

MARIA DALVA SANTOS ALVES

27760

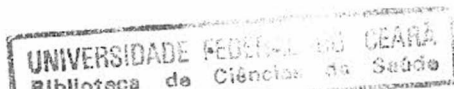
**MULHER E SAÚDE - REPRESENTAÇÕES SOCIAIS NO
CICLO VITAL**

ESE
05.4
1474m
1996
ex. olv

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado em Enfermagem, do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre.

FORTALEZA - CEARÁ

1996



FC-00002660-9

UFC	BIBLIOTECA CENTRAL
Nº.	537748
171 03 197	

ALVES, Maria Dalva Santos

Mulher e saúde - representações sociais no ciclo vital/M
Dalva Santos Alves. ____ Fortaleza, 1996.

93 p. il.

Orientador: Prof. PHD André Haguette.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do C
Departamento de Enfermagem.

1. Representações sociais-saúde. 2. Saúde-mulher. I. Títul

CDD 305.4

DEDICATÓRIA

In Memoriam

- À Professora Teresa Maria Frota Haguette

AGRADECIMENTOS

A feitura de uma dissertação de mestrado exige envolvimento, dedicação e sobretudo satisfação em realizar esta atividade. No meu caso, desde o primeiro momento que ingressei no referido curso, internalizei, *pari passu*, a idéia de que, só teria sentido se fosse também algo que me desse muito prazer. E, para manter tal estado de ânimo, durante todo o processo de construção estive em relação com muitas pessoas e é neste momento que registro os meus mais sinceros agradecimentos:

Às dez mulheres da pesquisa. Sem suas generosas colaborações e participações eu não teria começado, nem tampouco concluído esse trabalho; e à Antonia (Toinha), presidente da Associação de Moradores do Campus do Pici (AMOCAP), que facilitou minha integração no cotidiano das mulheres da comunidade.

Ao Professor André Haguette, orientador e amigo, pela sua dedicação e mormente por me deixar livre para pensar; à Professora Maria Graziela Teixeira Barroso por confiar nas minhas possibilidades; e a Professora Ângela Maria Arruda, que, mesmo distante, sempre esteve disponível para dirimir dúvidas.

Ao Professor Rui Verlaine Oliveira Moreira, que nos encontros semanais me ensinou a pensar filosoficamente; à Professora Terezinha Façanha Elias, que me iniciou nos estudos das Representações Sociais, e à professora Zulmira Bonfim que num momento de grande dificuldade ajudou-me a prosseguir.

Ao Váldsen meu marido/companheiro, que tem compreendido e ajudado nesta trajetória pela busca incessante do conhecimento; às filhas Alessandra Natasha e Diva Verushka, que dividiram as muitas obrigações familiares, e aos filhos Váldsen Júnior e Isabella, domadores da informática, que digitaram as primeiras versões deste estudo.

Às mulheres que marcaram a minha vida com seus exemplos: Francisca, Laura e Noemia Rodrigues, e Yolanda Alves, mãe, tias e sogra, respectivamente.

Ao meu sogro, Valdemar Alves Pereira, filólogo da Academia Cearense da Língua Portuguesa, que ao longo da nossa convivência me ensinou a ter um apetite insaciável pelo conhecimento.

Às minhas amigas Suêuda Costa e Fátima Pinheiro, companheiras da graduação em enfermagem. A primeira, parceira das lutas nos órgãos de classe, leitora dos meus manuscritos e incentivadora crítica em todos os momentos. A segunda, parceira de trabalho na área de saúde pública, pela felicidade de saber da sua "torcida" por mim.

À enfermeira Maria José de Lima (Zézé), com quem estou em contato desde 1983, trocando informações sobre assuntos pertinentes às questões femininas e realizando oficinas de sensibilidade com enfermeiras, pelo atendimento às minhas solicitações.

Às colegas professoras Benedita Pessoa Forte e Sônia Maria C. Mota, que me deixaram com tempo livre suficiente para concluir esta pesquisa.

À Professora Raimunda Magalhães da Silva, coordenadora do Mestrado em Enfermagem na UFC, pela compreensão de que cada pessoa tem um ritmo e um tempo próprios para suas realizações; e ao Professor João Lucas Marques Barbosa, presidente da Fundação de Amparo à Pesquisa, que através do Programa de bolsas deu-me subsídios para cumprir o cronograma da investigação, assim como por integrar-me à formação de recursos humanos, com vistas a uma qualificação de alto nível para o Estado do Ceará.

RESUMO

Tendo como objetivo principal identificar a fala das mulheres no que se refere à saúde a partir das Representações Sociais do senso comum, a pesquisa foi estruturada baseada numa triangulação metodológica - a observação participante, a entrevista de longa duração e as dinâmicas linha da vida e modelagem do corpo com massa, que possibilitou conhecer espaços de experiências em saúde à nível individual e familiar. Os resultados conseguidos na análise de conteúdo descrevem algumas das Representações Sociais de saúde nas diversas fases da vida: infância, adolescência, vida adulta e /ou maturidade e velhice. E é neste movimento de passagem de uma fase a outra que são identificadas as categorias empíricas socialmente elaboradas, partilhadas e relacionadas com o passado, presente e projeção para o futuro.

ABSTRACT

The principal objective is to identify the ideas of women in reference to health, using as a starting point the general consensus of the Social Representation. The study was based on a triangular methodology - participant observation, lengthy interviews and the dynamics of life study and body modeling with clay. This made the knowledge of sets of experiments in health at the individual and family level possible. The results obtained from the content of the study describe some the Social Representations of health in various phases of life: infancy, adolescence, adult life and/or maturity, and old age. It is in this movement of passing from one phase to another that socially elaborated empirical categories are identified, elaborated, shared as a whole, and related to the past, present, and projected towards the future.

SUMÁRIO

	Pág.
1. INTRODUÇÃO	01
2. PRIMEIRA PARTE: OS FUNDAMENTOS TEÓRICOS	13
2.1. Políticas Públicas de Saúde x Políticas de Saúde para a Mulher	13
2.2. Teoria das Representações Sociais	21
2.2.1. Situando os autores	21
2.2.2. Formação da teoria	25
2.2.3. Estado atual da área de estudos	28
3. SEGUNDA PARTE: O PERCURSO METODOLÓGICO	31
3.1. Cenário da investigação	31
3.2. Configuração da trajetória para chegar aos sujeitos	32
3.3. Caracterização dos sujeitos da investigação	36
3.3. Utilizando técnicas para geração dos dados	38
4. TERCEIRA PARTE: CONSTRUINDO A ANÁLISE DOS DADOS	48
4.1. Tentativa de interpretar as representações sociais	48
4.1.1 Representações Sociais de saúde/doença	51
4.1.2 Representações Sociais da saúde na infância	54
4.1.3 Representações Sociais da saúde na adolescência	58
4.1.4 Representações Sociais da saúde na vida adulta	62
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	74
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	78

1 INTRODUÇÃO

Ao longo de mais de vinte anos de vida profissional, acompanhamos a evolução institucional da saúde pública no Brasil, historicamente desde 1500 e na prática desde 1974, com a reforma do Ministério da Saúde; em 1976, com o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento - PIASS; em 1977, com o Sistema Nacional da Previdência e Assistência Social - SINPAS; em 1980, com o Programa de Restrução da Previdência - PREV-SAÚDE; em 1982, com o Conselho Nacional das Ações de Saúde e Saneamento - CONASS; em 1986, com a VIII Conferência Nacional de Saúde; em 1987, com a criação do Conselho Nacional de Representantes Sociais; em 1988, com a promulgação da Nova Constituição Federal; de 1990 até nossos dias, com a implementação do Sistema Único de Saúde - SUS, compreendemos por que não existe uma política de saúde que atenda as necessidades da população e o porquê das áreas que privilegiam uma minoria em detrimento da promoção da saúde e prevenção da doença, instalando-se no País não só a indústria da doença como também o denominado caos da saúde que, segundo MENDES (1993, p. 2), no seu componente institucional tem sua raiz na incoerência entre objeto, estruturas e métodos que se consolidou nesse momento transicional de implantação do Sistema Único de Saúde.

Este acompanhamento possibilitou conhecer paralelamente como a enfermagem de saúde pública também vem se desenvolvendo.

ADAMI & ANDRADE (1976) apresentaram dois modelos básicos como subsídios ao ensino de enfermagem de Saúde Pública: o primeiro, o modelo da Estrutura Funcional do Trabalho da Enfermagem de Saúde Pública, configura o desempenho das funções da enfermeira e suas respectivas atividades; o segundo, o Grau de Especificidade do Desempenho das Funções da Enfermagem de Saúde Pública, relaciona essas funções e suas atividades aos três níveis de assistência (central, regional e local).

O Ministério da Saúde, publica em 1977, o Modelo Geral de Enfermagem e Padrões de Assistência de Enfermagem à Comunidade.

EGRY & QUEIROZ propõem em 1988 uma Metodologia de Assistência de Enfermagem Comunitária com Bases Metodológicas Fundamentadas no Materialismo Histórico e Dialético, abordando a dimensão estrutural, a dimensão particular e a dimensão singular.

Hoje, passados mais de vinte anos da consolidação da profissão como atividade de nível superior (1962), percebemos que as mudanças que podem ocorrer estão relacionadas com a estrutura econômico-jurídico-política e ideológica; e entre os múltiplos fatores no contexto da América Latina, CHOMPRÉ (1991, p.32) destaca ser esta **UMA profissão hegemonicamente feminina.**

Apesar dos avanços ocorridos, tais como ingresso em cursos de mestrado e doutorado com a obtenção dos respectivos títulos, destaque do papel da enfermeira na sociedade integrando projetos com outras profissões, e, ocupação de cargos de liderança em movimentos do setor da saúde e educação, observa-se que a enfermagem tem sido parte na definição de políticas para a saúde e educação.

No Ceará, a enfermagem completou seu jubileu de ouro em 1993, formando nos três cursos da Capital e um em Sobral uma média de cento e vinte profissionais/ano. Atualmente, segundo dados do COFEn/COREn-Ce, estão inscritos cerca de três mil e quinhentos enfermeiras e enfermeiros desenvolvendo suas atividades na quinta Capital do País, situada na região mais pobre, o Nordeste. Apesar de Fortaleza ser destaque nacional, convive a cidade com inúmeros problemas sócio-sanitários e econômicos, quais sejam: desemprego, fome, falta de saneamento, doenças endêmicas, desnutrição, meninos de rua, prostituição infantil etc.

Este quadro não tem afastado o visitante nacional nem o estrangeiro, estando em evidência o setor do turismo.

O pólo da moda é o ponto inovador na geração de recursos e empregos, sem esquecer a pesca, o couro e o granito.

Em relação à cultura, esta resiste pelo trabalho de grupos que acreditam nesta forma de manifestação.

É nesta realidade que está inserida a Universidade Federal do Ceará, criada em 1955, com o objetivo de preservar, elaborar, desenvolver e transmitir o saber em suas várias formas de conhecimento puro e aplicado e, em decorrência das Recomendações do Plano Decenal de Saúde para as Américas (1970-1980) elaborado na II Reunião de Ministros da Saúde, a UFC, projetou o Curso de Graduação em Enfermagem, com início no ano de 1976.

A trajetória da enfermagem na UFC se solidifica com ofertas para curso de especialização na área fundamental, com enfoque preventivo, enfermagem de saúde pública e, mais recentemente, com o mestrado em Enfermagem.

A operacionalização da prática de enfermagem tem se efetivado ao longo desses anos, em centros de saúde, postos de saúde, ambulatórios e instituições filantrópicas, com algumas incursões às escolas de primeiro grau.

É a partir desta prática que identificamos o interesse de estudiosos em investigar os fatores que interferem na saúde da mulher. Sejam eles naturais, biológicos, sociais ou econômicos, estão, direta ou indiretamente, relacionados ao **continuum** saúde-doença-morte.

Partindo do pressuposto de que o avanço epidemiológico tem associado o aparecimento de doenças a determinadas estruturas sociais e que a enfermeira comunitária está sensibilizada e capacitada para atuar individual, familiar e coletivamente, é que se entende como necessária a integração desta profissional ao núcleo familiar, tendo como elo a mulher, pois atualmente a relação da mulher com a saúde ocorre quando esta se imite na condição de procriadora da espécie, consumidora e trabalhadora de serviços e bens de consumo para toda a

sociedade. No âmbito doméstico, a mulher está sempre disponível às solicitações dos seus membros, nos cuidados com a higiene, alimentação, tratamento dos enfermos e no auto-cuidado, sendo que, nas mais das vezes, ela não está atenta às fases do seu ciclo vital (adolescência, fase reprodutiva, climatério e velhice).

Apesar de representar mais da metade da população mundial e de ser objeto central no planejamento das políticas de saúde, há que se evidenciar o insuficiente e desigual valor que se atribui aos papéis desempenhados pela mulher na sociedade. Nesta realidade, sua relação com a saúde se tem operado de forma efetiva, pois, na qualidade de mãe, mulher e trabalhadora, ela tem sido o elo entre o núcleo familiar e os profissionais de saúde, posto que são grandes demandadoras por atenções de saúde. Estes serviços, teoricamente destinados a assistir integralmente a saúde da mulher na perspectiva do Sistema Único de Saúde, não têm garantido acesso fácil e resolução de suas demandas porque a saúde da mulher é enfocada valorizando e particularizando em demasia os aspectos biológicos relativos ao sexo, descartando os demais de natureza própria ao gênero feminino. Embora essa garantia esteja preconizada na Constituição Brasileira (*Saúde - direito do cidadão dever do Estado*), as mudanças nas estruturas econômicas e sociais não se realizaram e, em consequência, tal princípio não foi efetivado, daí resultar uma deterioração das atenções de saúde, que se apresenta mais acentuada quando se trata de serviços disponíveis para as mulheres.

Desde 1984, tentativas de minimizar essa situação vêm tendo curso através das porta-vozes do movimento de mulheres, que exigem nova abordagem das práticas educativas e implementação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM). A mobilização vigilante reivindica assistência à infância, adolescência, juventude, gravidez, maternidade, parto, aleitamento, prevenção de câncer ginecológico e de mama, nas doenças sexualmente transmissíveis e relativamente à saúde mental. Entretanto, em nenhum Estado da Federação, o tão apregoado programa consegue assistir 50% da população feminina em idade fértil nem contemplar suas ações fundamentais de enfermagem. Este baixo percentual de cobertura indica uma séria problemática na execução das políticas públicas de saúde e sugere inúmeros estudos que sinalizem para uma resolução.

Diante deste problema que nos preocupa sobremaneira, decidimos investigar as representações das mulheres em relação à saúde, pois a mulher, no âmbito familiar privado, atende a todos mas se esquece de si, e no contexto político-público seu espaço conquistado ainda é bastante incipiente.

Definimos como objetivos:

- Conhecer como as mulheres vivem e desenvolvem representações sociais sobre a saúde durante o ciclo vital.
- identificar a fala das mulheres no que se refere à saúde, buscando sua compreensão a partir das representações sociais do senso comum;
- captar no discurso das mulheres quais são suas experiências diante das questões de saúde, quer seja individual e /ou familiarmente;
- proceder à interpretação das representações sociais a partir das suas dimensões de conteúdo e de processo.

A escolha do tema em foco e dos sujeitos da pesquisa não ocorreu aleatoriamente. Desde os primeiros contatos comunitários como aluna da graduação em Enfermagem e na execução de atividades com mulheres gestantes e/ou mães, observamos, no exercício da prática profissional, muitos aspectos destes programas de assistência à mulher e à criança, que possibilitaram nosso envolvimento com a problemática inerente à condição da mulher, quer seja no âmbito individual ou coletivo e no contexto local, regional, nacional e mundial.

O conhecimento pela enfermeira comunitária da relação dialética saúde/doença tem favorecido a compreensão desse processo, possibilitando a prestação de uma assistência à saúde individual, familiar e coletiva.

Atuando em um dos projetos da UFC desde 1988, tem-nos sido possível realizar uma prática de enfermagem em saúde comunitária, de maneira independente, posto que esta atuação se efetiva com o objetivo decidido de promover a saúde ao mesmo tempo em que atuamos na prevenção de doenças.

A definição por uma prática independente de enfermagem ocorreu com o ingresso de docentes e discentes no Projeto Uruguaiana, em 1988, quando esta prática já era exercida através das funções de ensino, assistência, administração e pesquisa com as seguintes atividades: consulta de enfermagem à gestante e à criança, visita domiciliar, trabalho com grupos (jovens, hipertensos, idosos, escolares).

Segundo o relatório do CEDEFAM (1985), em 1980 ocorre a implantação do Projeto Uruguaiana e, em 1981, o funcionamento com recursos do programa de Desenvolvimento das Ações Sócio-Educativas e Culturais, (PRODASEC), sendo construído o Centro de Desenvolvimento Familiar (CEDEFAM); em 1982, as obras de saneamento e o movimento para posse de terra são desenvolvidos com a participação comunitária sob a assessoria de grupos interdisciplinar e multiprofissional; entre 1985 e 1993 a prática é exercida por alunas das disciplinas Estágio Interdisciplinar, Habilitação em Saúde Pública e Enfermagem de Saúde Pública, da Especialização, sendo supervisionado por professoras das respectivas disciplinas.

Compreendemos a diversidade enorme das dificuldades pelas quais passam os mais carentes, assim como a insuficiência de recursos humanos para assisti-los, daí por que temos procurado também desenvolver as atividades com alunas do Curso de Especialização em Enfermagem de Saúde Pública. Deste trabalho com alunas, enfermeiras e docentes foi possível realizar um diagnóstico da nova comunidade que se instalou nas proximidades da área geográfica do *campus* do Pici - Universidade Federal do Ceará - Brasil.

Das várias reivindicações e dados registrados, tais como, formação de grupos de hipertensos, mães, gestantes, idosos, escolares, destacamos o interesse das mulheres de conhecer como usar os métodos contraceptivos.

A formação de grupos visando a discutir o tema proposto funcionou a contento até o início da propaganda eleitoral de 1992, quando houve evasão das mulheres para trabalharem todos os dias na distribuição de panfletos e folhetos dos candidatos, tarefa que se tornou prioritária por uma questão de sobrevivência.

Conhecendo aos poucos as experiências vividas pelos moradores e o processo de conscientização por que passaram para que chegassem à comunidade que integram hoje, foi possível aproximarmos-nos das atividades da Associação de Moradores, cuja finalidade é reivindicar junto às autoridades federais, estaduais e municipais melhores condições de habitação, saúde, alimentação, cultura, trabalho, transporte, saneamento básico, segurança pública, esporte e lazer.

Diante do exposto a investigação foi realizada tendo a interrelação de conceitos: Mulher - Família - Saúde - Saúde Familiar - Enfermeira - como subsídio necessário a sua operacionalização.

- **MULHER**

Numa visão tradicional, fêmea na espécie humana, pessoa do sexo feminino, a mulher se distingue do homem por seus caracteres sexuais (órgãos genitais) e por seus caracteres sexuais secundários (seios, distribuição de pelos, voz etc.).

As diferenças em termos de fisiologia, gravidez e corpulência física existem, mas, em troca, os órgãos dos sentidos, os reflexos, a motilidade voluntária ou automática não são afetados pela diferença sexual, conforme atesta o acesso

que a mulher tem tido à maior parte das profissões e atividades exercidas historicamente pelos homens.

Da década de 80, destacamos o estudo de SCOTT(1989, p.3) que substitui o conceito de mulher pela definição de gênero, usado para designar as relações sociais entre os sexos, rejeitando claramente as explicações biológicas que subordinam as mulheres e enaltecem os homens. **O gênero se torna, aliás uma maneira de indicar construções sociais.**

Segundo o direito e a sociologia, a situação da mulher na sociedade variou no tempo e no espaço, mas parece que atualmente a promoção da mulher é constatada em planos diferentes na maior parte dos países, com o desaparecimento da poligamia, o acesso ao voto, a promoção intelectual, jurídica e econômica.

Apesar dos avanços, permanece ainda difícil à mãe de família cumprir ao mesmo tempo as obrigações domésticas, familiares e profissionais.

Torna-se importante o estudo dos obstáculos ao desempenho de seus papéis na família e nos grupos de vizinhanças; estudo da condição da mulher como cidadã exercendo seus direitos como responsável pela saúde da família, o estudo das relações de gêneros e suas implicações na dinâmica familiar; os estudos sobre violência doméstica.

- **FAMÍLIA**

Origina-se do latim *familiae* significando grupos de pessoas que vivem em comum sob a liderança de um chefe. Baseia-se na vida em comum, revela-se como principal unidade social de relevante importância no desenvolvimento da sociedade, pois é nela que se formam os principais conceitos de valor, propiciando a formação de elementos estruturais da personalidade e do caráter.

NOGUEIRA apud COSTA (1986), analisa as influências do progresso nas alterações do perfil familiar e destaca os seguintes aspectos: diminuição de sua dimensão, perda de sua estabilidade, emancipação da mulher, fases de transição de uma família numerosa para uma família menor, freqüente mudança de um lugar para outro, falta de controle a visões entre casais e os filhos, delegação de cuidados dos filhos aos pais idosos a instituições da comunidade.

Nos aspectos educacional, social, econômico e político essa mesma autora (1986) aponta razões para que a família seja a unidade de assistência à saúde e ressalta que a mulher na família, cada vez mais emancipada e solicitada, contribui para alterar padrões tradicionais.

De acordo com dados do Banco Mundial apud MENDES (1993, P. 4)

é altíssimo o impacto que tem o aumento dos anos de escolaridade da mulher sobre taxas de mortalidade infantil. O incremento de um ano de escolaridade média da mulher determina uma queda de 7 a 9 pontos percentuais nas taxas de mortalidade infantil.

- **SAÚDE**

Entende-se saúde como resultante da melhoria das condições de vida das populações.

Historicamente, a preocupação com a saúde é tão antiga quanto a própria humanidade. No Brasil, a evolução institucional se dá desde o seu descobrimento e vem se modificando a cada século.

A promoção da saúde, assim como a melhoria das condições de vida da população, pressupõe, como afirma MENDES (1993, p.4)

o reconhecimento da necessidade de incrementar ações externas ao setor e que têm grande impacto sobre os níveis sanitários, em especial, nas áreas de educação, saneamento, alimentação e nutrição, reprodução humana e estilos de vida.

- **SAÚDE FAMILIAR**

A saúde familiar é o reflexo das práticas sociais e econômicas do governo, mediadas pela ação organizada da população.

COSTA (1986, p. 112) cita que

a OMS, reconhece a importância da saúde da família e propõe como parâmetro básico da assistência global, todas as ações que envolveram: atendimento pré-natal, consumo de alimento, o nascimento, o atendimento pós-natal, amamentação e desmame, complementação da alimentação, supervisão do crescimento e desenvolvimento da criança, imunização, controle periódico da saúde, melhoria da habitação, creches a saúde e a escola, nutrição, planejamento familiar, acidentes, saneamento ambiental, doenças sexualmente transmissíveis e educação em saúde.

Para otimizar as ações de saúde na família é necessário enfocá-la como prioridade, o que parece estar começando a se tornar realidade com o programa de saúde familiar que está sendo implantado.

- **ENFERMEIRA**

A enfermeira é uma profissional cuja área de ação envolve a promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde do indivíduo, família e comunidade.

Ao trabalhar junto à família, é necessário que a enfermeira a veja como uma unidade global e que, ao realizar suas ações, rejeite aquelas assistencialistas tendenciosas, visto que esta profissional ocupa lugar de realce no acesso fácil aos lares e a outros grupos comunitários.

No desempenho do seu papel de agente no processo de mudança social, ela deverá integrar o grupo família a este processo, com vistas a contribuir para a melhoria do nível de saúde dos seus membros a partir de recursos existentes na própria comunidade e do exercício da cidadania.

Ela assistirá diretamente o indivíduo, a família e a comunidade a partir do enfoque epidemiológico-social em qualquer dos níveis de atenção.

Portanto, a enfermagem é parte integrante do sistema de saúde e, como subsistema, vem se defrontando com problemas próprios de uma profissão predominantemente feminina numa sociedade desigual em que é marcante a hegemonia masculina.

Segundo LANGE (1991), a posição da mulher-enfermeira reflete toda a problemática da mulher latino-americana, que inclui a discriminação social e no trabalho, a falta de oportunidades de preparação profissional, a sobrecarga por suas obrigações domésticas, não compartilhadas com o companheiro, a responsabilidade da reprodução biológica sem o suficiente apoio social, baixos salários etc.

A enfermeira deveria ser uma profissional sensibilizada para assumir seu papel concretamente de acordo com as condições sócio-econômicas da região, afastando-se de rotinas tecnicistas, direcionando suas ações em consonância com a realidade sócio-sanitária e cultural que se apresenta, tendo em vista os aspectos bio-psico-sócio-espirituais do indivíduo, família e comunidade e a compreensão por parte da enfermeira do seu papel social, das possibilidades e limitações que a sociedade lhe impõe, e a satisfação profissional que possa ter, tudo isso faz parte da força que tem o trabalho de enfermagem integrante do trabalho em saúde, cuja

satisfação outorga ao ser humano uma maior capacidade de auto-ajuda e de administrar obstáculos externos (LANGE, 1991).

2 PRIMEIRA PARTE: OS FUNDAMENTOS TEÓRICOS

A opção por desenvolver um tema sobre *Políticas Públicas de Saúde x Políticas de Saúde para a Mulher* propiciou-nos conhecer como vem se estruturando por quase um século as ações de saúde no País, ressaltando os programas direcionados especificamente às mulheres.

Com o tema *Teoria das Representações Sociais* e suas subdivisões situamos os autores e delineamos o desenvolvimento, no cenário nacional, da produção científica, focalizando as representações sociais como objeto central dos estudos, sendo esta a teoria que embasa a nossa investigação.

2.1 Políticas Públicas de Saúde X Políticas de Saúde para a Mulher

NASCIMENTO (1992, p. 79) identifica na época escravocrata **total ausência de ações organizadas para a manutenção, recuperação ou prevenção de problemas de saúde da população.**

No Brasil-República, as mudanças ocorridas com o fim do escravismo e a heterogeneidade dos diversos modos de produção possibilitaram o desenvolvimento do sanitarismo estatal, pois a crescente imigração de estrangeiros e as precárias condições de trabalho e moradia favoreciam o aparecimento de doenças, que influenciavam diretamente no desenvolvimento econômico, principalmente do Rio de Janeiro e São Paulo.

Vale ressaltar, como marco importante desta história sanitária, a atuação de Carlos Chagas, na reorganização dos serviços, e a criação do Departamento Nacional de Saúde Pública, constituindo-se na primeira instituição *organizada* de saúde do País, que segundo LUZ (1978, p. 159), **atua nas áreas de**

saneamento urbano e rural, da higiene industrial e dos serviços de higiene materno-infantil muito especialmente ...

Com a criação das Caixas de Aposentadorias, estatizadas via Lei Elói Chaves, os benefícios são estendidos às mulheres, pois, antes, estas, enquanto força de trabalho que se restringia ao trabalho doméstico e rural, eram alijadas da assistência. Tal exclusão configurava-se como reflexo da pequena participação da mulher no mercado de trabalho e em ocupações sem *status* social.

Ao levantar dados históricos desde as Caixas de Aposentadorias(1921) até a criação do Ministério da Saúde (1953), encontra-se nos estudos de GARCIA (1984, p.25) o desenho de uma curva em "S" que descreve as *criações* distribuídas no tempo. No caso brasileiro, tal curva se adequa plenamente: **período lento de criação seguido de um rápido incremento, terminando com outro lento desenvolvimento**, de forma que, ao longo de vinte anos, o setor saúde assim se desenvolveu.

O mesmo autor explica que, de 1880 a 1930, na contextura latino-americana, *a curva de criação de diretorias nacionais* se dá em período diferente da criação dos ministérios, podendo ser encontrada curva idêntica quando se refere à criação de seguros estatais de maternidade, acidentes e doenças.

A partir da década de 30, foram muitas as modificações no setor saúde, **cujas ações no seu conjunto maior não atendem às necessidades de nenhuma camada da sociedade, por essa razão sobressaem as deficiências do setor, quando se trata de atender à mulher** (LIMA,1988, p.87).

Como não existia uma política de saúde, a elaboração de programas e planos estava condicionada às pressões da classe trabalhadora, ocorrendo, na reunião de Ministros das Américas, em 1972, a formulação do Plano Decenal de Saúde para as Américas, onde estava explícita a preocupação com a maternidade e a infância. Posteriormente, em 1974, durante a realização da

Conferência Nacional de Saúde, são estabelecidas as bases para implantação e implementação de um programa de assistência à mulher e à criança. Mas, somente em 1975, é implantado o Programa de Saúde Materno-Infantil (PSMI) pelo Ministério da Saúde, e que visava a atender à população feminina de 15 a 49 anos, no pré-natal, parto e puerpério, e proteger o recém-nascido.

Esta preocupação de se ter no País uma população *sadia*, coincide com o *milagre brasileiro*, cuja assistência ao grupo materno-infantil passa a ser assunto de segurança nacional, pois objetivava preencher os espaços vazios do território brasileiro com os nascidos sob essa doutrina. Observa-se, dessa maneira, que a idéia básica do programa era atender à mulher no ciclo gravídico-puerperal, ressaltando seu papel procriador.

Ainda na década de 70, surge, posteriormente ao Programa de Saúde Materno Infantil, mais precisamente em 1978, o Programa de Prevenção da Gravidez de Alto Risco - PPGAR, cujo objetivo era a implantação do planejamento familiar a esse grupo específico.

Nesta mesma época, observa-se na área privada uma efervescência das ações de planejamento familiar, em convênio com instituições internacionais, de caráter eminentemente controlador.

GREER apud NASCIMENTO (1992, p. 81) relata que, até 1987, o Brasil tem aceito a assistência multilateral de várias dessas entidades estrangeiras dentre os quais:

...ajuda bilateral da Agência de Desenvolvimento Canadense, além de abrigar oito projetos financiados pela Associação para a Esterilização Voluntária, outro pelo Programa de Vida Familiar e População do Serviço Mundial de Igrejas e oito pequenos projetos da Development Associates Incorporated. O Brasil aceita quatro financiamentos da Fundação Ford, um da Fundação de Serviços Gerais, dois do Comitê Internacional de Pesquisas Aplicadas de População, três do Centro Internacional de Desenvolvimento de Pesquisa, um

do Programa Internacional de Pesquisa de Fertilidade, um do JOICFP (Organização Japonesa para Cooperação Internacional em Planejamento Familiar), sete do Pathfinder Fund, oito do Conselho de População, quatro da Fundação Rockefeller e três da World Neighbours. A Federação Internacional de Paternidade Planejada (IPPF) mantém a Sociedade Civil de Bem-Estar Familiar do Brasil (BEMFAM) com cerca de três e meio milhões de dólares por ano. O valor anual das outras ajudas situa-se em torno de sete milhões de dólares.

Através da Comissão Interministerial de Planejamento da Secretaria do Planejamento da Presidência da República, em 1984 a saúde da mulher é considerada área prioritária, estando envolvidos os três ministérios da área social, quais sejam, Saúde, Previdência Social, Educação e Cultura. Destes, apenas o Ministério da Previdência Social conseguiu elaborar um programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) que, todavia não dispunha de recursos para implantá-lo nacionalmente, ficando restrita inicialmente à sua implantação em Goiânia.

As críticas mais veementes ao PAISM partem de dois grupos feministas: o Grupo Brasília Mulher, afirma que há coerência entre os objetivos do programa e a política *controlista* vigente do País; o Grupo Eva de Novo de Goiânia identifica no PAISM a possibilidade de proporcionar meios necessários para atender aos anseios das mulheres pobres, quais sejam, evitar filhos.

Observa-se que os grupos feministas se dedicam à causa da saúde da mulher visto que há uma experiência concreta consolidada por profissionais do Ministério da Saúde. Com estas lutas, conseguiu-se que o PAISM correspondesse apenas às reivindicações e ações relativas à saúde das mulheres independentes das questões relativas à saúde das crianças. Para estas, o M.S. havia delineado o PAISC (Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança) partindo do Programa Materno-Infantil, enfim, prevalecendo a cidadania dos dois grupos sociais. Em 1986, voltam-se a fundir os dois

programas sob a justificativa das facilidades operacionais, sem considerar os prejuízos políticos futuros.

A alienação demonstrada pelas mulheres responsáveis pelos programas reflete a incapacidade de tomar consciência da própria opressão, de escutar a vivência uma das outras, de conseguir socializar suas histórias tornando-as políticas para que se tornassem capazes de elaborar ações de saúde que revolucionaram os discursos e as práticas da Instituição a que servem (LIMA, 1988, p. 88) .

Estes grupos (cerca de 2000 mulheres), conscientes do projeto democrático em efervescência no País, encaminham uma carta aos constituintes, em 1986, esclarecendo que o princípio tão apregoado pelo projeto da Reforma Sanitária de que *A Saúde é um direito de todos e dever do Estado* deve ser recusado, porque este *dever* é poder e *direitos* delegados se confundem com obediência às normas pré-estabelecidas pelo Estado.

Ainda em 1986, realiza-se a VIII Conferência Nacional de Saúde, que reafirma as recomendações para a Reforma Sanitária e a organização de um Sistema Único de Saúde. É criado o Conselho Nacional dos Direitos da Mulher (CNDM), integrado por mulheres dos partidos políticos de apoio ao governo e de movimentos feministas, cujas presenças são marcantes para implantação de políticas públicas e participação ativa na elaboração da nova Carta Constitucional.

Estes referenciais são importantes em todo o processo de reformulação da saúde no Brasil. Entretanto, no que diz respeito à saúde da mulher, outros dois merecem destaque: o primeiro é o da participação efetiva das feministas na equipe técnica do Ministério da Saúde,

desde a formulação do programa até o encaminhamento de estratégias ousadas que modificam substancialmente metodologias de treinamento e conteúdos normativos

visando uma percepção do gênero no âmbito da prática assistencial (S.O.S. Corpo, 1992, p. 1).

O segundo relaciona-se à realização da Conferência Nacional de Saúde dos Direitos da Mulher (1986), que considera o PAISM como o primeiro programa de assistência à saúde da mulher no Brasil.

Surge no contexto do PAISM o conceito de assistência integral:

referindo-se à garantia de acesso da demanda aos diversos níveis de assistência à saúde bem como a oferta de ações de saúde que reflitam o perfil epidemiológico da população sem qualquer discriminação de clientela, visando interferência na mudança dos indicadores de saúde. (COSTA, 1988, p. 74).

Este conceito de integralidade esboçado no PAISM é melhor explicitado nos projetos da Carta de Itapeirica da Serra - SP, de outubro de 1984, onde aconteceu o 1º Encontro de Saúde da Mulher, quando se fizeram representar mulheres de dezenove estados. A exigência é para que o programa envolva todos os ciclos biológicos da mulher:

infância, adolescência, juventude, maturidade, menopausa e velhice; concretizados na sua especificidade sexual (menstruação, contracepção, gravidez, parto, aleitamento, fertilidade, doenças, prevenção do câncer ginecológico e de mama, saúde mental e algumas doenças clínicas mais comuns), e tudo isso integrado com a prevenção e tratamento das doenças relativas a sua inserção concreta no sistema produtivo seja como trabalhadora e/ou dona de casa.

Entendemos, portanto, que, para dar conta da complexidade da assistência à mulher, as reformas na área da saúde devem garantir assistência à saúde de toda a população, sem a qual não se concretizará a atenção integral à mulher.

Ademais, outros aspectos devem ser considerados e incorporados para a ampliação do conceito de integralidade, quais sejam, localização e organização dos serviços e acesso a estes e escolha de práticas opcionais de assistência à saúde (homeopatia, fitoterapia, acupuntura).

Segundo publicação da Organização Panamericana de Saúde (1986) citada por CONILL (1988) o Brasil integra o bloco de países, juntamente com Bolívia, Colômbia, El Salvador, Guatemala, Haiti, Equador e Paraguai com pior situação face à mortalidade materna e infantil.

Estudo da Organização Mundial de Saúde (OMS), referido por LIMA (1988, p. 87), indica que a saúde da mulher é afetada por diversos estados mórbidos, entre eles:

a anemia, a diabetes, as doenças cardiovasculares; os acidentes e a violência em mulheres entre 15 e 44 anos se reveste de enorme importância como causa de óbitos, cirrose hepática pelo aumento de consumo de álcool; blenorragia em adolescentes entre 15 e 17 anos, prostituição; as doenças sexualmente transmissíveis; câncer pulmonar, distúrbios causados pelo stress de dupla ou tripla jornada de trabalho manifestada em neuroses, ansiedade, úlcera gástrica e duodenal, infarte cardíaco, senilidade precoce, causada pelo alto ritmo de trabalho.

Associados a esta lista de problemas existem outros que são inerentes à cultura de cada mulher, cuja dimensão extrapola o controle do Estado e as referências da área médica e administrativa, expressando-se, entre as mulheres, de forma marcante, pelo pudor do corpo, o que as impede de procurar os serviços de saúde.

É difícil analisar a situação de saúde da mulher brasileira, especialmente pelos escassos dados quando se referem àquelas que não estão incluídas no grupo das gestantes e nutrizas.

O estudo de CONILL (1988) enfatiza a correlação entre oferta e demanda como ponto crucial da organização e da programação dos serviços de saúde para atingir-se uma cobertura satisfatória de uma determinada população. Para isto, a oferta deve ser sistematizada, contínua e permita o acesso a qualquer dos níveis de assistência primário, secundário e terciário. A operacionalização da oferta de serviços de saúde está diretamente integrada ao conhecimento da demanda, isto é, estimar o número de mulheres acima de 15 anos e de gestantes.

AQUINO et al. (1992, p. 200) encontraram nas dez unidades da Federação

(PA, CE, PE, BA, MG, RJ, SP, PR, RS,) estudados que as mulheres apresentaram maior prevalência de problemas de saúde, maior demanda e maior utilização de serviços de saúde, o que é consistente com a literatura internacional.

Estes resultados nos permitem compreender a universalidade do modelo biomédico estabelecido, assim como a homogeneidade dos programas que são implantados independentemente dos interesses e das características locais.

BREMS & GRIFFITS (1992) recomendam que o trabalho dos peritos internacionais deve ser conciliado com o das mulheres das localidades, para que os recursos sejam melhor aproveitados e administrados e ROZENFELD (1989, p. 267) sustenta a crença:

a respeito da influência positiva que uma população feminina, dotada de auto confiança na sua própria capacidade de pensar e agir, poderá exercer para a concretização das transformações sociais necessárias, a partir de uma perspectiva participativa e democratizante das relações sociais.

2.2 A Teoria das Representações Sociais

2.2.1 Situando os autores

MINAYO (1993, p. 158) conceitua representação social como **um termo filosófico que significa a reprodução de uma percepção anterior ou do conteúdo do pensamento.**

Para ARRUDA (1983, p. 11), as representações sociais

constituem, pois, uma forma de pensamento típica de nossas sociedades, onde a visão de um mundo estruturado dá lugar pouco a pouco a um mosaico de idéias as quais não têm tempo de sedimentar-se e virar tradições e passam continuamente por nós.

Partindo destas definições iniciais, pretendemos apresentar as idéias, os pensamentos e os estudos de dez autores, desenvolvidos entre 1983 e 1993, a respeito da Teoria das Representações Sociais.

Embora esta teoria tenha se originado do conceito de representação coletiva de Durkheim, é Moscovici quem a introduz na psicologia social na década de 60, com a pesquisa *A Psicanálise - sua imagem e seu público*.

ARRUDA (1992, p. 118) diz que o conceito de representação social: **nos confronta com um amálgama de conhecimentos e crenças ideológicas, senso comum, religiões.**

MINAYO (1993, p. 159) afirma que o termo se refere a **categorias de pensamento através das quais determinada sociedade elabora e expressa sua realidade.**

Tais categorias ligam-se a fatos sociais e podem ser observadas e interpretadas, sendo passíveis de estudo nas diversas correntes de pensamento.

Após trinta anos, o campo de estudos - representação social - se desenvolveu nos aspectos teórico-conceituais e metodológicos e se difundiu para além das fronteiras da França e de toda a Europa, chegando à América Latina, através dos artigos de Banchs, na Venezuela, e de Arruda, no Brasil.

Tendo como primeiro referencial brasileiro os artigos de Arruda (1983, 1985), é que penetramos, preliminarmente, no arcabouço da teoria, complementando a nossa compreensão com os artigos de Bonfim e Almeida, (1991) Birman e Herzlich (1991) Sá, Lane, Spink e Schulze (1993).

ARRUDA (1983, p. 5), no seu primeiro artigo, situa o Nordeste como uma região *singular* no Brasil em que o indivíduo **sofre o jugo da ecologia tanto quanto a normatividade da sociedade e onde o cruzamento das duas gera uma ou várias culturas peculiares...**

Na busca de referenciais sobre a região, esta autora encontra inúmeros trabalhos cujas abordagens são diversas e envolvem aspectos relacionados ao "impacto das condições da vida", "fenômenos ligados à mudança e seus reflexos sobre as mentalidades", "maneiras de pensar, de perceber e de viver das pessoas."

Ela considera que, para qualquer problemática a ser investigada, de caráter antropológico ou econômico, quer seja nas ciências na saúde ou da educação, o estudo das representações sociais possibilita explicar como se operam as relações entre indivíduo/sociedade. Entretanto, é "o processo de interação" que dá sentido às representações sociais no âmbito da vida cotidiana, constituindo-se em **uma modalidade de conhecimento particular que tem por função a elaboração de comportamentos e a comunicação entre indivíduos** (BONFIM & ALMEIDA, 1991, p. 6).

Tal modalidade de conhecimento particular é o senso comum do dia a dia dos indivíduos, cuja elaboração e funcionamento ocorrem a partir do social e da interpretação do pensamento e da ação destes sobre a realidade.

Dos autores abordados por MINAYO (1993, p. 164), destaca-se ALFRED SCHUTZ, que usa a expressão *sensu comum* para falar de representações sociais. Para este autor, tanto o conhecimento científico como o *sensu comum* envolvem um conjunto de **abstrações, formalizações e generalizações.**

SCHULZE (1993) afirma ser Moscovici o grande inspirador de inúmeras pesquisas na área da saúde. SPINK (1993) enumera o que considera estudos clássicos sobre representações sociais e, entre estes, o de HERZLICH (1969) sobre a saúde/doença. BIRMAN (1991, p. 21) considera que **o campo da saúde se apresenta como uma imensa escritura de representações e de enunciados que exige do pesquisador um trabalho sistemático de interpretação.**

ARRUDA (1985, p. 49) objetivou com sua pesquisa num bairro de baixa renda em Campina Grande:

conhecer o universo, representacional de mães de família , no que se refere à saúde, a fim de compreender sua conduta com respeito a ela e estabelecer indicadores para a avaliação dos serviços correspondentes.

A autora partiu de uma hipótese básica explicitada anteriormente por Kæes (1968), Moscovici (1976) e Jodelet (1981), em relação ao comportamento social: **as representações sociais encontradas no público a respeito de saúde seriam o substrato que explica a gestão da saúde por parte dele (Arruda, 1985, p.50).**

BONFIM & ALMEIDA (1991) destacam o fato de que esta pesquisa explicita os anseios, as necessidades e as práticas de mães de família e revela, a partir das representações deste grupo social, indicadores para a reformulação da política de saúde vigente.

São resultados deste tipo que colaboram na formação da teoria, na percepção de SÁ (1993, p. 26) quando cita MOSCOVICI (1976): **esses conjuntos de conceitos, afirmações e explicações, que são as representações sociais, devem**

ser considerados como verdadeiras "teorias do senso comum", ciência coletiva, pelos quais se procede à interpretação e mesmo a construção das realidades sociais.

Tais realidades sociais se relacionam a um objeto circunscrito a partir de opiniões, imagens, conhecimentos, crenças etc, conteúdos estes que permitem compreender os grupos sociais, compará-los entre si e identificar as convergências e divergências. Na perspectiva de SPINK (1993, p. 88-89), esta noção complexa de representação social é ratificada por JODELET (1984, p. 34):

são fenômenos complexos cujos conteúdos devem ser cuidadosamente destrinchados e referidos aos diferentes aspectos do objeto representado de modo a apreender os múltiplos processos que concorrem para a sua elaboração e consolidação como sistemas de pensamento que sustentaram as práticas sociais.

BONFIM & ALMEIDA (1991), consideram as representações sociais um conhecimento prático que, embora oposto ao conhecimento científico, é semelhante a este e cuja formação parte de um "conteúdo simbólico". O primeiro é relacionado ao processo interativo da vida cotidiana e o segundo é ligado à estrutura conceitual metodológica e hierárquica onde se produzem as ciências.

Há um consenso entre os autores a respeito do que se pode detectar na representação social: valores, ideologias, contradições. Segundo BIRMAN (1991), no campo da saúde, há registro de situações, tais como normalidade/anormalidade e da patologia cujas definições não se regem por normas científicas porque são reguladas por valores.

Este mesmo autor sugere uma releitura dos sistemas de representação, considerados naturais, assim como uma discussão sobre as problematizações que envolvem aspectos de saúde coletiva, onde a representação do corpo antes de sua determinação biológica é uma *realidade simbólica*, quer seja no nível individual ou social, suscitando questões significativas para a elaboração de políticas de saúde.

Outra concordância entre os autores estudados é a identificação da postura *cognitivista* como ponto de partida para compreender as representações sociais. LANE (1993, p. 61), entretanto, explicita como estas devem ser estudadas, citando JODELET:

... as Representações Sociais devem ser estudadas articulando elementos afetivos, mentais e sociais e integrando ao lado da cognição, da linguagem e da comunicação, a consideração das relações sociais que afetam as representações e a realidade material, social e ideal sobre os quais elas vão intervir.

Um terceiro ponto de convergência entre os autores é o que se relaciona ao objeto da representação social e que ARRUDA (1983:12) denomina de "novidades", como situações, teoria, ciências ou o que abrange conflito de valor e de idéias (cultura e saúde) ou objetos de significação, o corpo.

Diante do exposto até aqui, é possível entender as palavras de SPINK (1993) no artigo *O Estudo Empírico das Representações Sociais*, quando descreve os esforços que devem ser feitos para compreender a complexidade de estudos sobre o enfoque das representações sociais, quais sejam, compreender o impacto das correntes de pensamento na elaboração das representações sociais; a eficácia destas para o funcionamento social e o papel das representações sociais nas transformações sociais.

2.2.2 Formação da Teoria

BONFIM & ALMEIDA (1991, p. 6) definem o que pode ser considerado representação social:

porque não é todo conhecimento que pode ser considerado representação social, mas somente aquele do senso comum, da vida cotidiana dos indivíduos, que é elaborado

socialmente e que funciona no sentido de interpretar, pensar e agir sobre a realidade.

Tal ambiente da vida cotidiana possibilita identificar grande quantidade de assuntos diversos que despertam a curiosidade das pessoas e que podem ser compreendidos e explicitados, articulando diferentes questões surgidas das mais variadas experiências individuais.

Ao definir o campo das representações sociais, SÁ (1993, p. 32) cita JODELET: **representações Sociais são uma forma de conhecimento, socialmente elaborada e partilhada, tendo uma visão prática e concorrendo para a construção de uma realidade comum a um conjunto social.** BONFIM & ALMEIDA (1991) ressaltam que há tendência de respostas do grupo, cujos elementos que as englobam também as reforçam.

A caracterização do sentido de representação social é entendida por ARRUDA (1983) como um processo de interação social.

Constituem-se elementos ou dimensões da representação social a informação, a atitude em relação ao objeto, a abrangência da representação, o processo de objetivação e a ancoragem. A informação está relacionada à apreensão de um determinado objeto social por um grupo e envolve conhecimentos quantitativos e qualitativos. A atitude como dimensão primordial está ratificada para BONFIM & ALMEIDA (1991, p. 10) na citação de MOSCOVICI: **uma pessoa se informa e se representa alguma coisa unicamente depois de ter adotado uma posição e em função da posição tomada.** Tal posição poderá ser positiva ou negativa na relação com o objeto representado socialmente.

Objetivação e ancoragem são processos dinâmicos e complementares de uma representação social. O primeiro, traduz o social e sua relação com o objeto constituindo-se numa:

operação imaginante e estruturante pela qual se dá uma forma ou figura específica do conhecimento acerca do

objeto, tornando concreto, quase tangível, o conceito abstrato materializando a palavra. JODELET apud SÁ (1993:39).

Quanto ao segundo processo, a ancoragem, se refere a **integração cognitiva do objeto representado no sistema de pensamento pré-existente as transformações que derivam de um lado e de outro.** (JODELET, 1988, p. 29)

A relação dialética objetivação/ancoragem possibilita uma articulação de três funções básicas da representação: a cognitiva; de interpretação da realidade e de integração às condutas nas relações sociais. Tal processo permite enraizamento de idéias, incorporando o novo na familiarização do estranho e modificação dos sistemas pré-existentes via classificação e denominação, aproximando o novo ao familiar.

Para compreender o processo de representar, necessário se faz correlacionar percepção como presença do objeto e o conceito como ausência do objeto. Percepção e objeto, embora distintos, formam uma unidade que possibilita o conceito tornar-se percepção e esta tornar-se conceito. Entretanto, não se deve entender esse processo dinâmico de forma mecânica, levando-se em conta apenas a percepção como um elemento invariável.

HERZLICH (1991, p.20) recomenda que, apesar de o objeto ser de caráter original,

o pesquisador deve tentar articular em sua análise o fato de que a representação não constitui um simples reflexo do real, mas sua construção, que ultrapassa cada um individualmente e chega ao indivíduo em parte, de fora dele.

2.2.3 Estado atual da área de estudos

Há trinta anos, o emprego da representação social era praticamente nulo. Posteriormente, surgiu uma quantidade significativa de pesquisas empíricas. Nos últimos dez anos, difundiu-se além fronteiras europeias. Intensificam-se as pesquisas com maior refinamento em termos teórico-conceituais e metodológicos. Os pesquisadores se empenham em atualizar diferentes abordagens com outras do campo fenomenal.

LANE (1993) relata a pesquisa intercultural de que participou, realizada em 1973, a convite do Professor Charles Osgood. Tratava-se de analisar o significado afetivo de 600 palavras nos níveis inter e intracultural. Ainda esta autora menciona cinco outras pesquisas, cujas linhas de estudo trabalham com representações sociais individuais, utilizando estudo de caso ou histórias de vida. Dentre estas, destaca-se primeiramente a de Lamb, que estuda a consciência de idosos ativos e asilados. Nos primeiros, são observadas consciências pouco fragmentadas e, nos segundos, consciências bastante fragmentadas; LANE (199) enfatiza, ainda, a pesquisa de Sawaia, que estuda a consciência de mulheres faveladas. As técnicas utilizadas foram a entrevista e a observação participante. Com a entrevista, sobressaiu-se a descrição factual, enquanto que pela observação participante foi possível detectar, a partir dos mesmos fatos narrados, reações afetivo-emocionais.

SPINK (1993, p. 91) fornece um panorama das pesquisas no País e no exterior, destacando como estudos clássicos sobre representações sociais:

a pesquisa de Moscovici (1961) sobre psicanálise; de Jodelet (1989) sobre a loucura; de Herzlich (1969) sobre a saúde/doença, e a de Chombart de Lowe (1984) sobre a criança.; o estudo de Bocke sobre os psicólogos; de Castro sobre a prostituição; de Schulze sobre pacientes portadores de câncer; de Arruda sobre a ecologia e os modelos de desenvolvimento; de Guareschi sobre o poder e a autoridade

na ótica das crianças de idade escolar e de Souto sobre professor universitário.

Quando indica o que os estudos mais comuns abordam, SPINK (1993) afirma serem de enfoques diversos, tais como estudos de grupo social específico e estudos comparativos horizontais em vários grupos de uma mesma cultura, e estudos comparativos verticais em diferentes culturas. Em relação aos últimos, ela destaca a pesquisa de Arruda como um exemplo interessante. É focalizada a representação social da ecologia e dos modelos de desenvolvimento de três grupos de estudantes procedentes da Europa ou Terceiro Mundo, com formação em ecologia, e outros.

SCHULZE (1993) estudou as representações de pacientes com câncer no que diz respeito ao binômio saúde-doença e corpo. Afirma que Moscovici tem inspirado pesquisas na área da saúde e destaca pesquisadores como Herzlich e Perret, Markova e Wilkie, D'houtand, Jodelet, De Rosa, Echabe e Rovira.

Na sua pesquisa de sessenta pacientes com câncer em tratamento quimioterápico ou radioterápico, SCHULZE (1993) identificou catorze (14) temáticas principais que envolveram sessenta e uma (61) categorias, cento e vinte (120) sub-categorias e quinhentos e vinte e um (521) conteúdos. Os dados das sessenta (60) entrevistas foram organizados num conjunto de uma mil e seiscentas (1.600) respostas. Faz referência à importância que vem sendo dada cada vez mais às dimensões psicossociais e cognitivas na literatura médica e destaca ainda, na área da pesquisa em oncologia, os estudos de Martins, Fobair e Cordoba (1982) com prevenção de câncer, Twycross (1990), Lack e Hanks (1986) com programa de cuidados paliativos com pacientes terminais de câncer.

HERZLICH (1991, p. 25), referindo-se ao seu trabalho *Representações Sociais de Saúde e Doença*, diz que foi essencial estudá-la como: **realidade "sui generis", fora dos modelos médicos**. Na sua visão, o fenômeno que representa a doença ultrapassa a medicina moderna, qualquer que seja o seu nível de importância e que ...a representação não é apenas esforço de formulação

mais ou menos coerente de um saber, mas também interpretação e questão de sentido (HERZLICH, 1991, p. 26). Para a mesma autora, através da saúde e da doença podemos ter acesso à sociedade, na relação das imposições desta com o modo de viver dos indivíduos; ela ressalta o interesse nesta área de estudos, pois

permite em princípio compreender por que alguns problemas sobressaem numa sociedade e esclarecer alguns aspectos de sua apropriação pela sociedade, como os debates e os conflitos que se desenrolam entre diferentes grupos de autores (HERZLICH, 1991, p. 28).

Tais discursos necessitam de interpretação complexa, daí por que colocam como condição para uma representação estruturar-se o discurso interpretativo.

3 SEGUNDA PARTE: O PERCURSO METODOLÓGICO

3.1 Cenário da Investigação

Os sujeitos do estudo residem em um bairro da periferia de Fortaleza, numa comunidade que surgiu em agosto de 1990 e onde se encontra em execução um projeto comunitário da Pró-Reitoria de Extensão da Universidade Federal do Ceará.

O terreno, de propriedade de uma autarquia federal - o Departamento Nacional de Obras contra as Secas (DNOCS) - com uma área de terra com 54.314 ha, foi invadido por moradores das circunvizinhanças e seus parentes vindos de outros bairros e alguns municípios.

Consta na área oficial do Projeto de Extensão da UFC uma comunidade com aproximadamente quatrocentas famílias e, da que foi demarcada, após a invasão, um total de três mil e seiscentas. Vale salientar que, destas últimas, a grande maioria das pessoas cadastradas é composta por mulheres, isto é, três mil quatrocentos e vinte, como chefes de família. Tal fato tem uma explicação: durante a invasão as mulheres ficavam com as crianças "guardando" o terreno enquanto o marido ia trabalhar.

A organização destas comunidades, em termos de associativismo, vem se desenvolvendo contando mais de uma associação de moradores, após conflitos e dissidências.

A demarcação dos terrenos foi, de certa forma, planejada. As ruas são alinhadas, há casas de dois e até três andares. O sistema de abastecimento d'água é da Companhia de Água e Esgotos do Estado do Ceará (CAGECE), há energia elétrica, sistema de coleta de lixo, transporte coletivo e telefone público. O comércio

é composto de pequenas mercearias, pontos de venda de verduras e frutas, borracharia e oficinas de automóveis.

Os serviços existentes são creche para cem crianças, dentista, uma vez por semana, e uma escola para cento e cinquenta crianças.

Os grupos formados são dos funcionários da creche, das mulheres que recebem a pílula anticoncepcional e da padaria comunitária que se encontra desativada.

Ciente da forma como se estruturou a comunidade onde vivem os sujeitos da pesquisa, pareceu-nos relevante realizar uma **investigação do tipo qualitativa**, a partir da Teoria das Representações Sociais, cujos

fenômenos que nos permitem identificar de maneira concreta as representações e de trabalhar sobre elas são, nós o sabemos, as conversações, dentro das quais se elaboram os saberes populares e o senso comum. (MOSCOVICI, 1994, p. 9).

A necessidade de uma teoria se faz evidente nas palavras de BUNGE apud BRUYNE et al (s/d:101): **sem teoria não há ciência** e conceber uma teoria como parte do processo metodológico possibilita impregná-la concretamente, pois toda experimentação ao confrontar-se com o real - o objeto real - que é a base da investigação, está em função da teoria para apreendê-lo (BRUYNE et al. s/d).

3.2 Configuração da Trajetória para chegar aos Sujeitos

Integramos à prática de Enfermagem Comunitária no Centro de Desenvolvimento Familiar, onde a assistência à mulher é prestada por enfermeiras docentes e assistenciais, estudantes de graduação, e temos observado que a cobertura tem dado prioridade à mulher no ciclo grávido-puerperal.

Nossa inquietação maior era identificar que tipos de problemas ginecológicos acometiam as mulheres que não estavam inseridas neste ciclo, em razão da dificuldade de acesso destas aos serviços públicos de saúde, falta de estrutura material, financeira e humana dos serviços e o sistema de referência e contra-referência que não funcionam, contribuindo para agravar a situação.

No Brasil, o registro dos dados estatísticos relacionados aos problemas de saúde era centrado nos modelos sanitários do início do século, contemplando algumas doenças transmissíveis.

A nova Carta Constitucional, de 1988, reconhece formalmente a importância dos preceitos relacionados à saúde, especialmente à saúde da mulher, cujas ações privilegiam a gestação, o parto e o puerpério, o que torna praticamente impossível identificar os problemas específicos da ginecologia, pois estes se encontram embutidos na área obstétrica. A Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (1987) informa que o total de leitos existentes nas clínicas de gineco-obstetrícia e nos estabelecimentos de saúde com internação é de 57.140. Deste total, 2.392 estão situados no Estado do Ceará, sendo 431 em hospitais públicos e 1.961 em hospitais privados. CONILL (1988), citando FIBGE, 1985/DATAPREV, apresenta uma tabela demonstrativa da assistência à saúde da mulher brasileira na área de ginecologia: do total de 423.087 consultas de ginecologia que foram realizadas no Estado do Ceará, para uma população feminina de 2.189.816 acima de 10 anos, a cobertura foi de 19.1%, e para uma população feminina acima de 15 anos a cobertura foi de 23.1%, o que deixa muito a desejar.

Diante das dificuldades de encontrar dados que expressem uma cobertura representativa da realidade do CEDEFAM, realizamos entre novembro e dezembro de 1993 os seguintes procedimentos:

- solicitação ao Instituto de Prevenção de Câncer do Ceará de pessoal e material necessários a realização do exame ginecológico.

- Ida aos domicílios no sentido de mobilizar as mulheres a comparecerem a um encontro com as enfermeiras e uma representante da unidade móvel do IPCC, e explicar o objetivo e a importância do comparecimento, dia, hora e local.
- Encontro com as mulheres, no qual foi esclarecida a importância de prevenir o câncer ginecológico, os procedimentos relativos ao exame ginecológico, a data apropriada para sua realização, o dia e hora da vinda da unidade móvel do IPCC.

Consideramos como universo da investigação as 69 mulheres que compareceram no dia e hora aprezados para o exame ginecológico.

Decorridos trinta dias, o pessoal da unidade móvel retornou com os resultados dos exames e foram encontradas 13,1% com inflamação leve, 47,8% com inflamação moderada e 39,1% com inflamação acentuada.

TABELA 1 - GRAUS DE INFLAMAÇÃO GINECOLÓGICA SEGUNDO A FAIXA ETÁRIA DAS MULHERES DA COMUNIDADE. FORTALEZA, NOV/DEZ, 1993.

CLASSIFICAÇÃO DESCRITIVA SEGUNDO A OPS	CLASSIFICAÇÃO					SEM DADOS	TOTAL
	- 10 anos	+ 10 - 18	+18 - 40	+ 40			
Inflamação leve	1	1	6	1	-	9 - 13,1%	
Inflamação moderada	1	-	27	5	-	33 - 47,8%	
Inflamação acentuada	1	3	15	6	2	27 - 39,1%	
TOTAL	3	4	48	12	2	69 - 100%	

Fonte: Fichas PITEC

Quando foram relacionadas as variáveis faixa etária e a classificação descritiva dos processos inflamatórios segundo a OPS, e a data do último exame realizado, detectamos o maior percentual de mulheres na faixa etária de mais de 18

e menos de 40 anos, com inflamação leve, moderada e acentuada, e que passaram mais de três anos sem realizar o exame de prevenção de câncer ginecológico.

Diante dos resultados, podemos constatar que a população feminina exposta a riscos é bastante expressiva e que todos os empreendimentos que permitam implantar e/ou implementar medidas com objetivos de aumentar a cobertura proposta pela Organização Panamericana de Saúde devem ser postos em prática, quer seja como investigação e/ou prestação de serviços.

Apesar de reconhecer a importância científica desses resultados e sua relevância como subsídios para o nosso estudo, intentamos investigar além destes aspectos biológicos. Buscamos conhecer as especificidades próprias da mulher, em sua dimensão cultural, sem reduzi-la a um conjunto de variáveis, aprendendo a escutá-la e particularizando-a na sua singularidade, a partir do seu ambiente natural e do significado dado à vida e às coisas.

Portanto, consideramos adequada a escolha da teoria, compreendendo como diz SAWAIA (1993, p. 75) **o empírico não é fenômeno físico, é um fenômeno humano, histórico que age sobre o mundo e o interpreta, transformando-o ao mesmo tempo que é impregnado de objetividade, que é a objetividade da práxis humana.**

Para a realização da pesquisa, retiramos, do universo das 69 mulheres, a amostra de catorze, que deveriam se submeter à colposcopia e, após aprazamento de cinco encontros às quartas-feiras, somente conseguimos reunir dez mulheres, independente de terem participado da colheita anteriormente realizada. Consideramos então como requisitos para formar o grupo de 10 mulheres a ser estudado: residir na comunidade, ter entre 20 e 60 anos, aceitar ser *entrevistada* com gravador e participar das dinâmicas *linha da vida* e *modelagem do corpo com massa*.

3.3. Caracterização dos sujeitos da investigação

Ao reunir o grupo de mulheres para a realização do nosso trabalho, nos indagamos, tal qual MONDIN (1980, p. 4), se se pode fazer uma fenomenologia da vida; e ele responde que sim, sendo condição básica **escolher determinado grupo de seres viventes e observar as profundidades das suas manifestações vitais**, que se caracterizam pelo poder de crescer; poder de responder aos estímulos externos ou capacidade de excitação; poder de se reproduzir, segundo a própria espécie.

Para o mesmo autor, o que deve ser tomado em consideração é o exame da vida humana como tal. Portanto o *homo vivens* caracteriza-se pela vida consciente de si.

São dez mulheres, cuja codificação será expressa na seguinte ordem: **C, CH, CL, FP, I, L, LD, N, S, Z**. A idade variou entre 23 e 57 anos. Quatro estão casadas, três têm companheiro, duas estão separadas e uma é solteira. As atividades laborais de seis mulheres são realizadas na creche da comunidade, uma atuando junto à Associação de Moradores e as outras três trabalhando como doméstica, garçõete e auxiliar administrativo. Oito têm o primeiro grau incompleto, e duas o segundo grau incompleto.

Metade das mulheres é procedente de quatro municípios do Estado do Ceará (Boa Viagem, Caucaia, Parambu e Juazeiro do Norte), mas ao mudarem para a comunidade onde hoje residem vêm de outros bairros de Fortaleza. Nove sentem-se bem integradas à comunidade pelo fato de terem conseguido o terreno para construir suas casas. Esta luta, mesmo para as que ainda vivem com seus companheiros, foi da maioria das mulheres, variando de seis meses a três anos o tempo em que moram na comunidade.

Apesar de **C**, afirmar: **eu não gosto de morar aqui** e **N** dizer: **saio cedo e volto tarde, tanto faz eu morar aqui como noutra lugar**, percebemos algumas atitudes e representações a respeito do local de moradia; a busca por mais tranquilidade na

vida, ter o seu pedaço de terra para morar se expressam nas seguintes falas: **eu me sinto a mulher mais feliz do mundo; eu me sinto muito bem, muito feliz graças a Deus, porque moro no que é meu; pelo menos eu tenho isso de bom na vida, porque como a senhora sabe qualquer hora eu posso me acabar; eu estou me sentindo bem, facilitou minha vida mesmo.**

Quatro afirmam participar da vida comunitária. **L**, trabalha na creche e preocupa-se com a plantação de ervas medicinais; **LD** diz que colabora ajudando as pessoas; **S** é coordenadora da creche e **Z** é vice-presidente da Associação de Moradores.

Dados da Organização Internacional do Trabalho (OIT) e Plano Nacional de Amostra de Domicílio (PNAD) 1990 indicam que vinte e três milhões de brasileiras trabalham.

Ao informar sobre a história do trabalho, MONDIN (1980, p. 192) põe em relevo a descoberta do fogo para elevar o homem ao estágio de *homo faber*, que utilizava o utensílio no período artesanal, e no industrial passa a utilizar a máquina. Citando MUEHLEN, ele diz que no pensamento grego, o trabalho é definido como **intuição e complemento da natureza** (MONDIN, 1980, p. 193).

Na visão sociológica, HAGUETTE(1996, p. 31) enfatiza:

o trabalho é a primeira atividade humana; pelo trabalho, o homem estabelece relações com a natureza e com outros homens, relações que se ajustam de maneira a produzir um bom desempenho do trabalho.

Os elementos subjetivos do trabalho são o pensamento, a vontade, a ação, a habilidade e os objetivos, matérias e instrumentos. Suas condições internas são comportamentais, intelectuais, temperamentais, caracteriológicas e externas físicas, técnicas, econômicas e sociais.

Em termos da divisão do trabalho, observa-se, do ponto de vista subjetivo moral, que todas as mulheres exercem um trabalho servil, que requer

esforços físicos tendo como órgão específico a mão. Ao analisarmos do ponto de vista objetivo em relação ao instrumento, os trabalhos realizados são na totalidade manuais e com finalidade econômica de sobrevivência.

Os estudiosos contrapõem a cultura ao trabalho (filósofos gregos e idealistas). Há quem identifica a cultura com o trabalho (os filósofos marxistas e capitalistas) e há quem subordine o trabalho a cultura (Schoonenberg, Dawson, Guardini, Maritain).

MONDIN (1980, p.207) afirma que

o trabalho demonstra outro aspecto muito significativo do ser do homem: o seu contínuo auto-transcender-se. O homem não está nunca satisfeito com seu trabalho, nem com suas técnicas, nem com seus equipamentos.

Embora insatisfeitas por ganharem menos de um salário mínimo e receberem com atraso, elas se mantêm nos respectivos empregos. Tal situação da mulher integrando-se à população economicamente ativa é retratada pelo IBGE, que mostra uma evolução de 20,5% em 1970 para 35,5%, em 1990 e neste mesmo ano, segundo o PNAD, as mulheres ganhavam menos do que os homens: 43% em média, em termos de salário mínimo.

3.4. Utilizando Técnicas para Geração dos Dados

A opção de realizar uma pesquisa qualitativa pressupõe uma visão humanista do investigador e a escolha das técnicas para coleta dos dados visa propiciar um envolvimento com as pessoas selecionadas para informar sobre suas vidas.

Esta etapa nos preocupou bastante, pois nos perguntávamos constantemente: que direito tínhamos de importunar as mulheres e que obrigação

tinham elas de aceitar serem entrevistadas, assim como de participar das referidas dinâmicas.

Lendo HAGUETTE (1993, p. 4), *Introdução aos métodos de pesquisa qualitativa*, de BORGAN & TAYLOR (tradução) conseguimos as respostas para as nossas indagações:

para um método tão fundamental como viver com gente, ouvindo, falando e permitindo que as conversas tomem seu próprio rumo, significa que a própria vida de alguém está implicada na vida de outra pessoa, os próprios sentimentos de alguém são evocados pela linguagem, história e comentários de outras pessoas.

Ao nos integramos às atividades da Associação de Moradores, passamos a entender o contexto de vida dos sujeitos numa perspectiva do modelo teórico de SCHUTZ (1970), que analisou o mundo de vida sobre três aspectos fundamentais: o primeiro, a *atitude natural*, ajuda o homem a operar na vida, tentando modificar e dominar o mundo, orientando novas ações no sentido de que possa realizar os propósitos que busca no mundo da vida cotidiana. O segundo, *situação biográfica determinada* são fatores determinantes da conduta do indivíduo no mundo da vida, resultante de suas experiências anteriores que lhes são inerentes e enraizadas no seu passado, na sua história singular de vida. O terceiro, *estoque de conhecimentos*, serve como código de interpretação para o indivíduo se orientar nas situações de vida, assim como interpretar suas experiências e observações, fazer plano a curto, médio e longo prazo e definir a situação em que se encontra. Este estoque foi constituído por atividades anteriores de experiências da consciência de cada indivíduo, tornando-se uma posse de cada um. Tal estoque de conhecimento vai possibilitar ao indivíduo encontrar seu caminho com base nos pressupostos contidos no mundo social, buscando um papel que mais se adeque a ele, de modo que compreenda o mundo vivido com subjetividade, intencionalidade e racionalidade. Tais conceitos objetivam a compreensão do mundo social a partir de critérios de relevância, quer seja volitiva ou imposta.

Os pontos de reflexão anteriores à geração dos dados foram: primeiro, analisarmos as vantagens relacionadas à pertinência da pesquisa, o rigor metodológico, a importância dos resultados e os riscos a que as mulheres pudessem estar submetidas, tais como agravos de sua saúde física e de seu bem-estar psicológico. Segundo, aquiescência das mulheres após consentimento livre, consciente e individual para integrar-se ao estudo, sem pressão, constrangimento ou influência indevida. Terceiro, garantia de respeito ao anonimato e à confidencialidade.

Os dados foram gerados em três momentos sendo utilizadas as seguintes técnicas:

Primeiro momento

Observação Participante do cenário que é o mundo vivido das mulheres pesquisadas.

O processo que propiciou a interação entre a pesquisadora e as informantes consistiu em quatro observações realizadas de maneira sistemática nos meses de setembro e outubro de 1993. As duas primeiras observações subsidiaram a compreensão do contexto, já descrito. Nas duas outras, foi possível identificar outros problemas que interferem na saúde da mulher, sejam eles naturais, biológicos, sociais ou econômicos.

A vivência da última observação participante foi estimulante para executar os demais procedimentos necessários à realização desse estudo. Entretanto, o contato prolongado com a comunidade e, especificamente, junto às mulheres, nos permitiu vislumbrar a possibilidade de investigar como se realiza nos sujeitos a articulação para compreender a realidade.

Segundo momento

Entrevista (gravada) estruturada com perguntas abertas.

A versão final do roteiro da entrevista para história de vida só foi concluída após a inclusão do maior número de perguntas, visando a captar mais do que suas opiniões, isto é nos fornecer uma visão do lado subjetivo, e, também porque esta técnica pode dar um sentido a superexplorada noção de processo, numa tentativa de aproximação do real. (BECKER, 1993, p. 109)

O roteiro constou dos seguintes temas e número de perguntas.

1 Nascimento e Infância - perguntas de nºs 1 - 10

2 Adolescência - perguntas de nºs 11 - 32

3 Maturidade - perguntas de nºs 33 - 96

4 Vida na Comunidade - perguntas de nºs 97 - 125

5 Outras Questões - perguntas de nºs 126 - 146

No início de março/95, foram explicados às mulheres os objetivos da pesquisa, oportunidade em que, também, pedimos a permissão para gravar, tendo sido agendadas data e hora para realização das entrevistas. Nos dias aprezados entre 15 e 30/03/95, foram reforçadas as informações anteriores e reiterada a permissão para registro das falas em fita "cassete", após o que se realizaram as entrevistas individualizadas, com duração média de noventa minutos.

Terceiro momento

Dinâmica *Linha Da Vida* (Ver Figura 1)

A história dessa dinâmica começa no Brasil em 1975 com a publicação da obra de Belotti que contém informações que foram utilizadas para dinamizar os grupos de auto-consciência do movimento feminista europeu.

LIMA (1988) destaca a intensificação destes grupos com a visita de Gilda Grilo vindo da França, explicou como se deu sua operacionalização e acrescenta que, com a tradução do texto da americana Kathie Sarachild *Conscientização: uma arma radical - 1973*, consolidou-se no movimento autônomo de mulheres do Rio de Janeiro o processo de conscientização.

Conforme LIMA (1988), é possível fazer Linha da Vida em encontros não sistemáticos, de tal forma que o grupo seja um espaço onde cada mulher possa expressar suas experiências de opressão na vida privada.

O pretendido com a realização da dinâmica foi

Desenvolver com as mulheres... a prática de questionar, refletir e olhar para dentro de si, por uma ótica diferente da usualmente utilizada pelos códigos vigentes...(LIMA, 1988, p. 40).

Conscientizar as mulheres do quanto têm em comum pelo fato de terem sido moldadas pelos mesmos valores sexistas. Adquirir esse conhecimento alivia o medo individual de ser incompetente, ansiosa e insegura, vindo a se transformar na percepção de que as dúvidas comuns têm causas sociais e são fenômenos normais (LIMA, 1980, p.44).

Iniciamos nossa experiência com essa dinâmica em 1983, participando do 1º Encontro Nacional de Mulheres sobre Saúde, Contracepção e Aborto no Copacabana Pálace - R.J (1983). Prosseguimos, como participante da oficina para enfermeiras em Salvador (1987) e Fortaleza (1989), como organizadora de outras quatro oficinas, uma pela Pró-Reitoria de Graduação da UFC (1987), uma pelo Programa de Ações Integradas de Saúde (PROAIS/UFC-1989), outra para Associação de Primeiras Damas dos Municípios do Ceará (1990) e a última para alunas do Curso de Especialização em Saúde Pública (1994). Tais experiências contribuíram de maneira decisiva para a escolha desta técnica.

Contamos com a colaboração da enfermeira Maria José de Lima, pioneira desse trabalho com enfermeiras em diversos estados do País. Deslocando-se do Rio de Janeiro, atuou como facilitadora das duas dinâmicas Linha da Vida e Modelagem do corpo com Massa, no período de 6 a 10 de agosto de 1995, para que ficássemos disponível para observar, registrar os depoimentos, assim como fotografar em *slides* as colagens e as esculturas dos corpos que foram produzidas pelas mulheres.

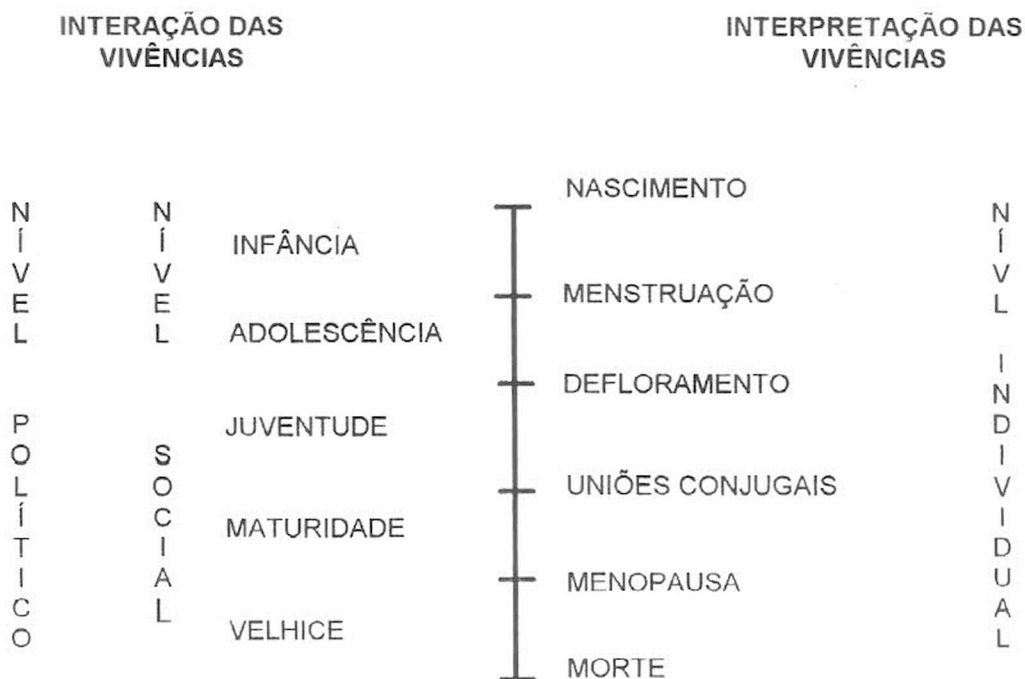
As fases anteriores à aplicação das dinâmicas foram apresentação e introdução. Na primeira, todas se apresentaram, pontuando o que gostariam e o que não gostariam que acontecesse nas duas manhãs dos dias 8 e 9/08/95, quando estiveram reunidas para troca de experiências. A segunda, a introdução ao trabalho propriamente dito se deu com a facilitadora assim se manifestando:

Agora nós vamos passar todas as fases da vida comunitária (...) vamos recompor nossa história. É bom que vocês falem como se sentiram no coletivo com este pequeno grupo, que vai contar suas próprias histórias.

Três mulheres, C, S e CI falaram que se sentiram à vontade, porque já sabendo antecipadamente do que a colega não gostava, teriam o cuidado para não dizer coisas que poderiam desagradá-las

A montagem de um painel com recortes de revistas teve como finalidade suscitar nas mulheres idéias, pensamentos e ação, a partir do modelo de *Linha da Vida*. Para as fases do ciclo vital - nascimento e maturidade - foram produzidas duas colagens.

FIGURA 1 - LINHA DA VIDA



Onde, por que e o que fazer das vivências

Modelo construído pelos grupos feministas do Rio de Janeiro e divulgado por LIMA, Maria José de. Linha da vida ou grupo de autoconsciência: uma reflexão sobre o ótica feminista. IN: Petrópolis, Vozes/IBASE-R.J., 1988, p. 49.

Dinâmica Modelagem do corpo com Massa

O exercício de modelagem do corpo com massa visou a discutir mais do que o conhecimento anatômico.

Segundo XAVIER & CAMURÇA (1988, P.65):

Este é o momento de se revelar e ter revelações. Perguntar, ouvir, levantar questões, buscar respostas, emocionar-se. O processo torna evidente a existência de muitas linguagens além da verbal: a do corpo, a dos gestos, a das representações.

Nossa cultura está povoada de símbolos. Alguns nos informam da normas sociais, outros apontam idéias e ideologia.

Convidamos as mulheres a participarem de todas as cinco etapas que se seguem:

1ª Etapa: Explicação de como fazer a massa.

2ª Etapa: Fazer a massa com:

- 2 quilos de farinha de trigo;
- 1 quilo de sal;
- água com pedra ume diluída (em água quente).

Modo de Preparar

Foi misturada a farinha de trigo com o sal e acrescentada a água (esfriada) aos poucos, amassando até formar uma bola homogênea.

3ª Etapa: As mulheres foram convidadas a tirar uma quantidade de massa necessária para fazer a modelagem dos seus corpos.

4ª Etapa: O tempo para a modelagem levou uma hora. Foi o momento da introspeção.

5ª Etapa: Após execução das esculturas dos seus corpos, estas foram expostas e cada participante apresentou ao grupo suas impressões sobre o processo da modelagem.

OBSERVAÇÃO: As 2ª, 3ª e 4ª etapas foram realizadas com fundo musical. Adaptado do Modelo de XAVIER, Dulcinéia; CAMURÇA, Sílvia. Oficina de modelagem com massa. In: **Coletivo Fempress - Como trabalhar com mulheres**. Petrópolis, Vozes, 1989, p. 63-69.

Utilizamos o CD Kenny G - Miracles - The Holiday Album, com músicas ora soprano saxofone, ora tenor saxofone.

Embora sabendo que existe associação entre o **chakras**, classes de instrumentos musicais e estilos de música, nossa intenção foi ajudar as mulheres pois, segundo SILVA (1993, p. 108), **a música auxilia na canalização interna das energias, explicitando o implícito, despertando a consciência do ser para descoberta do eu superior.**

Tal triangulação metodológica foi utilizada, não apenas como estratégia de validação do estudo, senão também como reconhecimento de que a realidade é caleidoscópica e que a multiplicidade de métodos pode enriquecer a compreensão do fenômeno (FLICK apud SPINK, 1994, p. 128)

Ordenamos os dados da seguinte forma:

Para a entrevista

- Transcrição da entrevista, escuta e leitura do material, concomitantemente, sendo observadas, conforme sugestão de POTTER e WHETHERELL, citados por SPINK (1994, P. 130).

Para as dinâmicas linha da vida e modelagem do corpo com massa

- Transcrição dos depoimentos, escuta e leitura do material, conforme sugestão de POTTER e WHETHERELL, utilizada também para a entrevista.
- Transcrição dos depoimentos sobre a colagem das fases do ciclo vital - nascimento e maturidade.
- Transcrição dos depoimentos a respeito da escultura do corpo.

Procedemos ainda a classificação do material para identificação das categorias. Em seguida, distribuição dos conteúdos abordados pelas respectivas categorias.

As oitenta horas de entrevistas transcritas e o material das dinâmicas foi submetido a análise de conteúdo que é **um conjunto de instrumentos metodológicos cada vez mais sutis em constante aperfeiçoamento que se aplicam a discursos (conteúdos e continentes extremamente diversificados)** (BARDIN, 1977, p. 9)

Optamos por esta técnica observando suas regras (homogeneidade, exclusão mútua, pertinência e objetividade) buscando compreender a partir dos

objetivos da pesquisa e da complexidade das falas a identificação precisa do objeto da representação.

Observamos que os depoimentos conseguidos nas entrevistas individuais são mais racionais voltados para a descrição de fatos. Entretanto, o discurso captado através da dinâmicas, nos comentários espontâneos entre elas, as mesmas ocorrências mencionadas anteriormente trazem no seu contexto outras reações do tipo afetivas, emocionais, de solidariedade, de apoio, de incentivo.

Neste aspecto, LANE (1993, p. 69) destaca a pesquisa de SAWAIA com mulheres onde a **mediação emocional está presente na constituição das Representações Sociais, principalmente mediante os vínculos com seus grupos sociais**

4 TERCEIRA PARTE: CONSTRUÍDO A ANÁLISE DOS DADOS

4.1. Tentativa de Interpretar as Representações Sociais

Iniciamos este capítulo, que visa a dar respostas aos nossos questionamentos, pela frase usada por BION: *a resposta é a desgraça da pergunta* (BLANCHOT apud ZIMERMAN, 1995, vii)

Tais respostas nos remetem à tentativa de esclarecer, compreender e explicar os fenômenos estudados e, em seguida, descrevê-los e analisá-los numa perspectiva de processo que se ancora e se objetiva como forma de conhecimento nas suas funções sociais, afetivas e cognitivas.

Em março próximo passado, no Campus da Universidade de São Paulo, a professora Angela Arruda, pioneira das pesquisas em representações sociais no Brasil, nos dizia que *analisar dados é um verdadeiro trabalho de garimpagem*.

Pensando sobre isso, nos demos conta de que no ato de garimpar encontramos tanto preciosidades, que são necessárias para o nosso estudo, quanto as impurezas (não linearidade e incoerências dos discursos) que foram consideradas para compreender o conhecimento da saúde feminina na visão de MÉDICI (1989, p. 72) de que este

não se individualiza(...) A inserção social da mulher na estrutura de classes, na ambiência familiar, no mercado de trabalho, na relação cotidiana com os homens e as mulheres constitui um conjunto de aspectos imprescindíveis na determinação dos padrões de saúde feminina.

Ao estudarmos um tema, no qual nos sentimos envolvidas, destacamos as palavras de SCAVONE (1989, p. 279) no seu artigo *Mulheres pesquisando mulheres: uma experiência na área da saúde*: ao transformar a mulher em objeto de estudo o pesquisador pode mantê-la na posição de objeto. Mas quando cita GUILAUMIN considera que **tornar-se objeto na teoria foi a consequência necessária de se tornar sujeito a história.**

Por sermos iniciantes nesta área de estudos, sentimos necessidade de conhecer as pesquisas de Guareschi, Bauer, Duveen, Joffe, Castro, Sato, Arruda, Michulze, Bock, Souto e como analisaram os dados de suas investigações. Tal estratégia forneceu subsídios para que definíssemos que tipo de análise poderíamos adotar no contínuo trabalho da garimpagem.

Partindo da análise de conteúdo, o farto material registrado propiciou a identificação de categorias, no que se refere à compreensão das mulheres quanto à saúde durante o ciclo vital. E, retomando a citação de MINAYO (1992, p. 236) **temos que partir do caos aparente das informações recolhidas no campo e fazer delas ao mesmo tempo uma revelação da sua especificidade (...)**

Inicialmente, foi analisado o conteúdo dos registros das falas coletadas nas entrevistas das dez mulheres. Em seguida, nos detivemos no material dos depoimentos conseguidos nas duas dinâmicas linha de vida e modelagem do corpo com massa, assim como no que foi expresso pelas mulheres nas colagens produzidas a respeito das fases do ciclo vital - nascimento e maturidade.

Estivemos todo o tempo com a atenção aguçada para a linguagem expressada pelas mulheres procurando entendê-la, como diz CHOMSKY (1980, p.10):

a linguagem é assim, o espelho do espírito, num sentido profundo e significativo. Ela é um produto da inteligência humana, uma criação renovada em cada indivíduo através de operações que ultrapassam o alcance da vontade ou da consciência.

Para MONDIN (1980), ao citar LALANDE; **por linguagem se entende todo qualquer sistema de signos que pode servir como meio de comunicação** (nota de rodapé, 136). Esclarece que se usa linguagem em oposição a língua e que esta é distinta fala. Quando ele escreve sobre a origem da linguagem, indica ser Herder quem primeiro a propôs de modo científico - mediante a onomatopéia. Indica três condições básicas que pressupõem a linguagem: o sujeito que fala, o objeto de que fala, o interlocutor a quem se fala, conforme Aristóteles, na *Rethorica*.

Portanto, a linguagem é a intermediária **para a relação triádica, e é precisamente isso que a constitui** (MACQUARRIE apud MONDIN 1980, p.141).

Descrevendo as funções da linguagem, MONDIN (1980, p. 219) destaca a função representativa ou descritiva nos confrontos do objeto; a função pressuriva, existencial, ou emotiva nos confrontos do sujeito; a função comunicativa intersubjetiva nos confrontos da pessoa a quem se dirige o discurso, e ao incluir assim se expressa: **para compreender o *homo loquens* é necessário ultrapassar os confines da ciência e voltar-se à metafísica.**

Tal preocupação com a linguagem nos remete aos postulados da hermenêutica como **explicação e interpretação de um pensamento** (MINAYO 1992, p. 19). Se a representação social é a tradução do que foi estabelecido pela relação sujeito-objeto, podemos lançar mão da hermenêutica numa perspectiva de interpretação temática, na qual importa, mais que a expressão verbal, a compreensão simbólica de uma realidade a ser penetrada (MINAYO, 1992, p. 220).

Ainda para MINAYO (1992, p.223)

o exercício da compreensão proposto pela hermenêutica repudia o objetivismo que estabelece uma conexão ingênua entre os enunciados teóricos e os dados fatuais, cujo paradigma é o mundo natural.

A união de hermenêutica e dialética, para essa mesma autora, possibilita ao investigador entender o texto, a fala, o depoimento enquanto processo

social e processo de conhecimento, ambos frutos de múltiplas determinações mas com significado específico (Minayo, 1992, p. 227).

É nesta perspectiva explicitada por Minayo que pretendemos através da linguagem descobrir nos relatos dos sujeitos como se organizam as representações sociais da saúde e de que forma relacionam processos simbólicos buscando apreender a lógica comum subjacente, o código partilhado, portanto mas geral, que se aplica a todas estas discussões, que é o nível das representações sociais (HERZLICH, 1991, p. 32).

4.2.2 Representações Sociais da Saúde/Doença

A partir das repostas conseguidas nas entrevistas identificamos temas que podem corresponder a representação social das mulheres quanto ao processo saúde/doença.

É possível perceber nas falas sobre a saúde uma evidência relacionada com o seu papel ligado à força de trabalho e que aparece na categoria "saúde como disposição física": é ter disposição prá fazer tudo (I, L, FP, LD). Quatro se referem ao bem-estar: é está bem comigo mesmo (C, CH, N, Z). Duas assinalaram a ausência de sintomas: é uma pessoa não sentir nada, não sentir dor (CL, S).

Quando XAVIER, ÁVILA & CORREA (1989) definem que saúde é estar bem no mundo, extrapolam a condição corporal e buscam incorporá-la a outros campos. Nesta perspectiva identificamos as falas: saúde é se sentir à vontade, saúde é enfrentar o que vier, saúde é não está preocupada nem mentalmente, nem fisicamente, saúde é ter alegria.

Quanto à indagação: o que significa para você ter doença? Todas reagiram negativamente expressando nas falas a "tristeza": é muito triste saber que se tem uma doença ... (FP, CH, Z); o "desânimo": é está prá baixo (...) (C); com moleza, cansaço

(I); é esta repousando (S); a "preocupação": doença já é ruim demais só em falar em doença é mesmo que está sentindo (CH, CL, L, N).

ARRUDA (1985), na sua pesquisa num bairro de baixa renda em Campina Grande, identifica um forte conteúdo fantasmático quando seus sujeitos recusam falar em doença assim como a consideram como coisa misteriosa.

MAMEDE et al (1993, p. 99), investigando 42 mulheres num bairro da periferia de Ribeirão Preto, observa que a dor, o desconforto e a possibilidade de dependência física são justificativas importantes para o estado de saúde delas.

Quando questionadas sobre o que têm feito para se manterem sadias relacionamos os depoimentos na categoria "cuidados com a saúde" onde três investem na alimentação (C, I, N); outras referem não fazer extravagâncias, não fazer arte para não adoecer, não sentar em coisa quente, não sair descalça no chão quente, não extravazar as energias, não pegar neblina, não andar no sol quente (C, I, L). Uma afirma que o trabalho me ocupa (Z) e outra que vou ao médico, tomo um remédio (FP).

Ainda na categoria "cuidados com a saúde", quatro não referem o menor investimento para alcançar esse objetivo: eu não tenho feito nada, estou deixando correr frouxo, como se diz (CH, CL, LD, S).

No mesmo questionamento, quando é dirigido à saúde da família, as respostas são semelhantes à categoria "cuidados com a saúde": eu acho que tem que ver com a alimentação que eu faço (CH, CL, I, N, Z); eu me preocupo em procurar médico (FP, S); é sempre tentar manter os filhos em casa dizendo que calce os chinelos não sair pra terra quente que vai gripar (L, LD).

Vale ressaltar que CH, CL, LD, S, responderam que não têm feito nada quanto aos cuidados com a sua saúde, mas quando estes mesmos cuidados se referem à família, as quatro integram-se ao grupo das seis nas quais identificamos algum tipo de investimento para manterem a saúde da família.

Listaram os alimentos que acreditam ser os melhores para se ter saúde: carne, peixe, galinha, fígado, ovo, frutas, verduras, fava, leite, arroz e feijão e os que consideram como reimosos: peixes (curimatã, piau, pargo, traíra, camurupim); crustáceos (caranguejo, camarão e lagosta); carne de porco e couro de galinha. Acrescentam que não se deve comê-los quando: **se está menstruada, operada, gripada, com dor de garganta e gripe.**

A procura pelos serviços de saúde é uma prática constante segundo o depoimento de cinco mulheres, quer seja para elas ou para os membros da família. Entre as que utilizam serviços médicos sanitários, são citados a Maternidade Escola Assis Chateaubriand, o Centro de Saúde Oliveira Pombo, o Centro Social Urbano e outros que não integram a rede de serviços básicos.

Tal multiplicidade de serviços nos permite compreender que, a tal comentada "distritalização sanitária" não chegou aos usuários, visto que os serviços citados pertencem a outros distritos sanitários além do Distrito Sanitário VI, no qual estão inseridas as mulheres em estudo e suas famílias.

Ao referirem que procuram o médico, este profissional encontra-se no posto de saúde. ROZENFELD (1989, p. 251) encontrou na sua pesquisa na comunidade do Vidigal, no Rio de Janeiro: **a valorização do posto assenta-se sobretudo no fácil acesso, economia de tempo e dinheiro e também na oferta gratuita de medicamentos e vacinas.**

Podemos observar que outros tipos de cura são buscados junto à rezadeira e remédios caseiros (chás e cozimento de eucalipto no banho). Não identificamos em seus depoimentos, nenhuma preocupação com a inoperância dos serviços de saúde, assim como, conhecimento dos seus direitos e deveres como cidadãs, mas ao indagarmos o que poderia ser feito para ajudar às mulheres a resolver seus problemas de saúde, fizeram algumas sugestões, tais como: construção de um posto de saúde, mais médico para atender no centro social urbano, dentista. Foram sugeridos ainda, construção de escola e formação de grupos de mulheres para discussão de assuntos próprios das mulheres.

Do conjunto das mulheres, sete são católicas, uma é evangélica, uma é batista e outra é crente. Das três últimas, somente N crê no espiritismo e exemplifica a diferença entre doença carnal e espiritual. I e S não têm outro tipo de crença.

Das sete que dizem ser praticantes da religião católica, somente CL crê em curandeira e vidente. LD crê em espiritismo, macumba, rezadeira, curandeira e vidente. Z crê apenas no espiritismo, mas, independentemente da religião que praticam 9 acreditam na existência de outros tipos de enfermidades. Destas, 7 afirmam existir, além das doenças carnis, as espirituais. As primeiras são as que afetam o corpo e que os médicos podem dar conta. As segundas, dizem respeito a algo que tira do corpo, dinheiro que deu nó no estômago, com uma cobra que tirou da perna(CL); com esse negócio de encosto, de espírito morto (L); com quem não reza, só pega quem tem matéria fraca (LD); com alguma coisa a ser preenchida no coração que está vazio(S).

Encontramos inicialmente, duas linhas de representações sociais. A primeira, da saúde, representada como capacidade de trabalho, o que deixa as mulheres se sentindo bem no mundo, investindo no corpo e na mente para se manterem sadias. A outra, da linha da não saúde, representadas pela tristeza, desânimo, preocupação e o não investimento para manutenção da higiene pessoal.

4.2.3 Representações Sociais da Saúde na Infância

Na infância, com a montagem da linha da vida, seis mulheres afirmaram que a saúde na infância era boa. Identificamos aqui mais três categorias: "saúde associada a brincadeiras", "saúde associada a alimentação" e "saúde associada a união da família".

A categoria "saúde associada a brincadeiras" se expressa nas seguintes falas: apesar de catapora, coqueluche, eu brincava muito de cantar, de bila, soltar pião. Era minha saúde, tive uma febre mas fiquei boa(C); minha mãe nunca me proibiu

de brincar(I); (...) então eu tive boa saúde porque brincava muito (Z.) Na categoria "saúde associada a alimentação": eu tive uma doença, dava agonia, eu me alimentava bem (CH); eu tive um problema de envenenamento mas fui criada bem alimentada, com bastante carne e bastante leite (FP). Na categoria "saúde associada a união da família": eu estava saudável e comecei a inchar, minha família até hoje, principalmente a minha mãe tem aquele cuidado imenso comigo (N).

Portanto, a saúde está desde o início associada a bem-estar, não só físico (alimentação) mais psíquico (felicidade, brincar, receber atenção).

Quatro mulheres consideraram que a saúde não era boa na infância. Incluímos a categoria "saúde associada às relações familiares": de menina mesmo, 10 anos eu passei muita necessidade, eu era a mais velha, tomava de conta dos meus sete irmãos para ela (mãe) trabalhar e tive bronquite asmática (CL); eu pequena tinha de pisar, de moer porque no interior tem aqueles terreiros grandes e, quando elas (tias) chegavam e não encontravam bem limpinhos, elas me batiam. Então, todo tipo de doença eu tive, até doença de criança, que quando fica boa não fica boa do juízo (LD); eu era muito doente, todos os meus problemas só dava forte, ficava prostrada porque minha mãe era muito grosseira comigo, ela não tinha assim um carinho de mãe (L); minha mãe me teve muito nova, três meses de idade eles (os pais) se separaram, fui criada pela avó. Eu tive papeira e catapora, brincava muito pouco, porque a minha avó não deixava sair prá rua prá brincar com outras crianças (S).

Estas falas confirmam essa hipótese - não ter boa saúde se deve a passar necessidade, apanhar e trabalhar, não ter carinho da mãe, não poder brincar. A relação da saúde com o afeto só confirma o que definem os psicólogos, sobre a importância deste para o desenvolvimento humano.

Com relação à saúde na infância, esta revelou-se na confecção da colagem, cujo chamamento se deu da seguinte maneira: tudo o que vai acontecer tem que fluir. Vamos por parte ver se conseguem recuperar a história do nascimento, contem coisas das suas infâncias (...) trouxemos os recortes. Cada uma vai procurar uma figura que lembre sua infância e colar no papel com seu nome. Colocar frases porque às vezes uma palavra pode evocar lembranças.

Este momento foi vivido intensamente desde a preparação da sala, ao sentarem no chão e escolherem as figuras, até a confecção e apresentação da colagem.

Os relatos (via entrevista e linha da vida) descrevem as dificuldades por que passaram desde o nascimento, crescimento e desenvolvimento infantil: **eu tive uma doença, dava agonia, ataque, caía (CH); minha mãe conta que eu fui doente de bronquite asmática (CL); me envenenei com querosene e os médicos disseram que faltou um grau para envenenar o coração (FP); eu nasci doente, minha mãe me teve no pé do pote, foi botado vela na minha mão, várias vezes a minha mãe fez promessas para Deus me levar (L); essas manchas que eu tenho foi porque meu pai bateu na minha mãe quando ela estava grávida de seis meses de mim, meu corpo é todo manchado (LD); tive um problema de uma febre muito grande (Z).** Apesar de recordarem tais momentos, as mulheres utilizaram figuras de bebês e crianças bonitas e saudáveis.

Neste exercício projetivo foi possível entender as palavras de JOFFE (1994, p. 319), citando DOUGLAS, quando afirma **que as pessoas constróem sistemas simbólicos ligados à pureza, a fim de ordenar o conjunto caótico de estímulos que existem ao seu redor.**

Quanto à prevenção, detectamos quatro mulheres que foram imunizadas na infância. Entretanto, das seis que tiveram doenças preveníveis três haviam sido vacinadas. Das seis que não receberam imunizantes, quatro referem não ter tido doenças próprias da infância. Os acidentes que são comuns nessa fase da vida só foram referidos por FP que venenou-se com querosene.

Das seis doenças preveníveis por imunizantes a que mais aparece é a catapora, seguida de **sarampo, cachumba, coqueluche e difteria.** Podemos observar que cada mulher teve entre uma a três dessas doenças. Entretanto, para C, que disse ter tido **catapora que virou bexiga**, identifica-se o não conhecimento dela em relação à erradicação da varíola, que é bexiga no senso comum. LD só não teve **coqueluche** e afirma ter tido **doença de criança mas que fiquei boa do juízo** indicando uma forte relação entre corpo e mente.

Diante das situações de não saúde experimentadas na infância, estão bem claros na memória da maioria das mulheres os recursos que as mães utilizavam visando ao retorno à higidez dos sujeitos da pesquisa.

As primeiras tentativas de sanar os problemas de saúde nesta fase se referem à administração de poções, sejam sob a forma de chás, óleos e banhos.

POÇÕES ADMINISTRADAS PELAS MÃES DAS MULHERES INVESTIGADAS

Poção administrada	Finalidade
Chá de ervas (lambedor)	gripe
Chá de mastruço	inflamação, pancada
Chá de erva-doce	nervosismo
Chá de casca de laranja	náuseas, vômitos
Chá de sabugueiro	sair o sarampo
Chá de açafroa	sair o sarampo
Chá de cidreira	abrir o apetite
Chá de alho	tosse, coração
Chá de hortelã	ataque
Cachaça alemã	resguardo quebrado trombose
Banho de eucalipto	gripe
Óleo de mamona	qualquer problema em criança ou adulto.

Observamos de forma evidente, segundo suas falas, que esta prática era utilizada independentemente do problema de saúde ser simples ou complexo, e de as mulheres serem procedentes de Fortaleza ou de outras cidades.

CUNHA & SABÓIA (1981), a partir da pesquisa com sessenta mães da área rural do Ceará e do estudo realizado com cinquenta plantas, identificaram as mais utilizadas pela terapêutica familiar, comprovando sua eficácia.

SCAVONE (1989), analisando dados de sua pesquisa em São Bernardo, identifica na sua amostra o uso de medicamentos caseiros e lembra que o saber popular tem raízes profundas na vida das mulheres.

ARRUDA (1985, p. 51), na mesma pesquisa referida ao citar LOYOLA (1984), identifica **itinerários terapêuticos diversificados**, em que se usa a medicina popular e auto-medicação.

Nesta fase, a saúde está representada como bem estar físico e psíquico sem sobreposição de um sobre o outro para as mulheres que consideram que a saúde era boa na infância. Por outro lado, para as que negaram essa possibilidade, está claro que o fato de passarem necessidades associada à falta de afeto caracteriza a importância da dimensão afetiva como geradora de bem estar. Os relatos dos sofrimentos infantis porque passaram aparecem, tanto na entrevista, quanto na dinâmica linha da vida e no aspecto simbólico, ao transferirem às figuras, suas representações parecem querer dizer, que é quase um milagre estarem vivas.

4.2.4 Representações Sociais da Saúde na Adolescência

Na adolescência alguns sentimentos vão chegando: os desejos, a tristeza, a vida em família, o que sabiam sobre seus corpos, menstruação e perda da virgindade.

Segundo os depoimentos a moda para a 1ª menstruação seria 12 anos e para o início das relações sexuais 17. Entretanto, uma iniciou a vida sexual com 13 anos e há uma virgem. O desconhecimento sobre o corpo era presente em nove mulheres.

Ao relatarem sobre essa fase de suas vidas - a adolescência - não há registro na fala de nove mulheres que identifique uma vivência prazerosa na passagem de crianças para adolescentes. Somente uma fez referências às mudanças no seu corpo e como viveu esse momento.

Nesta fase marcante na vida de nove sujeitos que representaram a saúde através da menstruação e perda da virgindade, experiências estas, vividas de forma negativa devido ao esquema repressivo a que estavam submetidas.

Segundo ARRUDA (1987, p. 10), ao citar FOUCAULT, através do corpo que transita a identidade, assim como é sobre ele que se exerce(m) o(s) podere(s) disciplinar(es) e controlador(es) necessário(s) à produção capitalista e à regulação da população. E é FIGUEIREDO (1995, p.131) quem afirma: o corpo porém se não é a via régia de acesso a ordem superior, tem sua própria ordem que é a da saúde.

Ao entrarem na fase reprodutiva, a menstruação é experienciada de forma desagradável e humilhante.

A partir das entrevistas, descrevemos quais suas representações sociais da primeira menstruação. A categoria "situação estranha" engloba também a surpresa e o susto: fiquei surpresa e assustada.(CH); achei um absurdo, a mãe dizia que era disenteria (CL); pensei que era coisa do outro mundo (FP); fiquei surpresa, pensava que era doença (LD); coisa estranha no meu corpo nas minhas partes (N). Na categoria "alegria/felicidade": alegre, porque eu pensava assim, agora eu posso namorar (CH); fiquei feliz, porque a minha primeira menstruação foi com dezoito anos, eu via as meninas mais novas que já menstruavam e a minha não vinha (S); alegre, porque depois que começou a nascer os peitos passei a me ajeitar, paquerar (Z). Na categoria "tristeza": eu sentia muita morrinha no corpo, tive febre. Naquilo, foi passando o dia todinho, aquela moleza, aquela tristeza (L). Na categoria "liberdade": aí prá mim foi assim meu grito de liberdade. (C)

Quanto ao que deixavam de fazer porque estavam menstruadas destacamos a categoria "não fazer extravagâncias": não pegava em peso, não levava terra quente(C); não podia fazer arte, correr e subir escada(CH, S); passava o dia deitada(FP); levantar peso, ter raiva (Z).

Outra categoria estabelecida é oposta à anterior, qual seja, "fazia de tudo até extravagâncias": não deixava de fazer nada fazia tudo (CL); chupava manga, andava de bicicleta, corria, tomava até banho escondida (I); eu fazia era tudo(L,N); fazia muita extravagância, andava descalça (LD).

As mulheres representam a menstruação como algo normal na vida de oito delas (C, CH, CL, I, L, LD, N, S). Uma refere que sentia desgosto porque ia sentir cólicas (FP) e (Z) preocupação porque sangrava muito. Assim, a menstruação, as regras estabelecem uma ordem no corpo da mulher, eliminam o sangue em excesso sem o qual ela poderá ficar doente (BORGES, 1988:61).

Embora a maioria considere a menstruação um evento normal em suas vidas, associam às proibições a que estavam submetidas, quais sejam não comer alimentos ditos reimosos. Segundo o dicionário AURÉLIO, reimoso significa que tem reima, que prejudica o sangue.

Dentre os tipos de alimentos proibidos de comer no período menstrual relacionamos: ovos (C, CH, CL, LD, S, Z); carne de porco (FP, L); sardinha (C); frutas ácidas - cajú, abacaxi, manga, ata, laranja, limão, banana (CH, CL, FP, I, L, N, Z); pato (L); rapadura (LD). Em seguida, os relacionamos com os motivos da proibição.

Alimento	Motivo da proibição
Ovos	Mau cheiro no sangue
Frutas ácidas	Corta o sangue
Banana	liga o sangue
Carne de porco	Inflamação
Pato	Inflamação
Sardinha	Inflamação
Rapadura	O sangue fica podre

As mulheres não explicam o porquê destas proibições. DESCARTES (1983, p. 31) já dizia: é bom saber algo dos costumes de diversos povos, a fim de que julguemos os nossos mais sãmente e não pensemos que tudo quanto é contra os nossos modos é ridículo e contrário à razão, como soem proceder os que nada viram. Para MEAD (1982), partilhar crenças socialmente contribui para perpetuar os tabus e HARRIS (1981) vê que os tabus têm uma função social, ajudar o povo. CASTRO (1976), descreve que o tabu teria sua origem no instinto do medo, do temor do desconhecido, e FREUD (1975) identifica dois significados opostos, o do sagrado e o de perigoso, proibido ou impuro.

No Brasil, CAMPOS (1982) destaca os conceitos de alimentos quentes e frios, pesados e leves. MOTA (1991, p. 262) recomenda que se deve diferenciar entre tabus alimentares e hábitos alimentares. **Esses, os hábitos, refletem os padrões culturais sócio-econômicos dominantes de uma determinada sociedade e sofrem mudanças quando ocorrem modificações nesses padrões.**

Os sentimentos das mulheres quando tinham algum problema de saúde nesta fase do ciclo vital - adolescência são captados nas falas de quatro sujeitos que afirmaram sentir moleza, associada a desespero e dengo: **moleza, eu fico agoniada, fico desesperada (C); me sentia mole sem coragem de fazer as coisas (I); moleza no corpo, dor nos ossos (L); era dengosa, às vezes aumentava a doença para ser melhor tratada com carinho (S).**

Das seis que afirmaram ter boa saúde, duas CL, N passaram por experiências de não saúde. A primeira tem neurofibromatose desde os catorze anos e a segunda teve um cisto no ovário, que evoluiu rapidamente sendo necessária cirurgia para removê-lo.

Nesta fase, ao sentir que não estavam bem de saúde, os procedimentos utilizados pelas mães eram os mesmos da infância. Entretanto, os remédios caseiros são associados aos da farmácia. A lista das poções é bastante reduzida: chá, lambedor e óleo de mamona, sendo usados também analgésicos (anador e cibalena) vitaminas (complexo B e biotônico), vitamina C (redoxon) e ferro (combiron).

Outra experiência da adolescência - a perda de virgindade foi vivida por nove mulheres. Destas, sete se manifestaram nas entrevistas, classificando-a como "situação desagradável": **eu pensava que era uma coisa e foi outra (C); eu me senti mal, porque o homem que me fez mulher não é o que eu estou casada agora (CH); prá mim eu não era mais a mesma pessoa que eu era antigamente (FP); eu fiquei preocupada porque eu pensava que ia ficar grávida (I); achei ruim porque pensei de ter uma vida melhor e foi pior (L); me perdi(LD); eu senti uma vergonha muito grande (Z).** Duas classificaram como "situação agradável": **foi bom, eu achei bom (CL); significou tanta coisa, me senti mais mulher (S).**

Tais depoimentos ratificam o desconhecimento sobre sexualidade feminina, prazeres vitais e plenitudes sexuais, conseqüentemente não identificamos nas falas, registros que envolvam sonhos, desejos e fantasias.

TIBA, citado por PAIVA et al. (1992, p. 68), afirma que

o despertar sexual das púberes e adolescentes está mais próximo do instinto, da necessidade de satisfação de um impulso sexual, do que o relacionamento humano e afetivo, do qual resulta uma vivência sexual.

Com a entrada na vida reprodutiva, as mulheres vivem essa passagem de maneira que a sexualidade é obscurecida e vivida de forma negativa, as responsabilidades e proibições são muitas, conseqüentemente seus desejos são dissipados. Somente uma relatou que fazia o que era proibido às escondidas.

4.2.5 Representações Sociais da saúde na Vida Adulta

Dentre as mulheres que têm mais anos de casada FP, LD e Z, ainda vivem com seus companheiros em função dos filhos. Duas, CL e L, resolveram partir para outro relacionamento por não suportarem a convivência conjugal com o primeiro companheiro, assim como C com apenas um ano de casada resolveu separar-se e voltar para a casa dos pais.

Podemos observar que CL, FP, I, L LD, apesar de uma convivência difícil, engravidaram mais de cinco vezes e que, segundo seus relatos não podiam tomar anticoncepcional porque seus companheiros proibiam ou tinham problemas de saúde que contraindicavam o uso desse recurso contraceptivo.

Dados do IBGE de 1986 indicam que 62% das mulheres não usam métodos anticoncepcionais e que entre os 38% das que usam estão incluídos as esterilizações como recurso anticoncepcional.

CH e I têm a anticoncepção como uma preocupação em suas vidas. **S** tem problemas hormonais que contribuem para não engravidar com tanta facilidade. **C**, após a separação, não teve nenhum relacionamento e **N** é solteira e virgem.

Entre o total de gestações, (42) partos (30) e aborto (12) das mulheres investigadas, encontramos o percentual de 71,4% para as gestações que chegaram o termo e 28,6% para as que não chegaram. Estes últimos ratificam as estimativas estabelecidas pelo Instituto Americano Alan Guttmacher e a Fundação Oswaldo Cruz, do Rio de Janeiro, publicado pela revista *Veja* (agosto/setembro 1994, p. 79) de que **para cada dez partos com bebês nascidos vivos, são feitos quatro abortos.**

Das oito mulheres que pariram, sete não tiveram nenhuma intercorrência durante as fases do parto e puerpério. Uma referiu infecção que foi debelada.

Quando sabiam que estavam grávidas, captamos nas suas falas, a partir das entrevistas, seus sentimentos: três gostavam, duas pensavam em abortar, duas referiram alguns sintomas, uma não gostava e duas nunca engravidaram.

Entendemos que estes sentimentos conforme destaca SAWAIA (1994, p. 164): **são orientadores da vida cotidiana, eles guiam os contatos humanos, ao mesmo tempo em que são orientados por estes. (...) são Representações Sociais que além da singularidade, expressam determinações sociais complexas.**

Quanto aos procedimentos para evitar gravidez, uma (a que teve a primeira menstruação com dezoito anos) tinha problemas hormonais e duas não evitavam porque os maridos não concordavam, queriam mais filhos. Das cinco que usavam anticoncepcionais orais, quatro apresentavam alguns sintomas: **ficava muito nervosa; fiquei inchada; dor de cabeça; ficava agitada (CL, FP, I, L, LD).** Somente uma disse sentir-se bem: **eu me sentia bem quando eu tomava comprimidos, eu engordei (CH).**

Referindo-se à relação da mulher com a saúde através da atividade maternidade em seus momentos - a gravidez, o parto, a amamentação - SCAVONE (1989) põe como relevante o cruzamento do cultural e social na determinação das responsabilidades impostas socialmente.

Nas representações sociais do ato de parir (sem problemas), destacamos a categoria "sentir-se bem/feliz": **eu me sentia bem, o filho representava muito prá mim (CH); me sentia uma mulher feliz (FP); eu sentia uma coisa tão boa (I); achei bom ser mãe (L); quando engravidava queria abortar mas, quando nascia, o negócio mudava de figura (LD); foi muito bom, muito gostoso, fiquei muito feliz (Z).**

Na categoria "sensação diferente/medo": **senti uma sensação diferente pela expectativa de ser mãe e ao mesmo tempo muito medo (S); não senti nada (CL).**

Na abordagem de outro momento de grande significação na vida de cada mulher, categorizamos, nas representações sociais da amamentação, o "prazer".

Das oito mulheres que pariram, somente sete têm experiências de aleitamento materno e quer seja amamentando por poucos dias, meses ou anos assim se expressaram: **eu gostava de amamentar (CH); eu gostava, tem uma menina que mamou quatro anos (CL); me sentia feliz (FP); sentia dorzinha no peito, mas gostava não era ruim (I); quando os seios estavam cheios de leite dava febre, mas eu gostava de amamentar (L); era muito bom, mas não podia dar de mamar porque tinha de trabalhar (LD); eu sentia uma coisa muito boa, gostosa (Z).**

Ao indagarmos sobre o que sabiam sobre as doenças que afetam a saúde das mulheres, suas falas dizem o que conhecem e o que não conhecem sobre este tema: **câncer, só isso que eu sei (CH); dor de cabeça, dor de coluna, perturbação muito grande (FP); gripe, dor de garganta, dor de ouvido (I); câncer e a gente deve fazer a prevenção de câncer todos os anos (L); doença do útero, ovário (LD); inflamação (S); câncer, a mulher tem que fazer aquela prevenção (Z).**

As demais desconhecem o que pode ser considerado situações de não saúde específica da mulher: **o que eu sei poucas coisas (C); sobre essas doenças não sei não (CL); não sei (N).**

Observamos que, ao indicarem situações de não saúde, são descritas aquelas que não são específicas das mulheres. Nas conclusões do seu estudo com pacientes portadores de câncer SCHULZE (1993), ao citar BOLTANSKI (1984) afirma que, numa população francesa de baixa renda, suas representações de doença não são claras em decorrência da incompreensão do **jargão médico**. Isto impede que exista uma relação com seus corpos e a possibilidade de identificação precisa das situações de não saúde.

No nosso estudo, a grande maioria se refere a doenças que se relacionam com seu aparelho reprodutor: **corrimento, esquentamento, inflamação, problema ginecológico e câncer de mama**. E, quando associam situações de não saúde que são também comuns (**gripe, dor de cabeça, dor de coluna e dor de ouvido**) a outros segmentos (crianças, adolescentes, homens e idosos), o fazem ancorando suas representações a partir do universo que é conhecido e da reelaboração do real.

Quanto ao que sabem sobre as doenças sexualmente transmissíveis (DST), seis mulheres citam a AIDS, três, as doenças venéreas e uma diz nada saber. Entretanto, ao serem indagadas se já ouviram falar da AIDS, todas afirmaram que sim, mas, somente três conhecem alguma pessoa acometida pela doença e destas apenas duas identificaram como essas pessoas se contaminaram, porque eram homossexuais.

A representação social da AIDS pode ser distribuída nas seguintes categorias: "gravidade/perigo": **doença muito perigosa, doença muito grave (CH, CL, LD, Z)**. "Contágio": **pega de mulher (FP); se o homem tiver relação com a mulher que tem o vírus da AIDS, ela já passa para o companheiro (I); pega no sangue, quando vai tirar sangue quando vai ter relação (L); doença que pega através do contato sexual (S)**. "Repressão": **acho que foi criada no laboratório, foi criada para reprimir (C)**. "Algo inesperado": **doença que surgiu de repente (N)**.

Ao associarem o contágio por ser a AIDS uma doença que **pega de mulheres**, segundo JOFFE (1994, p. 297), (...) **cada cultura específica associa com certos grupos marginais: homossexuais e drogados no ocidente e mulheres, incluindo prostitutas, no mundo subdesenvolvido.**

O conhecimento e consciência quanto à importância e necessidade da prevenção de câncer ginecológico está presente em todas as mulheres mas somente nove se submeteram pelo menos uma vez à colheita citológica.

Os sentimentos das mulheres quando da exposição à realização do exame ginecológico são expressas com "vergonha": **nunca fiz a prevenção de câncer, não sei se é vergonha (C); vergonha, eu sinto demais o dr. brincando comigo, não sei por que essas mulheres tem vergonha de mostrar prá gente e não tem vergonha de mostrar pro marido (CL); sinto vergonha (I); particularmente me sinto envergonhada (S); muita vergonha, mesmo que seja a dra eu sinto vergonha (Z).** Duas encaram como normal: **não tive medo, nem vergonha (LD); normal (N).** Duas associaram a dor: **senti uma dor terrível (CL); eu me sinto bem, mas depois do exame saio com uma dor terrível, saio toda intriçada (L).** Uma referiu nervosismo: **fico preocupada, nervosa quando vou fazer e quando vou receber o resultado eu fico gelada (FP).** Categoria: "morbidade": **conheci uma moça com câncer, foi a coisa mais horrível que já vi (FP); conheci uma senhora que morreu de câncer, aquilo foi iimpressionante (S).** Categoria - algo desconhecido: **não sei explicar, só sei que existe (CH); Não sei (CL).**

O sentimento - vergonha - tão referido, é explicado por SAWAIA (1993, p. 82) como **de caráter moral e que encobre o juízo dado por uma autoridade externa. É a interiorização não só de normas como de sanções, em nível social e emocional, que faz o homem aceitar a humilhação como natural.**

Verificamos ainda que, apesar de o conhecimento sobre câncer ginecológico ser fragmentado e de sentirem medo e vergonha ao se submeterem ao exame ginecológico, todas reconhecem a importância da prevenção ao expressarem suas falas em conteúdos sucintos.

Outro aspecto a ser considerado diz respeito à reação de medo das mulheres quando expressaram suas impressões sobre o câncer ginecológico. Ao

citar Kaës (1984) e Moscovici (1984), JOFFE (1994, p. 298) descreve o medo do desconhecido motiva as pessoas a criar representações sociais de novos fenômenos.

Podemos também perceber o processo de objetivação entre as representações sociais do câncer ginecológico: **só pode ser um ferimento que vai comendo tudo por dentro de pessoa (...)**. Portanto, o câncer visto como ferimento se torna concreto, se naturaliza e, a fixação desse novo conceito se dá via ancoragem e segundo ARRUDA (1992, p. 127), **vai tornar-se referência, linguagem comum que permite a comunicação**. As mulheres se referem a ele pela via de algo que lhes é familiar, ao mesmo tempo que lhe dão uma feição concreta, objetiva, palpável e que está associado a morte e incurabilidade.

Ao questionarmos o significado do auto-exame das mamas, sete mulheres afirmaram que realizaram concomitantemente com o exame ginecológico e nas respostas sobre o câncer de mama, destacamos as categorias "pancada que vira caroço", "hereditariedade" e "algo que não entendem".

A pancada que vira caroço: **dor, pancada e cria nódulo (C); quando tem um caroço e pode virar câncer (CH); acho que é problema de alguma pancada (CL); tem o caroço, já é a doença, tem que operar imediatamente (I); muitas delas começa através de um caroço, não vão ao médico com vergonha e quando vão já é tarde (N); vem de um caroço. É mais grave que o câncer ginecológico (Z)**. Uma referiu-se a hereditariedade: **é hereditário (LD)**, teve câncer ginecológico aos trinta e três anos. Sua irmã teve câncer de mama e faleceu. Sua experiência foi relatada em longo depoimento: **no começo a gente fica triste, mas como é uma coisa hereditária que eu não sabia(...) Achei muita covardia da própria família esconder, porque é uma coisa que vem da minha avó. (...) Ficar escondendo como se fosse uma coisa de sete cabeças (...)**.

Categoria - Algo que não entendem: **sei que existe câncer de mama (FP); só fiz ver assim, mas a gente vê e não entende bem (L); sei que existe mas não sei informar (S)**.

A pancada que vira caroço torna concreto o câncer de mama, e, a fixação desse novo conceito permite a comunicação entre o grupo de mulheres investigadas e outras da sua rede de relações. Mais importante porém, é permitir a

familiarização desta coisa estranha e assustadora cuja origem é desconhecida e que na maioria das vezes, exige que sejam mutiladas partes do corpo (histerctomia, mastectomia, ooforectomia). Podemos identificar os mesmos processos das representações sociais, objetivação e ancoragem, descritos para o câncer ginecológico. Entretanto, a objetivação neste exemplo, a pancada que vira caroço, é uma extensão da ancoragem.

Ao confeccionar a escultura do corpo, foram observadas atentamente todas as etapas da modelagem, pois este exercício permite o desvendamento dos conflitos das vivências e a tradução das projeções classifica o mundo, **de fatos, idéias e sentimentos que constituem a trama da identidade** (XAVIER & CAMURÇA, 1988, p. 65). Assim, as mulheres se manifestaram:

Quando eu comecei a me fazer eu já sabia que eu ia fazer. Primeiro, que eu sou bonita, só diminui um pouquinho nos peitos, aumentei mais os olhos. Deixei uma perna torta, uma maior do que a outra, mas eu estou muito bonita, porque aqui me representa o que eu sou por dentro. Só posso ser feia aqui, a casca mas prá mim o que importa é a beleza interior. Então é isso que eu quis representar aqui, minha beleza interior (C).

Quando eu comecei a me fazer me fiz muito feinha que eu não sou tão feia assim. Cabeça no peitão. Queria fazer a cintura bem feitinha mas não deu prá fazer. Bem pequeninha, as perninhas bem curtinhas, fiz toda mal feita (CH).

Quando eu comecei a fazer eu estava sem jeito né, mas a gente pensado bem deu prá fazer. Eu gosto do meu tamanho. Não sou tão mal feita, mas aqui está mal feita gosto dos meus seios pequenos, não gosto de ser grande, minha cabeça também é pequena, perna curtinha, braços também (CL).

Eu fiz aqui uma formatura me representando. Logo no começo eu tive um pouco de dificuldade, como é que ia fazer a minha pessoa (...) mas consegui, magrinha, cabeçona um pouco grande. Mas, os seios pequenos que eu adoro ser do jeito que eu sou. Também não gosto de seios grandes. Então eu aqui achei que está um pouco triste, que eu não sou triste não, sou muito alegre, tanto sou por fora como por dentro graças a Deus. Mas como é só uma formatura... (FP).

Construindo a Análise dos Dados - Maria Dalva Santos Alves

Braços na cintura e mais gordinha. Tenho vontade de ficar gorda e de ter os peitos maiores. Acho mais bonito quem tem os peitos grandes, não grandão. Acho meus peitos tão pequenininhos (I).

Aqui também eu fiz eu, mas não está bem parecida comigo não, porque aqui está um pouco mais franzina. Estou representando, não é bem o meu corpo, não é esse, mas eu pretendo emagrecer, principalmente tirar um pouco da barriga e meus seios são pequenos e eu gosto deles pequenos. Grande eu não quero não (L).

Eu me senti bem a vontade quando eu peguei essa massa prá fazer o meu corpo pela primeira vez, mas quando eu peguei já imaginei que eu era mais ou menos assim . Os meus braços bem à vontade. Apesar que eu não tenho muita felicidade mas estou assim bem livre, para voar como uma cigarrinha. Prá mim foi muito importante. Talvez se a gente tiver outras oportunidades (LD).

Bem, quando eu comecei a me fazer... eu imaginava, me fiz como uma esportiva (...) eu mais esbelta, mas com mais postura (...) vou entrar na parte da ginástica. Vou me aperfeiçoar mais e vou ter nova vida (N).

No início quando eu comecei a fazer estava difícil, fazia uma bola não dava certo, fazia um braço não dava certo. Aí depois eu me concentrei e comecei a fazer. Então eu me imaginei aqui, livre fiquei bem à vontade, estou no sol toda aberta, me botei uns pentelhos aqui (S).

Lembrei da infância dos bonecos de barro que fazia (crise de risos). Essa dra. é um barato botar prá fazer um boneco. Está difícil. Naquela época a gente achava bonito. Isso é bom prá gente porque às vezes a gente está tão deprimida e faz esquecer os problemas prá mim, representou muita coisa...(Z) .

Ao transcrever resumidamente todas as falas, foi possível identificar as representações sociais do corpo, cujo enfoque mais relevante se deu no aspecto estético. A maioria teve a preocupação em modelar os seus seios como são ou como gostariam que fossem (C, CH, CL, FP, I, L). Uma enfatizou o corpo atlético (N). Três realçaram sentir-se a vontade, o sentimento de liberdade (LD, S, Z).

Os corpos modelados apresentavam cabeça, tronco membros superiores e inferiores. Três (I, L, LD) referiram-se a seus braços serem fortes, o que

pode está relacionado à força para o trabalho. Para (L, LD) o trabalho tem marcado as suas vidas desde a infância. Não suprimiram e não exageraram na confecção de partes do corpo. Não houve preocupação de se fazerem vestidas, (apenas LD) assim como nenhum dos corpos modelados apresenta qualquer tipo de mutilação **que possa significar auto-desvalorização, auto-piedade, dúvidas afetivas, sentimentos de rejeição** (XAVIER & CAMURÇA, 1988, p. 66).

Ao trabalharem com a modelagem com a massa, metade das mulheres projetaram na boneca como se sentiam naquele momento em termos de saúde. **O meu bonequinho ele não tem problema nenhum. É totalmente são. O boneco está livre de doença (C); aqui é meu bonequinho. Ele está com muita saúde igual eu também. Tenho muita saúde graças a Deus (CH); este meu boneco aqui está cheio de saúde prá dar e vender e está pronto prá o que der e vier (I); a saúde projetada aqui no meu corpo eu vejo assim boa saúde, porque eu estou livre, aqui no sol, bem à vontade. Estou com a saúde muito boa (S); a saúde do boneco está boa, bem assim como eu estou, gostaria de colocar cabelos, olhos, boca e nariz (Z).**

Dentre os depoimentos, destacamos a fala de N que disse: **o que cada um de nós transmite através desse boneco são propriamente o nosso corpo saudável. É a maneira que a gente modela, a maneira como a gente queria ser, é uma parte que nós tínhamos guardado dentro de nós, que nós colocamos transmitimos através desta escultura, que evidencia o significado da técnica, permitindo identificar no depoimento da maioria um anseio de bem estar e de estar bem consigo mesma.**

Outro tipo de projeção é a das que afirmaram não ter saúde e desejariam como num passe de mágica, transmitir à imagem modelada o que gostariam de eliminar do próprio corpo: **estou representando aqui meu boneco, mas eu gostaria que isso aqui de mim fosse no boneco. Bem, eu gostaria de passar esses caroços para o boneco. Não queria ter isto aqui. (CL); aqui representando este boneco, eu estou achando que a saúde dele é pouca que nem a minha (FP); sobre saúde não tenho, pretendo que na representação ele tenha saúde, mas no momento não tem saúde (LD), ela já fez doze cirurgias e teve câncer ginecológico sendo necessário histerectomia.**

Quando se referem ao boneco, as falas de oito delas projetam inconscientemente o poder que os homens detêm em suas relações com as mulheres (...)
LIMA (1988, p. 46).

Ao discutir a respeito do conhecimento que têm sobre a menopausa, tempo de duração, sintomas e o que acontece nessa fase da vida, apesar de somente três estarem vivendo este momento, a maioria se manifestou contando a experiência de suas mães ou de outras mulheres.

Pelas respostas conseguidas nas entrevistas, desconhecem totalmente o tempo de duração, inclusive as que já passaram ou estão passando pelo climatério. Sete consideram como: um período difícil na vida da mulher pelos sintomas que apresentam. Dentre estes, há um que podemos estabelecer como categoria das representações sociais da menopausa "a quentura": **sente muito calor, fica muito quente o corpo (...) quentura nos pés, no corpo todo.**

Tal sintoma que foi referido por nove sujeitos não é único e está associado a outros: calor/frio (ora calor, ora frio), sangramento, menstruação que atrasa ou aumenta, falta de paciência, vontade de chorar, nervosismo, agressividade.

As expectativas que têm da menopausa são expressadas com maior envolvimento emocional em longos depoimentos após se concentrarem para fazer a colagem da fase da maturidade, que fala de saúde numa visão de presente e futuro. Nesta dinâmica, afirmaram com muita convicção que esta fase será encarada como algo normal em suas vidas e o que foi projetado através dos recortes e das frases na colagem da maturidade denota: **esperança para ter mais saúde (I), poder aproveitar melhor a vida (C, CH, FP, I, LD, N, S, Z), ter mais apetite sexual (CL).**

Os questionamentos que poderiam nos dar respostas sobre a saúde mental foram relacionados ao significado do sono, que foi considerado por todas como necessário e associam a relaxamento, repouso, saúde e descanso que possibilita esquecer os problemas. Quanto às distrações, **C, CH, CL, S** não indicaram nenhuma forma de lazer ou diversão; **I, LD, N, Z** afirmaram gostar de passear, conversar com as pessoas e **FP** referiu que só trabalha. Ao relacionarem o que mais gostavam de fazer em casa e fora de casa, as que afirmaram não ter nenhum tipo de distração, listaram: ler, ouvir música, fazer compras, ir à missa, passear. **S**, renega qualquer tipo de tarefa doméstica e **I** o que mais gosta é quando vai deitar.

Nove mulheres reconhecem a necessidade de momentos de descanso ao chegarem do serviço para enfrentar mais uma jornada de trabalho, mas, somente sete delas têm essa prática.

Nos depoimentos sobre a última fase do ciclo vital, a velhice também através da colagem, indicam um fato normal: **é normal, uma coisa que todo mundo vai ficar (C); uma coisa normal porque todos tem que chegar a essa idade (CL); é tão importante na vida da pessoa, nascer, crescer, se divertir, ficar velho (FP); e normal a gente ficar velho (LD); encaro com naturalidade (N)**. Três referem medo, insegurança: **eu acho que ficar velha é ruim e no mesmo instante eu acho que seja bom viver muito (CH); em dois sentidos abandonados e amparados (S); que vou me sentir desprezada (Z)**.

Em matéria publicada pela revista VEJA (agosto/setembro 94:80), numa relação de nove tipos de preocupações apontadas pelas mulheres, o medo de envelhecer é o último da lista dos entrevistados: 24%.

Para as dez mulheres investigadas, planejar um projeto de vida poderia ser uma perspectiva impossível até de ser desejada, visto que, como vimos, desde a mais tenra idade até os dias atuais, são muitas as adversidades pelas quais têm passado. Entretanto, a maioria explicita os seguintes desejos: **de construir a casa; de terminar a casa, de ter uma casa melhor para dar mais conforto aos pais**. Para duas, seria um projeto para ter: **mais saúde para trabalhar; minha saúde, a dos meus filhos e a do meu esposo**, e há uma que se expressa assim: **dar condições à minha família, aos meus pais. Prá mim nenhum projeto ou negócio sem dinheiro... porque é a falta de dinheiro e se a gente ganhasse bem podia ter projeto**.

Tais depoimentos sinalizam para a possibilidade de mobilizações, partindo das suas relações no dia a dia da convivência comunitária, via Associação de Moradores ou outros agrupamentos, e que, ao enfrentar a luta por suas aspirações possam compreender que para tantos problemas, as soluções possíveis se darão coletivamente.

A representação da saúde na maternidade está relacionada a bem estar e felicidade, mesmo para as que não contaram com a participação efetiva do

companheiro, parecendo que só o fato de serem mães as gratificam plenamente. No que diz respeito a menopausa, pela diversidade de sintomas que podem apresentar, representam a partir do sintoma principal - a quentura - muitos outros, considerando-a um período de muitas dificuldades na vida da mulher. Entretanto, dizem estar preparadas para encarar normalmente e com muitas expectativas, tendo a maioria vislumbrado através da colagem a possibilidade de poder aproveitar melhor a vida. Quanto a velhice, vêem como uma fase normal, mas, expressaram uma grande preocupação, que é o medo da solidão, abandono e desprezo, desejando viver a terceira idade de maneira compartilhada.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os estudos sobre representações sociais se iniciaram em 1960 por pesquisadores de psicologia social, sendo seus fundadores S. MOSCOVICI e D. JODELET. Na área da saúde, as investigações vêm ganhando corpo e na enfermagem cresce o interesse, uma vez que torna possível via pesquisa qualitativa acessar espaços subjetivos, cujos sujeitos podem ser estudados na sua singularidade.

O nosso primeiro contato com a Teoria das Representações Sociais ocorreu no segundo semestre de 1992, através dos trabalhos de ARRUDA e BONFIM, publicados em 1983 e 1991, quando no primeiro semestre de 1993 decidimos que realizaríamos nossa pesquisa baseada nesta teoria.

Em termos históricos, podemos afirmar que a construção dessa investigação que estamos tentando concluir para o cumprimento dos prazos acadêmicos antecede esse período de ingresso no mestrado, pois, pelo fato de havermos nos integrado às mulheres da comunidade fomos motivadas a escolhê-las para que, a médio prazo e após esses resultados, pudéssemos propor um trabalho sistemático com aqueles sujeitos.

Partimos de uma amostra homogênea, cujas condições sociais propiciaram estabelecer seus espaços de experiências e a partir de seus discursos alcançar os objetivos inicialmente propostos que nos trouxeram algumas das representações sociais da saúde, construídas ao longo de suas histórias de vida nas diversas fases do ciclo vital: infância, adolescência, vida adulta e/ou maturidade e velhice.

A nossa convivência com o mundo das mulheres e como integrante desse gênero em estudo, quer seja familiar e/ou profissionalmente, foi de grande relevância para compreender a fala das mulheres, como parceiras nas histórias de suas vidas.

A nossa pretensão neste capítulo final é tecer algumas considerações sem vislumbrar conclusões definitivas, isto é, trazermos de um modo geral a nossa compreensão de como as mulheres vivem e desenvolvem representações sociais da saúde durante o ciclo vital. Vale ressaltar que esta compreensão passou pelo entendimento de que há diferenciação nos papéis desempenhados por homens e mulheres, assim como em suas necessidades e interesses.

Situar os sujeitos coletivos e históricos, constitutivos de uma realidade por excelência intersubjetiva, possibilita o reconhecimento de que no campo da saúde coletiva, tanto a interpretação do real quanto a sua representação são instituídas a partir das relações sociais entre esses sujeitos.

Vejamos na primeira fase do ciclo vital, a infância. Embora os sujeitos/crianças estejam integrados a um mundo previamente estruturado, a construção de suas identidades se dá desde quando são tratados como objetos para representações de gênero que outros sustentam (DUVEEN, 1994). Não vivem essa fase como crianças e todas as dificuldades por que passaram são incorporadas, permitindo que se situem no mundo social.

A segunda fase, a adolescência, entrada na vida reprodutiva, é marcada significativamente pelo sofrimento físico, ao descreverem a menstruação como um corte no corpo, dor e humilhação. A ignorância das pessoas com quem viviam (mãe e tia) não permitiu que as mulheres tivessem qualquer tipo de informação a respeito do corpo, nem da menarca. O silêncio estabelecido a respeito do assunto, assim como o medo do desconhecido e a solidão referida, definem o sofrimento afetivo das mulheres, que representam a negatividade da menstruação em suas vidas. Quanto ao trabalho exercido nesta fase são representados como opressão, havendo também uma relação trabalho/exploração, via prostituição. A sexualidade é experienciada sob controle, com vergonha, mal-estar. Uma mulher, a mais nova do grupo, assinalou que viveu essa fase de maneira prazerosa, tal positividade, é possível, que sinalize uma possível mudança na nova geração.

Na terceira fase, à vida adulta, se percebe uma marca, a de que a identidade passa pelo corpo da mulher e que a maternidade está relacionada a bem estar e felicidade. Ao relacionarem os sofrimentos que atingem tanto a integridade física quanto psíquica, fica impossível avaliar a relevância de um ou de outro no processo saúde-doença. Na qualidade de mães, são tidas como "guardiãs " da saúde, e no desempenho desse papel, há gratificações que se relacionam com a capacidade para a maternidade.

No que diz respeito à fase da maturidade, incluímos como vêm a menopausa, velhice e morte. Embora somente três mulheres estejam experimentando o processo do climatério, as demais, de um modo geral, afirmam que vêm atualmente com naturalidade e alegria, e esperam poder aproveitar melhor a vida, aparecendo também o espectro da solidão, relacionado à perda do prazer sexual. No que se refere à velhice, há uma preocupação em vivê-la de maneira compartilhada e quanto à morte, a grande maioria, não refere medo, alegando ver naturalmente a chegada desse momento.

Podemos afirmar que não há conhecimento quanto às políticas públicas direcionadas à promoção e recuperação da saúde feminina, e aos seus direitos como cidadãs. Entretanto, conseguem refletir e sugerir algumas possíveis soluções para que seja facilitado o seu acesso e de seus familiares a esses serviços. Percebemos ainda o interesse de formar grupos de mulheres, a exemplo do que foi feito durante as duas dinâmicas linha da vida e modelagem do corpo com massa.

Podemos encerrar nossas considerações finais acrescentando que foi neste movimento de passagem de uma fase a outra que foram identificadas as muitas categorias empíricas socialmente elaboradas, partilhadas e relacionadas ao passado, presente e com projeção para o futuro, de formas que tanto a saúde como a não saúde foram representadas objetivamente.

Através da estruturação da pesquisa baseada numa triangulação metodológica, viabilizou alcançar os objetivos propostos. Por outro lado, os

Considerações Finais - Maria Dalva Santos Alves

resultados obtidos nos ratificam a certeza de que todas as medidas que possam ser implementadas para melhorar a qualidade de vida das mulheres devem estar relacionadas com **as necessidades fundamentais do desenvolvimento do homem no sentido de alcançar a plenitude da condição humana que são: o pensar, o agir, o imaginar e o amor** (SAWAIA citando HELLER 1994, p.162).

6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ADAMI, N. P., ANDRADE, Odete Barros de. Configuração das funções da enfermeira de saúde pública. Enf. Novas Dimensões, São Paulo, v.2, n.6, p. 308-318, 1976.

AQUINO, M. L. Estela et al. Considerações a partir da pesquisa nacional por amostra de domicílios. Rev. Saúde Pública. São Paulo, 26(3), 1992, p. 200.

ARRUDA, Angela M. S. O Estudo das representações sociais: uma contribuição à Psicologia Social no Nordeste. Rev. Psicologia, Fortaleza, v.1, n.1, p. 5-14, jan/dez 1983.

_____. Representações sociais: emergência e conflito na psicologia social, In: BAPTISTA, L. A. dos S. (org) Anuário do laboratório de subjetividade e política. Niterói: UFF, 1992, p. 118-123, 134-127.

_____. A Representação social de saúde num bairro de baixa renda de Campina Grande/PB. Rev. Psicologia, Fortaleza, v.3, n.1, p. 49-61, 1985.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. Apresentação de citações de documentos - NBR 10520. Rio de Janeiro, 1992. 02 p.

_____. Referências bibliográficas - NBR 6023. Rio de Janeiro, 1989. 10 p.

BARDIN, L. Análise de Conteúdo: Lisboa, Edições 70, 1977.

BECKER, H. S. Métodos de pesquisa em ciências sociais. São Paulo: HUCITEC 1993. p. 109.

- BIRMAN, J. Apresentação: Interpretação e representação na saúde coletiva. Rev. Physis, Rio de Janeiro, v.1, n.2, p. 7-22, 1991.
- BONFIM, Zulmira A. C.; ALMEIDA, Sandra F.C. de. Representação social: conceituação, dimensões e funções. Fortaleza, 1992, p. 6, 10. (Mimeo)
- BORGAN, & TAYLOR, S.J. Introdução dos métodos da pesquisa qualitativa. Tradução de Teresa Haguette. Fortaleza, 1993. Mimeo.
- BORGES, S.M.J. Maternidade e mães. In: LABRA, M.E. (org) Mulher e sociedade no Brasil. Petrópolis: Vozes, 1989, p. 61.
- BREMS, Susan, GRIFFITHS, Marcia. Salud de la mujer el camino hacia la Salud de la Mujer: Hay que aprender a escuchar. Madres y Niños, v. 10, n. 3, p. 4-6, 1992.
- BRUYNE, P. de et al. Dinâmica da pesquisa em ciências sociais - os polos da prática metodológica. Rio de Janeiro: Francisco Alves, s/d., p. 101.
- CAMPOS, M.S. Poder, saúde e gosto. Um estudo antropológico acerca dos cuidados possíveis com alimentação e o corpo. São Paulo: Cortez, 1982. 130 p.
- CARTA DE ITAPECERICA publicada como anexo. In: LABRA, M.E. Mulher, saúde e sociedade no Brasil. Petrópolis: Vozes, 1989. p. 297-302.
- CASTRO, J. Fisiología de los tabus. In: Ensayos sobre el subdesarrollo. Buenos Aires: Ediciones Siglo Veinte, 1976. 159p.
- CHOMSKY, N. Reflexões sobre a linguagem. São Paulo: Cultrix, 1980. p. 10.
- CHOMPRÉ, Roseni R. et al. Enfermería del siglo XXI em America Latina. s.l: Fundación W.K. Kellogg, 1991. p. 32.

- CONSELHO NACIONAL DOS DIREITOS DA MULHER. Relatório. Conferência Nacional de Saúde e Direitos da Mulher. Brasília, 1987.
- CONILL, Eleonor, MEISTER, Rosane. Puxando os fios do novelo: subsídios para a elaboração de um perfil de assistência à saúde da mulher. In: SILVA, Léa Melo da (coord.) A Mulher e a saúde. Belo Horizonte:UFMG, 1988. p. 102-104.
- COSTA, Ana Maria. Saúde da Mulher - Estórias e Inquietações. In: SILVA, Léa Melo de (coord.) A Mulher e a Saúde. Belo Horizonte: UFMG, 1988. p. 70.-82.
- COSTA, Zélia Sena et al. A participação do enfermeiro de saúde pública na saúde familiar. Rev. Bras. Enf., v.39, n.2/3, p. 107-118, 1986.
- CUNHA, N.F., SABÓIA, S.M.N. Ervas, uma terapêutica no campo da enfermagem, RBEEn, v.34, p. 279, 1981.
- DESCARTES, R. Discurso do método; meditações; objeções e respostas; as paixões da alma; cartas. Tradução: J. Guinsburg e Bento Prado Jr. São Paulo: Abril Cultural, 1983. 324 p. (Coleção Os Pensadores).
- DUVEEN, G. Crianças enquanto atores sociais: representações sociais em desenvolvimento. In: JOVCHELOVITCH, Sandra, GUARESCHI, Pedrinho (orgs). Textos em representações sociais. Petrópolis: Vozes, 1994. p. 261-296.
- EGRY, E.Y., QUEIRÓZ, V.M. Bases metodológicas para a assistência de enfermagem em saúde coletiva, fundamentado no materialismo histórico e dialético. Rev. Bras. Enf., v.4, n.1, p. 26-33, 1988.
- GARCIA, Juan César. Estado e políticas de saúde na América Latina. In: ABRASCO. Textos de Epidemiologia. Rio de Janeiro, 1984, p. 12-97.
- FERREIRA, A. B. de H. Dicionário Aurélio Escolar da Língua Portuguesa. Rio de Janeiro: s.ed., 1988. p. 560.

- FIGUEIREDO, L.C. Modos de subjetivação no Brasil e outros escritos. São Paulo: Escuta, 1995. p. 131.
- FREUD, S. Totem e tabu. Tradução: L. Lopez Ballesteros. Madrid: Alianza Editorial, 1975. 230 p.
- HAGUETTE, A. Sociologia. A maneira sociológica de ver o mundo. Fortaleza: Geo-Studio, 1996. p. 31.
- HAGUETTE, T. Metodologias qualitativas na sociologia. Petrópolis: Vozes, 1995. 224 p.
- HARRIS, M. Vacas, porcos, guerras e bruxas: os enigmas da cultura. Tradução: Irma Fiovaranti. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1978. 205 p.
- HERZILICH, C. A problemática da representação social e sua utilidade no campo da doença. Rev. Physis, v. 1, n. 2, p. 23-36, 1991.
- LANE, Sílvia T. M. Usos e abusos do conceito de representação social. In: SPINK, Mary J. Paris (coord). O conhecimento no cotidiano. São Paulo: Brasiliense, 1993. p. 61.
- LANGE, Ilta et al. Enfermeria del siglo XXI en America Latina. s.l.: Fundación W.K. Kellogg, 1991.
- LIMA, Maria José de. Saúde das mulheres e a ação do Governo. In: SILVA, Léa Melo de (coord). A Mulher e a saúde. Belo Horizonte: UFMG, 1988. p. 87, 88.
- _____. Linha da vida ou grupo de autoconsciência: uma reflexão sob a ótica feminista. In: Coletivo Fempress-Brasil. (coord.) Como trabalhar com mulheres. Petrópolis: Vozes, 1988. p. 40-46.

Referências Bibliográficas - Maria Dalva Santos Alves

- LUZ, Madel, T. Saúde e instituições médicas no Brasil. São Paulo: Graal, 1978. p. 157-171.
- MAMEDE, M.V. et al. Percepção da condição de saúde entre mulheres. Rev. Bras. Enf., Brasília, 1993. p. 99.
- MÉDICI, A.C. Mulher brasileira: muito prazer. In: LABRA, M.E. (org). Mulher e sociedade no Brasil. Petrópolis: Vozes, 1989. p. 72.
- MEAD, M. Podemos viver sem tabus? In: METRAUX, R. Aspectos do presente. Tradução: A. Guilherme Lincke. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1982. 283 p.
- MENDES, Eugênio Vilaça. Uma agenda para a saúde no Brasil. Brasília, 1992. p. 2-4. (Mimeo)
- MINAYO, Maria C. de Souza. O desafio do conhecimento - Pesquisa qualitativa em saúde. 2 ed. São Paulo/Rio de Janeiro: HUCITEC/ABRASCO, 1993. Cap. 3, p. 158-164, 221-223, 236.
- MONDIN, B. O homem, quem é ele?. São Paulo: s.ed., 1980. p 136-219.
- MOSCOVICI, S. Prefácio. In: JOUCHELOVITCH, S., GUARESCHI, P. (org). Textos em representações sociais. Petrópolis: Vozes, 1994. p. 9.
- MULHER a grande mudança no Brasil. Veja, ed. especial, ago/set. 1994.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Assistência integral à saúde da mulher: bases de ação programática. Brasília, 1984. 27 p.
- _____. Ministério da Saúde. Padrões de assistência de enfermagem à comunidade. Brasília, 1977/1979. 71 p.
- _____. Ministério da Saúde. Modelo geral de enfermagem. Brasília, 1977. 89 p.

- NASCIMENTO, Enilda R. Política de atenção à saúde da mulher: historicamente a quem se destina? Rev. Baiana Enf., v. 5, n. 1, p. 79- 81, out. 1992.
- PAIVA, M.S. et al. Gestação na adolescência. Rev. Baiana Enf., v. 5, n. 1, p. 168. 1992.
- ROZENFELD, S. A mulher e os serviços de saúde. In: LABRA, M.E. (org). Mulher e sociedade no Brasil. Petrópolis: Vozes, 1989. p. 251, 267.
- SÁ, C. P. de. Representações sociais: o conceito e o estado atual da teoria. In: SPINK, M.J.P. (coord). O conhecimento no cotidiano. São Paulo: Brasiliense, 1993. p 26, 32 e 39.
- SAWAIA, B.B. Dimensão Ético-afetiva do adoecer da classe trabalhadora. IN: LANE, S.T.M, SAWAIA, B.B. Veredas da Psicologia Social. São Paulo: Brasiliense, 1994. p. 162,164.
- SILVA, A.L. de. A música no processo de cuidar de clientes com síndrome neurológica decorrentes da AIDS. Rev. Bras. Enf., v. 46, n. 2, 108, 1993.
- SOS-CORPO-In: Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos. v. 1, n. 0, p. 1, jan. 1992.
- SCAVONE, L. Mulheres pesquisando mulheres: uma experiência na área de saúde. In: LABRA, M.E. (org). Mulher e sociedade no Brasil. Petrópolis: Vozes, 1989. p. 279.
- SCOTT, J. Gênero: uma categoria útil para a análise histórica. Tradução: Christine Rufino e Maria Betânia Ávila. Recife: S.O.S. Corpo, 1996. p.3.
- SCHULZE, Clélia M. Nascimento. As representações sociais de pacientes portadores de câncer. In: SPINK, Mary J. Paris (coord). O conhecimento no cotidiano. São Paulo: Brasiliense, 1993. p. 271.

SCHUTZ, A. Fenomenologia e relações sociais. Rio de Janeiro: Zahar, 1970. p. 72-79.

SPINK, Mary Jane P. O estudo empírico das representações sociais. In: _____. O conhecimento no cotidiano. São Paulo: Brasiliense, 1993. p. 88, 89 e 91.

_____. Desvendando as teorias implícitas: uma metodologia de análise das representações sociais. In: JOUCHELOVITCH, Sandra; GUARESCHI, Pedrinho (orgs). Textos em representações sociais. Petrópolis: Vozes, 1994. p. 128.

_____. O conceito de representação social na abordagem psicossocial. Cad. Saúde Pública. v. 9, n. 3, p. 302, 1993.

UFC/CEDEFAM. Breve histórico do projeto Uruguaiana. Fortaleza, 1983. (Mimeo)

XAVIER, Dulcinéia; CAMURÇA, Sílvia. Oficina de modelagem com massa. In: Coletivo Fempress (coord.). Como trabalhar com mulheres. Petrópolis: Vozes, 1988. p. 65, 66.

XAVIER, D., ÁVILA, M.B, CORREA, S. Questões feministas para a ordem médica: o feminismo e o conceito de saúde integral. In: LABRA, M.E. (org). Mulher e sociedade no Brasil. Petrópolis: Vozes, 1989. 203-222.

ZIMERMAN, D.E. Bion da teoria à prática. Rio Grande do Sul: Artes Médicas, 1995. p. VII.