeto colonizador de caráter imobiliário, implementado pela Companhia de Terras Norte do Paraná (CTNP), empresa subsidiária do *Paraná Plantations Syndicate*, com sede em Londres. Em 1934 a cidade foi oficialmente transformada em município.

Um dos aspectos importantes desse projeto, que abrangeu vasta área da região do Norte do Paraná e que corresponde atualmente ao chamado Norte Novo, tinha a preocupação em promover uma organização espacial que facilitasse o escoamento da produção de café. Segundo Tomazi (1985), a estrutura fundiária criada na região

possibilitou seu rápido desenvolvimento econômico e um suprimento de mão de obra representado por uma massa de pequenos proprietários que formava um mercado consumidor de recursos modestos mas que dinamizava a região. Tal estrutura fundiária permitiu ainda a rápida ocupação da área colonizada pela CTNP favorecendo o desenvolvimento das cidades e possibilitando a valorização dos lotes urbanos e a absorção da produção das empresas criadas por iniciativa da colonizadora. (TOMAZI, 1985, p 23)

Londrina ocupou um espaço privilegiado nessa estrutura, concentrando, desde o início de sua colonização, o processo de comercialização da

⁷ População Oficial. Censo demográfico 2000 - IBGE.

região (TOMAZI, 1985). A estratégica posição que ocupou na organização espacial parece ter sido um dos aspectos que contribuíram para o seu rápido desenvolvimento.

Analisando o projeto de urbanização da cidade, Barnabé (apud LEME, 2005), defende que esse trazia alguns aspectos semelhantes aos das cidades-jardins, muito comuns na Europa no início do século XX. A preocupação central que orientava esses projetos era evitar a alta densidade demográfica observada nas primeiras cidades industriais, evitando, com isso, muitos problemas de ordem sanitária. A proposta era promover uma ocupação planejada visando o uso racional do espaço, de forma a possibilitar a integração entre o urbano e o rural e o desenvolvimento das cidades dentro de determinados padrões de organização e higiene.

De acordo com as diretrizes gerais do projeto, a colonização deveria viabilizar relações estreitas entre campo e cidades, permitindo, ao mesmo tempo, facilidades de escoamento e comercialização da produção agrícola, e uma estrutura adequada de atendimento à população migrante que chegava à região. Dessa forma, enquanto o meio rural foi concebido como o local do trabalho, da terra fértil e a fonte geradora de riqueza, os povoados e cidades foram planejados como núcleos de comércio, prestadores de serviços e sedes jurídico-administrativas. (ALMEIDA, 1997, p.98)

No entanto, em Londrina, a expectativa de uma ocupação ordenada foi comprometida pelo crescimento acelerado da região, especialmente com o desenvolvimento da produção cafeeira. Logo, os problemas relacionados ao crescimento populacional começaram a surgir. Leme (2005) comenta que esse crescimento provocou, principalmente nos anos de 1950, o aumento da mendicância na cidade, problema agravado pela ausência de uma política pública de assistência social.

Nos primeiros anos de sua história o atendimento à saúde em Londrina era extremamente precário. O primeiro hospital da cidade foi construído pela CTNP em 1933. O "Hospitalzinho", como era chamado pelo tamanho reduzido - apenas 12 leitos - atendia principalmente os casos de traumatismo ocasionados pelo trabalho de derrubada da mata (RODRIGUES; BONI, 2008). Nesse período a assistência médica e os serviços de saneamento, fornecimento de água potável e limpeza, eram de responsabilidade da CTNP, que assumiu oficialmente esse

compromisso no contrato firmado com o governo do estado do Paraná, já no projeto de colonização da região.

A preocupação com a assistência aos chamados indigentes mobilizou a sociedade da época para a construção, em 1938, do "Hospitalzinho dos indigentes". No ano de 1944 foi a vez da Santa Casa de Londrina, e em 1948 foi construído o Hospital Evangélico.

A inauguração da Santa Casa marca, de acordo com Tomazi (1985), uma segunda fase da prática médica que se estenderá até a década de 1960 e que se caracteriza, ainda, pela chegada de novos médicos à cidade e pela organização desses em associações profissionais. A autora destaca que com o dinamismo observado no município a partir de 1945 expande-se o mercado consumidor em geral, surgindo uma clientela consumidora também para os serviços de saúde. Dessa forma, o atendimento à saúde, neste período, ficava entre o particular ou privado, para aqueles que podiam pagar, e a caridade⁸ para os indigentes.

O próprio modelo de organização hospitalar, peculiar à Santa Casa, reitera a diferença da prática médica em filantrópica e liberal. A assistência médica é entendida por um lado, como um bem que deve ser comprado pela população que se constitui como clientela privada e, de outro lado, como uma ação de caridade para a população considerada indigente, mas nunca como direito do cidadão. (TOMAZI, 1985, p. 42)

Mendonça analisa que a implantação dos dois hospitais, na década de 1940, parece não ter alterado muito as condições de assistência à saúde de boa parte da população, conforme explica a autora:

Em função do dinamismo da cultura do café, o custo de vida disparava. Os serviços médicos eram inviáveis a muitos, não só às camadas consideradas até então como 'indigentes', mesmo porque a população crescia em uma velocidade que o atendimento médico não conseguia acompanhar, seja em número de profissionais, seja pelo número de estabelecimentos médicos. (MENDONÇA, 2004, p.67)

⁸ Nesta época, foi importante o trabalho de arrecadação de doações, voltados para a manutenção da Santa Casa, que estava organizada para que os médicos pudessem atender tanto os seus pacientes particulares, quanto os indigentes, para os quais estava destinada uma ala específica do Hospital (TOMAZI, 1985). Em sua dissertação de mestrado Castro (1994) mostra a importância do papel das mulheres no trabalho filantrópico desenvolvido na cidade entre 1930 e 1960, principalmente no campo da saúde.

Diante dessa situação, uma personagem importante que se destaca no cenário é a parteira, conforme expõe Mendonça:

A parteira era uma pessoa preocupada com o bem-estar de sua comunidade. Ela era muitas vezes, em situações como as de Londrina em seus primeiros anos de existência, o único auxílio próximo. Os depoimentos daqueles que viveram a época, tanto médicos como parteiras e profissionais de Saúde Pública, dão conta de que o atendimento de partos era feito, via de regra, pelas parteiras, tanto nas residências como nos hospitais. O médico era chamado em último caso, apenas quando era necessário o parto cirúrgico. (MENDONÇA, 2004, p.66)

Segundo Leme (2005), nesta época, houve um aumento da mendicância na cidade em decorrência da contínua chegada de migrantes que vinham em busca do progresso anunciado⁹. Preocupados com essa situação os vereadores da cidade empenharam-se em elaborar projetos de lei para a criação e o apoio às instituições filantrópicas. No entanto, segundo o autor, "[...] o trabalho assistencial e filantrópico teve um caráter seletivo, pois não atingiu a todos que viviam à margem da sociedade." (LEME, 2005, p. 33)

A partir de 1940, Londrina observou um crescimento vertiginoso. Em 1960 a população já havia chegado a 134.821 habitantes e a área urbana passava a ser mais populosa do que a rural. Diante da precariedade do atendimento à saúde os trabalhadores urbanos passam a se mobilizar para reivindicar a implementação da assistência médica previdenciária no município.

Essa mobilização contou com o apoio da imprensa local e dos vereadores da cidade que propuseram e aprovaram a criação de alguns serviços. Porém, uma ampliação mais significativa da assistência médica só veio a ocorrer na década de 70, com a criação de hospitais, clínicas de especialidades e unidades de saúde em bairros da área urbana e distritos. (MENDONÇA, 2004)

Para entendermos o processo de constituição da assistência à saúde no município de Londrina é importante analisá-lo dentro do contexto nacional. Resgatando as origens da assistência previdenciária no Brasil, vimos que esta surge no país com a aprovação da lei Elói Chaves, em janeiro de 1923. Uma das primeiras

⁹ Sobre a propaganda promovida durante o processo de colonização da região norte de Londrina, colocando-a como uma região promissora em termos de desenvolvimento econômico, ver os trabalhos de Adum (1991) e de Arias Neto (1993).

ações dessa Lei foi a criação das Caixas de Aposentadoria e de Pensões (CAP), inicialmente para os empregados das empresas de estrada de ferro, posteriormente estendidas para os portuários e marítimos. Os principais atendimentos das CAPs eram a concessão de benefícios pecuniários e prestação de serviços aos empregados e seus. Em 1933, sob comando do governo de Getúlio Vargas, a previdência social ganhou uma nova estrutura, com a criação dos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAP), cujo atendimento não se dava mais vinculado às empresas, mas às categorias de trabalhadores. Neste período é criado também o Ministério da Educação e Saúde. (CARVALHO; MARTIN; CORDONI, 2001, p. 31).

Tomazi (1985) explica que com a institucionalização da medicina previdenciária ocorre em Londrina uma redefinição da clientela da Santa Casa, que passa a atender quase que exclusivamente os contribuintes da previdência. Ocorre também uma mudança na forma de tratar os anteriormente chamados de "indigentes", que agora passam a ser tratados como não "contribuintes". Esta clientela passa a ser atendida pelo Hospital Universitário implantado a partir da criação, em 1967, da Faculdade de Medicina.

Os ideais do "Welfare State" que se propagavam pelo mundo, no período da pós-segunda guerra mundial, chegam ao Brasil influenciando os técnicos da previdência que, segundo Carvalho, Martin e Cordoni (2001, p. 31),

"[...] não ficaram imunes a esta reorganização da política social internacional, e, atendendo também aos interesses da política populista de Vargas, começam a formular um modelo alternativo de seguridade social." Vale lembrar, no entanto, que o Estado de Bem-Estar Social nunca chegou a se consolidar no Brasil, onde a lógica predominante foi subordinar as decisões em relação às políticas sociais à acomodação dos interesses do Capital, tanto interno quanto externo.

Com a unificação dos IAP no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), que ocorre no ano de 1967, o Estado passa a ser o grande gestor da previdência enquanto os empregadores e os trabalhadores restringem-se a serem seus financiadores. Sobre o contexto e as características deste processo Tomazi comenta:

[...] o período de 45 a 64 representou alterações na estrutura político-econômica que levaram à reestruturação, em 1966, da Previdência Social no País. Essa reestruturação se caracterizou pela expansão deliberada da assistência médica dentro da

Previdência Social e pelo privilegiamento do produtor privado de serviços tendo o Estado como grande comprador na medida em que viabiliza através de mecanismos de controle dos preços dos serviços, o acesso das classes assalariadas ao consumo dos mesmos. (TOMAZI, 1985, p. 81)

Durante a década de 1970 ocorre, no âmbito previdenciário, uma extensão da cobertura da assistência à saúde que passa a incluir os trabalhadores rurais, os autônomos e as empregadas domésticas. (CARVALHO; MARTIN; CORDONI, 2001). Em Londrina, enquanto os trabalhadores se organizavam e reivindicavam a interiorização da assistência médica previdenciária, os profissionais da área resistiam a esse processo iniciando, em 1960, o Movimento de Livre Escolha¹⁰ que tinha como objetivo garantir, na região, um mercado consumidor da assistência médica privada.

As fortes geadas que atingiram o Norte do Paraná na década de 1950, destruindo as plantações de café, provocaram uma intensificação do êxodo rural que resultou no crescimento da cidade, no aumento da pobreza e, conseqüentemente, da população não contribuinte. Apesar disso, a "fama" de cidade rica e moderna continuava a atrair investimentos e profissionais da medicina. Na década de 70 houve uma significativa expansão dos estabelecimentos de saúde o que logo fez de Londrina um pólo de serviços médicos, predominando os de natureza privada. (MENDONÇA, 2004)

No entanto, é nesse período que começam a se proliferar as unidades sanitárias. "O crescimento desses serviços está ligado ao início do curso de medicina, a fundação do Hospital Universitário e a convênios entre a universidade e as secretarias municipais e estaduais de saúde. (MENDONÇA, 2004, p. 79) É nesse período também que, em nível nacional, surge o movimento conhecido como Reforma Sanitária que, com enfoque na medicina comunitária, constitui-se numa "[...] forma de oposição ou alternativa ao sistema de saúde de então." (CARVALHO; MARTIN; CORDONI, 2001, p. 35). Londrina se insere nesse processo como uma entre três experiências importantes de implementação dos ideais do movimento da Reforma Sanitária, conforme mostra o texto abaixo:

¹⁰ O Movimento de Livre Escolha foi objeto de estudo de Zelma Tomazi sendo analisado na Dissertação de Mestrado: *Da medicina liberal à medicina previdenciária - movimento da livre escola do médico pelo paciente (Londrina 1960 - 1968)*, 1985.

O quarto tipo de experiência introduziu um novo e definitivo ator na estrutura do Sistema de Saúde: o município. Londrina (PR), Campinas (SP) e Niterói (RJ) foram os primeiros no Brasil a aplicarem, na realidade das populações municipais, a experiência alternativa de ações nos princípios de Atenção Primária à Saúde e da Medicina Comunitária. Pela primeira vez as pessoas passaram a ter acesso a serviços de saúde de forma institucionalizada (e não mais como mero favor da caridade humanitária), principalmente aquelas marginalizadas pelo Sistema da Previdência Social (ALMEIDA, apud CARVALHO; MARTIN; CORDONI, 2001, p.36)

Na década de 1970 são criados também diversos serviços de assistência privada à saúde da mulher, como: a Clínica Feminina (1972), o Instituto da Mulher (1974), a Femina Ginecologia e Obstetrícia (1976). A assistência ao parto, no entanto, continua sem receber investimentos públicos e a ocorrer em hospitais gerais ou nas residências. (MENDONÇA, 2004)

Na década de 1970 fatores como: melhoria das condições econômicas, expansão da rede de água e esgoto e aumento do número de serviços e de profissionais de saúde, contribuíram para que o município melhorasse seus indicadores de saúde. No entanto, destaca Mendonça, essa melhora não atingiu toda a população, observando-se um aumento da concentração de renda e uma desigualdade em termos de acesso à assistência à saúde. Baseando-se também em literatura nacional a pesquisadora comenta que, com relação à assistência ao parto, além da dificuldade de acesso, outro problema observado era a qualidade da assistência prestada. Diante disso, a importância da parteira permanecia, como demonstra a citação a seguir:

[...] a população resolvia seus problemas de saúde com os recursos que estavam ao seu alcance. A parteira não era apenas um recurso. Nestes casos, ela era a vizinha, a parenta. Ela era a comadre, pessoa de confiança e íntima do grupo familiar. No momento do parto, o aconchego do lar era, provavelmente, mais convidativo que o atendimento em um pronto-socorro público [...] (MENDONÇA, 2004, p.93)

Analisando ainda a assistência à saúde na década de 1970 Almeida (apud MENDONÇA, 2004, p. 91), faz a seguinte avaliação:

[...] a excessiva ênfase dada à organização hospitalar em detrimento da unidade ambulatorial, geralmente em condições precárias de funcionamento, como também, a distribuição desigual de serviços de

saúde resultaram em uma cobertura precária da assistência médica fornecida à população das vilas, bairros periféricos e distritos rurais. As dificuldades de acesso eram ocasionadas pela distância, gastos com condução, burocracia, despesas além dos recursos familiares. A concentração excessiva de equipamentos de saúde era gritante na época. Dos 95 estabelecimentos, 93 encontravam-se na sede do município, o que acarretava uma sobrecarga nos respectivos serviços e o deslocamento de clientela.

A década seguinte, que tem como pano de fundo a transição democrática, é marcada pela municipalização dos serviços de saúde. Esse processo, orientado inicialmente por uma estratégia racionalizadora que procurava evitar ações paralelas entre as instituições sanitárias, compreendeu uma reorganização da assistência, por meio da regionalização e da hierarquização definindo as atribuições nos três níveis de governo - federal, estadual e municipal - e também o financiamento direto das prefeituras, com recursos federais, para a oferta dos serviços.

Em 1986, foi realizada a 8ª Conferência Nacional de Saúde, cujas propostas, que constituíram o Projeto de Reforma Sanitária Brasileira, foram debatidas na Assembléia Nacional Constituinte em 1987. O resultado foi a incorporação de boa parte das propostas e princípios desse debate na Constituição Federal de 1988 que

[...] incorporou mudanças no papel do Estado e alterou profundamente o arcabouço jurídico-institucional do sistema público de saúde, criando novas relações entre as diferentes esferas de governo, novas papéis entre os atores do setor, dando origem, enfim, ao Sistema Único de Saúde. (CARVALHO; MARTIN; CORDONI, 2001, p. 40).

As leis que regulamentam o SUS são: Lei federal nº 8.080 de 19 de setembro de 1990 e Lei federal nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990. A primeira apresenta os princípios e as diretrizes que norteiam o sistema, define as atribuições e competências em cada esfera de governo e ainda trata do financiamento e da forma de participação da iniciativa privada na prestação de serviços de saúde. A segunda lei dispõe, entre outras coisas, sobre a participação da comunidade na gestão do sistema, nela definida como controle social, cujos mecanismos são os conselhos e as conferências nacional, estaduais e municipais.

O controle social é a participação da sociedade na definição de prioridades e metas e a fiscalização do poder público para impedir a ação inadequada do uso dos recursos públicos. No Conselho Municipal de Saúde, a população usuária, os trabalhadores de saúde, a administração pública (municipal e estadual) e representantes de prestadores de serviço de instituições privadas e filantrópicas, buscam juntos a solução para os problemas de saúde. As Conferências Municipais de Saúde também são espaços decisivos para a participação da sociedade na definição e na avaliação da política pública de saúde. (LONDRINA, 2007, p.17).

Em Londrina a participação das mulheres nas Conferências e nos conselhos de saúde tem sido bastante significativa, sendo experiência comum a todas as mulheres ouvidas durante a realização desta pesquisa. O Conselho Municipal de Saúde é formado por 24 membros titulares e 24 suplentes totalizando 48 representantes, dos quais, atualmente, 50% são mulheres. Além do Conselho Municipal, estão organizados no município cinco Conselhos Regionais de Saúde e 41 Conselhos Locais, cada um correspondendo à área de abrangência de uma Unidade Básica de Saúde.

Ao longo da década de 1990 o principal desafio na área da saúde foi estruturar o novo sistema. O principal foco dessa estruturação foi a expansão das UBS, que passaram do número de seis, no ano de 1978, para 58 em 1990. (GIL, MARTINS e GUTIERREZ, 2001). Junto com a expansão quantitativa discutia-se a readequação do papel das UBS, cujos serviços, inicialmente, concentravam-se nos programas de saúde materno-infantil e de controle de hipertensão arterial. O resultado dessa readequação foi uma ampliação das ações médico-curativas, o que "acabou por secundarizar novamente as ações de promoção da saúde e de prevenção da doença" (GIL, MARTINS e GUTIERREZ, 2001, p. 86). Analisando a assistência à saúde hoje, no município, estes autores comentam:

Atualmente Londrina está entre os municípios que adotaram a modalidade de Gestão plena do Sistema Municipal de Saúde, o que significa o comando de todos os serviços que compõem o SUS: serviços próprios, filantrópicos e privados. A rede física de serviços instalados é de grande capacidade. Poucos municípios conseguiram desenvolver uma rede tão ampla e diversificada. Entretanto, o grande desafio que está posto, hoje, é o de como reverter o modelo de atenção à saúde, que ainda continua priorizando as ações médico-curativas, e como aumentar a resolutividade do sistema em seus mais diferentes níveis e necessidades. (GIL; MARTINS; GUTIERREZ, 2001, p. 88)

2.2 OS PROGRAMAS LOCAIS DE ATENÇÃO À SAÚDE DA MULHER

O órgão responsável pela gestão da assistência à saúde no município de Londrina é a Secretaria Municipal de Saúde, por meio da Autarquia Municipal de Saúde, cuja finalidade, segundo seu regimento interno aprovado em abril de 2007 é:

[...] coordenar as políticas de saúde no Município de Londrina, em consonância com as diretrizes definidas pelo Sistema Único de Saúde, promover a saúde e qualidade de vida da população, implementando políticas que, direta ou indiretamente, estão relacionadas à saúde, através de ações integrais e intersetoriais, de forma resolutiva, humanizada, com equidade e participação popular. (LONDRINA, 2007)

A porta de entrada para a atenção básica à saúde no município são as Unidades Básicas de Saúde (UBS) que totalizam 52, sendo que destas, 13 estão localizadas na área rural. O trabalho desenvolvido pelas UBS conta com o apoio das equipes do Programa de Saúde da Família (PSF) que, em 2007, estavam assim distribuídas: 17 equipes na região norte, 13 na região leste, 15 na região sul, 14 na região oeste, 12 na região central e 09 na zona rural. (LONDRINA, 2007).

As UBSs, "[...] têm o objetivo de oferecer assistência integral às necessidades básicas de saúde, promover ações de promoção de saúde e prevenção de agravos." (LONDRINA, 2008). Entre as diversas ações desenvolvidas na atenção básica estão incluídos programas específicos direcionados a grupos considerados de maior risco ou de maior interesse epidemiológico, entre eles o Programa de Saúde da Mulher. De acordo com o Relatório Anual de Gestão da Saúde (LONDRINA, 2007) esse programa compreende as seguintes ações: detecção precoce de câncer ginecológico e mama, planejamento familiar e pré-natal.

Na área de prevenção do câncer a cobertura do atendimento realizado no ano de 2007, foi de 33.157 exames citopatológicos (CO), dos quais, 24.505 foram realizados na população feminina de 25 a 59 anos, faixa etária considerada de risco para o câncer de colo de útero. Essa cobertura, que representa 34,48% da população usuária da rede básica de saúde, não atingiu a meta do

Programa. Os fatores identificados como responsáveis pelo resultado insatisfatório na área da prevenção do câncer ginecológico foram:

[...] o alto índice de mulheres faltosas aos exames de COs agendados, inadequação na agenda de marcação de CO, muitas vezes incompatíveis com horários para as mulheres que trabalham fora, medo e tabu que as mulheres possuem com relação ao exame. Identificou-se também número insuficiente de ginecologistas na Rede (LONDRINA, 2007, p. 19).

A estratégia encontrada para ampliar a cobertura de exames citopatológicos foi a realização, nos meses de março e setembro de 2007, de campanhas de prevenção aos finais de semana, com a abertura de algumas UBSs exclusivamente para a realização do exame preventivo do câncer ginecológico. Apesar da meta de cobertura não ter sido atingida mesmo com as campanhas realizadas nos meses de março e setembro, os resultados obtidos mostram que essas são estratégias importantes, pois nesses meses o número de exames apresentou um aumento de 25,15% e 28,15% respectivamente.

Com relação à assistência em Planejamento Familiar, o Programa desenvolvido em Londrina visa oferecer para mulheres e casais em idade fértil "[...] assistência à concepção através de orientações no campo da sexualidade e do correto reconhecimento do período fértil orientações sobre o pré-natal/puerpério e sobre os métodos contraceptivos temporários e definitivos." (Prefeitura Municipal de Londrina, 2007). Além da orientação, o Programa envolve a oferta de contraceptivos temporários, como o DIU, os anticoncepcionais orais e injetáveis e os preservativos masculinos e femininos. Os métodos definitivos, laqueadura e vasectomia, são ofertados no CISMEPAR¹¹ e na Maternidade Municipal Lucilla Balallai. Segundo o Relatório Anual de Gestão de 2007, nesse ano foram distribuídos nas UBSs 441.061 medicamentos contraceptivos. Os procedimentos de esterilização cirúrgica somaram 1140 procedimentos, sendo 576 vasectomias e 564 laqueaduras, o que demonstra um equilíbrio nas ações contraceptivas definitivas tanto para mulheres quanto para homens, o que indica uma mudança de comportamento no sentido de um maior comprometimento dos homens com a contracepção.

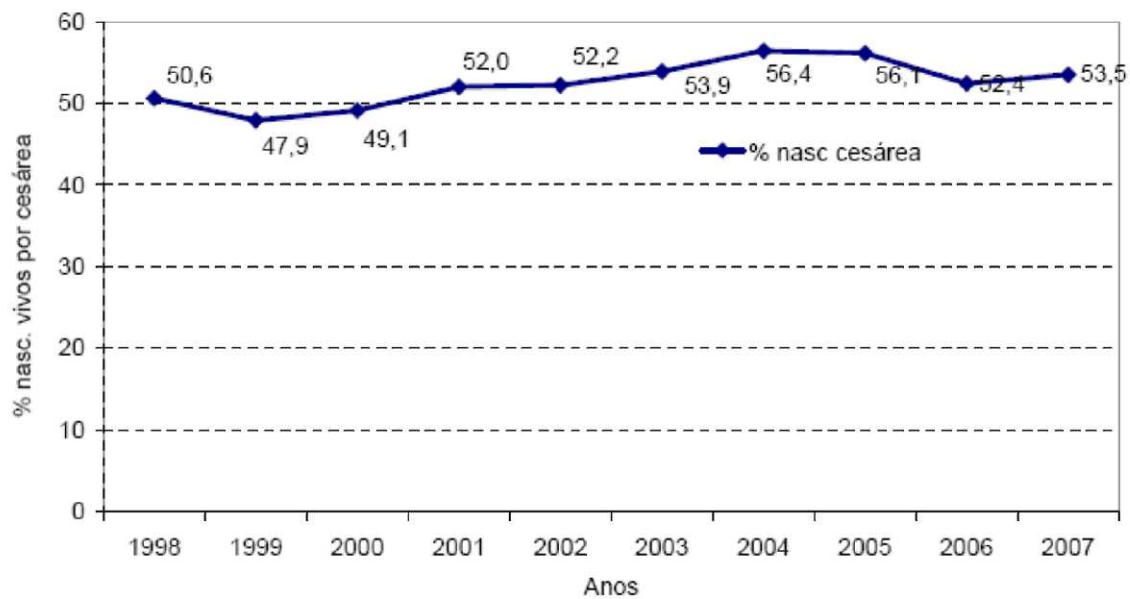
¹¹ O Consórcio Intermunicipal de Saúde do Médio Paranapanema (CISMEPAR) é uma sociedade civil criada para organizar o Sistema Micro-Regional de Saúde, dentro da área de jurisdição do Médio Paranapanema. O órgão oferece ações assistenciais de média complexidade e realiza cirurgias ambulatoriais.

As UBS são também o lugar de referência para o pré-natal de baixo risco, atendimento que envolve tanto o trabalho de médicos quanto da equipe de enfermagem e para o qual existe um protocolo específico. No ano de 2007, 87,1% das mães, informaram ter feito sete ou mais consultas de pré-natal, percentual que se encontra bem acima da média brasileira observada em 2005, que foi de 52,7%. Para o Ministério da Saúde pode ser considerada elevada a taxa superior a 80% de cobertura de sete ou mais consultas de pré-natal (Prefeitura do Município de Londrina, 2008). Além do acompanhamento da paciente durante o período da gestação as equipes das UBS acompanham também o pós-parto com ações, por exemplo, de incentivo à amamentação, tarefa essa desenvolvida principalmente pela equipe de enfermagem.

A MMLB é o hospital de referência para as gestações de baixo e médio risco, atendendo, em média 75% dos partos do SUS realizados no Município. Para atender à gestação de alto risco no município os hospitais habilitados pelo SUS são o Hospital Universitário e o Hospital Evangélico. A assistência ao parto oferecida na MMLB prevê, durante a internação da paciente, ações de

[...] orientação e manejo do aleitamento materno, cuidados com o recém-nascido como vacina de BCG e hepatite, teste do pezinho, teste do olhinho, teste da orelhinha e orientação odontológica. Também são proporcionados esclarecimentos sobre planejamento familiar e realizadas laqueaduras tubárias no pós-parto. (LONDRINA, 2008, p.46)

Conforme mostra a Figura 1, dos partos atendidos em Londrina no ano de 2007, 53,5% foram realizados por procedimento cirúrgico (cesariana). A média do município que é de 50,0%, desde 2001, fica acima da média nacional registrada em 2005 que foi de 43,2%, e bem acima da taxa recomendada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) que é de no máximo 25% (LONDRINA, 2008).



Fonte: SINASC/DEPIS/AMS/PML.

Figura 1 – Taxa (%) de nascidos vivos por cesárea, residentes em Londrina, 1998 a 2007.

Além da assistência ao parto, a MMLB mantém o Programa Rosa Viva, serviço de referência no município para o atendimento de mulheres, maiores de 12 anos¹², vítimas de violência sexual. O atendimento prestado neste Programa visa prevenir a gravidez indesejada e a contaminação por DST/AIDS e reduzir os danos psicológicos decorrentes da violência. A violência contra a mulher é considerada pela OMS como um problema de saúde pública, pela dimensão do problema e pelos agravos à saúde que provoca.

Em Londrina, desde 1993 o poder executivo municipal desenvolve políticas públicas voltadas à prevenção e ao enfrentamento da violência contra a mulher. Por intermédio da Secretaria Municipal da Mulher mantém o Centro de Referência e Apoio à Mulher (CAM), serviço que oferece atendimento jurídico, psicológico e social às mulheres em situação de violência e o Casa de Apoio Canto de Dália, que abriga mulheres, juntamente com seus filhos, ameaçadas de morte ou em situação de risco iminente devido à violência doméstica. Esses serviços desenvolvem uma estratégia de trabalho em rede atuando de forma articulada com o Programa Rosa Viva, com a Delegacia da Mulher e com diversos outros órgãos que envolvem as áreas jurídica, social, de saúde e de segurança pública.

¹² Para o atendimento de meninas e meninos menores de 12 anos vítimas de abuso e violência sexual, o serviço de referência é o Programa Sentinela, também mantido pela Autarquia Municipal de Saúde.

O objetivo do trabalho em rede é atender às diversas demandas da mulher em situação de violência, dando condições para que ela consiga sair da situação em que se encontra o que, muitas vezes, implica em recomeçar sua vida, uma vez que em mais de 70% dos casos o agressor é marido ou companheiro da vítima e que grande parte dessas mulheres são economicamente dependentes deles. (GALVÃO; ANDRADE, 2004).

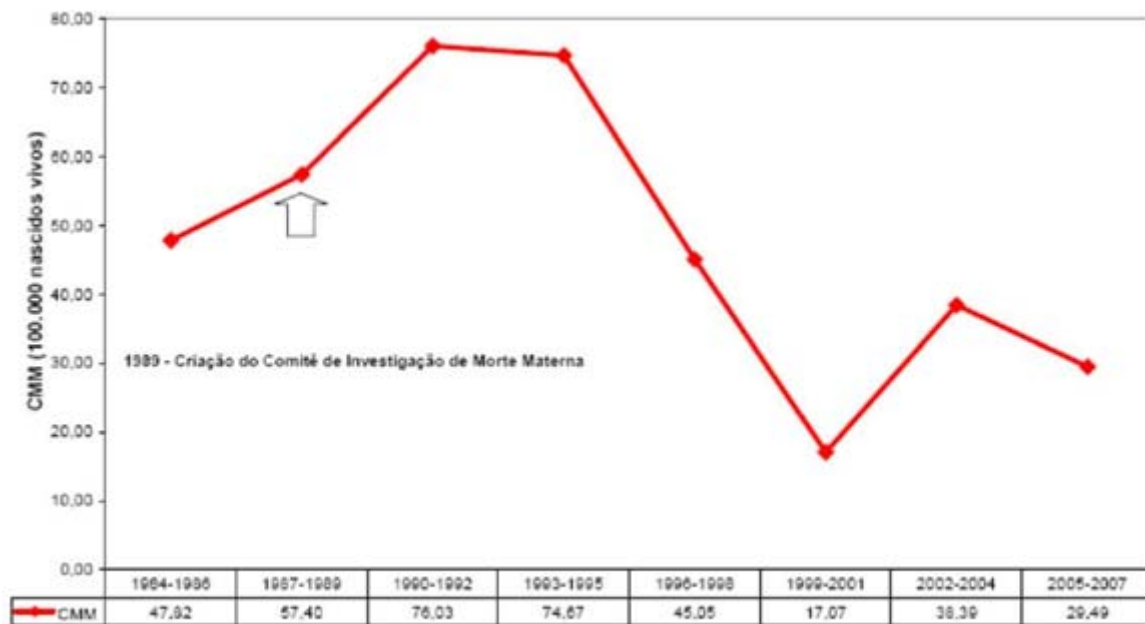
Quando se trata de analisar as condições de saúde de uma população os indicadores de mortalidade infantil e de mortalidade materna são considerados igualmente importantes.

Razões de Mortalidade Materna (RMM) elevadas são indicativas de precárias condições socioeconômicas, baixo grau de informação e escolaridade, dinâmicas familiares em que a violência esta presente e, sobretudo, dificuldades de acesso a serviços de saúde de boa qualidade. (BRASIL, 2007, p. 26).

Segundo dados do Plano Municipal de Saúde 2008-2011 (LONDRINA, 2008), o índice de mortalidade infantil no município, que em 2007 foi de 11,73 (por mil nascidos vivos), é considerado baixo de acordo com a OMS, que classifica a mortalidade infantil como "[...] alta quando ocorre uma média de 50 mortes de crianças de um ano de idade ou mais por mil nascidos vivos; média quando fica entre 20 e 49 por mil nascidos vivos e baixo quando o índice fica em menos de 20 mortes."

Com relação à mortalidade materna o coeficiente, no ano de 2007, foi de 30,46/100.000 nascidos vivos. Naquele ano, ocorreram dois óbitos maternos no município. No Brasil, no ano de 2005, o coeficiente estimado foi de 74,68 óbitos maternos por 100.000 nascidos vivos. No Paraná o valor observado, no mesmo ano, foi de 66,12 por 100.000 nascidos vivos.¹³ Avaliando a evolução da mortalidade materna no município no período que corresponde aos triênios 1984/1986 à 2005/2007, a tendência observada é de diminuição, conforme mostra a figura 1.

¹³ **Fonte:** MS/SUS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - SINASC/Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM.



Fonte: NIM/DEPIS/GIS/AMS/PML.

*2007 - Dados preliminares, sujeito a alterações.

Figura 2 – Coeficiente de mortalidade materna (CMM/por 100.000 nascidos vivos, Londrina, por triênios, de 1984 a 2007*.

Outro problema relacionado à saúde da mulher que há alguns anos vem sendo objeto de preocupação dos gestores da saúde é a *feminização* da AIDS. Observando a evolução do número de casos de AIDS em Londrina nas duas últimas duas décadas verifica-se um maior aumento da doença entre as mulheres do que entre os homens. No ano de 1990 para cada mulher infectada havia 3,7 homens, no ano de 2006 esta proporção caiu para 1,6 casos em homens para um caso em mulheres.

Visando implementar ações de prevenção da AIDS entre as mulheres, o governo federal por meio da Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres e o Ministério da Saúde/Programa Nacional de DST/AIDS e Área Técnica de Saúde da Mulher, elaborou, no ano de 2007, o Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia de AIDS e outras DSTs, que define diretrizes, sugere atividades e estabelece metas a serem cumpridas nos três níveis de governo. No município de Londrina, o Plano está em fase de elaboração, processo que envolve a Secretaria Municipal da Saúde, Secretaria Municipal da Mulher e o Conselho Municipal de Saúde, por intermédio da Comissão Municipal de Prevenção e Controle de DST/AIDS.

A assistência à saúde no município de Londrina foi, mais uma vez, debatida publicamente na 10ª Conferência Municipal de Saúde, realizada em setembro de 2007. Nessa Conferência foram aprovadas 51 propostas das quais 15 referem-se a demandas específicas na área de saúde da mulher, são elas:

1. Apoiar técnica e financeiramente, os hospitais credenciados no SUS para que durante a internação da Mãe, se adéquem à visita dos filhos menores.
2. Produzir, sistematizar e disponibilizar dados e informações sobre a violência contra as mulheres, com recorte de gênero, raça, etnia e com deficiência.
3. Realizar, em parceria com a Secretaria Municipal da Mulher, campanhas informativas sobre o Programa Nacional de Direitos Sexuais e Reprodutivos, sobre a legislação da interrupção voluntária da gravidez e sobre o contraceptivo de emergência.
4. Estimular, em parceria com Secretaria Municipal da Mulher, a implantação de ações para a atenção integral à saúde da mulher e monitorar os programas existentes de forma que atendam às necessidades específicas das mulheres nas diferentes fases do ciclo vital, abrangendo todas as mulheres, com diferentes orientações sexuais, contemplando questões de gênero.
5. Implantar e implementar em parceria com a Secretaria Municipal da Mulher ações dentro do Sistema Municipal de Saúde que promovam formação e qualificação de profissionais para o diagnóstico de doenças específicas e acompanhamento de questões que envolvam especificidades da raça negra e indígena (como anemia falciforme, hemoglobinopatia, pressão alta, teste do pezinho, etc.), da presidiária, da trabalhadora rural e urbana, com diferentes orientações sexuais, contemplando questões de gênero.
6. Estimular, através de parceria da Secretaria Municipal da Mulher e Secretaria da Saúde, a implantação de um programa para a conscientização da família e da sociedade com relação à sexualidade da mulher com deficiência mental.

7. Apoiar e implementar, em parceria com a Secretaria Municipal da Mulher e as Organizações da Sociedade Civil, as ações de prevenção e promoção da saúde integral da mulher, inclusive as em situação de violência doméstica e sexual, intensificando as campanhas de prevenção (cartazes, folders, meios de comunicações, etc.).
8. Viabilizar com a Secretaria Municipal da Mulher a produção, sistematização e disponibilização de dados e informações sobre saúde da mulher e da violência contra as mulheres, com recorte de raça, etnia, com deficiência e orientação sexual.
9. Intensificar a divulgação do Programa Rosa Viva através de campanhas na mídia.
10. Contratar profissional da área de Psicologia para o Programa Rosa Viva.
11. Intensificar e estimular as campanhas de prevenção dos diversos tipos de câncer, em homens e mulheres, especialmente do câncer cérvico-uterino, de mama e de próstata, visando reduzir a mortalidade daqueles de maior prevalência, em parceria com o CACON de referência da região.
12. Possibilitar à gestante o direito de inclusão em grupos multidisciplinares (fisioterapia, psicologia, assistência social, enfermagem e médico) para ser conscientizada dos tipos de parto, oferecendo o direito de escolha sobre o seu parto (normal, normal com analgesia, e cesariana) nas instituições públicas.
13. Contribuir para a redução da mortalidade por câncer de colo do útero e da mama, priorizando exames preventivos para mulheres acima de (30) trinta anos, incluindo o aumento das cotas que vem do governo estadual.
14. Implementar ações para a atenção integral à saúde da mulher e monitorar os programas existentes de forma que atendam às necessidades específicas das mulheres nas diferentes fases do ciclo vital, abrangendo as mulheres negras, com deficiência, índias, presidiárias, trabalhadoras rurais e urbanas, e com

diferentes orientações sexuais, contemplando questões de gênero.

15. Avaliar o nível de humanização dos procedimentos médicos para pré-parto na Maternidade de Londrina (LONDRINA, 2008).

Analisando essas propostas, pode-se observar que elas contemplam tanto preocupações em relação à necessidade de ampliar e aprimorar as ações já desenvolvidas, quanto preocupações que avançam em direção à concepção mais abrangente de saúde, como a noção de direitos sexuais e reprodutivos e a noção de integralidade. Assim, elas apontam para a superação de algumas limitações que persistem em relação à saúde da mulher, numa perspectiva de aproximação com os princípios do PAISM, contemplando demandas importantes do movimento de mulheres como o atendimento ao aborto legal¹⁴. As propostas acentuam ainda a idéia de que especificidades como as de gênero, raça, etnia, orientação sexual e outras, são elementos determinantes das condições de saúde do indivíduo e que, portanto, os serviços devem estar preparados para reconhecer e atender as demandas de grupos específicos, colocando em prática um dos princípios do SUS que é o da equidade, assim definido:

Equidade: Não é a mesma coisa que igualdade. É o respeito às diferentes condições e necessidades da população. O sistema de saúde deve estar sempre atento para as desigualdades, utilizando indicadores epidemiológicos para o estabelecimento de prioridades, a destinação de recursos e a orientação de programas a serem desenvolvidos. (LONDRINA, 2007)

2.3 AS MULHERES: PERFIL DO PÚBLICO INVESTIGADO

Através dessa breve análise da evolução da assistência à saúde no município de Londrina, pode-se perceber a importância do papel das mulheres no campo da saúde. Nos primeiros anos de formação da cidade, destaca-se o trabalho

¹⁴ O chamado aborto legal corresponde aos casos previstos no Código Penal brasileiro, nos quais a intervenção é permitida: em caso de estupro e em caso de risco de vida da mãe, e para os quais o sistema público de saúde deve oferecer assistência médica adequada.

das parteiras, que, por muito tempo, foram as principais responsáveis pela realização dos partos, sobretudo das famílias de trabalhadores. No tempo em que a assistência à saúde era privilégio de poucos o trabalho filantrópico realizado pelas "senhoras da sociedade", garantiu, mesmo que de forma precária, o atendimento aos chamados indigentes. Mais tarde, na década de 1980, período de grande mobilização social pelo direito à saúde, elas se organizaram para garantir que os serviços básicos de saneamento e saúde chegassem às suas comunidades, como apontam os relatos colhidos ao longo desta pesquisa.

Na segunda metade da década de 1990, além da atuação nos conselhos de saúde, um novo espaço de participação das mulheres surge na cidade com a proliferação de Organizações Comunitárias Femininas. Rosalina, Laura, Nizinha, Marilda e Laís, personagens cujas trajetórias serviram de guia para a reflexão aqui apresentada, são mulheres que se destacam no cenário mais recente da luta pela saúde na cidade de Londrina. A seguir um breve perfil dessas mulheres e um pouco dos caminhos trilhados por cada uma. Cabe ressaltar que serão utilizados seus próprios nomes, conforme anuência das mesmas.

2.3.1 Rosalina

Nascida em Minas Novas, estado de Minas Gerais, Rosalina Batista veio para o Paraná no ano de 1963, tinha 16 anos de idade. Aqui, foi morar em Tamarana, na época distrito rural do município de Londrina. No ano de 1979, já casada, veio para a cidade e se instalou no Franciscato, bairro que ajudou a transformar e onde vive até hoje. Atualmente Rosalina está com 60 anos e desquitada. Mãe de quatro filhos e avó de quatro netos conta que saiu da roça e foi para a cidade para dar melhores condições de estudo para os filhos *"para estudar os filhos ... para ter condição dos filhos ter um estudo melhor"*.¹⁵

Rosalina, que estudou só até a quarta série do ensino fundamental, já fez todo tipo de serviço braçal na roça. Na cidade, trabalhou como cozinheira de

¹⁵ Neste trabalho, todos os depoimentos das mulheres entrevistadas serão citados em itálico, para diferenciá-los das demais citações, especialmente no capítulo III.

restaurante, doméstica mensalista e diarista. Sua liderança na atuação comunitária fez com que o serviço braçal fosse deixado de lado para assumir, no ano de 1995, a coordenação como representante comunitária do Projeto UNI¹⁶, desenvolvido pela Universidade Estadual de Londrina (UEL), com o apoio da Fundação *Kellogg*.

Rosalina iniciou sua atuação comunitária na Associação de Pais e Mestres (APM) da Escola Albino Feijó, onde seus filhos estudavam. O trabalho de buscar melhorias para a escola foi o início do envolvimento de Rosalina com a comunidade, conforme ela nos conta: *"E aí, comecei de lá... pegando experiência, que a gente só conseguia melhorar as coisas através da participação da coletividade."* Percebendo a importância da união e da participação o segundo passo de Rosalina foi criar uma associação de mulheres, hoje, a Associação de Mulheres Batalhadoras do Jardim Franciscato (AMBJF).

Atualmente, Rosalina coordena a Biblioteca Virtual, espaço destinado a projetos comunitários, fundado e mantido pela AMBJF. Rosalina é também coordenadora comunitária no projeto Consórcio Solidário, desenvolvido pelo Centro Integrado e Apoio Profissional (CIAP) em parceria com o Ministério do Trabalho e Emprego, que tem como objetivo oferecer qualificação sócio-profissional para jovens estudantes do Ensino Fundamental e Médio, visando inseri-los no mercado de trabalho. Além do trabalho na comunidade, Rosalina participa dos Conselhos Municipal e Estadual da Saúde e dos Conselhos Municipais de Educação, do Meio Ambiente e dos Direitos da Mulher. Ela faz questão de dizer que sua participação nesses conselhos está sempre vinculada à representação das mulheres. *"Nos conselhos, eu só participo se a gente consegue ter a cadeira da mulher, não vou representando outro segmento. Nunca fui."*

O trabalho desenvolvido por Rosalina e suas "mulheres batalhadoras" já foi objeto de estudo de pesquisadores e subsidiou várias publicações. Como reconhecimento do mérito de seu trabalho Rosalina recebeu diversas homenagens e prêmios e também muitos convites para falar de sua

¹⁶ O Projeto UNI-Londrina - Uma Nova Iniciativa na Educação dos Profissionais de Saúde em Londrina, foi um projeto desenvolvido por meio dos cursos do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual de Londrina, como um dos projetos interinstitucionais do Programa UNI, experiência promovida e apoiada técnica e financeiramente pela Fundação Kellogg. Em Londrina, um dos seis municípios brasileiros contemplados com a experiência, o Projeto UNI teve início no ano de 1992. Os objetivos do Programa UNI foram assim descritos: "[...] favorecer o surgimento de experiências inovadoras no ensino das profissões da saúde, tendo como base modelos que valorizem a colaboração de instituições educacionais com instituições prestadoras de serviços e comunidades geograficamente definidas." (Fundação Kellogg, 1994, p. 99)

experiência o que lhe rendeu viagens nacionais e internacionais, conforme nos conta: *"Eu fui prá Miami, Chile, Nicarágua, Peru, Venezuela e Colômbia. E hoje na Colômbia tem um prédio de trabalho de valorização da mulher com o meu nome."* Falando da visibilidade e do reconhecimento em relação ao seu trabalho e ao da Associação Rosalina comenta: *"... o pessoal tem respeito em relação a estes dois nomes (referindo-se ao seu próprio nome e ao da Associação) porque foi uma coisa construída em conjunto."*

2.3.2 Laura

Laura Dias mora no Conjunto Habitacional Maria Cecília, zona norte de Londrina. Nasceu em Tamarana, morou por um tempo na cidade de Rosário e no ano de 1976, logo depois de se casar, veio para Londrina. Quando lhe foi perguntado sobre o que a trouxe a Londrina a resposta foi: *"vim em busca de alguma coisa melhor"*. Morou por um tempo no Jardim Colúmbia e no ano de 1984 mudou-se para o Conjunto Habitacional Maria Cecília, onde vive até hoje.

Laura tem 42 anos, é casada, tem quatro filhos legítimos e um que ela criou. Tem o ensino fundamental completo e trabalhou vinte anos como costureira autônoma. Hoje, o trabalho na comunidade é sua principal atividade, sendo responsável por grande parte da tarefa de administrar um Centro de Educação Infantil (CEI), mantido pela Associação Clube de Mães do Maria Cecília, do qual faz parte.

Católica, Laura iniciou sua trajetória como líder comunitária na Pastoral da Criança. Ela conta que, naquela época, a vida na comunidade era muito difícil. O conjunto habitacional tinha sido criado há pouco tempo e as pessoas que iam chegando tinham dificuldade em conseguir emprego. A união e a solidariedade foram a fórmula encontrada pela comunidade para superar as dificuldades. *"Tinha gente que tava sendo despejada, a gente ia lá, fazia um movimento prá não despejar essas pessoas, a gente começou trabalhar em cima disso (...) e a comunidade se ajudava."*

No campo da saúde, Laura destaca a importância vital do trabalho desenvolvido pela Pastoral da Criança: *"a gente salvou muitas crianças que a gente achava que não ia viver, e a gente salvou elas. Hoje, são tudo moço."*

2.3.3 Nizinha

Maria Osvaldina, conhecida na cidade como Nizinha, tem 61 anos, três filhos e é separada. Ela veio de Paranaguá para Londrina há trinta e sete anos acompanhando o marido que era bancário e foi transferido para cá. No bairro Ouro Branco, localizado na região sul da cidade, onde mora atualmente, Nizinha está há trinta e cinco anos. Lembra que quando construiu sua casa e mudou-se para a região encontrou um bairro ainda sem asfalto, mas junto com a Associação de Moradores, da qual logo começou a participar, fez muita coisa pelo bairro. Falando um pouco da sua contribuição ela conta orgulhosa: *"A última coisa que eu consegui foi o sinaleiro da entrada."*

A primeira experiência de participação de Nizinha antes da Associação de Moradores foi nas APMs das escolas onde seus filhos estudaram. *"Comecei numa APM de escola, via as dificuldades que tinha, os problemas que tinha. A gente andava com pires na mão, pedindo prá um e prá outro, sabe?"*

Depois, dessa experiência inicial Nizinha passou para a atuação junto ao Conselho de Saúde da Região Sul (CONSUL). Participou também do Conselho Municipal dos Direitos da Mulher (CMDM). Atualmente, continua no CONSUL, além de participar dos Conselhos Municipais de Saúde e do Meio Ambiente e de presidir o Conselho Comunitário Feminino da Região Sul (CONFESUL), organização que integra várias associações comunitárias de mulheres daquela região.

Nizinha tem também um vasto histórico de participação em conferências, tanto em nível municipal quanto estadual e nacional, e nas diversas áreas de políticas públicas. Na pauta de reivindicações constam, desde obras de infra-estrutura como sinaleiros e rede de esgoto, melhorias que conforme relata ajudou a construir ao longo de sua trajetória, até a luta pela mudança de postura dos profissionais de saúde tendo em vista um atendimento mais humanizado.

2.3.4 Marilda

Marilda Francisca Camargo tem sessenta anos de idade. É casada, tem quatro filhos e quatro netos. Nasceu em Cambará, mas está em Londrina há cinqüenta anos. No bairro Ouro Branco, zona sul da cidade de Londrina, onde mora atualmente, está há trinta anos. Assim como as outras mulheres entrevistadas Marilda vivenciou a experiência de acompanhar o desenvolvimento do bairro que, no final da década de 1970, ainda não tinha asfalto.

Como católica atuante, Marilda começou a se envolver com o trabalho comunitário por meio da Pastoral da Criança. No início da década de 1990, quando começaram a ser criados os Conselhos, Marilda passou a participar do CONSUL. Logo começou a sua participação também nas Associações de Mulheres. Em 1992 ajudou a criar a Associação de Mulheres do Parque Ouro Branco, na qual ocupa atualmente o cargo de Presidente. Ela compõe também o Conselho Municipal dos Direitos da Mulher. *"Até hoje a gente é envolvida com as mulheres, com as crianças... e o meu trabalho até hoje é esse."*

Avaliando a sua trajetória de luta pela saúde da mulher, Marilda destaca a importância da contribuição das Instituições de Ensino Superior para a sua formação lembrando, por exemplo, da experiência do Projeto UNI, também citada por Rosalina, que, entre outros objetivos, visava a formação de lideranças comunitárias.

2.3.5 Laís

Paulistana vivendo em Londrina desde 1982 Laís Barbosa dos Santos é uma líder comunitária que ocupa lugar de destaque, sendo referência na região leste da cidade. Ela tem sessenta e quatro anos de idade, é casada, tem cinco filhos e cinco netos. Laís terminou o ensino médio aos 55 anos de idade, no curso de educação de jovens e adultos da rede estadual de educação. Conta que quando menina estudou só até a 4ª série, pois não tinha ginásio próximo a sua casa e a mãe não a deixava sair para estudar longe de casa.

Laís é uma excelente artesã, atividade que ensinou para muitas mulheres na Associação que preside e que atualmente está desativada devido às dificuldades materiais e falta de recursos para manter um local onde as mulheres possam se reunir, o que não a impede de continuar atuando na comunidade.

Evangélica, Laís conta que começou a se interessar pelas questões das mulheres no interior da própria igreja. Lá, observava o comportamento das companheiras, sua submissão aos homens, a falta de informação, a baixa auto-estima. Diante disso ela começou a fazer palestras na igreja, pois não concordava com o que os pastores pregavam a respeito das mulheres.

Além de continuar atuando na sua igreja Laís procura ocupar espaços como os Conselhos de Saúde e da Mulher. Participou de várias conferências e tornou-se uma liderança não só para a sua comunidade, mas também para os profissionais dos serviços de saúde e de assistência que buscam na sua liderança um elo com a comunidade.

Através dessa descrição é possível perceber que em suas trajetórias, anteriormente ao campo da saúde, a participação das entrevistadas se iniciou sempre por dois caminhos: a APM da Escola (Nizinha e Rosalina), ou a igreja, seja ela católica (Laura, Marilda), ou evangélica (Laís). Portanto, são dois campos, o da religião e da educação, que se cruzam e entrecruzam em suas trajetórias que lhes conferem atualmente a legitimidade de representação como líderes no campo da saúde. Posteriormente, todas partiram para a atuação, também, junto às associações de mulheres.

De acordo com Mariano (2001, p. 61), essas organizações que, na sua origem, tiveram como principal preocupação a resolução de problemas gerais dos bairros, ao longo de sua existência evoluíram para a priorização de "demandas de gênero", que compreendem: "os projetos de geração de renda para mulher, as ações que visam ao resgate da auto-estima da mulher, a diminuição da violência contra a mulher e as reivindicações na área da saúde da mulher."

Essa evolução nas formas e espaços de participação, que é um aspecto comum nas trajetórias das mulheres estudadas, corresponde ao processo de evolução da própria cidade, tanto em termos de infra-estrutura urbana, como, por exemplo, à chegada de asfalto e saneamento básico nos bairros da periferia, quanto em termos de implementação de políticas sociais. Com relação a isso, destacam-se a criação dos Conselhos Municipais de Saúde, que passam a ser os espaços

institucionais de participação da sociedade civil no campo da saúde, e a criação da Coordenadoria Especial da Mulher, atualmente Secretaria Municipal da Mulher, órgão que teve uma importante participação no processo de formação das associações de mulheres.

O breve perfil das entrevistadas nos mostra ainda que, além da trajetória de luta, essas mulheres trazem em comum a vivência de situações que também fazem parte do cotidiano da maioria das mulheres brasileiras: a maternidade, a dedicação à família e à comunidade, a experiência de vida nas periferias urbanas e a determinação com que enfrentam os problemas e desafios do cotidiano. São esses os principais aspectos que serão aprofundados nas análises do próximo capítulo.

CAPÍTULO III
TRAJETÓRIAS DE MULHERES: LIDERANÇAS FEMININAS E A
LUTA PELA SAÚDE

Como já abordado no capítulo anterior, a motivação das mulheres para a participação nos diversos campos (religioso, educacional, político, saúde, dentre outros) está ligada ao papel que estas desempenham na esfera reprodutiva e, portanto, determinada pela intersecção das posições de classe e de gênero, (FILGUEIRAS, apud MACHADO, 1995). Assim, principalmente para as mulheres pobres, o ponto de partida para a luta é o bem estar de suas famílias, o que as leva a mobilizarem-se em torno de reivindicações por melhorias em infra-estrutura para o local de moradia, como asfalto e saneamento básico, assim como por oferta de serviços como transporte coletivo, creche, escola e assistência à saúde.

Segundo Mariano (2001, p.57), "[...] essa foi a característica do movimento de mulheres em Londrina a partir da década de 80 e se manteve presente também no decorrer dos anos 90". Em todas as entrevistas realizadas no presente trabalho a mesma tendência se observa, conforme revelam os depoimentos a seguir.

Então, a minha participação na sociedade eu comecei em 79. Eu mudei prá cá porque as minhas filhas começaram a estudar. A gente participou da APM lá da Escola... do Albino Feijó que era e ainda é o maior colégio que a gente tem na região sul... e que tinha muito pouco investimento em estrutura, não tinha muro, não tinha telefone, não tinha laboratório [...] a gente fez várias festas, várias intervenções com o governador, na época o Álvaro Dias, que a gente conseguiu todo o muro da escola, o telefone, o laboratório... isso foi um dos primeiros envolvimento com a comunidade. (Rosalina, 60 anos)

Eu comecei, como eu falei pra você, comecei numa APM de uma escola, via as dificuldades que tinha, entendeu? Os problemas que tinha, a gente andava com pires na mão, pedindo prá um e prá outro. Depois a minha filha precisou de uma sala especial, não tinha aqui. As duas que teve aqui, fui eu que consegui, no Hugo Simas e no José de Anchieta. (Nizinha, 61 anos)

Considerando as discussões a respeito do papel que as famílias desempenharam no apoio a seus membros durante a crise dos anos 1980, Goldani (2002, p. 34) acentua que,

As evidências sugerem que às mulheres coube parte substancial do elevado custo social deste processo e que as famílias com chefes mulheres com filhos pequenos foram as mais afetadas. Ao mesmo tempo, confirmou - se a importância de grupos que ultrapassam os limites do domicílio (redes sociais de parentes, amigos, vizinhos) como parte fundamental das estratégias para enfrentar as

dificuldades e escassez de recursos materiais entre as famílias pobres.

Diante das precárias condições de vida nas regiões mais pobres da cidade de Londrina, a atuação das mulheres extrapola a luta por melhorias para o bairro, incorporando ações de ajuda mais ampla para os membros de suas "comunidades" (termo utilizado pelas mulheres quando se referem ao bairro e suas redes de sociabilidade).

[...] começou pela igreja. Eu comecei a trabalhar na igreja [...] fiquei um tempo na Pastoral do Imigrante, depois fiquei um outro tempo junto do pessoal da Comunidade de Base, aí a gente trabalhava assim: o pessoal que precisava de... assim, que tava desempregado, que tava, às vezes atrasado com as prestações da casa, a gente ajudava essas pessoas, para elas poderem por as prestações da casa em dia. Quando a gente começou, aqui tinha essas coisas. Porque o pessoal pegou as casas, mas tinha hora que não dava para pagar. Tinha gente que tava sendo despejada, a gente ia lá fazia movimento para não despejar essas pessoas, a gente começou a trabalhar em cima disso. [...] e a comunidade se ajudava, a gente falava assim: "aquele casal, aquela família, está precisando de ajuda". A gente saía na rua com um carrinho de feira e arrecadava alimentos que precisasse. Se era para ajudar, até dinheiro, a gente fazia promoção para poder pagar a prestação daquelas pessoas. A gente fez muito esse trabalho, dentro da igreja, para ajudar, dentro das pastorais. Com todo pessoal de setor, porque a gente dividia isso aqui tudo em setor, então cada um tomava conta de um setor. (Laura, 53 anos)

Laura vive num conjunto habitacional localizado na região norte da cidade de Londrina - PR, área popularmente conhecida como Cinco Conjuntos. Resultado de uma ação do poder público local articulada à política nacional de habitação a área começou a ser formada na década de 1970, num contexto de intensificação da migração rural-urbana. Segundo Santos (1991) além da falta de infra-estrutura e da distância em relação ao centro da cidade a população dos Cinco Conjuntos foi tratada, durante um bom tempo, com certo preconceito por parte do restante da população londrinense por residirem em casas de conjunto habitacional. Gradativamente a expansão urbana eliminou o vazio que separava os Cinco Conjuntos do Centro da cidade levando para a região serviços de infra-estrutura e equipamentos coletivos, reduzindo as dificuldades sofridas nos primeiros anos de sua formação por boa parte da população, muitos expulsos do campo em virtude da modernização da agricultura.

Assim, como no depoimento de Laura, em outros momentos da pesquisa foi possível perceber a importância das igrejas, em especial a católica, na constituição das redes sociais por meio das quais os moradores das comunidades pobres se unem e se organizam para superar as dificuldades comuns.

No Brasil, a aproximação da Igreja Católica com os movimentos populares se deu no contexto de emergência da chamada "Igreja Progressista", segmento que, entre 1964 e 1974, se mobilizou em torno da organização comunitária visando envolver os grupos mais marginalizados da população no processo de resistência ao Regime Militar. (SOARES, 1998; ALVAREZ, 1988)

Elemento importante a ser considerado é o estigma social em torno dos grupos que vivem nas regiões mais pobres da cidade. Se, por um lado, esse estigma contribui para a manutenção da condição de pobreza, pela segregação e exclusão aos quais estes estão submetidos, a percepção por parte dos indivíduos estigmatizados pode ser o elemento motivador de uma reação no sentido de superação dessa condição, conforme revela o depoimento a seguir.

Eu arrumei um serviço de diarista e fui indicada para trabalhar por mês na casa de outra mulher, daí eu peguei o serviço por mês. Tava muito contente porque eu sabia que no final do mês eu tinha o meu salário, mas quando a mulher descobriu que eu morava aqui no Jardim Franciscato ela me mandou embora. Então para mim foi um choque muito grande. Aquele tempo a gente não conhecia muito a questão dos direitos da gente. Então eu abaixei a cabeça, vim embora, chorei muito, e no primeiro momento eu queria voltar para a roça, não queria mais ficar na cidade. Mas daí eu comecei pensar... porque eu não morava num barraco de favela, eu morava num jardim, era uma data comprada, tinha a minha casa construída. Aí eu comecei pensar como era a vida das mulheres que moravam embaixo de barraco. Então é por isso que a gente começou a discutir uma organização no bairro, isso já no final de 1989, para melhorar as condições da gente, porque era um esmo a favela. (Rosalina, 60 anos)

Em diversas falas a mesma situação está presente. Apesar das dificuldades enfrentadas individualmente pelas mulheres, existe sempre uma preocupação com as outras mulheres, com a vizinha, com a "comunidade". O reconhecimento de que existem pessoas em condições piores que precisam ser ajudadas parece ser um elemento importante para a definição de estratégias coletivas de superação das dificuldades.

E aí comecei de lá, pegando experiência, que a gente só conseguia melhorar as coisas através da participação da coletividade. Então por isso que eu fui para a Associação [de mulheres]. (Rosalina, 60 anos)

A associação a qual Rosalina se refere foi criada no ano de 1991 e ganhou o nome de Associação de Mulheres Batalhadoras do Jardim Franciscato. Segundo Mariano (2001), a criação dessa associação inaugurou uma nova fase no movimento popular de mulheres de Londrina servindo de exemplo e estímulo para a formação de outras associações. Esse processo foi também influenciado por novos atores estatais como a Secretaria de Assistência Social e a Coordenadoria Especial da Mulher (CEM), hoje Secretaria Municipal da Mulher (SMM).

As associações de mulheres, embora mantivessem a preocupação com questões gerais dos bairros, se diferenciavam do trabalho desenvolvido via igrejas e outras redes sociais por ampliar sua ação para o desenvolvimento de atividades mais focadas no trabalho de orientação, informação e apoio às necessidades específicas das mulheres.

O pessoal aqui nessa época era bem unido, os moradores. Então eles corriam atrás mesmo, com esse líder comunitário que tinha, corria mesmo atrás das coisas e as coisas aconteciam. [...] Só que depois que veio o asfalto e esse presidente, ele saiu, então... a impressão que dá, parece que o bairro achou assim: agora nós não temos mais nada para correr atrás, então não precisa de presidente. Então não se organizou mais a associação de moradores. Então essa região, principalmente aqui perto ficou... ficou praticamente assim, meio perdido sem uma liderança comunitária. E daí foi que eu comecei a fazer um trabalho com adolescentes. [...] Então foi daí que eu comecei a pensar numa associação de mulheres aqui no bairro. Porque já que não tinha nada aqui de referência, então tentar de alguma maneira trazer melhorias para o bairro, ter uma representação... daí que eu comecei a trabalhar com as mulheres, formando essa associação de mulheres no bairro. (Laís, 64 anos)

Esses depoimentos indicam que dois campos iniciais - educacional e religioso - são fundamentais na atuação das entrevistadas na luta por melhorias de vida e do bairro: a APM da Escola (Nizinha e Rosalina) e a igreja seja ela católica (Laura, Marilda) ou evangélica (Laís). Posteriormente, todas partiram para a formação de Associações de Mulheres que, em Londrina, se desenvolvem com mais intensidade durante a década de 1990. É possível afirmar, portanto, que essas mulheres constroem determinadas estratégias dentro de um campo de manobras e

de possibilidades, através da participação em vários campos, que se cruzam e entrecruzam-se, apropriando-se de um capital simbólico e que marcam suas trajetórias e luta pela saúde. É o que as análises a seguir enfatizam.

3.1 OS CAMINHOS TRAÇADOS : ESTRATÉGIAS, CAMPOS E AGENTES

Na cidade de Londrina, a formação de associações de mulheres foi uma estratégia utilizada por alguns grupos, durante a década de 1990, na busca pelo atendimento às demandas gerais das mulheres. Embora a pauta de reivindicações esteja associada ao desempenho das tarefas tradicionalmente femininas realizadas no âmbito doméstico, a preocupação em investir em políticas públicas específicas para as mulheres parece indicar uma conscientização em relação às desigualdades de gênero.

[O objetivo da Associação] *Era lutar pela melhoria do bairro. Trabalhar a auto-estima da mulher, mas também encaminhamento das ações de políticas públicas. A primeira conquista nossa foi conseguir cem tampas de fossa, porque os banheirinhos eram feitos... cavucados assim... com as casinhas e eles faziam a tampa de tábuas, e as tábuas ficavam abertas, e era aquele mal cheiro! [...] Então, a primeira conquista nossa foi conseguir essas tampas de fossa para melhorar os banheiros... e buscar cursos também para as mulheres. A gente começou primeiro com o artesanato. E isso é muito forte para a associação, mas era através do artesanato que a gente conseguia trabalhar outras políticas da mulher[...].* (Rosalina, 60 anos)

Um aspecto importante do trabalho via associações de mulheres foi a ampliação das parcerias estabelecidas. Se, na década de 80 a Igreja Católica teve um importante papel na organização popular de mulheres com a criação dos clubes de mães, na década de 1990 novos agentes passam a compor o cenário de lutas sociais no qual as mulheres iriam transitar. (MARIANO, 2001). Analisando a influência da Igreja Católica na organização das mulheres Alvarez (1988) defende que,

[...] as mulheres foram incentivadas a participar como iguais nessas novas organizações comunitárias. Porém, a divisão sexual do trabalho político não foi necessariamente desafiada pela 'Igreja do

Povo', de modo que associações femininas, geralmente chamadas de 'clubes de mães' foram freqüentemente criadas pelo novo clero militante, predominantemente masculino. (ALVAREZ, 1988, p. 325)

Portanto, se a Igreja contribui para dar a base organizacional às mulheres, as organizações a ela vinculadas não continham o potencial transformador das desigualdades de gênero. Analisando esse distanciamento do movimento popular de mulheres em relação à Igreja Católica Soares defende: "Quando essas mulheres ganham formas autônomas de organização em relação à igreja, constituindo, por exemplo, casas de mulheres, ampliam seu grau de autonomia política e o espectro de suas reivindicações. (SOARES, 1998, p. 41)

Segundo Alvarez, "[...] a politização desses grupos de mulheres em torno de questões específicas de gênero geralmente é influenciada por atores políticos orientados ideologicamente e externos à comunidade, tais como militantes de partidos e feministas de classe média." (ALVAREZ, 1988, p. 326). A interação com novos agentes redimensiona o campo de lutas e redefine os objetivos e as estratégias de atuação. O depoimento a seguir demonstra a preocupação de uma das lideranças pesquisadas (Rosalina) em romper com a antiga forma de organização, o que parece ser influenciado por essas novas interações:

[...] em 1990 a gente já tinha uma organização boa e criamos a Associação das Mulheres Batalhadoras, com nome ainda primeiro de Clube de Mulheres Batalhadoras, ainda herdando aquele ranço dos clubes de mães que eram só com o papel de fazer as coisas... nas creches, quermesses... Para tocar responsabilidades do governo... E aí a gente ficou como Clube de Mulheres Batalhadoras até 97. Em 97 é que a gente passou de clube para associação. (Rosalina, 60 anos)

Na realidade, com a emergência de novos agentes e parceiros institucionais, compõe-se um novo cenário de atuação, ampliando dessa forma a inserção institucional na rede de saúde, assim como em outros espaços como a educação, a assistência social, etc. Portanto, novos campos de luta somam-se aos antigos, novas estratégias somam-se às antigas, estabelecendo novos contornos à participação dessas mulheres.

Na questão de alfabetização, por exemplo, a Secretária de Educação fala para a gente: " _ Olha! Abriu um curso de

alfabetização no bairro." Então, nós vamos saber se tem pessoas interessadas em serem alfabetizadas, onde que essas pessoas podem buscar isso... então nos encaminhamos, nós sempre sabemos. [...] Se a gente sabe às vezes de emprego, então as pessoas podem... as pessoas nos procuram e falam assim:"_ Olha! Nós estamos precisando de pessoas para trabalhar nessa área, você pode indicar alguém?" Nós recebemos da Secretaria de Saúde, informações; recebemos da Secretaria da Agricultura, recebemos da Secretaria da Mulher, da Secretaria da Ação Social, da UEL, da UNOPAR... todos esses lugares, eles têm contato com a gente. (Laís, 64 anos)

Aí para a gente trabalhar a qualidade de vida da mulher se trabalha várias outras coisas. Aí tem a parceria também com a Secretaria de Assistência Social, com o projeto do bolsa família, bolsa escola, que eles faziam reunião com as mães em lugares muito precários, agora eles fazem a reunião de capacitação das mulheres aqui. A gente sente muito pena até hoje, é de não conseguir dentro desses oito anos, com um espaço desses, firmar um convênio bom com a Secretaria Municipal da Mulher. Porque a gente tem toda uma estrutura de oferecer bons trabalhos para as mulheres. Então a gente acaba buscando em outros espaços. E de uma parceria que no começo foi... Foi o que levantou a capacitação da gente mesmo como liderança [...]. (Rosalina, 60 anos)

Como podemos perceber, no âmbito do poder executivo municipal, a interação das associações atinge diversas secretarias. No entanto, Rosalina destaca o papel da Secretaria Municipal da Mulher (SMM), inclusive, atribuindo a esta o mérito de ter contribuído com a formação das lideranças hoje atuantes. Partindo do pressuposto de que a capacidade de uma atuação crítica do ponto de vista das relações de gênero, por parte do movimento popular de mulheres, depende de uma influência feminista, Mariano (2001) defende que, no cenário londrinense, a ausência de grupos feministas minimizaria o potencial politizador das associações de mulheres. Neste contexto, a interlocução com a SMM e com o CMDM abriria essa possibilidade.

[...] a ausência de grupos feministas não representa também a ausência completa de influência feminista, uma vez que este movimento produz um discurso que circula pela sociedade através de vários canais. Mesmo assim, este tipo de contato torna escassa a interlocução com feministas e as influências, embora presentes, tendem a ser reduzidas. (MARIANO, 2001, p. 37)

Em relação à queixa de Rosalina de que nos últimos oito anos houve um distanciamento da SMM¹⁷ em relação às associações, embora isto tenha sido também indiretamente sugerido por outras mulheres, o que se observa é que este órgão continua sendo um dos principais parceiros dessas organizações e importante elo do movimento popular com o poder público.

Quanto à relação com o feminismo, embora a SMM e o CMDM possam ser, mesmo que de forma limitada (MARIANO, 2001) os principais interlocutores, devemos considerar a importância de outros agentes, sobretudo no campo da saúde.

Os anos 1990 demonstram que o feminismo multiplicou os espaços e lugares em que atua e, conseqüentemente, onde circula o discurso feminista. As fronteiras entre o movimento de mulheres e o feminista têm sido sistematicamente ofuscadas, com um número crescente de mulheres pobres, trabalhadoras, negras, lésbicas, sindicalistas, ativistas católicas progressistas e de outros setores do movimento de mulheres incorporando elementos centrais do ideário e do imaginário feministas, reelaborados de acordo com suas posições, preferências ideológicas e identidades particulares. Assim, muitos feminismos são construídos. (SOARES, 1998, p. 46)

A saúde é sem dúvida um dos campos privilegiados de circulação do discurso feminista. A significativa participação das mulheres brasileiras na luta pela saúde envolveu uma diversidade de estratégias que possibilitaram ampliar e qualificar sua inserção. Dentre as estratégias utilizadas destacam-se a participação nos Encontros Internacionais Mulher e Saúde, a organização de coletivos de redes como, por exemplo, a Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos e a criação de diversas Organizações Não-Governamentais, muitas delas desenvolvendo ações de atenção à saúde que mostraram "[...] na prática como devia e podia ser o atendimento à saúde da mulher. (MENDONÇA, 1998, p. 106). Um dos resultados foi a formulação do PAISM que, conforme já abordado, embora não tenha sido efetivamente implementado ainda é referência para gestores(as), profissionais, pesquisadoras e para as principais interessadas, as

¹⁷ Sobre este possível distanciamento, embora os dados da pesquisa não possibilitem avaliar sua dimensão e fatores essa questão nos remete à discussão sobre os problemas em relação à atuação dos organismos governamentais de políticas para as mulheres no que se refere à descontinuidade dos projetos e redefinição das diretrizes que podem ocorrer com as mudanças de administração. Essa questão foi analisada por estudo do IBAM sobre a experiência da Coordenadoria Especial da Mulher de Londrina. (COSTA, 1997).

mulheres. Conforme veremos mais a frente, princípios que compõem o ideário do PAISM como a integralidade e a humanização, integram o discurso das mulheres entrevistadas.

Nesse novo cenário, emergem os conselhos e as conferências como campos fundamentais de luta pela saúde da mulher. Todas as mulheres entrevistadas têm experiência de participação em conselhos e conferências de saúde, tanto em nível local, quanto nos níveis estadual e nacional. Neste caso, destaca-se a atuação de Rosalina e de Nizinha que, além de significativa participação local e estadual, já participaram de várias conferências nacionais. Atualmente, Rosalina é membro dos Conselhos Municipal e Estadual de Saúde.

Como já comentado no capítulo anterior, na cidade de Londrina a organização dos conselhos segue a seguinte estrutura: cinco conselhos regionais - norte, sul, leste, oeste e centro - e 52 conselhos locais, cada um destes correspondendo à área de abrangência de uma Unidade Básica de Saúde. Porém, de acordo com registros do Conselho Municipal de Saúde, atualmente existem apenas 41 conselhos locais em funcionamento. A formação e funcionamento dos conselhos parecem depender da capacidade de mobilização e do nível de organização do que se convencionou denominar de "comunidade". Além disso, outro elemento que tem sido apontado como fator de fragilização dos conselhos é a cooptação de suas lideranças, como sugere o depoimento de Laura.

[...] eu já participei bastante, agora eu to... to meio fora, assim, do Conselho, porque os Conselhos aí, estão meio desativados. [...] Tem uns três anos já, que deu uma parada, ou mais. [...] o povo desanimou muito das coisas, sabe! O povo ficou muito desanimado. Perdeu o ânimo... de participar. E, também, é assim, eu acho assim, falta alguém para puxar, também. Uma vez eu puxei um movimento de saúde aí, tinha mais de cem pessoas, mas daí, sabe, teve... tem gente que entra, mas ele acha que é só ele, daí... daí eu falei: "_ Eu deixo para eles", mas daí não foi para frente, não foi para frente, sabe! Acabou. [...] o Regional tem alguns lugares que está funcionando, porque isso daí... o Regional agora é o... é o COSNORTE [Conselho de Saúde da Região Norte]. O COSNORTE que desanimou tudo isso aí ta! O COSNORTE desarticulou tudo esse povo. COSNORTE acabou, Deus o livre! Acabou com tudo isso e o COSNORTE, sabe o que que ele é? O COSNORTE é um movimento político. Não vem do meio do povo. Agora mesmo ta lá, nem sei o que eles estão fazendo! A gente não vê eles. Aí quando chega um evento de alguma coisa, que eles se interessam, aí eles vêm atrás da gente, aí a gente parou de participar. (Laura, 53 anos)

Conforme comentado no Capítulo I do presente trabalho, estudos que analisam a participação popular por meio dos conselhos e conferências de saúde indicam alguns limites desses mecanismos em promover uma efetiva participação. (SPOSATI; LOBO, 1992; TEIXEIRA, 1996; COSTA; SILVESTRE, 2004; COELHO, 2007). Dentre os problemas apontados a cooptação das lideranças é um deles. Uma perspectiva interessante de análise é apresentada por Sposati e Lobo (1992) que trabalham com o conceito de alteridade para analisar a representação nos conselhos. Para as autoras, falar em alteridade, não se trata apenas de incluir o "outro" - o sujeito até então excluído, no caso da saúde, o usuário - mas de garantir uma "presença que se opõe", uma presença que questiona e influi. As autoras alertam que, na contramão dessa proposta um resultado possível é a "alteridade cooptada", que segundo elas pode acontecer de duas formas:

Primeiro pela fragilidade da representação que não possui informação e capacidade argumentativa, e, portanto, pouco opina; segundo, pela prática da cumplicidade, que ao incluir o interesse restrito e imediato dos representantes populares, afasta-os da luta pela atenção, mais ampla dos representados. (SPOSATI; LOBO, 1992. p. 374)

Retomando o depoimento de Laura a informação de que o COSNORTE é um "movimento político" parece sugerir que seus dirigentes orientam suas práticas por interesses político-partidários ou interesses individuais em detrimento dos interesses da coletividade.

Coelho (2007) defende que uma participação mais efetiva do ponto de vista da democratização do processo de definição das políticas públicas depende de um conjunto de condições: "[...] de gestores comprometidos com o projeto de participação social, de associativismo popular e cidadãos dispostos a participar nas políticas de saúde e de um certo conhecimento sobre como organizar instituições participativas." (COELHO, 2007, p.92). Outro aspecto importante diz respeito ao domínio de informações e conhecimento necessários para uma atuação mais propositiva.

O Controle Social para ser exercido a favor da sociedade exige de seus sujeitos a compreensão do verdadeiro significado das palavras e dos discursos. Como a prática do Controle Social ocorre nos fóruns onde as ações são predominantemente discursivas, mediante

uma retórica argumentativa (técnica e política) para a defesa de idéias e princípios, é necessário que haja competência e conhecimento do significado das palavras, das siglas, das expressões próprias da área de ação, para se obter bons resultados. Na verdade, a confiabilidade das fontes de informação e a clareza na comunicação são condições indispensáveis para bons resultados na luta ideológica. (COELHO, 2008, p.55)

O depoimento a seguir sugere que a existência de outros espaços de organização popular - para além dos conselhos locais - pode contribuir, tanto para melhorar o nível de informação dos representantes populares quanto as estratégias de permanência, apesar das discontinuidades, no circuito institucional de definição das políticas públicas. A atuação via Associações de Mulheres, por exemplo, possibilita uma aproximação de suas lideranças com outros agentes, tais como os profissionais da saúde e gestores públicos que parece ser um elemento importante para o acesso à informação e à conquista de legitimidade para atuar em outros espaços.

[...] é porque o pessoal do posto... tinha um pessoal uma época, tinha um pessoal tão bom no posto! Que eles eram assim, a gente... eles já sabiam que existia [a Associação de Mulheres], a gente sempre tava conversando com eles, como a gente participava das reuniões lá também, eles conheciam a gente, porque a gente ficava lá, na questão do... do movimento de saúde, a gente sempre participou do movimento de saúde, então daí o pessoal conhecia e como tem a Associação então eles [equipe da Unidade Básica de Saúde] falavam assim: "_ Então vamos lá fazer... uma palestra", e marcavam. E assim iam, sempre que precisava. [...] agora quando tem Conferência, nós vamos... discutimos na Associação [de mulheres], vamos na Conferência, vamos embora, nós não tem... não fica esperando mais não. (Laura, 53 anos)

Nós fizemos aqui pelo CONSUL é... uma reunião, prá ver... , e chamamos todos os chefes de postos e os presidentes dos conselhos, pra ver o que tava precisando... foi muito bom, sabe! Daí nós levamos para a Secretaria [de saúde] e exigimos, também, porque tinha posto que não tava nem sendo pintado, tava um horror aqui em Londrina. Então agora, com isso daí que nós levamos, o doutor Paulo [Paulo Tavares, promotor público dos direitos constitucionais] pediu, então está sendo feito. (Nizinha, 61 anos)

Outro fator destacado por Coelho (2008) como fundamental para que os conselhos se constituam de fato em mecanismos mais participativos e propositivos é a inclusão de uma maior diversidade de agentes no interior desses foros. O depoimento abaixo parece corroborar com essa idéia.

No Paraná é muito difícil. Mas agora na elaboração do Plano Estadual de Saúde a Comissão que trabalha a questão da saúde da mulher, a Rede das Mulheres Negras, todo o pessoal que estava trabalhando nessas questões, a gente encaminhou para o Plano todas as 27 propostas que vieram da Conferência [estadual], quando chegou na Comissão para a elaboração do plano, o pessoal queria ir tirando do plano porque era muita proposta, então, não podia incluir todas aquelas propostas no plano. Aí nos pedimos o relatório para ver quais nos podíamos enxugar para poder por no plano, eles não apresentaram, daí nos aprovamos tudo, todas as propostas. Foi a primeira vez e foi o único segmento [de mulheres] que conseguiu levar, reportar as propostas da Conferência Estadual, para o Plano Estadual de Saúde. E se eu for continuar no conselho eu vou para a Comissão de Saúde da Mulher. Em Londrina a gente está com uma proposta de criar uma Comissão Municipal da Saúde da Mulher. (Rosalina, 60 anos)

A ampliação da representatividade dentro dos Conselhos parece ser um fator importante para garantir legitimidade a esses mecanismos e para maior transparência no jogo de forças entre os diversos agentes. O depoimento de Rosalina mostra as articulações internas dos segmentos que defendem os interesses das mulheres sugerindo que a representatividade ampliada implica numa maior possibilidade de encaminhamento de suas demandas.

É importante ressaltar, a exemplo de Rosalina, que ao participarem dos conselhos e conferências, essas mulheres também buscam legitimidade para suas ações e o exercício do poder dentro desses campos, através da apropriação de um capital político, aproximando-se inclusive de líderes e partidos políticos.

Eu sou suplente no conselho municipal de educação eu participo da política... dos encaminhamentos... Eu sou membro da rede Unida. Agora estou na União Brasileira de Mulheres (UBM) também, fiz parte do Movimento Popular de Mulheres do Paraná muitos anos, e estou agora também no PSDB Mulher. (Rosalina, 60 anos)

Outro elemento importante que aparece nos depoimentos é a parceria com as instituições de ensino superior. O que nos parece é que o contato com 90 pesquisadores, professores e alunos, promove uma qualificação da atuação dessas mulheres nas "comunidades", pois na medida em que ampliam seu nível de conhecimento e se apropriam de um capital cultural, acabam por gerar novas demandas, incentivam a criação de novas estratégias de atuação e conseqüentemente a emergência de um novo campo de possibilidades.

[...] você se lembra que veio aquele projeto para a Região Sul! Que todo mundo ficou envolvido! Com aquele tempo dos Conselhos, da Associação de Mulheres, que eram muitas na Região Sul, que eram dezessete associações, que todas funcionavam, que houve uma época do glamour né?! Essa época foi muito conhecimento. [...] Houve um projeto na região Sul, que esse projeto chegou para formar lideranças comunitárias... lembra do projeto UNI? Ele foi implantado aqui na Região Sul, então, era a comunidade, eram serviços e Academia. Lembra que foi envolvido esses três... esses três elementos? Então, eu na comunidade, eles... eles... tivemos assim, vários cursos de liderança comunitária, e eu acabei fazendo esses cursos, naquela época a gente aproveitou muito mesmo. Então, foram viagens, que a gente foi fazer, para... assim... para passar conhecimento, receber conhecimento, então eu aproveitei muito disso, então a gente se formou em liderança comunitária e (Marilda, 60 anos)

Eu acho... eu penso assim, que quando as forças se somam, há muito maior possibilidade de se fazer mais coisas, porque se fica só, por exemplo, só a Unidade Básica ali lutando sozinha, é difícil, ela não consegue ver tudo, atender tudo, mas se ela, que nem, ela chama a Associação de Mulheres, chama os estagiários da UEL, da UNOPAR, seja lá o que for, então esse pessoal vem com toda sua... com toda sua força, cada um dentro da sua área, faz um trabalho multidisciplinar. (Laís, 64)

Hoje nós estamos com uma parceria da Faculdade INESUL com o curso de enfermagem, que a gente tá atuando em duas frentes: uma que é o projeto Cegonha, trabalhando com a gestante, desde o autocuidado da gestante, tem a questão da saúde dela, a saúde da mulher, grávida e depois que elas passam a gravidez tem um acompanhamento durante quatro meses, pós-parto também... que eles acolhem e fazem a visita. Tem o projeto deles que é visita a família e daí nos estamos trabalhando com as famílias de acamados. Nós temos muitas famílias acamados por questões de úlceras, diabetes, varizes, varicozes, pessoas que fazem cirurgia também, então a gente adota essas famílias prá fazer o curativo, e o projeto da diabetes mesmo. E aí nós estamos com a UEL também, com a residência multiprofissional na UBS, que tá trabalhando aqui através da... com a terapêutica, trabalhando grupos sobre dores lombares, as pessoas que tem problema de coluna, todo esse processo que é feito quatro vezes por semana. (Rosalina, 60 anos)

Analisando as trajetórias dessas cinco mulheres, o que se observa é que elas circulam por diferentes campos que se entrecruzam com o campo da saúde. Nesse trajeto elas vão se apropriando de diferentes tipos de capitais, o que possibilita que as mesmas mudem de posição nos diferentes campos que circulam. Embora as trajetórias seguidas incluam um repertório de estratégias e caminhos semelhantes, observamos que Rosalina tem uma experiência de participação mais diversificada, incluindo a política partidária, os projetos de extensão universitária e a

militância feminista. Com isso, podemos concluir que nesse processo Rosalina pôde se apropriar de diversos capitais - político, científico, simbólico - que possibilitam a ela se destacar no campo institucional da saúde.

Não obstante o reconhecimento conquistado por Rosalina, as demais lideranças também foram se apropriando, ao longo de suas trajetórias, de capital significativo, permitindo que se transformassem em agentes no campo da saúde. A legitimidade conquistada se revela na estreita relação que essas mulheres estabelecem com diversos agentes que compõem o campo da saúde: gestores públicos, pesquisadores, professores, profissionais e estudantes da saúde, líderes religiosos e demais grupos de suas redes de sociabilidade.

As pessoas ligam para mim para passar o problema. Que nem ontem mesmo, uma pessoa ligou para mim, ela estava lá no Hospital da Zona Sul, daí deu uma hora... eram dez horas da noite ela não tinha sido atendida ainda, então... assim, eles reportam à gente, e quando a gente tem qualquer problema para ser resolvido em relação à saúde a gente chama e elas [mulheres da Associação] vem para a reunião. Pode ser qualquer horário. (Rosalina, 60 anos)

As mulheres aqui, elas ficavam muito ociosas, porque não tinham um lugar para elas irem, não tinham o que fazer, então elas ficavam muito ociosas. Então a gente começou ir atrás dessas mulheres mostrando para elas que elas podiam ocupar o tempo delas aprendendo alguma coisa. Então a gente começou assim e hoje em dia é isso, a gente conhece muitas... muitas... muitas mulheres. [...] Então, na verdade, a gente é um ponto de contato, porque todos que chegam na unidade [de saúde], ou chegam em igrejas aqui perto, para desenvolver um trabalho, eles procuram a gente como referência. (Laís, 64 anos)

[...] é conhecimento, por exemplo, há muitos anos que eu to... já fazem dezoito anos que eu estou na Pastoral da Criança, mas quantos anos fiquei no Conselho [...] depois assim: "_ quem é da Pastoral da Criança no Ouro Branco?" "_ ah! É a Marilda." Então a gente conhece porque... a gente conhece as mães, a gente conhece o bairro, a gente conhece a rua, a gente conhece o pessoal da igreja, a gente conhece o pessoal do posto. Você vai num posto, eu uso o posto, eu sou usuária do posto de saúde, então... já, já vivi, em trinta anos, já fui lá... já fui fazer o meu pré-natal no posto. Já fiz. Já peguei meus anti no posto, aí já passei para menopausa, já vou continuando, então tem tudo isso, então é uma história, é um conhecimento ao longo do tempo [...]. (Marilda, 60 anos)

Nestas últimas falas destaca-se a importância do trabalho cotidiano desenvolvido por essas mulheres e como esse trabalho, ao longo do tempo, vai contribuindo para conferir-lhes legitimidade para atuarem, nos diversos campos da

saúde, como líderes, pessoas de referência para grupos e pessoas de seus bairros, na resolução de problemas e porta-vozes de reivindicações junto ao campo institucional. O que nos parece é que o conhecimento adquirido com essa prática reverte-se em um capital simbólico que contribui para que mudem de posição no interior do próprio campo: de mulheres usuárias da saúde para conselheiras, delegadas nas conferências e representantes legítimas de suas comunidades.

No depoimento de Marilda destaca-se também a importância do saber empírico associado à experiência da maternidade como elemento que confere legitimidade à sua atuação. Resta analisar como essa atuação está diretamente associada ao papel que as mulheres desempenham na esfera reprodutiva e como acaba por refletir nas condutas individuais e coletivas que vão constituir o campo da atenção à saúde da mulher.

3.2 SAÚDE DA MULHER: MUDANÇAS E PERMANÊNCIAS NAS RELAÇÕES DE GÊNERO

Ao longo da pesquisa foi possível observar que as relações de gênero perpassam toda a reflexão sobre a saúde da mulher. Um primeiro elemento a ser destacado é a preocupação quanto ao impacto que as condições de vida causam à saúde das mulheres. Nos depoimentos coletados parece haver o entendimento de que, se por um lado, as mulheres vivenciam inúmeras situações prejudiciais à sua saúde, que estão associadas à sua condição de gênero, por outro lado, esta mesma condição parece não ser observada pelos serviços de saúde, que não estão adequados às diversas necessidades das mulheres.

Olha, eu entendo assim, a mulher em primeiro lugar ela tem que estar bem. Ela tem que ter uma saúde com qualidade de vida. A questão do tratamento somente da doença não, tem que ter espaço para que a mulher, ela possa ser... ela ... tenha uma política bem resolvida na questão do emprego, uma boa moradia... Mas o serviço público também que atende com mais resolutividade, porque quem fica em posto de saúde, quem fica atrás de escola, atrás de creche é a mulher. (...) Então eu entendo saúde como um conjunto de qualidades, bem estar, lazer... não tem... não tem um lugar de lazer, de fazer um alongamento, de fazer caminhada, então a mulher acaba ficando só na luta, na correria do dia-a-dia. [...] eu vejo uma ausência das políticas públicas, muito grande, na questão do

planejamento familiar, do ginecologista presente nos horários que as mulheres podem ir no Posto [...] (Rosalina, 60 anos)

[...] também, agora, exemplo: a mulher, agora, nova, está sendo enfartada nova. Também nós temos que rever isso daí. Isso daí eu já falei, muitas vezes... a semana retrasada uma ligou para mim, da Zona Norte, vinte e cinco anos, eu encaminhei ela para Zona Sul, hospital. Foi muito bem atendida, e o que que era? Começo de enfarte que tava dando nela, ela tem duas crianças, sabe? Morreu uma também lá da Zona Norte, que eu fiquei sabendo depois que ela morreu de câncer de útero, também, vinte e cinco anos, né? Então a gente tem que rever isso daí, que antes era idade lá em cima, agora não, está pegando os novos também, então nós temos que ver isso daí, porque a pessoa trabalha, trabalha, trabalha, aquela vida estressante né? Que você bem conhece, e chega assim... tem que chegar em casa, tem que arrumar casa, cuidar dos filhos, cuidar de comida, tudo né? Então isso aí estressa a pessoa, né? (Nizinha, 61 anos)

Eu entrei numa depressão quando eu cheguei a Londrina, o médico falou que eu tinha que cuidar do meu corpo, mas principalmente da cabeça. Aí eu fui fazer terapia. E um dia eu comecei a falar não para o meu marido. E no começo foi difícil, mas com o tempo ele foi aceitando. Comecei a falar para as mulheres também sobre limites. Elas têm que falar não. Não podem assumir tudo. Elas têm que falar não, têm que parar para descansar. Não podem assumir tudo. Se um dia ela está muito cansada tem que dizer: "_ Hoje eu não vou lavar a louça, eu não vou lavar". Esta experiência minha eu passo para as mulheres. Eu acho que quando as mulheres começam a acordar que elas são uma pessoa, elas mudam. (Laís, 64 anos)

A abordagem das relações de gênero nos permite identificar contradições no que diz respeito às concepções sobre o lugar da mulher na sociedade. Observou-se que, embora exista um reconhecimento de que a submissão feminina constitui fator que influencia e coloca em risco a saúde das mulheres, em alguns momentos parece haver um reforço desse padrão de relação, na medida em que se avaliam os comportamentos femininos a partir de modelos ideais: a mulher comedida, discreta, que se "preserva", não se expõe a riscos e cuida da sua saúde. No depoimento a seguir observa-se uma associação entre saúde e estilo de vida das mulheres claramente orientada por uma moral conservadora.

Porque, mulher ó... pessoal fica... mulher bebendo cerveja, cedo, bebe, bebe, bebe. Eu falo assim, tem mulher que todo final de semana ela tá bebendo, todo final de semana, você entendeu? Isso acaba, você entendeu? Como ela vai ser uma mulher forte no futuro? Você entendeu? Mulherada, por causa dos direitos igual,

então, fumam e bebem, fumam e bebem. É câncer de mama, é... sabe? Mulherada indo embora nova. Porque minha irmã foi embora nova, com trinta e seis anos, fumava e bebia, entendeu? [...] Tem aqueles casos de separação, tem um monte de coisa, cuida dos filhos sozinha, se torna pai e mãe dos filhos, aí elas não têm... sabe? Uma vida assim... final de semana o que que elas vão fazer? Você entendeu? Deixam os filhos com alguém e vão pra rua beber e daí... um perigo isso aí! Acho que tinha que ter uma orientação em cima disso, né? Elas reclamam... lá na creche também tem mães que os marido tão preso e elas tão sozinha sabe? Os marido saem, e continua omissos, sabe? (Laura, 53 anos)

A permanência de concepções conservadoras em relação ao comportamento das mulheres deve ser analisada numa perspectiva de "habitus de gênero" (CASACA, 2009), ou seja, deve-se considerar que feminilidade e masculinidade são construções sociais e simbólicas que orientam os modos de pensar e agir de homens e mulheres, que, por meio da socialização, interiorizam normas, valores e comportamentos correspondentes a cada gênero. Vale destacar, porém, o caráter dinâmico do *habitus*, tal como Bourdieu considera, o que, no caso das relações de gênero, explica as mudanças e permanências, assim como as aparentes contradições entre discurso e prática.

Com relação às demandas específicas de saúde da mulher, as principais carências apontadas pelas entrevistadas foram os exames de alta complexidade, em especial a mamografia, as consultas de especialidades, a atenção à saúde mental e as práticas de educação em saúde.

[...] eu, nas conferências, sempre cobrei os exames de alta complexidade, porque, por exemplo, de mamografia e de câncer de útero, estava crescendo demais, eles fazem uma propaganda muito bonita, a nível estadual, federal, mas, na prática, é bem outra coisa, sabe? Já veio aí ministro, ex-secretário de ministro, já veio da parte da... daqui do Estado também, e eu sempre cobrando isso daí e agora teve... lamento, porque esses exames, o município não tinha culpa, porque ele vem pelo Estado do Paraná. Então, o Paraná é que libera, sabe? Então, eu sempre cobrando isso daí [...] Então agora, de tanto a gente cobrar, cobrar, cobrar, que o município também tá fazendo, contratou um laboratório, uma clínica, pra fazer. (Nizinha, 61 anos)

[...] as dificuldades que a gente vê é o seguinte, é que hoje a gente orienta as pessoas numa área, por exemplo, ginecologia, e câncer de mama. Nós já fazemos, nós já fizemos duas vezes, trazendo médicos da, da, da... UNIMED né? E fazendo palestra, a gente usa o salão das igrejas e eles trazem, a gente traz o palestrante e faz. Aí

a gente fala pras pessoas da necessidade de fazer a mamografia e tudo isso aí, a pessoa recebe toda essa orientação, só que depois na hora de marcar na Unidade Básica, aí tem toda aquela burocracia, toda aquela demora, então muitas vezes as mulheres desanimam, por causa disso, quando a gente fala pra elas, _Ah! Não adianta ir lá, demora muito, né? Então, isso tem sido, inclusive, às vezes, a gente bate na tecla: é feito tanta campanha na televisão... (Laís, 64 anos)

Agora, a saúde da mulher, eu acho assim, que ela está caminhando, entendeu? Mas falta muito pra gente chegar lá, por causa desses exames, né! E eu acho assim, nós já pedimos na última conferência, policlínica não só ali onde foi instalada, mas nas quatro regiões, sabe? Que daí desafoga um pouco. (Nizinha, 61 anos)

Quanto aos exames de alta complexidade, em especial a mamografia, conforme registrado no Capítulo II desse trabalho, a 1ª Conferência Municipal de Saúde, realizada no ano de 2007, aprovou uma proposta de ampliação das cotas para exames preventivos de câncer de colo de útero e de mama para mulheres com idade acima de 30 anos. No entanto, além do aumento das cotas de exames as entrevistadas apontam como dificuldades para a prevenção: a falta de orientação das mulheres quanto à importância dos exames periódicos; a localização e os horários de funcionamento dos serviços de saúde que não estão adequados aos horários das mulheres, considerando sua dupla jornada. Contudo, Laís reconhece que houve avanços nessa área

[...] tem melhorado bastante, sabe, nesse sentido, porque a gente tinha um ginecologista aí que atendia só meio período, aí, só atendia poucas mulheres, hoje a gente já tem um ginecologista com tempo maior. Existem mais vagas, então muito mais mulheres são atendidas, são encaminhadas, algum caso que tem que ser encaminhado, é encaminhado mais rápido, com urgência. Então, isso aqui, na nossa região, pelo menos, tem melhorado. Elas têm conseguido mais fazer a mamografia, não ta demorando tanto quanto antes. Então isso assim, deu uma boa melhorada. E a Unidade Básica mesmo, eu fui presidente do Conselho de Saúde, daqui da região, da nossa região aqui, e nós fizemos muitos, vários pedidos, na época não foram atendidos, mas foram constatados na folha da Conferência da Saúde. E aí, hoje, já ta chegando. Então, a gente já viu que essa melhoria já voltou, porque inclusive, nós fizemos uma caixinha onde as pessoas colocavam as suas reclamações, as suas sugestões, e a gente levava a sério aquilo, pegava os papeizinhos, fazia um relatório dos pedidos [...] e levava para a CONLESTE, que era o órgão acima e também pras conferências. (Laís, 64 anos)

Como foi abordado no primeiro capítulo, o acesso à informação e à orientação foi uma das reivindicações das feministas contempladas pelo PAISM, mas que nunca foi implementado a contento. A estratégia de educação em saúde, com vistas à prevenção de doenças e à autonomia das mulheres, tem sido negligenciada em favor das práticas curativas. No depoimento a seguir pode-se constatar esta situação.

Eu falo assim, precisava... é, porque o nosso SUS é muito ruim, sabe? Então precisava ser uma coisa melhor, para atender melhor, porque a mulherada vai para o médico, consulta aqui no posto, um monte de mulher, e elas vêm para casa, elas não vêm com aquilo tudo que elas precisam de informação, elas não têm toda a informação, você entendeu? Então falta muita informação, muita coisa. Às vezes a gente fala: _Ai, não sei isso... ai, não! Precisa disso... É muito fraco, no posto não tem informação, assim, de nada. O posto aqui do Maria Cecília mesmo, eu falei: eles tão atendendo que nem plantão de hospital, socorrendo só, só isso. (Laura, 53 anos)

Diante dessa carência as diversas associações populares de mulheres que observamos ao longo dessa pesquisa, têm utilizado como estratégia a organização de atividades informativas como palestras e oficinas. Geralmente essas atividades contam com o apoio de profissionais dos próprios serviços de saúde mais sensíveis a esse problema. Desta forma, o que se tem são ações pontuais resultantes de uma disposição individual de um ou outro profissional, em vez de ações estruturadas em termos de programas, ou mesmo, em termos de uma política de prevenção.

A gente chamava... e aí, então o pessoal do posto... daí depois que a gente implantou a associação, eles vinham na associação, que a gente convidava as mulheres prá vim para as reuniões e a médica do posto de saúde falava sobre a saúde da mulher, sobre o câncer, AIDS, é... menopausa... tudo essas coisa, sabe? Ginecológico... veio tudo, teve vários cursos e a gente sempre fazia. (Laura, 53 anos)

Falta orientação com relação ao cuidado do corpo, com relação ao peso, alimentação, postura, que parece que é estético, mas não é, é uma questão de saúde. Eu faço muitas palestras, porque na minha igreja os pastores sempre pregavam muito a submissão das mulheres. Se o homem não usasse preservativo ela tinha que aceitar. Eu comecei a fazer palestras para dizer para as mulheres que isto é errado. (Laís, 64 anos)

[...] então, inclusive, a gente sempre fala para as pessoas assim: _Vai fazer uma terapia, uma terapia vai te ajudar a vencer essas dificuldades. Muitas vezes elas não sabem nem o que é terapia, aí a gente vai explicar, às vezes, também, a pessoa está com problema de saúde porque ela tem problema ginecológico, ela não sabe o que é ginecológico, ela não vai no ginecologista. Então a gente dá essa orientação: _Mas é bom você procurar um médico, era bom você fazer isso, né? Então a gente teve caso de uma menina, por exemplo, uma adolescente que tava grávida, a gente encaminhou para a Unidade Básica de Saúde, foi junto com ela na consulta porque ela não queria que a mãe soubesse, e ela tava correndo o risco. Então a gente vai junto, se é o caso, às vezes, vai até junto na consulta, a gente vai, né? Encaminhando a pessoa e orientando ela, que ela precisa procurar ajuda, ela não vai vencer aquilo sem procurar ajuda. (Laís, 64 anos)

O depoimento de Laís evidencia a extensão do trabalho que as líderes comunitárias desenvolvem junto aos seus grupos de convívio, que muitas vezes envolve o acompanhamento direto e regular de pessoas em situação de maior vulnerabilidade, assumindo, de certa forma, responsabilidades que, do ponto de vista normativo estariam no âmbito da família.

Outra questão que centralizou as preocupações das mulheres entrevistadas é a atenção à saúde mental. Os problemas nessa área foram associados ao estresse do dia-a-dia das mulheres e, ao mesmo tempo, à ociosidade da vida doméstica, à violência e à submissão feminina.

Olha que são quinze anos de trabalho, é muita coisa, nós temos muita coisa, tem essa de doze anos, tem a de quarenta e três, nós temos mãe, nossa... tem mãe... tem aborto, tem uma de quatorze anos que fez um aborto [...]. Tem tudo isso, várias mães... várias mães que são violentadas, várias mães que apanham, várias mães que levam tudo, coitadas! São umas coitadas, que vivem para o marido. Marido, traição, bate, apanha, tudo isso, temos tudo isso e mais um pouco. [...] tudo isso, muito pior ainda, auto-estima é uma das que estão assim no primeiro grau. [...] são muitas coisas, muitas coisas envolvendo, porque família não é fácil, para você conciliar, a tua casa, o teu marido, os teus filhos, porque você tem que trabalhar lá fora, você tem que cuidar dos filhos aqui dentro, marido também, vai filho para a escola, você não sabe o que está acontecendo lá, você tem que trabalhar, você tem que pensar na sua casa, então eu acho que é isso que envolve a mulher na sua auto-estima. (Marilda, 60 anos)

Esse depoimento coloca em evidência as contradições que permeiam a vida das mulheres na sociedade contemporânea: a sua maior inserção

no espaço público, impulsionada pela ampliação de sua participação no mercado de trabalho e de sua escolaridade, não amenizou a sua carga de responsabilidade no âmbito doméstico. Pesquisas têm demonstrado que embora os homens estejam assumindo mais responsabilidades no cuidado com os filhos e com a casa, a maior carga de trabalho doméstico ainda recai sobre as mulheres.

Quanto à violência doméstica, apesar dos avanços em termos de políticas públicas de prevenção, de proteção e apoio às vítimas, este ainda é um problema de grandes proporções. O reconhecimento dos impactos da violência doméstica sobre a saúde das mulheres tem levado os governos a implementarem programas específicos com a criação de serviços, estabelecimento de protocolos e capacitação de profissionais para o reconhecimento e atendimento dos casos. Conforme já discutido no Capítulo II, Londrina pode ser considerada uma cidade privilegiada nessa área, pois conta com diversos serviços especializados. No entanto, conforme indica a pauta de propostas aprovadas na 10ª Conferência Municipal de Saúde, há a necessidade de ampliar e qualificar esses serviços.

Para as mulheres entrevistadas, uma alternativa importante à carência de programas na área de atenção à saúde mental é o trabalho que elas desenvolvem nas suas comunidades por meio do artesanato. Além de suprirem uma demanda que o poder público não cobre parece haver um entendimento de que, através de seus projetos comunitários, podem desenvolver um trabalho melhor, pois contam com um diferencial que é o *acolhimento* (sentido de abrigar, apoiar).

Eu acho mesmo que é o estresse da pessoa, a pessoa também tem que ter uma parte de sossego, ler... muitas pessoas não lêem para descansar sua cabeça, né? E, por exemplo, aqui no Ouro Branco nós temos uma parte de pintura, de segunda-feira, uma enfermeira que dá o curso aqui no Centro Comunitário, e o... crochê. Por quê? Por causa da depressão, muita pessoa está entrando em depressão e com isso daí, o crochê, é um relax para cabeça, sabe? E... então, nessa parte assim, a gente luta mais, assim, para ter... (Laís, 64 anos)

[...] é que, também, as mulheres aqui, elas ficavam muito ociosas, porque não tinham um lugar para elas irem, não tinham o que fazer, então elas ficavam muito ociosas, então a gente começou ir atrás dessas mulheres mostrando para elas que elas poderiam ocupar o tempo delas aprendendo alguma coisa. (Laís, 64 anos)

O entendimento de que o trabalho que realizam por meio das associações de mulheres possui um potencial importante de melhoria da saúde

mental das mulheres é reforçado pelos profissionais de saúde que acabam por interagir com essas associações como se fossem extensões dos serviços de saúde.

E aí os projetos do artesanato a gente trabalha eles como terapia também. Nesses projetos do artesanato é encaminhado muita mulher para o Conviver¹⁸, nesse do bordado mesmo tem três mulheres que foram encaminhadas para o Conviver, para a saúde mental. E através do bordado a gente recupera essas mulheres, e elas acabam voltando muito para o seu trabalho. E aí, é assim como essa demanda de atenção à saúde da mulher ela é muito difícil do poder público trabalhar a política como deve ser, agora com essa conquista de espaço em lugares estratégicos para trabalhar, a gente também tem encaminhado várias ações e de conhecimento da questão da saúde da mulher. Mas o trabalho em si da associação quando você pensa em todo esse espaço, essa coletividade de participação, no acolhimento da pessoa sem ser essa questão obrigatória, de horário, de quem faz, ou do que deixa de fazer, delas andar por esse prédio... isso já é um grande espaço de terapia. (Rosalina, 60 anos)

[...] a gente incentiva as pessoas nisso porque, porque a gente acha, assim, que, ela estando fazendo esse trabalho, a mente dela vai ser mais saudável, porque a maior parte das doenças, parte do princípio mental, é saúde mental, quer dizer, a pessoa não tem uma mente ocupada, uma mente saudável, ela começa a criar uma série de doenças. Uma das coisas que a própria Unidade Básica passou para nós, eles encaminham pessoas para a gente, porque eles descobriram que muitas pessoas iam na Unidade [de saúde] atrás de consulta, mas na verdade as pessoas estavam precisando de alguém que ouvisse os problemas delas, que desse uma atenção para elas, então, quando nós tínhamos o nosso espaço, o que que a gente fazia? A gente oferecia cafezinho, a gente oferecia um lanchinho, a gente agradava as pessoas e elas se sentiam bem ali, e, às vezes, elas iam lá só para bater papo, só para passar um tempo, que, não tendo esse lugar, para onde elas vão? O lugar público que elas têm aqui é a Unidade Básica, e com isso, a Unidade Básica fica super lotada, e aí, é onde os funcionários é... sempre procuram a gente para dar um apoio para eles nesse sentido, para desafogar a Unidade Básica. (Laís, 64 anos)

Os depoimentos evidenciam, por um lado, o reconhecimento da incapacidade dos serviços oferecerem um serviço de qualidade e amplitude adequadas às necessidades das mulheres e, por outro lado, a disposição das mulheres em tomar para si essa tarefa, uma vez que acreditam na maior resolutividade da ação desenvolvida por meio do artesanato e do *acolhimento* oferecido pelas associações de mulheres.

¹⁸ CAPS Conviver é um dos serviços de atenção à saúde mental que integram a rede pública de saúde no

Há, portanto, uma concordância em relação à idéia de que, na verdade, o que grande parte das mulheres com depressão e outros problemas relacionados à saúde mental precisam é de ocupação e atenção. Uma questão que se pode levantar em relação a isto é o risco de uma desqualificação das queixas das mulheres e, conseqüentemente, que se deixe de ofertar o atendimento necessário. A desqualificação das queixas das mulheres por parte de profissionais da saúde é um problema apontado por algumas pesquisas e lembrado por Laís.

Na saúde a mulher é vista assim: vive reclamando, vive chorando... então, quando chega no serviço, o médico nem dá muita atenção. É comum a gente ouvir falar assim: "_essa aí não tem o que fazer, não tem ocupação, senão, não estaria arrumando doença". (Laís, 64 anos)

Outro aspecto importante levantado por Laís é a tendência à medicalização, que nos parece ser entendida como uma prática questionável, um recurso paliativo diante da ineficiência do sistema em ofertar um atendimento integral à saúde mental.

Outra demanda da comunidade é psicólogo. Às vezes o médico vai atender a pessoa e vê que o que ela precisa mesmo é terapia. Aí o que ele faz: receita o calmante. (Laís, 64 anos)

Por fim, com relação à saúde mental, o que os depoimentos mostrados revelam é que os projetos comunitários das Associações de Mulheres vêm preencher uma lacuna deixada pelo poder público na oferta de serviços voltados à atenção da saúde mental. Além de proporcionar uma ocupação às mulheres, o que para as entrevistadas parece ser um elemento importante para a saúde mental, os projetos constituem-se em espaços de sociabilidade entre iguais, mulheres que compartilham dos mesmos problemas e que carregam, assim, um elemento diferencial em relação às práticas oficiais de assistência à saúde: o *acolhimento*. Associado a isso, outra necessidade levantada, tendo em vista a melhoria da qualidade da assistência à saúde, é a humanização.

[...] avançou assim: que tinha pouco posto, foi construído; os médicos, tem uns médicos melhores, tem médico aí, que a gente faz fila no médico porque ele é bom, tem aqueles que não olham na sua cara, mas tem aqueles melhorzinhos. O que precisa é humanização. (Laura, 53 anos)

Então, nisso aí que eu bato sempre, todas as conferências que tem, principalmente da saúde, eu bato sobre a humanização [...] formamos, agora, essa equipe da humanização, que a gente vai visitar os hospitais, vai visitar os postos de saúde depois, para ver como é que tá, sabe? [...] por exemplo, você chega num posto de saúde lá, a pessoa vem atender você, entendeu? humildemente, certo? por mais que ela não, não, não esteja preparada, não esteja boa, mas... o sorriso, porque a pessoa chega no balcão, ela já chega ali é... como eu vou te explicar? Ela já chega deprimida, com a dor que ela está sentindo, com a doença que ela tem, às vezes, está com uma depressão, entendeu? Então se uma pessoa vem atender ela... ela vai ficar mais ainda com dor, mais deprimida e com a humanização não. Assim é nos hospitais também, sabe? [...] ninguém vai no hospital, num posto de saúde, por brincadeira, entendeu? Vai lá porque necessita do serviço, né? E eu acho assim, o funcionário, o médico tem que olhar no rosto da pessoa quando vai consultar, entendeu? Por lei, eles têm quinze minutos para perder, ali, junto com o paciente, conversando, vendo com o paciente, e ultimamente não tava sendo assim, o atendimento era rápido, sabe? Então eu acho que a gente tem que ver, e o plano do SUS é um plano muito bom, só que tem que saber estruturar e ver o que pode ser feito para melhorar ele, sabe? (Nizinha, 61 anos)

Nessa fala, a humanização está associada ao acolhimento como um elemento que depende muito mais da postura do profissional de saúde do que uma mudança em nível da estrutura do serviço. É possível perceber também nessa fala a incorporação da perspectiva da saúde como um direito e o SUS como uma conquista que deve ser incorporada como bandeira pelos usuários e usuárias para que possa ser melhorado.

Analisando as demandas apresentadas pelas mulheres o que se observa é a incorporação de propostas que integram o ideário feminista como a humanização da assistência, a educação em saúde com vistas à autonomia e a noção de integralidade. No entanto, bandeiras históricas como o exercício da sexualidade e o direito ao aborto não foram temas citados durante as entrevistas, embora tenham sido, de certa forma, contemplados na pauta de propostas aprovadas na 10ª Conferência Municipal de Saúde. Retomando o argumento de Mariano (2001), uma explicação para isto pode ser a ausência de um movimento feminista organizado em Londrina. Embora, como já abordado, nas duas últimas

décadas, a circulação do discurso feminista tenha sido ampliado para diversos espaços - sindical, político-partidário, acadêmico e governamental - esta ausência acaba por limitar a inserção feminista nos movimentos populares.

Quando perguntado sobre qual seria hoje a bandeira de luta das mulheres para a área da saúde as respostas foram as mais variadas, contemplando desde reivindicações em relação à melhoria de estrutura e qualidade dos serviços, até questões relacionadas à mudança em nível das subjetividades femininas, que implica na superação da sua condição de subordinação.

Olha! O que poderia avançar são os exames, médico... que precisa de mais médico, entendeu? Que aqui não ta faltando médico, porque eu exigi os médicos. Saiu, mas tem que por um outro no lugar, não pode ficar desfalcado, né? Os exames, a atenção dos funcionários com os pacientes, humanizada. (Nizinha, 61 anos)

Acho que a grande bandeira da mulher ainda é... elas ficarem independentes, não ficar dependente de homem. Mulherada ainda depende muito, elas têm que melhorar muito ainda, sabe? (Laura, 53 anos)

Diante das questões colocadas é possível dizer que embora a atuação dessas mulheres encontre limitações em termos de potencial transformador das práticas e das políticas de saúde da mulher, ela gera condições para a ampliação dos espaços de participação das mulheres, tanto por meio das redes sociais criadas em seus bairros, espaços e organizações comunitárias femininas, quanto pela ocupação dos espaços institucionais como os conselhos e conferências de saúde.

3.3 O SIGNIFICADO DA PRÁTICA: PODER OU OPRESSÃO

Com relação à atuação específica na área da saúde, o que se percebe é que esta incorpora tanto ações de mobilização para o encaminhamento de reivindicações junto ao poder público quanto de atendimento direto das necessidades das comunidades de atuação dessas lideranças, por meio de estratégias como campanhas e mutirões de ajuda. Especialmente através dos

campos que fazem parte de suas trajetórias: igrejas, pastorais, instituições e organizações comunitárias.

Eu sempre costumo dizer assim, que a Associação ela é sustentada num tripé, que é: orientação na área de saúde, de educação e de geração de renda. Então, nós procuramos, por exemplo, na questão da saúde, então, tem uma campanha para fazer, se tem vacinação, então nós procuramos participar dessas campanhas, com a Unidade Básica, ou seja, com a Secretaria da Saúde e passando para as pessoas todas as informações, dizendo quem é que precisa vacinar, quem tá precisando, porque não foi ainda, né? Então, lá no posto tá acontecendo tal coisa, lá no posto de saúde, você precisa ir, então a gente passa isso. (Lais, 64 anos)

[...] nos trabalho da Pastoral a gente visitava gestante, via a saúde da criança, a gente fazia muito curso, aprendia muita coisa que a gente via, e encaminhava. E os médicos também, do posto, começaram a encaminhar as crianças para a gente porque as mães não tinham dinheiro para comprar remédio né? Aí eles encaminhavam as crianças que estavam desnutridas ou que tinha aquela é... falta de vitaminas, essas coisas, para a gente trabalhar com elas. Aí a gente começou a trabalhar junto com o posto [de saúde].[...] E tinha até médico, sabe? Pessoa que levava a criança em médico particular! [...] eles traziam para a gente, mandavam para a gente, porque eles falavam assim: "é lá na Pastoral que está o remédio do seu filho. (Laura, 53 anos)

Como vimos, as organizações comunitárias extrapolam o âmbito puramente reivindicatório para tornarem-se colaboradores do poder público, na medida em que executam uma série de ações voltadas à melhoria das condições de saúde dos indivíduos daquela comunidade.

Essa forma de atuação das organizações comunitárias pode ser interpretada de diversas formas, porém destacam-se duas perspectivas possíveis. A primeira, defendida por Valla (1998), argumenta que esta situação relaciona-se a uma característica histórica dos países da América Latina que privilegiam o investimento de recursos públicos em obras de infra-estrutura industrial em detrimento do investimento nas políticas sociais. No contexto neoliberal esta tendência se agrava e a saída é conclamar a sociedade civil a assumir parte da responsabilidade do governo em relação às demandas sociais. Diante disto, em relação à organização popular o autor observa que:

Uma tendência seria a de insistir no trabalho popular segundo a idéia de mutirão, de apoio mútuo, de solidariedade. Muitas vezes

desenvolvida em torno de igrejas, ONGs e associações de moradores, essa tendência representa a pouca esperança de que os políticos brasileiros venham a levar em conta as necessidades das populações pobres. (VALLA, 1998, p. 17)

A segunda perspectiva é apontada por Celi Pinto que reconhece que as organizações comunitárias, na medida em que se mobilizam para melhorar as condições de vida das suas comunidades, acabam por construir "novas relações de poder com os representantes do aparato estatal no local, como escolas públicas, postos de saúde, postos policiais, etc. Essa relação não é essencialmente reivindicatória, mas um exercício de ocupação de espaço." (PINTO, 1992, p. 131). Nessa perspectiva, o depoimento que segue mostra como a ação, que começa no nível da "ajuda", pode avançar para a organização de espaços de debate e de intervenção política, como os conselhos locais de saúde.

Na época, junto, nós fazíamos um trabalho na saúde, que nós íamos de casa em casa, antes desse posto, para ver como é que estava a saúde das pessoas, do morador [...] nós formamos uma comissão e nós íamos. Nós não tínhamos lugar para fazer reunião, era na escola ou era na igreja lá do... do Conjunto das Flores. O Márcio [Almeida], na época, ele era solteiro, tava como professor na Universidade [estadual de Londrina]. Aí ele viu, ele soube desse trabalho que nós vínhamos fazendo, igual formiguinha, ele veio conversar conosco se ele podia deixar os alunos participarem, aí ele começou vir, a participar. Depois foi construído o posto de saúde, daí ele já veio com os alunos, também, era uma época muito boa, é... ali no posto de saúde também. Dessa época, desse trabalhinho nosso, que nós começamos a fazer é que surgiu o CONSUL. (Nizinha, 61 anos)

A inserção em diferentes campos e a interação com agentes diversos possibilita, como abordado no tópico anterior, a apropriação - por parte das 106 mulheres líderes pesquisadas - de diferentes tipos de capitais que serão utilizados, no campo da luta pela saúde, para que os interesses dos usuários e usuárias da saúde sejam aceitos e incorporados pelos dirigentes e grupos dominantes.

Agora a questão do hospital também foi uma luta, o hospital não existia, a gente começou a trabalhar em cima disso, cobrando que precisava de hospital, aí uma... esse hospital foi uma vez que veio o governador aqui e daí a gente fez um abaixo-assinado em toda a comunidade, todo mundo, que através dos grupos de reflexão,

fizemos um abaixo-assinado e mandamos para... e fizemos um jeito de chegar até ele um dia que ele tava fazendo um... ele veio inaugurar foi... não lembro o que que ele veio inaugurar... e a gente foi lá com esse documento para ele pegar para fazer o hospital. [...] Aí ele pegou, daí ele falou... falou sobre o abaixo-assinado, que ele ia analisar e tudo. Aí depois a gente foi cobrando, não ficou só assim, né? A gente começou cobrar, cobrar, daí... daí... implantou o hospital. (Laura, 53 anos)

O reconhecimento do seu papel enquanto agente político forjado na luta comunitária aparece na fala de Rosalina: *"o pessoal tem respeito em relação a estes dois nomes [o seu e o da Associação de Mulheres], porque foi uma coisa construída em conjunto."* Quando questionada se hoje ela se vê de forma diferente, ela afirma que

Sim, é outra. Porque eu achava assim... por exemplo, quando eu fui mandada embora porque eu não sabia lavar o banheiro da mulher, eu somente comecei a chorar, né? Hoje jamais. Se acontecer uma coisa dessas comigo... ninguém me faz... através disso eu fui conquistando o meu direito como mulher. E esse direito como mulher a gente... é tem mudança expressiva. Quando você vê pessoas fazendo mestrado, doutorado, sobre a minha vida, sobre a história da Associação, isto é muito bom. E essa questão da visão que eu tinha, que eu tenho, que só através da educação que você consegue mudar, de luta... de vir pra cidade, pra estudar meus filhos, tem filha minha fazendo faculdade, parente minha que não sabia o que era escola e hoje já terminou a faculdade. (Rosalina, 60 anos)

Então é uma... assim... assumi a Associação de Mulheres como uma bandeira de mudança de vida das mulheres e aí inclui a mim, em primeiro lugar, porque você tem que mudar você mesmo, para depois você começar trabalhar os outros. Porque todo o sofrimento que eu tinha antigo, de discriminação, de achar que eu nunca conquistava nada, e através dessa coletividade, de discussão eu conseguir mudar isto é um... hoje, o nome da Associação, ligada ao meu nome... o da Associação, porque estão os dois em conjunto, é um choque tem hora. Porque foi uma coisa construída em conjunto. (Rosalina, 60 anos)

Ao longo de suas trajetórias, além de ocupar espaços e construir canais pelos quais passam as suas reivindicações, essas mulheres se apropriam e (re)intepretam discursos, (re)significam sua prática e (re)constroem sua identidade, ou seja, elas saem do lugar de usuárias para o lugar de agentes no campo onde se dá o processo de construção e reconstrução da assistência à saúde.

Por fim, percebemos que, por um lado, a atuação dessas mulheres implica em assumir mais uma responsabilidade somada às tarefas domésticas e reprodutivas e, portanto, representa uma sobrecarga de papéis, na medida em que a prática desenvolvida em suas comunidades inclui participar diretamente em ações de promoção da saúde como campanhas informativas, mutirões e o cuidado propriamente dito como é o caso do trabalho desenvolvido pelas pastorais de saúde. Por outro lado, esta mesma atuação permite às mesmas romperem os limites do âmbito privado, que é, dentro dos padrões de gênero, o espaço privilegiado de atuação das mulheres, possibilitando uma maior inserção na vida pública. Melhor dizendo, o papel social da mulher enquanto "cuidadora" legitima sua inserção no espaço público, o que, por sua vez, acaba por alterar as relações no âmbito do privado.

Mesmo que não consigam romper com todas as relações de opressão determinadas pela situação de gênero, conseguem estabelecer um campo de manobras tanto no mundo privado quanto no mundo público, alterando e ampliando, através de um conjunto de práticas e de estratégias, os seus espaços de ação e de poder em geral e em especial com relação à atenção e assistência à saúde da mulher.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa foi desenvolvida com o objetivo de investigar, sob a ótica das relações de gênero, a trajetória de lideranças comunitárias femininas na luta pela saúde, procurando apreender a dinâmica de mudanças e permanências que se estabelecem ao longo dessa trajetória. Para tanto, partiu-se de alguns pressupostos dos estudos feministas e das teorias de gênero, aplicados à análise sobre o campo da saúde. Um desses pressupostos considera que a experiência da reprodução marca de forma especial a relação da mulher com a saúde. No entanto, essa relação ganha diferentes contornos no processo histórico que envolve a produção do conhecimento e a vivência das práticas nesse campo.

Nessa perspectiva, a consolidação da medicina moderna como campo do conhecimento e da prática do curar representou a transição de um período em que as mulheres dominavam conhecimentos e práticas para um período em que o poder de decidir sobre seu próprio corpo foi lhe sendo expropriado, constituindo-se em objeto de normalização e disciplinamento médico.

Se o processo de medicalização do corpo feminino representou uma submissão do saber tradicional e da própria mulher ao saber médico, este mesmo processo não isentou a mulher da responsabilidade como "cuidadora". A divisão sexual do trabalho delegou às mulheres as tarefas domésticas como cozinhar, manter a higiene da casa e cuidar das crianças, dos idosos e dos doentes. Assim, as necessidades sentidas pelas mulheres ao desempenharem o papel de "cuidadora", fazem com que elas sejam as principais freqüentadoras dos serviços de saúde, pois além de sua própria saúde elas são responsáveis também pela saúde dos seus familiares.

Além disso, a responsabilidade em garantir o bem estar de suas famílias exige que as mulheres mobilizem-se em busca de uma série de outros recursos capazes de satisfazer as diversas demandas da família. Assim, o bairro torna-se o território de atuação das mulheres que, por meio de suas redes sociais, se unem e se mobilizam por asfalto, saneamento básico, educação, transporte, moradia e assistência à saúde.

Dessa forma, um segundo pressuposto subjacente à análise é de que as relações de gênero que definem os papéis de homens e mulheres no âmbito

da esfera privada perpassam as demais relações sociais determinando também a forma de inserção e atuação das mulheres na esfera pública.

Com base nessa constatação, a análise das trajetórias das cinco mulheres que compuseram o universo desta pesquisa teve como ponto de partida o levantamento dos fatores que determinaram sua inserção na vida comunitária e na luta pela saúde, fazendo-as emergir como lideranças.

No exercício de retomar o passado para lembrar suas motivações, o que se destaca é a preocupação com o que se convencionou denominar de "comunidade". De imediato, o que buscavam era melhorar o bairro e ajudar as famílias mais carentes. Para tanto, organizaram-se dentro das igrejas, escolas, centros comunitários e criaram suas próprias organizações. Analisando seus relatos de desafios e conquistas, conclui-se que o trabalho que estas mulheres desenvolvem enquanto líderes comunitárias tem uma importante função social, ou seja, amenizar as dificuldades enfrentadas, sobretudo pelos moradores das regiões mais pobres da cidade, diante da ineficiência do Estado em garantir o atendimento às suas demandas básicas.

As análises de suas trajetórias demonstram que as lutas empreendidas pelas mulheres comportam tanto ações de atendimento direto das necessidades da "comunidade" por meio de estratégias como campanhas e mutirões quanto de mobilizações para o encaminhamento de reivindicações junto ao poder público. Assim, a ação, que começou no nível da ajuda, por meio das redes de solidariedade criadas nos limites do bairro, avançou para a organização de espaços de debate e de intervenção política, como os conselhos locais de saúde.

A preocupação com as demandas específicas das mulheres motivou a criação de associações de mulheres, organizações que se constituíram em canais de interlocução com o poder público e principal fonte de encaminhamento das demandas das mulheres. A relação com organismos governamentais de políticas para as mulheres como a Secretaria Municipal da Mulher e o Conselho Municipal dos Direitos da Mulher parece ter levado a uma maior politização de gênero. É nesse contexto que a saúde da mulher surge como discurso e como prática e aqui se encontra outra questão central da análise: qual o lugar que a saúde das mulheres ocupa na pauta de reivindicações dessas mulheres?

Para a análise dessa questão os estudos feministas nos oferecem uma reflexão crítica sobre as intervenções nessa área, apontando os limites de um

modelo hegemônico ancorado numa visão tradicional de mulher. De acordo com essa perspectiva, os programas de atenção à saúde da mulher privilegiam as demandas associadas ao papel social que esta desempenha na esfera reprodutiva distanciando-se do projeto construído pelo movimento de mulheres.

Com relação a isso, o que se observou foi que a pauta de demandas das mulheres da pesquisa incorpora propostas que integram o ideário feminista como a humanização da assistência, a educação em saúde com vistas à autonomia e a noção de integralidade. No entanto, bandeiras históricas como o livre exercício da sexualidade e o aborto não foram citadas como demandas. Essa constatação pode ser explicada pela tese de Mariano (2001) de que a ausência de um movimento feminista organizado em Londrina com inserção nos movimentos populares dificulta a politização de gênero e a adoção de posições mais radicais em relação às demandas das mulheres.

Em se tratando de analisar permanências e mudanças essa parece ser uma questão importante. Embora o discurso feminista tenha sido incorporado tanto por setores do movimento popular quanto pelos gestores públicos, a exemplo do PAISM, o que se observa é a existência de contradições, tanto nos discursos quanto nas práticas, entre posições mais questionadoras e críticas em oposição às práticas que reforçam os padrões tradicionais de gênero.

Nessa perspectiva, a politização de gênero não pode ser entendida como um processo linear de "tomada de consciência", mas como um exercício de avanços e recuos dentro de um campo de possibilidades, no qual as mulheres transitam e interagem com diversos agentes e definem estratégias de acordo com a relação de forças estabelecida.

Um aspecto comum na trajetória das cinco mulheres foi a diversificação dos espaços de participação. Um exame dessa questão revela dois aspectos importantes: em primeiro lugar destaca-se o caráter ativo dessa participação em diferentes campos de atuação. Essas lideranças demonstram uma participação propositiva, apresentando demandas e indicando caminhos para as ações. A experiência prática e o vínculo com a comunidade garantem-lhes uma posição de destaque que favorece a sua inserção nos diferentes campos e garante-lhes poder para a negociação de interesses.

Em segundo lugar, foi possível perceber que a experiência em transitarem por diferentes campos possibilitou a essas mulheres um acúmulo de

conhecimento. O contato com os diversos agentes que compõem o campo institucional da saúde promove uma qualificação da atuação comunitária, pois, na medida em que ampliam o nível de conhecimento enquanto lideranças, acabam por gerar novas demandas e incentivar a criação de novas estratégias de atuação. Um bom exemplo disso foi a criação, ao longo da década de 1990, das associações de mulheres, que acabaram por se constituir em um dos espaços de discussão sobre a saúde da mulher e mecanismos por meio dos quais as mulheres passaram a ter mais acesso aos gestores públicos.

As análises nos permitem estabelecer aproximações com a posição de Celi Pinto (1992) de que, na medida em que as organizações comunitárias se mobilizam para melhorar as condições de vida das suas comunidades, acabam por construir novas relações de poder com os gestores públicos que embora não sejam relações essencialmente reivindicatórias, constituem um exercício de ocupação de espaço. Se, por um lado, a atuação dessas mulheres implica em assumir mais uma responsabilidade na medida em que a prática desenvolvida inclui participar diretamente de ações de promoção da saúde como campanhas informativas, mutirões e o cuidado propriamente dito, a exemplo do trabalho desenvolvido pelas pastorais de saúde, por outro lado, essa mesma atuação permite às mulheres romper os limites do âmbito privado - na perspectiva de gênero, espaço privilegiado de atuação das mulheres - inserindo-se na vida pública.

Outra questão que o presente trabalho procurou responder foi em que medida a atuação dessas mulheres contribui para a mudança do ponto de vista das relações de gênero. O que se pôde observar, através das análises, foi que se a experiência da participação não implica numa ruptura com o antigo *habitus* de gênero, pelo menos permite às mulheres, foco da pesquisa, ocupar um espaço - o espaço do debate público - e se apropriarem de um capital político.

Este processo possibilita uma mudança de posição nas relações de poder, tanto nos espaços públicos quanto no âmbito privado - na relação com a própria família - como evidenciado pelas situações de conflito relatadas.

No que diz respeito à saúde da mulher é possível dizer que embora a atuação dessas mulheres encontre limitações em termos de potencial transformador das práticas hegemônicas, de um lado, gera condições para a ampliação dos espaços de participação, tanto por meio das redes sociais criadas nas suas comunidades - como as associações de mulheres - quanto pela ocupação

dos espaços institucionais - como os conselhos e conferências de saúde - por onde passam suas reivindicações. Por outro lado, se a pauta de reivindicações das líderes comunitárias ainda não incorporou questões polêmicas e ao mesmo tempo importantes para a saúde da mulher como a questão do aborto, não resta dúvida de que a participação dessas mulheres nos espaços de definição e debate das políticas públicas tem contribuído para melhorar, ao menos em âmbito local, a assistência pública de saúde dirigida às mulheres.

REFERÊNCIAS

- ADUM, Sonia Maria Sperandio Lopes. **Imagens do progresso: civilização e barbárie em Londrina, 1930-1960.** 1991. Dissertação (Mestrado em História Social) – Faculdade de Ciências e Letras, Departamento de História. Universidade Estadual Paulista, Assis, 1991.
- ALMEIDA, Ana Maria Chiarotti. **A morada do vale: sociabilidade e representações; um estudo sobre as famílias pioneiras do Heimtal.** Londrina: Ed. UEL, 1997.
- ALVAREZ, Sonia. Politizando as relações de gênero e engendrando a democracia. In: STEPAN, A. (Org.). **Democratizando o Brasil.** Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1988. p. 315-380.
- AQUINO, Estela Maria Leão de. Gênero e saúde: perfil e tendências da produção científica no Brasil. **Revista de Saúde Pública.** São Paulo. v. 40 (n. esp.), p. 121-132, 2006.
- ARIAS NETO, José Miguel. **O Eldorado: Londrina e o Norte do Paraná, 1930-1975.** 1993. Dissertação (Mestrado em História Social) – Departamento de História da Universidade de São Paulo, São Paulo, 1993.
- ARRUDA, Angela. Teoria das representações sociais e teorias de gênero. **Cadernos de Pesquisa,** Rio de Janeiro, n. 117, p.127-147, nov. 2002.
- BARROSO, Carmen. Esterilização Feminina: Liberdade e Opressão. **Revista de Saúde Pública,** São Paulo, v. 18, n. 2, p. 170-180, 1984.
- BERQUÓ, Elza. Os corpos silenciados. **Novos Estudos - CEBRAP.** São Paulo, n. 3, p.46-48, 1982.
- BODSTEIN, Regina Cele de A. Ciências Sociais e Saúde Coletiva: Novas Questões, Novas Abordagens. **Cadernos de Saúde Pública.** Rio de Janeiro, v.8 n2, p. 140-149, abr/jun, 1992.
- BORGES, Joana Vieira A "explosão demográfica" e os programas de planejamento familiar no Brasil. **OUTRA - Revista eletrônica de História.** 2004, n. 01, p.18-28.
- BOURDIEU, Pierre. Esboço de uma teoria da prática. In: ORTIZ, R. (Org.). **Pierre Bourdieu: sociologia.** São Paulo: Ática, 1983, p.46-81.
- _____. **Razões práticas: sobre a teoria da ação.** Campinas, SP: Papius, 1996.
- _____. **O poder simbólico.** Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2004.
- BRASIL. Ministério da saúde. Programa de assistência integral à saúde da Mulher (PAISM). Brasília, 1985. In: OLIVEIRA. F. **Oficinas mulher negra e saúde.** Belo Horizonte: Mazza, 1998.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção Integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes.** Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007.

Disponível em:

<<http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/popup/070409.htm>>. Acesso em: 11 jan. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **PNDS 2006 - Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 583p.

Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/pnds/img/relatorio_final_pnds_2006.pdf> Acesso em: 3 jan. 2009.

BRITO, Ângela Xavier de. Rei morto, rei posto? As lutas pela sucessão de Pierre Bourdieu no campo acadêmico francês. **Revista Brasileira de Educação**, n.19, p.5-19, jan./ abr. 2002. Disponível em:

<http://www.anped.org.br/rbe/rbedigital/RBDE19/RBDE19_03_ANGELA_XAVIER_DE_BRITO.pdf> Acesso em: 28 maio 2007.

CARVALHO, Brígida Gimenez; MARTIN, Gilberto Berguio; LUIZ Cordoni Junior. A organização do sistema de saúde no Brasil. In. ANDRADE, S. M.; SOARES, D. A.; CORDONI, L. (Org.). **Bases da Saúde Coletiva**. Londrina. Editora UEL, 2001. p. 27-59.

CASACA, Sara Falcão. **Revisitando as teorias sobre a divisão sexual do trabalho**. Instituto Superior de Economia e Gestão - SOCIUS Working papers n° 4 - 2009. Disponível em: <http://pascal.iseg.utl.pt/~socius/publicacoes/wp/WP_4_2009.ultima.versao.pdf> Acesso em: 22 out. 2009.

CASTRO. Rosimeire Angeline. **O cotidiano e a cidade: práticas, papéis e representações femininas em Londrina (1930-1960)**. Dissertação (Mestrado em História) – Departamento de História da Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 1994.

COELHO, Clair Castilhos. Breve história da mulher e seu corpo. In: COELHO, Elza Berger Salema; CALVO, Maria Cristina Marino; COELHO, Clair Castilhos (Org.). **Saúde da Mulher: um desafio em construção**. Florianópolis. Ed. da UFSC, 2006. p.11- 26.

COELHO, Clair Castilhos. Saúde da mulher e o controle social no Brasil em tempos de neoliberalismo. **Revista de Saúde Pública**. Florianópolis, v.1, n.1, p.51-61, jan/jun. 2008.

COELHO, Vera Schattan P. A democratização dos conselhos de saúde: o paradoxo de atrair não aliados. **Novos estudos CEBRAP**, São Paulo, n. 78, July 2007 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_Art text&pid=S0101-33002007000200009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 set. 2009.

CORREA, Maria Valéria Costa. Controle Social na Saúde. In: MOTA, Ana Elisabete et al. (Org.). **Serviço social e saúde: formação e trabalho profissional**. Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social, OMS, OPAS. [S.l.:s.n], jun. 2006. Disponível em: <http://www.fnepas.org.br/pdf/servico_social_saude/texto1-6.pdf> Acesso em: 11 maio 2009.

CORRÊA, Mariza. Bourdieu e o sexo da dominação. **Revista Novos Estudos**. CEBRAP. São Paulo, n.54, p.43-53, jul.1999.

COSTA, Ana Maria. **Políticas de saúde, equidade e gênero**: atualizando a agenda. Grupo de Trabalho Gênero e Saúde. Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva. São Paulo. 1997 (Mimeo)

_____. Ana Maria; SILVESTRE, Rosa Maria. Uma reflexão sobre poder, mulher e saúde: dilemas para a saúde reprodutiva. In: VENTURI, Gustavo; RECAMÁN, Marisol; OLIVEIRA, Suely de (Org.). **A mulher brasileira nos espaços público e privado**. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, 2004.

COSTA, Delaine Martins. **Democratização dos poderes municipais e a questão de gênero**. Rio de Janeiro: IBAM/Fundação Ford, 1997.

COSTA, Suely Gomes. Proteção social, maternidade transferida e lutas pela saúde reprodutiva. **Revista Estudos Feministas**. v.10, n.2, p. 301-323, 2002.

COSTA, Suely Gomes. Saúde, gênero e representações sociais. In: MURARO, Rose Marie.; PUPPIN, Andrea. B. (Org.). **Mulher, Gênero e Sociedade**. Rio de Janeiro: Relume Dumará: FAPERJ, 2001. p.112-123.

COSTA, Tonia. et al. Naturalização e medicalização do corpo feminino: o controle social por meio da reprodução. **Interface - comunicação, saúde, educação**. v. 10, n. 20, p. 363-80, jul./dez. 2006.

DAGNINO, Evelina. Sociedade Civil, participação e cidadania: de que estamos falando? In: Mato D. (Org.). **Políticas de ciudadanía y sociedad civil en tiempos de globalización**. Caracas: FACES, Universidad Central de Venezuela, pp. 95-110. 2004. Disponível em: <<http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/ar/libros/venezuela/faces/mato/Dagnino.pdf>>. Acesso em: 21 nov. 2009.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

FUNDAÇÃO KELLOGG. **Programa UNI**: uma nova iniciativa na educação dos profissionais da saúde. Battle Creek: Fundação W. K. Kellogg, 1994

GALVÃO, Elaine Ferreira; ANDRADE, Selma Maffei de. Violência contra as mulheres: análise de casos atendidos em serviços de atenção a mulheres em situação de violência. **Revista Saúde e Sociedade**. São Paulo. v.13, n.2, p 8999, maio/ago, 2004.

GAZETA, Alexandre Perles. Democracia e participação social: a experiência dos Conselhos Municipais de Saúde no interior de São Paulo. **Tese - revista Eletrônica dos Pós-Graduandos em Sociologia Política da UFSC**. v. 2, n.1 (2), p. 1-19, jan./jun. 2004.

GIFFIN, Karen. Nosso corpo nos pertence; a dialética do biológico e do social. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro. v.7, n.2, p.190-200, abr./jun.1991.

GIFFIN, Karen; COSTA, Sarah Hawker. (Org.). **Questões da saúde reprodutiva**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1999.

GIL, Célia Regina Rodrigues. et al. A organização dos serviços de saúde em Londrina e região: uma experiência concreta do processo de municipalização. In: ANDRADE, Selma Maffei de; SOARES, Darli Antonio; CORDONI, Luiz. (Org.). **Bases da Saúde Coletiva**. Londrina. Editora UEL, 2001. p. 61-91.

GOLDANI, Ana Maria. Família, gênero e políticas: famílias brasileiras nos anos 90 e seus desafios como fator de proteção. **Revista Brasileira de Estudos de População**. São Paulo. v.19, n.1, jan./jun. 2002, p.29-48. Disponível em: <http://www.abep.nepo.unicamp.br/docs/rev_inf/vol19_n1_2002/vol19_n1_2002_2artigo_29_48.pdf> Acesso em: 7 mar. 2009.

GOLDBERG, Anette. Feminismo no Brasil Contemporâneo: o percurso intelectual de um ideário político. **BIB**, Rio de Janeiro, n.28, p. 42-70, 2º semestre de 1989.

IBGE. **Acesso e utilização de serviços de saúde**. Rio de Janeiro: IBGE, 2005. Disponível em:<<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2003/saude/saude2003.pdf>> Acesso em: 3 jan. 2009.

IBGE. **Evolução e perspectivas da mortalidade infantil no Brasil**. Estudos e Pesquisas: Informação Demográfica e Socioeconômica. Rio de Janeiro: IBGE, 1999. n 2. 45p. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/evolucao_perspectivas_mortalidade/evolucao_mortalidade.pdf> Acesso em: 20 dez. 2008.

KERGOAT, Danièle. Relações sociais de sexo e divisão sexual do trabalho. In: LOPES, Marta Julia Marques; MEYER, Dagmar Estermann; WALDOW, Vera Regina. (Org.). **Gênero e Saúde**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996. p.19-27.

LAHIRE, Bernard. Reprodução ou prolongamentos críticos? **Educação e Sociedade**. n 78, p. 37-55, abr. 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/es/v23n78/a04v2378.pdf>>Acesso em: 28 abr. 2007.

LAURETIS, Teresa de. A tecnologia do gênero. In: HOLLANDA, Heloisa Buarque de. **Tendências e impasses: o feminismo como crítica da cultura**. Rio de Janeiro: Rocco, 1994. p. 206–242.

LEME, Edson. Holtz. **Noites ilícitas: histórias e memórias da prostituição**. Londrina: EDUEL, 2005.

LONDRINA. Conselho Municipal de Saúde. **Caderno de subsídios para a 10ª Conferência Municipal de Saúde de Londrina**. Londrina, 2007.

LONDRINA. Decreto nº 275 de 30 de abril de 2007. **Jornal Oficial [do] Município de Londrina**, Poder Executivo, Londrina, 10 maio. 2007. p. 9.

LONDRINA. Prefeitura Municipal de Londrina. SMS/CMS. **Relatório anual de gestão da saúde**. Londrina, 2007.

LONDRINA. Prefeitura Municipal de Londrina. SMS. **Plano Municipal de Saúde 2008 - 2011**. Londrina, 2008.

LOURO, Guacira Lopes. **Gênero, Sexualidade e educação**: uma perspectiva pós-estruturalista. Petrópolis, RJ: Vozes, 1997.

LUNA, Maria Elizabeth Peixoto; GROSSEMANN, Suely; COELHO, Alcides Rabelo. Princípios do SUS sob a perspectiva de gênero: a integralidade na visão do controle social. In: COELHO, Elza Berger Salema; CALVO, Maria Cristina Marino; COELHO, Clair Castilhos (Org.). **Saúde da mulher**: um desafio em construção. Florianópolis: UFSC, 2006, p. 27-65.

MACHADO, Leda Maria Vieira. **Atores Sociais**: movimentos urbanos, continuidade e gênero. São Paulo. ANNABLUME, 1995.

MARIANO, Silvana Aparecida; GALVÃO, Elaine. (2000) **Mulheres de Londrina**: lutas sociais e políticas de 1970 a 2000. Londrina: PML/SEM/CDPSM, 2000.

MARIANO. Silvana Aparecida. **Movimento de mulheres e Estado**: ambigüidades da incorporação de gênero nas políticas públicas em Londrina. Dissertação (Mestrado em Sociologia Política) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2001.

_____. O sujeito do feminino e o pós-estruturalismo. **Revista estudos Feministas**. Florianópolis. v.13, n. 3, p.483-505, set./dez. 2005.

MATOS, Maria Izilda de. Outras histórias: as mulheres e estudos dos gêneros - percursos e possibilidades. In: SAMARA, Eni de Mesquita; SOIHET, Raquel; MATOS, Maria Izilda de. (Org.). **Gênero em debate**: trajetória e perspectivas na historiografia contemporânea. São Paulo: EDUC, 1997. p.83-114.

MENDONÇA, Lígia. Mulher e saúde: uma avaliação contemporânea. In: BORBA, Ângela; FARIA, Nalu; GODINHO, T. (Org.). **Mulher e política**: gênero no partido dos trabalhadores. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, 1998. p.101-111.

MENDONÇA. Lucia Glicério. **Parteiras em Londrina (1929-1978)**. Dissertação (Mestrado em História das Ciências da Saúde) – Casa de Oswaldo Cruz -FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2004.

MOTT, Maria Lucia. Bibliografia comentada sobre a assistência ao parto no Brasil (1972-2002). **Revista Estudos Feministas**. Florianópolis, v.7, n. 1-2, p. 493-536, 2002.

OLIVEIRA. Fátima. **Oficinas mulher negra e saúde**. Belo Horizonte: Mazza, 1998.

_____. Saúde Integral para as mulheres: ontem, hoje e perspectivas. **Jornal da Rede Feminista de Saúde**, Belo Horizonte, n. 27, p. 6-9, set. 2005.

Organização Pan-americana de Saúde (OPAS). **Saúde na Américas 2007**. v.1 Regional, cap. 1, Washington, 2007.

ORTIZ, Renato. A procura de uma sociologia da prática. In: _____. (Org.). **Pierre Bourdieu**: sociologia. São Paulo: Ática, 1983. p.7-36.

OSIS, Maria José Martins Duarte. Paism: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 14 (supl.1), p 25-32, 1998.

PINTO, Celi. Movimentos sociais: espaços privilegiados da mulher enquanto sujeito político. In: COSTA, Albertina de Oliveira; BRUSCHINI Cristina. (Org.). **Uma questão de gênero**. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos; São Paulo: Fundação Carlos Chagas, 1992. p.127- 150.

RODRIGUES, Natália de Fátima; BONI, Paulo C. O papel da imprensa na mobilização social para a estruturação da assistência médica em Londrina (década de 1940). In: Jornada de Iniciação Científica em Comunicação - XXXI Congresso Brasileiro de Ciências da Comunicação, Natal. **Anais eletrônicos**. Intercom - Sociedade Brasileira de Estudos Interdisciplinares da Comunicação. 2008. Disponível em: <http://intercom.org.br/papers/nacionais/2008/resumos/R_3-0746-1.pdf> Acesso em: 8 fev. 2009.

SANTOS, Andrea Rodrigues dos. A feira livre da Avenida Saul Elkind em Londrina - PR. **GEOGRAFIA** Revista do Departamento de Geociências v. 14, n. 1, jan./jun. 2005. Disponível em: <http://www2.uel.br/revistas/geografia/V14N_1/Artigo11.pdf> Acesso em: 18 de set. 2009.

SANTOS, Boaventura de Sousa. **Pela mão de Alice: o social e o político na pós-modernidade**. Porto: Edições Afrontamento, 1994.

SCAVONE, Lucila. **Dar a vida e cuidar da vida: feminismo e ciências sociais**. São Paulo: Editora UNESP, 2004.

SCAVONE, Lucila. O trabalho das mulheres pela saúde: cuidar, curar, agir. In: VILELA, Wilza, MONTEIRO, Simone. **Gênero e saúde: Programa Saúde da família em questão**. Rio de Janeiro (RJ): ABRASCO; 2005. p. 101. Disponível em: <<http://www.abrasco.org.br/grupos/arquivos/20080228034019.pdf>> Acesso em: 18 abr. 2009.

SCOTT, Joan. Gênero um categoria útil de análise histórica. **Educação e Realidade**, Porto Alegre v. 16, n. 2, p. 5-22, jul/dez. 1990.

SETTON, Maria da Graça. A teoria do habitus em Pierre Bourdieu: uma leitura contemporânea. **Revista Brasileira de Educação**, São Paulo, nº20, p. 60-70, 2002. Disponível em: <http://www.anped.org.br/rbe/rbedigital/RBDE20/RBDE20_06_MARIA_DA_GRACA_JACINTHO_SETTON.pdf> Acesso em: 24 abr. 2007.

SIMÕES, Celso Cardoso da Silva. **Perfis de saúde e de mortalidade no Brasil: uma análise de seus condicionantes em grupos populacionais específicos**. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2002. 141p.

SOARES, Vera. Muitas faces do feminismo no Brasil. In: BORBA, Angela; FARIA, Nalu; GODINHO, Tatau. (Org.). **Mulher e política: gênero e feminismo no Partido dos Trabalhadores**. São Paulo: Perseu Abramo, 1998, p.33-54.

SOIHET, Raquel. Enfoques feministas e a história: desafios e perspectivas. In: SAMARA, Eni de Mesquita; SOIHET, Raquel; MATOS, Maria Izilda de. (Org.). **Gênero em Debate: trajetória e perspectivas na historiografia contemporânea**. São Paulo: EDUC, 1997, p. 53 - 82.

SPOSATI, Aldaíza; LOBO, Elza. Controle social e políticas de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.8 n. 4, p. 366-378, out/dez, 1992.

TEIXEIRA, Elenaldo Celso. movimentos sociais e conselhos. **Cadernos ABONG**. São Paulo, n.15, p. 7-15, jul. 1996.

THIRY-CHERQUES, Hermano Roberto. Pierre Bourdieu: a teoria da prática. **RAP**. Rio de Janeiro, v. 40, n.1, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rap/v40n1/v40n1a03.pdf>>. Acesso em: 24 abr. 2007.

TOMAZI, Zelma Francisca Torres. **Da medicina liberal à medicina previdenciária - movimento da livre escolha do médico pelo paciente (Londrina - 1960 a 1968)**. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais). Faculdade de Filosofia letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, 1985.

VALLA, Victor Vincent. Sobre participação popular: uma questão de perspectiva. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 14 (sup. 2): p.7-18, 1998.

VELHO, Gilberto. **Projeto e metamorfose: antropologia das sociedades complexas**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1994.

_____. Ciências Sociais e Biografia Individual (Aula Inaugural): **Estudos Históricos**, Rio de Janeiro, n. 38, p. 3-9, jul/dez. 2006. Disponível em: <http://virtualbib.fgv.br/ojs/index.php/reh/article/viewFile/2264/1403> Acesso em: 13 jul. 2009.

ANEXO

ANEXO A

ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

Entrevista n°: _____ data: _____

Caracterização da entrevistada:

Nome:

Endereço:

Região da cidade:

Idade:

Estado civil:

Filhos? Quantos?

Religião:

Escolaridade:

Profissão:

- Exerce trabalho remunerado? Que tipo de trabalho? Qual é o rendimento?
Rendimento médio familiar: Origem:
Quando chegou à Londrina? O que a trouxe a esta cidade?

Inserção comunitária:

Como começou sua participação na vida da comunidade?

- Em quais organizações já participou e participa atualmente? (associações de moradores; de mulheres; pastorais; conselhos comunitários e municipais, etc).
Como você avalia esses espaços de participação? (organização, capacidade de mobilização, relação com o poder público) Atualmente sua participação é informal ou formal? Se formal, ocupa algum cargo? Qual?
- Qual o papel da organização que você participa? Quais os objetivos e áreas de atuação?

Atuação na área da saúde:

Sua organização desenvolve alguma ação específica na área da saúde?

Qual?

(Verificar a existência de documentos produzidos pela organização: atas de reuniões, ofícios, cartas, manifestos, estatutos e outros). Fale sobre a sua atuação na área da saúde: Quando começou; quais as ações desenvolvidas, estratégias e parceiros; principais dificuldades encontradas; principais conquistas.

O que você considera prioridade hoje, em nosso município, na área da saúde?

Como você avalia a política de saúde do município? Qual a importância da participação da comunidade na definição e execução das políticas de saúde?

Como você avalia essa atuação hoje na cidade de Londrina? Como você avalia a sua atuação? Como é a relação com o poder público?

Atenção à Saúde da mulher?

O que você entende por atenção à saúde da mulher? Como você avalia a atenção à saúde da mulher hoje no nosso município?

Na área da saúde da mulher o que você considera prioridade? Por quê? Quais os principais órgãos, serviços e programas de atenção à saúde da mulher que você conhece existentes no município de Londrina? Como você avalia esses serviços?

Qual a principal carência em termos de atenção à saúde da mulher em Londrina?

Atualmente você ou sua organização desenvolve alguma ação ou defende alguma bandeira específica na área de saúde da mulher? Qual? Por que elegeram esta bandeira?