

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SANTOS

Mestrado em Saúde Coletiva

**MULHERES EM SITUAÇÃO DE VULNERABILIDADE SOCIAL
RESIDENTES NA REGIÃO CENTRAL DA CIDADE DE SANTOS: A
SAÚDE COMO ESTRATÉGIA DE SOBREVIVÊNCIA**

MILLENA MARIA PICCOLIN

SANTOS/SP

2008

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SANTOS

Mestrado em Saúde Coletiva

MULHERES EM SITUAÇÃO DE VULNERABILIDADE SOCIAL RESIDENTES NA REGIÃO CENTRAL DA CIDADE DE SANTOS: A SAÚDE COMO ESTRATÉGIA DE SOBREVIVÊNCIA

MILLENA MARIA PICCOLIN

Dissertação apresentada à Banca Examinadora da Universidade Católica de Santos, como exigência parcial para obtenção do título de mestre em Saúde Coletiva, sob orientação da Prof (a). Dr (a).
Rosa Maria Ferreiro Pinto.

SANTOS/SP

2008

Dados Internacionais de Catalogação

Sistema de Bibliotecas da Universidade Católica de Santos – UNISANTOS -*SibiU*

Piccolin, Millena Maria

Mulheres em situação de vulnerabilidade social residentes na região central de Santos: a saúde como estratégia de sobrevivência / Millena Maria Piccolin – Santos:

[s.n.] 2009.

82 f. ; 30 cm. (Dissertação de Mestrado - Universidade Católica de Santos, Programa em Saúde Coletiva)

I. Piccolin, Millena Maria, . II. Título.

CDU 614(043.3)

DEDICATÓRIA

Dedicamos este trabalho a Deus, a família muito querida, aos amigos, aos professores e a essas mulheres tão únicas e batalhadoras que contribuíram para este trabalho, que mesmo envoltas a seus problemas e dificuldades diárias trocaram sabedoria e exemplo.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos a todos que de certa forma ajudaram na realização deste trabalho.

Primeiro a Deus por estar sempre presente, inspirando e nos guardando.

A família com toda sua paciência, incentivo, carinho e compreensão. Principalmente a minha mãe pelo seu acolhimento e incansáveis sopros de amor, ao meu pai pelo seu eterno incentivo aos meus estudos, e a minha madrinha (em memória) por ter sido um raio de luz em meio as atribulações.

Aos amigos que caminharam juntos neste período nos apoiando, e fazendo desta etapa mais agradável.

À professora doutora Rosa Maria Ferreiro Pinto, pela sua dedicação, sabedoria e conhecimento, imprescindível para a formulação deste presente trabalho.

As todas as mulheres, que com suas lutas diárias, enfrentam a vida com muita garra, dificuldades e sonhos, sabendo superar as adversidades que a vida lhes impõe.

RESUMO

Este estudo buscou fazer uma aproximação com a situação de saúde de mulheres chefes de família, na perspectiva da saúde como uma estratégia de sobrevivência, com os seguintes objetivos: identificar os problemas de saúde da mulher e dos membros da família; conhecer o uso dos serviços de saúde pela mulher chefe de família; avaliar as estratégias utilizadas para manutenção da sua saúde e do grupo familiar. Para buscar e atingir os objetivos utilizou-se a pesquisa qualitativa, de natureza compreensiva e explicativa, realizada com nove mulheres residentes na região central de Santos em 2008. Foram realizadas entrevistas semi-estruturadas com as mulheres. Apesar dos avanços em relação à política de saúde da mulher, estas ainda são expostas a riscos de adoecimento e até a morte por falta de acesso aos serviços de qualidade e informação adequada que tornem possível a manutenção de sua saúde e de sua família. A pesquisa revelou que as mulheres sobrevivem de trabalhos precários, sem garantias e sem registro em carteira. Assim uma enfermidade significa maiores dificuldades para buscar recursos e garantir sua subsistência e de seu grupo familiar. A saúde está imersa no cotidiano dessas mulheres muito mais como estratégia de sobrevivência do que como direito de cidadania, assegurado pela Constituição Federal.

Palavras-chave: mulheres chefes de família, saúde e estratégias de sobrevivência, vulnerabilidade social.

ABSTRACT

This study it searched to make an approach with the situation of health of women family heads, in the perspective of the health as a survival strategy, with the following objectives: to identify the problems of health of the woman and the members of the family; to know the use of the services of health for the woman family head; to evaluate the strategies used for maintenance of its health and the familiar group. To search and to reach the objectives it was used qualitative research, of comprehensive and explicativa nature, carried through with nine resident women in the central region of Saints in 2008. Interviews half-structuralized with the women had been carried through. Although the advances in relation to the politics of health of the woman, these still are displayed the risks of adoecimento and until the death due to access to the quality services and adequate information that become possible the maintenance of its health and its family. The research disclosed that the women survive of precarious works, without guarantees and register in wallet. Thus a disease means greaters difficulties to search resources and to guarantee its subsistence and of its familiar group. The health is immersed in the daily one of these women much more as strategy of survival of what as right of citizenship, assured for the Federal Constitution.

Word-key: women heads of family, health and strategies of survival, social vulnerability.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 01: População em situação de vulnerabilidade social em Santos, em comparação com o Estado de São Paulo.	39
Gráfico 02: Distribuição dos sujeitos por faixa etária.....	45
Gráfico 03: Estado civil.....	45
Gráfico 04: Escolaridade dos Sujeitos.....	46
Gráfico 05: Composição Familiar	46
Gráfico 06: Religião.....	47

LISTA DE TABELAS

Tabela 01: Índice Paulista de Vulnerabilidade Social.....	39
Tabela 02: Profissões e atividades.....	47

LISTA DE FIGURAS

Figura 01: Ruas do Centro de Santos e tipo de moradias (porões e cortiços)	14
Figura 03: Mapa da Vulnerabilidade Social	40
Figura 04: Porta de entrada do cortiço (porta azul) situado na Rua são Francisco nº. 399 onde residiam dois dos sujeitos	43
Figura 05: Área comum do cortiço da Rua São Francisco nº. 399: tanque coletivo ..	43
Figura 06: Quintal do mesmo cortiço, destacando-se, à esquerda, a moradia de um dos sujeitos	44

LISTA DE SIGLAS

AIH	Autorização de Internação Hospitalar
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
DST/AIDS	Doença Sexualmente Transmissível
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
INSS	Instituto Nacional de Seguridade Social
MAC	Métodos Anticoncepcionais
MDB	Movimento Democrático Brasileiro
NEPEC	Núcleo de Estudos e Pesquisas em Educação em Saúde Coletiva
NOB	Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAISM	Programa De Assistência Integral á Saúde da Mulher
PMDB	Partido do Movimento Democrático Brasileiro
PSF	Programa de Saúde da Família
PSMI	Programa de Saúde Materno-Infantil
PNDS	Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TRH	Terapia de Reposição Hormonal

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	12
CAPÍTULO 1 - SAÚDE DA MULHER E POLÍTICAS PÚBLICAS	16
1.1 - ANTECEDENTES.....	17
1.1.1 - Princípios e Ações do SUS (Sistema Único de Saúde):	18
1.1.2 - Legislação:.....	20
1.2 - EVOLUÇÃO DAS POLÍTICAS DE ATENÇÃO À SAÚDE DA MULHER:.....	21
1.2.1 - Saúde da mulher e o enfoque de gênero:.....	25
1.2.2 - A Assistência na anticoncepção:.....	27
1.2.3 - Saúde da mulher no climatério/menopausa:	28
1.2.4 - Saúde mental e gênero:.....	29
1.3 - SAÚDE E DOENÇA ENTRE MULHERES:.....	30
CAPÍTULO 2 – MULHERES CHEFES DE FAMÍLIA EM SITUAÇÃO DE VULNERABILIDADE SOCIAL	33
2.1 - MULHER E FAMÍLIA:	33
2.2 - MULHER CHEFE DE FAMÍLIA E VULNERABILIDADE SOCIAL	36
CAPÍTULO 3 – A PESQUISA.....	41
3.1 - PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	42
3.2 - PERFIL E CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS DA PESQUISA	45
3.2.1 - Perfil.....	45
3.2.2 - Caracterização dos sujeitos da pesquisa:.....	48
CAPÍTULO 4 - RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	52
4.1 - CONDIÇÃO FEMININA DE MULHERES CHEFES DE FAMÍLIA	52
4.2 - ESTRATÉGIAS DE SOBREVIVÊNCIA E VULNERABILIDADE SOCIAL.....	63
4.3 - SAÚDE DA MULHER E DE SUA FAMÍLIA.....	65
CONSIDERAÇÕES FINAIS	74
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	76
ANEXO 1 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	80

INTRODUÇÃO

Como aluna do Mestrado em Saúde Coletiva e integrante do NEPEC – Núcleo de Estudo e Pesquisas em Educação em Saúde Coletiva, optamos por desenvolver este estudo vinculado à pesquisa “Mulheres em Situação de Vulnerabilidade Social Residentes na Região Central da Cidade de Santos: emoções, estratégias de sobrevivência e repercussões na sua saúde e da família”, para compreender as condições de saúde da mulher e de seu grupo familiar. Neste estudo, as condições de saúde dessas mulheres chefes de família, a situação de vulnerabilidade social a que estão expostas tende a ser mais uma das estratégias de sobrevivência para a manutenção do seu grupo familiar.

De acordo com a Fundação SEADE (2004), a cidade de Santos possui uma população de aproximadamente 418.255 habitantes. Na região metropolitana da Baixada Santista, 218.981 pessoas vivem em extrema pobreza, expondo-as a vários riscos sociais. Em 2008, a Fundação SEADE aponta que, em Santos, 31.389 pessoas vivem em situação de “vulnerabilidade alta” e 21.378 atingem o mais alto grau de vulnerabilidade.

Esta população tem se instalado historicamente em favelas da periferia, nos porões insalubres localizados no centro da cidade, nos mangues e diques e em cortiços.

Problemas como carência alimentar, educação, promiscuidade e outros, constituem-se em agravos às condições de saúde.

A população que reside nos cortiços da região do centro de Santos situam-se em alto grau de vulnerabilidade à pobreza aumentando os riscos à saúde de crianças, adolescentes, adultos e idosos.

Segundo Koga (2003, p.19), a pobreza não se configura apenas pela ausência de renda, mas também por outras manifestações que se expressam nas condições de vida como: à exploração, abusos, aspectos psicossociais e culturais que impedem o desenvolvimento integral da família e de seus membros.

Nas famílias chefiadas por mulheres, observa-se, por um lado à baixa auto-estima, as frustrações, os medos e anseios e do outro, a coragem, a perseverança na luta pela sobrevivência no dia a dia, decorrentes da sobrecarga de papéis assumidos

pelas mulheres diante ás dificuldades sociais, econômicas e de violência vivida por elas.

Doenças crônico-degenerativas, doenças infecciosas, como a DST/AIDS, e distúrbios psíquicos, pioram as condições de vida dessas mulheres chefes de família e de sua família, uma vez que estes sérios problemas estão sempre em torno delas.

De acordo com Saba (1998, p15), o estresse, a falta de tempo, as exigências da vida em família, dentre outros fatores, modificam a vida das pessoas, incluindo as mulheres chefes de família em situação de vulnerabilidade social.

Fatores psicológicos e biológicos como: diminuição da ansiedade, aumento da auto-estima, melhora da consciência corporal, diminuição da pressão arterial, melhora da capacidade cardio-respiratória, aumento da expectativa de vida, entre outros, são componentes importantes para qualquer ser humano usufruir de boa qualidade de vida, inclusive para as mulheres provedoras de suas famílias.

De acordo com José (1994, pag 239) apud Barbanti (1990), “qualidade de vida é o sentimento positivo geral e entusiasmo pela vida, sem fadiga das atividades rotineiras. Ela está intimamente ligada ao padrão de vida”

A par da vulnerabilidade social a que estão expostas as mulheres chefes de família, possuem, também, alto grau de vulnerabilidade emocional, seja pelo abandono, seja pela violência e exploração, seja pela fragilidade das condições cotidianas na busca de estratégias para a sobrevivência de seu núcleo familiar.

Nesta perspectiva, “ter saúde” também representa uma estratégia de sobrevivência, embora diante das dificuldades cotidianas, a mulher, muitas vezes, negligencie sua saúde, a par da precariedade dos serviços públicos, único recurso a elas disponível.

As condições de moradia também das mulheres também interferem negativamente na relação saúde-doença.



Figura 01: Ruas do Centro de Santos e tipo de moradias (porões e cortiços)



Figura 02: Cenário onde residem mulheres pesquisadas

Neste cenário, residem as mulheres que foram os sujeitos desta pesquisa, únicas responsáveis pela manutenção de suas famílias e que trazem consigo histórias de abandono, de violência, desamor e de exclusão.

Assim, para compreender as condições de saúde de mulheres chefes de família em vulnerabilidade social, formulamos os seguintes objetivos:

- Identificar os problemas de saúde da mulheres e dos membros da família;
- Conhecer o uso dos serviços de saúde pela mulher chefe de família;
- Avaliar as estratégias utilizadas para manutenção da sua saúde e do grupo familiar.

CAPÍTULO 1 - SAÚDE DA MULHER E POLÍTICAS PÚBLICAS

Para avaliar como se processa a saúde da mulher na política pública, é importante que se faça um breve histórico dos antecedentes da política de saúde e da criação Sistema Único de Saúde no Brasil.

A Constituição Federal de 1988 representou um significativo avanço em relação aos direitos sociais, ao preconizar a saúde, a assistência social e a previdência social como o tripé da seguridade social, tornando-as políticas de Estado, assegurando a garantia de direitos para o exercício da cidadania.

O Título II que trata dos direitos e garantias fundamentais apresenta, no Capítulo II a sua definição:

Art.6º: São direitos sociais a educação, a saúde, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição. (Redação dada pela emenda Constitucional nº. 26 de 2000).

O direito à saúde está expresso na Constituição Federal, Título VIII, Capítulo II, Seção II:

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (1988)

Reconhecendo a atenção à saúde como um direito, a Constituição Federal buscou assegurar o acesso igualitário às ações (políticas e programas) e serviços de promoção, proteção e preservação da saúde.

Entretanto, para que os preceitos constitucionais fossem viabilizados,

[...] era necessária a implantação de uma estrutura de atenção que abrangesse todos os brasileiros e operasse dentro dos princípios de máxima equidade, alterando, conseqüentemente, as principais características do perfil de política de atenção à saúde. (SILVA, 2003, p. 72).

Assim, o Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecido pela Constituição Federal de 1998, conforme Elias (2004), torna-se a principal política pública para o setor de saúde.

Do Sistema Único de Saúde fazem parte os centros e postos de saúde, hospitais - incluindo os universitários, laboratórios, hemocentros (bancos de sangue), além de fundações e institutos de pesquisa, como a FIOCRUZ - Fundação Oswaldo Cruz e o Instituto Vital Brasil.

1.1 - ANTECEDENTES

Antes da criação do Sistema Único de Saúde (SUS), a atuação do Ministério da Saúde se resumia as atividades de promoção de saúde e prevenção de doenças (por exemplo, campanhas de vacinação), realizadas em caráter universal, e à assistência médico-hospitalar para poucas doenças; servia aos *indigentes*, ou seja, a quem não tinha acesso ao atendimento pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS).

O INAMPS foi criado em 1974 pelo desmembramento do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), que hoje é o Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS). Era uma autarquia filiada ao Ministério da Previdência e Assistência Social (hoje Ministério da Previdência Social), e tinha como objetivo prestar atendimento médico aos empregados de carteira assinada, ou seja, os que contribuíam compulsoriamente para a previdência social. A maior parte do atendimento era realizado pela iniciativa privada, mas o INAMPS possuía estabelecimentos próprios; os convênios estabeleciam a remuneração por procedimento, sendo assim privilegiavam cuidar da doença e não da saúde.

No início da década de 70 surgiu o movimento da Reforma Sanitária como forma de oposição técnica e política ao regime militar, sendo apoiado por outros setores da sociedade e pelo partido de oposição da época — o Movimento Democrático Brasileiro (MDB), atual Partido do Movimento Democrático Brasileiro (PMDB).

Com o fim do milagre econômico, ocorreu uma crise do financiamento da previdência social, aproximadamente na década de 70, com repercussões no INAMPS. Em 1979 o General João Baptista Figueiredo assumiu a presidência com a promessa de abertura política, e de fato a Comissão de Saúde da Câmara dos Deputados promoveu, no período de 9 a 11 de outubro de 1979, o I Simpósio sobre

Política Nacional de Saúde, que contou com participação de muitos dos integrantes do movimento e chegou a conclusões altamente favoráveis ao mesmo.

Ao longo da década de 80 o INAMPS passaria por sucessivas mudanças com universalização progressiva do atendimento já numa transição com o SUS.

A 8ª Conferência Nacional de Saúde foi um marco na história da constituição do SUS por vários motivos. Foi aberta em 17 de março de 1986 por José Sarney, o primeiro presidente civil após a ditadura, e foi a primeira CNS a ser aberta à sociedade; além disso, foi importante na propagação do movimento da Reforma Sanitária. A 8ª CNS resultou na implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), um convênio entre o INAMPS e os governos estaduais, mas o mais importante foi ter formado as bases para a seção "Da Saúde" da Constituição Brasileira de 5 de outubro de 1988.

A implantação do SUS foi realizada de forma gradual: primeiro veio o SUDS; depois, a incorporação do INAMPS ao Ministério da Saúde (Decreto nº 99.060, de 7 de março de 1990); e por fim a Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990) fundou o SUS. Em poucos meses foi lançada a Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que imprimiu ao SUS uma de suas principais características: o controle social, ou seja, a participação dos usuários (população) na gestão do serviço. O INAMPS só foi extinto em 27 de julho de 1993 pela Lei nº 8.689.

1.1.1 - Princípios e Ações do SUS (Sistema Único de Saúde):

O Sistema Único de Saúde teve seus princípios estabelecidos na Lei Orgânica de Saúde, em 1990, com base no artigo 196 da Constituição Federal de 1988. Os princípios da universalidade, integralidade e da equidade são às vezes chamados de princípios ideológicos ou doutrinários, e os princípios da descentralização, da regionalização e da hierarquização de princípios organizacionais, mas não está claro qual seria a classificação do princípio da participação popular.

O SUS existe em três níveis, também chamados de esferas: nacional, estadual e municipal, cada uma com comando único e atribuições próprias. Os municípios têm assumido papel cada vez mais importante na prestação e no gerenciamento dos serviços de saúde; as transferências passaram a ser "fundo-a-fundo", ou seja, baseadas em sua população e no tipo de serviço oferecido, e não no número de atendimentos.

Hierarquização e regionalização:

Os serviços de saúde são divididos em níveis de complexidade; o nível primário deve ser oferecido diretamente à população, enquanto os outros devem ser utilizados apenas quando necessário. Quanto mais bem estruturado for o fluxo de referência e contra-referência entre os serviços de saúde, melhor a eficiência e eficácia dos mesmos. Cada serviço de saúde tem uma área de abrangência, ou seja, é responsável pela saúde de uma parte da população. Os serviços de maior complexidade são menos numerosos e por isso mesmo sua área de abrangência é mais ampla.

A Lei Orgânica da Saúde (Lei nº. 8.080/90) estabelece ainda os seguintes princípios:

- Preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;
 - Direito a informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;
 - Divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e sua utilização pelo usuário;
 - Utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;
 - Integração, em nível executivo, das ações de saúde, meio-ambiente e saneamento básico;
 - Conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, na prestação de serviços de assistência à saúde da população;
 - Capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; e
 - Organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos.
- Ações:
 - Assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica;
 - Controle e fiscalização de alimentos, água e bebidas para o consumo humano;
 - Orientação familiar;
 - Participação na área de saneamento;
 - Participação na preparação de recursos humanos;
 - Saúde do trabalhador
 - Vigilância epidemiológica;
 - Vigilância nutricional;
 - Vigilância sanitária.

Silva (2003) refere que existem três questões de ordem estrutural que devem ser consideradas. A primeira diz respeito às mudanças demográficas da população, notadamente o envelhecimento da mesma, o que determinaria um aumento de demanda de serviços de maior complexidade. A segunda diz respeito às dificuldades de financiamento, corte e redução da capacidade estatal de intervir no setor saúde. Para o autor,

A terceira decorre das significativas alterações nas tecnologias disponíveis na área de cuidados médicos (processos, equipamentos e fármacos), alterando o perfil de provisão dos serviços (oferta) com impactos fortes na criação de novas demandas e novas necessidades de financiamento. Nesse sentido, as expectativas dos usuários crescem, convergindo para a exigência de novos padrões de atendimento. (SILVA, 2003, p. 70).

Ainda pode-se destacar a heterogeneidade de gastos, prejudicando os Estados e os municípios, que têm orçamentos mais generosos, pela migração de doentes de locais onde os orçamentos são mais restritos. Assim, em 1993 o deputado federal Eduardo Jorge apresentou uma Emenda Constitucional visando garantir financiamento maior e mais estável para o SUS, semelhante foi ao que a educação já tem há alguns anos. Proposta semelhante foi apresentada no legislativo de São Paulo pelo deputado estadual Roberto Gouveia(Pec 13/96).

Entretanto, a par dos problemas enfrentados, o SUS

[...] vem se mantendo como um projeto que busca avançar na construção de um sistema universal de saúde na periferia do capitalismo, num país continental populoso e marcado por enorme desigualdade social, caso raro ou talvez único entre as nações. No entanto, as possibilidades para a saúde no futuro mais imediato encontram-se inexoravelmente atreladas ao êxito do Estado na formulação de políticas públicas voltadas ao enfrentamento da exclusão social, de longe a maior mazela brasileira. (ELIAS, 2004, p.46).

1.1.2 - Legislação:

- Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 — Lei Orgânica da Saúde.
- Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990 — Dispõe sobre a participação da comunidade e transferências intergovernamentais.
- Lei nº 8.689, de 27 de julho de 1993 — Extingue o INAMPS (Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social).

- Decreto nº 1.232, de 30 de agosto de 1994 — Regulamenta o repasse fundo a fundo.
- Portaria GM/MS nº 2.203, de 5 de novembro de 1996 — Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde (NOB; disponível em PDF).
- Portaria GM/MS nº 1.886, de 18 de dezembro de 1997 — Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e Programa de Saúde da Família (PSF).
- Portaria GM/MS nº 3.916, de 30 de outubro de 1998 — Política Nacional de Medicamentos.
- Portaria GM/MS nº 3.925, de 13 de novembro de 1998 — Manual para a Organização da Atenção Básica no Sistema Único de Saúde.
- Lei nº 9.782, de 26 de Janeiro de 1999 — Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA).
- Lei nº 9.787, de 10 de fevereiro de 1999 — Medicamento genérico.
- Lei nº 9.961, de 28 de Janeiro de 2000 — Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).
- Portaria GM/MS n.º 95, de 26 de janeiro de 2001 — Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS-SUS 2001; disponível em PDF).
- Portaria GM/MS n.º 17, de 5 de janeiro de 2001 (republicada em 16 de fevereiro) — Cadastro Nacional de Usuários do Sistema Único de Saúde (em PDF).
- Portaria GM/MS nº 373, de 26 de fevereiro de 2002 — Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS-SUS 2002; disponível em PDF).

1.2 - EVOLUÇÃO DAS POLÍTICAS DE ATENÇÃO À SAÚDE DA MULHER:

No Brasil, a saúde da mulher foi incorporada às políticas nacionais de saúde nas primeiras décadas do século XX, sendo limitada, nesse período, às demandas relativas à gravidez e ao parto. 1920 foi o marco no Brasil da proteção da saúde materno-infantil, tendo como referência a reforma sanitária Carlos Chagas. Em 1953 o Ministério da Saúde coordenou, no território nacional, a assistência materno-infantil. Os programas materno-infantis, elaborados nas décadas de 30, 50 e 70, traduziam uma visão restrita sobre a mulher, baseada em sua especificidade biológica e no seu papel social de mãe e doméstica, responsável pela criação, pela educação e pelo cuidado com a saúde dos filhos e demais familiares. (COSTA, 1999, p.12).

Esses programas preconizavam as ações materno-infantis como estratégia de proteção aos grupos de risco e em situação de maior vulnerabilidade, como era o caso das crianças e gestantes. Outra característica desses programas era a verticalidade e a falta de integração com outros programas e ações propostos pelo governo federal. As metas eram definidas pelo nível central, sem qualquer avaliação das necessidades de saúde das populações locais. Um dos resultados dessa prática é a fragmentação da assistência (Costa, 1999, p.16), e o baixo impacto nos indicadores de saúde da mulher.

Por meio do documento Diretrizes Gerais da Política Nacional de Saúde Materno-Infantil, na década de 1970 que estabelecia programas de assistência ao parto, ao puerpério, à gravidez de alto risco, ao controle das crianças de 0 a 4 anos de idade, estímulo ao aleitamento materno e à nutrição, a atenção à saúde da mulher é retomada. Em 1975, surge o Programa de Saúde Materno-Infantil (PSMI) tendo como diretrizes a nutrição do grupo infantil em relação às mulheres; o alvo eram as gestantes, parturientes, puérperas e as mulheres em idade fértil. O Ministério da Saúde, em 1978, cria o Programa de Prevenção da Gravidez de Alto Risco, preocupado em prevenir as gestações de alto risco (NAGAHAMA, SANTIAGO, 2005).

No âmbito do movimento feminista brasileiro, esses programas foram vigorosamente criticados pela perspectiva reducionista com que tratavam a mulher, que tinha acesso a alguns cuidados de saúde no ciclo gravídico-puerperal, ficando sem assistência na maior parte de sua vida. Com forte atuação no campo da saúde, o movimento de mulheres contribuiu para introduzir na agenda política nacional, questões, até então, relegadas ao segundo plano, por serem consideradas restritas ao espaço e às relações privadas. Naquele momento tratava-se de revelar as desigualdades nas condições de vida e nas relações entre os homens e as mulheres, os problemas associados à sexualidade e à reprodução, as dificuldades relacionadas à anticoncepção e à prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e a sobrecarga de trabalho das mulheres, responsáveis pelo trabalho doméstico e de criação dos filhos (ÁVILA, BANDLER, 1991).

Com base naqueles argumentos, foi proposto que a perspectiva de mudança das relações sociais entre homens e mulheres prestasse suporte à elaboração, execução e avaliação das políticas de saúde da mulher. Portanto, as mulheres organizadas reivindicaram sua condição de sujeitos de direito, com necessidades

que vão além do momento da gestação e parto, demandando ações que lhes proporcionassem a melhoria das condições de saúde em todos os ciclos de vida. Ações que contemplassem as particularidades dos diferentes grupos populacionais, e as condições sociais, econômicas, culturais e afetivas, em que estivessem inseridos.

Em 1984, o Ministério da Saúde elaborou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), marcando, sobretudo, uma ruptura conceitual com os princípios norteadores da política de saúde das mulheres e os critérios para eleição de prioridades neste campo (BRASIL, 1984). O PAISM incorporou como princípios e diretrizes as propostas de descentralização, hierarquização e regionalização dos serviços, bem como a integralidade e a equidade da atenção, num período em que, paralelamente, no âmbito do Movimento Sanitário, se concebia o arcabouço conceitual que embasaria a formulação do Sistema Único de Saúde (SUS).

O objetivo do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) era incluir a assistência à mulher desde a adolescência até a terceira idade, comprometendo-se com o direito das mulheres, oferecendo a opção de exercerem a maternidade ou não, tentando abranger a mulher em todo o ciclo vital (NAGANHAMA; SANTIAGO, 2005).

O processo de implantação e implementação do PAISM apresentou especificidades no período de 84 a 89 e na década de 90, sendo influenciado, a partir da constituição do SUS, pelas características da nova política de saúde, pelo processo de municipalização e principalmente pela reorganização da atenção básica, por meio da estratégia do Programa Saúde da Família.

Embora não se tenha um panorama abrangente da situação em todos os municípios, pode-se afirmar que a maioria enfrenta ainda dificuldades políticas, técnicas e administrativas, havendo assim dificuldades na implantação dessas ações.

Visando ao enfrentamento desses problemas, o Ministério da Saúde editou a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS 2001), que “amplia as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica, define o processo de regionalização da assistência, cria mecanismos para fortalecimento da gestão do SUS e atualiza os critérios de habilitação para os estados e municípios” (BRASIL, 2001).

Segundo COELHO (2003), na área da saúde da mulher, a NOAS estabelece para os municípios a garantia das ações básicas mínimas de pré-natal e puerpério, planejamento familiar e prevenção do câncer de colo uterino e, para garantir o acesso às ações de maior complexidade, prevê a conformação de sistemas funcionais e resolutivos de assistência à saúde, por meio da organização dos territórios estaduais.

A delimitação das ações básicas mínimas para o âmbito municipal é resultante do reconhecimento das dificuldades para consolidação do SUS, e das lacunas que ainda existem na atenção à saúde da população. Porém, essa proposta não abrange todo o conjunto de ações previstas nos documentos que norteiam a Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher, que passa a contemplar, a partir de 2003, a atenção a segmentos da população feminina e a problemas emergentes que afetam a saúde da mulher (BRASIL, 2003 d).

A saúde da mulher passa a ser considerada uma prioridade ao governo observando-se mudanças a partir de 1998, visto que o nível federal de administração também apresentou, na última década, dificuldades e descontinuidade no processo de assessoria e apoio para implementação do PAISM.

O balanço institucional das ações realizadas no período de 1998 a 2002, elaborado por Correa e Piola (2000), indica que, nesse período, trabalhou-se na perspectiva de resolução de problemas, priorizando-se a saúde reprodutiva e, em particular, as ações para redução da mortalidade materna (pré-natal, assistência ao parto e anticoncepção). Ainda segundo os autores, (2002), embora se tenha mantido como imagem-objetivo a atenção integral à saúde da mulher, essa definição de prioridades dificultou a atuação sobre outras áreas estratégicas do ponto de vista da agenda ampla de saúde da mulher.

Essa perspectiva de atuação também comprometeu a transversalidade de gênero e raça, apesar de se perceber um avanço no sentido da integralidade e uma ruptura com as ações verticalizadas do passado.

Ainda nesse balanço são apontadas várias lacunas, que até hoje observamos com a demora desses atendimentos, como atenção ao climatério/menopausa; queixas ginecológicas; infertilidade e reprodução assistida; saúde da mulher na adolescência; doenças crônico-degenerativas; saúde ocupacional; saúde mental; doenças infecto-contagiosas e a inclusão da perspectiva de gênero e raça nas ações a serem desenvolvidas.

Dados estatísticos mostram que as mulheres são as principais usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS). Utilizam os serviços para si próprias e, sobretudo, acompanhando outros familiares, crianças, vizinhos, idosos, amigos e pessoas da comunidade.

O meio ambiente, o lazer, a alimentação, as condições de trabalho, moradia e renda, modificam a situação de saúde das mulheres. Os agravantes desses problemas são a discriminação nas relações de trabalho e as responsabilidades domésticas. Além de outras variáveis como etnia, raça, situação de pobreza e desigualdades. Mesmo assim as mulheres vivem mais que os homens, mas adoecem com maior frequência.

1.2.1 - Saúde da mulher e o enfoque de gênero:

O corpo da mulher tem sido visto de maneira preponderante em relação à função reprodutiva e a maternidade passa a ser seu principal adjetivo. Nesse caso estão excluídos os direitos sexuais e as questões de gênero (COELHO, 2003).

A saúde reprodutiva¹ foi definida em 1994 na Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, como um estado de completo bem-estar físico, mental e social, em todas as matérias referentes a funções e processos e não apenas na mera ausência de doença ou enfermidade.

“A saúde reprodutiva implica, por conseguinte, que a pessoa possa ter uma vida sexual segura e satisfatória, tendo a capacidade de reproduzir e a liberdade de decidir sobre quando e quantas vezes devem fazê-lo” (CIPD, 1994). Nessa definição, toma-se como referência o conceito de saúde da Organização Mundial da Saúde (OMS), e são incorporadas dimensões da sexualidade e da reprodução humana numa perspectiva de direitos.

De acordo com Laurell (1982), o perfil de saúde e doença varia no tempo e no espaço, de acordo com o grau de desenvolvimentos econômico, social e humano de cada região. Portanto saúde e doença estão inter-relacionadas, cujos determinantes são os fatores sociais, econômicos, culturais e históricos. As desigualdades sociais, econômicas e culturais se revelam no processo de adoecer e morrer das populações e de cada pessoa em particular, de maneira diferenciada.

¹ Em relação à saúde reprodutiva, seria necessário discorrer sobre a evolução dos chamados direitos sexuais e reprodutivos e a trajetória das conferências internacionais sobre o tema. Entretanto, como não é o foco deste estudo, limitamo-nos a fazer referência sem o intuito de aprofundar o assunto.

De acordo a OMS (2002), sobre a situação da População Mundial o número de mulheres que vivem em situação de pobreza é maior que a dos homens, e segundo os indicadores de saúde, as populações expostas a precárias condições de vida estão mais vulneráveis e vivem menos. Além das mulheres trabalharem mais horas que os homens e metade do seu tempo é gasto em atividades não remuneradas, diminuindo o seu acesso aos bens sociais, inclusive aos serviços de saúde.

Segundo Araújo (1988), as históricas desigualdades de poder entre homens e mulheres implicam num forte impacto nas condições de saúde destas últimas, sendo as questões de gênero determinantes na formulação das políticas públicas de saúde.

O gênero, como elemento constitutivo das relações sociais entre homens e mulheres, é uma construção social e histórica. É construído e alimentado com base em símbolos, normas e instituições que definem modelos de masculinidade e feminilidade e padrões de comportamento aceitáveis ou não para homens e mulheres. O gênero delimita campos de atuação para cada sexo, dá suporte à elaboração de leis e suas formas de aplicação. Também está incluída no gênero a subjetividade de cada sujeito, sendo única sua forma de reagir ao que lhe é oferecido em sociedade.

Assim SCOTT (1989), refere que gênero é uma forma de significação de poder. Gênero se refere ao conjunto de relações, atributos, papéis, crenças e atitudes que definem o que significa ser homem ou ser mulher. Na maioria das sociedades, as relações de gênero são desiguais.

Os desequilíbrios de gênero se refletem nas leis, políticas e práticas sociais, assim como nas identidades, atitudes e comportamentos das pessoas. As desigualdades de gênero tendem a aprofundar outras desigualdades sociais e a discriminação de classe, raça, casta, idade, orientação sexual, etnia, deficiência, língua ou religião, dentre outras (HERA, 1995).

Da mesma maneira que diferentes populações estão expostas a variados tipos e graus de risco, mulheres e homens, em função da organização social das relações de gênero, também estão expostos a padrões distintos de sofrimento, adoecimento e morte. Sendo assim a incorporação da perspectiva de gênero na análise do perfil epidemiológico e no planejamento de ações de saúde, que tenham como objetivo promover a melhoria das condições de vida, a igualdade e os direitos de cidadania da mulher, é imprescindível.

Fonseca (2005) refere que, no caso das mulheres, a despeito das mudanças sociais e econômicas, nos relacionamentos, na vida cotidiana e nas percepções simbólicas do século 20 conseqüentes à "*revolução feminina*", é amplamente reconhecido que ocupam um lugar de subalternidade social. Para a autora, esta condição também se reflete nas condições de adoecer e morrer, tanto quanto no consumo dos serviços de saúde e nas condições de vida que determinam os agravos.

As agências internacionais (OMS, OPS), tanto quanto as nacionais (Ministério, Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde) vêm reconhecendo as condições de iniquidade em que vivem as mulheres, como base do seu processo saúde-doença, passando a incluir gênero na formulação das políticas sociais. (FONSECA, 2005).

1.2.2 - A Assistência na anticoncepção:

A laqueadura tubária e a pílula anticoncepcional (40% e 21%, respectivamente), foram os métodos contraceptivos mais significativos. A prevalência da ligadura tubária é maior nas regiões onde as mulheres têm menor escolaridade e condições socioeconômicas mais precárias (PNDS, 1996).

Apesar de estar definido na NOAS-SUS (2001) que as ações do planejamento familiar fazem parte da atenção básica e que estão entre as responsabilidades mínimas da gestão municipal em relação à saúde da mulher, muitos municípios não têm conseguido implantar estratégias adequadas de fornecimento de anticoncepcionais para a população, a introdução do enfoque educativo e aconselhamento visando à escolha livre e informada, assim como garantir o acompanhamento das usuárias. Identificam-se ainda problemas na produção, controle de qualidade, aquisição e logística de distribuição dos insumos, manutenção da continuidade da oferta de métodos anticoncepcionais e capacitação de gestores, de gerentes e de profissionais de saúde. Isso tem resultado numa atenção precária e excludente, ou até inexistente em algumas localidades, com maior prejuízo para as mulheres oriundas das camadas mais pobres e das áreas rurais.

1.2.3 - Saúde da mulher no climatério/menopausa:

O climatério/menopausa é uma fase da vida da mulher. A maioria das mulheres passa por ela sem apresentar queixas e sem necessitar de medicamentos. Outras apresentam sintomas de intensidade variável e que são, geralmente, transitórios. Entre os sintomas que podem ocorrer no climatério/menopausa, alguns são devido ao brusco desequilíbrio entre os hormônios e outros estão ligados ao estado geral da mulher e ao estilo de vida adotado até então.

Existe na nossa sociedade uma discriminação sistemática contra as pessoas por sua idade cronológica. No caso das mulheres, essa discriminação é mais evidente e acontece não só em relação ao corpo físico, alimentada pela supervalorização da maternidade em relação a outras capacidades e pelo mito da eterna juventude, como a outros aspectos da vida.

Na nossa sociedade, juventude e beleza estão relacionadas ao sucesso e, entrar na “meia idade” pode trazer, para muitas mulheres, a impressão de que “tudo acabou”. Nessa época da vida, também pode ocorrer a aposentadoria, separação do casal ou morte do (a) companheiro (a) e a saída dos filhos de casa, que contribuem para a sensação do “ninho vazio”. A menopausa, no entanto, significa apenas o fim do período de fecundidade. Não é o final da vida nem da capacidade produtiva, e tampouco o fim da sexualidade.

Considerando que a expectativa de vida para as mulheres brasileiras é de 72,4 anos, segundo o IBGE, e que a menopausa, no geral, ocorre em torno dos 45-50 anos, ainda restam às mulheres muitos anos de vida após a menopausa. E esses anos podem e devem ser vividos de forma saudável, plena, ativa e produtiva. O aumento da expectativa de vida e seu impacto sobre a saúde da população feminina tornam imperiosa a necessidade da adoção de medidas visando à obtenção de melhor qualidade de vida durante e após o climatério. Nesse sentido, o combate ao sedentarismo ocupa lugar de destaque por ser um fator facilitador de doenças crônico-degenerativas, de elevada morbiletalidade.

O abuso no uso de estrógenos para os sintomas do climatério/menopausa acarreta sérios problemas para a saúde, e as mulheres devem ser corretamente informadas para que possam decidir pela adoção ou não da terapia de reposição hormonal. Por falta de consenso na literatura sobre a terapia de reposição hormonal (TRH), recomenda-se que alguns cuidados sejam observados na prescrição desses medicamentos, mesmo nas mulheres consideradas saudáveis: limitar o uso de

hormônios àquelas mulheres que apresentam sintomas resistentes a tratamentos mais inofensivos; realizar exame das mamas e região pélvica antes e durante de qualquer tratamento hormonal; não adotar a TRH para mulheres que tenham tendência a problemas de coagulação, trombose, hipertensão arterial, doenças do coração e taxas elevadas de colesterol. Não se recomenda também a TRH por um longo período, para prevenir o envelhecimento, como é prescrita comumente no nosso meio. O climatério/menopausa é uma fase de mudanças, transformação e adaptação, como a adolescência. Ela não ocorre sem questionamentos e coincide com outras mudanças na vida da mulher. A quantidade e a intensidade dos sintomas estão, também, relacionadas com a qualidade da vida pessoal, afetiva, profissional e com a existência ou não de projetos e sonhos para o futuro.

1.2.4 - Saúde mental e gênero:

A saúde mental das mulheres sob o enfoque de gênero nasce da compreensão de que as mulheres sofrem duplamente com as conseqüências dos transtornos mentais, dadas as condições sociais, culturais e econômicas em que vivem principalmente as mulheres chefes de família. Condições estas que são reforçadas pela desigualdade de gênero tão arraigada na sociedade brasileira, que atribui à mulher uma postura de subalternidade em relação aos homens. Outros aspectos agravam a situação de desigualdade das mulheres na sociedade: classe social, raça, etnia, idade e orientação sexual, situações que limitam o desenvolvimento e comprometem a saúde mental de milhões de mulheres.

A freqüência de transtornos mentais também pode estar relacionada ao conjunto de profundas alterações enfrentadas pelas mulheres no século XX. As manifestações de doença, principalmente o possível aumento da prevalência do alcoolismo, podem estar a confirmar o aumento das tensões psicossociais e as cargas de trabalho que incidem sobre as mulheres.

Conforme refere (GASTAL et al, 2006), as pressões econômicas e sociais têm levado, cada vez mais, um maior número de mulheres a ingressarem no mercado informal de trabalho, o que representa uma oportunidade limitada e não reconhecida do uso de suas capacidades. A incerteza sobre a sua situação de trabalho, como conseqüência da informalidade, da percepção de injustiça e discriminação e das menores oportunidades em relação às dos homens de uma inserção formal, pode

estar negativamente associada ao bem-estar psicológico feminino.

Pensar em gênero e saúde mental não é apenas pensar no sofrimento causado pelos transtornos mentais que acometem as mulheres, ou então nas tendências individuais que algumas mulheres apresentam em desencadear crises e depressões, mas também pensar na promoção da saúde, para que estes tipos de doenças não acometam essas mulheres.

Para que os profissionais de saúde possam compreender as reais necessidades das mulheres que buscam um atendimento em serviço de saúde mental, é necessário que se dê um processo de incorporação, à prática das ações de saúde, da perspectiva de que a saúde mental das mulheres é, em parte, determinada por questões de gênero, somadas às condições socioeconômicas e culturais. Dentro dessa realidade, o SUS poderá propiciar um atendimento que reconheça, dentre os direitos humanos das mulheres, o direito a um atendimento realmente integral a sua saúde.

1.3 - SAÚDE E DOENÇA ENTRE MULHERES:

Os indicadores epidemiológicos do Brasil mostram uma realidade na qual convivem doenças dos países desenvolvidos (cardiovasculares e crônico-degenerativas) com aquelas típicas do mundo subdesenvolvido (mortalidade materna e desnutrição). Os padrões de morbimortalidade encontrados nas mulheres revelam também essa mistura de doenças, que seguem as diferenças de desenvolvimento regional e de classe social.

No Brasil, as principais causas de morte da população feminina são as doenças cardiovasculares, destacando-se o infarto agudo do miocárdio e o acidente vascular cerebral; as neoplasias, principalmente o câncer de mama, de pulmão e o de colo do útero; as doenças do aparelho respiratório, marcadamente as pneumonias (que podem estar encobrendo casos de Aids não diagnosticados); doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas, com destaque para o diabetes; e as causas externas (BRASIL, 2000).

Segundo Laurenti (2002), em pesquisa realizada nas capitais brasileiras e no Distrito Federal, analisando óbitos em mulheres de 10 a 49 anos (ou seja, mulheres em idade fértil), as dez primeiras causas de morte encontradas foram as seguintes, em ordem decrescente: acidente vascular cerebral, Aids, homicídios, câncer de mama,

acidente de transporte, neoplasia de órgãos digestivos, doença hipertensiva, doença isquêmica do coração, diabetes e câncer de colo do útero. A mortalidade associada ao ciclo gravídico-puerperal e ao aborto não aparece entre as dez primeiras causas de óbito nessa faixa etária.

Segundo dados da BEMFAM, 2009, As Clínicas BEMFAM prestam atendimento médico e oferecem acesso a métodos anticoncepcionais modernos, regulamentados pelo Ministério da Saúde; diagnóstico e tratamento de patologias ginecológicas; saúde do homem; prevenção, diagnóstico e tratamento de doenças sexualmente transmissíveis; prevenção de HIV/Aids; orientação a casais com problemas de infertilidade; prevenção do câncer, em especial o cérvico-uterino; acompanhamento pré-natal; aconselhamentos individuais e atividades educativas para grupos de mulheres, homens, adolescentes e jovens. Em 2008, foram mais de 45.000 serviços disponibilizados, sendo 32% em anticoncepção.

A BEMFAM colabora também com o governo brasileiro na prevenção do câncer de colo uterino, oferecendo serviços laboratoriais de citopatologia de alta qualidade, contando com equipamentos de última geração e profissionais especializados que atuam segundo as normas do Ministério da Saúde. O Laboratório de Citopatologia está localizado em Fortaleza (CE) e realizou, no ano de 2008, cerca de 25.000 exames citopatológicos.

Já a alta incidência de sífilis congênita, estimada em 12 casos/1.000 nascidos vivos, no SUS (PN-DST/AIDS, 2002), pelo fato da hipertensão arterial ser a causa mais freqüente de morte materna no Brasil, e também porque apenas 41,01% das gestantes inscritas no Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN) receberam a 2.a dose ou a dose de reforço ou a dose imunizante da vacina anti-tetânica, segundo o sistema de informação do Programa, evidenciam a precariedade da assistência, apesar do número de consultas de pré-natal ter aumentado (BRASIL, 2002).

Os indicadores do Sisprenatal (2002) demonstram que somente 4,07% das gestantes inscritas no PHPN realizaram o elenco mínimo de ações preconizadas pelo Programa (BRASIL, 2001) e que somente 9,43% realizaram as seis consultas de pré-natal e a consulta de puerpério.

Os dados também evidenciam que a atenção no puerpério não está consolidada nos serviços de saúde. A grande maioria das mulheres retorna ao serviço de saúde no primeiro mês após o parto. Entretanto, a avaliação e vacinação do recém-nascido é

a principal preocupação, assim como a dos profissionais de saúde. Este aspecto pode indicar que as mulheres não recebem informações suficientes para compreenderem a importância da consulta puerperal. A atenção ao parto e nascimento é marcada pela intensa medicalização, pelas intervenções desnecessárias e potencialmente iatrogênicas e pela prática da cesariana. Ocorre ainda o isolamento da gestante de seus familiares, a falta de privacidade e o desrespeito à sua autonomia. Tudo isso contribui para o aumento dos riscos maternos e perinatais. (BRASIL, 2001).

Por outro lado, a precariedade da situação social das mulheres que tem apresentado menores oportunidades em termos de educação, de situações de trabalho instáveis e com menor remuneração, de níveis inferiores de saúde e bem-estar, de reduzida participação nas decisões sugerem que, em relação às políticas de saúde para mulheres, as conquistas são pouco expressivas, não redundando em mudanças efetivas dos perfis epidemiológicos, principalmente as que atingem os grupos sociais desprivilegiados.

CAPÍTULO 2 – MULHERES CHEFES DE FAMÍLIA EM SITUAÇÃO DE VULNERABILIDADE SOCIAL

2.1 - MULHER E FAMÍLIA:

O termo "família" provém do latim *famulus*, "criado" ou "servidor". Inicialmente, a palavra designava o conjunto de empregados de um senhor. Este termo foi criado na Roma Antiga para designar um novo grupo social que surgiu entre as tribos latinas, só mais tarde passou a empregar-se para denominar o grupo de pessoas que, unidas por laços de sangue que viviam na mesma casa e estavam submetidas à autoridade de um chefe comum.

Os primeiros colonizadores do Brasil trouxeram de Portugal o modelo de família patriarcal, que foi ajustado ao modelo sócio econômico em vigor no país. Os colonos que durante os três primeiros séculos de colonização dominaram e acumularam riquezas, tinham o apoio de Portugal e plena autonomia em estabelecer uma ordem econômica e social de acordo com seus interesses, desde que não interferisse nos interesses da coroa portuguesa.

A família patriarcal, (Patriarcado e sistema patriarcal), referi-se ao tipo de família em que o pai ou um herdeiro masculino de sua escolha exercia o domínio da família, era a figura central da sociedade colonial, e como o senhor absoluto de sua propriedade mantinha todo o poder sob seus filhos, sua mulher, agregados, parentes e escravos e responsável pela manutenção do engenho. Além dos limites das propriedades existiam ainda os que viviam sob a influência do núcleo central, por razões econômicas, políticas ou laços de compadrios, os trabalhadores livres e imigrantes que projetam em alguns níveis os mesmos tipos de laços de dependência e solidariedade.

O poder do chefe de família patriarcal era medido pelo número de pessoas que mantinha sob seu comando. Este modelo familiar foi absorvido por outras famílias não proprietárias, das camadas intermediárias e o restante da população da época. A mulher anteriormente tutelada pelo pai passava a ser tutelada pelo marido após o casamento e cabia a ela a submissão ao marido e o cuidado com o lar e dos filhos.

A sociedade patriarcal, que condenava a mulher a um papel submisso, é percebida ainda hoje no machismo que ainda resiste em uma parcela da sociedade, restringindo-as ao lar e à educação dos filhos.

O modelo de família burguesa denominada “Família Nuclear” foi reduzida a pai, mãe e filhos, organizada na divisão de papéis dentro do espaço familiar. Hierarquicamente, o pai responsável pelo sustento da família, a esposa pela educação dos filhos e da casa, aos filhos cabia obedecer aos pais. Novos padrões de educação, aspectos emocionais, valorização do casamento e a separação da vida privada da pública compunham o novo modelo familiar. O casamento, definido como uma união formalizada entre um homem e uma mulher, que tem como objetivo final construir uma família, a partir de uma comunhão de bens e da vida conjugal.

Segundo Pôster (1979, p.49), “a domesticidade, o amor romântico e o amor materno tornaram-se as pedras angulares da família nuclear”.

A maioria das mulheres da elite burguesa não sabia ler, nem escrever, e viviam trancafiadas em suas casas, quando casadas grandes eram a quantidades de filhos e muitas morriam cedo, quase sempre devido às complicações de parto. Os pais sejam ricos ou pobres ainda eram eles que acertavam os casamentos. As alianças políticas e os interesses patrimoniais ainda vigoravam na época. Mais já mantinham um maior carinho pelos filhos, enquanto pequenos. O respeito à figura paterna ainda era muito conservado, porém se os filhos adultos ousassem desobedecer, eles não hesitavam em puni-los caso não aceitassem a subordinação, as conseqüências eram graves matavam ou enviavam suas filhas insubmissas para conventos.

As mulheres pobres trabalhavam para o sustento da família, nas mais diversas atividades que variavam de lavadeiras a roceiras e algumas em função da miséria ou de dramas pessoais caíam na prostituição.

A família nuclear compreendida como, relação mutua entre pai e mãe e filhos unidos pelo amor, trabalho, respeito e divisão de tarefas, ainda enraizada predomina o imaginário coletivo. No entanto são expectativas e possibilidades, e não garantias.

As famílias como agregações sociais, ao longo dos tempos, assumem ou renunciam funções de proteção, afeto cuidado e socialização dos seus membros, como resposta às necessidades da sociedade pertencente seja interna ou externa.

Nesta perspectiva, as funções da família regem-se por dois objetivos, sendo um de nível interno, construção da identidade e da subjetividade dos membros, e o outro de

nível externo, transmissão da cultura, hábitos, costumes e formação de valores éticos e morais.

A família deve então, responder às mudanças externas e internas de modo a atender às novas circunstâncias sem, no entanto, perder a continuidade, proporcionando sempre um esquema de referência para os seus membros (MINUCHIN, 1990). Existe conseqüentemente, uma dupla responsabilidade, isto é, a de dar resposta às necessidades quer dos seus membros, quer da sociedade (STANHOPE, 1999).

A família contemporânea surge a partir de uma série de transformações históricas e sociais, que contribuíram para as mudanças na estruturação da família. As relações de mercado, a crescente industrialização, a ascensão do capitalismo que determinou a união da família, para vencer as controvérsias da luta pela vida.

Desde a metade do século passado, a estrutura da família nuclear passou a se modificar, sendo abalada principalmente pela descoberta da pílula contraceptiva, o que permitiu a mulher maior liberdade sexual, desvinculada da função reprodutora que exercia e conseqüentemente possibilitando um planejamento familiar e a saída da mulher para o mercado de trabalho, modificando radicalmente seu papel dentro da família.

A partir da conquista da independência econômica e emocional do homem, a mulher está mais segura para pedir o divórcio caso a relação não seja satisfatória.

As crises econômicas achataram os salários, a perda do poder aquisitivo, a divisão de tarefas dentro do lar, o homem foi mudando seu espaço no interior da família, assumindo inclusive tarefas antes tipicamente femininas, modificações importantes que contribui para minimizar o poder dos homens no lar. As estruturas familiares já não são mais constituídas a partir de um modelo patriarcal no qual o homem era o único provedor, pelo contrário, em grande parte dos casos as mulheres têm assumido esta função gerando uma nova maneira de se relacionar. A separação tornou-se comum, muitas vezes como uma mais não dependência da mulher em relação à figura masculina e também como uma possível fuga do homem em relação às responsabilidades com o lar, filhos e família.

Na busca pelo aperfeiçoamento profissional e melhores oportunidades a mulher passa a adiar o casamento e a maternidade, na possibilidade de maiores alternativas de escolhas amorosas, devido sua maior independência assim como sua liberdade sexual. Por outro lado vemos um fenômeno crescente de meninas

entre 13 e 16 anos em meio a uma gravidez indesejada e/ou prematura e de mulheres que se encontram sozinhas com filhos para criar.

As mulheres com a possibilidade de controlar o número de nascimentos dos filhos podem como os homens, gerar filhos de diversos relacionamentos.

Tudo isso nos permite perceber a existência de modificação dos padrões culturais predominantes na sociedade, evidenciando a crise de identidade da família nuclear. Assim sendo a concepção hegemônica da família mostra-se restrita para acompanhar o processo de mudança que vem surgindo em torno da família contemporânea.

Assim, a família contemporânea é marcada por arranjos familiares de diversas naturezas. A família pressupõe o espaço para a garantia da sobrevivência do desenvolvimento e da proteção integral dos filhos e demais membros, independentemente do arranjo familiar ou da forma como vêm se estruturando (KALOUSTIAN; FERRARI, 2004, p.11-12). Ou seja, a família se constitui em um lugar das potencialidades protetivas, devendo ser compreendida como um grupo social cujos movimentos de organização/reorganização mantêm estreita relação com o contexto sociocultural.

A mulher, na sociedade contemporânea tem assumido cada vez um papel importante nas configurações ou arranjos familiares. Dentre eles, a chefia da família. Esta tem sido uma importante mudança nos padrões da estrutura familiar, e está presente em todas as classes sociais, como veremos a seguir.

2.2 - MULHER CHEFE DE FAMÍLIA E VULNERABILIDADE SOCIAL

O Brasil tem passado por transformações na estrutura e na dinâmica populacional nas últimas décadas. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e estatística (IBGE, 2009), a estimativa das populações em primeiro de julho de 2008 segundo municípios, na cidade de Santos foi de 417.518.

Segundo CORRAL (2000), as dificuldades enfrentadas pelas mulheres podem ser demonstradas pela diferenciação dos salários entre elas e os homens, mesmo quando realizam trabalhos idênticos, e também pelo crescimento do número de famílias pobres chefiadas exclusivamente por mulheres. Para essa autora, muitos fatores devem ser analisados para se identificar as desigualdades existentes no Brasil. A Síntese de Indicadores Sociais 2002, do IBGE, apresenta os seguintes

dados: a população feminina ocupada concentra-se nas classes de rendimento mais baixas – 71,3% das mulheres que trabalham ganham até dois salários mínimos, contra 55,1% dos homens, e a desigualdade salarial aumenta conforme a remuneração. A proporção de homens que ganham mais de cinco salários mínimos é de 15,5% e das mulheres é de 9,2%. No que se refere ao trabalho doméstico, as mulheres dedicadas a essa atividade (19,2%) e que não recebem remuneração (10,5%) é bem maior do que a dos homens (0,8% e 5,9% respectivamente) para o ano de 2003.

Dados mais recentes de áreas urbanas de baixa renda no Brasil (SIMÕES-BARBOSA, 2001) mostram que a dificuldade crescente dos homens em garantirem uma renda familiar adequada, ou mesmo manter um trabalho minimamente estável, as mulheres não somente "ajudam" como também começam a ser responsabilizadas, e a serem responsáveis, pela provisão de renda.

A influência do papel da mulher na reprodução social é tão grande, que a própria escolha e a manutenção do emprego, da extensão das jornadas e dos turnos de trabalho profissional incluem entre os critérios a possibilidade de conciliação com o cuidado da casa e dos filhos. Longe de expressar um avanço pelas modificações do papel da mulher no interior da família, as mulheres chefes de família são as mais pobres entre as pobres.

No Brasil é facilmente verificável o aumento de mulheres chefes de família sem os mesmos suportes jurídicos e salariais vigentes para os homens, revelando uma nova posição social: a de provedoras do sustento da família. Segundo dados do IBGE (censo de 2000), 12,9% das famílias no Brasil e 24,1% no Estado de São Paulo são chefiadas por mulheres, em sua maioria na faixa de 35 a 54 anos. O mesmo censo aponta que a chefia feminina é um fenômeno tipicamente urbano, pois, 91,4% dos domicílios que possuem mulheres como chefes de família estão localizados em cidades e apenas 8,6% no meio rural (IBGE – PERFIL DAS MULHERES RESPONSÁVEIS PELOS DOMICÍLIOS NO BRASIL, 2002).

Em setembro de 2007, o IBGE divulgou a SIS 2007 (Síntese dos Indicadores Sociais) apontando um aumento de 8,2 milhões de mulheres consideradas chefes de família nos últimos dez anos – 1996 a 2006.

Na cidade de Santos, segundo a Fundação SEADE (2000), as mulheres são responsáveis por 32,6% dos domicílios, sendo que muitas destas mulheres estão inseridas nos extratos considerados de alta ou muito alta vulnerabilidade social.

A Fundação SEADE, baseada nas concepções de Katzman (1999) e Nussbaun e Sen (1998), criou o Índice Paulista de Vulnerabilidade Social (IPVS) assim definida no documento Espaços e Dimensões da Pobreza nos Municípios do Estado de São Paulo (2000):

A vulnerabilidade de um indivíduo, família ou grupos sociais refere-se à maior ou menor capacidade de controlar as forças que afetam seu bem-estar, ou seja, a posse ou controle de ativos que constituem os recursos requeridos para o aproveitamento das oportunidades propiciadas pelo Estado, mercado ou sociedade (Katzman, 1999). Assim, a vulnerabilidade à pobreza não se limita em considerar a privação de renda, central nas medições baseadas em linhas de pobreza, mas também a composição familiar, as condições de saúde e o acesso a serviços médicos, o acesso e a qualidade do sistema educacional, a possibilidade de obter trabalho com qualidade e remuneração adequadas, a existência de garantias legais e políticas, etc. Por exemplo, a simples condição de família monoparental, com crianças pequenas e chefiada por uma mulher, não a torna necessariamente vulnerável, mas a combinação dessa situação com a baixa escolaridade da chefe configura uma situação de vulnerabilidade social, uma vez que os recursos cognitivos possuídos por essa família podem ser insuficientes para lhe garantir níveis adequados de bem-estar, expondo-a, assim, a riscos variados como agravos à saúde, violência e pobreza. (SEADE, 2000, p.1).

Dentre os seis grupos que constituem o IPVS e no mesmo documento, pode-se destacar:

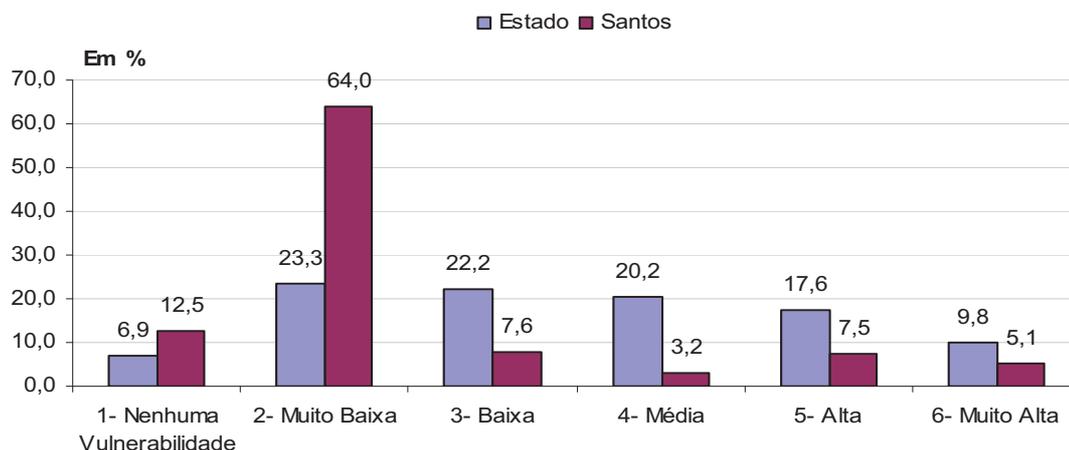
Grupo 5 – Vulnerabilidade Alta: engloba os setores censitários que possuem as piores condições na dimensão socioeconômica (baixa), estando entre os dois grupos em que os chefes de domicílios apresentam, em média, os níveis mais baixos de renda e escolaridade. Concentra famílias mais velhas, com menor presença de crianças pequenas.

Grupo 6 – Vulnerabilidade Muito Alta: o segundo dos dois piores grupos em termos da dimensão socioeconômica (baixa), com grande concentração de famílias jovens. A combinação entre chefes jovens, com baixos níveis de renda e de escolaridade e presença significativa de crianças pequenas permite inferir ser este o grupo de maior vulnerabilidade à pobreza. (SEADE, 2000: 3).

Embora as diferenças entre o grupo cinco e seis sejam pequenas, referindo-se apenas a poucas diferenças de escolaridade e níveis de renda.

Em relação a Estado de São Paulo, o gráfico abaixo mostra a situação da cidade de Santos em relação à vulnerabilidade social.

Gráfico 01: População em situação de vulnerabilidade social em Santos, em comparação com o Estado de São Paulo.



Fonte: Fundação SEADE (2008).

Em relação à situação das mulheres chefes de família, o Índice Paulista de Vulnerabilidade Social aponta a seguinte situação:

Tabela 01: Índice Paulista de Vulnerabilidade Social

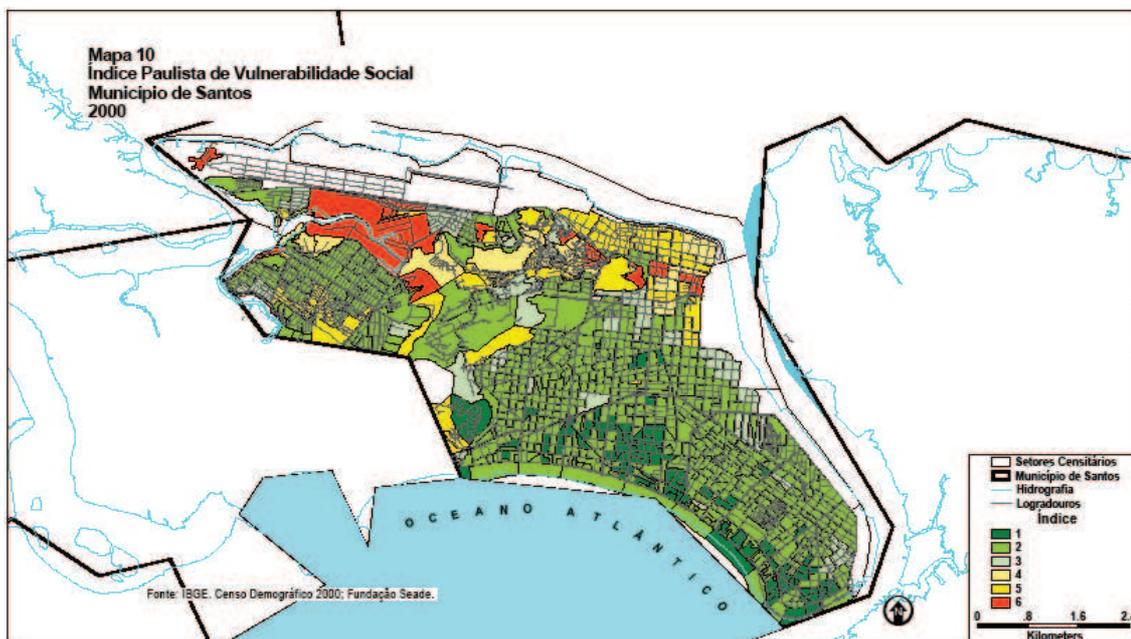
IPVS - Santos	1	2	3	4	5	6	Total
Mulheres responsáveis pelo domicílio (%)	31,3	33,2	29,2	30,4	32,9	33,7	32,6

Fonte: Fundação SEADE

Observe-se que, somadas, o maior percentual de mulheres responsáveis pelo domicílio está nos grupos 05 e 06, e notadamente no grupo 6.

O mapa abaixo mostra os bairros da cidade, destacando-se os bairros do centro de Santos onde a vulnerabilidade social está entre os índices 05 (alta) e 06 (muito alta).

Figura 03: Mapa da Vulnerabilidade Social



Fonte: Fundação SEADE, 2000

A relação entre a chefia feminina e a pobreza evidencia a situação generalizada da mulher ocupando os piores postos de trabalho, à menor remuneração e a sua vinculação a atividades informais, portanto mais sujeita às oscilações do mercado de trabalho do setor informal. Por outro lado, na sociedade brasileira, é a mulher quem assume as funções domésticas e o cuidado com os filhos, além da pressuposta subordinação ao namorado ou companheiro. Por isso muitas vezes as mulheres chefes de família preferem ficar sozinhas e serem as reais provedoras do lar, para não se sujeitarem a situações de vida também precárias com os companheiros.

Um olhar sobre a família e especialmente para a mulher chefe de família supõe reconhecer que as condições adversas de vida podem impactar também a sua saúde. Outro fator importante é o ambiente físico e as condições do mesmo em que as pessoas vivem. Para Caponi (2003) as intervenções dirigidas à redução de exposições a condições de vida insalubres são essenciais se compreendermos que a saúde só pode ser pensada nesta polaridade dinâmica, vinculada ao mesmo tempo ao indivíduo e ao meio.

A grande maioria das políticas sociais², dentre elas a saúde, tem se dirigido para “o atendimento individualizado das pessoas, desconsiderando o universo familiar e comunitário em que vivem” (Vasconcelos, 2000). Assim, é a unidade familiar, e não os indivíduos que deve ser tomada como base de referência para desenhar programas dirigidos à saúde da família (DRAIBE, 2004). Cabe ressaltar que as atividades de cuidado informal em relação à saúde-doença realizadas no âmbito da família, e notadamente nas camadas mais pobres da população, são realizadas pelas famílias e, principalmente pelas mulheres. Para Comas D’Argemir (1997) estas atividades quase não apresentam visibilidade já que estão caracterizadas por sua dimensão moral e afetiva.

É no contexto da vulnerabilidade social de mulheres chefes de família residentes na região central da cidade de Santos que se pôde avaliar alguns dos vários aspectos que colocam em risco a saúde da mulher e de seu grupo familiar, considerando sua trajetória de vida as estratégias utilizadas para mantê-la.

²Segundo Serapioni, embora se reconheça a importância do Programa de Saúde da Família (PSF) como estratégia de reorientação do modelo de atenção à saúde, vários estudiosos evidenciam sua abordagem ainda fundamentada no individualismo assistencial. Ressalta o autor, fundamentado em Feuerwerker & Almeida (2000), que no PSF não há ainda profissionais com perfil, competências e habilidades necessárias para compor uma equipe apta a desenvolver uma abordagem familiar.

CAPÍTULO 3 – A PESQUISA

3.1 - PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Este estudo, como recorte da pesquisa realizada pelo NEPEC – Mulheres em situação de vulnerabilidade Social Residentes na Região Central da Cidade de Santos: emoção, estratégias de sobrevivência e repercussões na sua saúde e da família, partiu da mesma metodologia utilizada: a história oral, modalidade trajetória de vida.

O universo da pesquisa foi os bairros do centro da cidade de Santos e os sujeitos foram escolhidos mediante os critérios estabelecidos no projeto original, ou seja:

- mulheres residentes no centro de Santos;
- mulheres responsáveis pelo domicílio sem companheiro e com filhos e/ou agregados.

No colhimento das narrativas sobre a trajetória de vida das mulheres, utilizou-se, para esta pesquisa, em particular, um roteiro específico tratando da saúde da mulher e de sua família. A maioria das entrevistas foi realizada no domicílio, e algumas na Associação dos Moradores dos Cortiços de Santos, através dos seguintes tópicos:

- Identificação da mulher e de sua família;
- Principais problemas relacionados à saúde da mulher e de sua família;
- Serviços utilizados pela mulher e de sua família quando em situação de doença;
- Freqüência do uso dos serviços;
- Providências adotadas para a continuidade do tratamento e uso de medicamentos.

O processo de observação foi valioso, principalmente nas entrevistas realizadas no domicílio, pois ofereceu subsídios para a compreensão da dinâmica familiar e as condições de vida da família.

O número de sujeitos foram nove mulheres que apresentaram os critérios pré-estabelecidos. Esta metodologia exigiu um processo de abordagem e de estabelecimento de vínculos com os pesquisadores para que as narrativas ocorressem de forma satisfatória. Este procedimento exigiu tempo e cuidado para

que os sujeitos pudessem contar livremente suas histórias de vida em clima de confiança e se mantivessem disponíveis para tal.

Todas as mulheres pesquisadas residiam em cortiços ou casarões subdivididos.



Figura 04: Porta de entrada do cortiço (porta azul) situado na Rua São Francisco nº. 399 onde residiam dois dos sujeitos



Figura 05: Área comum do cortiço da Rua São Francisco nº. 399: tanque coletivo



Figura 06: Quintal do mesmo cortiço, destacando-se, à esquerda, a moradia de um dos sujeitos

Há que se destacar a questão da periculosidade da área e local da realização da pesquisa, pois nos deparamos com situações de violência e tráfico de drogas. Neste sentido, a pesquisa de campo só pôde ocorrer em horários pré-determinados pelos moradores, fato que ocasionou interrupções e descontinuidade no processo de coleta de dados.

As entrevistas foram gravadas e transcritas, mediante a assinatura do TECLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, (anexo 01).

As etapas do processo investigativo foram:

- Definição dos sujeitos da pesquisa;
- Processo de abordagem aos sujeitos;
- Realização da pesquisa de campo;
- Preparação do material coletado (transcrição de fitas e de outros materiais utilizados);
- Organização, categorização, análise e interpretação dos dados;

A escolha dos sujeitos foi oriunda de contatos anteriores da equipe do NEPEC nos cortiços trabalhados da região, outros foram a partir do atendimento efetuado pelas estagiárias do Curso de Serviço Social na Clínica de Fisioterapia da Universidade

Católica de Santos, localizada na mesma região e outros da aproximação com a presidente da Associação de Moradores dos Cortiços que auxiliou na indicação de mulheres que atendiam aos critérios estabelecidos.

3.2 - PERFIL E CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS DA PESQUISA

Para a caracterização dos nove sujeitos pesquisados, atribuímos a eles siglas para preservar sua identidade: CA, V.E., Z.L., I.C, F.R., C.L., Z.Z, E L., G.R.

3.2.1 - Perfil



Gráfico 02: Distribuição dos sujeitos por faixa etária

Na faixa etária de 28 a 33 anos, são 03 mulheres, entre 38 a 45 anos, são 04 mulheres e duas estão na faixa de 50 a 53 anos.

Em relação ao estado civil duas foram casadas e estão separadas e as outras sete são solteiras.



Gráfico 03: Estado civil

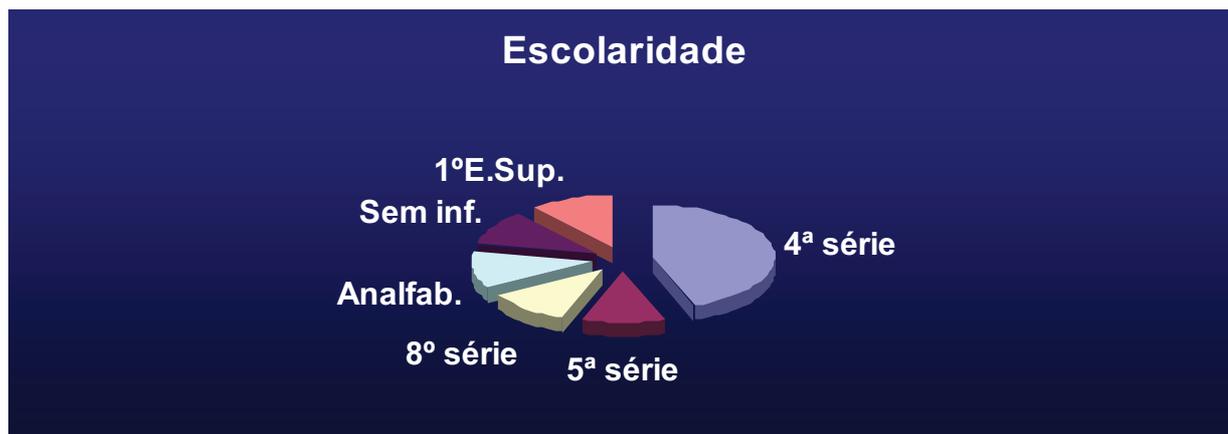


Gráfico 04: Escolaridade dos Sujeitos

Quatro das mulheres estudaram até a 4ª série do Ensino Fundamental, uma até a 5ª série, uma tem Ensino Fundamental completo, até a 8ª série, uma é analfabeta e uma está cursando, com bolsa de funcionária (inspetora de alunos) de uma universidade da região, o primeiro ano de um curso superior. Uma delas não quis informar a escolaridade.



Gráfico 05: Composição Familiar

Em relação à composição familiar, cinco mulheres vivem sozinhas com seus filhos. Três vivem com filhos e netos e uma delas, tem dois filhos adultos e vive com uma irmã. A média de pessoas sob a responsabilidade das mulheres é de cinco pessoas. A idade das crianças – filhos e netos - varia de 01(um) ano a 17 (dezessete) anos.



Gráfico 06: Religião

Em relação à religião, três se declararam católicas, embora destas, duas delas disseram-se também evangélicas e uma também é espírita. Duas declararam que crêem em Deus, duas são evangélicas, uma é budista e uma delas afirmou não ter qualquer religião. As crenças não são bem definidas, misturam as religiões.

Tabela 02: Profissões e atividades

Mulheres	Profissão	Outras Atividades
CA	Sucateira	Manicure, servente de pedreiro
FR	Cozinheira	-
GR	Balconista	Ambulante
IC	Inspetora de Alunos	Artesanato/reciclagem
EL	Empregada doméstica	Ambulante (vende alimentos)
ZZ	Desempregada	-
CL	Ambulante	-
VE	Faxineira	Artesanato
ZL	Copeira	-

Das nove mulheres entrevistadas, apenas duas declararam que possuem registro em carteira, uma tem um contrato temporário e as demais sobrevivem do trabalho informal. As artesãs costumam vender sua produção nas redondezas.

A renda mensal varia de um a dois salários mínimos. Duas possuem benefício do programa Bolsa Família e as demais buscam auxílio e cestas básicas em Ongs da região. A alimentação é o item que mais sobrecarrega o orçamento doméstico. As crianças estudam na rede pública municipal e recebem o material escolar e os uniformes da prefeitura.

3.2.2 - Caracterização dos sujeitos da pesquisa:

C.A. tem 28 anos, nasceu em Ferraz de Vasconcelos/SP, sete filhos, sendo que os mesmos são de pais diferentes. As idades variam de 08 (oito) meses a 12 anos. São 05 (cinco) meninos e 02 (duas) meninas, sendo o bebê é do sexo feminino e apresenta-se sadia. A outra menina teve meningite e apresenta problemas de atraso de aprendizagem. É natural da cidade de São Paulo, possui ensino fundamental incompleto, tem problemas graves de saúde e sobrevive fazendo faxinas, lavagens de tapetes e compra e venda de sucata. Com este tipo de trabalho consegue renda de R\$ 120,00. Recentemente ingressou no Programa Nossa Família da Secretaria de Assistência Social – SECIAS da Prefeitura Municipal de Santos, através do CRAS – Centro de Referência em Assistência Social – SUAS, no valor de R\$ 240,00. CA reside em um cômodo do cortiço, com sete crianças, localizado na Rua São Francisco nº. 399, no Centro. Quando a mãe sai para trabalhar as crianças geralmente ficam trancadas no cômodo aos cuidados do irmão mais velho de 12 anos.

G.R. tem 43 anos, nasceu em Campina Grande, Paraíba, tem dois filhos. Um rapaz de 20 anos que não reside com a mãe e até pouco tempo encontrava-se preso. G.R. quase não fala do filho. A filha, de 21 anos, é separada e tem dois filhos, sendo que um deles (do sexo masculino) mora com o pai. Residem com G.R. a filha e a neta. A filha é esquizofrênica e é atendida no SENAPS II – Seção de Apoio Psico-social, da Secretaria de Saúde de Santos. GR possui ensino fundamental incompleto e sobrevive do trabalho de vendedora ambulante. Vende sanduíches, salgados e café na região do cais de Santos e seus fregueses são os caminhoneiros que aguardam o descarregamento de mercadorias no porto. Além dos poucos rendimentos oriundos do trabalho como ambulante, recebe R\$ 60,00 do Programa Bolsa Família e uma pensão do ex-genro. Reside em um cômodo com banheiro próprio no cortiço situado na Rua São Francisco nº. 399, no Centro. Seu sonho de vida é ir morar em um apartamento da CDHU.

V.E. tem 30anos, nasceu em São Miguel Paulista/SP, mas veio para Santos antes de completar um mês de vida. É solteira, não tem parceiro fixo e tem quatro filhos, dois do primeiro relacionamento, dois do segundo e ainda cria um irmãozinho de sete anos. Cursa a quarta série do ensino fundamental. Chefe de família há oito anos sobrevive fazendo peças artesanais em crochê, eventuais faxinas e trabalha e, algumas horas, como voluntária na Associação dos Cortiços de Santos. Já trabalhou

como babá, balconista, cozinheira, mas nunca foi registrada. Atualmente estava procurando emprego. Recebe auxílio do Programa Bolsa Família e uma cesta básica a cada dois meses. Não recebe ajuda financeira dos pais de seus filhos, e o contato com eles é praticamente inexistente. Reside com os filhos e o irmão em um cômodo de um cortiço, localizado na rua São Francisco nº. 390, onde banheiro pia e tanque são coletivos. A moradia é bastante precária. Existe uma usina de óleo diesel de um lado e um ferro velho do outro, o barulho é intenso e tem muito pó. A presença de ratos é constante no local e tem muito lixo devido a muitas casas abandonadas nas imediações. Frequentemente ela e os filhos apresentam problemas respiratórios como bronquite e alergias.

Z.L. tem 53 anos, nasceu em Aracajú, Sergipe, e reside há 23 anos em Santos. Trabalha em uma empresa como copeira contratada, sem registro na carteira de trabalho e tem seis filhos, quatro do primeiro casamento e dois da segunda união. Ela é a chefe de sua família e é responsável por 80% das despesas da casa. Mora com três filhos adultos e três netos e um cachorro em um cortiço. O cômodo em que reside possui um pequeno quarto, cozinha, banheiro, localizado na Rua Brás Cubas nº.250. Um dos filhos cumpriu pena por roubo, utilizava drogas e roubava para poder comprá-las. Cria três netos, duas meninas da filha que faleceu, há cinco anos, num acidente de moto e um menino do filho mais velho. Hoje se sente uma mulher forte, de fibra, que quer viver apenas para os filhos e netos e que apesar de ainda trabalhar muito e de não ter realizado seu grande sonho que é sair do cortiço e ter moradia própria, se sente realizada por ter conseguido vencer todas as suas dificuldades. Sente que por mais que tenha sofrido não se perdeu na bebida ou nas drogas, ao contrário se fortaleceu e se tornou uma grande guerreira.

I.C. tem 44 anos, nasceu no Guarujá/SP. Trabalha em uma universidade da região como inspetora de alunos desde 1999 e por este motivo, conseguiu bolsa para cursar o primeiro ano de administração na mesma universidade. Trabalha de dia e estuda à noite. Além do emprego registrado em carteira, ela também faz artesanato, reciclagem (cortina de lacre e colares e sabão reciclado). Sua renda mensal não passa de R\$ 700,00. Possui Bolsa Família e recebe cesta básica do emprego. Há 10 anos reside no mesmo local. É casada, mas está separada a mais de um ano. Entretanto, afirma ser chefe de família há quase dez anos. Afirma que sustentou a casa nos últimos dez anos porque seu marido ficou desempregado e passou a viver de bicos. IC tem três filhos, dois residindo com ela, um menino de 14 anos e uma

menina de 17. A filha mais velha (18 anos) ficou grávida e foi morar com o namorado. Seu sonho é ver os filhos formados e orgulha-se de ter conseguido chegar ao ensino superior. Reside na Rua Henrique Ablas nº. 31, Paquetá, Centro.

F.R. tem 38 anos e é natural de Oróz, Ceará. Veio para Santos há cerca de 11 anos. Reside na Rua da Constituição nº. 389. É solteira e estudou até a 4ª série do ensino fundamental. É cozinheira em uma ONG da região, mas não tem registro em carteira. Afirmando que seu trabalho é voluntário e recebendo alimentação da própria ONG. Vive com quatro filhos: uma menina de 13 anos, um menino de 7, um de 11 e um de 14. Também moram com ela um primo e duas primas. Os primos trabalham e dividem as despesas do aluguel. Mora em um casarão dividido no centro, ocupando três quartos, cozinha e banheiro individuais. A renda familiar está em torno de R\$ 450,00. Dos R\$ 500,00 do aluguel, contribui com R\$ 150,00. A convivência familiar é boa. Já trabalhou em lanchonete, foi camelô e vendia coisas e confecção que ela mesma fazia, pois, se diz uma boa costureira. Viveu com os filhos no Paquistão, durante três anos e meio, levada pelo companheiro que era marinheiro. Consegui fugir e voltar ao Brasil por intermédio da Embaixada Brasileira, pois não suportava os maus tratos do companheiro e da família dele. Seu sonho é ter uma casa e criar seus filhos com dignidade.

C.L. tem 38 anos é natural de Mauá, Estado de São Paulo. É solteira e o primeiro companheiro foi também seu cafetão. Estudou até a 4ª série do ensino fundamental. Tem 5 filhas de pais diferentes, porém quatro vivem com ela, além de duas netas. Uma das filhas, atualmente com 15 anos vive com uma família em São Paulo. A menina foi levada, mas não foi adotada legalmente. A idade das filhas que moram com ela varia de 17 anos a 1 ano e três meses. As netas têm três anos e um ano e meio e são filhas da moça de 17 anos. A família mora em um cortiço localizado na Rua Dr. Cochrane nº. 174, em péssimas condições. Sobrevive da venda de sanduíches, bolos e doces e de lavagem de roupa para fora que lhe assegura uma renda mensal em torno de R\$ 200,00. Recebe auxílio do Programa Bolsa Família no valor de R\$ 112,00. Recebe mantimentos em ONGS da região. As crianças freqüentam escola e creches da região. Foi prostituta e é ex-presidiária. Como as demais, seu sonho é ter casa própria.

Z.Z. é natural de Cabo de Santo Agostinho, Pernambuco. Tem 50 anos. Está em Santos há 16 anos. Vive com uma irmã mais nova que não sabe precisar a idade. Tem dois filhos, sendo que um deles ficou em Cabo de Santo Agostinho quando ela

veio para Santos. O outro sempre vem morar com ela, quando não está namorando. Quando namora, vai para a casa da namorada. Tem três netos desse filho: duas meninas e um menino com idades entre dez e seis anos. A atual namorada está grávida. Quando está empregado, o filho costuma ajudar a mãe. Está desempregada e para sobreviver costuma fazer faxinas. Paga R\$ 150,00 pelo aluguel do cômodo onde reside em um casarão dividido com outras famílias, mas está atrasada com o pagamento. Recebe cesta básica de uma Igreja e de uma entidade católica que fica na região. Após a separação do marido, que não é o pai de seus filhos, ficou em situação difícil porque ele é que pagava todas as despesas e ainda lhe deixou contas a acertar. O marido foi embora e a deixou sem nada. Teve que vender utensílios domésticos para sobreviver.

E.L. tem 32 anos, é natural de Santo André, Estado de São Paulo. Reside em Santos há 17 anos. Reside no porão de uma casa de cômodos na Av. São Francisco nº. 378. Não paga aluguel. É solteira, e estudou até a 4ª série do ensino fundamental. Trabalha como empregada doméstica em uma casa há 11 anos. É registrada com salário mínimo e ganha R\$ 480,00 por mês, sem a condução. Então E.L. vai trabalhar de bicicleta. Busca aumentar sua renda vendendo lanches (hot-dog e x-salada) à noite nas redondezas da residência. As duas crianças menores ficam em uma creche próxima ao local de trabalho de E.L. Tem quatro filhos, sendo dois do mesmo pai. Os outros são de companheiros diferentes. O mais velho tem 12 anos, o mais novo um ano e seis meses e está grávida de seis meses do namorado atual que está preso por tráfico de drogas. Engravidou durante as visitas íntimas. A mãe do namorado, que também mora no mesmo cortiço, ajuda na alimentação das crianças. Recebe auxílio do Programa Bolsa Família e também recebe, quando possível, alguma cesta básica. E.L. já foi usuária de drogas (maconha e cocaína). Afirma que tem problemas com álcool, embora diga que não passam de três latinhas de cerveja. Porém, apesar disso continuou no emprego e teve apoio da patroa. Atualmente está com problemas de infecção urinária, diabetes e segundo ela, também um mioma no colo do útero o qual só poderá ser tratado após o nascimento do bebê.

Assim caracterizados, os sujeitos da pesquisa forneceram elementos para proceder-se a análise dos resultados e sua discussão.

CAPÍTULO 4 - RESULTADOS E DISCUSSÃO

É Preciso Saber Viver

Quem espera que a vida
Seja feita de ilusão
Pode até ficar maluco
Ou morrer na solidão
É preciso ter cuidado
Pra mais tarde não sofrer
É preciso saber viver

Toda pedra do caminho
Você pode retirar
Numa flor que tem espinhos
Você pode se arranhar
Se o bem e o mal existem
Você pode escolher
É preciso saber viver

É preciso saber viver
É preciso saber viver
É preciso saber viver
Saber viver, saber viver!
(Roberto Carlos)

Os dados foram analisados a partir de três eixos referenciais: a condição feminina de mulheres chefes de família, estratégias de sobrevivência e vulnerabilidade social, e a saúde da mulher e de sua família. Estes eixos se sobrepõem e, ao mesmo tempo se completam. A saúde das mulheres e de seu grupo familiar está envolta nas estratégias utilizadas para sua sobrevivência e também revela sua condição de feminina.

4.1 - CONDIÇÃO FEMININA DE MULHERES CHEFES DE FAMÍLIA

A vulnerabilidade social a que estão submetidas essas mulheres é um fator dos que mantêm para a subordinação feminina.

A cidade de Santos é um exemplo no Brasil das expressivas desigualdades econômicas e sociais, com sua população mais abastada residindo nas áreas mais

próximas da praia, enquanto bolsões de pobreza são encontrados na região do antigo centro, próximo à região portuária.

A sociedade brasileira ainda apresenta em sua cultura marcas profundas do patriarcalismo, facilmente observadas através das desigualdades de oportunidades de trabalho, de salários, de ascensão profissional e de saúde entre homens e mulheres.

A condição de submissão feminina, apesar do maior número de mulheres em relação aos homens no Brasil e, de a constituição de 1988 ter garantido a igualdade de direitos entre homens e mulheres continua sendo reforçada, principalmente entre as mulheres de classes populares, pelas precárias condições econômicas e sociais em que estão inseridas.

Baixo nível de escolaridade, elevado número de filhos, chefia da família, moradias insalubres e em local perigoso, alimentação insuficiente e/ou inadequada, doenças na família, subempregos e dupla ou tripla jornada de trabalho são fatores que impelem as mulheres de não usufruírem de seus direitos nem como mulheres, nem como cidadãs.

A subordinação da mulher na sociedade brasileira está presente em todos os extratos sociais. Os direitos da mulher são cotidianamente desrespeitados, gerando expressões de uma mesma face, a violência, seja ela de gênero, intra-familiar, doméstica, física, psicológica, econômica e financeira, sexual.

As “violências domésticas” ocorrem no âmbito familiar ou doméstico, entre quaisquer dos membros da família. Destaca-se o fato de esse tipo de violência estar sendo, aqui, referido no plural, por se tratarem de diversas formas de violência que podem ocorrer nesse espaço. Dentre os possíveis agressores, estão: maridos, amantes, namorados atuais, ou, ex-namorados ou ex-companheiros.

Conforme Caravantes (2000, p.229), a violência intra-familiar pode ser compreendida como qualquer ação ou omissão que resulte em dano físico, sexual, emocional, social ou patrimonial de um ser humano, onde exista vínculo familiar e íntimo entre a vítima e seu agressor.

A principal diferença entre violência doméstica física e psicológica é que a primeira envolve atos de agressão corporal à vítima, enquanto a segunda decorre de palavras, gestos, olhares a ela dirigidos, sem necessariamente ocorrer o contato físico.

Nos relatos das mulheres foi identificada a violência sexual na infância em várias ocasiões e foi possível perceber no momento do depoimento que eram situações extremamente dolorosas e que ainda estavam muito vívidas na lembrança dessas mulheres.

“... quando eu tinha três anos de idade, tinha um homem que ia na casa da minha vó (...) ele me punha no ombro e me levava pra uma casa de chão vermelho (...) lembro que doía muito, muito, muito, eu chorava e ele pedia pra eu não chorar (...) e eu lembro que nesse dia ele me deu banho, e eu lembro que eu olhava pro chão e tinha muito sangue (...) em cima do meu pé caía água assim, e eu via o sangue saindo de mim e depois eu não me lembro mais. Depois eu fiquei sabendo que meu tio tinha matado ele” (C.A.)

“...aos 10 anos fui numa festa com um vizinho dos meus avós, na Praia Grande, tinha amizade com os filhos do vizinho(...) Chegando lá na festa pedi pra andar no carro, leva pra passear de carro, leva, leva, ele estava meio embriagado. Naquela época eu não tinha maldade (...) Aí notei que era só mato e estava escuro, falei pra ele estamos indo pra onde, ele falou assim, estamos indo até ali, ele colocou a mão na minha coxa e falou assim, agora você vai dar pra mim. Ele parou o carro, eu abri o carro e comecei a correr, correr(...) toda suja de lama porque caí numa vala, já tava machucada, aí encontrei um casal que me ajudou(...) chegando em casa contei pra minha família(...) um dos meus tios matou ele” (V.I)

A violência intra-familiar esteve presente na infância e adolescência das mulheres pesquisadas.

“... minha mãe ela é dependente químico, ela é alcoólatra (...) só aparecia em casa bêbada, pra bater pra xingar, às vezes levava uma cambada de homens pra dentro de casa (...) quando ela chegava duas, três horas da manhã em casa com fome, batia na gente, mandava agente pra chuva pra ir atrás de comida, pedir esmola (...) ela era uma ladrona muito boa, mas não deixava agente comer nada que ela roubava (...) ela era traficante” (C.A.).

“...certo dia de manhã, meus irmãos começaram a chorar logo cedo. Ela (mãe) se mostrou que estava nervosa. Aí tinha uma água fervendo, aí ela pegou e falou assim, mandou eu lavar a louça. Aí eu já tava pegando a louça pra lavar e colocando na pia, tirando de cima da mesa e colocando em cima da pia. Aí ela falou assim, vocês me deixam muito louca, sabe o que eu faço, faço isso, aí me jogou a água fervendo nas minhas

costas, aí pegou na minha cabeça, nas costas e uma parte da bunda quase toda e um pouquinho na outra (...) era pra eu ter ido pra São Paulo fazer cirurgia plástica, mas não tinha condição (...) e minha mãe não me pediu desculpas (...) meu tio que cuidou de mim” (V.I).

“...eu apanhei muito da minha mãe, nossa senhora, ela me batia quando eu era pequena, porque ficava nervosa, bêbada então descontava em quem, nos filhos pequenos” (E.L.).

A agressão física foi relada de forma importante por duas das mulheres entrevistadas, as outras relataram mais agressões verbais.

“... não me agredia fisicamente, mas com palavras, no final não ficou bom em nada, fui perdendo a vontade e a ter nojo de homem” (Z.L.).

A subordinação feminina culturalmente arraigada na sociedade brasileira, a gravidez na adolescência, a baixa escolaridade, a falta de capacitação profissional, o desconhecimento de seus direitos de cidadã, fragilizam as mulheres de tal forma que não conseguem encontrar outra saída a não ser se submeter aos companheiros.

“...eu apanhava (...) então quando ele pedia desculpas eu aceitava, chorava e voltava com ele novamente (...) Mesmo assim eu não me separava dele porque me sentia sozinha e achava que ele era o único homem. Eu não trabalhava, não tinha conhecimento de nada, não tinha experiência na vida (...) acabei ficando por causa da dependência que tinha dele” (V.I).

“...ele me batia muito, eu era muito menina, né, não sabia me defender, não sabia não, não sabia até que ponto ia meu papel de esposa, até que ponto eu era uma mulher, até onde eu era uma criança (14 anos), até onde eu tinha que me submeter, então ele fazia de mim o que ele achava que tinha que fazer (...) eu não tinha ciência de nada, eu não sabia que eu podia me defender, nem isso eu sabia que podia. Ele me ensinava assim, eu sou, eu falo, você me obedece e acabou, e ali eu ia seguindo, o que ele falava eu achava que era certo. Só depois que eu saí da casa dele é que eu vi (...) até hoje eu penso, por que fazer assim com uma pessoa, né?” (C.A.).

A vida das mulheres, sujeitos da pesquisa, revelou que a condição feminina de mulheres chefes de família em situação de vulnerabilidade social está permeada por toda forma de violência. É também da violência e no seu enfrentamento que constroem sua identidade como mulheres, como mães e avós.

A construção de uma identidade é um modo de organizar significados para que os indivíduos se posicionem como atores sociais, contribuindo para a definição do eu.

Para Berger; Luckmann (1985: 228-230) a identidade é um elemento-chave da realidade subjetiva e, como tal, acha-se em relação dialética com a sociedade. Assim, a identidade é formada por processos sociais e deriva da dialética entre indivíduo e sociedade.

Ainda para os autores, é provável que a interiorização da identidade seja acompanhada pela identificação.

Considerando estes aspectos, a pesquisa revelou que dos membros das famílias das mulheres entrevistadas, a figura materna aparece como personagem de destaque na maioria das histórias de vida, relacionada de alguma forma a sentimentos negativos, seja pela violência física, psicológica ou pela própria ausência. Em apenas duas mulheres, a mãe aparece como exemplo de dedicação e cuidado.

A figura materna também representa a reprodução dos valores machistas e da subordinação feminina, pois na maioria das histórias elas próprias se submetiam à seus companheiros, e apesar dos maus tratos se resignavam, e ainda ensinavam às filhas que o casamento é melhor opção de vida para as mulheres.

“Casei com 16 anos, minha mãe obrigou... eu gostava de um engraxate, mas minha mãe queria esse outro que tinha uma situação melhor. Aí eu casei e tive que ir embora morar com ele na Bahia. Fugi e voltei pra Sergipe, de volta pra dentro de casa e minha falou: Aqui não tem lugar pra você não e me fez voltar pra Bahia, pro meu marido (...) eu fugi dele, depois de 10 anos de casada, vendi tudo, comprei passagem e quando ele chegou a casa estava vazia e eu tinha fugido” (Z.L.).

“... meu pai bebia, agredia minha mãe (...) minha mãe é uma pessoa que casou é pro resto da vida, então ela procurava agüentar, acho que ela era apaixonada por ele, tanto que ficou 49 anos com ele. Ela é daquela época que o melhor para a mulher é o casamento, e isso ela passou essa idéia pra gente, aí eu fui acreditando nisso também, eu sempre fui..., minha mãe falou eu dizia amém, e eu acabei casando, acreditando

nessa idéia (...) ela nasceu pra ser dona de casa, eu não, e isso interferiu muito na minha vida, eu casei com 24 anos, mas eu teria casado com uns 30, 35, eu teria viajado, nossa eu tenho muita vontade de conhecer o país inteiro, a Bahia” (I.C).

A feminilidade para estas mulheres está geralmente associada à vida sexual. Poucas revelaram preocupação com o corpo e com a vaidade feminina por falta de tempo e dinheiro.

“Preciso tomar vergonha na cara pra ir ao dentista. Procuo tempo pra minha pele, pro meu cabelo, pra minhas unhas, pra dançar, meditar, pra ler, gosto muito de ler.” (V.I)

“Bem pra cuidar assim de mim, quando eu chego em casa assim eles vão dormir, então eu vou lavar o cabelo, hoje eu lavei, porque eu fui lavar roupa né...E sempre assim quando eles vão dormir eu dou um trato...(..) assim eu vou ao dentista, duas vezes por ano e eu faço o que eu tenho que fazer porque eu não tenho tempo, eu passo no particular é uma pessoa que eu conheço a muitos anos, então ele deixa eu pagar aos picadinhos, quando eu posso, e ainda dá desconto...(...), e cabeleireiro de vez em quando, quando dá, minha sobancelha eu mesmo é que faço, minhas unhas é eu que faço, pintura eu não gosto” (F.R).

A figura paterna de um modo geral foi retratada como ausente ou negativa nas narrativas das mulheres entrevistadas. Na maioria das vezes o pai é descrito como violento, alcoólico e mulherengo. A concepção que mulheres possuem sobre a paternidade está embasada em suas histórias de vida, em vivências constituídas nas relações estabelecidas e acumulada ao longo da sua história, em um contexto social, histórico e cultural.

“...meu pai era mulherengo, vagabundo e já bebia, então que acontece, minha mãe aceitava de tudo, humilhação, as mulheres que ele arrumava na rua, então o que aconteceu, minha mãe tudo dela era desabafar na bebida, então desde que eu me conheço por gente minha mãe e o meu pai sempre beberam, mas minha mãe é aquela mulher guerreira, trabalhadeira e não deixava faltar nada para os filhos, mas em termos de educação, já era péssima porque ela se preocupava com quem, com o marido, né?” (E.L).

“...cresci com meu pai batendo na minha mãe (...) fui vivendo esta situação e isto marcou bastante, quando casei qualquer barulho eu já levantava assustada” (I.C.).

Em relação aos seus sentimentos que nutrem pelos homens, as mulheres foram unânimes em reconhecer em seus ex-companheiros a força física, mas não a emocional e em apresentar sentimentos de desvalorização e rejeição em relação à figura masculina que não correspondeu às expectativas depositadas nele.

“...acredito que nós mulheres somos mais forte que eles, que a única força que eles tem é a física, porque a mental acredito que somos nós. Acredito que as mulheres são bem mais capazes que os homens” (V.I.).

“...o homem é mais forte só fisicamente, realmente homem é muito fraco emocionalmente. Às vezes você vai discutir uma situação ele se altera para impor a autoridade dele, mas no fundo ele sabe que somos mais fortes (...) no meu casamento eu ficava fazendo de conta que ele mandava (...) eu aceitava opiniões e situações para evitar brigas” (I.C.).

As mulheres pesquisadas alegam não desejarem um novo relacionamento marital.

“(..).o que eu vivi foi mesmo uma cadeia e não um casamento, e por isso então agora eu quero curtir minha vida, viver pra mim, com meus filhos” (V.I.).

“(...)Não quero homem nenhum dentro da minha casa, não quero viver aquilo de novo, aquela dependência, tem que dar satisfação, ou então não é pai das minhas filhas e pode ter aquilo de olhar diferente, não, não quero cortar a privacidade dos meus filhos, é isso aí, me sinto super bem assim e acho que não estou perdendo nada com isso” (V.I)

“(..).porque marido eu não tenho e nem quero (...) Eu quero agora cuidar de mim, não quero homem nenhum na minha vida” (Z.L.).

“(...) marido pra morar mais, eu acho que não. Prefiro viver sozinha trabalhando do que viver com marido. O que passei agora com esse foi triste. A forma como ele me deixou né. Sem dinheiro, sem nada. Me deixou na rua.” (Z.Z.).

Novos relacionamentos significam para elas, o amparo financeiro. Reafirmam a autoridade masculina apenas pelo papel de provedores. Homem é para ajudar no sustento dos filhos.

“Quero alguém que possa me bancar, não quero deixar de trabalhar, mas também não quero ficar preocupada que tem que pagar a luz ou as coisas básicas de casa. Quero poder comprar sandália, um vestido, arrumar o cabelo que atualmente está no terceiro plano, porque não sobra” (I.C.).

Outro aspecto que reforça a força feminina é a capacidade de criar os filhos sozinha e de ter controle do dinheiro, que está relacionada com sua atribuição de dona-de-casa e chefe de família. As mulheres assumem posição ativa na esfera da família. Ao tomarem para si o comando de suas famílias enquanto “chefes”, tendem a quebrar a divisão de “papéis” onde o homem é o provedor e a mulher dependente e submissa.

Entretanto, sentem o peso da responsabilidade. Este aspecto mostra que a mulher assumindo a responsabilidade econômica da família, assume também o papel masculino de “chefe”.

“Aqui a cabeça de tudo sou eu, a maior parte sou eu.” (Z.L.).

“As vezes eu me chateio, eu choro. Porque eu queria um pouquinho de dengo, queria me sentir um pouquinho frágil, também, mas não tem jeito. Para eles eu sou a Mike Tyson, quem resolve tudo.” (Z.L.).

De maneira geral, cumprir o papel masculino de provedor não configura um problema para as mulheres entrevistadas. Embora o fardo seja pesado, todas estavam acostumadas a trabalhar desde muito cedo. O trabalho adquire um sentido de afirmação de si enquanto mulher e enquanto provedora de seus lares. Neste aspecto, a relação trabalho e cuidado com a família fortalecem a construção da identidade feminina, um jeito especial de ser mulher. Ter filhos e conseguir criá-los transforma-se em um valor associado à coragem, à determinação de assumir a consequência por seus atos.

A preocupação com o futuro dos filhos está presente nos sonhos dessas mulheres. O amor e o carinho por elas demonstrado em relação aos seus filhos foram observados durante as entrevistas.

As mulheres colocaram a centralidade na relação mãe – filhos, evidenciada nas narrativas das entrevistadas pelo valor atribuído à maternidade por todas elas. Em algumas, principalmente as mais velhas, esta capacidade transforma a mulher muito

mais em mãe do que em mulher, tornando o sentimento da maternidade uma recompensa em suas vidas. O papel de provedora na criação dos filhos e netos aparece como objetivo principal da vida dessas mulheres, que não encontram tempo para si mesmo, seja para cuidar da sua saúde ou mesmo para descansar e investem toda sua energia no trabalho, nos cuidados com a casa e a família.

“...eu fui um tipo de mulher que eu deixei de viver a minha vida, perdi uma juventude porque tive filhos cedo e larguei tudo que podia largar, agora meus filhos abaixo de Deus são tudo, porque a única coisa que eu tenho no meu nome são meus filhos e agora meus netos (...) eu to sentindo que estou estafada, eu sinto que meu corpo todo dói de tanto correr, de tanto trabalhar” (Z.L.).

“É a única coisa que eu tenho no meu nome é meus filhos e agora meus netos. Até as vezes eu acho que sufoco os meus filhos com meu amor, sabe as vezes eu acho que sou muito pegajosa, tem uns que não gosta quando começo a falar, mas eu quero falar pro bem, que eu tive um que passou uma fase difícil agora se não fosse eu, eu não sei o que seria dele hoje”. (Z.L.).

“Acho que sou uma super mãe. Por que eu amo demais meus filhos, tudo que faço até hoje é só pensando neles. Todo dia eu faço isso pra eles, e digo olha vocês é a única coisa que eu consegui construir, a única escritura que eu tenho na vida”. (Z.L.).

Quase todas as mulheres residem em locais insalubres, cortiços, porões ou casas subdivididas com outras famílias.

“A única coisa que às vezes incomoda muito aqui, aperreia é que o local é pequeno há,há,há. E então às vezes estressa. Porque dorme, dorme, lá dorme quatro ali, lá no quarto e o meu filho dorme aqui e o outro tadinho põe o colchão e aqui, então aquilo ali as vezes estressa a gente né, um ambiente pequeno pra tanta gente.” (Z.L.).

“Aqui moram cinco famílias, sete mulheres que ficam perturbando o dia todo e a noite toda, daqui a pouco começa cachaça ficam perturbando no quintal, arrumando confusão. Eu não queria mudar daqui, mas eu tenho que mudar daqui né. Aqui a noite naquele tijolo parece um pacote, aquele monte de barata. Não se pode deixar nada. Parou mais por causa do veneno. Eu coloquei o tijolo pq. eu estou ouvindo choradeira de

rato antes que eles subam. Aqui embaixo não tem nada e tudo esta afundando pq. está perigoso. Quando eu mudar não vou levar a cama. Pq. esta quebrada, é tijolo que está segurando. Já perdi minha cama, mil anos sem quebrar, a cama quebrou de vez(...)" (C.L.).

"O pó, o cheiro, e o rato, muito, muito rato, nós tem que dormir com tudo limpo, não podemos deixar nada fora, as coisas tem que ser naquele armário bem fechado, roupa agente não pode deixar uma roupa suja, não pode deixar nada, porque eles mexem em tudo, ele estraga tudo é uma loucura, a agente esta assistindo assim a gente só vê o rabo deles. Desse tamanho parece um gato, desse tamanho. A gente tem uma cachorra em casa chamada Chaquira, e ela cata, cata não, caça como se fosse um gato".(V.I.).

Em seus sonhos e projetos de futuro a moradia tem sempre um lugar de destaque. A casa própria aparece como uma representação de liberdade, de conforto e recompensa pelo trabalho. E assim, as mulheres expressam seus sonhos.

"Ter a minha casa, minha casa própria, um dia ainda eu vou ter. Abrir meu próprio negócio, de lanche, uma bomboniere, só doces e artesanatos, eu adoro artesanato, eu faço amarradinho né que tem as almofadas que eu gosto. E para as crianças coisas boas, que elas estudem bastante e façam a faculdade." (C.L.).

"Meu sonho é tá em casa, chegar no final de semana botar todo mundo no quintal, fazer aquela bagunça, chegar final de ano e ter uma árvore de natal cheia de bujiganga, para minha filha e meu filho entra em casa e ver aquela árvore, o olho dele brilhava." (E.L.).

Ter uma casa própria. Eu já imagino tudo arrumadinho, é minha fantasia, meu sonho ter minha casa própria."(Z.L.).

"O meu sonho pessoal é sair daqui. Ir para um lugar melhor, um apartamento, comprar um carro. Chegar na área portuária, parar meu carro e vender os meus lanches. Poder viajar, comprar roupas pra andar bem arrumada, ir a restaurantes, não sou muito do fogão não." (G.R.).

"O meu sonho é ter uma casa imensa, assim de vez em quando eu joga na loto e aí eu digo pros meus meninos que eu vou comprar uma casa bem grande e encher de criança e de pessoas de rua (...) eu já passei por aquilo, eu sei como é dormir na rua." (F.R.).

“Pro meu futuro o que eu sempre peço a Deus primeiramente é uma moradia. Por que sem um canto para morar a gente não é nada. A gente mora no que é dos outros não pode dizer que tem uma moradia. Tem enquanto paga quando não paga é rua. (...) meu futuro é esse, só penso nisso.” (Z.Z.).

“Meus sonhos são ver meus filhos bem, deixar uma casa pra eles, ter uma casa no nome deles, trabalhar, terminar meus estudos, um netinho e esse são meus sonhos.” (V.I.).

A identidade feminina também está relacionada à força, à batalha diária e, portanto, vêem-se como verdadeiras “guerreiras” lutando pela vida. São independentes e decididas e reconhecem-se desempenhando concomitantemente funções de pai e de mãe em relação aos filhos.

“...porque eu sei o que sou, eu tenho uma força interior, que eu não sei de onde vem, que é Deus que me dá, porque se eu amolecer o meu corpo eu sei que ninguém vai fazer por mim (...) eu sei que sou guerreira, batalhadora (...) hoje eu me sinto que sou uma mulher de fibra, não há sofrimento que não fortaleça a gente, tudo que passei, perdi filhos, eu tinha todos os motivos do mundo pra desistir de viver, pra dizer que caí na bebida, me tornei uma alcoólatra ou então nas drogas (...) eu digo, não Z.L. não é por aí, e comecei tudo de novo” (Z.L.).

“Guerreira. Apesar dos outros que às vezes me chamam de inútil, mas eu me gosto. Eu estou meio mal tratada da vida mais, uma hora eu vou dar a volta por cima e vocês vão ver. e se toda mulher fosse inútil como eu. Mais eu me amo”. (C.L.).

“(...) estou acostumada a tomar as decisões.” (I.C.).

“Desde menina nova sempre fui independente (...) sou criativa tenho iniciativa, minha mãe me ensinou desde menina nova.” (G.R.).

Com exceção de uma, todas as outras mulheres tiveram mais de um companheiro, e, segundo elas, sempre na tentativa de reconstruir um “lar”. O ideal de família motivou estas mulheres a buscar novos relacionamentos, porém, todos resultando em novos fracassos, prevalecendo “regras” e costumes que apresentam certa conotação moral. Esse sentimento as leva a sonhar com um casamento estável para os filhos, principalmente para as filhas.

São mulheres de chefes de família, que além de terem seu papel de mãe, trabalham para o sustento do lar. Não dependendo da figura masculina, e algumas até

preferindo não ter um homem, um companheiro dentro de casa. Alegam que os filhos suprem os vazios deixados pela falta de um companheiro, e muitas vezes trazem mais problemas do que soluções para a família, incluindo violência doméstica e uso de álcool e drogas.

4.2 - ESTRATÉGIAS DE SOBREVIVÊNCIA E VULNERABILIDADE SOCIAL

Nas famílias mais pobres, novas contradições são criadas entre a necessidade de renda da mãe e a de cuidados dos filhos pequenos e na luta por um futuro melhor, devido à pobreza aguda da maioria das mulheres do mundo que aumenta a cada dia, incluindo as mulheres chefes de família.

A dupla jornada não é fonte de independência financeira e nem mesmo estabilidade familiar, e sim necessária à sobrevivência e manutenção dos filhos, uma vez que o provedor masculino está desempregado ou ganha um salário insuficiente à manutenção da família, ou muitas vezes é “dispensado” por atrapalhar em vez de ajudar, sendo muitas vezes homens alcoólatras, viciados e agressores. Em relação às estratégias de sobrevivência, observa-se que as relações de compadrio, vizinhança, entre outros, foram apontadas como essenciais para as mesmas. Ou seja, quanto maior a pobreza maior a necessidade de redes solidárias. E é exatamente isso que verificamos nas mulheres chefes de família da Região Central da cidade de Santos.

Verificamos que a maior parte das mulheres entrevistadas não possuem registro em carteira de trabalho ou um trabalho fixo.

Atualmente, 70% dos 1,3 bilhão de pessoas que vivem na pobreza no mundo são mulheres (Brito, 2000). Ou seja, a velha divisão do trabalho atravessa a nova reestruturação produtiva, e reforça a feminilização da pobreza (GIFFIN, 2002).

“Ó, assim, eu sempre trabalhei na carroça. Sempre só trabalhando na carroça eu tinha mais ou menos base, aí quando eu fiquei grávida, eu não tava trabalhando, não tava fazendo nada, só vivendo de doação, as meninas daqui me ajudaram (...). É, que nem ontem eu peguei um tapete pra lavar (...). (C.A.)”

“ Já trabalhei de tudo e não fui registrada, e já trabalhei detudo nessa vida filha, eu pinto pano, eu pinto caixa, de caixa de papelão, porta pra quem costura, ele vira uma caixa, ele tem

tampa e aí na hora que abre tem agulha, tem tesoura, eu pinto pano de prato eu faço crochê, eu dei pro homem arrumar a maquina ele cobou dez reais, só falta o carretêu e a agulha.”(C.L.)

“ (...) Depois eu me separei e fui para um segundo cortiço, partir daí comecei a me virar. Fui passando pela assistência social, aí consegui cesta básica, médico pros meninos, creche, que era muito complicado tinha que estar trabalhando para conseguir creche. E eu não era registrada e eu fazia vários bicos.”(I.C.)

“ Eu trabalhei em várias panificadoras boas aqui. Muito boas, pena que não dava muito certo, eu era rebelde. O patrão gostava de mim eu era ruinzinha” (G.R.)

“trabalho em casa de família (...), aos treze anos já estava arrumando a cozinha da dona da casa (...). Hoje trabalho na casa da Beatriz, estou com ela há 11 anos acho, que faz em junho agora e me viro com carrinho de lanches pra tirar um extra.” (E.L.)

“No momento não estou trabalhando registrada, uma vez ou outra faço uma faxina, faço crochê, recebo bolsa família, aqui na associação eu sou voluntária, minha renda por mês é mais ou menos 600,00 quando aparecem mais duas ou três faxinas.” (V.I.)

“Eu sempre lavo uma roupinha, e assim eu vendo produtos da Natura, da Avon e até reciclo, até na reciclagem eu trabalho, porque onde eu trabalho, o que reciclo trago tudo e vendo”. (Z.L.)

“Antes eu trabalhava artesanal, agora sou cozinheira, porque eu cozinho aqui pro Projeto.” (F.R.)

As mulheres chefes de família utilizam estratégias diversas para conseguir manter a alimentação, vestuário, transporte e saúde da família, servem-se de vários serviços, buscando em cada um deles vestuário, alimentação, medicamentos e outros itens que são fundamentais. Além de auxílios (algumas recebem Bolsa Família), buscam outros recursos nas organizações não governamentais da região. Outras compram roupas em brechós ou recebem de suas patroas. O que se observa é que para estas mulheres não existem barreiras.

4.3 - SAÚDE DA MULHER E DE SUA FAMÍLIA

As questões de equidade colocadas nesse campo da ótica do gênero feminino, conjugam especificidades referentes à escassez e dificuldades de acesso de mulheres a serviços de saúde (COSTA; AQUINO, 2000). São incluídas questões de: barreiras concretas resultantes da sobrecarga de trabalho e falta de tempo para se cuidar, reforçadas ideologicamente pela definição da mulher como "cuidadora de outros"; o efeito de discriminação e preconceito no que diz respeito especialmente mas não somente à sexualidade feminina, que dificulta tanto o acesso quanto a adequada atenção e prevenção das ISTs (infecções sexualmente transmissíveis).

Dentre as mulheres pesquisadas, uma está com tuberculose, outra tem papiloma vírus. Uma é epilética. Outras apresentam problemas de diabetes e hipertensão arterial. Os problemas de depressão também se fazem presentes. Duas já tiveram DSTs, uma em função de um estupro e outra pela vida pregressa na prostituição. Infecção urinária, problemas ginecológicos e miomas também foram relatados pelas mulheres.

"(...) Tinha convulsão, comecei com sete anos de idade. (...) tenho bronquite desde criança também. Às vezes quando to muito atacada tomo inalação. (...) Já tive cisto no ovário" (V.I.).

" A infecção urinária vai ter que ta fazendo novos exames porque andei tomando novos antibióticos né? Tomei tudo certinho dessa vez não fui preguiçosa, fiquei com medo. Com 32 anos, os médicos já falaram, teu organismo é outro. Deu infecção na urina, o primeiro ultrassom que fiz constatou mioma no colo do útero (...) e agora essa diabete." (E.L.).

Em relação à tuberculose de uma das mulheres, vale registrar que a região do centro e a zona noroeste, são as regiões que apresentam o maior número de casos da doença na cidade.

"Já tratei, fiz os exames faz dois meses que eu me livrei dos exames, mas agora tossindo eu peguei chuva levando as meninas para creche (...) hoje eu coloquei sangue mais faz tempo que eu não colocava (...) eu nem sabia que tava doente eu vim saber quando estava arriada na cama, que eu não conseguia fazer nada, eu não tinha força para fazer nada e aquela febre, e aquela tosse." (C.L.).

Seis das nove mulheres abordadas referiram que tiveram ou têm depressão. Entretanto, pela vida sofrida dessas mulheres e pelas batalhas que enfrentam dia a dia elas se encontram ao mesmo tempo fortes para cuidarem do seu lar, mais frágeis por tanta pressão e problemas, muitas vezes ficando angustiadas, sufocadas e tristes, e acham que por esse e diversos outros motivos possuem depressão. Mas muitas vezes o caso não é constatado patologicamente pelo médico.

(...) quando eu tive depressão me encaminharam para lá (refere-se ao SENAPS II). (...) Eu já fiz uma cirurgia e tirei um mioma. A médica mandou fazer sempre uma revisão que ela mexeu no meu ovário.” (Z.Z.).

“Não conseguia tomar banho direito, tinha um ódio da vida tão grande. Foi depressão. Fiquei boa porque minha irmã usou de muita inteligência comigo que nem eu estou usando com G.. Levava-me pra psicóloga, me internou, me dava remédio, tinha paciência comigo e me dizia palavras positivas quando ficava negativa. Comecei então a ver a vida diferente, que a vida era maravilhosa e eu fiquei curada.” (G.R.).

Uma das mulheres afirmou ter realizado uma esterectomia em virtude de um câncer.

(...) eu fiz esterectomia, fiz em novembro de 95, tive câncer no colo do útero tinha mais ou menos 41 ou 42 anos. O medo que eu tinha era deixar meus filhos pequenos, quando fiz que meu médico falou que estava pequeno, fiz biopsia e que eu tinha que tirar o colo do útero, aí pedi que ele tirasse tudo. O médico disse que só poderia fazer com autorização. Mas eu disse, eu estou optando, tanto que só fiquei com os ovários, o médico explicou que não ia interferir em nada em seu relacionamento sexual. Conversou comigo e com meu último companheiro e falou que não ia alterar nada. Todo ano faço checkup e Graças a Deus não apareceu mais nada.” (Z.L.)

Em relação aos serviços utilizados na rede pública de saúde, as mulheres referem muita demora na marcação de consultas o que as desestimula para a realização de exames preventivos.

“...é essa dificuldade, fui marcar o Papanicolau lá (policlínica), só daqui seis meses, daqui quatro meses, então pra falar a verdade eu não tenho paciência” (V.I.).

“...faço todos os anos (exames preventivos) pelo Centro de Saúde, pra marcar é demorado” (Z.L.).

“...o maior problema é marcar consulta, por telefone nunca consegui (...)demora porque primeiro a pessoa tem que ir, depois tem que ir, devido ao meu horário de trabalho pra eu ir lá marcar pessoalmente (...) então fica complicado” (I.C.).

“...aí eu fui marcar não tinha vaga, aí marcou pro fim do outro mês, quando chegou o fim do mês eu esqueci, demorou tanto que eu esqueci” (C.A.).

“ (...) se for pro clínico, a gente tem no máximo uma semana, como especialidade aí é mais difícil. Porque a gente tem que fazer as vezes uma consulta tem que aguardar um ou dois, três meses até conseguir, como eu agora eu to com o oculista, ainda pra dia 27 de dezembro (entrevista realizada em janeiro) pra vê se a data que vão agendar pra mim e eu to necessitando urgentemente de um óculos, porque este aqui é do Paraguai ta acabando com minha vista.” (Z.L.).

“Já tive problema com cistite e encaminharam para o urologista na Gonçalves Dias e outra vez fui com minha filha para o ortopedista, mais demorou tanto que acabei indo embora” (I.C.).

Em relação à saúde dos filhos, alguns têm problemas respiratórios (Bronquite) que muitas vezes é potencializado pelo ambiente insalubre das moradias. As que têm filhos pequenos preocupam-se em manter as vacinas em dia. Afirmam que o atendimento às crianças costuma ser mais rápido do que para elas.

“O meu menino caçula tinha bronquite, começou há cerca de três a quatro anos atrás, ele tinha tosse, virava mexia eu tinha que levar ele para o pronto socorro, levava ao pediatra e ele aconselhava aquela bombinha e inalação. Hoje ele melhorou através de uma simpatia e resolveu mesmo, não tive mais nada com ele. O primeiro local que eu morei não tinha janela, só porta, foi nesse período, e agora nem local mais arejado aí talvez tenha coincidido né.” (I.C.).

“(...) na área infantil, a gente leva a criança já atende na hora” (Z.L.).

Geralmente só recorrem aos serviços de saúde nos episódios de doença, tanto delas quanto dos filhos.

“(…), geralmente eu não levo meus filhos no médico se eles não precisam, eu acho assim quando tá mesmo precisando, é uma dor de dente, ir ao dentista, eu só levo mesmo ao postinho pra tomar as injeções(vacinas)..(F.R.).

“As crianças graças a Deus são saudáveis, a única doente da família sou eu, estou cheia de problemas de saúde tenho pressão alta até demais, to com diabete, to com bursite ta me aparecendo tudo que é de it, os outros são tudo saudáveis graças a Deus.” (Z.L.).

“ (...) só quando numa emergência, vou no pronto socorro né, só emergência. Já aconteceu no fim de semana a minha pressão subir assim e eu ter que ir. Caso uma criança tenha febre que eu não posso resolver e não posso esperar a policlínica, aí eu levo no pronto socorro da Santa Casa.” (Z.L.).

Os serviços utilizados são: as Unidades Básicas de Saúde do Centro, o Centro de Saúde Martins Fontes e o Pronto Socorro Central, localizado ao lado da Santa Casa de Misericórdia de Santos. A filha de E.L. (com transtornos psiquiátricos) é atendida, quando em crise pelo SENAPS II, que atende a população do centro da cidade. Este aspecto reforça a idéia de que diante da menor oferta de serviços aos mais pobres, esta fica polarizada entre o atendimento básico e o pronto-socorro/hospital. Observou-se que existe entre as mulheres, cuidado com o armazenamento de medicamentos, embora a auto-medicação e o uso não racional seja também uma constante. Os medicamentos geralmente são adquiridos no serviço público e muitas vezes a descontinuidade interfere no tratamento das doenças instaladas.

“Eu vou e pego nas policlínicas, mas às vezes algum remédio que não tem aí eu sou obrigada a comprar.” (I.C.).

“ Meu medicamento é tudo guardadinho que eu já sei, casa que tem criança, há, há, há, tem que ter o máximo de cuidado de tudo (...) criança pode pegar, mexer.”(Z.L.).

“eu tenho um tapewere em cima da geladeira tampadinho.(...) Quando eu vou a médico, eles só passam antibióticos (...) então sempre procurar, deu tosse, deu grupe, eu corro pro xarope caseiro (...) quando é pra dar anntibiótico pro meu filho eu não dou, eu sempre devolvo esses remédios e fala que não precisei. (...) Esse xarope é aqueles de mel e agrião, essas coisas dos mais antigos. Quando trato diarréia eu trato com fruta, com água, com soro.” (E.L.).

“O gardenal eu parei por minha conta, não bebo mais, acredito que foi a fé, a minha mente, eu acredito que a epilepsia vem muito da mente. Eu achava que ia ter e tinha mesmo. Quando conheci o budismo eu passei a sentar diante do oratório e não ia beber mais o remédio, de que eu não ia ter mais”. (V.I.).

Em relação ao atendimento, algumas têm críticas. Outras se consideram bem atendidas apesar da demora. O que as mulheres mais reclamam é da demora dos atendimentos ou a demora na marcação dos exames, mas geralmente acham que são bem atendidas pelos médicos. Este aspecto reforça o que refere FONSECA (2005) quando afirma que ainda que a percepção dos usuários não seja sempre um indicativo da resolutividade e eficácia do serviço, o que chama a atenção é que, para o usuário, ter a possibilidade de utilizar o serviço ao longo de toda a rede de atendimento é um ganho real. E nesse caso valorizando o serviço público.

“Eu gosto da Vila Mathias, não do postinho aqui do Centro. Martins Fontes eu gosto de lá, porque fiz pré-natal dos três e pediatra, tudo, foram tudo lá. Agora eu fui nesse daqui, não gostei nadinha, parece que o pessoal é tudo mal orientado, não são dedicado que nem os outro, ficam conversando não te dá atenção, aquela atenção que você precisa ter.” (E.L.).

“ Eu levo tudo no Centro Velho (...) é que agora ta lotado, o pessoal num ta atendendo mais direito, antigamente atendia muito bem, agora num sei mais o que ta acontecendo (...) diz que o atendimento é bom né e todo mundo ta indo para lá” (C.A.).

“ Eu gosto, pra mim eu não tenho queixa não. Me atende bem. A médica mesmo que passei, foi esse ano, foi em fevereiro ou foi em março, ela me atendeu super bem.” (Z.Z.).

“ Você mora aqui não pode ir pra outra policlínica, por causa do endereço. Então vamo supor que a gente já ta acostumada ali, já ta com médicos que te acompanha, já sabe de você, por que vai mudar pra outro lugar? Eu não acho isso certo, ah você vai começar tudo de novo, pegar um médico que você nem conhece (...) porque que nem eu to com mioma, eu quero saber o que o mioma faz, não interessa saber se cada mulher é uma mulher, se tem vários tipos de mioma, ela vai ter que chegar num ponto, ah, mas o seu (...) eu só to querendo saber a respeito do meu mioma (...) eu saí de lá apavorada, porque a veia já veio falar pra mim que mioma comia criança, porque mioma é câncer” (E.L.).

“Eu gosto, pra mim eu não tenho queixa não. Me atende bem. A médica mesmo que eu passei, foi esse ano, foi em fevereiro ou foi março, foi março, ela me atendeu super bem.” (Z.Z.)

“Eu precisei de um clínico geral, fui muito bem tratada e não tenho que reclamar..aqui no Brasil a gente não tem muito que reclamar da saúde, principalmente aqui em Santos, a vista de outros lugares de onde já morei, frequentei é..Santos tá em qualidade de vida muito boa, é sim, no meu ponto de vista, muito bom.” (F.R.)

“Olha, pelo menos a que eu vou, no meu ver eu sou bem atendida, eu tenho um bom médico que me acompanha, minhas netas também tem a pediatra delas, eu da minha parte eu não tenho o que dizer. Meus remédios eu ganho todos os meses, não tenho despesas, é raro só quando a policlínica não tem, mas meus remédios de hipertensãp todos eles me dão, eu não tenho o que dizer.” (Z.L.)

O depoimento abaixo evidencia a necessidade de que os profissionais dos serviços de saúde estar atentos para a individualidade das pessoas. E.L. está grávida de seis meses do companheiro que está preso. Pela falta de esclarecimentos dos médicos, foi buscar informação e chegou a conclusão que se seu problema fosse tratado, não era tão perigoso.

“Se o médico do ultrassom tivesse me orientado um pouco, eu não teria ficado tão nervosa e perguntando tanta coisa pra muita gente.” (E.L.).

Do total de entrevistadas, todos os filhos estão com as vacinas em dia e apenas uma das mulheres teve sua filha internada por meningite.

Em relação às gestações dessas mulheres, afirmaram não terem tido maiores problemas. Uma apresentou diabetes gestacional e três delas tiveram abortos. Destas três somente de uma não foi um aborto espontâneo e sim provocado.

Também constatamos que todas as mulheres tiveram partos normais, a maioria fez pré-natal, embora não se tenha observado as consultas sistemáticas. Todas amamentaram seus filhos de quatro meses a um ano.

Apesar do aumento do número de consultas de pré-natal, a qualidade dessa assistência é precária o que pode ser atestado pela alta incidência de sífilis congênita, estimada em 12 casos/1.000 nascidos vivos. Os indicadores do

SISPRENATAL (2002) demonstram que somente 4,07% das gestantes inscritas no PHPN realizaram o elenco mínimo de ações preconizadas pelo Programa (BRASIL, 2001) e que somente 9,43% realizaram as seis consultas de pré-natal e a consulta de puerpério.

No caso das mulheres entrevistadas, duas delas referiram não ter feito pré-natal em todas as vezes que engravidaram, embora afirmem que seus partos foram realizados em hospitais. De modo geral na avaliação das mulheres o atendimento nos hospitais foi satisfatório, entretanto uma delas fez o seguinte relato:

“A queixa que eu tive foi do primeiro filho que foi a fórceps, foram quatorze pontos, um tratamento horrível, que não vou esquecer nunca. E o terceiro que eles me deixaram na cama de pré-parto sozinha e ele no meio da minha perna com o umbigo, e não fizeram lavagem e saiu aquela sujeira verde, ele se engasgou e tossiu, foi na Santa Casa de Praia Grande. Ai Graças a Deus não aconteceu nada quando o trouxeram veio saudável, estava bem “. (V.I.)

Os dados também evidenciam que a atenção no puerpério não está consolidada nos serviços de saúde. A grande maioria das mulheres retorna ao serviço de saúde no primeiro mês após o parto. Entretanto, sua principal preocupação, assim como a dos profissionais de saúde, é com a avaliação e vacinação do recém-nascido. Isso pode indicar que as mulheres não recebem informações suficientes para compreenderem a importância da consulta puerperal.

Em relação a exames preventivos ginecológicos, cinco mulheres afirmaram que os fazem e as demais não têm esse hábito. Dentre estas, apenas uma fez tratamento para DST após esses exames. Apenas uma fez laqueadura e não costuma fazer os exames preventivos ginecológicos.

Embora, de maneira geral as mulheres se referem a dificuldades de atendimento em relação às enfermidades, consideram-se bem atendidas quando se utilizam dos serviços.

Perguntando para essas mulheres se o fato de cuidarem da família fez com que deixassem de se cuidar em favor do outro, a resposta de todas foi sim. Em função da vida dura que elas enfrentam, sendo provedoras do lar, e mãe. Ou seja, devido a

uma dupla jornada, em seus trabalhos domésticos e externos, ambos pouco valorizados, deixando-as sempre em segundo plano.

“É essa dificuldade, fui marcar o papa nicolau lá, daqui a seis meses, daqui quatro meses, então falar a verdade não tenho paciência. Então eu prefiro ligar para a policlínica já agendo pra outra semana e aí é trinta, trinta e cinco, quarenta já vou, já pago, já passo.” (V.I.)

Outro ponto que observamos foi o uso irregular da pílula, a gravidez indesejada e o aborto.

Práticas contraceptivas da pílula vêm sendo utilizadas por mulheres pobres, irregularmente e/ou incorretamente, compradas sem receita médica, em dosagens inadequadas, e usada muitos anos seguidos, inclusive por mulheres com problemas cardiovasculares, fumantes, entre outros. (Costa et al, 1990; Giffin & Costa, 1995; Wawer et al, 1996).

“(...) eu não sabia tomar pílula, assim, de verdade mesmo eu não sabia, até hoje eu me embanano (...) com 24 anos não tinha como laquear, mas aí agora eu com 27, acima disso eu posso tá fazendo” (CA).

“antes de engravidar eu não usava nenhum método anticoncepcional (...) a quarta gravidez eu não queria (...) esquecia de tomar o comprimido, aí me indicaram a pílula do dia seguinte, tomei sete horas depois e não funcionou.” (CA)

O conhecimento que as mulheres entrevistadas tinham acerca dos diversos métodos anticoncepcionais era muito limitado e, em geral, estava associado apenas à prevenção da gravidez, sem associar à prevenção de DSTs. A laqueadura foi referida por várias mulheres como a melhor opção para elas.

“(...) Depois de dois anos que eu estava aqui. Conheci este companheiro eu queria uma forma de evitar. A pílula me fazia mal, tomando pílula engravidei de gêmeos, aí fui na policlínica e falei que eu já tenho bastante, o anfertil me deixava muito nervosa e o nordec tomando direitinho eu engravidei e naquela época o médico me indicou injeção. Eu ia fazer a laqueadura paga, até falei pra ele que estava trabalhando e que estava juntando o dinheiro para a laqueadura, e comecei a tomar as

injeções, mas foi neste intermédio dos remédios para a injeção, no primeiro mês tudo bem, no segundo mês eu estava grávida e quando fiz o exame de urina já estava grávida. Me desesperei, falei que ia fazer e acontecer, ia processar o médico, aí ele disse que ia fazer de graça a cirurgia, foi até o HGA. Aí foi que eu fiz a única cesárea e já no ato da cesárea eu fiz a laqueadura” (Z.L.)

Apenas uma das entrevistadas referiu usar camisinha. As demais aceitam ter relação sexual sem camisinha. Segundo os relatos, os parceiros se recusam a utilizar. O uso de preservativos, no discurso das mulheres não é percebido com o caráter de prevenção contra DSTs.

A disposição para o trabalho, marca da história de vida destas mulheres, está relacionada a uma força interior, muitas vezes atribuída a Deus, mas também à sua condição de saúde. Mesmo tendo muito pouco, se tem saúde para enfrentar a rotina diária, este é um aspecto que as fortalece. Assim estar em boas condições de saúde é fundamental para a busca de estratégias de sobrevivência.

A pesquisa revelou que as mulheres sobrevivem de trabalhos precários, sem garantias e sem registro em carteira. Assim, uma enfermidade significa maiores dificuldades para buscar recursos e garantir sua subsistência e de seu grupo familiar. A saúde esta imersa no cotidiano dessas mulheres muito mais como estratégia de sobrevivência do que como direito de cidadania, assegurado pela Constituição Federal. Tanto é que na falta de acesso aos medicamentos utilizam soluções caseiras. As soluções caseiras por outro lado, são oriundas dos hábitos e costumes populares, provenientes de suas famílias de origem, que por sua vez, trazem a marca da vulnerabilidade social.

Porém, se estar saudável é fundamental para sua subsistência, o acesso à saúde ainda se constitui em um direito muitas vezes negado. Para essas mulheres se concretizou o que FONSECA (2005) chamou de o “pior dos mundos”, ou seja, o menor acesso aos serviços e à informação e educação sanitária, associado a piores condições de vida, tornam a saúde muito mais estratégia de sobrevivência do que de um direito constitucional. Para romper com este círculo vicioso, é necessário um conjunto de ações orientadas e com devida alocação de recursos, que atendam as necessidades dos grupos sociais vulneráveis, articuladas entre o setor saúde e dos demais, visando melhorar as condições de vida e saúde e não apenas direcionadas ao enfrentamento dos agravos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo buscou fazer uma aproximação com as condições de saúde de mulheres chefes de família e de seu grupo familiar, detectando a saúde como estratégia de sobrevivência, pois a situação de vulnerabilidade social das mulheres pesquisadas reflete-se também na sua condição de saúde e de seu grupo familiar.

Apesar dos avanços em relação à política de saúde da mulher, estas ainda são expostas a riscos de adoecimento e até a morte por falta de acesso aos serviços de qualidade e informação adequada que tornem possível a manutenção de sua saúde e de sua família.

Para que se consiga uma mudança efetiva no quadro da saúde da mulher são necessários investimentos e decisão política acompanhados de “[...] estratégias com vistas à redução tanto das iniquidades de gênero como as de saúde” (SOARES, 2007, p.3,4).

A vulnerabilidade social expõe indivíduos a riscos que envolvem o processo de viver em sociedade. A fragilidade das condições de sobrevivência, de reproduzir-se e representar-se como seres autônomos se manifesta também nas relações saúde e doença.

No caso das mulheres pesquisadas, gozar de boa saúde é fundamental para a manutenção do grupo familiar. Como foi constatado, as mulheres sobrevivem de subempregos, “bicos” e como ambulantes, neste caso, de forma ilegal, sem licença. Geralmente não possuem carteira assinada o que as expõe à precariedade do trabalho informal. Assim, se ficam doentes, não tem como trabalhar e garantir o sustento de sua família.

Ainda assim, as mulheres tendem a negligenciar sua saúde em favor da saúde dos filhos. As crianças estão com as carteiras de vacinação em dia e são cuidadas com esmero, apesar das precárias condições de habitação e higiene.

Como demonstrado nesta pesquisa, estas mulheres e suas famílias vivem, muitas vezes, abaixo da dignidade humana, em espaços insalubres e degradados. O cuidado com a saúde tende a ser prejudicado pela demora na marcação das consultas, motivo pelo qual as mulheres muitas vezes deixam de procurar ajuda médica.

Muitos dos casarões por ela habitados que servem como moradias coletivas no centro da cidade possuem porões onde vivem famílias inteiras, sem espaço, sem janela, sem iluminação, onde proliferam doenças respiratórias e infecciosas tanto quanto os ratos e insetos, expondo-as a risco de todas as espécies.

Ficou evidenciado, nesta pesquisa, que as condições de saúde estão vinculadas também à história pregressa dos indivíduos, às suas crenças, costumes e hábitos de vida decorrentes do contexto social em que vivem.

A pesquisa mostrou histórias de mulheres que sofreram e ainda sofrem as mais diferentes formas de violência, dentre elas a situação de pobreza. A precariedade do atendimento dos serviços de saúde, embora nem sempre percebido pelas mulheres, expõe a fragilidade das políticas públicas, notadamente a Política de Saúde da Mulher, e a necessidade de um olhar mais atento para a saúde da população mais empobrecida. O princípio da equidade em saúde supõe a superação das desigualdades e que sejam atendidas as necessidades diferenciadas da população. Assim, mulheres chefes de família em situação de vulnerabilidade social devem e merecem ser tratadas como cidadãs e não podem ser abandonadas à própria sorte. Universalidade e equidade devem ser consideradas garantias de acesso aos serviços públicos de qualidade para condições dignas de vida e saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABECHE, Regina Peres Christofoll & RODRIGUES, Alexandra Arnold. *Família Contemporânea, Reflexo De Um Individualismo*. Exacerbado?... Disponível em: www.estadosgerais.org/encontro/IV/PT/trabalhos/Texto_em_Pdf.

AQUINO, Estela M L. *Gênero e saúde: perfil e tendências da produção científica no Brasil*. Rev. Saúde Pública, Ago 2000, vol.40, no.spe,

BERGER, Peter; LUCKMAMM, Thomaz. *A Construção Social da Realidade*. Petrópolis: Vozes, 1985.

BOGDAN, R. E BILKLEN, S.K. *Qualitative Research for Education*. Boston: Allyn and Bacon, Inc., 1982.

CAPONI, Gustavo. *Darwin: entre Paley y Demócrito*. Hist. cienc. saude-Manguinhos, Dic 2003, vol.10, no.3,

CARAVANTES, L. Violência intrafamiliar en la reforma del sector salud. In: COSTA, A.M.; MERCHÂNHAMANN, E.; TAJER, D. (Orgs.). *Saúde, equidade e gênero: um desafio para as políticas públicas*. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 2000. p.18.

CARVALHO, Luiza. Família Chefiada por Mulheres: *relevância para uma política social dirigida*. In: Revista Serviço Social e Sociedade, ano XIX, n.57. São Paulo: Cortez, 1998.

CARVALHO, Maria do Carmo Brant. *O lugar da Família na Política Social*. In: CARVALHO, Maria do Carmo Brant (org.) e outros. *A Família Contemporânea em Debate*. 5. ed. São Paulo: Educ, 2000.

COMAS D'ARGEMIR, D. El Canvis en les Estructures i Formes de Convivència. In: *La Nuova Europa Social i els...*, Diputació de Barcelona: Barcelona.

CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil/constituicao>. Acessado em 01/02/2009.

CORRAL-VERDUGO, Víctor. *Psicologia Ambiental: objeto, "realidades" sócio-físicas e visões culturais de interações ambiente-comportamento*. *Psicol. USP*, 2000, vol.16, no.1-2, p.71-87.

COSTA, Ana. *Psicanálise do cotidiano*. *Àgora*, Rio de Janeiro vol.5, no.2, Dez. 1999,

CRITELLI, Dulce Mara. *A Contemporânea Inospitalidade do Humano*. In: O Uno e o Múltiplo nas Relações entre as Áreas do Saber. São Paulo: Cortez, 1995.

CZERESNIA, Dina (Org.). *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.

DRAIBE, S.M. *Por um Esforço da Proteção à Família: contribuição à reforma de programas de assistência social no Brasil*. In: KALOUSTIAN, S.M.(org.) 6.ed., São Paulo: Cortez; Brasília, DF: UNICEF, 2004.

FUNDAÇÃO SEADE. *Espaços e Dimensões da Pobreza nos Municípios de São Paulo*. Disponível em: <http://www.seade.gov.br>.

GARCIA, Marco Aurélio Nogueira. *Os Desafios de Construir e Consolidar Direitos no Mundo Globalizado*. Revista Serviço Social e Sociedade. Ano XXVI, n. 82, p. 5 – 21. São Paulo: Cortez, 2005.

GIFFIN, Karen. *Pobreza, desigualdade e equidade em saúde: considerações a partir de uma perspectiva de gênero transversal*. Cad. Saúde Pública, 2002, vol.18, p.S103-S112.

GONÇALVES, Rita de Cássia e LISBOA, Teresa Kleba. *Sobre o método da história oral em sua modalidade trajetórias de vida*. Rev. Katálises, vol.10, n.especial, p. 83-92. Florianópolis, 2007.

IBGE – *Perfil das Mulheres Responsáveis pelos Domicílios no Brasil 2000*. Departamento de População e Indicadores Sociais. Rio de Janeiro: IBGE, 2002.

KALOUSTIAN, Sílvio Manoug (org.). *Família Brasileira: a base de tudo*. 6.ed., São Paulo: Cortez; Brasília, DF: UNICEF, 2004.

KOGA, Dirce. *Medida de Cidades: entre territórios de vida e territórios vivos*. São Paulo: Cortez, 2003.

LAURELL, Asa Cristina and Soares, Laura Tavares *Serviços de saúde em grandes cidades latinoamericanas: o caso da cidade do México/DF*. Physis, Jun 1982, vol.12, no.1, p.23-45.

LAURENTI, RUY. *Mortalidade materna nos países subdesenvolvidos ou em desenvolvimento*. Rev. Assoc. Med. Bras., Mar 2002, vol.48, no.1, p.6-7.

MARTINELLI, Maria Lúcia. *O Uso de Abordagens Qualitativas na Pesquisa em Serviço Social*. In: MARTINELLI, Maria Lúcia (org.). *Pesquisa Qualitativa: um instigante desafio*. São Paulo: Veras, 1999. (Série Núcleo de Pesquisa; vol. 1).

MINAYO, Maria Cecília de Souza. *O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: ABRASCO, 2000.

MINUCHIN, Fishman. *Técnicas de Terapia Familiar*: Porto Alegre: ARTMED, 1990.

NAGAHAMA, ISHIDA Elizabeth Eriko; SANTIAGO, Silvia Maria *A institucionalização médica do parto no Brasil*. *Ciênc. saúde coletiva*, Set 2005, vol.10, no.3, p.651-657.

NOGUEIRA, Adriana Tanese. *O parto: encontro com o sagrado*. *Texto contexto - enferm.*, Mar 2005, vol.15, no.1,

PADILHA, Maria Itayra Coelho de Souza et al. *A responsabilidade do pesquisador ou sobre o que dizemos acerca da ética em pesquisa*. *Texto contexto - enferm.*, Mar 2003, vol.14, no.1, p.96-105.

PERUCCHI, Juliana and Beirão, Aline Maiochi *Novos arranjos familiares: paternidade, parentalidade e relações de gênero sob o olhar de mulheres chefes de família*. *Psicol. clin.*, Dez 2007, vol.19, no.2, p.57-69.

PIOLA, Sérgio Francisco. *Comentário: Financiamento dos serviços de saúde pública nos últimos 40 anos*. *Rev. Saúde Pública*, Ago 2002, vol.40, no.4, p.573-575.

POSTER, M. *Teoria Crítica da Família*. Rio de Janeiro: Zahar, 1979.

RICHARDSON, Roberto Jarry. *Pesquisa Social: métodos e técnicas*. São Paulo: Atlas, 1999.

SABA, Fabio. *A Importância da Atividade Física para a Sociedade e o Surgimento das Academias de Ginástica*. *Revista Brasileira Atividade Física & Saúde*, v.3, n.2, 1998.

SAWAIA, Bader (Org.). *Artimanhas da Exclusão – Análise psicossocial e ética da desigualdade social*. Editora Vozes Ltda: Petrópolis, (5ª ed.), 2004.

SCOTT, Joan W. *O enigma da igualdade*. *Rev. Estud. Fem.*, Abr 1989, vol.13, no.1, p.11-30. ISSN 0104-026X

Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura Municipal de Santos. Disponível em: <http://www.santos.sp.gov.br/saude>, 2007.

SEPLAN – Secretaria de Planejamento da Prefeitura Municipal de Santos. 1997. Disponível em: <http://www.santos.sp.gov.br/planejamento>. Acessado em 01/02/2009.

SERAPIONI, Mauro. *O Papel da Família e das Redes Primárias na Reestruturação das Políticas Sociais*. In: *Ciência & Saúde Coletiva* v.10, supl., Rio de Janeiro: ABRASCO, 2005.

SILVA, L.L. ET AL. 96 Interface - Comunic, Saúde, Educ, v.11, n.21, p.93-103, jan/abr 2007.

SOARES, V.M.N. Desigualdades na saúde reprodutiva de mulheres do Paraná. Revista Brasileira de Epidemiologia.v. 10, n. 3; set.2007, p.3-4, São Paulo, 2007.

STANHOPE, Márcia. Teorias e desenvolvimento familiar. In STANHOPE, Marcia ; LANCASTER, Jeanette. Enfermagem Comunitária: promoção de saúde de grupos, famílias e indivíduos. Lisboa : Lusociência, 1999

TESTONI, R.J.F.; TONELLI, M.J.F. *Permanências e Rupturas: Sentidos de Gênero em Mulheres Chefes de Família*. Revista Psicologia e Sociedade, 18 (1), 40-48 – jan/abril/2006.

VASCONCELOS, E.M.A. *Priorização da Família nas Políticas de Saúde*. In: Revista da APSP 2(4), São Paulo, 2000.

ANEXO 1 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu,

fui informado(a) sobre o estudo “Mulheres em Situação de Vulnerabilidade Social Residentes na Região Central da Cidade de Santos: avaliação das condições de acesso aos serviços públicos para preservação da sua saúde e da família”.

O objetivo deste estudo é conhecer a história e a dinâmica das famílias chefiadas por mulheres que residem na região central da cidade de Santos. Trata-se de uma pesquisa realizada por Millena Maria Piccolin. O estudo consta de entrevistas gravadas em áudio, com meu relato sobre minha experiência de vida como chefe de família.

- Concordando em participar desta pesquisa, irei colaborar como entrevistado(a) em entrevista realizada em minha residência (se eu concordar).
 - Mesmo sabendo que não há risco neste estudo, estarei livre para não responder alguma questão que me trazer desconforto e sei que posso, a qualquer momento, interromper minha entrevista.
 - O acesso às respostas será reservado à Millena Maria Piccolin e ao NEPEC. Em nenhum relatório, artigo ou apresentação dos resultados da pesquisa será usado a minha identificação. Os dados obtidos serão utilizados somente nesta pesquisa.
 - A vantagem em participar deste estudo é que estarei contribuindo para uma melhor compreensão da vida das mulheres chefes de família e, com isso, contribuir com meus depoimentos para a melhora das políticas públicas direcionadas às mulheres.
 - Tenho o direito de receber informações atualizadas durante qualquer fase desta pesquisa. No caso de haver dúvidas quanto à minha participação neste estudo, poderei entrar em contato com Millena Maria Piccolin na Rua Carvalho de Mendonça, nº 144, 4º andar, sala 403, ou pelo telefone (13) 3205-5555, Ramal 716. Ainda poderei contata-la em sua residência à Rua Virgulino de Oliveira, nº 181, Nova Piracicaba, Piracicaba -SP, ou pelo telefone (19) 34321197.
 - Em caso de dúvida, ainda poderei contatar o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Católica de Santos, à Av. Conselheiro Nébias, nº 300, sala 209 ou pelo telefone 3205-5555.
 - Não terei nenhum gasto ou ganho financeiro por participar da pesquisa.
 - Minha participação é totalmente voluntária e posso retirar meu consentimento e abandonar a pesquisa a qualquer momento.
 - Acredito ter sido suficientemente informada a respeito das informações que li ou que foram lidas e esclarecidas para mim. Discuti com os pesquisadores sobre minha decisão em participar do estudo. Ficaram claros para mim os propósitos do estudo e os esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas.
 - Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades, prejuízos ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido, ou no atendimento aos serviços da cidade.
-

Assinatura do (a) entrevistado (a)

Endereço:

R.G.

nº

Data: ____/____/____.

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido desta pessoa para a participação neste estudo.

Assinatura do responsável pelo estudo

Data: ____/____/____.