

MFN 5014
312

MULHERES, PARTICIPAÇÃO E SAÚDE: uma experiência



RIO DE JANEIRO – 1987

MULHERES, PARTICIPAÇÃO E SAÚDE: UMA EXPERIÊNCIA

Copyright © 1987 – Flacso/Unicef/CNDM.

Todos os direitos reservados.

É proibida a reprodução total ou parcial desta publicação.

*Trabalho realizado pela Faculdade Latino-Americana
de Ciências Sociais – FLACSO PROGRAMA BRASIL.*

Área: Estudos da Mulher.

Elaboração:

DIANA DO PRADO VALLADARES (FLACSO)

SILVIA SANCHEZ ZELASCHI (FLACSO)

KAREN GIFFIN (UNICEF)

HUGO LOVISOLO (CONSULTOR)

Capa: *"Paciência e Cortisona" – Xilogravura sobre xerox
de ANNA CAROLINA – 1987*

Apoio e Supervisão:

*CONSELHO NACIONAL DOS DIREITOS DA MULHER – CNDM
FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA – UNICEF
PROGRAMA PROMOÇÃO DA MULHER.*

RIO DE JANEIRO – 1987

M956 Mulheres, Participação e Saúde: uma experiência/
elaboração Diana do Prado Valladares, Silvia San-
chez Zelaschi, Karen Giffin, Hugo Lovisolo. –
Rio de Janeiro: Faculdade Latino-Americana de
Ciências Sociais, Programa Brasil, 1987.

124p.

"Apoio e supervisão: Conselho Nacional dos
Direitos da Mulher, Fundo das Nações Unidas para
a Infância".

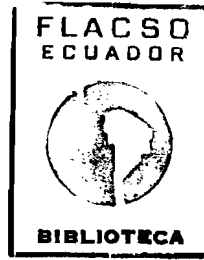
Inclui anexo.

ISBN 85-85140-01-1.

1. Mulheres – Condições sociais.

CDD: 305.4

CDU: 396 (815.3)



Às mulheres da Rocinha que nos abriram suas casas e nos permitiram compartilhar suas vidas.

A Antonia Emíliana de Freitas, Luiza Fabiana dos Santos, Valéria Santana Sá e Vera Lúcia Vieira de Souza, nossas colegas de trabalho, agentes comunitárias que nos mostraram, dia após dia, a riqueza de tanto potencial injustamente marginalizado; que viveram conosco tantos momentos de alegria e tantos impasses e incertezas; que nos deram a certeza de que depois desta vivência conjunta nunca mais seremos as mesmas.

Diana, Silvia e Karen



Apresentação

Por várias razões, este livro tem, para o Programa Brasil, da Faculdade Latino-americana de Ciências Sociais (FLACSO), um significado especial.

Em primeiro lugar, abre a primeira série de livros publicados pela Instituição no país. Marca então, para a FLACSO-Brasil, o início de uma nova etapa.

Etapa de entrega mais ampla de suas contribuições à discussão das comunidades de acadêmicos, profissionais, técnicos e políticos, interessados na relação entre as políticas sociais, a democratização e a participação social.

Além disso, sua edição integra o programa comemorativo, no Brasil, do 30º aniversário da FLACSO, que coincide com o início oficial do Programa de Doutorado Conjunto FLACSO/Universidade de Brasília em Estudos Comparativos sobre a América Latina e o Caribe.

Criada em 1957, em Santiago do Chile (a proposta da UNESCO), pelos países Latino-americanos e do Caribe, a FLACSO foi concebida em 1956, no Rio de Janeiro.

Nada mais adequado e gratificante, portanto, do que celebrar o início da quarta década da FLACSO com a consolidação da sua unidade no Brasil.

Dedicado simultaneamente à formação de pós-graduação, à pesquisa e à cooperação científica e assistência técnica, no campo das ciências sociais e suas aplicações, o esforço do Programa FLACSO-Brasil na direção da difícil integração (fecunda) dessas diferentes atividades constitui um permanente desafio.

O trabalho, cujos resultados aqui apresentamos exemplifica uma das vias que exploramos com esse objetivo integrador.

Situado na área de pesquisa "Estudos sobre a situação da Mulher" articula-se com a área de pesquisa "Saúde e Sociedade".

Além disso, integra no mesmo processo a pesquisa, a capacitação de agentes comunitárias e a cooperação científica com o setor público (Secre-

taria Municipal de Desenvolvimento Social da Prefeitura do Rio de Janeiro-SMD).

Realizado entre 1982 e 1985, com o apoio do UNICEF, o trabalho contribuiu para a implantação de “minipostos” de saúde na Favela da Rocinha, Rio de Janeiro, e constituiu-se numa experiência, dentro da estratégia geral de Atenção Primária de Saúde, de ações dirigidas a grupo de mulheres e da orientação de “busca ativa da clientela”. Desdobrou-se, posteriormente:

a) em atividades similares na Argentina (cumprindo a vocação latino-americana da instituição);

b) na colaboração com programas de capacitação de agentes comunitárias de saúde da Fundação Oswaldo Cruz (FioCruz – Ministério da Saúde);

c) na execução de um novo projeto na Favela Roquete Pinto (Rio de Janeiro, com apoio da Embaixada do Canadá) e

d) na elaboração de manuais para a formação de agentes comunitárias de saúde da mulher.

Estas novas iniciativas, incorporando mudanças derivadas da experiência acumulada pela equipe, continuam enfrentando dúvidas e polêmicas, ao lado de convicções gradualmente consolidadas, que nos convenceram, assim como ao UNICEF e ao Conselho Nacional dos Direitos da Mulher (CNDM-Ministério da Justiça), da utilidade da publicação em forma de livro da sistematização do trabalho realizado na Rocinha.

Acreditamos que será um insumo pertinente para a discussão e ação voltadas para a problemática de saúde das mulheres e dos setores populares.

Como anexo, com os mesmos objetivos de ampliar a utilização do que se revele adequado e de possibilitar a crítica (corretiva), publicamos uma síntese da metodologia de trabalho aplicada. (Guia Metodológico).

Manifestamos, finalmente, nosso reconhecimento, certamente com omissões involuntárias, aos atores (instituições e pessoas) que possibilitaram este trabalho: À equipe da FLACSO-Brasil (Diana do Prado Valladares e Silvia Sanchez), ao Consultor Hugo Lovisoló, ao UNICEF (sua direção e seus funcionários Karen Giffin, Ana Maria Brasileiro, Eduardo Bustello e Aldo Isuani), à SMD (e seu ex-secretário Vicente Barreto), ao CNDM (e sua presidente Jacqueline Pitanguy), à Chefia Administrativa da FLACSO-Brasil (Rita de Cássia Zan), à gravadora Anna Carolina (que generosamente nos obsequiou a gravura das capas), às agentes comunitárias, professoras, pessoal de saúde e moradores da Rocinha.

AYRTON FAUSTO
Diretor do Programa
FLACSO-BRASIL
Rio de Janeiro,
Agosto de 1987.

SUMÁRIO

Página

INTRODUÇÃO	9
------------------	---

CAPÍTULO 1 – Colocação do problema

1.1 – Pesquisa-ação com mulheres de camadas populares	15
1.2 – Os projetos participativos no âmbito estatal e o papel do técnico	21

CAPÍTULO 2 – O trabalho de campo

2.1 – Caracterização do local de realização do Projeto e do contexto político-institucional	29
2.2 – Formação da equipe	32
2.3 – Processo de inserção e seleção das agentes ...	35
2.4 – Elaboração do instrumento de coleta de dados	42
2.5 – Aplicação do questionário	45
2.6 – Tabulação dos dados	47

CAPÍTULO 3 – Discussão dos dados

3.1 – Caracterização geral das informações obtidas .	49
3.2 – Alguns temas significativos	54

CAPÍTULO 4 – Elaboração do Plano de Ação

4.1 – A reflexão conjunta	79
4.2 – O plano de ação	81

CAPÍTULO 5 – Palavras Finais	89
------------------------------------	----

ANEXO: GUIA METODOLÓGICO PARA PROJETOS DE PESQUISA – AÇÃO NA ÁREA DE SAÚDE DA MULHER

Introdução	93
------------------	----

I. Pré-diagnóstico da área	95
II. A inserção na área	
2.1 – Apresentação e discussão da proposta	96
2.2 – A constituição da equipe de trabalho	98

III.	O diagnóstico participativo das condições de saúde das mulheres da área	
3.1	— A elaboração do questionário	102
3.2	— O pré-teste do questionário	107
3.3	— As entrevistas	108
3.4	— A análise dos dados	109
3.5	— A devolução dos resultados/ A reflexão conjunta	110
IV.	A formulação do plano de ação	
4.1	— Grupo de reflexão com mulheres	112
4.2	— Grupo de gestantes	118
4.3	— Grupo de pós-parto	121

Introdução

Este documento relata uma experiência de planejamento participativo realizada na favela da Rocinha, no Rio de Janeiro. O trabalho fazia parte do Programa de Desenvolvimento de Comunidades Urbanas da Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social – SMD, onde o UNICEF colaborou de 1980 a 1985 no desenvolvimento de metodologias para serviços básicos (saúde, pré-escolar e saneamento) em que membros da comunidade (agentes comunitários) foram capacitados e remunerados para prestar serviços à sua própria comunidade.

A partir da constatação, no âmbito destes trabalhos, de que assuntos na área de saúde-sexualidade-reprodução tinham um potencial mobilizador grande para as mulheres em geral, decidiu-se realizar um trabalho experimental nesta área.

Em 1982, a Faculdade Latino-Americana de Ciências Sociais (FLACSO) começou a prestar colaboração técnica neste programa na área da saúde da mulher. A experiência teve como objetivo geral abrir espaço para a participação de mulheres de baixa renda na definição de suas necessidades e na elaboração de propostas dirigidas a atendê-las, dentro de uma preocupação geral com as condições sociais da reprodução humana.

A participação no planejamento, além de constituir um suposto básico da perspectiva de um desenvolvimento endógeno, foi vista como meio de assegurar sua adequação à realidade local e também como estratégia que fortalece a possibilidade de continuidade, sob a perspectiva de que quem participa no planejamento de ações supera com mais facilidade os problemas inevitáveis na sua execução.

A metodologia da pesquisa-ação escolhida visava à utilização do processo de pesquisa não só como meio de coleta de dados, mas também como meio de formação de agentes comunitários e, fundamentalmente, como estímulo à mobilização para ação através da conscientização de problemáticas comuns às mulheres da área.

As interrogações iniciais que proporcionaram o ponto de partida para este trabalho foram, então:

- Qual é a situação de saúde das mulheres?
- Qual é o acesso aos serviços de saúde?
- Que pode ser feito, no nível da comunidade, para melhorar esta situação?

No âmbito das instituições envolvidas, o objetivo geral de promover um processo de planejamento participativo vinha acompanhado de outro, o de estabelecer um trabalho comunitário que contribuísse para a melhoria da situação de saúde das mulheres da área.

Com respeito a este segundo objetivo, predominavam conceitos e princípios da estratégia de Atenção Primária à Saúde, onde a habilitação de membros da comunidade local é vista como essencial em promover uma participação mais ativa na proteção da sua saúde, tanto na prevenção de problemas como no tratamento precoce dos mesmos.

Nesta visão, a mãe é (por definição social) o agente de saúde principal, na medida em que tende a absorver as tarefas relacionadas com a sobrevivência cotidiana dos membros da família. Sem perder de vista um estado ideal em que todos os membros da família (e da comunidade, com o apoio do setor público) compartilhassem estas responsabilidades, uma habilitação dirigida à mulher teria, numa situação concreta, um efeito multiplicador maior, nem que fosse pelo maior tempo que passa fisicamente junto aos outros membros da família e da comunidade, ou simplesmente porque é a mulher que gera os novos membros e, portanto, “condiciona” a saúde destes conforme a situação do seu próprio organismo.

A mesma lógica da “participação habilitadora” na Atenção Primária à Saúde — APS — sustenta uma ênfase em processos de educação em saúde, neste caso reforçada por informações mais gerais que indicaram que as mulheres em geral conhecem pouco seus corpos e os processos biológicos que se passam dentro deles.

Este desconhecimento é, inclusive, bastante acentuado no caso dos processos reprodutivos, intimamente ligados à sexualidade, área onde o silêncio predomina, tanto nos setores de serviço público e na preparação do pessoal médico, professores etc., como nas associações de favelas que reivindicam serviços.

No nível das moradoras, em consequência, os problemas vividos na área de reprodução/sexualidade aparentam ser problemas individuais, com causas também individuais. Para reverter esta situação, seria necessário primeiro alcançar uma concepção da natureza coletiva das mesmas.

Se imaginávamos, no início deste processo, que as mulheres da área se beneficiariam de um processo educativo que levasse em conta os problemas mais comuns de saúde e a dimensão reprodução/sexualidade, outras experiências em Atenção Primária à Saúde confirmavam que a figu-

ra do agente comunitário de saúde é um ator eficaz na identificação de problemas e na transmissão de conhecimentos. E que, uma vez capacitado, tem uma vantagem “natural” na multiplicação de informação relevante, porque já passou pela vivência dos problemas enfrentados pelos outros membros da comunidade e, neste e noutros sentidos, fala a linguagem local. Nesta visão, a “habilitação” comunitária teria dois momentos: no primeiro, a capacitação de agentes comunitários que, no segundo momento, atuariam na multiplicação de conhecimento dirigido fundamentalmente às outras mulheres.

Acreditávamos também que a eficácia de um agente comunitário era condicionada pela sua postura no trabalho, ou seja, um agente que busca ativamente o contato com sua clientela tem maior possibilidade de efetivar ações, inclusive junto aos membros mais pobres da comunidade que, muitas vezes, são os mais afastados dos serviços existentes, mesmo dos serviços comunitários.

Foi a partir desta conceituação geral que o processo experimental se iniciou.

Sabemos que a implementação de projetos experimentais, no campo das políticas sociais com segmentos das camadas populares, envolve um complexo conjunto de problemas teóricos, metodológicos e operacionais que estão sendo fortemente discutidos por já bastante tempo sem, entretanto, havermos chegado a pontos consensuais mínimos. Assim sendo, coloca-se a questão, para qualquer relato analítico de uma experiência, de explicitar o ideário das escolhas teóricas, metodológicas e práticas realizadas. Tanto sejam essas escolhas efetuadas antes da experiência, quanto sejam um produto do próprio processo de trabalho, que demandou reelaborações da proposta inicial.

As questões em pauta são compartilhadas pela maioria dos projetos de trabalho com as camadas populares realizados por grupos privados ou por organismos estatais, por vezes apoiados por entidades privadas e/ou internacionais. Dentre essas questões gerais, vêm sendo destacadas a caracterização da situação sócio-política e a definição das mudanças desejadas e possíveis; o caráter do Estado e suas formas de relacionamento com as camadas populares; as formas de participação, organização e educação das comunidades em processo de transformação da realidade; as potencialidades e limitações da ação de intelectuais identificados com diferentes universos conceituais e formas de conhecimento. Em segundo lugar, situam-se aquelas questões que dizem respeito ao caminho escolhido, isto é, à pesquisa-ação em particular. Aqui dominam as perguntas sobre seu significado; sobre seus valores orientadores e princípios de ação, sobre seus objetivos e resultados, entre outros. Questões estas que estão estritamente relacionadas àquelas de caráter mais geral. Por último, não podemos deixar de mencionar a discussão que envolve o tema “mulher” e a singularidade que essa discussão toma quando se trata daquelas das camadas populares. Singularidade que se conforma, inicialmente, na dupla determinação de “ser mulher”

e pertencer às camadas populares e na estimação de peso específico de cada uma dessas determinações.

Evidentemente não é objetivo deste trabalho discutir exaustivamente um leque tão amplo de questões. Contudo, recortes e referências, análises parciais e interrogações estarão presentes no texto de forma quase permanente. Digamos que tentamos situar as questões teóricas no bojo dos problemas práticos, e que quando estas não apresentam espaço para seu tratamento, preferimos deixá-las de lado. Esta estratégia é sabidamente difícil e requer uma arte que talvez não possuamos. Porém, preferimos correr o risco de realizar um trabalho bastante imperfeito, que cair naquela armadilha da exposição pela qual o marco e a discussão teórica (geralmente a primeira parte do texto) pouco têm a ver com a segunda (o relato da experiência) e, freqüentemente, menos ainda, com as conclusões e recomendações.

O relato que segue foi organizado em quatro capítulos.

No primeiro discutimos algumas questões da pesquisa-ação com as especificidades de uma experiência com mulheres de camadas populares. Estas questões se situam no campo mais geral dos projetos de cunho participativo, na esfera do Estado.

O contexto político-institucional e a situação da comunidade constituem o primeiro tópico do segundo capítulo. Depois, historiamos o encontro e o relacionamento com segmentos e elementos da comunidade para o início do desenvolvimento do projeto. Aqui importa-nos destacar o jogo da interação entre os princípios da proposta inicial e as mudanças que, esperava-se, o processo gerasse sobre a mesma. Prestamos especial atenção às redefinições da proposta inicial, que já nesse momento do processo se iniciavam ou se estavam realizando.

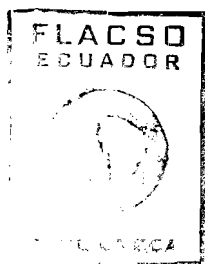
O terceiro capítulo dedica-se ao processo de aprendizagem (sobretudo de técnicas e agentes) que o desenvolvimento de uma pesquisa descritiva, embora não estatisticamente representativa, comportou em suas diversas etapas (elaboração de instrumentais, aplicação, tabulação e análise, devolução e discussão). Destacamos que não era intenção das participantes (técnicas e agentes) testar hipóteses ou construir teorias. Tratava-se, muito mais, de obter uma primeira fotografia, de organizar informações, sentimentos, opiniões, vivências e representações que estavam fragmentadas entre as mulheres. Tratava-se, fundamentalmente, de reconstruir a comunalidade do ser mulher e mãe favelada. O que importava era, sob o ponto de vista das participantes, distinguir o que podia ser apenas uma confirmação do já sabido ou aquilo que podia ser considerado uma descoberta, um novo conhecimento ou uma consciência nova da situação. Talvez a maior das descobertas foi a emergência da consciência de que as mulheres enfrentam um universo significativamente comum de valores, relações e problemas. Outro ponto importante desta seção é o da elaboração da proposta de formação dos "Grupos de Mulheres".

É objeto do quarto capítulo descrever o processo de evolução e reinterpretção dos acontecimentos, sob o ponto de vista das mulheres partici-

pantes dos grupos, das agentes comunitárias e apontar os possíveis desdobramentos futuros. Expomos também o plano de trabalho elaborado nos grupos.

No último capítulo pinçamos elementos da experiência que nos parecem relevantes.

Queremos ainda salientar que no processo de aprendizagem descobrimos o valor das relações afetivas, que incidem fortemente na interação dos participantes. Relações afetivas que se constroem no tempo e que dependem de “atitudes” favoráveis. O enorme investimento afetivo que deve também ser questionado, avaliado, repensado, embora para esse fim seja talvez necessário que o tempo estabeleça a distância conveniente. Mesmo assim, pode-se salientar que os princípios e valores orientadores da ação não podem ser apenas discursivos para serem aceitos, também precisam “concretizar-se” em formas de agir, em gestos. Enfim, em formas sociais que fazem verdadeiras as palavras. Pensamos que a contribuição de uma sociologia das emoções seria bem-vinda na clarificação de muitos dos momentos do processo do trabalho.



CAPÍTULO 1

COLOCAÇÃO DO PROBLEMA

1.1 — Pesquisa-ação com mulheres de camadas populares

É sabido que os Estados latino-americanos, acompanhando tendências internacionais, aumentaram consideravelmente sua influência e ação direta nas esferas econômica, política, social e cultural. As condições sociais de reprodução humana passaram assim a ser incorporadas à ação do Estado por meio de programas de habitação, educação, saúde, previdência social, entre outros. Os recursos econômicos em poder do Estado multiplicaram-se consideravelmente e cresceram os mecanismos de centralização das tomadas de decisão e execução.

A imagem de Estados fortes e de sociedades fracas estendeu-se. Alguns Estados latino-americanos, entre eles o Brasil, passaram a ser quase onipresentes. Ao lado de políticos e militares começaram a atuar, no seio dos governos, especialistas em distintas áreas e solucionadores técnicos de problemas.

Especialistas e técnicos, por serem portadores de saberes específicos, atuavam enquanto planejadores das ações e legitimadores científico-técnicos das políticas do Estado. Observamos, assim, a emergência do tecnocrata ao lado do burocrata tradicional — da figura do empregado público. A crença na racionalidade da ordem político-social justificava a formação de um corpo de especialistas que, dominando os métodos e técnicas de diagnosticar, planejar, gerir e executar, podiam, supostamente, maximizar os recursos disponíveis.

A confiança nas soluções técnicas e em seus produtores enfrentou, entretanto, os percalços da realidade. Apesar dos esforços realizados em áreas significativas, a desigualdade econômica, política e social parecia resistir aos esforços empreendidos. Segmentos amplos da população continuavam a se reproduzir em condições infra-humanas. As favelas, a mortalidade in-

fantil, a fome, as doenças, o analfabetismo, o desemprego e o subemprego podiam ser interpretados enquanto indicadores evidentes dos desacertos ou limitações das soluções geradas em contextos internacionais de forma centralizadora e tecnocrática.

Expandiram-se experiências com programas de ação do Estado, elaborados a partir de critérios técnicos com poucos resultados em relação aos investimentos. Parecia que a ação tecnocrática enfrentava o dilema entre a legitimidade da ação e a eficácia, entre motivação e racionalidade, etc. (Cf. Offe, 1975). Os programas, os projetos, as experiências pareciam demandar, para dar certo, um comprometimento significativo da população. Entretanto, como conseguir esse comprometimento se os projetos estavam distantes das demandas da população ou esta não compreendia a fixação dos objetivos da ação, nem os mecanismos operantes na distribuição dos recursos ou suas formas operacionais? Assim, a realidade vivida dos destinatários das ações entrou em cena.

Enquanto isso, uma crise profunda instalou-se nas ciências sociais. Sua crença de que o desenvolvimento de modelos racionais e a eliminação de falsos dogmas podiam colaborar para a libertação do ser humano enfrentava processos sociais que não levavam diretamente à afirmação da razão: a “racionalidade” aparecia freqüentemente como coisificadora e alienante. Se as ciências, desde sua origem, acreditavam poder contribuir praticamente para o bem-estar, a liberdade e a igualdade, poucos dados confirmavam essas esperanças. Esta crise desaguou, entre outros caminhos, naquele cuja categoria central passou a ser o compromisso. Compromisso dos intelectuais com os segmentos da população que não auferiam os benefícios do progresso nem a igualdade ou liberdade. Um sentimento de indignação moral registrado, entre outros, por H. Arendt (1975), percorreu os intelectuais e técnicos.

A “participação”, o formar parte do processo de transformação de intelectuais, técnicos e população interessada e/ou afetada, passou a ser o canal do agir conjunto. A “participação” também aparecia para o Estado como um meio de legitimar sua ação, de alcançar o consenso e a motivação necessários para uma mudança da realidade social. Não sem contratempos e conflitos, a idéia da necessidade de mudar os mecanismos de elaboração de respostas às demandas sociais (quer para reverter o processo de apatia da população, quer para prevenir suas explosões incontroláveis) ganhou espaço em diversas agências do Estado, sobretudo naquelas diretamente ligadas às ações nas áreas de política social. (*) Ao mesmo tempo, para alguns o Estado tinha deixado de constituir um bloco homogêneo, monolítico, passando a ser um conjunto heterogêneo, um campo de forças e de interesses díspares, embora a tendência a reproduzir as condições da reprodução que lhe dão origem permanecessem como dominantes.

(*) Fundamentalmente em educação, saúde e programas culturais.

É nesse contexto que a pesquisa-ação aparece como uma alternativa com possibilidades, senão de dar respostas acabadas ou definitivas, ao menos de iluminar o caminho na procura dessas respostas. A pesquisa participante e/ou pesquisa-ação surge como proposta que pressupõe um compromisso político (ou moral) do cientista social com os setores populares e, simultaneamente, como uma crítica à pesquisa acadêmica seja postulando a inutilidade social de uma boa parte desta, seja denunciando usos políticos manipulativos que dela podem decorrer.

A relação entre teoria e prática, uma questão sempre presente nas ciências sociais, será conduzida ao primeiro plano da agenda dos debates, permeando as distintas estratégias participativas da pesquisa. O questionamento dessa relação não se limitou ao conteúdo e ao destino do produto intelectual. O próprio processo de produção científica começou a ser questionado. Entendeu-se, basicamente, o processo de pesquisa-ação como um trabalho no qual quem tem sido historicamente objeto do ato de conhecer transforma-se em sujeito do mesmo (os explorados, os dominados, os pobres, o povo, etc.). Essa transformação é possível na medida em que a participação na produção e na apropriação do conhecimento formem uma unidade indissolúvel.

O conhecimento, a consciência, a decisão de agir dos setores populares deixam de ser pensados apenas enquanto uma relação centrada no educador face ao educando, intelectual face ao povo, dirigente face ao dirigido para serem dimensionados como um processo crítico de construção conjunta da realidade. O processo educativo se identifica com o próprio processo de produção da consciência e da realidade social. Pretende-se formar um novo "povo", ciente e atuante, embora esta intenção nem sempre seja explicitada.

Podemos pensar que na pesquisa-ação confluem, desta forma, a vertente da crise da sociologia e algumas de suas opções críticas; a necessidade de participação social na construção da realidade e uma educação crítica enquanto alternativa possível e prática dessa construção.

Na América Latina, a década de 60 marca o início de experiências mais sistematizadas ligadas principalmente a ações educativas no meio rural como forma de incorporar setores camponeses às transformações modernizadoras dos modelos de produção agrária na região. A esta corrente "modernizante" se opôs a pedagogia formulada por Paulo Freire, cuja linha de pesquisa da realidade inspirou a pesquisa-ação:

"Para mim, a realidade concreta é algo mais que fatos ou dados tomados mais ou menos em si mesmo. Ela é todos esses fatos e todos esses dados e mais a percepção que deles esteja tendo a população neles envolvida. Assim, a realidade concreta se dá a mim na relação dialética envolvida entre objetividade e subjetividade... não posso conhecer a realidade de que participam a não ser com eles como sujeitos também deste conhecimento que, sendo para eles um

conhecimento do conhecimento anterior (o que se dá ao nível de sua experiência cotidiana) se torna um novo conhecimento . . . a pesquisa como ato de conhecimento tem como sujeitos cognoscentes, de um lado, os pesquisadores profissionais; de outro, os grupos populares e como objeto a ser revelado, a realidade concreta.” (Freire, 1982:32)

Nos últimos anos, grupos feministas têm debatido intensamente a questão da divisão entre teoria e prática. Assim, a ruptura com os modelos acadêmicos tradicionais tem aproximado muito a prática investigadora feminista da pesquisa-ação e/ou pesquisa participativa. No entanto, o feminismo questiona a visão masculina do mundo implícita na grande maioria das pesquisas desenvolvidas com essa metodologia:

“Así es frecuente encontrarse con proyectos de investigación participativa en comunidades, que intentan revalorizar las tradiciones y los valores históricos de la misma y que tratan de rescatar su memoria colectiva. Bajo el concepto comunidad (convertida en objeto-sujeto de la investigación y la acción) la especificidad de ser mujer y el cuestionamiento del papel de valores y normas tradicionales en la perpetuación y reproducción de su condición de subordinada no entra en juego.” (Pineda, 1983:5)

Pareceria, assim, conformar-se um processo paradoxal de conhecimento. Por um lado, a ação cultural que tende a revitalizar e valorizar — como passo metodológico — a tradição de um grupo, a memória de suas experiências, suas representações do mundo. Por outro lado, essas construções sociais revalorizadas possuem, em seu bojo, e de modo geral, uma representação tradicional do lugar social e dos papéis das mulheres. Deste modo, valores e normas tradicionais na subordinação da mulher não seriam questionados, mas, até reforçados.

Pode-se pensar, portanto, que o trabalho centrado na comunidade e que supõe uma visão homogênea do mundo, por parte de seus membros, reforça a posição subordinada da mulher porque “elimina” as diferenças subjetivas e objetivas existentes. Mais ainda, segundo alguns autores, existiria um estilo próprio, nas formas de construção da realidade, da subjetividade feminina que o tipo de trabalho salientado excluiria.

“A especificidade metodológica do feminismo é o fato de que ele toma a realidade vivida, cotidiana da experiência das mulheres como ponto de partida, não como abstração mas como “atualidade e prática”. Ele parte da tomada de consciência das mulheres de sua condição específica de alienação, exploração, opressão, e liga essas experiências pessoais à estrutura social que as fundamenta e determina. Fazendo isso ele contesta a divisão da realidade social em es-

feras públicas e privada e a organização do saber segundo a dicotomia objetividade/subjetividade, científica/não científica. Desenvolve assim uma nova concepção do saber e da abordagem sociológica onde o pessoal, a afetividade, as emoções e, no conjunto, os meios pelos quais as mulheres foram capazes até hoje de articular essa realidade social, não são mais excluídos.” (Dagnais, 1982:51)

É a partir dos anos 70 que cresce no continente, no contexto da ciência social crítica, uma linha de pesquisa-ação que questiona os paradigmas de conhecimento vigentes até esse momento e a suposta neutralidade científica.

A partir desta visão, elaboram-se metodologias com o objetivo de reformular a problemática da relação teoria/prática e sujeito/objeto, promovendo a produção coletiva do conhecimento em experiências concretas que visam a ação social:

“Ao invés de se preocupar somente com a explicação dos fenômenos sociais depois que eles acontecem, a finalidade da pesquisa-ação é de fornecer a aquisição de um conhecimento e uma consciência crítica do processo para que ele (o povo) possa assumir de forma cada vez mais lúcida e autônoma seu papel de protagonista e ator social.” (Oliveira e Oliveira, 1982:27)

A sociologia colombiana tem feito importantes contribuições para o desenvolvimento desta linha de trabalho, sendo Orlando Fals Borda um de seus expoentes mais reconhecidos. Aparece aqui a questão do compromisso político do cientista, não só quanto às temáticas, aos marcos teóricos, mas também com relação à prática investigadora e à ação por ela gerada. Fals Borda introduz a denominação de pesquisa-ação participativa para se referir às experiências que têm a teoria e a ação (política) como premissa central que demanda postulados teóricos e metodológicos específicos e coerentes com uma opção de transformação social.

Como resultado de uma série de experiências desenvolvidas junto a setores camponeses e operários colombianos, e a partir de uma avaliação crítica delas, Fals Borba sistematiza princípios metodológicos da pesquisa participativa:

- A — Autenticidade e compromisso — reafirma a necessidade do intelectual contribuir para a causa popular como parte do seu papel de técnico ou cientista; ele “tem apenas que demonstrar honestamente seu compromisso . . . por meio da contribuição específica de sua própria disciplina, sem negar completamente essas disciplinas.”

- B – Antidogmatismo – critica os que aplicam rigorosamente princípios ideológicos sem levar em conta o meio cultural e a realidade que enfrentam e reafirma a necessidade de confrontar a teoria na prática para produzir um conhecimento legítimo.

- C – Restituição sistemática – assinala a restituição ordenada e sistematizada do saber popular como forma de alcançar novos conhecimentos por parte dos grupos envolvidos. Para que este princípio seja eficaz deve-se seguir quatro regras:
 - 1 – Comunicação diferencial: utilização de materiais adequados ao nível de desenvolvimento político e educacional dos grupos que fornecem a informação, ou com quem o estudo foi realizado;
 - 2 – Simplicidade de comunicação: os resultados dos estudos devem ser expressos numa linguagem acessível a todos;
 - 3 – Auto-investigação e controle: necessidade de consultar os grupos populares interessados a fim de determinar o que deve ser investigado, como investigar e como utilizar os resultados da investigação;
 - 4 – Popularização técnica: reconhecimento das técnicas de pesquisa mais simples a fim de torná-las acessíveis a esses grupos e possibilitar a ruptura da dependência frente aos intelectuais, para fazer suas próprias pesquisas.

- D – “Feedback” para os intelectuais orgânicos: o objetivo é possibilitar o enriquecimento das análises realizadas em um nível científico mais geral, assim como sua difusão (Fals Borda, 1982).

O problema que se colocou no trabalho realizado na Rocinha foi o de desenvolver uma linha de pesquisa-ação vinculada à questão da mulher das camadas populares. Uma pesquisa que permitisse fazer emergir sua especificidade e não apenas trabalhar com os problemas que afetam tanto os homens quanto as mulheres. Certamente existe um amplo leque de problemas e questões frente aos quais homens e mulheres podem se colocar de forma solidária, isto é, numa perspectiva comum. Entretanto, também existem problemas que os diferenciam, que os situam numa posição conflitante, ao menos durante trajetos do caminho coletivo, e que não podem nem devem ser evadidos.

Possivelmente o núcleo central desta pesquisa-ação e do trabalho posteriormente desenvolvido está nas opções, nas soluções, nos impasses práticos e teóricos que a vontade de trabalhar com a especificidade da problemática das mulheres populares provocou.

1.2 — Os projetos participativos no âmbito estatal e o papel do técnico

A questão do valor e alcance das experiências participativas e de pesquisa-ação no âmbito estatal situa-se nos marcos da caracterização do Estado, de seus organismos e/ou instituições especializadas e do papel dos técnicos nos projetos e programas. Poder-se-ia, esquematicamente, dividir o campo das representações, sobre a questão da realização de ações socialmente transformadoras no seio de instituições do Estado, em dois conjuntos em oposição. De um lado, situar-se-iam aqueles que, *a priori*, avaliam que toda ação desenvolvida a partir do Estado é, no fundamental, funcional para a dominação, o *status quo*, a diminuição de conflitos, etc. De outro, situam-se os que percebem os organismos do Estado e suas ações enquanto campo de luta e contradições e que, portanto, sob determinadas condições, constituem áreas de atuação para a transformação social.

A primeira posição opera a partir de uma imagem orgânica do Estado. Este seria apenas o representante dos interesses dos poderosos (ou classes dominantes) e suas ações, via organismos, ou aparelhos, teria por objetivo legitimar a dominação e diminuir os efeitos negativos que as contradições do processo social geram. Existiria, portanto, uma função que, apriorística e utilitariamente, o Estado está chamando a desempenhar. Consequentemente, pensar que ações transformadoras podem ser desenvolvidas em seu seio é irrealismo, ocultação, falta de consciência, etc. Quando muito, no seio do Estado, podem-se praticar ações reformistas, isto é, mudanças superficiais que manterão vigente a estrutura profunda. As ações verdadeiramente transformadoras apenas possuem sentido fora do Estado; são alternativas a suas estruturas de poder e modos de funcionamento e seu objetivo principal é a criação de um poder e suas formas de expressão que permitam a mudança estrutural.

A segunda posição opera levando para a esfera do Estado e seus organismos as contradições do processo social. As contradições não estão fora do Estado e este apenas tentaria diminuir seus efeitos negativos; elas se instauram no próprio seio do Estado e seus organismos e funções aparecem enquanto campos de luta pela transformação ou manutenção da ordem social. Para esta posição, querer provocar transformações apenas “fora do Estado” constitui um utopismo dada a complexidade e o poder dos Estados modernos. Claramente as ações transformadoras no seio do Estado só podem acontecer “sob determinadas condições” da relação Estado-Sociedade e do funcionamento do primeiro. Sabe-se que a defini-

ção dessas “determinadas condições” constitui novos campos de discussão ideológica e teórica.

Para os primeiros, cada instituição ou organismo do Estado colabora na realização da função de reprodução social imputada ao Estado, isto é, a autonomia de cada organismo está limitada pela sua função dominante. Para os segundos, entretanto, cada organismo ou instituição, dependendo da área de atuação e do contexto político geral, pode operar com graus significativos de autonomia ou independência facilitando-se, assim, a emergência de ações transformadoras.

Dita autonomia ou independência concretizar-se-ia no plano do relacionamento entre os técnicos e aqueles que são alvo das ações do Estado.

Neste sentido, Pinto distingue entre “espaço formal” e “espaço real” dentro do Estado para ações junto à população.

O “espaço formal” é fornecido pelo discurso governamental sobre participação social dentro do qual haveria uma relativa legitimação de ações que, “lúcida e taticamente”, buscam apoiar os setores populares.

O “espaço real”, pelo contrário, “encontra-se não no âmbito da instituição, mas na relação do técnico ou profissional com a classe trabalhadora (Pinto, 1982:9).

Coraggio, por sua vez, fez observações relativas ao interior do próprio Estado avaliando as tendências estruturais sobre as quais se desenvolvem as conjunturas específicas, propondo o exercício de uma prática contestadora (no seu caso uma planificação contestadora) por parte dos técnicos, profissionais e intelectuais que trabalham no Estado. Com referência à questão regional, faz observações que acreditamos serem aplicáveis a qualquer outro nível:

“No se trata entonces de optar entre analizar, explicar e contribuir a pensar como morigerar las desigualdades interregionales teniendo cuidado de no ultrapassar los limites políticos e ideológicos del sistema imperante o, en cambio ‘dedicarse a la política’ (o hacer ambas cosas en distintos horarios).” (Coraggio, 1978:26)

A prática contestadora é a negação da falsa neutralidade do técnico/profissional do Estado: a assepsia nesta rotina burocrática não pode ser compensada pela prática contestadora em outros âmbitos, em outros horários.

A necessidade de estabelecer uma prática alternativa comprometida com os setores mais desfavorecidos da sociedade dentro das instituições do Estado se contrapõe, para Coraggio, à tendência estrutural do planejamento de se constituir em um meio para regular conflitos internos no interior da classe dominante e de regulação social das classes dominadas.

Ao mesmo tempo, muitos dos que trabalham em instituições oficiais “se vêm a si mesmos e a função que realizam, como braços do poder público, sem possibilidade alguma de autonomia. É pouco valorizada, quase sempre ignorada ou desprezada, sua capacidade de intermediação entre a comunidade e as agências governamentais.” (Poggiese, 1984: 32)

Na ordem prática, ainda, os técnicos se vêm pressionados a aumentar, em pouco tempo, a eficácia governamental junto à comunidade sem considerar o tempo dela. No nível de uma prática participativa que visa uma democratização real das decisões, se fará nítida em muitos casos a contradição entre o tempo administrativo e o tempo socialmente necessário para a constituição da ação das camadas populares.

Isto ocorre porque o estímulo e apoio às forças locais — como forma de garantir a descentralização do poder — não aparecem geralmente nas esferas institucionais como vontade política unívoca ou hegemônica. A conjuntura política e o grau de organização dos setores mais despossuídos serão determinantes para o êxito desta prática profissional, muito mais frutífera em contextos democráticos.

As características da situação política geral do país, o grau de autoritarismo ou abertura à participação, o nível de articulação dos setores populares, o tipo de proposta dos funcionários do Estado ligados especialmente a estes projetos permeiam de maneira determinante todas as esferas do trabalho.

Em não poucas ocasiões o discurso da participação é uma forma de encobrir as relações de poder e, portanto, um instrumento de manipulação. A existência de uma estrutura hierárquica e burocrática nas instituições públicas, as contradições políticas, o distanciamento das equipes centrais da vida cotidiana das comunidades carentes são elementos que gravitam negativamente na prática dos técnicos de campo que têm uma intencionalidade transformadora. É fundamental que fique claro que a possibilidade de ampliar o espaço de participação está principalmente nas mãos da organização comunitária e que o técnico pode ser um elemento a contribuir nesse processo.

A temática dos projetos promovidos pelo Estado é, normalmente, definida pela natureza do órgão de implantação. Quando não responde a uma demanda específica articulada pela comunidade é um trabalho que vem “de fora para dentro”. Não cumpre, portanto, com um dos pré-requisitos da pesquisa participante enunciados pela grande maioria dos cientistas que desenvolvem esta linha de trabalho (em geral através de organismos de pesquisa não-governamentais ou ligados a organizações populares, partidos políticos ou organizações de mulheres).

No entanto, faz parte de uma realidade que não pode ser desconhecida, qual seja, a existência, em distintos níveis do aparelho do Estado, de recursos e equipes preocupadas com a formulação de políticas sociais nas quais a participação popular tem um espaço a ser preenchido.

Por suas características, não são poucos os conflitos que esta situação gera, tanto a nível de desconfiança e decorrente resistência em algumas comunidades, quanto no próprio setor estatal imerso em contradições e carente de formulações homogêneas nesta área.

Nesse contexto, o papel do técnico é difícil e complexo, não estando este elemento acima dos conflitos. Pelo contrário, sua atuação se dá justamente em meio a estas dificuldades e é essencial que ele tenha plena consciência desta situação.

Perante a comunidade ele é o representante de um organismo oficial, situação que na maior parte das vezes gera por si mesma uma profunda desconfiança, fruto de uma longa história de manipulação e “esvaziamento” na qual a população nunca sabe o resultado e os destinos dos estudos dos quais foi objeto.

Assim, o que às vezes acontece é a participação de membros da comunidade tanto em organizações comunitárias como em alguns desses projetos, configurando-se uma “dupla militância” que pode gerar ambigüidades e contradições.

As pessoas da comunidade aproximam-se destas propostas por motivos variados: conhecimento da importância de sua participação para garantir os interesses da comunidade, curiosidade ante uma nova experiência, procura de emprego porque o trabalho em si é remunerado ou porque o contato com pessoas de fora pode ser um caminho de acesso ao mercado de trabalho, vontade de aprender “alguma coisa a mais”, perspectivas de ascensão social, etc.

Por tudo isto é inevitável que existam conflitos. Pensar o contrário é parte do universo de fantasias de quem não tem muita experiência no trabalho de campo. Em última instância o que se coloca na discussão é até que ponto a institucionalização do membro da comunidade não o levará a se identificar mais com os interesses de quem o financia do que com os da comunidade. Interesses que, é bom lembrar, nem sempre estão clara e univocamente definidos. Esta é uma questão da maior importância tanto para aqueles que de dentro da comunidade estão preocupados com a sua autonomia, como para aqueles que, trabalhando na instituição, defendem esta autonomia e tentam encontrar um caminho neste quadro de permanente tensão.

O técnico, por outro lado, deve ter clareza sobre a especificidade de sua função; ele é um técnico ou pesquisador com uma concepção e uma intencionalidade transformadoras, mas é um profissional que não é da comunidade, e que um dia irá embora. Um profissional possuidor de um tipo de conhecimento e no entanto carente de outros.

Com relação a esta questão e a muitas outras, é possível se defrontar com dois posicionamentos extremos. Um deles tem como característica básica pensar que a comunidade de baixa renda, a população mais marginalizada, não tem consciência de sua necessidade de participação, de organização. Nesta visão o agente externo vai funcionar como dinamizador, como

conscientizador e organizador. Em contraste, uma segunda posição acredita que na verdade as comunidades carentes não necessitam do técnico, que elas sabem muito bem quais as suas necessidades, o que devem fazer para conseguir preenchê-las, quais são suas possibilidades e seus limites. Nesta concepção o técnico só tem a aprender.

Nós acreditamos na importância do técnico manter a especificidade da sua função. Isto não implica de nenhuma maneira em uma concepção elitista. Significa sim, manter uma distância em relação à prática cotidiana do grupo, no sentido de possibilitar uma reflexão crítica e permanente sobre a ação. É fundamental que o agente externo seja um membro a mais do grupo em sua especificidade de contribuir para analisar criticamente a experiência a partir de sua formação:

“A verdadeira inserção implica, portanto, numa tensão permanente entre o risco de identificação excessiva do pesquisador como protagonista da situação em que está inserido e a necessidade de manter um recuo que permita uma reflexão crítica sobre a experiência em curso. É preciso alcançar uma síntese entre o militante de base e o cientista social, entre o observador e o participante, sem sacrificar nenhum dos dois pólos da relação.” (Oliveira e Oliveira, 1982:28)

O técnico deveria, por princípio, esforçar-se para que em todos os momentos os problemas sejam discutidos em grupo (o fato que, durante algum tempo e independente de sua vontade, ele pode ser visto como “a autoridade” ou referente legitimador das diferentes posturas ou colocações, não invalida a proposição). No entanto, a experiência demonstra que nem sempre esta é a atitude tomada pelos técnicos. Uns porque temem que a discussão dos conflitos no grupo questione sua posição de “liderança”. Outros porque, como pensam a comunidade como algo homogêneo, não reconhecem a existência de conflitos mais profundos que traduzem a heterogeneidade dessas populações.

De nossa perspectiva, deve-se privilegiar sempre o crescimento do grupo como um todo, o estímulo ao espírito de solidariedade e a crítica e autocrítica; e isso só será possível se a democratização no funcionamento implicar que todos por igual têm a possibilidade de participar não só a nível de “dar opinião” mas também a nível da tomada de decisões substantivas na formulação, implementação e avaliação de propostas.

Nesse sentido a necessidade periódica de avaliações do trabalho do grupo é fundamental. Nestas avaliações nada pode estar “fora da discussão”. Pelo contrário, só serão legítimas aquelas tarefas que passarem com êxito pela prova da crítica.

As características e o modo de trabalho do grupo serão em grande medida os responsáveis pelas características das ações orientadas para a comunidade: só poderá transmitir confiança e respeito quem é respeitado e acredita no que faz.

Existe um nível de eficácia simbólica, de eficácia da crença que não pode ser substituído por outras condutas. Desta forma são inevitáveis as tensões e os paradoxos entre uma atitude crítica — avaliação permanente da própria posição e ação — e a necessidade da crença no próprio projeto.

A insistência neste aspecto não é resultado apenas de uma atitude apriorística, mas é fruto da constatação de que muitos projetos bem intencionados fracassam ou atravessam inúmeras crises por causa de um funcionamento viciado já que, muitas vezes, um discurso democrático vem acompanhado de uma prática autoritária. A concordância entre o discurso e os modos de ação e organização, passa assim, a ser um princípio maior da ação. Em outras palavras, os meios e os fins devem estar correlacionados em termos de valor.

Quando o projeto em questão tem por alvo a participação de mulheres na elaboração de uma proposta de ação, surgem questionamentos específicos. Frente à tentativa de gerar um espaço próprio para as mulheres debaterem seus problemas e planejar suas ações, a acusação de “divisionismo” é previsível por parte de membros masculinos dos grupos locais constituídos. Pareceria que a “unidade” da comunidade está sendo quebrada, desrespeitando-se os valores de unidade, solidariedade e identidade que lhe dariam forma.

Entretanto, reconhecer que na comunidade existem segmentos diferenciados com identidades singulares e interesses próprios não significa que identidades maiores não englobem esses segmentos. Mas, a existência de identificações generalizadoras (a comunidade versus os de “fora”, por exemplo) não pode eliminar as oposições internas de interesses (homens x mulheres, por exemplo) que devem ser discutidas, elaboradas e até redefinidas com novas formas e conteúdos..

Assim, a “discussão” dos interesses específicos pode e deve manifestar conflitos latentes. A emergência do conflito é uma condição para a discussão das posições e identidades dos segmentos. Contudo, essa emergência só é positiva se o grupo conseguir controlá-la de tal forma que não destrua o processo de trabalho. Claramente este é um caminho crítico e evado de possibilidades de crises e estancamentos.

As situações habituais de repressão, controle e manipulação determinam, geralmente, que a adesão à identidade maior seja uma condição de sobrevivência. Desta forma, os conflitos internos são reprimidos ou conscientemente remetidos para um futuro ideal (a democracia popular, o socialismo democrático, etc.) no qual eles poderiam ser colocados em pauta.

Entretanto, os movimentos constituídos em volta da questão da mulher parecem resistir à idéia dessa remissão para um futuro imaginado, reivindicando a discussão da condição feminina aqui e agora.

Essa experiência pode ser lida como a colocação em pauta da questão da mulher das camadas populares, de seus caminhos e conflitos num contexto específico. Contudo, ela não se limita apenas à mulher das camadas populares: sua problemática abrange, em variados aspectos, mulheres de

outros setores sociais como as próprias técnicas envolvidas no processo puderam vivenciar e refletir.

CAPÍTULO 2

O TRABALHO DE CAMPO

2.1 — Caracterização do local de realização do projeto e do contexto político-institucional

A favela da Rocinha, localizada na Zona Sul da Cidade do Rio de Janeiro, fica situada entre a auto-estrada Lagoa-Barra e as vertentes dos morros Dois Irmãos e Laboriaux, margeando os dois lados da Estrada da Gávea e limitada no alto pela reserva florestal. A favela ocupa uma área de 453.440 m² e possui uma população hoje estimada entre 80 e 100 mil habitantes. (SMD/UNICEF, 1980)

A importância da localização, próxima das concentrações residenciais da Zona Sul, de classes mais abastadas (Leblon, Ipanema, Copacabana, etc.), para a população da Rocinha é o amplo mercado de trabalho que a região oferece, sobretudo no setor de prestação de serviços e mão-de-obra não especializada. Este passa a ser o principal fator de fixação dos moradores na área e também um forte indutor de crescimento populacional.

As variadas condições de moradia, o vestuário dos moradores, a presença de automóveis particulares e o desenvolvimento do comércio especializado, indicam uma população que, embora de baixa renda em geral, mostra um grau considerável de heterogeneidade, cobrindo uma gama de situações sociais que vai desde uma situação econômica média-baixa até à pobreza absoluta.

Uma certa concentração de comércio e serviços nas áreas de melhor moradia reflete os processos de segregação espacial e social que ocorrem em qualquer comunidade de certo tamanho.

A densidade de ocupação do solo é bastante alta, com um grande número de construções de dois pavimentos. Há evidência por toda a favela da dinâmica do processo de consolidação de habitações e de sua expansão, sobretudo em altura, com a construção de novos andares. Este

processo deve-se à limitada disponibilidade de novas áreas de expansão da favela e das vantagens locais que setores próximos das estradas apresentam.

A extensão física da favela da Rocinha, a configuração de sua topografia e a diversidade histórica de ocupação dos seus diversos setores determinam a heterogeneidade da forma de ocupação do espaço e a composição de sua população, influenciando também na variedade de níveis de serviços de infra-estrutura urbana e de equipamento comunitário em cada setor.

Na parte mais baixa da favela, encontram-se domicílios de boa qualidade, ruas regulares e pavimentadas, comércio especializado, canalização de esgoto, e ocupação do espaço na forma de condomínio semi-legalizado, embora sem escritura de posse definitiva.

Nas partes mais altas, o acesso aos domicílios é por vielas, becos e escadas irregulares, nem sempre pavimentados. As construções incluem o uso de madeira e taipa, apresentando tamanhos reduzidos e alta densidade de ocupação. Embora quase toda a favela conte com luz elétrica e tenha acesso à água da CEDAE (Companhia Estadual de Água e Esgoto), nestas áreas a água chega às casas através de redes construídas informalmente, que permitem a contaminação, havendo ainda muitas interrupções no fornecimento.

A alta densidade de ocupação do espaço na favela em geral e a quase inexistência de ruas que comportam trânsito veicular, dificultam a provisão pós-facto de serviços urbanos para a população. As deficiências mais graves, fruto do não-reconhecimento público durante anos de ocupação do solo, incluem a canalização de esgoto, drenagem pluvial e remoção do lixo. Embora os moradores construam valetas com recursos próprios e o poder público tenha canalizado a vala principal na área mais baixa da favela, há bolsões de lixo espalhados pelo interior da Rocinha e riosinhos de águas negras por toda a parte, o que caracteriza a favela como área de alto risco sanitário. Em épocas de chuvas, as águas pluviais se misturam com as águas negras e carregam o lixo sólido na sua trajetória, causando a inundação e até o desabamento de barracos.

Em termos de serviços sociais, a favela conta com uma escola pública de 1º Grau e um posto de saúde municipal, havendo ainda várias unidades de creche, pré-escolar, alfabetização e atendimento médico, apoiados, em geral, por entidades religiosas. A SMDS vem desenvolvendo (tendo contado com a participação do UNICEF até 1985) ações em algumas unidades de atendimento pré-escolar e de atenção primária em saúde, todas baseadas no trabalho de moradores, que recebem apoio técnico e material. Contudo, o conjunto dos serviços é inadequado para o tamanho e necessidades da população.

Fora a Associação de Moradores (União Pró-Melhoramento dos Moradores da Rocinha), vários grupos têm surgido na favela em função dos problemas de saneamento, de saúde, ou de educação e creches, com a consequente mobilização de moradores para trabalhos concretos (limpeza do li-

xo, construção de creches etc.) e para reforçar as reivindicações da Associação de Moradores. As igrejas da Rocinha têm dado apoio aos grupos atuantes através dos anos. As relações entre os vários grupos e entre estes e a Associação de Moradores têm passado, como é de se esperar, por momentos de integração e também por momentos de desintegração e conflito, refletindo, assim, a heterogeneidade de interesses internos e a atuação de agentes (oficiais e não-oficiais) externos à favela.

O Programa de Desenvolvimento de Comunidades Urbanas da SMDS foi iniciado em 1980 com apoio do UNICEF, a partir da seleção da Rocinha, pelas autoridades municipais, como área piloto. O estabelecimento deste programa (e a criação da própria SMDS) refletiu uma postura do governo municipal e uma tentativa de encontrar novas formas para incluir as áreas faveladas como clientes legítimos do município. (Ver SMD/UNICEF, 1980).

A metodologia geral do programa visava não só uma melhoria na qualidade de vida da população, mas também o desenvolvimento social desta, através da capacitação e apoio técnico e material às equipes de moradores que desenvolveriam ações nas áreas de pré-escolar, saneamento e saúde.

Dado que o programa buscava inovações baseadas na participação da população, não havia, no início, uma definição detalhada da política institucional nas várias áreas setoriais. A equipe técnica entrou em contato com vários grupos então atuantes na favela; participou de reuniões regulares dos grupos de saúde, saneamento e pré-escolar; efetuou, junto com os moradores, um levantamento de outros grupos e serviços existentes; e desenvolveu uma série de propostas iniciais que, num processo contínuo de debate e reformulação, serviu como base para iniciar a implantação do programa em 1981.

A avaliação da experiência dos primeiros dois anos de implantação indica que vários fatores foram importantes nos resultados obtidos. Podemos mencionar, entre outros, a falta de experiência de moradores e técnicos num trabalho comunitário que é, também, institucional; o fato da SMDS ser uma instituição nova e sem história; a decisão das autoridades de não trabalhar oficialmente com a Associação de Moradores, em função de um conflito entre dois grupos locais que buscavam a legitimação, embora membros da Associação participassem tanto dos grupos comunitários como das equipes de trabalho; a natureza intergovernamental do UNICEF; e o fato de 1981 ser um ano pré-eleitoral. Na área da saúde, especificamente, havia as dificuldades de promover uma proposta basicamente preventiva numa comunidade que não contava, naquela época, com um serviço de saúde oficial; e a ausência relativa de insumos técnicos, devido à limitada experiência em saúde comunitária em grandes favelas urbanas.

Contudo, podemos caracterizar o contexto para a implementação do projeto de saúde da mulher em 1982 como uma situação em que as duas instituições responsáveis, junto com alguns membros da comunidade, ha-

viam logrado a implantação inicial de trabalhos em várias subáreas da favela, incorporando, aproximadamente, 30 moradores (ou agentes comunitários). As várias equipes haviam vivido (e ainda viviam) momentos de conflitos agudizados; o conhecimento mútuo (comunidade/instituição) também havia aumentado; e os trabalhos caminharam para uma lenta consolidação, com a inclusão de muitos elementos nunca previstos nas propostas iniciais e embora alguns membros da Associação de Moradores e de outros grupos, naquela época, não apoiassem o Programa.

2.2 – Formação da equipe

Em 1982 a FLACSO, mediante contrato com o UNICEF, integrou-se ao Programa. O primeiro passo para a realização do projeto de saúde da mulher era a formação da equipe do trabalho de campo.

O fato de ser um projeto “de fora para dentro”, experimental, com limitações orçamentárias e de tempo, tudo isto definia o tamanho e as características da equipe. A proposta inicial era um grupo formado por duas técnicas (uma socióloga e uma antropóloga) da FLACSO e três moradoras da área.

Era necessário, portanto, em primeiro lugar, selecionar as futuras agentes comunitárias.

Assim, com vistas a selecionar as agentes e promover a integração com as escolas comunitárias, foram feitos os contatos iniciais com educadores do programa. Aproveitou-se uma reunião de rotina em cada uma das escolas, onde colocou-se a proposta de desenvolver uma pesquisa sobre a saúde da mulher e, a partir daí, elaborar e implantar um plano de ação. Neste trabalho iriam participar pessoas de fora e moradores da área, sendo todas as pessoas remuneradas.

É importante salientar aqui alguns dados relevantes em relação ao contexto no qual o projeto iria se desenvolver.

A favela da Rocinha tem sido historicamente um campo de pesquisa e estágio. Muitos de seus moradores estão habituados a lidar com agentes de instituições, pesquisadores e alunos universitários, respondendo a pesquisas de diversos tipos. Assim, nesses primeiros contatos foi clara a “desconfiança” e “resistência” que gerava o fato de se realizar mais uma pesquisa, mesmo se se falava também em “ação”. Foi colocado o cansaço das pessoas da área de serem objetos de trabalhos dos quais raramente recebiam benefícios e nem sequer sabiam dos resultados: “As pessoas estão cansadas de universitários baterem na porta”; “Perguntam prá gente, vão embora e a gente não vê nenhuma coisa nova na comunidade”; “Chegam aqui, perguntam tudo, a gente conta a nossa vida, depois escrevem uma tese que até vira livro e nem um livro dão prá gente”.

Esta experiência da população da favela configura um panorama de “desencanto” ou de “resistência”. (*) Assim, é natural que os projetos desenvolvessem-se a partir dos “lugares” que manifestam, em princípio, maior aceitação ao discurso e aos agentes do projeto.

Em função dos “desencantos” encontrados e pelo fato de que a escola onde houve maior interesse se situava numa das subáreas mais carentes da favela, optamos por iniciar o trabalho por aí, na Rua 1. As educadoras não só se prontificaram a indicar mulheres que pudessem se interessar pelo trabalho como uma delas se apresentou como candidata.

Os critérios de seleção eram: ser mãe, moradora da subárea, maior de 18 anos e saber ler e escrever. A educadora que se candidatou foi automaticamente selecionada, uma vez que preenchia os requisitos. As outras duas foram mulheres indicadas pelas educadoras que se apresentaram no dia previamente marcado para a seleção.

Observa-se, portanto, que não houve uma seleção em sentido estrito. As educadoras apresentaram-nos duas moradoras que preenchiam os critérios estipulados. Pode-se pensar que, se nos encaminharam um número de pessoas igual ao de vagas, isto significou uma eliminação da seleção, no fundo uma manipulação da admissão por parte dessas pessoas. Assim, temos configurada uma situação na qual as técnicas do projeto estabeleceram os critérios e os moradores da área (no caso as educadoras da Rua 1) escolheram e apresentaram às técnicas as futuras agentes (**).

A remuneração das técnicas era predefinida pela instituição a que pertenciam, mas a das agentes comunitárias tinha ainda que ser definida, uma vez que não haviam precedentes a serem seguidos.

Nesta fase do projeto as agentes deveriam trabalhar duas vezes por semana, durante quatro horas por dia. Como uma boa parte das mulheres da área que trabalhavam fora o faziam como faxineira/diaristas em residências particulares, utilizamos este dado como base do cálculo. Decidimos, então, que a remuneração seria igual a de um dia de faxina, com uma média de 8 dias por mês. É interessante lembrar que se bem as quantias fossem equivalentes, havia basicamente duas diferenças: as agentes iriam trabalhar durante quatro horas por uma remuneração equivalente a seis horas de trabalho de uma diarista/faxineira e não haveria gastos com transporte.

(*) Na verdade o termo “desencanto”, inspirado na sociologia weberiana, parece mais ajustado que o de “resistência”. “Desencanto” implica experiência frustrada na relação agente externo-comunidade; “resistência” coloca na conduta da população, cujas razões são por vezes desconhecidas, as dificuldades de desenvolvimento dos projetos.

(**) Cabe lembrar que conforme já vimos na seção 2.1, em virtude dos conflitos entre grupos que reivindicavam a legitimidade da direção da Associação de Moradores, a SMDS havia decidido não trabalhar oficialmente com esta entidade.

Sabíamos que as candidatas a agentes, e as finalmente escolhidas, podiam postular o cargo apenas em razão do benefício individual: a remuneração e as vantagens, tais como trabalhar no próprio local de moradia não tendo despesas extras em transportes e alimentação ou ficar com os filhos quando o esquema montado para o seu cuidado falhasse. Estávamos também conscientes do “desencanto” em relação aos trabalhos de pesquisa e, sobretudo, cientes da descrença quanto às possibilidades de “fazer coisas” na comunidade.

A remuneração das agentes é um benefício individual tal como o é a remuneração das técnicas. Este fato não se modifica por serem uns de “dentro” e outros de “fora” da comunidade. Mas, no caso das agentes, o pagamento aparece nos momentos de “desencontro”, entre agentes e indivíduos ou segmentos da comunidade, nos quais as acusações sobre os primeiros são de terem trocado “um ideal por dinheiro”, de não realizarem um trabalho verdadeiramente “comunitário” e na opinião de alguns, a remuneração é vivenciada como uma forma de divisionismo que debilita a organização da área. A “defesa” das agentes passa por salientar a “incompreensão” das pessoas acerca do trabalho e/ou a acusação de que estes elementos são “invejosos” e “ciumentos”.

Estas questões são importantes. Por um lado, a remuneração atenta contra a ideologia do trabalho comunitário enquanto ação voluntária da qual, supostamente, não derivam benefícios individuais ou pessoais. Para esta ideologia o trabalho comunitário é basicamente desinteressado: puro ato de amor à coletividade. Por outro lado, a remuneração introduz uma diferenciação material e simbólica real: as agentes obtêm benefícios que, para as condições de trabalho e remuneração da maioria da população, são significativos. Assim o projeto introduz um processo real de diferenciação social.

Este panorama pode levar a supor que as agentes foram “cooptadas” pela instituição responsável pelo projeto e, desta perspectiva, sua ação pode perder legitimidade ou representatividade para e da “comunidade”. Por outro lado, a não-remuneração é muitas vezes caracterizada como “exploração”.

Ao lado desses aspectos negativos devemos situar os positivos. Para as agentes a remuneração significa a possibilidade de dedicar todo seu tempo a trabalhar na sua comunidade, o que implicaria, em hipótese, não só uma contribuição à melhoria das condições de vida, senão também um crescimento no nível de consciência e de organização de seus vizinhos.

Podemos também nos perguntar se a remuneração não opera como um legitimador da “competência técnica” destes agentes frente à comunidade. Pode-se pensar que se elas foram “treinadas” e estão sendo pagas é porque elas são úteis.

As diferentes interpretações apontadas estiveram presentes durante o trabalho. Em verdade, sempre existem múltiplas interpretações em função de interesses, valores e opiniões dos intérpretes. Toda interpretação está

sempre condicionada, se faz a partir de uma posição determinada e, até, um mesmo sujeito pode manipular duas ou mais interpretações em função do contexto.

As próprias agentes reagiam de diferentes formas às interpretações. A diferenciação nas reações vinculava-se à experiência de trabalho comunitário, ao grau de vinculação com a Associação, ao nível de convicção em relação à importância do projeto, à representação sobre o papel do técnico e ao comportamento deste diante do conflito, entre outras razões.

O que deve ser salientado é que o projeto de pesquisa-ação e suas modalidades operacionais foram submetidos a múltiplas interpretações, muitas destas carregadas de críticas. Foi nesse processo de oposições e alianças que o grupo consolidou-se e ganhou sua identidade. Afiaram-se “lealdades”, produziram-se “saídas” e os “protestos” internos abertamente discutidos se assimilaram modificando o grupo (Cf. Hirschman, 1973).

No momento da realização do trabalho não existia no local nenhuma organização de mulheres em função de sua problemática específica. Concretamente na Rocinha tinha-se uma experiência prévia liderada por algumas mulheres da Associação de Moradores e de uma escola comunitária que esbarrou com sérias resistências e não poucas desconfianças, situação que determinou sua desapareição. Foram mulheres que participaram deste processo as que apoiaram mais claramente o projeto uma vez vencidas as barreiras que geraram o fato de chegar de “fora para dentro” e através de instituições.

2.3 – O processo de inserção e seleção das agentes

Na breve descrição acima realizada do contato e seleção da área de trabalho, modo de seleção das agentes e seus critérios, várias questões teórico-práticas foram apontadas. Faz-se necessário então discutir estas questões, seus problemas, suas alternativas e as implicações das soluções adotadas.

A primeira questão já foi enunciada: reside basicamente na opção de trabalhar a partir da escola e não a partir da Associação de Moradores. Em outras palavras, deveríamos ter trabalhado com a organização que se supõe ser a representante “natural” da comunidade, isto é, a Associação de Moradores?

Nossa resposta à questão foi do tipo prático: realizamos o trabalho a partir do espaço que se nos abria. Entretanto, a questão tem implicações mais sérias. A posição do programa foi definida a partir do fato de que na Rocinha existiam sérios conflitos entre as duas correntes que lutavam pelo controle da Associação. Esta é uma situação comum em muitas favelas e bairros. Contudo, pode ser considerada insuficiente. Pensar que uma favela constitui uma unidade sem conflitos significativos é uma miragem. A maioria das favelas é fortemente heterogênea e diferentes projetos e grupos de

ação manifestam esta heterogeneidade, por vezes, na luta pelo controle das organizações internas. A segmentação e luta interna são processos constitutivos de sua dinâmica. Mas, ao mesmo tempo, isto significa que a Direção da Associação representa apenas uma fração da comunidade.

Também acontece que dado o tamanho de determinadas favelas, entre outras razões, a maioria de sua população não participa ativamente de alguns dos grupos organizados que competem pela direção da Associação. Sabe-se, também, que algumas Direções de Associações são verdadeiros feudos familiares, etc. Todos estes argumentos apontam na direção de salientar que a Direção da Associação dificilmente alcança um “ideal” de representatividade, pelo menos neste momento histórico.

A “representação” é, de um lado, um ideal, de outro, uma realidade. Isto determina que toda Direção de Associação possui algum grau de legitimidade em sua representação e que o trabalho consiste numa aproximação sucessiva ao tipo ideal, numa perspectiva otimista.

Ora, sob este ponto de vista (se adotarmos o princípio de que se deve trabalhar com as Associações enquanto organização representativa da comunidade) nenhum grau relativo de legitimidade na sua representação pode autorizar a trabalhar por fora dos marcos da Associação. Isto é, a avaliação dos técnicos quanto ao grau de representatividade da Direção da Associação não os autoriza a utilizar outras estratégias para o desenvolvimento dos projetos.

Seria muito mais claro se a posição de escolher outras vias se estabelecesse apenas a partir de razões práticas, isto é, pela facilidade de implementação do projeto, pela independência no seu desenvolvimento, pelo não compromisso com grupos que podem estar transitoriamente no poder da Associação, entre outras.

Entretanto, estas razões de tipo prático não podem se converter em normas de ação orientadora no desenvolvimento dos projetos. Por outro lado, elas não possuem um estatuto aparente de legitimidade normativa como no caso de seguir o princípio de trabalhar com as Associações.

De toda forma, pode-se pensar que o “grau de representação da Associação” é que abre a brecha para que as razões de ordem “prática” se realizem. Expliquemo-nos.

Caso a Direção da Associação seja legitimamente representativa, o poder de controlar as ações que se dão na favela é quase total. Isto significa que qualquer projeto deverá contar para sua realização com o aval ou, pelo menos, com a não desautorização da Direção da Associação. Em outras palavras, a Associação autoriza explícita ou tacitamente o desenvolvimento do projeto. Que a Associação se envolva na ação dependerá das características do projeto, de seu ajuste aos objetivos efetivos da Associação, etc.

Quando se desenvolvem projetos ou ações sem o apoio (explícito ou implícito) da Associação ou contra o clima de opinião existente na mesma em relação ao projeto, isto se deve ao fato da relativa legitimidade da

representação que permite ações autônomas, não controladas material e simbolicamente pela Associação.

O poder de controle da Associação baseia-se na adesão dos membros a suas resoluções e modos de ação. A Associação não pode aplicar sanções positivas ou negativas a não ser a partir da adesão voluntária dos moradores. Assim, quando a dinâmica da Associação não apresenta um grupo com hegemonia (sempre conjuntural), cada grupo que compete pelo domínio da Associação, e os indivíduos que atuam em função dos seus interesses, podem implementar projetos não autorizados pela Associação e até explicitamente contra ela. Dessa forma, os projetos e ações são reapropriados por grupos e indivíduos, são reinscritos na dinâmica da comunidade.

Além da dinâmica de representação e poder no seio da comunidade e da Associação, existem outros fatores que favorecem a possibilidade de trabalhar independentemente do consentimento da Direção da Associação. O mais evidente destes fatores é o tamanho da comunidade. Este fator foi de peso no presente caso. Um outro fator significativo foi o fato do projeto contemplar a remuneração de elementos da comunidade enquanto agentes e, por ser um projeto vinculado à SMDS, abria-se a expectativa de uma vinculação de trabalho mais prolongada que a de um projeto transitório.

Dos comentários realizados deriva-se que é a própria situação existente na comunidade e na Associação, na sua interação com as características do projeto que determinam a feição que o desenvolvimento do projeto assumirá. Os grupos e indivíduos da comunidade são os que acolhem ou rejeitam um projeto.

É difícil, quando não impossível, que os técnicos escolham seus parceiros da comunidade em função de um diagnóstico prévio de simpatia ideológica, sobretudo quando não estão representando interesses partidários. Ainda neste caso os formuladores das políticas e dos projetos e ações que as viabilizam possuem um controle limitado sobre o nível micro da implementação e execução. Sabe-se que entre o projeto idealizado e sua execução, a distância geralmente é considerável.

Neste curso de reflexões provisórias, a norma operacional de trabalhar a partir das Associações revela-se, em grande medida, vazia. Quando a Associação é "forte" não se pode trabalhar, via de regra, a não ser a partir da mesma. Quando a Associação é "fraca", quando está dividida por conflitos, trabalhar com a Direção da Associação é reforçar um dos diferentes grupos que competem pelo poder. Escolher um grupo ou indivíduos de "fora" da Associação é reforçar este grupo. A escolha de uns ou de outros apenas poder-se-ia basear em simpatias ideológicas. Isto implica em que os técnicos devem possuir um diagnóstico preciso, um mapeamento claro dos grupos existentes e de seus perfis ideológicos. Dito mapeamento apenas parece ser possível quando os diferentes grupos se identificam claramente por posições partidárias e este não é o caso mais freqüente; ou quando os técnicos estão trabalhando há muito tempo no local, caso que também não é freqüente. Reiteramos que, confrontados com estes empecilhos,

os agentes externos mais que escolher são escolhidos por grupos e indivíduos da própria comunidade.

Assim, o princípio de trabalhar com a Associação revela-se normativo e nem sempre viável. A dinâmica da comunidade, da disputa pelo poder na Associação, o grau de representação legítima da Direção da Associação são fatores determinantes interagindo com outros no curso do desenvolvimento do projeto.

Uma outra questão relevante para o projeto diz respeito aos critérios de seleção das agentes. Lembremo-nos: ser mãe, moradora da subárea, maior de 18 anos e saber ler e escrever. Estes critérios parecem, à primeira vista, como mínimos. Contudo, eles são portadores de um amplo número de pressupostos que merecem discussões.

Em primeiro lugar temos pressupostos em relação ao sexo, maternidade e idade. Em segundo lugar, em relação a residência que comporta vizinhança. Por último, em relação a saber ler e escrever.

Claramente foram excluídos critérios de seleção vinculados a ascendência sobre o grupo ou liderança, domínio do discurso, disponibilidade subjetiva para o trabalho, etc. Estes critérios “secundários” poderiam ter sido acionados pelas técnicas nas entrevistas de seleção. Porém, como já vimos, o número de candidatas – idêntico ao das vagas – impossibilitou a “escolha” propriamente dita. Assim, foi suficiente que a candidata preenchesse os critérios de seleção.

O projeto orientou-se na seleção com os pressupostos de que ser mulher, mãe e maior de 18 anos eram condições para atuar como agentes. Claramente a seleção procurava uma relativa igualdade de condições entre as futuras agentes e outras mulheres que participariam do projeto. Assim, a igualdade deveria favorecer a identificação entre as mulheres da área e as agentes e, supostamente, atuaria facilitando a constituição de um espaço de interação, de discussão, elaboração transmissão de experiências e informações sobre a situação da saúde da mulher favelada.

Sabe-se que a situação de interação habitual em relação à saúde é, predominantemente, caracterizada pela assimetria entre paciente e médico, iniciada e não iniciada, mulher experiente e mulher inexperiente, etc. É assim uma interação entre quem socialmente sabe e quem não sabe.

No projeto tratava-se de quebrar com essa situação tradicional. Assumia-se que na vida das mulheres participantes (mulheres da área e agentes) havia experiências e informações para refletir sobre elas, produzir avaliação e gerar novas configurações e um novo saber que poderia transformar até a relação médico-paciente.

O critério de se exigir saber ler e escrever aparece como um requerimento da proposta metodológica para fazer pesquisa e de posteriormente ser agente comunitária. Na realidade, esta já é uma diferença significativa entre as agentes e muitas das participantes do projeto. As experiências e as pesquisas testemunham que as pessoas, inclusive das classes populares, distinguem entre quem “sabe” e quem “não sabe ler e escrever” e que esta

distinção conforma uma “hierarquia”. Sabe-se que ler e escrever é até um critério de seleção para a participação na direção das Associações de Moradores. Para os próprios moradores o ser analfabeto é um estigma que, às vezes, exige compensação por meio de racionalização.

Pouca coisa se avança quando se afirma que essa hierarquia é produto da ideologia da classe dominante e que constitui uma forma de dominação. Até hoje as denúncias sobre a função desta “ideologia da classe dominante” não conseguiram modificar o domínio da mesma. Tão forte é seu domínio que mesmo onde teoricamente as classes populares tomam o poder, uma das primeiras ações de massa são as campanhas de alfabetização, para se conseguir a igualdade daqueles que a ideologia hierarquiza (alfabetizados e analfabetos).

O projeto propunha uma metodologia que teria que operar com agentes alfabetizadas. É este um condicionamento da ação e, embora represente um critério “mínimo”, também incorpora uma hierarquia existente que é, no primeiro momento, reforçada no processo de trabalho.

No começo as agentes colocavam sobretudo suas dúvidas num processo de reconhecimento do terreno que pisavam. As técnicas agiam no sentido de criar um clima aberto para as agentes. Pouco a pouco, esse clima foi se constituindo, gerando no grupo uma forte confiança mútua, com cada uma das agentes ganhando o “direito à fala”. A distância entre “os que sabem” (técnicas) e “os que não sabem” (agentes) diminuiu progressivamente, se bem que nunca tenha desaparecido por completo. Mas, tão importante quanto isto foi que aos poucos ficou claro para todas que a voz, a opinião de cada uma tinha igual importância. E mais, que há diferentes tipos de saber que têm que ser igualmente respeitados. Isto não quer dizer que as técnicas negassem possuir um tipo de saber que, para o trabalho proposto, era de grande importância. Esta negação teria sido, no mínimo, falsa. O que se procurava era, com a socialização desse saber, possibilitar às agentes o manuseio instrumental necessário para a construção de sua independência. Evidentemente que as técnicas nesse processo também eram aprendizes da realidade local, de suas formas de representação e dos processos de interação.

Ao longo de todo o trabalho as agentes passam a ter contato frequente com as técnicas e vínculos afetivos se solidificam. Absorvem novos conhecimentos, participam de reuniões, encontros, seminários. Enfim, são submetidas a novas situações que podem determinar seu distanciamento sócio-cultural do grupo com o qual trabalham.

Originalmente esse grupo é formado pelos seus vizinhos (a relação de vizinhança que enunciávamos em segundo lugar), e isto pressupõe uma proximidade cultural e social. Ora, este pressuposto deve ser pensado mais acuradamente, pois existe a possibilidade de que o próprio fato de candidatar-se para agente já implique alguma diferenciação em relação à vizinhança. O processo de ser agente com as múltiplas possibilidades de novas aprendizagens, acima apontadas, pode criar maiores distâncias.

De nenhuma forma isto significa que se atente contra o funcionamento do projeto. Este pode continuar seu curso. Apenas que, pela porta do fundo e de forma difícil de captar, uma assimetria de novo tipo se reintroduz sem que seja fácil de perceber sua dinâmica e efeitos. Assim, agentes e mulheres da área deixam de ser iguais e podem se perceber enquanto diferentes porque as oportunidades sociais no projeto as acabam fazendo diferentes: quer aprofundando diferenças existentes no princípio embora não conscientes, quer criando diferenças onde não existiam.

Resumindo, pode-se dizer que operávamos basicamente com dois tipos de diferenças. A primeira, a diferença entre técnicas e agentes, que estava dada no início do projeto. A segunda, entre agentes e mulheres da área, podia ser uma resultante do processo que acelerava diferenciações possivelmente já existentes. A segunda diferenciação aparece como um efeito não desejado no âmbito do projeto, na medida em que este pretendia desenvolver valores igualitários, relações o mais simétricas possíveis, ações e sentimentos solidários. Igualdade e solidariedade nas relações entre os atores do processo (técnicas, agentes e mulheres da comunidade) são valores considerados enquanto meios e objetivos, condição e produto da ação grupal ou coletiva. Ora, estes valores não existem de modo espontâneo e puro nas relações sociais onde o trabalho se realiza. Ao contrário, estão coexistindo com valores hierárquicos e discriminatórios — por vezes dominantes — que resultam de comportamentos inerciais. Igualdade e solidariedade são valores que as técnicas levam para o campo e procuram instaurar enquanto modelos sociais de relacionamento.

Para se alcançar tais objetivos, as técnicas rejeitam comportamentos vigentes que as situam numa posição superior de poder e de saber, que confirmam e realizam as hierarquias e discriminações vigentes na sociedade. No primeiro momento, porém, a maior igualdade entre técnicas e agentes é acompanhada por uma maior diferenciação entre agentes e outras mulheres, que tem que ser superada.

No caso deste trabalho, as técnicas operaram com um comportamento afetivo muito forte enquanto canal de aproximação que permitisse desvirtualizar os comportamentos dominantes para que o relacionamento orientado pelos valores de igualdade e solidariedade passassem a dominar o cenário social. Evidentemente que a atitude de desenvolver o relacionamento afetivo — em princípio entre técnicas e agentes — não foi um produto do cálculo, não foi uma atitude planejada. Em nossa cultura a emergência da afetividade no relacionamento não pode ser comandada pela vontade. Ela aparece como um produto “natural” e “espontâneo” da interação entre as pessoas.

Surge assim uma questão de tipo moral. Até que ponto é ético construir relações baseadas na igualdade e solidariedade a partir de relacionamentos afetivos emergentes da interação entre técnicas e agentes? Emerge também uma questão técnica. Se a emergência do relacionamento afetivo independe da vontade, isto é, do cálculo e da previsibilidade, como é

que pode ser integrado na metodologia de ação? Evidentemente não possuímos nenhum instrumental *a priori* para escolher técnicas e agentes que se darão “bem” afetivamente nem, posteriormente, mulheres que se darão “bem” com as agentes.

Temos, assim, uma questão sociológica, uma técnica e uma moral ou ética. A questão sociológica mereceria um aprofundamento que, claramente, ultrapassa o escopo deste trabalho. A questão técnica é insolúvel e apenas poder-se-ia emitir “conselhos” sobre as formas que deve assumir o relacionamento, embora esses conselhos fiquem submetidos aos ventos sempre variantes das relações pessoais e afetivas. A questão moral e ética é mais imediata e devemos retomá-la.

Sendo as relações pessoais e afetivas colocadas enquanto caminho para se conseguir relações igualitárias e solidárias entre as mulheres (as técnicas, as agentes, as outras mulheres), poder-se-ia supor que estamos diante de uma das piores formas de manipulação. Se a relação afetiva é um meio para se obter outras coisas (relações igualitárias e solidárias) importa pouco que o fim seja socialmente desejado, pois em nossa sociedade as relações afetivas são fins em si mesmos e conseguir por seu meio que alguém esteja de acordo com nossos objetivos pode ser visto como manipulação. Acima destacávamos que igualdade e solidariedade eram valores sustentados em princípio pelas técnicas participantes.

Voltamos a insistir que as relações afetivas não se colocaram conscientes e intencionalmente enquanto meios. Entretanto, técnicas e agentes parecem estar cientes de que elas foram fundamentais para o paulatino desenrolar de um grupo de trabalho orientado por relações mais igualitárias e solidárias. As técnicas sentiam que muitos dos seus problemas, enquanto mulheres, eram os mesmos que os das agentes e de outras mulheres da Rocinha, embora as condições econômicas, sociais e culturais para enfrentá-los fossem diferentes. A apropriação de um saber sobre a mulher; o desenvolvimento da autoconfiança; a legitimação do direito da mulher a uma vivência prazerosa de sua sexualidade; o direito de cada mulher à maternidade como exercício livre e voluntário, entre outros, eram objetivos de todas as mulheres envolvidas no processo. Podemos, portanto, pensar que as relações afetivas e individualizadas constituíam a singularização ou particularização no grupo de valores gerais de identificação coletiva, tais como, a igualdade e solidariedade nas relações entre mulheres.

Sob este ponto de vista podemos nos deslocar da linguagem moral, na qual vínhamos situando o problema, se considerarmos que: “o poder corresponde à capacidade humana de agir, mas de agir de comum acordo. O poder nunca é propriedade de um indivíduo; pertence a um grupo e existe somente enquanto o grupo se conserva unido” (Cf. Arendt, 1973:123), podemos, então, pensar a igualdade e solidariedade enquanto ferramentas conceituais de construção do agir de comum acordo e de conservação da unidade do grupo.

As relações afetivas podem, portanto, não apenas ser consideradas enquanto relações singulares entre *técnicas e agentes*. Mas enquanto relações singulares entre mulheres que devem construir os acordos, na base da solidariedade e da igualdade, que lhes possibilite construir e conservar o poder.

Um grupo se constitui enquanto tal a partir de duas dinâmicas que estão relacionadas. A primeira reside nos problemas e nas respostas que dizem respeito ao grupo internamente. A segunda, nas relações e conflitos entre o grupo e seu meio, isto é, entre os grupos e os outros dos quais deriva interativamente sua identidade.

Um processo foi o de resistir à crítica externa que questionou a validade da área de ação do grupo: saúde da mulher, enquanto espaço específico para as mulheres descreverem seus problemas e planejar suas ações.

Basicamente o questionamento partiu de elementos masculinos que acusavam as mulheres de querer dividir, dado que os homens também têm problemas de saúde. Resistir a este ataque significou a consolidação do grupo na medida que fortaleceu sua identidade, sua diferença em relação a outros grupos sem negar que os homens têm também problemas de saúde, porém destacando a especificidade da saúde da mulher.

2.4 – Elaboração do instrumento de coleta de dados

Uma vez selecionadas as agentes comunitárias, marcou-se uma reunião da qual participou também a enfermeira do posto de saúde do local, pois a proposta contemplava, inclusive, a integração do trabalho dessa Unidade com o nosso grupo e a comunidade. O projeto de pesquisa-ação sobre a mulher e com mulheres foi longamente discutido nesta etapa de trabalho.

Definiu-se que a fonte principal dos dados a serem levantados seria um questionário a ser elaborado pela equipe de trabalho e aplicado pelas próprias agentes. O questionário aparecia para todas como a primeira coisa concreta do projeto, a *ferramenta* de trabalho e centralizou a discussão. A pressa por entrar no trabalho concreto além de ser uma característica das camadas populares (o que *fazer* realmente além de *falar*, sendo o falar um não fazer ou um fazer pouco valorizado), era a forma de reduzir as tensões que as ambigüidades ou indefinições do projeto comportavam.

Mas o questionário não era apenas um instrumento de coleta de dados e um apaziguador de tensões. Sua aplicação funcionaria, também, como um estímulo à participação das entrevistadas numa futura ação que possibilitasse uma discussão mais ampla e próxima dos interesses das mulheres. Além dos questionários, as técnicas coletariam histórias de vida parciais, através de entrevistas em profundidade com as respondentes dos questionários, enfocando os períodos de gravidez, parto e puerpério.

Observe-se que foi produzida uma certa divisão de trabalho. A elaboração do instrumento de coleta de dados era tarefa conjunta, mas a sua aplicação ficava a cargo das agentes, cabendo às técnicas as entrevistas em profundidade. Esta divisão se deve não apenas porque partiu-se do pressuposto de que a aplicação do questionário era algo mais “fácil” e, portanto, mais adequada às agentes, enquanto a coleta de dados das histórias de vida exigiria a manipulação de metodologia muito mais complexa, tendo que ser feita pelas técnicas. Havia também limitação de tempo que impossibilitava uma tentativa na direção de um trabalho conjunto em todos os momentos. Se bem que seja possível argumentar que sob um ponto de vista “participativo” e até mesmo técnico, seria mais valioso se todos os membros da equipe tivessem cumprido todas as tarefas do trabalho, é também possível contra-argumentar que este posicionamento é ideal, não tendo necessariamente uma correspondência com a realidade. O cotidiano do trabalho revelou claramente que mesmo num projeto de pesquisa participante é ilusório se pensar que tudo pode ser feito por todos. Este fato, por outro lado, não tira o caráter participativo.

Vários difusores da pesquisa participante outorgam principal relevância aos métodos “qualitativos” e “naturais” no processo de elaboração do conhecimento. A observação e reflexão sobre o cotidiano, sobre as entrevistas e reuniões grupais de conformação diversa seriam, assim, o material “empírico” básico ou privilegiado no processo de pesquisa-ação.

Embora no processo do trabalho este tipo de observação e reflexão tenham sido permanentemente acionadas, considerou-se que iniciar o processo pela elaboração e aplicação de um questionário apresentava um caráter mais sólido ou “concreto” por corresponder às expectativas vigentes. Posteriormente poder-se-ia constatar que os resultados do inquérito correspondiam, grosso modo, com as experiências das agentes, com os sentimentos e observações das mulheres da área e com as observações realizadas a partir de histórias de vida. Desta forma relativizava-se a imagem de ser o questionário e pesquisa quantitativa a única forma válida de obtenção do conhecimento. Porém, esta relativização não constituía um *a priori* introduzido pelas técnicas e sim uma constatação do processo de pesquisa.

Esta “relativização” começou cedo, no processo de elaboração e reelaboração do questionário, onde nos defrontamos com um grande desafio. Foi posta à prova pela primeira vez a capacidade das técnicas de flexibilizar suas hipóteses, de pôr em discussão o seu saber, de se abrir para novas descobertas e experiências. É esta uma relação de troca quando não só as técnicas transmitem uma série de conhecimentos, também as mulheres da comunidade o fazem através de sua própria representação dos problemas de saúde, sua própria visão de sua situação de pobreza. Categorias e hierarquias de problemas foram debatidos e situados numa perspectiva comum para técnicas e mulheres da comunidade.

No caso de nosso trabalho foi possível, através de várias discussões, chegar ao consenso sobre um conceito de saúde abrangente, onde as condições materiais de existência, os problemas orgânicos e os emocionais ("cabeça" e "nervos") conformaram uma totalidade. Acreditamos que o questionário reflete este conceito. (*)

Um exemplo desta troca de experiências e visões do mundo ficou evidente quando as agentes comunitárias reivindicaram a inclusão da pergunta: "O pai da criança ajuda em alguma coisa?" Foi este considerado um indicador básico e indispensável num estudo sobre a saúde da mulher.

Na sua primeira versão a pergunta era feita somente se, no quadro de "Pessoas que moram na casa" não aparecesse ninguém qualificado como marido ou companheiro. Pressupunha-se que se houvesse um homem em casa, ele pelo menos colaboraria para o sustento das crianças e da mulher. A experiência e o aprofundamento da discussão fez com que esse pressuposto fosse deixado de lado. A pergunta passou a ser sempre feita e, embora não tenham aparecido muitos casos entre as entrevistadas de falta de ajuda quando há um companheiro em casa, faz parte do universo possível e "ter companheiro responsável" foi considerado um dos requisitos para se ter saúde.

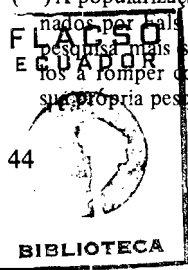
Foi este um momento que demonstrou a riqueza da incorporação de membros da comunidade não como trabalhadores manuais, mas como indivíduos pensantes no esforço da pesquisa.

Por outra parte, começou neste momento um processo de capacitação das agentes que foi permanente ao longo do trabalho. A transmissão das técnicas mais simples da pesquisa social, desde os critérios mais rudimentares para a seleção das entrevistadas, a montagem do questionário segundo os objetivos a serem alcançados, o sentido e a forma da tabulação, a maneira de montar as tabelas, até como fazer sua leitura, tudo isto foi um processo lento e árduo, mas indispensável. (**)

A forma de compatibilizar os ritmos deste tipo de trabalho com as exigências dos cronogramas institucionais é uma questão não totalmente resolvida. Os cronogramas dos projetos são elaborados em função do bom senso, sendo que no processo real os tempos demandados pela aprendizagem conjunta (técnicas e agentes) varia consideravelmente. Surge, assim, um conflito permanente entre as necessidades administrativas das instituições de determinar tempos curtos e as necessidades da pesquisa-ação cujos

(*) "Cabeça" e "nervos" são categorias por meio das quais processa-se uma estruturação da realidade por parte das camadas populares.

(**) A popularização da técnica é um dos princípios da pesquisa participativa mencionados por Borda: "A quarta regra é reconhecer a generalidade das técnicas de pesquisa mais simples e torná-las acessíveis a esses grupos... de modo a capacitá-los a romper com sua dependência frente aos intelectuais e a realizar facilmente sua própria pesquisa" (1982:52).



ritmos na realização das etapas podem ser totalmente diferentes. De alguma forma as instituições que objetivam trabalhar com a pesquisa-ação devem criar mecanismos de renegociação de tempos e custos. (*)

2.5 – Aplicação do questionário

Ao mesmo tempo em que se dava a elaboração conjunta do questionário, fazia-se a capacitação, também conjunta, de sua aplicação. Num primeiro momento as agentes foram as “entrevistadas” e as técnicas as “entrevistadoras”. Num segundo momento, as agentes aplicaram o questionário entre si. Tudo isto era acompanhado de comentários, críticas, discussões de dúvidas e explicitações relativas tanto ao instrumento em si como à sua aplicação.

Numa terceira etapa, que chamamos de “pré-teste”, o questionário foi aplicado em algumas mulheres cuja escolha não foi fundada em critérios estatísticos, mas segundo critérios próprios das agentes (vizinha, parentes, mulheres que estavam na fila do posto de saúde, etc.)

Na verdade, estas três etapas não seguiram uma cronologia rígida, uma vez que a aplicação do “pré-teste” muitas vezes levou a algumas reformulações do instrumento de coleta de dados.

Houve um momento em que as agentes se sentiram preparadas para iniciar a coleta de dados de forma sistemática. Iniciou-se, então, a seleção das pessoas a serem entrevistadas. Esta escolha segue critérios bastante variados, dependendo do tipo de estudo que se quer fazer. No caso deste projeto, foi decidido começar com as mães da escola comunitária da área, visto que um dos objetivos do trabalho era a integração da escola com a questão da saúde. Além disso, não se pretendia uma amostra estatisticamente representativa. A pesquisa servia a outros fins além do conhecimento da realidade. Em verdade aparece como um meio para desenvolver o conhecimento pessoal entre agentes e mulheres ao mesmo tempo que se constroem os interesses das mulheres. Isto é, no processo de pesquisa, mediado pelo preenchimento do questionário, se produz um diálogo que permite ir definindo os interesses com maior aproximação. Definições que possuem um caráter transitório e que, portanto, supõem redefinições sucessivas de variada significação.

O processo de contato e aplicação do questionário é uma questão que merece, portanto, uma atenção cuidadosa. A pesquisa-ação, ao postular uma participação ativa das pessoas envolvidas tem que, antes de mais nada,

(*) Este problema não é particular da pesquisa-ação, sendo sua presença permanente até na pesquisa tradicional, sobretudo quando esta comporta elaboração teórica e não apenas aplicação de rotinas sancionadas de pesquisa.

respeitá-las nos menores detalhes. Assim, uma preocupação do projeto era não “invadir” a privacidade destas mulheres. O contato seguiu passos minuciosamente elaborados: a agente ia à casa da possível entrevistada, identificava-se, explicava o que era o projeto, perguntava-lhe se concordava em responder ao questionário.

No caso de uma resposta afirmativa, combinava-se o melhor dia e o horário mais conveniente. E só então o questionário era aplicado. Este método de trabalho demonstrou ser, realmente, o mais correto. Não houve nenhuma recusa de entrevista. O fato da agente ter que fazer pelo menos dois contatos com cada mulher já era uma forma de estimular a vinculação destas pessoas ao processo.

Entretanto, devemos reconhecer que uma vez vencida a suposta “resistência” inicial as pessoas são, geralmente, abertas para dar respostas. Isto também parece aplicar-se aos entrevistados de pesquisas clássicas. Provavelmente, o fato das mulheres encontrarem alguém que as ouça, alguém com quem podem falar de sua vida e problemas, embora desconfiando que isso sirva para algum fim, significa um momento catártico diante de um ouvido que não lhe cobra outra coisa.

O questionário é longo, levando em média 50 minutos. À primeira vista isto pode parecer um fator negativo. No entanto, como um dos principais objetivos da entrevista é estimular a respondente a participar da pesquisa-ação, o tempo de aplicação é também um tempo de relacionamento entre entrevistadora e entrevistada. A situação da entrevista passa a ser não um mero momento necessário para a coleta de dados, mas início da criação de laços pessoais que são componentes básicos para um futuro trabalho conjunto.

A entrevista também tem suas funções com relação à agente. Ela é uma aprendizagem e, ao mesmo tempo, um instrumento de conscientização. Várias agentes, em vários momentos de trabalho, refletiram sobre esta questão. Os dois textos a seguir foram escritos por duas agentes:

“... também é interessantíssimo você entrar na favela, subir morro, coisa que eu moro aqui há 32 anos, não fazia, achava chato e muito difícil, agora não, eu subo, faço entrevistas nas casas das pessoas, estou fazendo muitas amizades, conhecendo pessoas novas, vendo o que elas passam, onde vivem, o que sentem, e o mais incrível é que elas têm vidas difíceis, algumas estão sempre alegres. Recebem a gente bem, não têm vergonha, porque sabem que nós também somos uma delas, pobres e sofredoras. Eu espero de todo coração que este trabalho custe de acabar, para ver se nós conseguimos aliviar um pouco a vida de nossa comunidade e com o nosso trabalho talvez possamos ajudar a algumas dessas famílias, essas mães que trabalham e lutam pelo dia-a-dia e que nós consigamos acordar,

renascer a verdadeira mulher dentro delas, fazê-las compreender e dar mais valor (como eu) à nossa saúde, ao nosso corpo”.

“Eu achava que só eu tinha problemas, agora sei que não. Eu gostei. . . (do trabalho) que a gente começa a viver em comunidade”.

Vemos assim que neste tipo de projeto a elaboração do questionário e sua aplicação abrangem várias dimensões: participação ativa e conjunta dos membros do grupo de trabalho, treinamento das agentes, coleta de dados, criação de laços pessoais e afetivos, estímulo à participação e primeiros passos no processo de conscientização de problemas comuns.

2.6 – Tabulação dos dados

Na nossa experiência este é, sem dúvida, um dos momentos do trabalho menos satisfatoriamente resolvidos. As urgências institucionais em ter uma proposta de ação e um relatório preliminar do trabalho fizeram com que só uma parte dos questionários fosse analisado em conjunto com as agentes. Grande parte da tabulação e da montagem dos quadros teve que ser efetuada pelas técnicas.

Apesar de utilizar a tabulação manual da maneira mais simples possível e embora as tabelas incluam a distribuição de só uma variável, esta foi uma etapa trabalhosa e difícil. Não só pelo grau de escolaridade das agentes como também pelas nossas limitações em encontrar formas mais adequadas para desenvolver esta fase do trabalho.

De toda maneira, as agentes participaram da tabulação (“juntar as respostas iguais”), calcularam porcentagens e discutiram a interpretação das tabelas. Este foi um momento de descoberta coletiva. Assim, dados como o número de mulheres que tinham filhos mortos sem saber as causas; o reduzido aleitamento materno ainda por parte de mães que não trabalhavam fora de casa, suscitavam longas discussões sobre a relação entre saúde e pobreza, as características do atendimento hospitalar, o autoritarismo da relação médico-paciente e a conseqüente falta de informação e tratamento desumano, assim como o papel possível do agente comunitário nesse contexto.

CAPÍTULO 3

DISCUSSÃO DOS DADOS

3.1 – Caracterização geral das informações obtidas

Nas reuniões entre técnicas e agentes três tipos de dados começaram a interagir dando base aos processos de aprendizagem, crítica e relativização. Dados derivados da experiência e observação de agentes e técnicas, dados emergentes dos questionários e da situação da entrevista e dados resultantes das entrevistas feitas pelas técnicas que podem ser consideradas como histórias de vida parciais.

Realizaram-se entrevistas de história de vida com 20 mulheres. Grande parte destas também respondeu ao questionário cuja amostra comportou 125 mulheres, sendo 30 na primeira etapa.

No decorrer das discussões, os dados provenientes das distintas formas de “coleta” foram elaborados conjuntamente em função de temas ou problemas significativos para o grupo. Assim, parece preferível na exposição dos resultados acompanhar os “temas” e “problemas” e não as formas de coleta dos dados.

A amostra à qual foi aplicado o questionário possui características similares àquelas do universo das histórias de vida. Embora a amostra não seja estatisticamente probabilística, não só pelo número de casos, mas também pela metodologia da seleção dos mesmos, algumas conclusões analíticas podem ser extraídas que permitem algum tipo de generalização.

Foram entrevistadas 125 mulheres moradoras das Ruas 1 (78) e 2 (47) da Rocinha. A seleção foi feita através das listas de alunos das escolas comunitárias de ambas as áreas, e cada uma das mães selecionadas indicava uma vizinha que não tivesse filho na escola. Assim, temos que das entrevistadas 63 eram mães de alunos e 62 não o eram. Também houve uma procura deliberada de mulheres que trabalhassem fora, desde que a quase totalidade das mães de alunos não tinha atividade remunerada fora do lar e era

de nosso interesse atingir mulheres nessa situação; razão pela qual a proporção em que aparecem estas categorias não pode ser imputável ao universo.

A idade das mulheres entrevistadas oscilava entre 20 e 50 anos com a percentagem maior no intervalo de 26 a 30 anos (28%). Das entrevistadas, 68% tinham entre 20 e 35 anos.

A maior parte era migrante, sendo que 58% das entrevistadas eram nordestinas, majoritariamente de origem rural, inversamente das nascidas no Estado do Rio de Janeiro, das quais 91,9% eram da área urbana.

A Rocinha tem se constituído em ponto final do processo migratório e já existem gerações nela nascidas. Na amostra, 18,4% das entrevistadas haviam nascido na favela, enquanto que 56,4% tinham mais de cinco anos de moradia na área, e 15,2% tinham um tempo de residência que variava entre um e cinco anos.

Como era de se esperar, o nível de escolaridade das mulheres era baixo; 18,4% nunca haviam ingressado em estabelecimento de ensino, nem recebido qualquer tipo de instrução formal, enquanto que 44,0% tinham o primário incompleto, 20,8% haviam completado o ciclo primário e apenas 7,2% haviam chegado a completar o ginásio.

Com relação ao desempenho de trabalho remunerado fora do lar, como já foi dito, procuramos deliberadamente entrevistar mulheres nesta situação, que constituíram 54 ou 43,2% das mulheres contatadas. Entre elas, 39 ou 72,4% trabalhavam como empregadas domésticas no sistema de diaristas nos bairros próximos da favela. Este sistema é o preferido pelas mulheres com crianças pequenas, já que permite a volta para suas casas todos os dias. Este é um aspecto a ser destacado na medida em que as dificuldades de acesso a formas substitutas no cuidado dos filhos é a causa principal da saída da mulher do mercado de trabalho. Assim, das entrevistadas que não trabalhavam fora, 76,1% o tinham feito no passado, e destas, 64,8% declararam ter deixado de trabalhar ao ter filhos.

As mulheres que trabalhavam fora manifestaram em 20,4% dos casos que as crianças ficavam sozinhas em casa. Ao analisar as idades dos filhos verificamos que a média era de 9 anos, não superando em nenhum dos casos os 12 anos.

Quando a entrevistada declarou deixar os menores aos cuidados da filha mais velha, incluímos nessa categoria os casos em que a filha tivesse 13 anos ou mais. Esta situação apareceu em 13,0% dos casos. Ficar com a avó ou com uma vizinha tiveram a mesma frequência, 16,7% dos casos. A diferença é que, no caso de ficar com a vizinha, na maior parte das vezes este cuidado é pago. A creche, considerada a forma ideal para as crianças menores, só foi registrada em 5,6% dos casos.

Dentre as mulheres que não trabalhavam fora no momento da entrevista, 38% realizavam alguma atividade geradora de renda no âmbito doméstico. Lavar roupa é a tarefa que apareceu com mais frequência (40,8%)

seguida por costurar (26,9%) e cuidar de filhos de vizinhas que trabalhavam fora (11,1%).

Podemos verificar, assim, que somando as mulheres que trabalhavam fora e as que realizavam atividades remuneradas dentro de casa, 64,8% das entrevistadas contribuíam com seus ingressos para o orçamento doméstico.

Com relação às características do grupo doméstico, 66,4% dos casos correspondiam ao "modelo nuclear" (pai, mãe e filhos) enquanto que 20,8% das entrevistadas integravam algum tipo de "família extensa" (modelo nuclear mais outros parentes). A mulher como "chefe de família" apareceu em 10,4% dos casos. É necessário destacar que as "famílias extensas" e aquelas que apresentavam a mulher como chefe eram visualizadas pelas entrevistadas como uma forma transitória de arranjo familiar; o objetivo é sempre a composição ou recomposição do "modelo nuclear".

O tamanho da família variava entre duas e cinco pessoas em 72% dos casos, sendo que em 25,6% era composta por três membros. A média do tamanho da família era de 4,6 membros.

Com referência aos filhos que moravam com a entrevistada, em 65,5% dos casos suas idades oscilavam entre dois e dez anos; foram registrados 11,0% de menores de um ano. Na composição por sexo, 55,5% eram homens.

No que diz respeito à situação habitacional, a grande maioria não pagava aluguel (92,0%). Na contagem dos cômodos foram incluídos o banheiro e a cozinha, sendo que em 10,4% dos casos a casa era constituída de um só cômodo; em 34,4% dos casos a casa era composta de quatro cômodos, sendo habitual as crianças menores dormirem no mesmo quarto e, em não poucas situações, na mesma cama dos pais. A média do número de cômodos por unidade habitacional era de 3,8.

A maior parte das casas era de alvenaria (62,4%) e formavam parte das preocupações constantes das entrevistadas as reformas e melhorias da moradia, estando o desejo de trabalhar fora muitas vezes associado a esta necessidade. Outros materiais utilizados eram a madeira (15,2%) e uma combinação de alvenaria e madeira com 12,0% dos casos. O chão era de cimento em 82,4% das casas.

Das casas visitadas durante as entrevistas, 11,2% não tinham banheiro, utilizando o do vizinho ou "jogando no mato ou na lixeira". Naquelas que tinham, 81,1% se localizavam dentro de casa e 17,1% fora dela.

Dos banheiros, 84,7% tinham algum tipo de encanamento para a saída de água, cujo destino era em 81,9% das casas a vala a céu aberto. Só 5,3% desses banheiros tinham fossa.

A eliminação do lixo era outro problema que punha em sérios riscos a saúde da população da área. Em 66,4% dos casos era jogado em lixeiras que se localizavam entre as casas sem que houvesse nenhum tipo de recolhimento.

Com referência ao abastecimento de água, 77,2% se originava na bica da CÊDAE e 11,4% em nascente. Não existia encanamento em 56,0% das

moradias, sendo que carregar água para casa parecia ser uma tarefa executada principalmente pela mulher, o que fazia sozinha em 43% dos casos, compartilhando essa responsabilidade com os filhos em 11,4% e com o marido em 10,0%. Por outro lado, em 91,2% dos casos a água utilizada para a limpeza, para beber e cozinhar era a mesma, sendo que 22,4% das entrevistadas não ferviam nem filtravam, apesar de, como já foi dito, na quase totalidade das casas morarem crianças pequenas.

Com relação à questão de saúde, em sentido estrito, 42,4% das entrevistadas declararam ter tido algum tipo de problema nos últimos três meses, sendo que os mal-estares que mais apareceram foram tonteira/fraqueza (21,5%) quase sempre associada a cansaço, problemas relacionados com o aparelho reprodutivo (12,6%) e “crises de nervos” (10,1%). Tratavam das doenças 54,7% das entrevistadas com problemas, sendo que 31,8% delas o faziam no Posto da Rocinha (UACPS).

Veremos a seguir os dados correspondentes ao comportamento reprodutivo das entrevistadas. 52,0% ficaram grávidas pela primeira vez entre os 16 e 20 anos, enquanto que 6,4% ficaram antes de terem completado 15 anos. Com relação ao número de gestações por mulher, a média era de 4,3, sendo que as maiores frequências apareceram entre uma e três gravidezes. O período intergestacional era um ano ou menos em 42,6% dos casos.

Ao perguntarmos sobre as características das gestações, 84,8% das entrevistadas declararam ter tido problemas de saúde nesse período, sendo os mais frequentes vermes (18,2%), anemia (13,0%) e corrimento vaginal (12,0%).

Com referência a perda de filho durante a gravidez, 27,2% das entrevistadas tinham passado por esta situação, em sua maioria só uma vez (73,5%). É entre o segundo e quarto mês de gestação que se produziu a perda do filho em 49,9% dos casos. Uma significativa porcentagem das mulheres (19,2%) não sabia a causa da interrupção da gravidez, enquanto que 19,2% a atribuíram a um susto e 15,0% a brigas com o marido. Na verdade, em muitos casos, através de um contato mais prolongado, foi possível saber que a grande maioria dos “sustos” eram espancamentos por parte dos parceiros.

Com relação ao acompanhamento pre-natal, a maioria das entrevistadas (87,2%) tinham feito pelo menos um ao longo das suas várias gestações.

Um dado importante diz respeito às características e deficiências dos pré-natais que pudemos avaliar através de três indicadores: orientação quanto ao tipo de parto, orientação para o aleitamento materno e vacinação antitetânica. Assim, verificamos que 62,7% das entrevistadas não tiveram informação sobre o parto. Com respeito ao aleitamento materno, 42,2% não tinham recebido nenhum tipo de orientação e 54,7% não foram vacinadas.

Com referência ao nascimento do primeiro filho, 52,0% das entrevistadas tinham idades entre 16 a 20 anos. O número de filhos nascidos vivos por mulher oscilava entre um e três em 64,8% dos casos. É importante lem-

brar aqui que a maioria das entrevistadas se encontrava, ainda, em pleno ciclo reprodutivo.

A maior parte dos partos era normal (86,2%), com 6,6% de cesarianas. Também era majoritário o parto hospitalar, com participação da parteira em 15,9% dos partos. Apesar de não ter sido feita nenhuma correlação entre variáveis podemos afirmar que os partos em casa, com parteiras, foram realizados no interior (no caso das moradoras da Rocinha, no Nordeste). Como consequência da antiguidade de residência na área, 78,4% dos filhos nascidos vivos nasceram no Rio de Janeiro.

A porcentagem de filhos mortos sobre o total de nascidos vivos era de 14,4% na data da entrevista, sendo que 41,8% dos casos a mãe não sabia a causa da morte. Das causas especificadas, a que aparece com mais frequência é desidratação/diarréia e vômitos (16,4%). A morte das crianças aconteceu na maioria dos casos (77,6%) antes de completarem o primeiro ano de vida, sendo que 50,7% faleceram no Estado do Rio de Janeiro.

Das entrevistadas, 3,2% tiveram filhos nati-mortos e declararam como causa disto o fato de terem levado pancadas dos maridos (40,0%) e susto (40,0%). Como vemos, são as mesmas causas atribuídas à perda de filhos durante a gravidez.

Faremos a seguir alguns comentários referentes à amamentação das crianças. A maioria das crianças (77,9%) mamaram leite do peito durante algum período. A porcentagem das crianças alimentadas exclusivamente com leite materno até completar um mês de vida foi de 16,2%. Ficou assim evidenciada a forte tendência de incluir o leite artificial desde muito cedo.

As causas alegadas para introdução de novos alimentos e/ou desmame são bastante variadas; no entanto, a maioria (48,7%) das respostas se concentra em “ficava com fome” / “o leite era fraco” / “tinha pouco leite”. O desmame, especialmente o precoce, tem origens reconhecidamente muito complexas. Assim, se conseguirmos detectar quais as razões mais frequentemente alegadas isto não nos dá necessariamente a “chave” para desvendar o processo. No entanto, estamos em condições de afirmar que o preconceito, a falta de informação adequada e a atribuição de valores de “modernidade” ao leite artificial são variáveis de peso significativo.

A seguir descreveremos o comportamento das entrevistadas com relação ao controle de sua capacidade reprodutiva. Podemos verificar que 45,6% das mulheres utilizavam no momento da entrevista algum tipo de anticoncepcional, 24,0% tinham optado por eliminação definitiva da possibilidade de engravidar através da ligadura de trompas e 16,8% não evitavam filhos naquele momento por diversas razões (estava grávida, queria engravidar ou não tinha companheiro) mas já tinham evitado no passado. Somente 13,6% nunca tinham praticado nenhum tipo de contracepção.

Das mulheres que usavam algum método contraceptivo, 70,5% tomavam anticoncepcionais orais, tendo ouvido as entrevistadoras muitas queixas de mal-estares, mais frequentemente tonteadas, atribuídos a seu uso. Outro método muito usado (15,8%) é o DIU. Nenhuma das entrevistadas

usava nem conhecia o diafragma. Em somente 47,4% dos casos a via de acesso ao conhecimento do anticoncepcional utilizado foi o médico, enquanto que 29,9% declararam que “ninguém” tinha falado com elas a respeito, e que souberam do método por sua própria conta. Também é significativa a porcentagem de mulheres que foram orientadas por suas vizinhas (15,8%). Outro dado importante diz respeito ao pouco controle médico do uso dos anticoncepcionais, já que só 33,3% consultavam algum profissional com esta finalidade.

Com relação à ligadura de trompas, 60,0% das mulheres nesta situação a tinham feito antes de completar 30 anos.

Das entrevistadas que engravidaram alguma vez quando estavam usando anticoncepcional (20,0%), 76,0% declararam ter isto acontecido usando a pílula, o que é um indicador de sua utilização errada.

Também é significativa a quantidade de mulheres que responderam ter abortado alguma vez (19,2%). O método mais utilizado é a curetagem realizada por um médico (59,0%); no entanto, os remédios do mato e outros “remédios” populares como Coca-Cola com aspirina são frequentes.

Devemos destacar aqui que estes dados são de abortos efetivamente realizados. As tentativas de aborto no entanto são muito mais frequentes segundo foi possível verificar ao longo do trabalho, através de um contato mais sistemático com as mulheres da área. Neste caso as alternativas caseiras são inúmeras, e são visualizadas não como abortivas, mas como métodos “para a regra descer”.

Com referência ao controle ginecológico periódico e a realização de exame preventivo, 37,6% das entrevistadas manifestaram que nunca os tinham feito. Se acrescentarmos a isto o fato de praticamente ser desconhecido o auto-exame de mamas, podemos afirmar que é muito baixa a cobertura de ações preventivas do câncer nas mulheres da favela.

Dentre as mulheres entrevistadas, 36,8% não tinham cobertura previdenciária. A maioria delas utilizava os serviços médicos do Hospital Municipal Miguel Couto (31,3%) e do Posto de Saúde na Rocinha (25,5%).

3.2. — Alguns temas significativos

Infância

Uma boa parte das mulheres entrevistadas vem de famílias de origem rural, geralmente da Região Nordeste. O grupo doméstico de origem compunha-se, no mais das vezes, de mãe, pai e filhos, configurando a família do tipo nuclear. A presença de outros elementos (avó, tia, primos) apareceu menos frequentemente.

A atividade econômica básica da família de origem era a agricultura de subsistência, com alguns poucos produtos cultivados para comercialização. A mulher cuidava da casa e dos filhos, "ajudando" também muitas vezes na roça. O homem era responsável pelo trabalho agrícola e pela criação de alguns animais. As crianças desde cedo (em alguns casos a partir de cinco anos de idade) colaboravam nas tarefas que garantiam a subsistência do grupo doméstico. Os meninos dedicavam-se a ajudar o pai. As meninas assumiam tarefas domésticas (limpar e arrumar a casa, cuidar de irmãos menores, por exemplo) além de trabalharem no campo. Para estas crianças, este período de suas vidas não foi uma época de estudo e lazer e sim de trabalho. O modelo de infância, frequentemente vivenciado pelas crianças de estratos médio e alto da sociedade, não parece ter sido uma realidade para aquelas que pertenciam a famílias pobres do interior do Brasil.

A imagem que as mulheres têm hoje, destes anos, chega às vezes a ser amarga. A maioria delas considera que a infância dos seus filhos é melhor, utilizando para tal comparação, elementos como trabalho e acesso a algumas vantagens de vida urbana. Dizem elas:

"Eu nunca tive infância. Com nove anos eu já estava trabalhando" (Graça)

"Aqui tem mais facilidades, mais colégio". (Cleusa)

"A melhor infância é a deles. Naquela época não tinha TV". (Rosângela)

Para aquelas mulheres cuja infância se passou no meio urbano (cidade do interior, capital de estado nordestino ou cidade do Rio de Janeiro) a estrutura familiar também é basicamente nuclear. As atividades dos pais concentravam-se nos serviços ("ajudava a tomar conta de um hotel", fotógrafo, comerciante, coveiro) e as mães, ou se dedicavam exclusivamente à casa e à família ou adicionavam a estas tarefas um trabalho fora de casa, geralmente como empregada doméstica.

Também nestes grupos domésticos, as crianças ajudavam com seu trabalho. Não nos foi possível verificar como os meninos participavam das diversas atividades, mas as meninas contribuíam com as tarefas domésticas reconhecidas como femininas, seja dentro de casa, seja fora dela.

A divisão sexual do trabalho é, assim, instituída e internalizada muito cedo. Não se trata, nestes casos, de observar o que se passa no mundo adulto e incorporar um modelo, mas muito mais participar deste modelo já durante a infância.

A passagem desta fase da vida para a adolescência é marcada por um fato biológico, a menarca, que traz consigo uma série de mudanças não só fisiológicas, mas também de caráter cultural.

Por mais individualizada que seja cada biografia, há alguns acontecimentos na vida de toda e qualquer mulher que representam momentos essenciais na sua trajetória de ser feminino (Corrêa, 1983:60–61). Um deles é a menarca. A bibliografia antropológica é rica em descrições não só de ritos de passagem como de costumes e atitudes específicos para as épocas de menstruação. Nas sociedades do chamado mundo ocidental parece não haver tanta ritualização. No entanto, a primeira menstruação dificilmente acontece como se fosse apenas mais um fato do cotidiano. A memória deste acontecimento está viva nas mulheres: elas lembram da idade que tinham, da situação em que isso aconteceu, de como se sentiram. Os depoimentos recolhidos verbalizam sensações de espanto, medo, apreensão, que são geralmente decorrentes de um desconhecimento do que acontece:

“Não sabia o que era, nunca me haviam falado”. (Celeste)

“Eu estava brincando com as colegas, vi e fiquei apavorada.” (Lourdes)

Um sentimento de vergonha muitas vezes acompanha a descoberta. A menstruação é vista como algo que deve ser escondido dos outros, muitas vezes da mãe.

“... ela (uma amiga) falou para eu não ficar falando para todo mundo, que era escondido”. (Marta)

“Eu fiquei escondendo, aí a mãe pegou um dia”. (Aparecida)

Por outro lado, as explicações dadas à mulher, sempre através de alguma pessoa do sexo feminino (a tia, uma amiga, alguma mulher que tem algum tipo de relação de autoridade com a entrevistada, professora, patroa — a mãe), são de que aquilo é “normal”. “Normal” porque acontece com todas, mas nem por isso isento de ser visto através de uma ótica moral que produz normas ou interdições.

É geralmente a partir deste momento que são introduzidas uma série de interdições referentes a comportamento, a marcar não só a diferença dos sexos como a passagem para uma nova fase da vida que aparece muito mais como perda da liberdade que como aquisição de novos espaços de realização pessoal. Digamos que as marcas da situação de adulto se reforçam, “brincar” deixa de ser permitido.

“[Minha mãe] falou que eu tinha que ter um comportamento diferente do que eu tinha. Eu gostava muito de jogar bola de gude. E ela falou que eu tinha que ficar em casa ajudando”. (Ivone)

“[A mãe] falou que eu já estava mocinha, que eu não podia mais brincar com os meninos, que tinha que ficar comportadinha, não podia mais jogar bola... não podia botar saia muito curta... Eu deixei de

fazer tudo. Fiquei com vergonha do meu pai, dos meus irmãos”.
(Odete)

As proibições alimentares e alguns comportamentos durante a menstruação são bastante comuns: não se pode comer jaca, pato, carne de porco, sardinha, banana, abacaxi; não se pode andar descalça, mexer com planta, dançar, pegar sol e lavar a cabeça, só após o terceiro dia do início da menstruação.

A relação entre menstruação e reprodução, tanto pode ser colocada ambígua como explicitamente:

“[Minha mãe não explicou nada], só falou que eu não podia falar com garoto nenhum, que pegava, que não era para ficar de sacanagem”.
(Helena)

“Elas (as amigas) comentavam tudo comigo”. (Ligia)

“[Minha mãe] falou para ter cuidado, eu podia até pegar um filho”.
(Ivone)

O desconhecimento no que se refere à menstruação e a relação desta com a reprodução também aparece quando discutimos relações sexuais e reprodução. Encontramos mulheres que simplesmente negam ter tido algum conhecimento sobre qualquer coisa até, pelo menos, o casamento, e outras cujo discurso é contraditório.

“Eu casei uma pessoa inocente”. (Eliane)

“Eu vim a saber [através do meu marido], que eu não sabia como é que era”. (Mabel)

“Eu não sabia disso não, vim a saber aqui... (já estava grávida) mas não sabia como era que tinha filho”. (Aparecida)

“Eu não sabia de nada... era boba. Não digo que era inocente quando casei, que a gente quando namora... Quando fiquei grávida, não sabia. As colegas comentavam, mas eu não tinha certeza”. (Aparecida)

Este “desconhecimento” do processo biológico da mulher, das relações sexuais e da reprodução, não tem um momento específico para terminar. Para algumas, conforme vimos, a menstruação significa a entrada no mundo do conhecimento do próprio corpo e das relações sexuais homem-mulher. Para outras, esta descoberta se dá num determinado momento e o saber sobre relações sexuais em outro.

Estes depoimentos parecem confirmar a interpretação de Alves et al.:

“O desconhecimento é apontado como um componente positivo da identidade feminina. Dessa forma, para cumprir o modelo de pureza composto pelo conjunto de papéis a serem desempenhados,

a mulher nega formas de conhecimento corporal e sexual. Pelo contrário, sua própria ignorância, seu desconhecimento, dão a medida de sua pureza, um atributo positivo da condição feminina". (Alves, 1980: 257-258)

As mulheres entrevistadas por Corrêa (1983), em Pernambuco, também podem ser incluídas neste modelo, em que o "não saber" é componente positivo do ser mulher. Mas a autora acredita que "esse 'não saber' indica menos desconhecimento absoluto, que a existência de um véu que não permite ver direito". (1983:64)

O que podemos apreender é que o desconhecimento, seja ele absoluto ou não, acarreta para estas mulheres sensações de insegurança e medo, fazendo com que acontecimentos cruciais da vida sejam vivenciados com angústia e apreensão.

Namoro

Mas a adolescência é também o tempo do namoro. E este é lembrado como algo que os pais tentavam controlar, mas que nem sempre conseguiam. Ao relatarem o namoro da sua época de mocinha, as mulheres entrevistadas geralmente o fazem com um misto de carinho (por um tempo que é considerado de liberdade, de divertimento, em comparação com o casamento e os filhos), e uma ponta de orgulho por terem conseguido, no mais das vezes, escapar ao controle paterno e/ou materno:

"Lá se namorava em casa. Se eu saía para namorar tinha um irmão do lado". (Cleusa)

"[O namoro na Paraíba] era um barato. Uma pessoa controlando sempre" (Eliana)

"Eu saía fugida com o namorado". (Leda)

O controle sobre a mulher é, assim, efetuado tanto através da tentativa de mantê-la ignorante de certos fatos como de uma maneira mais explícita, através do controle do namoro.

A provar, no entanto, que o controle não consegue a tudo controlar, estão as mulheres que engravidaram quando ainda solteiras e vivendo com os pais, e as que fugiram de casa na tentativa de se subtrair à autoridade paterna e/ou materna.

Trabalho na adolescência

No que se refere a trabalho, o quadro é complexo. Para aquelas que permaneceram na casa dos pais, sem ir trabalhar fora até o casamento, as

tarefas da adolescência eram basicamente uma continuidade das da infância com, talvez, um grau maior de responsabilidade.

Algumas mulheres passaram a trabalhar fora de casa ainda criança, por volta dos 10 anos de idade, mas a maioria o fez ou a partir da adolescência ou já adultas. Trabalhar fora de casa e migrar muitas vezes são decisões conjuntas.

A vinda para o Rio de Janeiro à procura de emprego era, em geral, articulada previamente: ou a mulher vinha ao encontro de algum parente (no mais das vezes o irmão) ou já havia “acertado” um emprego em alguma casa de família. Se, por um lado, podemos considerar que este trabalho fora significa um grau de autonomia maior da mulher com relação à família, por outro lado, devemos lembrar que há situações que se configuram mais como um “entregar aos cuidados de”. Isto é, a adolescente passa da autoridade do grupo familiar para a autoridade do grupo que a emprega. A relação que se estabelece com a patroa e sua família fica a meio caminho entre uma relação profissional e uma familiar.

Nos casos em que trabalhar fora representou uma independência maior da mulher é possível considerar ser esta uma forma de entrar para o mundo adulto. No entanto, o mais frequente é que esta passagem se dê através da maternidade e/ou do casamento.

Casamento

A entrada no mundo adulto significa basicamente para a mulher o casamento e/ou filhos. E isto, em outras palavras implica assumir os papéis de dona-de-casa e mãe.

No caso das mulheres entrevistadas, vemos que este modelo também é o seu, mas suas trajetórias biográficas muitas vezes não se enquadram nele. É, sobretudo, o caso daquelas que engravidaram ainda solteiras, especialmente as que não se casaram com o pai desta primeira criança. Há, também, as variações no modelo: à gravidez (ou ao filho) segue-se o casamento e não vice-versa. Um aspecto mais ou menos implícito do modelo é que o local de onde a mulher sai para inaugurar um novo lar é a casa dos pais. Encontramos aí uma segunda variante do modelo naquelas mulheres que trabalhavam e moravam na casa dos patrões até o momento do casamento.

Ao falarmos em “assumir um papel” é necessário ressaltar que isto não se dá de maneira repentina. O processo de socialização, como é sabido e como já vimos, se inicia desde muito cedo. As mulheres de baixa renda de famílias de origem rural ou urbana começam a “ajudar” em casa desde muito pequenas. Esta ajuda se traduz, muitas vezes, em compartilhar com a mãe as tarefas que compõem o papel de dona-de-casa e de mãe: lavar roupa, fazer comida, arrumar a casa, cuidar dos irmãos menores. Assim, se bem que a passagem para o mundo adulto implique mudanças básicas, a transição já vem sendo preparada há muito tempo e algumas mulheres vi-

venciam as transformações não como um corte abrupto, mas como a continuação, embora com uma mudança na posição: passa-se a ser a cabeça do processo.

O casamento é visto tanto como a “ordem natural das coisas” como solução para fatores muitas vezes de ordem conjuntural, como uma gravidez ou estar só e desamparada.

“Eu estava morando [lá em baixo]; conheci ele, a gente se gostou, casou”. (Celeste)

Começou a namorar numa festa: “Dali começou. . . Foi passando o tempo e ele trazendo as coisas (logo após a morte da mãe). Foi a maior sorte, que o Rafael estava com quatro meses . . . Uma mulher sozinha. . . E era assim de vagabundo. . .” (Jurema)

Para aquelas que migraram para o Rio de Janeiro solteiras e cujo local de moradia passou a ser um quatinho na casa onde trabalhavam, o casamento era a maneira mais viável de se ter uma casa. Nessa medida, ele pode ser considerado como uma forma ou uma tentativa de libertação, sob um ponto de vista negativo ou positivamente como realização de formas sociais de “ser”.

A avaliação do casamento segue critérios diferentes, variando bastante em função das expectativas que as mulheres tinham quanto à união, a um projeto de vida e também quanto às condições reais de existência.

“Maldita hora que eu comecei a estudar de noite (onde conheceu o marido). Que eu não queria ter casado cedo; queria ter saído de casa”. (Odete)

“Onze anos de casamento, onze anos de sofrimento”. (Helena)

“Eu não imaginava ter a vida tão sacrificada. . . A gente sempre sonha alto. Um marido que ganhasse um pouco melhor. . .”. (Ivone)

“Eu achava que ia mudar para coisa melhor, mas eu estou achando que está tudo no mesmo. . . Mudou um pouco, eu vivo no que é meu”. (Celeste)

“Para mim ele não é santo porque está fora do altar”. (Solange)

Mesmo para aquelas que se dizem satisfeitas com o casamento, ele dificilmente é visto como a melhor coisa que lhes poderia ter acontecido. A resposta à pergunta: “Qual a melhor fase da sua vida?” raramente coincidiu com o momento atual ou com alguma época em que estivessem casadas.

Os problemas no casamento mais frequentemente relatados referem-se ao alcoolismo e violência física (geralmente o último é decorrente do primeiro).

O fato destas mulheres manterem a união apesar de tudo, merece análise bastante profunda. No entanto, além dos fatores psicológicos que necessariamente estão presentes, um elemento de realidade impõe-se com fre-

quência: não há muitas alternativas para resolver a questão da sobrevivência. Há indícios de que aquelas mulheres que desejam se separar do marido contra a vontade deste enfrentam, entre outros, dois problemas:

1) Como conseguir recursos para o seu sustento e de seus filhos, uma vez que alguns maridos após a separação ou se recusam a contribuir para a sobrevivência dela e dos filhos ou contribuem com quantia tão baixa que não dá para a sobrevivência;

2) onde morar: a maioria das famílias desta área da Rocinha é “dona” do seu barraco e uma separação na qual a mulher e as crianças sejam aqueles, que saiam de casa cria uma situação praticamente insustentável, uma vez que ela dificilmente terá condições de comprar um barraco sozinha.

Como resolver esta situação?

Se a mulher decide trabalhar fora, basicamente duas variáveis condicionam esta decisão:

— Mercado de trabalho. A maioria das mulheres desta área da Rocinha se emprega como doméstica (geralmente diarista) em casas de família da Zona Sul da cidade. Apesar da enorme crise de emprego por que passa o país, o mercado de trabalho para este tipo de serviço ainda consegue absorver bastante mão-de-obra.

— Cuidado dos filhos pequenos. A maior dificuldade para aquela mulher que quer trabalhar fora é encontrar uma alternativa para o cuidado dos filhos. As soluções encontradas são: deixar com algum adulto da rede familiar (mãe, irmã, tia), deixar com filhos mais velhos, pagar a alguém para tomar conta, conseguir colocar as crianças numa creche, levar as crianças consigo para o trabalho.

Uma terceira variável é a questão do salário. Como é sabido, o emprego doméstico é de baixa remuneração. Para poder arcar com as despesas mínimas do grupo doméstico, esta mulher precisa trabalhar de segunda a sexta-feira. Mas conseguir cinco dias de trabalho por semana não é tarefa fácil. Assim, o que acontece com uma certa frequência é ela começar a trabalhar menos dias por semana na esperança de que conseguirá, num futuro próximo, outros serviços. Assim, as condições de existência deste grupo doméstico, que já são geralmente muito ruins, mesmo considerando os rendimentos auferidos do marido quando o casamento ainda existe, tendem a piorar consideravelmente.

Uma vez resolvida a questão do trabalho, resta solucionar o problema de moradia. Há praticamente apenas uma saída:

— Se a mulher possui alguém de sua rede familiar (mãe, pai, irmão, irmã) que a aceite e aos seus filhos, ela pode passar a morar com esta pessoa. Esta dificilmente é uma solução considerada ideal e é frequentemente encarada como transitória.

A resolução destas duas dificuldades não segue um plano rígido. Isto é, se algumas mulheres se preocupam em solucionar primeiro a questão do emprego e depois a da habitação, outras fazem o oposto, mudando-se primeiro e depois tentando resolver as dificuldades de sobrevivência.

Pelo exposto, podemos verificar que as barreiras a uma separação desejada pela mulher, mas não pelo marido, são enormes. Do outro lado estão as separações desejadas apenas pelo marido. Nestes casos, se bem que a mulher permaneça na casa, ela ainda terá que enfrentar a questão da sobrevivência.

Não temos dados suficientes que permitam uma afirmação mais segura, mas levantamos a hipótese de que uma das razões que explicam o maior número de separações por “desejo do marido” se deve à distribuição desigual das responsabilidades em relação aos filhos, que geram demandas específicas de moradia e trabalho.

Maternidade

Conforme já vimos, o mundo adulto significa, para a maioria das mulheres, ser casada, mãe e dona-de-casa.

A questão do casamento foi vista anteriormente. Iremos nos deter agora na temática da maternidade. Os dados em que se baseia a análise foram coletados não só através das entrevistas individuais, mas também através de reuniões das quais participaram algumas das mulheres entrevistadas e as agentes comunitárias. Foram sempre discussões muito ricas e não raras vezes com um conteúdo emocional muito forte. Ficou claro para nós que o “ser mãe” é um tópico que imediatamente suscita sentimentos profundos.

A maternidade é vista de uma maneira muito contraditória. Ao modelo cultural vigente (ser mãe é o destino natural de toda mulher) contrapõem-se as condições de existência nas quais se tem que criar os filhos e também um questionamento do próprio modelo.

Em alguns depoimentos as formas do ser mãe, o exercício cotidiano da maternidade apareceu mais associado às condições reais de existência do que a uma “natureza feminina”, um “instinto maternal” que estivesse acima das diferenças de classe. Se para a mulher pobre a maternidade significa um trabalho infatigável, no qual o prazer tem um lugar secundário, a mulher rica não tendo estes encargos tem melhores condições de ter filhos. Isto, no entanto, não significa que o “amor maternal” exista mais numa situação do que na outra. Como nos diz Alzira:

“A mulher rica pode ter para curtir, nem olha para ele; a babá toma conta, é como um móvel”.

O ter filho é visto como desejado e ao mesmo tempo não desejado. Mas, é importante lembrar, o não desejo é expresso a *posteriori*, isto é,

por mulheres que já são mães e que hoje avaliam que melhor seria não sê-lo. Este posicionamento é expresso tanto a nível individual como através de generalizações. Dizem elas:

“Só tive filho para cumprir o dever de ter filho”. (Nair)

“Acontece mesmo, a gente não quer ter filho”. (Joana)

“Mesmo que eu tivesse dinheiro, eu não queria ter filho nenhum; filho atrapalha”. (Marília)

“Todo mundo quer curtir e ter filho dá muito trabalho. Antes de ter filho queria, agora não queria ter”. (Alzira)

“Eu preferia não ter tido”. (Sueli)

Dentre estas mulheres, algumas tiveram filho após o casamento (Nair e Alzira), uma outra engravidou e em seguida casou-se (Sueli) e outras são mães solteiras (Joana e Marília). Vemos, assim, que a existência do casamento traduzindo, na realidade ou no desejo, alguma estabilidade tanto financeira quanto afetiva, não é condição suficiente para se desejar ser mãe. Há também em algumas mulheres a sensação de que têm que cumprir um papel (Nair) ou que a decisão está fora de suas mãos, de que não há controle sobre seu próprio destino (Joana).

As entrevistadas, ao compararem as mulheres pobres com as mulheres ricas, têm a visão de que estas têm maior controle sobre sua atividade reprodutiva. As mulheres pobres têm mais filhos por ignorância, o que se deve a vários fatores: não trabalharem fora (isto é, ao serem donas-de-casa apenas não têm muito contato com o mundo exterior, o que implicitamente lhes dificulta tomar conhecimento de métodos anticoncepcionais); serem de origem rural (a oposição mundo rural/atraso – mundo urbano/modernidade); falta de conhecimento em geral; situação de exploração das classes menos privilegiadas, submissão da mulher ao homem. Alguns depoimentos:

“A classe pobre é tão subjugada que não tem nem tempo de pensar. Muitos ricos recusam-se a ajudar, querem mais é que os pobres tenham filhos para ficarem mais pobres”. (Alzira)

“Mulher pobre tem mais filho. É por falta de conhecimento; a mulher que fica dentro de casa é que tem mais filho”. (Liana)

“No interior o marido não deixa, aqui também acontece. O homem está sendo machista, a mulher tem que tomar [pílula] escondido”. (Doris)

“A mulher rica só tem quando ela quer”. (Joana)

“A mulher está muito mal informada; se eu soubesse teria tomado pílula”. (Doris)

Assim, o maior número de filhos é visto mais como uma consequência da pobreza e da ignorância, do que como sua causa.

Um outro ângulo da maternidade é a gestação. Como seria praticamente impossível detalhar cada gravidez de cada mulher, para alguns aspectos da análise optamos por focalizar a primeira delas para cada entrevistada. Para outros ângulos foi possível utilizar informações de outras gestações.

A primeira gestação, assim como a menarca, é uma experiência que dificilmente a mulher esquecerá. As condições reais e subjetivas em que isto acontece vão determinar como a mulher vivencia esta situação.

A primeira gravidez implica, também, uma mudança na vida de cada mulher. Se bem que tenhamos que diferenciar entre uma gravidez interrompida e uma a termo, estar grávida significa poder ser mãe. E a maternidade traz consigo muitas implicações: o sentir-se uma mulher completa, o entrar no mundo adulto, o assumir novos papéis.

Verificamos através das histórias de vida que um fator importante de cada gravidez era o fato dela ser ou não desejada. Este desejo ou não desejo relaciona-se tanto com a situação conjuntural como com a estrutural de vida de cada mulher. Assim, engravidar antes ou fora do casamento geralmente significa não ter desejado esta gestação. Por outro lado, também observamos que não são poucas as vezes em que a mulher, mesmo participando de uma relação estável, não deseja o filho alegando dificuldades financeiras.

Tentamos, então, dividir cada gravidez entre desejada e não desejada utilizando vários critérios.

O primeiro e mais óbvio é a própria resposta de cada mulher. Isto, no entanto, não aparecia com muita facilidade, uma vez que não perguntávamos explicitamente se ela quis cada uma de suas gravidezes.

Um segundo critério foi o de considerar que aquelas gestações que aconteceram fora do casamento não eram desejadas. Pelo que as próprias mulheres nos disseram e pelo que pudemos perceber através de suas trajetórias de vida, as mulheres não engravidaram como uma tentativa de levar os homens a se casarem.

Um terceiro critério foram as tentativas de interromper a gestação (ver discussão sobre esta questão em Contracepção).

Ainda uma outra maneira de detectar gravidez indesejada é através de depoimentos que poderiam ser resumidos assim: desejar não desejam, mas que venham quantos Deus quiser.

Utilizando todos estes critérios, isolada ou correlacionadamente, vemos que o número de gravidezes não desejadas é grande. Isto se traduz, inclusive, pelo alto índice de utilização de algum método contraceptivo. Para aquelas que tiveram (ou continuam tendo) muitos filhos, apesar de demonstrarem a vontade de não tê-los, uma das explicações é a dificuldade de encontrar um método anticoncepcional adequado (segundo seus parâmetros). Na verdade, o que acontece é que estas mulheres conhecem poucos métodos. Geralmente sabem da pílula, do DIU, e, atualmente, bastante difundi-

da, da ligação de trompas. Algumas ouviram falar da “tabela”, mas não sabem como funciona.

As razões alegadas para não desejarem mais filhos podem ser resumidas nas dificuldades imensas de criar mais crianças dentro dos exíguos limites impostos pelas condições econômicas em que sobrevivem.

A vivência de cada gravidez depende, é claro, de muitas variáveis. As que aparecem mais frequentemente são as que se relacionam com a saúde, com a sensação de bem-estar ou mal-estar. Uma outra variável seria a situação econômica durante cada gravidez. No entanto, verificamos que mesmo quando as condições econômicas eram piores do que o normal (marido desempregado, ausência de companheiro que fosse responsável por ingressos), as mulheres verbalizam suas vivências em termos de sua saúde. A relação entre gravidez desejada e não desejada e vivência da gestação é extremamente difícil de ser detectada e não nos foi possível fazê-lo de modo sistemático.

Para aquelas mulheres que engravidaram quando casadas, a primeira gestação é geralmente “desejada”, uma vez que é vista como “a ordem natural das coisas”. Ter filhos é função essencial da mulher, faz parte de sua definição de gênero. No entanto, as potenciais gestações seguintes nem sempre são consideradas como o destino obrigatório de toda mulher.

Parto

A grande maioria das mulheres entrevistadas teve seus filhos em hospitais públicos. Mesmo aquelas poucas que tiveram filhos em casa, com parteiras, passaram por pelo menos uma experiência hospitalar. Assim, trataremos aqui, basicamente, de experiências urbanas, em hospitais. É necessário lembrar também que são hospitais públicos, logo, estas mulheres não tiveram um atendimento personalizado; no mais das vezes nunca tinham visto o pessoal médico que as atendeu.

As descrições dos partos demonstram de maneira clara aquilo que se costuma chamar de “desumanização do parto”: às mulheres nada é explicado sobre o que está se passando; ela é tratada como mero objeto de manipulação do médico ou como um meio de “praticar”, “aprender” pelos estudantes de medicina; há uma profunda medicalização do parto. Vários relatos apontaram que há descuidos profissionais sérios, como por exemplo, não retirada de toda a placenta.

Junte-se a isso as dificuldades de locomoção (a maioria das mulheres desce todo o morro a pé, durante o período das contrações e vai de ônibus para o hospital), e teremos um quadro realmente assustador das condições em que estas mulheres têm seus filhos.

Algumas mulheres, ao serem entrevistadas pela primeira vez, tendiam a fazer um relato sucinto do parto (“foi normal”, “tudo bem”). Não faziam comentários sobre o atendimento que receberam. À medida em que os

contatos entre entrevistada-entrevistadora foram aumentando, que houve o desenvolvimento de uma maior intimidade, as mulheres foram colocando mais seus sentimentos. E apareceram então experiências traumatizantes, relatos de situações em que a mulher foi desrespeitada, insultada, humilhada.

Alguns poucos depoimentos, dentre os muitos coletados, são suficientes para exemplificar:

Foi para o hospital às 11 horas da manhã, passou lá o dia todo. À tarde rompeu a bolsa: “E deu de noite e só nasceu [de madrugada]. Eu já estava agoniada. Quando deu 10 horas, me levaram para a sala de parto. Quase que não nasce. Acho que demorou muito porque eu acho que sou muito nervosa, na hora da menina nascer, eu gritei, abri a boca, e ela subiu, já estava botando a cabeça. Se não, não ia, não. (Outras pessoas estavam fazendo força). Já pensou a gente passar o dia todinho sem comer?... Tinha uns três ou quatro homens para fazer meu parto. Teve um que ficou segurando meu braço, eu estava com soro. Dois me seguraram. Quando ela nasceu eu estava com a vista escura, de tanta força. Não sei se era o chefe, ela falou: “Isto aqui está faltando é força! Botou as mãos no estômago...” (Ligia)

Começou a ter hemorragia. O marido a levou de ônibus para o hospital: “Graças a Deus correu tudo bem. Ia ser cesariana, mas a doutora me aplicou um soro lá. Com meia hora o neném nasceu... A experiência do parto não foi nada de fantástico, para mim foi normal. Só foi anormal o sangue. Eu não fiz escândalo. Só senti dor depois do soro... Na hora que ele nasceu eu vi. Fiquei contente... E eu estava levando pontos, aquele negócio horroroso. Quando eu fui para a cama de repouso, estava desmaiada... Me deram tanto tapa no rosto. Não sei o motivo pelo qual desmaiei”. (Leda)

“Em virtude do hospital onde pretendia ter o neném estar em obras, fui mandada para a outra maternidade. Lá não é médico, é urubu. Lá não dão comida, não... (O médico disse-lhe que não tinha comida). A enfermeira falou que ela não poderia comer: “Aqui é hospital de mendigo!” (Depois de constatar a presença de acadêmicos, disse): Vocês não vão meter a mão em mim, não... Aplicaram uma injeção e a dor veio em seguida; o parto foi à unha. Eu taquei o pé na cara do médico”. (Aparecida)

“Foi meio perigoso, que ele quase passa da hora de nascer, que não tinha passagem... a bolsa estourou... De cinco em cinco minutos uma dor... Nada de parar táxi... Cheguei [no hospital] 10 horas [da noite], fiquei internada... No outro dia de manhã me levaram para a mesa do parto... O médico disse: ‘Esse caso é grave’... O neném não passava. Eu não sei por que não fizeram cesária... Eu me peguei em N. S. do Parto... Ele nasceu roxo e colocaram o balão nele. Eu não morri porque Deus não quis”. (Eliana)

“Eu não gostei do médico. Era daquele tipo grosso. E ele ensinando um acadêmico como se dava ponto”. (Ivone).

Um dos casos mais contundentes foi o de uma mulher que engravidou, mas permaneceu virgem. No hospital, só foram descobrir isto quando o trabalho de parto já estava bem adiantado:

Chegou no hospital às 8h30m. “O menino foi nascer às 7 horas da noite. Aí chegou o médico com os papéis da 15ª (Delegacia de Polícia) dizendo que eu era moça. Mas os médicos já estavam todos deitados em cima de mim. Eu não tinha mais o que fazer força. Aí, um médico me deu um tapa na cara, que achou que eu estava fazendo escândalo. Aí quando o médico chegou, falou que tinha que meter um bisturi para a criança nascer. Aí, ele cortou e tirou o menino a ferro”. (Helena)

Esta experiência foi tão traumatizante para a mulher que ela se recusou a ter outros filhos no mesmo hospital.

Uma das mulheres entrevistadas, comparando os seus dois partos, resume bem a diferença entre um parto hospitalar, desumanizado, e outro em casa, com muito calor humano. As condições materiais em que ela vivia quando teve a sua segunda filha eram muito precárias: não havia luz elétrica, o espaço físico era mínimo, não havia uma só peça de roupa para a recém-nascida. Conta-nos ela:

“...foi a parteira que tem ali, D. Lindalva... Mas foi um parto melhor do que o do hospital. Eu gostei. A gente não sofre tanto... [a parteira] conversa com a gente... quando você vê, a criança já nasceu... Você não sente nada. . . A parteira falava com a gente, pedia para ter calma. . . sempre tem uma simpatia. . . Mandou pegar uma garrafa, me deu para mim soprar três vezes, aí a placenta desceu. . . O marido ficou perto, ele ficou nervoso à beça. . . a gente sempre tem um apoio quando o marido está perto. Quando ela nasceu não tinha luz, não tinha uma vela para acender na hora de fazer o parto. Os vizinhos aí é que trouxeram. Aí rasgaram um lençol. . . aí trouxeram para enrolar ela”. (Mabel)

Um outro indicador da insatisfação com a experiência do parto foi o fato de algumas mulheres, ao terem seu segundo ou terceiro filho, adiarem o quanto podiam sua ida para o hospital de modo a diminuir ao máximo o tempo de estadia lá. Houve inclusive um caso em que a criança acabou nascendo em casa. Quando a ambulância chegou, o médico cortou o cordão umbilical, e então levou a parturiente e o recém-nascido para o hospital.

Apesar destas experiências negativas, as mulheres não vislumbram alternativas viáveis. As tentativas de reação geralmente não vão além de uma mudança de hospital. O parto em casa não é um acontecimento frequente

e não se coloca como opção, seja porque há poucas parteiras ainda em atividade, seja porque o modelo ocidental do parto (isto é, o hospitalar, medicalizador) já esteja internalizado, significando, inclusive, segurança, modernidade (em contraposição ao modelo “atrasado”, rural).

Pós-parto

As experiências do puerpério também refletem uma estrutura econômica que, como já vimos, coloca-se nos limites mínimos da sobrevivência. A necessidade de cuidados especiais que definem o período do “resguardo” é reconhecida, mas estas mulheres também têm claro que suas condições de existência não permitem o respeito a estes critérios. Existem em alguns casos falhas médicas que determinam ou ajudam a gerar complicações. Assim, podemos dividir as complicações pós-parto como tendo duas origens: o não respeito aos cuidados necessários para o puerpério e as “falhas” da equipe médica durante o próprio parto. Na verdade, muitas vezes os problemas que surgem são fruto de uma combinação dos dois. As complicações mais freqüentemente relatadas são inflamação/rompimento dos pontos da episiotomia e hemorragia.

A “quebra” do resguardo significa não respeitar os períodos de descanso necessários, subir e descer o morro freqüentemente, retomar imediatamente as atividades domésticas, carregar latas de água, ter relações sexuais durante este período e higiene precária. A prática médica deficiente é um pouco mais difícil de detectar já que, no mais das vezes, nada é explicado à mulher. Foi possível levantar, através dos depoimentos, basicamente duas falhas: a não retirada completa da placenta e problemas com os pontos (mal dados, não esterilização da linha e/ou dos instrumentos cirúrgicos).

Algumas situações exemplificam estas questões:

Aparecida: teve hemorragia e ficou internada 15 dias juntamente com a filha recém-nascida. Segundo a entrevistada, o doutor lhe disse: “Isto é resto de parto que eles deixaram”.

Ligia: só fez resguardo durante os três dias que passou no hospital. Disse: “O que me incomoda são os pontos. Dessa menina arreventou ponto, com nove dias de nascida tive hemorragia”.

Jurema: ficou internada durante um mês após o parto, “porque os pontos tinham arreventado... [Os médicos falaram] que eu ia ter que fazer períneo. E estão eles embromando... e nunca faziam. Eu falei para o médico: ‘Não, fica assim mesmo’ Eles [receitaram] uma pomada e um spray. Uma luta para comprar (muito caro)”.

Ivone: “Eu tenho medo de ter filho só de pensar nos pontos... Com 15 dias em casa, eu senti hemorragia. O médico ‘Ela fez aborto’. Fiquei até o outro dia, perdi muito sangue. Eu des-

confiei que foi alguma coisa dentro de mim. Que saiu muito pedaço de coisa”.

Contracepção e aborto

A história contraceptiva varia de mulher para mulher, mas há pelo menos um ponto em comum. Geralmente recorre-se ao uso de algum método anticoncepcional após o nascimento de pelo menos um filho. Isto se explica pelo desconhecimento da mulher com relação à reprodução e/ou método de evitar filhos; e por um modelo cultural no qual primeiro é necessário cumprir o destino (que é também a obrigação) de ser mãe, mas depois é possível ter algum controle sobre ele, uma vez que não é destino ser mãe sempre.

Passar a evitar filhos após o nascimento do primeiro não significa, é claro, que não se tenha outros. A contracepção é utilizada como meio de espaçamento entre gravidezes.

As justificativas para o uso de algum método anticoncepcional se referem basicamente à situação econômica difícil, que praticamente inviabiliza a existência de muitos filhos. Como já vimos, às dificuldades econômicas soma-se e mistura-se a pesada carga de ser mãe nestas condições.

A escolha do contraceptivo a ser usado é limitada pelo desconhecimento sobre as várias maneiras de se evitar uma gestação e pela dificuldade de acesso aos métodos anticoncepcionais. O contraceptivo oral, o DIU e a laqueadura de trompas são os métodos mais conhecidos. São também o de mais fácil acesso: a pílula é vendida livremente nas farmácias, o DIU é colocado por médicos particulares e/ou instituições extra-oficiais de planejamento familiar e o acesso à laqueadura de trompas é cada vez maior. O condom também é conhecido mas não muito usado.

Na opção por um determinado método avalia-se também a sua eficácia. E as mulheres sabem, seja através do contato com profissionais de saúde, seja através de amigas, parentes, vizinhas, que a pílula, o DIU e a laqueadura de trompas são os mais eficazes.

Ao analisarmos os depoimentos e os dados dos questionários verificamos que a pílula ainda é o método mais utilizado, vindo em segundo lugar a ligação de trompas e em terceiro o DIU. Estes dados refletem um processo na história do uso de anticoncepcionais.

Apesar da pílula estar em primeiro lugar, ela tem sido, nos últimos tempos, bastante criticada devido aos efeitos colaterais que acarreta. E estes efeitos são sentidos pelas mulheres muito diretamente, nos seus corpos. Assim, não são poucas as queixas de dor de cabeça, inchaço, nervosismo, tonteira. E estes são justamente os motivos alegados para se abandonar este método. Mas, se não se toma a pílula, o que se vai fazer?

Neste momento entram em cena o DIU e a ligação de trompas. O DIU parece estar ganhando a preferência dos médicos que então passam a receitá-lo em substituição à pílula. No entanto, há indicações de que talvez este método não consiga a mesma popularidade do anticoncepcional oral porque a laqueadura de trompas vem sendo adotada cada vez mais frequentemente.

Se umas mulheres desejam controlar sua atividade reprodutiva para poder ter filhos no momento que lhes pareça mais conveniente, outras desejam encerrar definitivamente sua vida reprodutiva. Nestes casos a ligação de trompas é vista como uma alternativa bastante sedutora, uma vez que coincide com o desejo: ambos são definitivos. A racionalização segue mais ou menos essas linhas: "Não dá para ter mais filhos, então ligar as trompas é ótimo porque assim resolvo isto de uma vez por todas. Ter que passar o resto da vida tomando ou botando alguma coisa só vai me dar mais trabalho". A expressão: "não dá mais para ter filhos" sugere que a decisão é tomada em princípio por imposição de uma situação econômica que, já sendo tão difícil no momento, se tornaria muito pior com a existência de novas crianças, embora possamos pensar na existência de outros componentes da decisão que deveriam ser melhor avaliados. Componentes do tipo cultural que evitariam reforçar a imagem da mulher das camadas populares enquanto ser movido apenas por considerações econômicas.

Entretanto, coexistem na ideologia das camadas populares uma representação "tradicional" da família, na qual cada filho é um dom que deve ser aceito e uma representação "moderna", na qual deve-se limitar o número de filhos. Desta coexistência deriva-se que argumentos de uma ou outra representação podem ser acionados em situações diferentes.

Isto pode ser visto na avaliação do que seja o número máximo de filhos que se deseja ter, que parece seguir o modelo atualmente vigente nos estratos médios da sociedade, que indica que o número ideal de filhos situa-se entre dois e três. Assim, não é raro ouvir-se uma mulher planejar ter o segundo filho para, logo em seguida, ligar as trompas. Embora o econômico tenha peso considerável, é importante o fato de um modelo de família estar se difundindo. O acesso à esterilização se dá através de caminhos variados: um médico amigo da patroa que se dispõe a fazer a laqueadura, clínicas particulares, organizações extra-oficiais de planejamento familiar e hospitais da rede oficial. Nestes parece haver uma certa resistência a se fazer a ligação sem obedecer aos critérios estipulados pelo Ministério da Saúde mas, segundo algumas entrevistadas, se a mulher insistir bastante ao longo de pré-natal, ela conseguirá.

A escolha do momento mais oportuno para a laqueadura também varia, mas no mais das vezes coincide com o parto ou logo após. Algumas mulheres, inclusive, planejam um filho para poderem ligar as trompas. Estes são os casos dos partos por cesariana que, absolutamente, não seguem critérios médicos. A escolha da cesariana também é feita como consequência de uma desconfiança com relação às técnicas de esterilização. Algumas

mulheres não acreditam que a ligação “pelo umbigo” seja realmente efetiva (relatam casos de mulheres que mesmo assim engravidaram) preferindo “abrir a barriga”, pois assim o médico pode realmente ver o que está “lá dentro” e cortar as trompas sem o risco de errar.

As fantasias com relação à laqueadura são basicamente duas, que na verdade configuram dois lados da mesma moeda: com a separação definitiva do exercício da sexualidade e da capacidade reprodutiva “alguma coisa acontece” com essa sexualidade que parece “ficar solta”. A mulher “fica fria” ou “fica quente”, “começa a dar adoidado”, são imagens que parecem reafirmar que o fato de engravidar funciona como forma de controle ou regulação da atividade sexual. Sem dúvida este é um elemento presente na resistência de muitos maridos a que sua companheira use algum tipo de anticoncepcional, e que alcança seu ponto mais alto com a laqueadura de trompas.

Além da laqueadura de trompas, da pílula, do DIU e de alguns métodos anticoncepcionais (lavagens, geléias, coito interrompido), as mulheres tentam ainda interromper a gestação.

Também o aborto é relacionado com a impossibilidade material de ter mais filhos: “é mentira que onde comem dois comem três”, foi ouvido mais de uma vez. Este argumento de tipo econômico estendia-se às diferenças de classe: “mulher rica, não, se ela tem dinheiro para criar, então ela tem que ter o filho”. Assim, o aborto não se colocava enquanto um direito de toda e qualquer mulher, mas, sim, uma solução a que a mulher pobre tinha que recorrer por imposição de sua situação econômica. E mesmo para a mulher pobre o aborto só deveria ser utilizado como último recurso, uma vez que o melhor é evitar a gravidez.

Por outro lado, existe uma visão diferente para fatos que têm na realidade o mesmo objetivo, qual seja, interromper a gestação. Todas aquelas tentativas feitas com remédios caseiros são concebidas como forma de fazer “a regra descer”. Para isto as alternativas são inúmeras e passadas de mulher para mulher: ferver um copo de Coca-cola com aspirina e tomar em jejum, ferver um copo de cachaça com pau-pereira, chás diversos, são apenas alguns exemplos.

Quando as soluções caseiras dão resultado, fala-se que “era de Deus” isto acontecer. Isto é, não são consideradas aborto, dado que a menstruação desce ou não em função de uma vontade superior.

Há, no entanto, um tipo de solução caseira que se enquadra na categoria aborto: a introdução de algum objeto no corpo da mulher, através da vagina. Aí também as soluções são diversas: agulha de tricô, talo de mamona, parte interna de uma caneta esferográfica, comprimido de permanganato, etc. Estas alternativas vêm algumas vezes acompanhadas de simpatias.

Se a ingestão de soluções caseiras não dá resultado, as mulheres têm duas opções: desistir e ter o filho ou recorrer a alternativas que, agora sim, são chamadas de aborto. Dentre estas alternativas, encontra-se a já descrita acima, qual seja, a introdução de objetos no corpo. As outras são basicamente

mente a procura dos serviços de uma curiosa ou de algum médico/clínica particular.

Dentre aquelas que nos falaram das tentativas de “fazer a regra descer” ou daquilo que chamam propriamente de aborto, não encontramos, no geral, casos de “remorso”, ou culpa. Como, porém, esta é uma área que merece um estudo mais aprofundado, não faremos aqui nenhuma afirmação categórica com relação a esta questão.

As situações mais traumáticas referentes a este tema se dão com as adolescentes que ainda moram com os pais e cujas gravidezes e tentativas de aborto são fatos que tentam manter ocultos.

Tanto o uso de anticoncepcionais como as tentativas de aborto frequentemente ocorrem sem nenhum atendimento médico. Mesmo quando este existe, ele é, muitas vezes, inadequado. A própria laqueadura de trompas nem sempre é feita sob as condições mínimas necessárias.

Uma das pesquisadoras teve, inclusive, a oportunidade de presenciar uma cesariana com laqueadura de trompas. Em momento algum do pré-natal coletou-se sangue para averiguar, pelo menos, a que grupo sanguíneo a gestante pertencia. Assim, esta mulher sofreu uma cirurgia correndo sérios riscos.

Todo este quadro de precariedades e de deficiências nos serviços acarretam para as mulheres sérios problemas de saúde, que tanto podem ser sentidos e diagnosticados a curto prazo, como podem estar ainda latentes ou em processo de desenvolvimento.

Cotidiano e trabalho

Como já vimos, casar e/ou ter filhos, geralmente implica um terceiro papel, o de dona-de-casa. As mulheres o cumprem segundo a divisão sexual do trabalho, ainda dominante nas sociedades urbanas atuais, que delega à mulher a responsabilidade principal de reprodução e manutenção cotidiana dos membros da família e das relações e organizações da unidade doméstica. Ao homem cabe auferir os rendimentos que permitam à mulher cumprir o seu papel. Por outro lado, a situação de crise econômica permanente e os estímulos de ordem sócio-cultural pressionam, no sentido da incorporação da mulher no mercado de trabalho.

É nesta diferenciação entre estes dois mundos que se enraíza a complexa trama da discriminação feminina. E é possível falar em discriminação porque estes dois mundos não são equivalentes. O chamado mundo do público, o espaço “natural” do homem é o socialmente valorizado, é onde o valor do trabalho é quantificado e traduzido monetariamente. O mundo intradoméstico é o reinado do trabalho invisível. A desvalorização do trabalho feminino extrapola o espaço doméstico, situando-se também nas outras atividades da mulher, mesmo quando remuneradas. Isto se traduz no

fato de se considerar a atividade da mulher (remunerada ou não) como complementar, “quebra-galho”, “ajuda”, visão esta que é compartilhada pelo homem e pela mulher.

A seguir detalharemos o cotidiano da mulher enquanto esposa e dona-de-casa usando como fio condutor a questão do trabalho. Para tornar a exposição mais clara, dividimos o “trabalho” em duas categorias: trabalho dentro de casa e trabalho fora de casa. Vale ressaltar que para aquelas mulheres que exercem atividades fora do lar, as tarefas domésticas continuam sendo de sua responsabilidade. É a chamada “dupla jornada” da mulher.

a) Trabalho dentro de casa

Dentre as mulheres que, no momento da pesquisa, não trabalhavam fora de casa, algumas delas já o tinham feito em algum momento de suas vidas. A paralisação desta atividade está no mais das vezes associada à necessidade de cuidar dos filhos e/ou o marido não o desejar. Isto é geralmente verbalizado como um desejo ou uma vontade do companheiro a que a mulher, concordando ou não, se submete:

“Comecei a ter filho e não trabalhei mais. . . Ele não deixava eu trabalhar porque ele sempre trabalhou de noite. . . Ele achava chato chegar em casa com sono, fazer a comida. Aí ele falava: você não vai trabalhar porque o que eu ganho dá para a gente comer”. (Lourdes)
“Eu não trabalhei porque quando eu cheguei aqui ele não quis que eu fosse trabalhar. . . Eu gostaria de trabalhar, mas ele não está de acordo por causa das crianças”. (Marta)

“Tenho vontade [de voltar a trabalhar fora] mas não posso, duas meninas desse tamanho. . . para trabalhar fora e deixar com as vizinhas, só se não tiver nada para comer”. (Graça)

Uma das entrevistadas justificou não mais trabalhar fora como uma estratégia para garantir que a renda do marido fosse utilizada para a família:

“Porque se eu trabalhar, ele já fica pensando no meu dinheiro e em vez dele botar dentro de casa, ele já gasta na rua. Aí eu resolvi ficar direto dentro de casa mesmo”. (Ligia)

Mas muitas vezes o voltar a trabalhar inclui-se no projeto de vida, condicionado ou à questão dos filhos ou à realidade das condições de vida.

“Eu vou fazer alguma coisa para ajudar, que só ele, coitado”. (Jurema)

Não trabalhar fora de casa não significa que a mulher não contribua com recursos financeiros para o orçamento doméstico. Ao acompanhar-

mos mais de perto algumas dessas mulheres, verificamos que há uma série de atividades a que se recorre para assegurar alguma entrada de dinheiro em casa, geralmente nas épocas de crise (desemprego ou abandono do marido, viuvez). Assim, as mulheres lavam roupa “para fora”, cuidam de crianças que não são suas, são manicures, cabeleireiras, costureiras, fazedoras de picolé, vendedoras de cosméticos. (*) São atividades que geralmente significam a extensão do trabalho doméstico e possíveis justamente porque permitem à mulher permanecer em casa.

A representação que as entrevistadas fazem de suas atividades estritamente domésticas é de que elas não são trabalho. Se bem que algumas delas reclamem das tarefas domésticas, porquanto são repetitivas e cansativas, o trabalho “de casa” é visto como fazendo parte da natureza das coisas. Assim, no chamado trabalho invisível está imbricada a divisão sexual do trabalho.

Como já dissemos, esta divisão sexual do trabalho está internalizada em homens e mulheres. No entanto, há momentos (ou fases) na vida do grupo doméstico em que estas atividades diferenciadas podem se sobrepor, se conjugar ou mesmo serem trocadas. Estes “desvios” do modelo geralmente se dão em épocas de crise ou quando não há elemento do sexo masculino para preencher o papel que lhe é determinado pela sociedade. O desemprego do marido pode “obrigar” a mulher a trabalhar fora e “obrigar” o homem a tomar conta das crianças; quando homem e mulher trabalham fora, algumas das “obrigações” dela podem ser cumpridas (ou compartilhadas) pelo marido (cuidado das crianças, por exemplo). Quando a mulher é solteira, seu grupo doméstico é composto por ela e seus filhos e sem uma rede de apoio mais permanente (uma avó ou outros parentes, creche, etc), não há nem a possibilidade de divisão sexual do trabalho: a mulher assume todas as tarefas, sendo de sua responsabilidade garantir o sustento da família, encontrar soluções para o cuidado das crianças e efetuar as tarefas domésticas que permitam a reprodução cotidiana dos membros do grupo doméstico.

A crítica ao modelo vigente, quando aparece, vem de mulheres que trabalham fora, para quem estas atividades já não tendem a ser consideradas como “ajuda” ao marido. São pessoas que consideram o seu trabalho como algo importante, que valorizam sua capacidade de contribuir para o orçamento doméstico.

(*) A venda de cosméticos é uma atividade “mista”. Ela implica num trabalho fora na medida em que há que se ir à procura de freguesia e também porque a vendedora tem uma relação de trabalho fora do âmbito da favela, com uma empresa (via seus representantes). Não é um trabalho fora na medida em que muitas vezes a venda é feita na própria casa da mulher, a vendedora não precisa sair da favela para suas tarefas, além de não haver horários a serem cumpridos. Tudo isto permite que a mulher continue sendo dona-de-casa.

A organização do cotidiano das mulheres que não trabalham fora de casa segue um mesmo padrão no sentido de que a grande maioria concentra as principais tarefas diárias na parte da manhã. Isto não significa que tenha o resto do dia livre, porque as horas da manhã nem sempre são suficientes para cobrir todos os seus afazeres e também porque atrasam suas tarefas por motivos fora de seu controle (falta de água na bica da CEDAE, ida imprevista a um hospital ou posto de saúde, por exemplo). Mas a tentativa de seguir o cronograma programado é permanente.

No caso específico das mulheres da Rua 1, o seu trabalho diário é grandemente aumentando pela inexistência de água canalizada. Ao se conhecer a geografia desta parte da favela da Rocinha não é difícil compreender o que significa carregar na cabeça ou nos ombros cinco, seis latas de água diariamente, o que significa descer o morro com uma bacia de roupa, esperar na fila, lavar a roupa e subir o morro com a bacia na cabeça. Quando falta água (o que, aliás, ocorre com uma certa frequência) “a viagem é perdida”, atrasa-se o ritmo de trabalho, tem-se que voltar para casa, esperar a notícia da chegada da água, descer o morro e completar o ciclo acima descrito. A tarde é utilizada para acabar o que ficou por fazer, levar e buscar crianças na escola, eventuais saídas da Rocinha para compras, fazer comida, etc.

A carga de trabalho de cada mulher varia basicamente em função do número de filhos e da idade destes. Um outro fator é a maior ou menor cooperação do marido (especialmente em carregar água). Se a mulher tem poucos filhos, terá menos trabalho (lavagem de louça, de roupa, cuidado com as crianças). Se tem muitos filhos a carga de trabalho é, obviamente, maior, mas alguns deles podem compartilhar com ela as tarefas da casa (carregar água, cuidar das crianças menores, lavar roupa, lavar louça, arrumar a casa e cozinhar).

Nas oportunidades em que visitamos as mulheres, pudemos verificar que esta estrutura de apoio dentro da casa se dá desde cedo, do ponto de vista da idade dos filhos. As meninas, a partir dos sete anos aproximadamente, contribuem com seu trabalho nas tarefas domésticas. Aos filhos cabe mais frequentemente carregar água, sendo que alguns já trabalham fora de casa para contribuir para o orçamento doméstico (carregando sacolas na feira, ou os tacos de golfe para os jogadores num clube perto da favela, por exemplo).

b) Trabalho fora de casa

Dentro de um quadro geral de dificuldades econômicas permanentes, que de alguma forma levam estas mulheres a trabalharem fora de casa, as razões alegadas para tais atividades são variadas, indo desde a necessidade de sobrevivência (rendimentos do marido são considerados insuficientes,

desemprego do marido, ausência de um companheiro que a sustente e aos filhos), passando pelo desejo de ser independente, até a insatisfação com o trabalho de dona-de-casa:

“Resolvi voltar a trabalhar porque já estava acostumada com o trabalho. E não gosto de ficar em casa. [Além disso] eu nunca gostei de ficar na dependência de alguém”. (Ivone)

“Resolvi voltar a trabalhar porque já estava cansada de ficar dentro de casa. E as coisas vão aumentando”. (Odete)

A ocupação mais freqüente daquelas que trabalham fora de casa é o serviço doméstico como diaristas em casas particulares. A “escolha” deste tipo de trabalho se dá por vários motivos: como são mulheres com filhos que estão sob sua responsabilidade, sua atividade tem que permitir a volta para casa todos (ou quase todos) os dias; o nível de escolaridade e/ou profissionalização restringe muito as opções no mercado de trabalho; além disso, a favela da Rocinha localiza-se numa área da Zona Sul da cidade do Rio de Janeiro que não oferece muitos tipos de emprego (fabril, por exemplo) que pudessem absorver a mão-de-obra feminina com as características descritas acima. O trabalho doméstico aparece, então, como a alternativa para a resolução destes vários problemas.

As características desta atividade não se diferenciam daquelas realizadas no âmbito da própria família: lavar, cozinhar, arrumar, cuidar de crianças não são situações novas. O trabalho na casa dos outros é, assim, uma extensão das tarefas domésticas. No entanto, há duas diferenças cruciais; a remuneração e o contato com o mundo externo. Estes dois fatos geram uma situação de relativa autonomia frente ao grupo familiar. Este maior grau de independência se reflete nas mulheres através de um nível mais alto de autoconfiança e auto-estima. Com efeito, aquelas que trabalhavam fora de casa nos falavam com muito orgulho da sua capacidade de sustentar a família se necessário fosse, da sua satisfação em ter seu próprio dinheiro, função do seu próprio trabalho, da independência com relação ao companheiro. Isto lhes permitia tomar decisões sozinhas como, por exemplo, compra de móveis, roupas e sapatos para os filhos, aparelhos eletrodomésticos, etc.

Não estamos querendo dizer que estas decisões sejam sempre tomadas individualmente mas, sim, que a mulher ao obter seus próprios recursos ganha um pouco de independência, que pode ou não ser verbalizada.

A autoconfiança se origina também do sentimento de independência que aparece com o trabalho fora do lar. Não é só o dinheiro, mas o fato dela se relacionar diretamente com o mundo de fora, dela sair do “privado” e ocupar espaço (mesmo que pequeno) no público.

Por outro lado, passar boa parte do dia fora, sem possibilidade de controlar o que acontece em sua própria casa e ainda ter que arcar com as responsabilidades de dona-de-casa ao voltar para o lar, é descrita como uma situação geradora de angústia e ansiedade. Este é, aliás, um dos elementos

definidores do abandono do trabalho remunerado, especialmente para aquelas mulheres que não contam com nenhum tipo de apoio para o cuidado dos filhos menores.

Um outro aspecto do trabalhar fora de casa é que esta situação é potencialmente conflituosa. E ela se aguzida nos períodos em que o homem está desempregado ou quando os rendimentos auferidos pela mulher não só são superiores aos do marido como configuram uma situação em que a sobrevivência do grupo doméstico depende basicamente do trabalho dela. Nestes momentos, segundo os depoimentos, cabe à mulher evitar que os conflitos se concretizem.

Para aquelas que trabalham fora de casa, a dupla jornada é uma realidade cotidiana: levantam-se cedo, saem para trabalhar e ao retornarem à casa assumem as tarefas de cozinhar, limpar, lavar e passar roupa e, ainda, carregar água.

Como a maioria destas mulheres trabalha como diaristas, há alguma flexibilidade de horário, o que no entanto não diminui sua carga de trabalho. Pelo contrário, elas "invadem" aquelas horas que deveriam ser de lazer e de reposição de energias. Algumas que não trabalham fora todos os dias utilizam os seus dias "de folga" para as tarefas domésticas; outras, cujo trabalho externo lhes permite chegar em casa ainda na parte da tarde, utilizam o resto do dia para atividades de casa; aquelas que têm toda a semana ocupada fora de casa, fazem uso do fim-de-semana para "pôr a casa em ordem".

A descrição da situação da mulher que trabalha fora de casa reflete, no geral, o cotidiano da mulher casada. A mãe solteira enfrenta dificuldades ainda maiores, uma vez que a sobrevivência do grupo doméstico e a solução para o cuidado dos filhos depende totalmente dela. A perda do emprego ou a diminuição da renda são fantasmas reais, fazendo com que aos já pesados afazeres do dia-a-dia some-se a apreensão da incerteza do futuro.

CAPÍTULO 4

ELABORAÇÃO DO PLANO DE AÇÃO

4.1 – A reflexão conjunta

Após as reuniões, as entrevistas e a análise dos dados (embora esta estivesse, naquele momento, sob uma forma mais assistemática), iniciamos o processo de devolução para as mulheres da área.

Nesta etapa foi imprescindível visitar novamente cada entrevistada para conversar sobre o andamento da pesquisa e convidá-la para uma reunião de discussão dos primeiros resultados. Consultas foram feitas sobre a disponibilidade de dia e horário para depois determinar o horário mais favorável à participação da maioria delas (em geral, enquanto os filhos estão na escola e antes da chegada do marido). O contato foi sempre pessoal, nunca através de cartazes ou terceiras pessoas. Achamos importante sugerir às entrevistadas que elas próprias convidassem outras mulheres, que este trabalho também lhes pertencia e lembrar que suas opiniões eram fundamentais para definir juntas “o que fazer”.

É este um momento fundamental da pesquisa, quando agentes e técnicas compartilham com as mulheres entrevistadas suas descobertas. Este compartilhar enriqueceu, por sua vez, o primeiro nível de conhecimento que foi fruto da análise de dados.

No grupo, discutiram-se as interpretações desses dados, em confronto com as percepções anteriores, as causas atribuídas a cada um dos problemas detectados, e as expectativas e perspectivas de ação.

A equipe de trabalho já havia discutido a necessidade de estimular a formação de grupos de reflexão sobre a saúde da mulher. No entanto, não se tinha certeza sobre a receptividade de uma proposta deste tipo dada a limitada participação das mulheres da área em reuniões e, inclusive, pelo número reduzido de mães que normalmente participavam nas reuniões da escola comunitária.

Na realidade, na nossa experiência, o encontro com as entrevistadas para a devolução e discussão da informação recolhida foi o início do primeiro grupo de reflexão. Ao fim da reunião eram tantos os problemas levantados que a possibilidade de encontros semanais teve uma receptividade imediata. Estes encontros teriam como objetivo trocar experiências, discutir dúvidas e procurar formas de soluções coletivas para as necessidades mais urgentes.

Nas primeiras reuniões dos grupos apareceram uma multiplicidade de temas através dos quais evidenciou-se a complexidade das dificuldades que essas mulheres enfrentam, vítimas de sua condição de faveladas e sua condição de mulheres.

Assim, junto aos problemas já detectados de falta de água, de “comida” dentro de casa, das doenças dos filhos, entre outros, apareceram suas dificuldades de trabalhar e cuidar das crianças, a falta de um “companheiro responsável”, a bebida do marido, o espancamento sistemático, a gravidez não desejada, o parto difícil, a sexualidade frustrada.

Um dos problemas que este tipo de trabalho enfrenta, e que enfrentamos neste momento é a descrença: a idéia de que “nada vai mudar” está muito arraigada e é muito forte inclusive entre aqueles que algumas vezes já fizeram algum tipo de trabalho comunitário. Parcialmente esta visão é consequência de uma prática muito comum de agentes externos: para interessar e para mobilizar pessoas em torno de sua proposta, colocam falsamente a possibilidade de lograr resultados a curto prazo. Prometem coisas que são muito difíceis de serem conseguidas. Por isso, é fundamental a explicitação clara de qual é a proposta de trabalho e das limitações dessa proposta. Em nosso caso, foi necessário deixar claro que não iríamos resolver problemas sozinhas, e sim descobrir em conjunto meios para começar um trabalho de organização e discussão entre as mulheres.

A partir destes encontros (que aconteceram semanalmente durante quatro meses) e das reuniões sistemáticas de avaliação das agentes e técnicas, foi possível levantar uma série de problemas que formaram a base da formulação do plano de ação.

Como era previsível, a multiplicidade de problemas foi enorme. As precárias condições de vida colocam o tema da saúde em permanente confronto com as dificuldades econômicas, a moradia inadequada, as carências mais elementares.

Neste contexto, a necessidade de saneamento básico, de inserção num mercado de trabalho difícil por causas estruturais e conjunturais, de creches, de serviços médicos mais eficientes foram e são permanentemente debatidos dentro de uma concepção geral de que saúde não é ausência de doença, mas estado de bem-estar físico e mental.

Apareceram, assim, como propostas gerais a serem levadas em consideração ao se pensar em programas para a mulher:

- a) a divulgação de seus direitos e a necessidade de assessoramento legal em situações de concubinato, divórcio ou separação, viuvez, direitos trabalhistas e de acesso aos serviços e benefícios da Previdência Social (salário e seguro maternidade, horário de aleitamento, etc);
- b) necessidade de soluções de baixo custo para cuidados dos filhos menores que liberem a mulher para o mercado de trabalho (creches, “tomadoras de conta”, etc);
- c) “Bancos de emprego” organizados comunitariamente e com atividades de profissionalização;
- d) organização de atividades locais de geração de renda que permitam o trabalho domiciliar ou na própria área onde a mulher vive.

Com relação à saúde especificamente, os problemas mais destacados foram:

- “tonturas”, “cansaço”, “nervoso”, relacionados nas discussões com o excesso de trabalho (carregar água, lavar roupa na bica, subir morro), escassa ou deficiente alimentação (como consequência da falta de emprego, salários baixos), problemas emocionais (preocupação com os filhos, violência dentro de casa, brigas com o marido, conflitos a nível da sexualidade, etc);
- falta de orientação nas diversas fases do ciclo biológico da mulher (menarca, período fértil, menopausa);
- desconhecimento do próprio corpo;
- falta de orientação para o parto;
- o desmame precoce;
- as doenças venéreas;
- dificuldades de informação e acesso aos métodos anticoncepcionais;
- distribuição indiscriminada de alguns anticoncepcionais (pílula e DIU);
- falta de controle ginecológico periódico, como consequência muitas vezes do medo gerado por experiências negativas nos consultórios;
- desconhecimento do auto-exame de mamas para prevenção do câncer;
- a questão do aborto provocado.

A troca de experiências com respeito a estes problemas no grupo de reflexão representa, por si só, uma primeira ação cuja continuação foi incorporada ao plano de ação.

4.2 – O plano de ação

Todo projeto de intervenção na área de educação para a saúde enfrenta o problema das relações entre o “saber tradicional” e o “saber científico-

co", entre os agentes populares do primeiro e os agentes institucionais do segundo.

A proximidade de serviços de assistência médica e a presença mais ou menos acessível do médico através do hospital ou do posto de saúde, ainda com todas as críticas que possam ser feitas à prestação de serviços, reforçam na população uma forte dependência da figura médica. Os meios de comunicação de massa, sobretudo a televisão e o rádio, acentuam essa tendência. Não apenas com suas notícias sobre a ação médica e as inovações senão, também, com os seriados importados dos E.U.A cujos médicos são tratados como heróis. (*)

O médico é visto como síntese do saber sobre a saúde e reconhecido como legítimo detentor do poder de curar. Por outro lado, tanto a equipe médica quanto a comunidade estão condicionadas pela difusão da medicalização não existindo demandas articuladas dos grupos organizados no sentido de métodos preventivos ou algum outro tipo de tratamento.

A influência da chamada medicina ocidental acarreta uma certa desvalorização das formas terapêuticas do saber tradicional, embora em certos casos possa ser "competitiva" sob o ponto de vista social.

Mas é preciso cuidado ao se discutir esta questão, pois não se trata de uma simples substituição de um tipo de saber por outro. O quadro é bem mais complexo. Formas religiosas ou populares de cura ainda gozam de prestígio entre largas parcelas de origem social e geográfica diversas. O saber religioso (ou o popular) e o saber médico não são considerados como disjuntivos, isto é, ou um ou outro. De modo geral, as pessoas quando se defrontam com doenças por elas avaliadas como "sérias" ou "resistentes à cura", utilizam todos os recursos disponíveis sem se preocupar com sua compatibilidade lógica ou teórica. O vital passa a ser a cura e, portanto, qualquer recurso é acionado. (**)

Assim é que foi possível tomar conhecimento, a partir da presença sistemática na área e do contato com as agentes, de que a população recorre a rezadeiras em muitas ocasiões. "Estômago virado", dores de cabeça por "mau olhar", tonteiras, "espinhela caída", são exemplos de doenças tratadas desta maneira. No entanto, nas entrevistas este dado não apareceu, as pessoas falam pouco desta prática marginalizada pela medicina dominante. As formas de sobrevivência destas práticas no meio urbano, as causas do silêncio em torno delas, são sem dúvida uma área de pesquisa importante. Como o projeto não se propunha aprofundar estas questões, pudemos ape-

(*) É conhecido o poder da Associação Médica dos EUA. Uma instituição de poder que impõe sua imagem e interesse além das fronteiras do seu próprio país. No Brasil, atualmente, existem seriados semanais sobre médicos-heróis.

(**) Diferentes antropólogos têm registrado esta forma de conduta em vários contextos. Desta forma, fazer aquilo que o bruxo manda e tomar antibióticos não são condutas excludentes, ao contrário, são muitas vezes a conduta mais freqüente.

nas constatar a utilização de “simpatias” em suas variadas formas e alguns remédios caseiros. Geralmente estes recursos vinham como complemento ao tratamento alopático e eram mais frequentes em situações avaliadas como “simples”.

No caso das práticas marginalizadas, como no caso de muitos temas na área de saúde-sexualidade-reprodução, a informação só aparece depois da construção de uma relação de confiança e intimidade. O fato de “ocultar” as práticas simples, tradicionais e marginalizadas supõe que os de “dentro” pensam que os de “fora” nem acreditam nem aprovam estas práticas. Uma vez estabelecida a confiança, o saber de que não existirá reprovação, elas podem ser expostas para os “de fora”. Porém, o fato de estas práticas poderem ser relatadas não implica uma perda de seu lugar secundário, de serem usadas apenas nos casos simples.

Entretanto, o fato das mulheres realizarem práticas terapêuticas populares apenas nos casos considerados “simples”, “sem complicações” e, portanto, reconhecidos e definidos, liberou-nos da responsabilidade de pensar — valorizando — as relações entre saber tradicional e saber médico. Basicamente o interesse das mulheres centrava-se na aquisição do saber médico ou científico; na necessidade de apropriar-se da informação nesses campos que lhe dizem respeito. Por estas razões, a medicina popular não foi contemplada de forma explícita no plano de trabalho.

Dentro deste contexto, e em função do diagnóstico participativo já discutido, a equipe de trabalho formada por técnicas e agentes comunitárias passou a formular plano das ações prioritárias a serem desenvolvidas.

Como método de trabalho decidiu-se optar por atividades em grupo por várias razões. Por um lado, ficou comprovado pelo nosso trabalho com agentes que a troca de experiências permite um crescimento e conscientização conjunta de significativo efeito multiplicador.

Por outro lado, apesar de num primeiro momento serem demandadas das técnicas atitudes quase “professorais”, é num grupo onde mais rapidamente pode ser mudada esta atitude em benefício de relações mais igualitárias e solidárias.

Na passagem das “teorizações” orientadoras ao plano de ação, geralmente se enfrenta um grande abismo. Parece ser absolutamente desproposital que o poder das mulheres deva ser construído em reuniões de grupo aparentemente pouco significativas. Apenas podemos salientar que o plano não comporta uma garantia de realizar uma nova condição da mulher. Mas, tudo pareceria indicar que a condição da saúde da mulher e sua condição de poder estão estreitamente relacionadas. Em outras palavras, que discutir sobre sua saúde é examinar as distintas formas de seu “agir legítimo” e a origem do poder que confere legitimidade a seu agir. Sob este ponto de vista, os grupos de reflexão significam criar um espaço no qual essas questões venham à luz, sob a roupagem dos problemas cotidianos.

O plano de ação aqui descrito não foi produto de um único momento do trabalho. Ele é, na realidade, o resultado de vários planos de ação elaborados ao longo de todo o processo.

Assim sendo, na sua primeira versão, o plano de ação contemplava o trabalho com apenas um tipo de grupo, o de reflexão.

Os objetivos deste grupo podem ser assim resumidos:

- a reapropriação do saber sobre o próprio corpo;
- a criação de um espaço onde as mulheres tenham a possibilidade de expressar seus desejos, suas angústias e de articular demandas;
- a formação de laços de solidariedade e de ajuda mútua;
- o desenvolvimento de uma autoconfiança que permita às mulheres questionar o autoritarismo na relação médico-paciente;
- a legitimação do direito da mulher a uma vivência prazerosa da sua sexualidade;
- a reafirmação do direito de cada mulher à maternidade como exercício livre e voluntário;
- contribuir para o controle das doenças venéreas;
- contribuir para a prevenção do câncer ginecológico e de mama através de informação e desmistificação do exame ginecológico.

A primeira experiência foi na Rua 1 e a duração deste grupo foi de aproximadamente quatro meses. Apesar do interesse demonstrado por todas as participantes, não foi possível dar continuidade ao grupo porque o espaço utilizado para as reuniões passou a ser ocupado para outras atividades e não se conseguiu um lugar alternativo. A questão do espaço físico é essencial nesse tipo de trabalho. Numa pequena favela é possível a utilização de espaços, como o da Associação de Moradores, ou de uma Igreja. No caso da Rocinha, a distância entre a Rua 1 e um outro espaço potencialmente disponível implicaria um deslocamento muito grande das mulheres que teriam, inclusive, que utilizar ônibus. Isto retiraria do trabalho uma de suas características básicas que é desenvolvê-lo dentro da área geográfica de atuação.

Operacionalmente, o grupo de reflexão assumiu as seguintes características:

- uma reunião semanal, sem se prefixar o limite de sua duração (conforme vimos, a descontinuidade do grupo se deveu a fatores externos à dinâmica do grupo);
- a curto prazo, coordenação conjunta (isto é, técnicas e agentes) das reuniões. A médio e longo prazo a responsabilidade deveria ser assumida pelas agentes comunitárias. A definição do momento exato desta mudança seria dada pela equipe através da avaliação do trabalho;
- a dinâmica de funcionamento baseava-se na troca de experiências e na transmissão de alguns conhecimentos.

Antes de iniciarmos este grupo de reflexão, as agentes comunitárias passaram por um breve período (duas semanas) de treinamento de conteúdo. No entanto, à medida que as reuniões iam se produzindo, toda a equipe de trabalho foi sentindo a necessidade de um aprofundamento das questões que haviam sido discutidas no treinamento e de novos conhecimentos em questões que apareceram nas reuniões do grupo.

Em vista disto, passou-se a incluir no plano de ação um treinamento mais sistemático e aprofundado de uma série de assuntos. Sabia-se, é claro, que a cada novo grupo que se formasse, questões não abordadas no treinamento poderiam surgir. Mas isto fazia parte da própria dinâmica do projeto. A definição dos assuntos a serem discutidos no treinamento veio a partir da experiência deste primeiro grupo e das dúvidas e curiosidades da equipe de trabalho. O conteúdo sumário deste treinamento foi:

- a) noções básicas sobre levantamento e análise de dados sobre saúde da mulher, fecundidade e questões de vida e de trabalho;
- b) o corpo humano: noções básicas sobre os principais sistemas;
- c) o corpo da mulher: ciclo biológico — aparelho reprodutivo, órgãos sexuais;
- d) o corpo do homem: aparelho reprodutivo, órgãos sexuais;
- e) a fecundidade e a gravidez;
- f) métodos anticoncepcionais femininos e masculinos; características e riscos de cada um;
- g) doenças sexualmente transmissíveis: riscos, formas de conhecimento;
- h) prevenção do câncer; o exame preventivo; necessidade de sua periodicidade; o auto-exame de mamas.

Ao longo de todo o processo a equipe de trabalho foi sentindo a necessidade de trabalhar com mulheres em outras questões de saúde. Assim a situação das gestantes (vista através dos questionários, de outros contatos mais informais e das discussões que surgiram no grupo de reflexão) era também bastante precária: muitas não faziam nenhum tipo de acompanhamento pré-natal; as informações que nos chegaram sobre alguns pré-natais pareciam indicar que estes deixavam a desejar tanto a nível do serviço prestado quanto pela maneira como as gestantes eram tratadas; os relatos de partos eram muitas vezes assustadores, refletindo experiências muito negativas, havia um alto grau de desconhecimento sobre o processo gestacional e o parto; o aleitamento materno apresentava um quadro muito diversificado, em termos, principalmente, de duração e de conhecimentos sobre este processo.

Em vista deste quadro, a equipe adicionou ao plano de ação um trabalho em grupo com gestantes e com puerperas. A linha de trabalho nesta área se baseava na intenção do resgate pela mulher do seu processo gestacional que é fisiológico, e que lhe pertence como principal protagonista.

Assim, os objetivos seriam, em resumo:

- devolver à mulher aqueles conhecimentos que lhe foram expropriados através do sistema de obstetrícia;
- socializar outros conhecimentos que nunca estiveram ao alcance da mulher;
- fortalecer na gestante a possibilidade de uma participação nas tomadas de decisão;
- incentivar a gestante a fazer um acompanhamento médico do pré-natal;
- incentivar o aleitamento materno.

Para viabilizar estes grupos foi também incorporado ao plano de ação um treinamento para as agentes comunitárias que lhes permitisse trabalhar nesta área específica de saúde da mulher. Basicamente, o conteúdo desta capacitação foi:

- a) gravidez: identificação de sinais e sintomas, desenvolvimento do feto, transformações físicas e psicológicas da mulher; sintomas que indicam riscos.
- b) parto: o trabalho de parto, diferentes tipos de parto, técnicas de relaxamento e respiração;
- c) exercícios durante a gravidez;
- d) aborto;
- e) a mulher no puerpério, transformações físicas e psicológicas;
- f) aleitamento materno: noções básicas sobre o funcionamento das glândulas mamárias, leite materno e artificial, cuidados com os seios durante a gestação e o puerpério; técnicas que favorecem um aleitamento com êxito;
- g) tomada de pressão arterial, pesagem, medida do fundo do útero, do perímetro abdominal, dos batimentos cardíacos fetais;
- h) direitos da gestante e da mãe que amamenta (licença no trabalho, auxílio natalidade, salário maternidade, etc.) orientação para o acesso aos benefícios.

No início da implementação desta parte do plano de ação, organizaram-se grupos com uma reunião semanal, com gestantes a partir do primeiro mês de gravidez. No entanto, o grupo de trabalho foi sentindo a necessidade de aumentar a cobertura, uma vez que o número máximo de gestantes por grupo era de oito e isto significava que só oito mulheres seriam atendidas ao longo de aproximadamente sete meses. A delimitação do número de mulheres devia-se basicamente ao limite imposto pelo espaço físico disponível para as reuniões.

Após as discussões dentro da equipe de trabalho, algumas modificações foram feitas. Utilizando a rotina das visitas domiciliares, elaborou-se

um plano de cobertura mensal às gestantes da área ao longo de toda a gestação. Durante estas visitas, as agentes comunitárias fariam um controle (pressão arterial, fundo de útero, batimento cardíaco fetal, perímetro abdominal); incentivariam as mulheres a fazerem um pré-natal na rede de saúde oficial, e detectariam situações de risco. Por outro lado, o grupo de gestantes passaria a ser composto por mulheres a partir do 7º mês de gestação.

Estas modificações no plano de ação permitiriam, assim, um aumento considerável da cobertura.

A dinâmica de funcionamento destes grupos teria como base a troca de experiência e a vivência da gravidez. A transmissão de conhecimento seria feita de maneira mais estruturada do que no grupo de reflexão, uma vez que é necessário respeitar o desenvolvimento do processo gestacional. Assim como no grupo de reflexão, a coordenação das reuniões deveria ser gradativamente assumida pelas agentes comunitárias.

O grupo de aleitamento materno deveria ser uma continuação do grupo de gestantes sem que isto impedisse a incorporação de outras mulheres.

Se bem que o objetivo básico deste grupo seja o incentivo ao aleitamento materno, o trabalho não se pretende prescritivo. Muito pelo contrário, entende-se aqui que o aleitamento materno não pode ser discutido descontextualizado, isto é, ele se dá com mulheres concretas, que vivem situações objetivas da miséria, de violência, e insatisfação. Não se trata de transmitir modelos de “boa mãe” constituídos fora do cotidiano destas mulheres. Faz-se necessário recuperar uma auto-estima sistematicamente destruída em sua experiência de mulher pobre, favelada e muitas vezes negra.

Ao mesmo tempo em que iam ocorrendo estas modificações no plano de ação, também aconteciam mudanças a nível da estrutura do projeto e de sua abrangência.

A pesquisa-ação passou a fazer parte de um novo projeto, durante o qual se instalariam três minipostos em três subáreas da Rocinha: Rua 1, Rua 2 e Boiadeiro. A existência de um local permanente e independente possibilitou, em grande parte, que se introduzissem no plano de ação as modificações anteriormente descritas. O trabalho continuaria utilizando a mesma metodologia da pesquisa-ação como meio de coleta de dados e de estímulo à participação.

As atividades extramuros passaram a ser não só aquelas visitas para contato e posterior aplicação de questionário mas também o acompanhamento de gestantes e puérperas. Dentro dos minipostos, as atividades básicas passaram a ser previstas no plano de ação mais desenvolvido (grupo de reflexão, de gestantes e de aleitamento materno) e mais a presença das agentes através de um plantão diário para consultas de orientação, pesagem, tomada de pressão e pequenos curativos (estes últimos, independente do sexo e da idade de quem se dirigia ao miniposto).

Em função da complexidade do trabalho e da própria necessidade sentida pela equipe, adicionou-se ao plano de ação a formulação de um siste-

ma de registro e avaliação a ser manipulado pelas técnicas e pelas agentes e que cumpriria também a função de ser um vínculo permanente de informação para a comunidade.

A expansão do trabalho para outras áreas da Rocinha implicou mudanças na distribuição das agentes. Numa primeira fase da pesquisa-ação trabalharam três agentes comunitárias da Rua 1. Na segunda fase foram incorporadas mais três que passaram a cobrir a área da Rua 2. Com o advento do projeto dos minipostos e depois de uma discussão de avaliação da experiência até então realizada, decidiu-se que seriam duas agentes por cada miniposto. Isto significava que o número total de agentes permanecia o mesmo — seis — mas modificou-se a sua distribuição.



CAPÍTULO 5

PALAVRAS FINAIS

Não pretendemos, sob este tópico, desenvolver um conjunto sistemático de conclusões. Trata-se, antes, de enunciar algumas questões que para a equipe de pesquisa foram e são relevantes. Agrupamos estes comentários em termos de questões metodológicas, sócio-políticas e administrativas.

A pesquisa-ação ou pesquisa participante nos parece um caminho metodológico, portanto, um artifício, adequado para desenvolver processos de intervenção que se orientam pelos objetivos de trabalhar sobre a sistematização e avaliação das representações dos sujeitos do processo, neste caso as mulheres das camadas populares.

Dadas as características do artifício, um trabalho contínuo e prolongado se faz possível, dando lugar a uma rica interação entre os participantes e os técnicos. Desta interação resulta um processo duplo: por um lado, os técnicos se aproximam das concepções espontâneas do grupo com o qual trabalham, relativizando seus próprios pontos de vista e encontrando múltiplas dimensões de identificação com a cultura e situação do grupo. Por outro, o grupo participante de várias formas distancia-se de si mesmo no processo de pesquisa, isto é, tem inúmeras oportunidades de relativizar sua visão espontânea ou natural do ser e das coisas.

Contudo, isto não significa necessariamente que sob um ponto de vista mais ortodoxo um novo conhecimento seja gerado. Trata-se, basicamente, da apropriação de conhecimentos e significados já presentes em nossa cultura; trata-se da discussão e avaliação grupal dos limites, adequação e possibilidades dos mesmos. Diríamos, então, que o campo da pesquisa-ação ou participante não é substitutivo da pesquisa científica ou acadêmica, nem tão pouco meramente complementar. Opera em outro nível, com outros objetivos, embora utilize como instrumentos artifícios do campo das metodologias científicas. Apenas pode ser considerado como complementar aos métodos científicos quando se consideram seus procedimentos

como destinados à democratização do saber. Sabemos que, crescentemente, a produção científica enfrenta o problema da “popularização” de seus processos e resultados. Neste sentido pode a pesquisa-ação agir, enquanto recurso das pedagogias ativas.

Gostaríamos de apontar três dimensões sobre as questões sócio-políticas. A primeira refere-se aos efeitos de autoconsciência e de conhecimento que se disseminam durante o processo de pesquisa no grupo. De fato, em vários sentidos, por meio da pesquisa-ação modos de operar da racionalidade ocidental são distribuídos entre os participantes (Cf. Lovisolo, 1987). E a segunda questão remete à dinâmica do processo do projeto como um todo. Na avaliação dos processos de intervenção, as categorias de “autonomia” e “integração” aparecem como faróis orientadores. Sempre se avaliam as experiências pela sua colaboração no desenvolvimento ou reforçamento da autonomia dos grupos populares em oposição ao desenvolvimento de padrões de integração ou dependência das estruturas do Estado, intergovernamentais, da Igreja ou outras.

Neste sentido, a dinâmica do processo nos aparece complexa e paradoxal: nem autonomia absoluta nem integração total ou, se se preferir, desenvolvimento dos valores de autonomia no contexto de processos interativos e administrativos de integração. Este nos parece o grande paradoxo que precisa ser ainda muito mais explorado e esta tarefa excede aos limites de nosso próprio trabalho.

E a terceira questão é a da diferenciação. De fato nossa ação de intervenção leva à constituição de um “grupo de participantes” que passa a auferir benefícios econômicos, sociais, culturais e políticos pela sua participação no projeto. Assim, a intervenção pode contribuir para provocar diferenciação. Mas diferenciação não significa, necessariamente, um afastamento entre as agentes e as “outras mulheres”. Na medida em que se trabalha todo o tempo questionando a hierarquização e o conseqüente uso de poder entre “os que sabem” e “os que não sabem”, o produto desta interação pode ser uma diferenciação sem desigualdade. Além disso, uma proposta cujo enfoque está nas questões da mulher necessariamente enfatiza a condição e as especificidades do ser mulher, fazendo com que as pessoas envolvidas estejam muito mais estimuladas a se sentirem iguais do que diferentes. Acreditamos, no entanto, que esta questão ainda está a pedir uma reflexão mais aprofundada.

Dentre as questões político-administrativas, salientamos a discrepância entre os tempos administrativos com seus controles e prestações de contas e os tempos do projeto em campo. Parece-nos que, ao invés de se tentar eliminar as contradições presentes por essas demandas dessemelhantes, devemos reconhecer que as “prestações de contas”, com tudo o que elas implicam em termos de cronogramas, são constitutivas de processos financiados pelo Estado numa sociedade democrática. Contudo, a difusão na sociedade e no corpo dos funcionários da especificidade dos projetos, de suas peculiaridades, pode ajudar a eliminar muitos “choques” e “conflitos” desnecessários.

rios. Os técnicos dos projetos têm neste sentido um papel importante. Maior democratização e transparência em todos os níveis, sem dúvida, colaborará para a diminuição do problema sem, contudo, eliminá-lo.

O “papel” do técnico esteve em questão ao longo de todo o relato. Acreditamos ter transmitido a idéia de um papel que rejeita tanto o “ir atrás do grupo” quanto o de “caminhar à sua frente”. Rejeitamos o técnico que espera tudo do grupo e o técnico que supõe que tudo está nele. O caminho intermediário exige habilidade e bom-senso. Estas atitudes, entretanto, não podem ser codificadas de forma científica, respondem a um exercício da razão em questões práticas, que ainda está por ser desvendado.

Ao longo do processo de pesquisa e ação, surgiu com força o problema da afetividade e do afetivo no trabalho, na vinculação com as mulheres participantes. Este problema é mais amplo. De praxe, os seres humanos desenvolvem afetos ou rejeições nas suas interações em qualquer campo. A imagem da sociedade ocidental como despersonalizada, sem sentimento, sem relações interpessoais merece ser revista. Mais ainda, merecem ser revistas as avaliações que consideram a falta de afetividade como índice de objetividade ou de trabalho controlado. Pelo contrário, constatamos que este fator (afetividade entre as componentes da equipe) foi decisivo nos resultados positivos alcançados. Aqui, de novo, nos defrontamos com uma dimensão praticamente impossível de ser codificada como orientação metodológica. Consideramos, no entanto, que os papéis e problemas associados a esta temática merecem um aprofundamento, avançando como foi sugerido já na Introdução, na direção de uma “Sociologia das Emoções”.

Anexo

GUIA METODOLÓGICO PARA PROJETOS DE PESQUISA-AÇÃO NA ÁREA DE SAÚDE DA MULHER

Introdução

Este guia está dirigido a técnicos interessados em desenvolver programas locais de educação em saúde para mulheres, em que mulheres da área atendida têm um papel ativo na definição das necessidades e na forma de atendê-las. Ele oferece, para este fim, sugestões da metodologia de pesquisa-ação que foram elaboradas a partir de uma experiência realizada na favela da Rocinha, no Rio de Janeiro.

A pesquisa-ação como escolha metodológica significa privilegiar a participação da população alvo de um programa em todas as suas fases. É, portanto, imprescindível que no levantamento das necessidades e reivindicações, na elaboração de propostas e soluções, na avaliação de recursos, na formulação de estratégias de ação e na análise crítica dos resultados, as mulheres (*) da comunidade sejam protagonistas ativas, não somente dando suas opiniões, mas também atuando como agentes decisivas. É essencial que não se caia no erro de utilizar a expressão “participação” como uma maneira de se conseguir que as pessoas façam aquilo que nós, técnicos, decidimos.

Para que o trabalho conte realmente com a participação das mulheres é necessário estimular a sua mobilização e contribuir à legitimidade de um espaço próprio, o que não é tarefa fácil nem a nível institucional nem a nível da comunidade local.

(*) Claro está que estes princípios da pesquisa-ação são aplicáveis a quaisquer membros da comunidade, independente de sexo, mas nos referimos aqui a mulheres por serem a população alvo específica do tipo de trabalho ora apresentado.

No nível da comunidade, as questões específicas da mulher não são, normalmente, incluídas nas pautas de reivindicação de grupos existentes. A falta generalizada de informação sobre o corpo, ou dos processos biológicos da menstruação, da gestação ou do parto, por exemplo, embora tenha efeitos negativos múltiplos sobre as mulheres e sobre sua possibilidade de cuidar da sua saúde, tende a permanecer como problema “invisível”, de cada indivíduo.

O processo de pesquisa-ação, que objetiva a construção coletiva do conhecimento, oferece um caminho para identificar estes e outros problemas como sendo problemas da coletividade, que é o primeiro passo em pensar soluções. Questionando a divisão entre “os que tudo sabem”, e “os que nada sabem”, contribui para a democratização do saber. Reconhecendo a existência de diversas formas de saber e a necessidade de sua complementariedade em programas sociais, tenta combinar o saber da vivência e o saber técnico num novo conhecimento transformador.

Embora a metodologia usada em programas locais deva ser reformulada conforme o contexto específico da sua aplicação, há alguns aspectos que acreditamos sejam relevantes para qualquer pesquisa-ação na área de saúde da mulher. Eles foram levantados neste Guia e gostaríamos de reafirmá-los aqui:

- a participação *ativa* das pessoas envolvidas, em todas as fases do projeto, é imprescindível para se alcançar os objetivos propostos;
- o respeito mútuo entre todas as pessoas que de alguma forma participam do trabalho é a base para se alcançar esta participação;
- em vista da milenar história de submissão e alijamento da mulher na sociedade, a criação de um espaço próprio é, necessariamente, um dos objetivos a serem alcançados;
- as questões da mulher, as questões da saúde e as questões da saúde da mulher não devem nunca ser tratadas isoladamente.

A afetividade é conteúdo básico das relações que se estabelecem mas, como não pode ser normatizada, aparece aqui como um aspecto desejado do trabalho.

Os momentos da pesquisa-ação

Este guia, ao desenvolver os passos a serem seguidos, assim como as principais questões a serem levadas em conta, está consciente de que muito deverá ser reformulado, segundo as necessidades de cada situação específica. De fato, uma das premissas básicas deste tipo de trabalho é ser suficientemente flexível para permitir sua adequação às características locais.

Os momentos da pesquisa-ação são basicamente quatro:

- I – Pré-diagnóstico da área.
- II – A inserção na área.
- III – O diagnóstico participativo das condições de saúde das mulheres da área.
- IV – A formulação do plano de ação e sua implementação.

I. Pré-diagnóstico da área

Um pré-diagnóstico da área onde um projeto vai se desenvolver é necessário por vários motivos. Mas o mais importante deles é o fato de que um certo conhecimento prévio, ainda que superficial em alguns aspectos, evita graves erros, facilita a inserção na área, contribui para uma integração maior do projeto com a comunidade e estimula a participação dos membros desta mesma comunidade.

Para a elaboração deste pré-diagnóstico sugerimos um levantamento:

a. *das características estruturais da comunidade*, isto é, número de habitantes, situação de saneamento, se há questões específicas de saúde (por exemplo: algumas áreas podem apresentar um alto índice de tuberculose), características habitacionais, etc.

Para se conseguir estes dados deve-se procurar levantamentos demográficos do município e levantamentos estatísticos da Secretaria de Saúde ou de outros órgãos públicos.

b. *das organizações comunitárias*: culturais, religiosas, políticas, educacionais, etc.

Para se conseguir estes dados deve-se, primordialmente, contactar moradores da área. Pode-se também procurar representantes de entidades religiosas, partidos políticos ou escolas locais. É interessante tentar conseguir informações sobre trabalhos com mulheres, por exemplo, clube de mães, grupos de corte e costura, grupos de saúde.

c. *das instituições que já desenvolvem trabalhos na área* (governamentais, internacionais ou privadas).

As principais fontes de informação são, novamente, os moradores. Em comunidades mais organizadas, onde existe uma Associação de Moradores, esta pode ser uma excelente fonte.

d. *dos serviços de saúde mais utilizados pela comunidade*.

Para se obter estes dados pode-se começar por verificar os hospitais, os centros de saúde, os ambulatorios que se situam ou na própria área ou na sua vizinhança. Muitos serviços de saúde prestados à comunidade estão fora da rede oficial. Eles podem ser clínicas/médicos particulares e membros da comunidade que utilizam as chamadas “práticas populares”: reza-deiras, parteiras, por exemplo.

Este levantamento não deve ser exaustivo porque sua função é auxiliar o trabalho. Ele é um meio a ser utilizado e não um fim.

Por outro lado, não se deve subestimar sua importância. Vamos dar um exemplo: há casos em que mais de um grupo local disputa a sua legitimação como associação representativa da comunidade. Iniciar um trabalho sem estar a par desta situação pode dificultar todo o processo e ser, inclusive, um risco para a integridade física das pessoas.

Resumindo: um pré-diagnóstico não deve ser algo que exija muito tempo, mas é uma etapa do trabalho que deve ser cumprida.

II. A inserção na área

A forma como a equipe técnica se aproxima da comunidade é de fundamental importância para o futuro desenvolvimento do trabalho. Se se tem uma atitude aberta às críticas, se a questão da participação não é um simples discurso, senão pelo contrário uma prática cotidiana, muitas dificuldades poderão ser mais facilmente superadas.

2.1 – Apresentação e discussão da proposta

Como já vimos, no pré-diagnóstico foram levantados os grupos existentes na área. É essencial que eles tomem conhecimento da proposta.

A importância dos primeiros contatos não deve ser subestimada. O sucesso deste tipo de proposta depende em grande parte da legitimidade alcançada pelo trabalho. Esta legitimidade implica conseguir um mínimo de consenso, para o qual passar pelo teste da crítica se faz indispensável. Um outro fator importante é a integração deste tipo de projeto com os grupos, que, de alguma forma, atuam na área. É interessante que este processo de integração se inicie com a apresentação e discussão da proposta. Isto evitará mal-entendidos, contribuirá para superar eventuais desconfianças iniciais e servirá como um primeiro passo na direção da integração.

Assim, o projeto deve ser apresentado e colocado em discussão para:

- os grupos organizados da comunidade;
- as equipes de outras instituições que trabalham na área;
- as equipes de saúde que atuam na área.

Esta apresentação da proposta de trabalho deve informar claramente:

a. *sua origem*: se houve uma demanda de algum setor da população, se é uma proposta “de fora para dentro”, quais instituições e/ou pessoas estão envolvidas, qual ou quais são as fontes de financiamento, etc.

b. *seus objetivos*: deve ficar muito claro que se pretende desenvolver uma ação com mulheres e para as mulheres. Esta especificidade do traba-

lho pode ocasionar resistências iniciais adicionais, uma vez que a proposta pode aparecer para alguns como “sexista”, “divisionista”. É preciso explicar cuidadosamente que para um trabalho onde se pretende levantar e discutir questões muitas vezes consideradas das mais “íntimas”, um vizinho não é uma pessoa adequada para tal tarefa. Isto não quer dizer que os homens sejam excluídos do que poderá vir a ser feito ao longo do processo; mas esta participação acontecerá na medida que as mulheres envolvidas a considerem como oportuna.

Os objetivos mais específicos da pesquisa-ação devem também ser esclarecidos e colocados em discussão: estimular a participação de mulheres da área no levantamento dos problemas que as atingem, na discussão destas questões, e na elaboração e implementação de um plano de ação.

Deve ainda ser explicado que se pretende trabalhar com mulheres da área enquanto agentes comunitárias visando o desenvolvimento de recursos humanos locais, dentro de uma perspectiva de independentização de membros da comunidade em relação a elementos de fora, incluindo aqui a equipe técnica responsável pela pesquisa-ação.

E, logicamente, devem também ser apresentados quaisquer outros objetivos que pretendem ser alcançados pelo projeto e que se refiram mais às especificidades da área.

c. *seus limites*: a explicação dos limites é essencial para que a população não crie expectativas que não poderão ser cumpridas. No caso de uma pesquisa-ação na área de saúde da mulher, com ênfase na participação comunitária e em atividades de educação para a saúde, os membros da comunidade devem ser informados, por exemplo, que o projeto não pode responder à demanda para um posto de saúde para a área, um ginecologista, etc. Mas o projeto poderá, é claro, participar e apoiar um movimento comunitário que reivindique estas coisas, contribuindo, inclusive, com novas informações e dados relativos às necessidades da população feminina.

Alguns outras questões freqüentemente aparecem quando se fala em projeto na área de saúde, uma vez que a SAÚDE de uma população depende de uma vasta gama de fatores: saneamento, educação, habitação, trabalho, salário, democracia, etc. É necessário levar uma discussão sobre estes temas para que fique claro que este projeto, assim como os outros, não tem condições de abarcar todos estes fatores, tendo os seus limites que são definidos pelo objetivos propostos.

É muito importante, também, discutir os limites da equipe de trabalho em termos dos papéis de cada um:

- o papel do técnico: responsabilidades
nível de decisão
- o papel do agente: responsabilidades
nível de decisão

Em não poucas ocasiões o discurso da participação é uma forma de encobrir as relações de poder e, portanto, um instrumento de manipulação. A existência de uma estrutura hierárquica e burocrática nas instituições públicas, as contradições políticas, o distanciamento das equipes centrais da vida cotidiana das comunidades carentes são elementos que gravitam negativamente na prática dos técnicos de campo que têm uma intencionalidade transformadora. É fundamental que fique claro que a possibilidade de ampliar o espaço da participação está principalmente nas mãos dos moradores da área, e que a equipe técnica estará atuando dentro dos limites colocados pela política da instituição.

2.2 – A constituição da equipe de trabalho

Na constituição da equipe de trabalho duas questões básicas têm que ser definidas:

a. o número de componentes;

b. a seleção dos componentes;

Não há “receitas” prontas para nenhuma das duas questões.

a) Número de componentes

Vai depender, em grande parte, do tamanho da área e dos recursos disponíveis para o projeto. Ao longo do trabalho a proporção técnico/agente poderá se modificar, dependendo de vários fatores. Uma tendência, pelos objetivos do próprio projeto, é diminuir o número de técnicos e aumentar o de agentes. Dois exemplos da experiência da Rocinha:

– Iniciamos o trabalho numa subárea da favela com dois técnicos e três agentes. Na medida que o projeto foi se desenvolvendo, sentimos a necessidade de expandir o trabalho para uma outra subárea. Mais três agentes foram incorporadas, numa segunda etapa.

– O plano de ação elaborado pela equipe de trabalho e com a participação ativa de algumas mulheres da área incluía um trabalho de educação para a saúde com gestantes. As agentes sentiam necessidade de um treinamento específico para estas atividades. Conseguidos os recursos, a equipe passou a contar com mais um técnico, com conhecimento específico e experiência neste tipo de trabalho, mas por tempo determinado.

b) A seleção dos componentes

Seleção de técnicos

Geralmente, os técnicos de uma pesquisa-ação são elementos de fora da comunidade previamente selecionados pela (s) instituição(ões) que coordena(m) o projeto. No entanto, podem ocorrer situações em que a co-

comunidade indique os técnicos. Neste caso, comunidade e instituição(ões) devem discutir juntas os critérios de seleção.

Para um trabalho com mulheres, para mulheres, acreditamos que os técnicos devam ser também do sexo feminino porque é importante que a técnica coloque nas discussões a sua experiência vivida como mulher, numa demonstração da troca de experiências que é uma das bases principais da metodologia proposta. É também imprescindível que a técnica tenha uma visão bastante crítica da situação da mulher na família, no lar, no trabalho, nos serviços de saúde onde é atendida, etc. E esta visão crítica, se bem partilhada por alguns homens, é mais facilmente compreendida e sentida pelas mulheres.

Seleção de Agentes:

Crítérios:

Ser morador da área: em vista os objetivos da pesquisa-ação a agente comunitária deve ser um membro residente na comunidade onde vai trabalhar.

A legitimação da agente pela comunidade é, às vezes, um processo longo. Se a agente comunitária já é uma liderança local, as resistências iniciais podem ser vencidas mais rapidamente. Se não, essas resistências têm que ser reconhecidas, analisadas e trabalhadas. Suas origens são diversas: dificuldades das pessoas em confiar nos novos conhecimentos de alguém da própria área, em aceitar os novos papéis e os novos tipos de relação que se estabelecem; rejeição a uma potencial hierarquização entre pessoas que antes se viam como iguais; no caso de um trabalho com mulheres, descrédito com relação à sua importância e/ou viabilidade.

A integração de um elemento local, enquanto agente de saúde, com a sua comunidade é, assim, um dos objetivos iniciais a serem alcançados por um projeto de pesquisa-ação. Sem a legitimidade pouco se poderá avançar na direção de uma participação crescente de membros da comunidade.

Ser mulher: conforme os objetivos discutidos anteriormente, o trabalho deve partir das necessidades das mulheres, segundo a sua visão. Outros fatores levam a esse critério: se é possível prever resistências, por parte da comunidade, para aceitação de um elemento da própria área, é também provável que estas resistências sejam ainda maiores se for um homem aquele que vai levantar, discutir questões entre as quais certamente estarão aquelas consideradas mais “íntimas” (menstruação, alguns métodos contraceptivos, aborto, sexualidade, doenças femininas, etc.). A criação de um espaço próprio é um dos objetivos de um trabalho com e para as mulheres. Em vista disto, o mais correto é que aqueles elementos que serão os estimuladores na construção deste espaço sejam do sexo feminino.

Ser mãe: uma mulher que já passou por uma gestação, um parto e um puerpério tem uma vantagem grande em relação a outra que nunca foi mãe. Esta vantagem é a experiência da maternidade que lhe facilita a compreensão das vivências de outras mulheres que são, na maioria, mães.

Este critério não deve ser visto como impeditivo absoluto para a seleção, mas, como dissemos, as vantagens de ser mãe são grandes.

Ter 18 anos ou mais: acreditamos que mulheres com menos de 18 anos enfrentam resistências maiores de que outras mais experientes, dificultando o processo de legitimação delas e do trabalho como um todo. Exemplo: durante uma entrevista, algumas mulheres se sentem inibidas, ou não levam o trabalho a sério, por terem que conversar com uma “mocinha” que, no seu entender, muitas vezes tem pouca experiência de vida para compreendê-las.

Saber ler e escrever: há relatos de experiências importantes com agentes comunitárias analfabetas. No entanto, a coleta de dados e o provável treinamento do conteúdo são mais facilmente levados a efeito com o auxílio da palavra escrita. É bom ressaltar que o critério não é de um determinado nível de escolaridade, mas de algo mais geral: saber ler e escrever.

Alguns projetos têm exigido 1º Grau completo. A justificativa apresentada é que, na eventualidade de um concurso público, os agentes poderiam se candidatar.

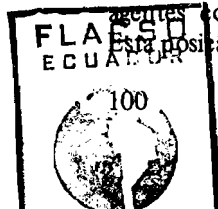
Ter disponibilidade de tempo: é importante que a agente comunitária se comprometa a trabalhar nos horários propostos. Neste tipo de projeto, grande parte do trabalho é feito em conjunto e a presença de todos os integrantes da equipe nesses momentos é fator essencial para o seu bom desenvolvimento.

Alguns manuais de trabalho comunitário consideram que um critério importante na seleção é o da liderança, uma vez que líderes da comunidade já contam com uma legitimidade frente à população. Apesar de não sermos contra a participação de lideranças como agentes comunitárias, este requisito nos parece bastante secundário. Uma proposta de pesquisa-ação na área de saúde da mulher pretende, inclusive, demonstrar que é possível trabalhar com mulheres “comuns” (em oposição a mulheres “líderes”) contribuindo, assim, para o aumento do número de pessoas ativas na comunidade.

Os critérios apresentados aqui podem ser considerados como básicos, mas muitos outros poderão ser listados. Sugerimos que sejam elaborados por técnicos e comunidade em conjunto. Isto nos leva ao segundo ponto no processo de seleção de agentes comunitárias.

— Quem e como se selecionam as agentes comunitárias?

A grande maioria dos manuais de trabalho comunitário defende que agentes comunitários devem ser selecionados pela própria comunidade. Esta posição alega basicamente três razões:



- se todos participam da seleção, é mais provável que o agente será bem aceito;
- a participação no processo de escolha dá maior responsabilidade à comunidade;
- um agente de saúde escolhido pela comunidade provavelmente considera a comunidade sua principal responsabilidade.

Acreditamos que esta posição é, tecnicamente, a mais correta, mas a realidade nem sempre nos permite aplicar a teoria na sua totalidade.

Dizer, por exemplo, que “se todos participam da seleção é mais provável que o agente será bem aceito”, pressupõe uma comunidade cuja população é suficientemente pequena para que se possa reuni-la e discutir estas questões. Mas quando se trabalha em áreas urbanas com populações de 5, 10 mil habitantes pelo menos, como conseguir a participação de todos ou mesmo de uma parcela significativa da comunidade?

Um outro problema pode surgir quando as pessoas escolhidas “pela comunidade” não o são necessariamente pela comunidade como um todo, mas sim pelas pessoas mais atuantes. Muitas vezes as lideranças são momentâneas, pouco representativas, ou estão em conflito interno. A omissão total da instituição no processo de seleção pode, assim, acarretar erros e injustiças.

Levando em consideração que esta é uma proposta a ser implementada em áreas urbanas, com populações bastante numerosas, sugerimos os seguintes procedimentos:

- Ao contatar os vários grupos já existentes na comunidade (Associação de Moradores, escolas, clube de mães, grupos de corte e costura, etc.) para expor e colocar o projeto em discussão, fazer uma descrição do perfil da agente de saúde, sem esquecer de explicar cuidadosamente os critérios considerados básicos e as responsabilidades a serem assumidas. Uma vez feito isto solicitar a estes grupos que indiquem candidatas que preencham os principais requisitos elaborados.

- Com todas as mulheres interessadas em trabalhar e representantes de grupos locais, fazer uma reunião de discussão mais aprofundada da proposta, onde todos poderão colocar suas dúvidas e expectativas.

- Caso o número de candidatas que preencham a maioria dos critérios estipulados seja maior que o número de vagas, pode-se chegar à seleção final por vários caminhos:

- todo o grupo decide em conjunto por consenso ou através de votação;
- uma comissão de representantes da instituição e dos grupos contactados decide por consenso ou por voto;
- representantes da instituição fazem a seleção final a partir das candidatas recomendadas pelos grupos locais.

A maneira como todo este processo se desenvolve é muito importante, exigindo bastante cuidado para que não se gerem mal-entendidos, desconfianças, sentimentos de injustiças ou marginalizações arbitrárias. A distribuição de material escrito, que coloca alguns pontos básicos de uma forma clara, pode ser de grande ajuda.

III. O diagnóstico participativo das condições de saúde das mulheres da área

Uma vez formada a equipe, deve-se iniciar o trabalho de campo através de um diagnóstico participativo.

Este diagnóstico participativo servirá não só como a base sobre a qual se vai elaborar o plano de ação como também é o início do treinamento contínuo das agentes comunitárias.

Há várias maneiras de se levantar dados para a elaboração de um diagnóstico. Nós sugerimos a utilização de um questionário. Mas o questionário não tem apenas esta função. Ele é, no primeiro momento, um instrumento que permite a atuação da agente no seu novo papel. No nível das respondentes, é um meio de estimular a reflexão sobre sua situação e experiência como passo inicial no processo de participação que o projeto propõe. Mais importante, talvez, ele é um mecanismo que promove um diálogo estruturado entre essas duas mulheres — a agente e a respondente — (sobre estas outras funções, ver discussão mais detalhada no capítulo “As entrevistas”).

3.1 – A elaboração do questionário

O questionário é a primeira tarefa concreta do grupo. É de fundamental importância a participação das agentes comunitárias na sua elaboração. A equipe de trabalho deve levantar as questões que lhe pareçam importantes com relação à saúde da mulher. Este trabalho conjunto é essencial porque:

- fica claro, desde o início, que o processo de trabalho é algo a ser feito em conjunto, com a participação de todas. Isto é, que quando se fala em participação ela deverá se dar em todos os momentos da pesquisa-ação;

- esta participação reflete o respeito que o trabalho terá com relação às pessoas que dele participam;

- a existência deste respeito contribui para a auto-estima e autovalorização das pessoas envolvidas;

- como moradoras da área, as agentes comunitárias têm a possibilidade de transmitir à equipe técnica sua própria visão de saúde e da problemática feminina. A equipe técnica começa a aprender sobre a realidade local;

- permite que a forma como as perguntas são feitas e a linguagem utilizada sejam as das pessoas da área;
- todo o processo de elaboração do questionário é também um processo de reflexão conjunta que contribui para o amadurecimento do grupo.

Não deve ser preocupação do grupo que este processo seja demorado e que as perguntas sejam reformuladas mais de uma vez, embora um prazo limite normalmente deva ser fixado. Na realidade, nesta fase o grupo já está fazendo uma discussão mais aprofundada sobre os objetivos do projeto e sobre a realidade local.

As grandes questões a serem incluídas no questionário devem abarcar:

- quais são os problemas de saúde mais comuns das mulheres da área?
- que acesso têm aos serviços de saúde existentes?
- quais são suas experiências em termos de seu papel na reprodução (gravidez, partos, tentativas de controlar sua fecundidade, pré-natal, etc.)?
- outras condições de vida (emprego, saneamento, moradia).

Dado que a contribuição possível de um programa de educação para a saúde depende da identificação de *desconhecimento*, é interessante indagar sobre as fontes de informação usuais (médicos, vizinhas, parentes, etc.) de assuntos relevantes como, por exemplo, anticoncepcionais. Dado o desconhecimento existente com relação a muitos assuntos, é importante deixar a alternativa de responder que “não sabe” e estar atento a esta possibilidade, mesmo em perguntas como data de nascimento dos filhos, por exemplo.

Como dissemos acima, o questionário deve refletir uma visão de saúde elaborada em conjunto pela equipe de trabalho. É preciso ter também uma preocupação com a linguagem, com a forma. Um “bom” instrumento de coleta de dados tem que ser adequado para quem o manipula. Assim, a maneira de formular as perguntas, incluindo-se aí a seleção de palavras, é um aspecto essencial do questionário. A pergunta tem que ser clara para quem a faz e, não menos importante, ela tem que ser clara para quem vai respondê-la. O processo para se chegar a essa “simplificação” é complexo. Para isto a necessidade de reformulações ao longo da elaboração do questionário.

Tendo em vista o provável baixo índice de escolaridade das agentes comunitárias, um outro aspecto importante é a questão das instruções. Um manual de instruções é desaconselhado. As instruções devem, elas também, ser o mais simplificadas possível e vir no próprio questionário acompanhando cada pergunta a que dizem respeito.

A seguir apresentamos alguns exemplos de perguntas.

EXEMPLOS DE PERGUNTAS:

Vamos conversar um pouco sobre as pessoas que moram nesta casa.

16. Quantas pessoas são? _____ pessoas. [INCLUIR A ENTREVISTADA]

Gostaria agora que a Sra. me dissesse o nome de todos que moram aqui.

[NÃO INCLUIR A ENTREVISTADA]

Nome	17. Sexo	18. Qual é a idade dele (ou dela)?	19. O que ele (ou ela) é da Sra.? (pai, mãe, marido, filho, filha, etc.)	20. Ela (ou ele) trabalha fora de casa?	
				(Sim ou não)	[Se a resposta for sim, perguntar]: 21 - Em que?

Obs.: _____

31. A Sra. tem água encanada em casa?

SIM ☐

NÃO ☐

32. Quem carrega a água? [PODE PREENCHER MAIS DE UM QUADRINHO].

A própria ☐

Filho(s) ☐

Marido ☐

Paga alguém ☐

Outros: _____

51. Quantos anos a Sra. tinha quando ficou menstruada pela primeira vez (quando teve a primeira regra)? _____ anos.

53. Quantas vezes a Sra. ficou grávida? [DIZER PARA A ENTREVISTADA CONTAR TODAS AS VEZES QUE FICOU GRÁVIDA, MESMO QUANDO NÃO CHEGOU A TER O NENÉM] _____ vezes.

Gostaria agora de conversar com a Sra. sobre todos os filhos que a Sra. teve que nasceram vivos.

56. Quantos filhos nascidos vivos a Sra. teve? _____ filhos.

[preencher o quadro abaixo com todos os filhos nascidos vivos, inclusive os que já morreram. Não colocar os filhos nascidos mortos.]

Nome	57. Que idade tem [se morreu colocar: já morreu]	58. Onde a Sra. fez o parto? [colocar se foi em casa, hospital, maternidade, etc. e o nome. Ex.: Hospital Miguel Couto]	59. Onde fica? (colocar o nome do Estado. Ex.: RJ)	60. Qual foi o tipo de parto? (normal, cesariana ou fórceps (ferro))	61. Quem fez o parto (médico, enfermeira, parteira, etc.)

Obs.: _____

91. A Sra. já evitou filho alguma vez?

NÃO ☐

SIM ☐

92. Que idade a Sra. tinha quando começou a evitar?
_____ anos.

93. A Sra. ligou as trompas?

NÃO ☐

SIM ☐

94. Que idade a Sra. tinha quando fez isto?
_____ anos.

Como pode ser visto pelos exemplos apresentados, nós trabalhamos com um questionário do tipo tradicional, com poucas perguntas abertas.

Muito se tem criticado este tipo de instrumento de coleta de dados. Alega-se que com ele não é possível apreender processos, que se fratura uma realidade que só pode ser compreendida através de suas inter-relações, etc. No caso de uma pesquisa-ação sobre a mulher, este questionamento se apresenta de várias formas:

— De que adianta saber quantas vezes uma mulher provocou aborto se a resposta não nos dirá o porquê dessa decisão, nem em que contexto ela se deu?

— Por que saber qual o método anticoncepcional utilizado se não se saberá como a mulher chegou até esta ou aquela opção?

— Como saber da vivência emocional da menarca?

As limitações da informação que estes exemplos apontam, porém, são contrabalançadas por outras considerações.

Em primeiro lugar, trabalhar com perguntas abertas significa utilizar um gravador ou ser capaz de resumir muito bem e rapidamente, ao mesmo tempo que registrar aquilo que está sendo dito.

O uso de gravador implica um trabalho adicional de transcrição de fitas e requer mais pessoal, mais tempo e recursos materiais adicionais.

Resumir e escrever o que é dito durante longas entrevistas é tarefa das mais árduas. A experiência nos ensinou que é extremamente difícil apreender, sem cometer erros sérios, um discurso longo. Adicione-se a isto o fato de que uma agente comunitária pode ter um nível de escolaridade muito baixo, tornando esta tarefa praticamente impossível.

O segundo ponto é que a informação obtida em entrevistas abertas requer uma análise muito mais complexa e, portanto, menos adequada à proposta de participação integral das agentes.

Em terceiro lugar, como o trabalho é uma pesquisa-ação, e não apenas uma pesquisa, a apreensão de uma realidade que é muito mais complexa vai se dar em outros momentos do trabalho. Ao elaborar o plano de ação a equipe de trabalho deverá se deter neste aspecto.

Um exemplo desta questão:

Numa ocasião a equipe de trabalho da Rocinha estava apresentando o questionário para um grupo de mulheres que trabalhavam na área de saúde da mulher. Uma delas disse: “Vocês aqui neste questionário perguntam detalhadamente sobre cada gravidez, cada parto. Mas não há nada sobre o aspecto emocional dessas vivências”. Ao que uma agente comunitária respondeu: “É verdade, mas é que para esta parte nós temos o grupo de reflexão, onde as experiências, os sentimentos, são colocados, trocados e discutidos”.

Se já sabemos que o questionário deve ser feito em conjunto, que ele será do tipo tradicional, que ele deve usar uma linguagem adequada para quem vai aplicá-lo e para quem vai respondê-lo, ainda restam algumas dúvidas. Como decidir o que se vai perguntar, qual a extensão do questionário, como saber que ele está “pronto”?

Duas sugestões para se iniciar este processo:

— A técnica pode levar para o grupo uma lista muito geral de alguns temas que ela *a priori* considera que devam ser discutidos e eventualmente transformados em perguntas. A partir disto, todo o grupo passa a contribuir com sugestões tanto com relação ao conteúdo como com relação à forma e ao vocabulário das perguntas.

— A técnica não leva absolutamente nada, abre-se a discussão sobre saúde em geral e sobre saúde da mulher em particular. A partir daí, repetir o processo da primeira sugestão.

O tamanho do questionário pode variar bastante. Esta decisão está, é claro, nas mãos da equipe de trabalho. Duas questões, no entanto, tendem a fazê-lo bastante longo:

— Quando se começa a discutir saúde, logo se vê que são muitas as variáveis que atuam e que, para se poder fazer um diagnóstico, ainda que com as limitações de um questionário tradicional, é preciso se fazer muitas perguntas.

— Se levarmos em consideração que é objetivo deste tipo de pesquisa que cada entrevistada se incorpore ao processo de discussão dos dados como sujeito ativo, o fato do questionário ser extenso é um fator de ajuda. O tempo mais longo da entrevista contribui para o estabelecimento de uma relação mais intensa entre entrevistadora e respondente, permitindo a discussão de uma ampla gama de questões e o início de um vínculo que vai gerando laços de solidariedade e ajuda mútua.

Por tudo isto acreditamos que a balança pese mais a favor de um instrumento mais longo que mais curto.

3.2 – O pré-teste do questionário

Uma vez elaborada uma primeira versão do questionário, os membros do grupo devem testá-lo entre si. Todas devem ser, num momento, entrevistadora, num outro, entrevistada. Deve-se estimular permanentemente a crítica e a autocritica. Nesta fase pode-se também testar o questionário com pessoas de confiança das agentes, como vizinhas, amigas, etc.

Testar o questionário através da sua aplicação em mulheres (médicas, enfermeiras ou auxiliares) que trabalham nos serviços locais de saúde é uma forma de divulgação do trabalho e uma maneira de promover alguma participação dessas pessoas no trabalho em andamento.

Devem ser feitos tantos pré-testes e tantas reformulações quantas sejam necessárias até que o grupo avalie que o questionário esteja suficientemente completo e claro e que as agentes estão preparadas para aplicá-lo. Parte-se então para o trabalho de campo.

Aplicar o questionário não significa necessariamente não mais se “mexer” nele. Possivelmente, algumas perguntas terão que ser reelaboradas ou excluídas, ou novas introduzidas. Por outro lado, se os pré-testes forem exaustivos e muito discutidos, estas “mexidas” posteriormente não implicarão numa modificação radical (nem em termos do conteúdo nem em relação ao número e forma das perguntas) do questionário. Deve-se encarar estas modificações como um processo contínuo de aprimoramento deste tipo de instrumento de coleta de dados.

3.3 – As entrevistas

A aplicação do questionário deverá ser feita pelas agentes comunitárias dentro da perspectiva de um trabalho de pessoas da área com outros membros da comunidade. Estas entrevistas servirão, assim, para iniciar um processo de legitimação e a continuação de uma aprendizagem das agentes comunitárias.

O número de mulheres a serem entrevistadas pode variar segundo o tamanho da população, o número de membros da equipa de trabalho, ou o tempo disponível. Novamente, o planejamento desta fase de trabalho é feita pela equipe, em conjunto.

A seleção das potenciais respondentes também pode ser diferente de uma área para outra. Eis algumas sugestões:

- mães de alunos de escola(s) da área. Neste caso, solicita-se as fichas de alunos e através delas faz-se a escolha;
- fichas de mulheres participantes de algumas agremiações da área: Associação de Moradores, escola de samba, etc.;
- se a área estiver bem mapeada, pode-se dividi-la em subáreas e começar por cobrir cada uma delas, num trabalho de casa em casa;
- ou fazer uma seleção aleatória de algumas mulheres em cada uma das subáreas.

Em áreas muito grandes (mais de 10.000 habitantes) é aconselhável centralizar o trabalho, pelo menos na sua fase inicial, em uma subárea menor.

Neste tipo de projeto não interessa tanto a representatividade dos dados quanto o efeito mobilizador que geram. No entanto, é importante contactar mulheres que trabalham e que não trabalham fora do lar, não só porque algumas problemáticas podem ser diferenciadas, mas também porque é importante que no planejamento posterior das ações as necessidades e disponibilidades das mulheres que trabalham fora de casa estejam contempladas. Esta é uma questão bastante complicada, uma vez que é difícil estabelecer horários variados (à tarde e à noite, por exemplo) para o trabalho da equipe.

O contato com as potenciais respondentes merece todo o cuidado. Deve-se ter sempre presente que é essencial respeitar as pessoas em todos os momentos do trabalho e este respeito implica, entre outras coisas, em não se “invadir” sua privacidade sem que se tenha sua permissão.

É preciso, assim, muito cuidado na forma de marcar a entrevista. Num primeiro contato, a agente deve se identificar, explicar o objetivo do trabalho, o que é o questionário, assinalar a importância da informação que ela possui para poder conhecer a situação e as necessidades das mulheres da área. Também deve-se destacar que depois de realizadas uma série de entrevistas com outras mulheres serão todas convidadas a conhecer quais foram as respostas para pensar juntas quais são os problemas mais comuns e como encontrar soluções.

Se a mulher aceita responder, marca-se então o dia e a hora que sejam mais convenientes para ela, lembrando-lhe que como a entrevista pode ser longa, e como seria interessante poder conversar com calma, quanto maior for seu tempo disponível, melhor.

Uma vez realizada a entrevista, marca-se uma nova visita para informá-la sobre o andamento da pesquisa e o dia e a forma em que se discutirão os dados.

É aconselhável que nas primeiras entrevistas as agentes sejam acompanhadas por uma técnica para que depois possam discutir vários aspectos: se foi possível estabelecer um clima propício de relaxamento e confiança, se o preenchimento do questionário foi feito corretamente, se há perguntas muito complicadas tanto para serem feitas como para serem respondidas, etc.

É muito importante que este acompanhamento seja discutido pelo grupo, antes de acontecer, para que as agentes não o sintam como um controle. Ele é um meio de todas poderem acompanhar este momento do trabalho e também uma maneira de se dar um apoio às agentes que, muitas vezes, nesta fase, ainda se sentem bastante inseguras.

A decisão sobre em que momento as agentes deverão fazer as entrevistas sozinhas deve ser tomada pela equipe, através de uma avaliação conjunta.

3.4 – A análise dos dados

Na ocasião da análise dos dados as agentes comunitárias deverão ser treinadas nas técnicas mais simples: tabulação manual, montagem de tabelas univariáveis, discussão da noção de percentagem e leitura de tabelas.

Este é um momento trabalhoso e difícil, especialmente se o nível de escolaridade é muito baixo. Em vista disso, o planejamento desta fase deve ser feito com muito cuidado, para que o tempo previsto seja suficiente.

Assim, acreditamos que como primeiro passo devem-se tabular poucos questionários (recomendamos algo em torno de 30) e fazer a análise dos dados.

Este é um momento de descoberta conjunta a partir da discussão das respostas, da identificação dos problemas mais comuns e das relações que sejam possíveis estabelecer entre as questões levantadas, as condições de vida e pobreza, e a falta de informação.

3.5 – A devolução dos resultados/ a reflexão conjunta

Para esta etapa se faz imprescindível visitar novamente cada entrevistada para conversar sobre o andamento da pesquisa e convidá-la para uma reunião de discussão dos primeiros resultados. Deve-se consultá-la sobre disponibilidade de dia e horário para depois determinar um dia favorável à participação da maioria delas (muitas vezes isto coincide com a permanência dos filhos da escola e antes da chegada do marido). O contato deve ser sempre pessoal, mesmo que se utilizem cartazes ou terceiras pessoas. É importante enfatizar para a respondente que esse trabalho também lhe pertence, que suas opiniões são fundamentais para definir juntas “o que fazer”, e sugerir que ela convide outras mulheres.

É este um momento fundamental da pesquisa, quando agentes e técnicas compartilham com as mulheres entrevistadas suas descobertas. Este compartilhar enriquecerá, por sua vez, o primeiro nível de conhecimento que a análise dos dados possibilitou.

Discutem-se as interpretações desses dados em confronto com as percepções anteriores, as causas atribuídas a cada um dos problemas e as expectativas e perspectivas de ação.

A significação maior desta reflexão sobre os dados é que ela permite aprofundá-los e coletivizar a problemática individual. A vivência de cada mulher será compartilhada com as outras de tal modo que cada uma reconheça o que tem de comum com mulheres que vivem em condições semelhantes.

No grupo as técnicas são um membro a mais e devem, portanto, ter sempre presente a necessidade de compartilhar com o grupo suas próprias vivências, embora suas condições de vida sejam, possivelmente, outras. Num grupo de reflexão ninguém pode ficar de fora.

Dada a grande quantidade de assuntos que geralmente são levantados no questionário, é praticamente inviável discutir todos de uma só vez. Assim, a equipe de trabalho deve fazer uma discussão interna e selecionar aqueles temas que considera prioritários. “Prioritários” são geralmente aqueles que apresentam maior incidência (por exemplo, um determinado problema de saúde, aborto espontâneo e/ou provocado, certo tipo de contraceptivo, desmame precoce, etc).

Uma vez reunidas respondentes, agentes, técnicas e outras mulheres da comunidade, como organizar a devolução dos dados e discutir questões?

Sugerimos dividir a reunião em três momentos:

— Primeira parte: uma explicação do projeto (origem, objetivos, etc.). Esta descrição é importante porque é provável que algumas respondentes não tenham ainda compreendido bem o que seja o projeto e, para aquelas que não responderam ao questionário, esta é basicamente a primeira oportunidade de se inteirarem do trabalho que está sendo feito. Esta primeira parte, no entanto, não deve ocupar mais do que um terço do tempo previsto para a reunião.

— Segunda parte: uma apresentação dos temas que a equipe de trabalho selecionou para discussão, com uma explicação do porque da opção de cada um dos assuntos. A seguir, inicia-se a discussão sobre cada um dos assuntos. Tanto para esta discussão inicial como para quaisquer outras, o fio condutor deve ser a experiência vivida pelas mulheres participantes da reunião.

— Terceira parte: à medida que os assuntos forem sendo discutidos, uma das integrantes da equipe deve ir tentando “fechar” aquele tema. Para finalizar a reunião deve-se resumir o que foi visto e, a partir daí, tentar discutir possíveis soluções e sugestões para a continuidade do trabalho em grupo porque dificilmente os assuntos se esgotarão com uma única reunião. Por isto, é importante encarar a primeira reunião como o início de um processo de devolução dos dados da pesquisa e de uma reflexão conjunta.

Exatamente como se dará este processo é algo que não se pode responder *a priori*. No caso da experiência da Rocinha esta reunião inicial não seguiu rigidamente o esquema acima proposto. Foi uma reunião bem menos estruturada previamente e a devolução foi feita de forma mais assistemática. Apesar disto, esta reflexão inicial foi suficientemente estimulante para que o grupo continuasse a se reunir semanalmente, durante três meses. Neste período, os assuntos inicialmente identificados e outros que surgiram no grupo foram discutidos, sempre a partir das experiências vividas, com a complementação de informação nova trazida pelas técnicas.

A experiência deste primeiro grupo deve servir como base para a formulação do plano de ação, tanto no sentido de identificação de assuntos, como no sentido do método de trabalho com o grupo.

Uma forma de promover um processo de integração com os serviços de saúde locais neste momento é convidar um dos profissionais para participar de reuniões do grupo e contribuir com às questões que o grupo quer discutir.

IV. A formulação do plano de ação e sua implementação

A partir da discussão dos dados da pesquisa e da reflexão conjunta será feita a organização das necessidades comuns mais sentidas. Estas necessidades prioritárias serão a base da formulação do plano de ação.

Deve-se ter claramente explicitado a partir deste momento quais são os recursos necessários, quais os disponíveis, os mecanismos a serem acionados, o tempo que será necessário, os recursos que a própria comunidade pode dispor, etc.

Nesta hora é provável que deva ser discutida mais uma vez as reais possibilidades do projeto de responder às demandas. Por exemplo, se aparece como prioridade o saneamento básico, dificilmente um projeto destas características poderá resolver esta questão sozinho. No entanto, poderá discutir formas de encaminhamento aos organismos responsáveis.

É importante neste momento, que a equipe de trabalho formada pelas técnicas e agentes faça uma discussão aprofundada dos problemas levantados e discutidos com a comunidade e encaminhe sua discussão aos serviços de saúde da área e às instituições envolvidas no projeto.

No trabalho na Rocinha, a enfermeira chefe do posto que existia na área participou de reuniões da equipe de trabalho, dando valiosas contribuições, ao mesmo tempo em que se inteirava dos assuntos que iam sendo discutidos com as mulheres.

Se já existe uma rede informal de relações, o processo de encaminhamento aos serviços será facilitado. Isto não quer dizer, contudo, que as demandas sejam atendidas com a rapidez desejada. As respostas da rede oficial dependem de muitos outros fatores que o simples reconhecimento da justiça de uma reivindicação.

Todo este processo deve ser acompanhado pelas mulheres entrevistadas para que, conjuntamente, elaborem soluções possíveis aos problemas levantados, através de sua participação ativa nas discussões das várias questões.

Se bem que cada plano de ação seja diferente para cada área em que se trabalhe, experiências anteriores com mulheres apontam para o trabalho em grupo como um dos meios mais propícios para se alcançar uma consciência coletiva das problemáticas da mulher e agir sobre elas.

No caso do trabalho da Rocinha, o grupo de reflexão e o grupo de gestantes surgiram como elementos do plano de ação. Agora, descreveremos os objetivos principais destes grupos, assim como algumas de suas características de funcionamento.

4.1 – Grupo de reflexão com mulheres

a) Objetivos

Os objetivos deste grupo poderiam ser assim resumidos:

- a reapropriação do saber sobre o próprio corpo;
- a criação de um espaço onde as mulheres tenham a possibilidade de expressar suas necessidades, seus desejos, suas angústias e de articular demandas;

- a formação de laços de solidariedade e de ajuda mútua;
- o desenvolvimento de uma autoconfiança que permita às mulheres questionar o autoritarismo muitas vezes presente na relação médico-paciente;
- a legitimação do direito da mulher a uma vigência prazerosa de sua sexualidade;
- a reafirmação do direito de cada mulher à maternidade como exercício livre e voluntário;
- contribuir para o controle das doenças venéreas;
- contribuir para a prevenção do câncer ginecológico e da mama.

Todos estes objetivos se “somariam” para alcançar um objetivo mais geral, qual seja, o de que a mulher possa cuidar melhor de sua própria saúde (isto sem negar os sérios limites impostos pelas condições de vida da população).

b) Capacitação

Para se alcançar este objetivo planejou-se um treinamento de conteúdos que as agentes não possuíam e que seriam necessários durante o trabalho com os grupos

Os principais conteúdos discutidos e transmitidos foram:

- o corpo da mulher com ênfase nos órgãos sexuais e reprodutivos;
- o corpo do homem com ênfase nos órgãos sexuais e reprodutivos;
- o ciclo biológico da mulher: da menarca à menopausa;
- doenças mais comuns do aparelho reprodutivo feminino (corrimientos vaginais, miomas, câncer de mama, câncer uterino, etc.);
- doenças venéreas;
- auto-exame da mama;
- exame preventivo (Papanicolau);
- aborto (espontâneo e provocado);
- métodos anticoncepcionais femininos e masculinos.

No planejamento do cronograma do Plano de Ação, caso este treinamento seja incluído, é preciso bastante cuidado. Os conteúdos por nós descritos são muitos e, alguns, complexos, exigindo bastante tempo para serem trabalhados.

Esta capacitação tanto pode ser dada exclusivamente, isto é, durante um certo período de trabalho só se faz basicamente isto, ou paralelamente a outras atividades do projeto.

c) Formação dos grupos

Para a formação de um grupo de reflexão as agentes comunitárias deverão fazer um trabalho de “recrutamento”. Isto é, visitar mulheres e convidá-las para participar do grupo. Se a mulher foi às reuniões de devolução/discussão dos dados de pesquisa, é interessante conversar com ela sobre esta reunião, reforçando, assim, a sua participação no futuro grupo de reflexão. Se a mulher não acompanhou a devolução, a agente deve fazer um resumo do que aconteceu, dos principais problemas que foram levantados, do que foi sugerido e decidido como plano de ação, etc., frisando bastante a importância da participação dela e convidando-a para o grupo. Em todos os contatos deve-se solicitar à mulher que convida outras mulheres para o grupo de reflexão.

Sugerimos que todas as mulheres que foram entrevistadas sejam convidadas para o grupo de reflexão.

O grupo de reflexão é aberto a todas as mulheres da área. A participação ou não de adolescentes deve ser discutida por todas. Parece-nos que mulheres adolescentes têm especificidades que talvez mereçam ser tratadas em separado. Se o grupo chegar a esta conclusão, uma sugestão seria, por exemplo, a formação de grupo de reflexão só com adolescentes.

Não há um número absolutamente ideal de participantes. Isto dependerá do espaço físico disponível, do número de mulheres interessadas, etc. Várias experiências, no entanto, tendem a considerar que um grupo de 15 a 20 mulheres é o mais desejável: não exige espaços grandes demais, e permite a participação de todas ao longo de aproximadamente duas horas de reunião.

A periodicidade do grupo de reflexão é decisão dele mesmo. Na experiência da Rocinha chegamos à conclusão que uma reunião semanal era a melhor solução: muitas mulheres só conseguiam tempo disponível uma tarde por semana e, por outro lado, reuniões quinzenais significavam um intervalo de tempo muito longo entre uma reunião e outra. Havia a tendência das mulheres esquecerem o dia da reunião. Mas há experiências gratificantes de até uma reunião por mês, de modo que não há regras rígidas.

A duração de cada reunião também é variável. Uma hora é, em geral, pouco, e mais de duas horas de duração pode ser cansativo. Mas, novamente, esta é uma decisão a ser tomada pelo grupo. Muitas vezes o grupo, à medida em que vai se desenvolvendo, tende a se reunir por mais tempo do que o previsto. A equipe de trabalho deve estar atenta para isto em função dos limites reais impostos pelo trabalho.

A duração do grupo não deve ser prefixada, mas deve haver uma discussão coletiva sobre isto. Pressões institucionais muitas vezes contribuem para a fixação do limite, ao mesmo tempo em que é preciso atenção para que o grupo não se esvazie, deixando em todas uma forte sensação de frustração. Na experiência da Rocinha uma duração média de quatro

meses pareceu a mais viável, mas é bom repetir, há muitas variáveis que vão influenciar nesta decisão.

A coordenação do grupo, a curto prazo, está a cargo de técnicos e agentes. A médio ou longo prazo, a responsabilidade deverá ser assumida pelas agentes comunitárias.

É "natural" que no início a técnica tenha um papel maior. As agentes provavelmente nunca coordenaram um grupo e, além disso, dificilmente terão absorvido todo o conteúdo da capacitação. Mas é essencial que, desde o início, participem o máximo possível na coordenação do grupo. Pode-se fazer a avaliação deste processo através de várias maneiras, mas um indicador é quase óbvio: quanto menor for a necessidade da técnica interferir, maior será o grau de responsabilidade das agentes pela coordenação.

d) Dinâmica

A dinâmica do funcionamento baseia-se na troca de experiências e na transmissão de alguns conhecimentos. É essencial que as participantes sintam, desde a primeira reunião, que aquele é um espaço delas e que uma regra básica do grupo é o respeito mútuo de modo que cada uma possa se sentir à vontade para relatar suas vivências, expressar suas opiniões, levantar suas dúvidas, transmitir seus conhecimentos.

O primeiro encontro de um grupo de reflexão tanto pode ser uma reunião de devolução de dados/reflexão conjunta, como algo marcado especificamente para ser o início de um grupo de reflexão. Tivemos ambas as experiências na Rocinha e nos dois casos os grupos acabaram se desenvolvendo de maneira muito similar.

Os dois ou três primeiros encontros de um grupo de reflexão são cruciais como estímulo para a sua continuidade. Assim, se bem que cada reunião deve ser precedida de uma preparação, a organização das primeiras merece especial cuidado. Isto quer dizer, também, que nesta fase a equipe de trabalho levará mais tempo nestas tarefas do que posteriormente.

A seguir descrevemos a preparação e funcionamento (previsto) das duas primeiras reuniões de um grupo de reflexão para que se possa ter uma idéia melhor do que isto pode representar na prática.

Primeira reunião

Sugerimos organizá-la em duas ou três partes:

— primeira parte: explicar o que é o projeto em linhas gerais e por que se está propondo a formação de um grupo. Cada integrante da equipe de trabalho deve se apresentar e, em seguida, solicitar que cada mulher também se apresente, para que todas possam ir se conhecendo.

— segunda parte: explicar que o conteúdo das reuniões deve ser decidido pelo grupo e que esta decisão poderia ser feita neste momento. De que forma? Solicitar que as integrantes do grupo levantem temas do seu interesse que se relacionem, de alguma forma, com a saúde da mulher. À medida que os temas forem sendo falados, alguém da equipe de trabalho (preferencialmente uma agente) deve ir anotando-os numa folha de papel colocada na parede ou num quadro-negro ou em outro local similar. O importante é que esta listagem possa ser vista por todas.

O levantamento desses assuntos, feito desta maneira, alcança objetivos múltiplos:

- inicia a participação ativa das mulheres no grupo;
- inicia a participação ativa de, pelo menos, uma agente no grupo;
- permite uma visão mais globalizante da questão da saúde da mulher;
- responde a demandas reais das mulheres;
- demonstra, na prática, que este é um espaço das mulheres, uma vez que se vai discutir aquilo que lhes interessa;
- coloca as mulheres mais à vontade.

Pode acontecer das mulheres ficarem muito inibidas e nenhuma querer ser a primeira a falar. Neste caso, uma das agentes deve iniciar, levantando algum tema a partir de sua própria vivência e, em seguida, estimular a que outras falem.

Uma vez esgotados (pelo menos naquele momento) os assuntos, uma agente deve explicar que a equipe vai utilizar aquele levantamento para organizar os assuntos, uma vez que para se discutir alguns deles é preciso discutir outros antes. Um exemplo: uma discussão sobre gravidez exige, a nível de conteúdo, um conhecimento sobre funcionamento dos aparelhos reprodutivos feminino e masculino.

O resultado desta organização será levado na próxima reunião para que o grupo faça uma avaliação, modifique o que achar necessário, adicione novos temas. Se o grupo concordar basicamente com o que foi feito, a segunda reunião já abordará o primeiro tema previsto.

Caso o tempo de reunião já esteja se esgotando, encerra-se a atividade. É importante, na despedida, estimular cada uma das mulheres a voltar para a reunião seguinte.

Caso ainda haja bastante tempo disponível (15 minutos ou mais), pode-se ter uma terceira parte.

— terceira parte: para estimular as pessoas a participarem, pode-se sugerir que cada uma fale de seu parto. Este é um assunto que sempre interessa à mulher e sobre o qual ela geralmente se sente à vontade para falar, pois é uma experiência vivida, que não exige “conhecimento” (o que poderia inibir algumas mulheres). Outro tema sobre o qual todas as mulheres têm experiência é a menarca.

E essencial que, neste momento, agentes e técnicos também relatem suas vivências. Isto será uma demonstração prática de que, se bem que tenham papéis específicos a cumprir, são integrantes do grupo, pois são também mulheres com experiências próprias. Esta atitude contribui para diminuir uma eventual distância entre equipe de trabalho e as outras participantes do grupo.

Segunda reunião

A preparação para esta reunião foi definida pela primeira: organizar os temas levantados e levá-los para discussão no segundo encontro.

É importante, também, que o grupo se prepare para coordenar a reunião em torno do primeiro tema a ser abordado. Sugerimos que a equipe faça uma revisão do conteúdo através do material de capacitação. Geralmente, o assunto inicial é o corpo da mulher, isto é, órgãos reprodutivos e sexuais e seu funcionamento. Este tema pode ser abordado de várias maneiras:

Uma primeira forma de discutir o corpo da mulher é solicitar às presentes que digam que partes do nosso corpo elas conhecem. É interessante desenhar, num papel pardo, os contornos de uma figura feminina, e ir preenchendo este desenho à medida que as mulheres vão citando os vários órgãos, as várias partes do corpo. Esta técnica tem a vantagem de refletir uma visão mais globalizante do organismo. Ao final da reunião, possivelmente tanto a parte externa quanto a interna dos órgãos reprodutivos e sexuais femininos terão sido levantados e sua compreensão será facilitada pelos desenhos, feitos de uma forma coletiva.

Uma segunda maneira é iniciar a discussão através dos relatos pessoais da menarca (inclusive a experiência das agentes e da técnica). A partir daí, a equipe de trabalho vai coordenando a reunião de modo que todas as mulheres que desejem falar possam fazê-lo, ao mesmo tempo em que vão introduzindo, se necessário, novos aspectos da questão.

A utilização de um desenho do contorno de uma figura feminina a ser preenchido ao longo da reunião também é interessante. Neste caso, a equipe de coordenação deve ir aproveitando os vários relatos de vivência da menarca para ir completando o desenho. Ao final da reunião, as participantes terão se colocado enquanto pessoa e, ao mesmo tempo, compreendido melhor o processo fisiológico que deu origem às suas vivências.

Há uma série de técnicas que podem ser utilizadas ao longo da existência de um grupo de reflexão (alguns exemplos: dramatização, desenhos coletivos, desenhos individuais, trabalho com argila). É importante recorrer a elas para evitar que a reunião fique "chata", seja "sempre a mesma coisa". Além disso, há técnicas mais apropriadas para determinados assuntos do que outras. Por exemplo: trabalho com argila é extremamente proveitoso para o assunto aparelho reprodutivo e sexual, mas não se adapta tão bem

para uma discussão sobre doenças venéreas; a dramatização é muito útil numa discussão sobre a relação médico-paciente, mas não tanto se o assunto for o método Ogino-Knauss.

À medida em que o grupo vai se desenvolvendo, algumas participantes possivelmente contribuirão com idéias sobre outras técnicas, o que enriquecerá ainda mais o trabalho.

Após cada reunião a equipe de trabalho deve se reunir para avaliar o encontro. Estas avaliações são essenciais porque estimulam a crítica e a autocrítica e permitem um aprimoramento contínuo do processo de trabalho. Cada membro deve refletir sobre o que aconteceu naquele dia, dar a sua opinião, fazer sugestões. Tudo deve ser sempre registrado para que se possa ter uma percepção do trabalho como um processo, para as avaliações ao longo do tempo.

4.2 – Grupo de gestantes

Se um grupo de gestantes for um dos elementos integrantes de um Plano de Ação, eis algumas reflexões fruto da experiência da Rocinha.

a) Objetivos

Um trabalho na comunidade com grávidas não pretende substituir o acompanhamento médico de uma gestante através do que se chama, comumente, de pré-natal. Este trabalho deve estimular que se faça o pré-natal nos serviços de saúde.

Ele tem outros objetivos que, em linhas gerais, seriam:

- possibilitar à mulher o acesso a conhecimentos sobre o processo gestacional (gravidez, parto e puerpério) que, na verdade, lhe pertence como principal protagonista;
- fortalecer na gestante a possibilidade de uma ativa participação na tomada de decisões naquilo que se refere à sua gestação, parto e ao puerpério;
- incentivar o aleitamento materno;
- criar um espaço onde a gestante possa colocar suas dúvidas e discutir suas vivências.

b) Capacitação

O conteúdo de discussão deste grupo é um pouco mais rígido do que o de reflexão de mulheres, uma vez que a gestação é um processo que segue passos bem definidos. Para um trabalho destes, geralmente faz-se imprescindível um treinamento específico com as agentes comunitárias.

Os conteúdos básicos a serem transmitidos e discutidos seriam:

- Ovulação e fecundação;
- A gravidez: calendário obstétrico, os três trimestres, os exames durante a gravidez;
- Cuidados com os seios;
- Problemas mais comuns de gestação;
- Definição do sexo da criança;
- Gêmeos;
- O parto: trabalho de parto, período expulsivo, os vários tipos de parto;
- A estada na maternidade;
- O puerpério;
- O aleitamento materno;
- O aborto;
- Exercícios durante a gravidez e o trabalho de parto.

c) Formação dos grupos

- O levantamento de gestantes da área poderá ser feita de várias maneiras:
- algumas mulheres entrevistadas poderão estar grávidas ou indicar gestantes conhecidas;
 - as agentes comunitárias podem conhecer gestantes;
 - grupos atuantes na área podem indicar gestantes;
 - instituições atuantes na área podem indicar gestantes.

O contato com as gestantes deve ser prioritariamente pessoal, numa visita às suas casas. As agentes devem se apresentar, relatar a experiência do trabalho, convidar para o grupo.

Há discussões sobre em que momento da gravidez a gestante deve iniciar sua participação no grupo: em qualquer época da gravidez, só a partir de um determinado mês?

Nós iniciamos este trabalho com gestantes a partir do primeiro mês de gravidez, com uma reunião semanal.

Enfrentamos alguns problemas: é difícil trabalhar em grupos com mulheres em diferentes idades gestacionais porque problemas como enjôo são mais comuns no início da gestação, vivências emocionais também podem variar de acordo com o período da gravidez, certos exercícios são mais apropriados para uma época, enquanto alguns são para outras, a discussão sobre o trabalho de parto é mais adequado no final da gravidez, etc.

Além dessas dificuldades que se referem ao trabalho no grupo, nós também sentimos a necessidade de atender mais gestantes, durante o mesmo período. Como o espaço físico e os recursos humanos de que dispúnhamos permaneciam os mesmos, decidimos trabalhar com gestantes só a partir do sétimo mês. Isto eliminava quase todos os problemas advindos das disparidades das idades gestacionais e nos permitia atender mais gestantes. As reuniões continuaram sendo semanais.

O número de membros de um grupo deste tipo também é variável. Algumas experiências apontam para de 10 como sendo um número conveniente. Esta decisão deverá, inclusive, depender do espaço físico disponível. É importante lembrar que as gestantes precisam de um certo espaço para os exercícios.

A duração de cada reunião deverá ser decidida pelo grupo, mas há relatos de experiências que indicam que uma hora e meia/duas horas é um tempo conveniente.

A não ser que alguma gestante levante uma questão que ela queira e as outras concordem em discutir antes de qualquer outra, a "programação" deste grupo poderá começar com o tema "fecundação". Para a compreensão deste processo é necessário, primeiro, um certo conhecimento dos aparelhos reprodutivos masculino e feminino.

Para se discutir toda esta questão, sugerimos estimular as gestantes a falarem sobre como acham que ficaram grávidas e, dentro disto, quando descobriram que é através de uma relação sexual que se fica grávida. Estes dois assuntos interligados podem servir de fio condutor para a discussão daquela reunião.

d) Dinâmica

A troca de experiências e a vivência da gravidez deverão servir como fios condutores da dinâmica das reuniões. No entanto, a transmissão de conhecimentos deverá ser feita de uma maneira mais estruturada do que no grupo de reflexão com mulheres, uma vez que é necessário respeitar o desenvolvimento do processo gestacional.

Aqui também se faz necessária a preparação de cada reunião.

Na primeira deve-se fazer uma apresentação do projeto e dos objetivos deste grupo específico e do que se pretende fazer. Deve-se, então, solicitar que cada gestante fale desta sua gravidez: como está se sentindo fisicamente, o que ela representa para si, para o companheiro (se ele existe, é claro), que expectativas tem com relação a este grupo, que sugestões gostaria de dar em termos de assuntos para serem discutidos.

Se o grupo tem entre 8 e 10 gestantes, esses relatos tomarão, provavelmente, a maior parte da reunião. No caso de terem se levantado sugestões, as coordenadoras do grupo devem escrevê-las no papel pardo colocado sobre a parede (ou quadro-negro ou algo equivalente) e avisar ao grupo que vão pensar sobre elas, ver quais são as possibilidades de serem trabalhadas no grupo e trazer esta reflexão para ser discutida na próxima reunião.

Na segunda reunião, a equipe deve vir com a reflexão das sugestões dadas. Aquelas que podem ser incorporadas ao trabalho devem sê-lo. Para as que não, a equipe deve explicar o por quê.

Se houve a opção por um trabalho com grupo de gestantes, a tendência é continuar este acompanhamento após o parto, ao menos por um cer-

to período de tempo. Nós sugerimos, assim, a formação de um grupo de pós-parto.

4.3 – Grupo de pós-parto

Pode ser visto como uma continuação do grupo de gestantes, mas a incorporação de outras mulheres deve ser incentivada.

Um dos objetivos deste grupo é o incentivo ao aleitamento materno. Mas não se deve esquecer que a gestante é também uma mulher e, enquanto tal, tem questões a serem levantadas, discutidas nesta fase de sua vida. Por exemplo: como fica a sexualidade neste período de puerpério, o que significa, para ela, enquanto mulher, ser agora também mãe (no caso das primíparas), esta nova maternidade é diferente das anteriores (no caso das múltíparas)? etc.

Este trabalho não deve ser, de maneira alguma, prescritivo. Pelo contrário, entendemos que o aleitamento materno, por exemplo, não pode ser discutido de uma forma descontextualizada, isto é, ele se dá com mulheres concretas, que vivem situações objetivas de miséria, de violência, de insatisfação. Não se trata de transmitir modelos de “boa mãe” constituídos fora do cotidiano das mulheres. Faz-se necessário recuperar um auto-estima que é sistematicamente destruída em sua experiência de mulher pobre.

A duração deste grupo e a periodicidade de seus encontros é, uma vez mais, uma questão em aberto. Sabe-se que os primeiros meses pós-parto são os mais críticos no que se refere ao aleitamento materno e à situação emocional da mãe. É durante este período que a mulher mais necessita de apoio. É provável que algumas mulheres encontrem mais dificuldades que as outras. A equipe de trabalho deve, por isto, planejar suas atividades visando a necessidade de uma flexibilidade bastante grande.

O conteúdo destes grupos possivelmente incluirá temas como:

- a fisiologia do aleitamento materno;
- o que é o leite materno;
- dificuldades mais comuns com o aleitamento materno;
- “dicas” que podem contribuir para o êxito do aleitamento materno;
- o leite artificial;
- sexualidade no pós-parto;
- o que é ser mãe;
- as relações dentro da família antes e depois deste parto.

A dinâmica nesse grupo deverá ser basicamente a mesma do Grupo de Gestantes.

BIBLIOGRAFIA

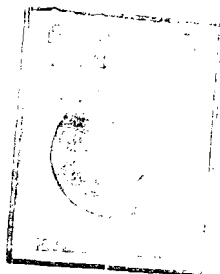
- ALVES, Branca M. M. et alii. Sexualidade e desconhecimento; a negação do saber. In: Bruschini, Maria Cristina A. & Rosemberg, Fúlvia, org. *Vivência - História, Sexualidade e imagens Femininas*. São Paulo, Brasiliense, 1980. p. 257-288.
- ARENDT, Hannah. *Crises da República*. São Paulo, Perspectiva, 1973.
- CORAGGIO, José Luiz. Sobre la problemática de la planificación regional en América Latina. s.l., UNESCO, 1978. mimeo.
- CORREA, Sônia. Causas e Condições da Esterilização Feminina Voluntária na Região Metropolitana do Recife. Relatório de Projeto. Recife, s. ed., 1983. mimeo.
- DAGENAIS, Hunguette. Quand la sociologie devient action: l'impact du féminisme sur la pratique sociologique. *Sociologie et Sociétés*. Montreal, Université de Montreal. 13 (2): 49-65, 1982.
- FALS BORDA, Orlando. Aspectos teóricos da pesquisa participante: considerações sobre o significado e o papel da ciência na participação popular. In: Brandão, Carlos R., org. *Pesquisa participante*. São Paulo, Brasiliense, 1982. p. 42-62.
- FREIRE, Paulo. Criando métodos de pesquisa alternativa; aprendendo a fazê-las melhor através da ação. In: Brandão, Carlos R., org. *Pesquisa participante*. São Paulo, Brasiliense, 1982, p. 34-41.
- HIRSCHMAM, A. *Saída, Voz e Lealdade*. São Paulo, Perspectiva, 1973.
- LOVISOLO, H. "Trabalhos em Antropologia" n.º 02. *Pesquisa participante, comentários sobre seus efeitos*. São Paulo, UNICAMP-IECH, 1987.
- OFFE, C. O dilema da Tecnocracia. In: Dayer, G. *Tecnocracia e Ideologia*. Rio de Janeiro, Biblioteca Tempo Universitário, s. d., p. 70-84.
- OLIVEIRA, Rosiska D. & OLIVEIRA, Miguel D. Pesquisa Social e Ação Educativa; conhecer a realidade para poder transformá-la. In: Brandão, Carlos R., org. *Pesquisa participante*. São Paulo, Brasiliense, 1982. p. 17-33.

PINEDA, Magaly. El feminismo y la investigación-acción. Paper apresentado no Seminário da CEPAL. Santiago (Chile), s. ed., 1983. mimeo.

PINTO, João B. G. Reflexões sobre as estratégias educativas do Estado e a prática da educação popular. Paper apresentado no Encontro sobre Educação Popular. Rio de Janeiro, IBRADES, 1982. mimeo.

POGGIESE, Héctor. Política urbana e participação popular na região metropolitana do Rio de Janeiro - 1975-1982. Rio de Janeiro, s. ed., 1984. mimeo. Tese de mestrado.

SMD/UNICEF. Propostas para ação nas favelas cariocas. Rio de Janeiro, s. ed., 1980. mimeo.



impresso na
Gráfica Portinho Cavalcanti Ltda.
Rua Santana, 136/138 (edifício próprio)
Tel.: 224-7732 (PABX)
Rio de Janeiro - RJ