

# ASSISTÊNCIA PÚBLICA À SAÚDE: MULHERES COM A PALAVRA

## PUBLIC HEALTH ATTENCION: WOMEN' SPEECH

Edir Nei Teixeira Mandu\*  
Graciette Borges da Silva\*\*

MANDU, E.N.T.; SILVA, G.B. da. Assistência pública à saúde: mulheres com a palavra. *Rev. Esc. Enf. USP*, v. 32, n.3, p. 218-30, out. 1998.

### RESUMO

*O modo como mulheres pobres, que vivem em uma dada realidade, percebem as políticas institucionais do setor saúde e colocam-se frente a elas é o objeto da reflexão apresentada a seguir. Utiliza-se como categoria de análise as representações sociais, compreendidas como parte das relações sociais contraditórias e da história individual e coletiva dos grupos. Discutem-se as iniquidades da atenção pública à saúde, enfocando-se o modo particular com que os segmentos populares reafirmam e negam o saber e as práticas dominantes nesse campo. Apresenta-se um conjunto de conhecimentos e valores relativos à atenção à saúde que reflete, ao mesmo tempo, uma certa reprodução da normatividade veiculada pelo sistema médico "oficial" e a afirmação de necessidades, experiências e interesses próprios daqueles segmentos.*

**UNITERMOS:** Políticas de saúde. Representações sociais. Atenção pública à saúde.

### ABSTRACT

*The way poor women, who live in a given reality, perceive institutional policies of the health sector and face them is the object of reflection presented in this study. As category of analysis, the authors make use of social representation, understood as share of the contradictory social relations and of the individual and collective history of the groups. Authors discuss the inequities in public health care, focussing the way popular segments reaffirm and deny dominant knowledge and practices. Their speech about in the health attention showed, at the same time, absorption/reproduction of the rules spreaded by "oficial" medical system and the incorporation/translation of their necessities, experiences and specific interests.*

**UNITERMS:** Health polices. Social representations. Public health attention.

## 1 INTRODUÇÃO

*"Uma vez me revoltou muito. Eu tinha viajado lá pra minha terra e quando eu cheguei com minhas crianças elas tavam com os dentes estragados, mais muito feio, e eu senti que aquilo lá era urgente. Até que eu tinha um dinheiro naquela época, mas foi bem na época que o Fernando Collor bloqueou as contas. E eu precisava de fazer aquele tratamento urgente. Eu fui lá no INPS do centro. Cheguei lá, mendiguei, me mandaram voltar de manhã. Voltei de madrugada,*

*até posei lá. Quando o cara chegou atendeu super mal, falou que não tinha, que aquilo lá não era daquele jeito. Sei que eu fui três vezes, saindo daqui cedo. A última vez eu fui ao meio-dia porque ele me garantiu que ia ter a vaga de meio-dia. Eu fui e não tinha. Isso com as crianças. Então foi uma situação dolorosa. Eu desci aquela descida lá chorando, puxando minhas meninas, com minhas meninas chorando de desgosto, de humilhação mesmo".*

\* Enfermeira. Professora Adjunto da Faculdade de Enfermagem e Nutrição da Universidade Federal de Mato Grosso.

\*\* Socióloga. Professora Associada da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

*"Você chega ali no médico: - Que você tem? Se você soubesse o que que você tinha não percorria o médico! Então, se você percorre ali é porque você quer saber, você quer fazer exame, fazer até um ultrassom. No meu caso, eu queria fazer um ultrassom; a barriga tava enorme demais. Eu queria descobrir o que era. Então, ali não teve, não consegui ...".*

*"Tudo que vai ali (nos serviços públicos) é humilde. As pessoas que vão ali não é porque quer, eles vão porque eles precisam. Mesmo sendo humilhado, mesmo sendo reparado, debochado. Elas vão porque não tem aonde ir".*

Estas falas são fragmentos de um discurso mais amplo, apresentado por mulheres brasileiras pobres, que dependem dos serviços públicos de saúde, acerca do modo como vivenciam as práticas do setor e as percebem. Esse discurso, tomado como material básico de análise, permite captar ambigüidades presentes no saber popular acerca da medicina oficial, foco central da reflexão apresentada neste artigo.

Pretendemos aqui demonstrar o modo particular como um determinado segmento de mulheres, pertencente aos grupos populares, ao mesmo tempo, reforça os saberes e práticas dominantes em saúde e a eles resiste.

Partimos do pressuposto de que os conhecimentos e valores desses grupos refletem uma cultura própria, em que se encontram valores tradicionais atualizados e componentes da sua história, marcados pelo lugar que ocupam na sociedade capitalista (inserção no mundo do trabalho, participação nos bens e serviços coletivos, relações sociais). Consideramos que o seu saber, segundo as contradições do sistema social a que pertencem, expressa elementos da cultura dominante, mas não se limita à sua reprodução, uma

vez que é estruturado através de assimilações, reelaborações, recusa e oposição a essa cultura, em que, de algum modo, interesses próprios são resguardados.

Para melhor compreensão do leitor, num primeiro momento, de modo sintético, apresentamos algumas informações do contexto empírico em que se deu o estudo; num segundo momento, tratamos da metodologia do trabalho, para então analisarmos as representações do grupo sobre a temática mencionada.

## 2 CONTEXTO EMPÍRICO DO ESTUDO

O material aqui apresentado faz parte de uma pesquisa realizada em 1995, junto a onze mulheres, residentes em um bairro periférico de Cuiabá<sup>1</sup>, capital de Mato Grosso.

Na ocasião, as mulheres participantes do estudo tinham entre 20 e 59 anos e seu nível de escolaridade variava entre o analfabetismo e o segundo grau completo. A maioria vivia com um companheiro e tinha filhos; algumas assumiam a chefia de suas famílias. A sua renda familiar variava entre menos de um e dez salários mínimos (na época, o salário mínimo correspondia a aproximadamente 60 dólares). Todas eram responsáveis pelas atividades domésticas em suas moradias e apenas cinco possuíam trabalho remunerado. Não eram mulheres que viviam em condições homogêneas de vida, mas todas podiam ser consideradas como pertencentes às camadas pobres deste país<sup>2</sup>.

O local onde foi realizada a investigação (Bairro Pascoal Ramos) faz parte da área que compõe um dos quatro distritos sanitários do município de Cuiabá, o Distrito Sanitário Sul (DSS)<sup>3</sup>. Nele se encontra uma rede assistencial pública de saúde composta por postos e centros de saúde, unidade mista de pronto atendimento e atenção ambulatorial, além de serviço hospitalar psiquiátrico. O atendimento da população da área, além de ter

<sup>1</sup> Cuiabá: população estimada/1994 - 479.041 hab. (CUIABÁ, 1990); 98% urbana (IBGE, 1991). Características: centro de processamento/comercialização da produção e da vida político-administrativa do Estado; corredor que liga região amazônica ao centro-sul do país; centro de apoio à colonização do Estado; mercado de trabalho definido especialmente pelo setor terciário (comércio, atividades sociais, administração pública).

<sup>2</sup> Características da amostra: Nível de escolaridade: uma analfabeta, uma alfabetizada (não frequentou escola); cinco com primeiro grau incompleto; uma com primeiro grau completo; três com o segundo grau completo. Procedência: cinco da região centro-oeste (Mato Grosso); uma da região nordeste; uma da região sul; três da região sudeste; uma do Paraguai (naturalizada brasileira). Composição familiar: oito com companheiro; três sem companheiro (assumem a chefia da família); seis com famílias entre 5 e 8 componentes; cinco com famílias entre 2 e 4 componentes. Renda familiar: sete, entre quatro e cinco salários mínimos (SM); uma, menos de um SM; três, entre seis e dez SM. Ocupação: uma doméstica; uma agente de saúde; duas auxiliares de enfermagem; uma costureira. Moradia: seis de alvenaria, quatro de madeira, um barraco; todas ligadas à rede elétrica e de água; todas com fossa séptica; cinco com valas a céu aberto; coleta irregular de lixo.

<sup>3</sup> DSS: área com cerca de 120.000 moradores distribuídos por 42 bairros (CUIABÁ, 1990), abrangendo conjuntos habitacionais, assentamentos, favelas, o distrito industrial de Cuiabá e chácaras.

suporte nesses serviços, é complementado por outros, especialmente de pronto-socorro e de internação, localizados em outros distritos da capital<sup>4</sup>.

Como hoje, a atenção prestada por esses serviços ocorria predominantemente a partir das solicitações “espontâneas” da própria população, inexistindo um planejamento referenciado em necessidades identificadas nos vários espaços sociais da área distrital/local. O acesso não era garantido nos vários níveis de atenção do sistema. Observavam-se, entre outros problemas, longas filas de espera pelo atendimento; a procura dos serviços pela população, inúmeras vezes, e o retorno para casa sem atendimento; a falta de respostas às solicitações e necessidades apresentadas.

É nesse contexto que as nossas entrevistadas fizeram críticas, questionaram ou valorizaram aspectos que consideravam positivos, relativos ao acesso e à qualidade dos serviços públicos de saúde do município.

### 3 PROCESSO DE INVESTIGAÇÃO

Este estudo foi desenvolvido dentro do referencial da pesquisa qualitativa. Privilegiamos os discursos dos sujeitos como fonte de informação sem, contudo, restringir a eles a análise. Para o levantamento dos dados objetivos, relativos à realidade concreta das pesquisadas, e dados subjetivos, concernentes às suas vivências e valores, utilizamos a observação direta e a entrevista semi-estruturada (anexo).

Como interessava para a pesquisa a adoção de um método de análise que permitisse trabalhar com as representações como parte das relações sociais dinâmicas e contraditórias, apoiamo-nos em elementos fornecidos pela hermenêutica-dialética, em que a fala é vista como expressão cultural, marcada por seu tempo e ideologia presente na sociedade, reflexo das relações sociais contraditórias e históricas.

Para interpretação dos dados fizemos um estudo inicial do contexto social do grupo, utilizado como referência para as análises, e tratamos os dados empíricos através do contraponto contínuo com a teoria. Para ordenamento e classificação dos dados, seguindo a orientação de GOMES (1994), adotamos

os seguintes passos: ordenação dos dados colhidos; classificação minuciosa deles; formação de conjuntos de informações segundo a heterogeneidade das comunicações (categorias empíricas) e questões postas para o estudo.

### 4 OS SERVIÇOS DE SAÚDE NA ÓTICA DAS MULHERES

*“Eu mesmo tô fazendo uns seis meses, mais ou menos, pra fazer tratamento e tô parada. Precisando e parada porque eu já fui mais de três semanas e não consegui. Eu fui, eu consegui o médico, eu consegui consultar com ele, mas a hora de fazer o exame dava um porém, a máquina tava estragada ou ... Então sempre foi ficando e aí eu parei”.*

A fala acima, de uma das entrevistadas, pontua um dos grandes problemas vivenciados pelo grupo estudado: as dificuldades e a falta de acesso a serviços e a meios e recursos médicos considerados importantes. A problemática apresentada inclui a ida ao serviços várias vezes para obtenção do atendimento, as longas esperas, os maus-tratos, a falta de acesso ao atendimento e a recursos diagnósticos, como exames laboratoriais, radiológicos e ultrassonográficos, considerados complementares à consulta médica. Neste conjunto, há a referência às dificuldades de acesso a serviços especializados e de emergência.

*“Eu fui encaminhada aqui pra esse posto e pra mim não serviu porque eu tava precisando de um clínico. Inclusive eu peguei pra um ginecologista e pra mim não serviu. Ele fez os exames mas no que eu precisava eu não fui atendida, porque eu queria fazer um exame de urina e até hoje eu não fiz”.*

A não absorção pelos serviços do que as entrevistadas consideram suas necessidades é outro elemento que faz parte do conjunto de suas avaliações referentes ao acesso. Percebe-se que fazem uma leitura prévia de seus problemas, traçam caminhos e definem recursos que consideram

<sup>4</sup> Rede assistencial de Cuiabá: 28 Centros de Saúde e 13 Postos de Saúde; 01 Centro Regional de Saúde, 02 Postos de Atendimento Médico, 01 Posto de Assistência do Instituto de Previdência do Estado de Mato Grosso (IPEMAT), 04 Centros Odontológicos Regionalizados (COR), 04 Policlínicas, 01 Centro de Controle de Zoonoses e 01 Centro de Reabilitação; rede hospitalar com 03 Hospitais Públicos (municipal, universitário e psiquiátrico) que possuem em conjunto 290 leitos, 06 Hospitais Privados conveniados com disponibilidade de 591 leitos e mais 03 Hospitais Filantrópicos com 548 leitos. Rede assistencial pública do DSS: 01 Posto de Saúde, 06 Centros de Saúde, 01 Centro Odontológico Regionalizado, 01 Policlínica e Pronto Socorro Distrital e 01 Hospital Psiquiátrico. Rede assistencial privada do DSS: 01 Hospital Psiquiátrico, 02 Clínicas, 01 Maternidade e vários consultórios médico-odontológicos (FUNDAÇÃO DE SAÚDE DE CUIABÁ, 1994).

necessários à cura. Suas críticas refletem um modo próprio de identificar seus problemas e de entender o que atende a suas necessidades.

*"Eu fiz uns exames, eu comecei o ano passado, na Policlínica, foi terminar agora. Meu Deus do céu, ali é demais! A gente ali pra fazer fica na fila, quando chega fazer aquela ficha você vai noutro dia, uma vez o doutor vai, outra vez não vai. Uns chegam e atendem, outros não".*

Dificuldades enfrentadas na relação cotidiana com os serviços públicos, relativas à organização do seu processo de trabalho, também são mencionadas pelas entrevistadas. O limite de vagas, as longas filas que enfrentam, a demora para serem atendidas, a ida aos serviços várias vezes e, ainda, o horário de atendimento e o modo como são tratadas, aparecem freqüentemente em seus discursos.

*"... se a gente tiver um bom atendimento no bairro a gente não vai percorrer pra outro lugar. (...) Porque você depende, tudo você depende de pagar ônibus, depende de percorrer, então tem momento que é difícil pra gente. Você tem que andar de coletivo e é difícil. Você sai cedo de casa, deixa a casa por conta só de criança, depois tem que chegar, cuidar ainda. Então, é uma coisa difícil".*

A distância do local onde vivem de outras áreas com recursos em saúde procurados por elas é referida juntamente com as dificuldades que têm para se deslocar. O grupo aponta entre os obstáculos que se colocam ao acesso aos serviços a questão da distância, do transporte e dos recursos econômicos para irem até outras áreas em busca de atendimento. Mais do que isso, fala da dificuldade de conciliar as atividades familiares com o tempo que é necessário gastar na procura do atendimento.

As mulheres deste estudo, vivendo em um bairro periférico e distante da região mais central onde se concentra boa parte dos recursos em saúde, enfrentam o problema da locomoção que, sabidamente, dificulta o acesso aos serviços. Outra dificuldade com que se defrontam, em função das responsabilidades domésticas que assumem, é a conciliação do tempo que gastam na busca e efetivação dos atendimentos em saúde com seus afazeres domésticos e cuidados com os filhos.

A distribuição, a organização e a dinâmica dos serviços de que dispõem exigem disponibilidade de

tempo e horários específicos, seja para deslocamento, para a ida aos serviços várias vezes ou para a espera pelo atendimento, o que, em muitos momentos, torna-se incompatível com as tarefas inadiáveis e intransferíveis que assumem como donas-de-casa e mães.

O acesso da população aos serviços de saúde, sobretudo dos que dependem do setor público, é ainda um grave problema nacional e também em Cuiabá. Se o novo padrão brasileiro de política social no campo da saúde, aprovado na Constituição de 1988, recoloca o acesso igualitário aos serviços de saúde como direito de todos, no geral, as políticas e os projetos locais de organização e qualificação da rede de serviços de saúde não correspondem a esse padrão. No município de Cuiabá, a despeito da ampliação e regionalização encaminhadas a partir de 1986, a universalidade da atenção permanece como um grave problema, somado à baixa capacidade resolutive dos serviços nos diferentes níveis e, especialmente, no nível local-distrital que, entre outras razões, acaba por provocar o deslocamento da população das regiões periféricas para serviços mais equipados, na área mais central da cidade (especialmente Pronto Socorro), em busca de respostas mais rápidas, sem que isto signifique garantia de atendimento.

Contudo, é possível perceber nas entrevistas realizadas que a questão do acesso não se resume à existência de serviços locais próximos. Outros elementos que compõem a acessibilidade dizem respeito à qualidade desses serviços. Ter as demandas absorvidas, ter acesso a certos recursos por se entender que qualificam a assistência, ter serviços resolutivos e dinâmicos compõem o conjunto de elementos relativos ao acesso esperado. É quando as mulheres encontram respostas ao que consideram suas necessidades que reconhecem que são adequadamente assistidas.

Os estudos de COHN et al. (1991) e CANESQUI (1992), a respeito de consumo e avaliação de serviços de saúde pela população, esclarecem esta questão ao apontarem que o provimento de serviços e recursos de saúde por si não regula a sua utilização. Se a adequada distribuição espacial dos serviços e equipamentos é uma condição necessária ao acesso, contam também a qualidade desses serviços e o seu grau de eficácia segundo a maneira de a população entender a saúde-doença, identificar o que atende a suas necessidades e enfrentar os seus problemas nesse campo.

Neste estudo, a qualidade do atendimento é expressa pelas mulheres entrevistadas como acesso ao médico, a procedimentos que englobam equipamentos, a exames auxiliares no diagnóstico e a medidas terapêuticas específicas.

*"Ah, eu acho... Que nem aqui mesmo, aqui não tem, vamos supor assim, nós temos o médico ginecologista, só que eu penso, assim, que devia ter mais aparelho lá dentro".*

O padrão que demandam inclui desde a realização de exames laboratoriais pelos serviços locais, enfatizando a importância da proximidade e agilidade nos resultados, ao acesso a aparelhos e medidas de auxílio diagnóstico, como exames radiológicos e outros mais especializados. O tratamento através de medicamentos e a oferta destes pelos serviços também faz parte dos elementos que elegem para qualificar a assistência à saúde.

*"A gente precisava mesmo é de um atendimento melhor. Mais reforço nesse postinho ... ter mais doutor".*

Outro aspecto evidenciado nas entrevistas é uma certa incorporação em seus discursos da composição profissional dominante em saúde, que tem no médico a sua principal referência. O que se pôde observar no conjunto de suas vivências e demandas relativas aos serviços é que concentram nesse profissional, em relação aos demais, as suas críticas e reivindicações.

A falta de recursos materiais para os procedimentos em saúde também é outro elemento criticado e dimensionado como componente da qualidade. Para elas, o atendimento requer certos recursos mínimos que nem sempre encontram disponíveis nos serviços. Dessa forma, demandam condições materiais que, junto a outras, dão qualidade à atenção em saúde.

As suas reivindicações relativas aos serviços de saúde mencionadas até aqui revelam uma certa assimilação do padrão médico dominante, expressa por suas solicitações de tecnologias que cada vez mais são incorporadas como componentes dessa prática, tais como exames laboratoriais, radiológicos e especializados, instrumentos auxiliares no processo de avaliação diagnóstica (aparelhagem) e a indicação do tratamento medicamentoso.

Sem negarmos a importância histórica de tais recursos e mesmo o direito a seu acesso, o que chama atenção é que o referido padrão expressa uma legitimação da progressiva introdução de tecnologias no campo da saúde, reforçando o modelo medicalizado hegemônico. Ainda que certas conquistas tecnológicas façam parte da necessária busca de solução para problemas concretos, há que se considerar o seu significado na realização da lógica privada predominante no setor. A questão é a forma como as tecnologias são vistas e incorporadas

às reivindicações dos grupos populares, desconhecendo-se o seu significado na manutenção e desenvolvimento da ordem social estabelecida.

A medicina divulga um padrão sofisticado de atendimento, estimula seu consumo e sua aceitação, ainda que ele seja inacessível à grande maioria da população brasileira. Assim, os meios e instrumentos médicos de cura são reconhecidos e legitimados indiscriminadamente pela população em geral e, em particular, é o que percebemos nas entrevistas realizadas. A sua reivindicação se dá na medida em que a valorização dos mencionados recursos no campo médico não é acompanhada por sua extensão a elas, particularmente através dos serviços públicos.

Por outro lado, a menção que fazem à necessidade de acesso a serviços de saúde e a benefícios da ciência e tecnologia no campo médico não se reduz à incorporação de imposições do saber e prática médica dominantes, mas reflete o entendimento de que aqueles integram o conjunto de elementos constitutivos do direito à saúde. E mais, expressam, em alguma medida, a percepção que elas têm das iniquidades das políticas no setor. Neste sentido, antes que reafirmação e subordinação apenas, as suas avaliações e reivindicações revelam, também, negação e resistência.

Mas não são só recursos materiais e instrumentos diagnósticos e terapêuticos como os citados que fazem parte dos critérios com que julgam os serviços públicos de que dispõem. O ser avaliada e acompanhada em situações de saúde-doença é outro critério que se soma aos demais. Requerem uma avaliação médica que inclua os problemas que levam aos serviços valorizando o diálogo, o acompanhamento contínuo e a avaliação física. Especialmente enquanto sujeitos da atenção em saúde, as mulheres entrevistadas acrescentam a esta avaliação a necessidade de serem ouvidas, de poderem falar e receber informação a seu próprio respeito, no espaço do atendimento:

*"Muitas vezes você vai num médico, assim, você vai com vontade de ouvir uma coisa, talvez uma coisa que você queria ouvir. Então você chega lá, você tem o seu problema, muitas vezes você gostaria de falar alguma coisa, como mulher, fazer alguma pergunta, e muitas vezes você não tem acesso ao médico, você não tem jeito de fazer uma determinada pergunta porque ele não te dá oportunidade. Eles levam uma distância tão grande entre você e eles que você não consegue perguntar. Existe uma barreira entre paciente e médico".*

Esse conjunto de achados permite considerar que se as demandas referidas refletem uma certa assimilação do padrão dominante em saúde, quando da valorização do profissional médico, da especialidade, da tecnologia, também expressam a necessidade de que esse atendimento incorpore os seus interesses específicos, segundo a sua forma de ver a saúde-doença e a cura que inclui, sobretudo, um contato mais humanizado. Elas querem ser ouvidas, tocadas e consideradas. Reivindicam um espaço onde possam falar e perguntar. Atendimento relâmpagos que mal possibilitam dizer o que as incomoda não são aceitos. Negam-se a confiar no profissional que nem mesmo lhes deu a oportunidade de dizer o que estão sentindo.

Não é o seu corpo doente ou um pedaço dele que precisa ser reparado, consertado, que as leva aos serviços. Aliás, às vezes mencionam que nem mesmo para tal encontram atendimento. Elas querem é espaço para se colocarem como pessoas que são. Recusam a lógica do processo de cura articulada ao desenvolvimento da tecnologia, necessária do ponto de vista da estrutura capitalista, que restringe a relação entre profissionais e sujeitos da ação médica à reparação do corpo doente. Desejam ser ouvidas e consideradas em suas necessidades, em seus sentimentos e expectativas.

Não aceitam passivamente essa prática autoritária que impõe um distanciamento entre elas e os profissionais. Criticam o contato humano que se dá de forma parcelar e mecânica, distante e superficial, na medida em que meios como o ouvir, o tocar, o falar são substituídos pela pressa ou por recursos tecnológicos.

A totalidade do ser humano e a extensão de suas necessidades para além do biológico são desconsideradas cada vez mais nesse padrão medicalizado em saúde. E é a partir da valorização de suas subjetividades que essas mulheres ao mesmo tempo que incorporam e reforçam esse padrão também o recusam, colocando-se como sujeitos integrais.

Neste sentido, o acesso a orientações sobre as situações de saúde-doença, respostas às suas indagações e informações também são apresentadas como parte de suas necessidades médicas:

*“Teve aquele desentendimento na hora agá pois eu quero ver o que foi que eles fizeram comigo. Eu quero meu exame. Eu quero ver porque eu acho que eu tenho direito de ver o que saiu de dentro de mim, nem que fica lá dentro do arquivo.”*

Não terem a oportunidade de perguntar, de esclarecer dúvidas, de serem orientadas a respeito

do que acontece com elas é uma violação de um direito que se recusam a aceitar. Posicionam-se frente ao que tradicionalmente é entendido pelos serviços como algo que lhes pertence, a explicação diagnóstica. Deixam claro que se trata das suas vidas e que, portanto, têm direito à orientação, à explicação a respeito do que acontece em seus corpos.

E mais, querem também ser informadas sobre a dinâmica dos serviços e sobre o atendimento a que têm direito. Faz parte da sua história a procura dos serviços públicos inúmeras vezes para que, por tentativas, descubram quando, com quem, como e se serão atendidas. Isto, em parte, porque são maltratadas e não são informadas a respeito desses aspectos. Assim, criticam e recusam a falta de atenção para com seu direito à informação, colocando esta como critério de qualidade do atendimento.

As entrevistadas reivindicam uma relação mais próxima; atenção para com as necessidades, dores e sofrimentos vividos; a compreensão e o diálogo, criticando valores que separam pessoas e grupos:

*“Porque as vezes você chega lá (no serviço público), eles pegam e gritam com você, mandam você calar a boca, mandam você ficar lá no canto que a hora de atender eles sabem. Tudo isso eles fazem com a gente. Eu acho que o pessoal acha que a pessoa é fraca porque... Então ... Eles usam e abusam”.*

A prática médica que se desenvolve no capitalismo gradualmente vai distanciando profissionais e pacientes, cuja relação passa a ser intermediada por um conjunto de normas referidas ao campo científico, que possuem, para além desse caráter, um papel normalizador da ordem estabelecida. Como coloca SILVA (1976), essa prática apresenta-se como meio de cura, justificada em uma base científica supostamente neutra, mas presta-se à difusão de normas e valores segundo a necessidade de manter e reproduzir lugares e papéis.

A medicina trabalha o lugar e papel dos profissionais e dos “pacientes” reproduzindo valores sociais. Aqueles, por deterem o monopólio do saber, colocam-se como os que sabem e cobram destes que se submetam às definições da “ciência médica”. Os papéis preestabelecidos socialmente, expressos na dicotomização científico-popular, médico-paciente que resultam na classificação dos que sabem-não sabem, dos que podem-não podem são reproduzidos nas relações entre profissionais de saúde e sujeitos da atenção médica. Assim, os “pacientes” são colocados na relação, a partir da ótica dos profissionais, como “ignorantes” e/ou “dependentes”.

As relações caracterizam-se por um distanciamento que afasta interesses e necessidades específicas daqueles que procuram os serviços públicos. Quem sabe é o profissional da saúde. É ele, portanto, quem deve dirigir a relação. A manifestação do "paciente" será controlada pelo que está normatizado como merecedor da atenção pelo sistema e dinâmica interna dos serviços.

Por outro lado, a desvalorização da mulher em nossa sociedade também contribui para desqualificar suas necessidades pelos serviços públicos. As necessidades, queixas, sofrimentos vividos por elas não são entendidos e incorporados à prática médica dominante. As restrições impostas à mulher na sociedade e que se expressam na limitação de seu espaço de pensar, de sentir, de participar e decidir, de manifestar-se, enfim, são reforçadas através das instituições de saúde.

A relação é autoritária, fruto da afirmação do poder de um grupo sobre o outro. A relação não se dá entre profissionais e cidadãos, mas entre instituição médica e doença. A organização dos serviços, a dinâmica de trabalho e as tecnologias transformam as relações e a comunicação, subordinando-as aos rituais, aos meios, ao discurso médico (RAMOS et al., 1989).

Mas todas essas imposições/limitações não são incorporadas passivamente pelas camadas populares. Como as relações possuem um caráter contraditório e o espaço das instituições de saúde é na realidade um espaço de luta política e de expressão de interesses diferentes, há sempre resistências. No grupo estudado aparecem claramente as estratégias de resistência às relações estabelecidas e seu caráter de dominação, ainda que sem articulação e direção. Neste sentido, as entrevistadas traduzem essa prática como desrespeito às suas vidas e necessidades, apontando a sua crueldade e inaceitabilidade.

Qualidade é apresentada também como resolutividade dos problemas que as mulheres consideram ter. As suas avaliações fazem parte de um conjunto próprio de valores sobre o que é problema e sobre o que responde a este. Entre as entrevistadas, a qualidade do serviço é expressa por critérios como resolução imediata do problema apresentado, independentemente de novas manifestações que possam surgir posteriormente; rapidez do contato com o serviço; definição imediata de uma conduta; sensação de estar bem após tratamento; inexistência de novos problemas.

Há que se considerar que as suas experiências com serviços que, predominantemente, desenvolvem uma prática curativa imediatista, reforçam a sua compreensão de resolutividade como resposta imediata a um determinado problema, independentemente da sua evolução posterior. Além

disso, é possível que as dificuldades enfrentadas para serem atendidas bem como a forma como são tratadas influenciem o conceito que têm da questão. Pode supor-se que quanto mais rápido for o contato com tais serviços menor será a dificuldade/sofrimento a enfrentar, daí apontarem os critérios acima.

Por outro lado, esses critérios de apreciação, em sua maioria, são coerentes com a visão que o grupo tem a respeito do que é saúde e doença, particularmente quando as relacionam com a capacidade ou incapacidade para realização de atividades. Os elementos apresentados sugerem que o seu conceito de resolutividade parece estar associado à recomposição imediata de seus corpos para o trabalho.

Percebe-se que buscam nos serviços uma resposta para os problemas que as incomodam e que limitam o seu fazer cotidiano, coerentemente com a orientação de recuperação da força de trabalho que determina as práticas públicas em saúde e com a valorização que dão aos seus próprios corpos para o trabalho. Numa primeira leitura, é o que consideram mais sério, é o mais emergente, a doença que impede a atividade, que as mobiliza. É quando existe ameaça ao desempenho de seu papel que elas recorrem ao serviço:

*"Doença pra mim é uma coisa séria, uma coisa mais séria. (...) Eu já precisei desse Posto acho que umas duas vez, quase não vou. Muitas vezes a gente não precisa né, não precisa de chegar até ali e passar pelo médico. Era sempre assim: uma gripe, uma febre, nunca foi coisa séria".*

A necessidade básica em saúde relaciona-se à manutenção da capacidade de exercer as atividades cotidianas. O que leva as pessoas ao serviço é a necessidade de anular a doença, é o problema limitante (COHN et al., 1991).

Mas, o que leva a mulher ao serviço não é unicamente a procura de resposta a alterações físicas limitantes manifestas no corpo. Por detrás da sua doença esconde-se um conjunto de queixas, necessidades, insatisfações, de dificuldades frente à vida, que expressam ao valorizar as relações nos serviços como espaço para a troca e apoio. Como colocam BORGES; ATIÊ (1989):

*"O corpo lhe serve para se representar naquilo que pensa ser e também naquilo que não está podendo ser. A compreensão daquilo que adoeceu em si traz junto a história de seu cotidiano e não a história de um órgão de seu corpo".*

Ao recorrerem ao serviço as mulheres procuram também respostas para problemas de seu cotidiano ligados à vida afetiva, ao trabalho, às suas condições de vida. E se não há acolhimento por parte dos serviços, se estes não estão abertos a seus problemas, a seus próprios diagnósticos e respostas, à sua linguagem corporal, a seus códigos, elas recolocam-se e a seu cotidiano através de estratégias de resistência: seja criticando o distanciamento de tais práticas, seja recorrendo a outras práticas em que suas identidades sejam mais resguardadas.

A necessidade e o contato com uma medicina que possui um conjunto de regras e processos, que não lhes são acessíveis de todo levam-nas a colocarem seus próprios corpos sob a guarda dos profissionais de saúde. Para isto precisam não só confiar nestes profissionais mas ter essa distância diminuída. Daí não aceitarem a desatenção, a não aproximação de seu universo.

Percebe-se que, com relação aos aspectos técnicos da assistência, os depoimentos das mulheres deste estudo não são muito específicos, o que não ocorre quando falam das relações com os serviços. BOLTANSKI (1989) ajuda-nos a compreender o aspecto observado quando considera que as populações, não tendo elementos para submeter à crítica todo o conjunto de procedimentos técnicos que lhes são dirigidos, remetem-na às relações que se dão no contato com o sistema.

Além de criticarem relações desumanizadas e a desatenção com suas necessidades e saberes, essas mulheres apontam também uma prática médica que fere a ética e os princípios da própria ciência. Como é possível tratar sem no mínimo interrogar e examinar? Como diagnosticar sem ouvir, sem olhar, sem tocar? Elas sabem que tais práticas não lhes servem. Elas próprias identificam o seu esvaziamento de conteúdos e preceitos que ferem a própria ciência e a dignidade humana.

Por outro lado, os grupos populares são "educados" para respeitar o que vem da ciência pois é ela quem dita as verdades. O seu conhecimento é tratado/absorvido como ignorância, o que faz parte do processo de sua submissão ao conhecimento das camadas dominantes. É assim no campo da saúde em que é valorizado o conhecimento médico em detrimento do saber dos grupos populares. Assim, a afirmação da legitimidade do saber médico também se manifesta entre as mulheres entrevistadas:

*"... eu procuro confiar no médico e procurar ele porque, igual esse caso meu, se ele está fazendo tudo pela gente eu tenho que ter confiança nele."*

Refletindo a prática médica dominante conferem-lhe autoridade, especialmente através da

valorização do saber e da prática do profissional médico. Mas, se o profissional médico é o principal recurso humano que demandam quando falam acerca do atendimento e é ao saber e prática que veicula que elegem como "verdade" e a esta se submetem, também é àquele profissional, principalmente, que dirigem uma série de críticas, chegando, inclusive, a considerá-lo o último recurso a ser buscado. Isto, num movimento de negação da prática de dominação que é exercida sobre suas vidas através do campo médico:

*"Difícilmente eu procuro médico, eu procuro só no caso que não tem mais jeito. Ele só chega dá uma apertada aqui, outra aqui e encaminha já logo de cara, né."*

A imposição do saber e da prática do mencionado campo sobre suas vidas e a não incorporação do seu universo cultural e social pelos serviços, expressas nas relações que vivenciam, levam-nas a criticarem o profissional médico. E fazem-no questionando, não aceitando suas informações, orientações, indicação de tratamento; apresentando falas de oposição, suspeitas/descredito, teorizações e medidas próprias ou mesmo procurando outros recursos:

*"Há meses atrás eu tive dengue. Não conseguia levantar da cama. Aí minha filha chegou lá e falou: - Mãe, a senhora já foi no médico? - Pra que médico se eu tô sabendo o que eu tenho. Vou fazer o quê no médico? Pra me dar dipirona novamente? Aí, ela falou: - Eu sei dum remédio bom pra senhora tomar. Aí eu falei: - Não vem com remédio pesado pra gente tomar. Ela falou: - Não é remédio pesado, é folha. Eu procurei as folhas e eu melhorei"*

Também sobre outros profissionais do serviço apresentam críticas. As suas falas revelam que percebem a relação com profissionais dos serviços de saúde como de classe e, ainda, a correlação de força desigual que, ora é aceita, ora é negada.

A sua defesa vem com a crítica, as queixas, as interrogações, desconfiança, silêncio e também com a contestação:

*".. a barriga tava enorme demais. Eu queria descobrir o que era. (...) O médico falou: - Vocês comem demais depois vem gordinha pra cá e fala que está com esses*



*tipo de problema. Muitas vezes foi uma brincadeira que ele fez comigo mais eu já não tava ali a fim de uma brincadeira, eu tava a fim duma coisa mais séria. Então não voltei nem mais."*

*mais, como se diz, medicinais do mato, é remédio bom. Eu acho bom. Na farmácia tem todo tipo de remédio mas eu acho que caseiro é melhor, sabendo preparar ele".*

Não há como negar que essas mulheres utilizam-se de uma série de mecanismos próprios, embora desorganizados, para se verem e se colocarem como sujeitos integrais. Se os serviços públicos de saúde e os seus profissionais desconsideram-nas e às suas necessidades isto não é aceito e incorporado passivamente por elas mas, ao contrário, desencadeia uma série de mecanismos de resistência que, antes de qualquer coisa, revelam-nas como sujeitos e não "objetos" da prática médica.

A procura dos serviços de saúde está condicionada a uma série de fatores: acesso, qualidade, resolutividade diagnóstica e terapêutica, rapidez no atendimento, identificação pela população da necessidade e caminhos para a sua solução (COHN et al., 1991).

Não é incomum ouvir-se a afirmação de que a população não procura os serviços de saúde para prevenção ou que recorre a eles tardiamente quando apresentam problemas de maior gravidade, atribuindo tal comportamento à "ignorância" ou "desleixo".

Esta avaliação deixa de reconhecer a participação dos serviços na conformação da demanda. As vivências que as mulheres entrevistadas expressam indicam o quanto de problemas e dificuldades elas têm que enfrentar para terem acesso aos serviços e, ainda, quando conseguem o atendimento, o quanto este não responde às suas necessidades e interesses. Diante de tantas negativas e obstáculos pode considerar-se tal comportamento como desatenção com a própria saúde?

Essas mulheres, longe de revelarem ignorância ou mesmo conformismo diante das práticas impostas pelos serviços de saúde, utilizam-se de variadas estratégias de confronto frente a uma realidade que não aceitam. Assim, não procuram ou desistem de procurar os serviços públicos, deles desacreditando, resistem à própria dor ou acabam utilizando-se de outros recursos e práticas terapêuticas em saúde.

Entre estes, o modo particular com que concebem os problemas em saúde e a cura levam-nas a recorrer à "medicina caseira":

*"Tem hora que em vez de eu ir lá no médico eu prefiro fazer esse remédio em casa porque eu acho assim um remédio*

Tal prática, que se constitui parte da história cultural dos grupos populares e se mantém de forma renovada, em certos momentos é apresentada como recusa à racionalidade e ao poder médico sobre suas vidas e sobre seus corpos. É interessante notar que se, por um lado, valorizam e delegam os cuidados em saúde aos serviços e, mais especificamente, aos profissionais médicos, por outro, mantêm a propriedade da avaliação e cura em suas mãos, resgatando de certa forma o poder sobre suas próprias vidas, recusando a subordinação que a medicina "oficial" lhes impõe.

Nas entrevistas encontramos uma "medicina caseira" utilizada como alternativa aos vazios deixados pelos serviços de saúde. As dificuldades de acesso a estes, a qualidade que não responde às expectativas e demandas das mulheres entrevistadas, os custos econômicos necessários ao deslocamento para os serviços mais completos e para a execução dos tratamentos indicados, são "superados" pelo uso de medidas e remédios caseiros, recurso que encontram facilmente nos locais onde vivem, que resolvem muitos dos seus problemas em saúde e que, economicamente, lhes são mais acessíveis.

Outro recurso de que se utilizam é a interferência "sobrenatural" no conjunto dos acontecimentos de suas vidas e, particularmente, nas questões de saúde-doença. As rezas, orações e benzimentos são parte das medidas em saúde, usadas como primeira alternativa, como alternativa complementar ou como último recurso à falta de respostas dos meios "naturais".

Segundo MINAYO (1988), o campo da religiosidade e sua interligação com as questões de saúde-doença faz parte da cultura tradicional dos grupos populares, retraduzida no presente, e está ligada à sua visão acerca do homem e seu destino. Da visão mais ampla que possuem acerca da vida e morte derivam as suas práticas no campo religioso e, particularmente, no da saúde-doença. Contudo, na busca de proteção e cura, tais práticas são também utilizadas, pelo grupo estudado, quando este não obtém resposta a seus problemas através da prática médica. Não é incomum o seu uso junto a outros recursos embora, em certos momentos, seja ela a eleita como alternativa para problemas que o campo médico apesar de todo o seu "conhecimento" não pode resolver por considerar que não está em sua esfera de atuação.

Outros suportes utilizados são a auto-medicação e a busca de orientação junto ao “farmacêutico”. Apesar de algumas mulheres referirem-se ao risco da auto-medicação e ao uso de fármacos “prescritos” na própria farmácia, todas se utilizam dessa prática, em um ou outro momento de suas vidas.

QUEIROZ (1991) menciona o prestígio tradicionalmente conferido pelos grupos populares ao “farmacêutico”, especialmente por uma certa proximidade deste de seus elementos culturais, que acaba por favorecer a sua procura.

Mas, além disso, se a população busca uma resposta mais rápida e imediata para seus problemas de saúde, coerentemente com a visão normativa de recomposição imediata de seus corpos para o trabalho, o uso de remédios alopáticos acaba por se mostrar mais “adequado”.

A insatisfação com os serviços de saúde, especialmente da rede pública, também funciona como um estímulo ao uso dos recursos mencionados. A medicina “oficial”, apesar de se considerar a única com competência para avaliar e medicar, recusa-se a dar atenção ao que considera problema “insignificante” ou ao que não se encaixa em suas classificações, o que acaba por forçar a busca de outras medidas, como a auto-medicação e consulta ao “farmacêutico” para problemas “mais” conhecidos ou que não tiveram espaço nos serviços.

Os serviços privados, os profissionais liberais e a medicina supletiva<sup>5</sup>, de igual modo, também estão entre as alternativas de que se utilizam frente à falta de acesso e qualidade dos serviços públicos de saúde:

*“(...) Eu desisti porque eu acho, assim, que a gente é pobre, todo dia você tá ali, vai de manhã, deixa seus afazeres e vai pra lá, fica até 11 horas ali e ali você recebe um não. Depois eu fico aí passando necessidade esperando a oportunidade de ter uma condição melhor pra poder fazer tratamento. Sei lá, a gente ganhar, receber o dinheiro da gente, economizar um pouco e poder partir pra um particular porque a gente vê que tendo o dinheiro e partir pro particular a gente é atendido.”*

A prática privada no campo médico é considerada como de melhor qualidade em relação à pública. Na medicina privada valorizam o atendimento imediato, a qualquer hora, as relações mais cordiais e o acesso a equipamentos e a cuidados que não lhes são acessíveis através dos serviços públicos. A perda de confiança nos serviços públicos parece ser um dos motivos que as levam a depositar um maior crédito nos serviços privados. Esta

avaliação e uso parece definir-se especialmente pelas experiências negativas que têm com os serviços públicos e, também, por sua percepção da lógica que está por detrás da falta de acesso e qualidade desses serviços (lucro):

*“(...) porque se você vai, você chega lá, você chega na saúde, você é maltratado, você não tem direito a reclamar de nada. E quando chega a um ponto particular é melhor porque você é mais bem-tratado. Você sabe que no mundo em que nós vivemos o dinheiro fala mais alto.”*

À primeira vista, as falas dessas mulheres confirmam a valorização dada às práticas privadas em saúde, apresentadas por seus defensores como alternativa de melhor qualidade. Entre os critérios que utilizam para afirmar a sua superioridade encontramos aqueles que não são atendidos pelos serviços públicos como acesso imediato ao serviço, relações mais acolhedoras, um certo respeito às suas individualidades e a possibilidade de acesso a meios diagnósticos que valorizam.

As práticas privadas em saúde possuem a mesma lógica da visão dominante em saúde-doença, em alguns aspectos criticada em certos momentos pelas entrevistadas, mas resguardam algumas características específicas, como uma relação mais cordial com os que dela se utilizam, em função do seu caráter de troca comercial. Se elas têm como um critério fundamental de qualidade a forma como as relações se dão nos serviços, tornam-se compreensíveis as suas afirmações de que aqueles serviços “tratam muito melhor”.

Soma-se a este critério a absorção/valorização de que somente serviços “bem” equipados tecnologicamente estão mais preparados para atender necessidades em saúde, o que encontram ou supõem encontrar especialmente na medicina privada.

Contudo, o uso dos recursos privados mostra-se mais como alternativa a uma prática pública que está longe de responder, às vezes minimamente, às suas necessidades, do que propriamente por uma defesa dos serviços particulares. Antes que escolha ou preferência pelo privado, o seu uso é forçado; especialmente porque os serviços privados são vistos como uma das alternativas frente às grandes brechas deixadas pelos serviços públicos na atenção à sua saúde.

Cabe colocar aqui que embora as entrevistadas qualifiquem a assistência privada como melhor e o seu uso faça parte das suas estratégias de resistência frente ao atendimento dos serviços públicos que consideram inadequado suas avaliações também indicam uma certa absorção da “ideologia” do privado, caminho apresentado como solução para os problemas sociais por certos segmentos do sistema.

Não se pode desconsiderar que a desqualificação dos serviços públicos de saúde, assim como das demais instituições públicas, é parte da estratégia "neoprivatizante" encaminhada com certo sucesso no Brasil, hoje. É essa desqualificação dos serviços públicos e a valorização dos privados que, em alguma medida, é absorvida e afirmada no discurso do grupo entrevistado, representando também subordinação.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise das representações das mulheres que participaram deste estudo permite identificar um discurso, acerca da atenção à saúde, amplo e rico, embora incompleto e fragmentado. As demandas e necessidades apresentadas revelam modos desarticulados e contraditórios de visualizarem o real. As suas representações acerca dos serviços públicos revelam-se ambíguas, segundo a realidade contraditória em que vivem.

Constatamos que em geral a visão que apresentam não revela uma apreensão mais globalizante e coesa dos problemas enfrentados no campo da saúde. No entanto, é possível perceber firmeza quando apresentam carências vividas e problemas cotidianos enfrentados nas relações com os serviços públicos.

Isto permite perceber que essas mulheres não se conformam à realidade vivida. Embora reproduzam valores e determinações do sistema social em que estão inseridas, contrários a seus interesses, a sua condição de alienação não é absoluta. Refletindo as contradições, os conflitos presentes na sociedade capitalista, suas representações também espelham seus próprios interesses derivados da condição em que vivem. Elas não são passivas frente às políticas e práticas instituídas no campo da saúde. Ao contrário, possuem um modo próprio de pensar, reproduzir e resistir às práticas institucionalizadas que lhes negam o direito à saúde.

Incorporam muito das imposições sociais repassadas através da medicina que se desenvolveu e institucionalizou com o capitalismo mas, ao mesmo tempo, utilizam-se de estratégias variadas resistindo à dominação e iniquidades vividas. Participam da reprodução social reforçando seus mecanismos e processos mas, igualmente, lutam de um modo próprio resgatando e recolocando suas particularidades, seus interesses, constituintes da própria cidadania.

No grupo estudado não encontramos concepções sistematizadas e politicamente organizadas frente à realidade vivida no campo da saúde. As posturas de resistência não constituem uma prática política renovadora, necessária do ponto de vista do resgate de seus direitos sociais. Não é efetiva a participação e o controle social sobre as políticas públicas e,

particularmente, sobre os serviços públicos. Embora o grupo perceba em alguma medida a subtração de seus direitos, não desenvolve (ou participa de) processos coletivamente estruturados para o seu resgate. Contudo, ainda que esse aspecto revele uma certa conformação às suas condições de existência, não se pode dizer que haja uma sujeição às iniquidades vividas no campo da saúde. Pelo contrário, o grupo também se coloca, como se pode constatar, pelos variados mecanismos de resistência que elabora.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BOLTANSKI, L. **As classes sociais e o corpo**. Tradução por Regina A. Machado. 3. ed. Rio de Janeiro, Graal, 1989.
- BORGES, S. M. N.; ATIÊ, E. Vida de mulher: estratégias de sobrevivência no cotidiano. In: COSTA, N. do R. et al. (orgs.) **Demandas populares, políticas públicas e saúde: movimentos sociais e cidadania**. Petrópolis, Vozes, 1989. V. 2, p. 165-184. (Coleção Saúde e Realidade).
- CANESQUI, A. M. Consumo e avaliação dos serviços de saúde. In: SPÍNOLA, A. W. de P. et al. (coords.) **Pesquisa social em saúde**. São Paulo, Cortez, 1992. p. 175-205.
- COHN, A. et al. **A saúde como direito e como serviço**. São Paulo, Cortez, 1991.
- CUIABÁ (cidade). Prefeitura Municipal. Fundação de Saúde. **Avaliação do Sus Cuiabá: 1. semestre/94**. Cuiabá, novembro de 1994.
- CUIABÁ. Prefeitura Municipal. Instituto de Pesquisa e Desenvolvimento Urbano. **Anuário Estatístico de Cuiabá 1988/1990**. Cuiabá, 1990.
- FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. Secretaria de Planejamento, Orçamento e Coordenação. **Sinopse preliminar do censo demográfico de 1991: Mato Grosso**. Cuiabá, s.d. n. 24.
- GOMES, R. Análise de dados em pesquisa qualitativa. In: MINAYO, M. C. de S. (org.) **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis, Vozes, 1994. cap. 4, p. 67-80.
- MENDES, E. V. As políticas de saúde no Brasil dos anos 80: a conformação sanitária e a construção da hegemonia do projeto neoliberal. In: MENDES, E. V. (org.) **Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde**. 2. ed. São Paulo, HUCITEC/Rio de Janeiro, ABRASCO, 1994. p.19-91.
- MINAYO, M. C. de S. Saúde-doença: uma concepção popular da etiologia. **Cad. Saúde Públ.**, v.4, n. 4, 356-62, 1988.
- QUEIROZ, M. de S. **Representações sobre saúde e doença: agentes de cura e pacientes no contexto do SUDS**. Campinas, UNICAMP, 1991.
- RAMOS, C. L. et al. Quem educa quem? Repensando a relação médico-paciente. In: COSTA et al. (orgs.) **Demandas populares, políticas públicas e saúde: movimentos sociais e cidadania**. Petrópolis, Vozes, 1989. V. 2, p.145-64. (Coleção Saúde e Realidade).
- SILVA, M. da G. R. da. **Prática médica: dominação e submissão**. Rio de Janeiro, Zahar, 1976.

**ANEXO - Roteiro da entrevista****I Dados Objetivos****1 Identificação**

- 1.1 Qual o seu nome completo?
- 1.2 Quantos anos você tem? Em que ano nasceu?
- 1.3 Onde você nasceu?
- 1.4 Onde você morava antes de vir para Cuiabá?
- 1.5 Há quanto tempo você mora no Pascoal Ramos?
- 1.6 Você morou em que local de Cuiabá antes de vir para o Pascoal Ramos?
- 1.7 Qual a sua religião?
- 1.8 Você frequentou escola? ( ) sim ( ) não
- Se sim: Até que série escolar? Se não: - Sabe ler e escrever? ( ) sim ( ) não
- 1.9 Você mora com quem? - Tem companheiro? ( ) sim ( ) não
- 1.10 Quantos filhos você tem?

**2 Dados sócio-econômicos**

- 2.1 Você trabalha fora de casa? ( ) sim ( ) não ( ) desempregada ( ) aposentada
- Para a resposta desempregada: - Em que você trabalhava?
- Há quanto tempo você está desempregada? - Como você se sustenta sem seu emprego?
- Para resposta afirmativa: - Onde você trabalha?
- Quantas horas por dia / semana você trabalha?
- Você tem carteira de trabalho assinada? ( ) sim ( ) não
- Você precisou estudar ou fazer algum curso para poder fazer seu trabalho?
- 2.2 Você é responsável pelo trabalho doméstico em sua casa? ( ) sim ( ) não ( ) em parte
- Tem alguém que a ajuda nesse trabalho? ( ) não ( ) sim Quem?
- 2.3 Você tem Instituto ou Seguro Privado? ( ) sim ( ) não Qual?
- 2.4 Quanto você recebe por seu trabalho?
- ( ) menos de 1 SM ( ) 1 SM ( ) até 2 SM ( ) até 3 SM ( ) mais de 3 SM
- 2.5 Quantos membros de sua família trabalham? - Em que trabalham?
- 2.6 Qual a renda de toda sua família?
- ( ) menos de 1 SM ( ) 1 SM ( ) até 2 SM ( ) até 3 SM ( ) mais de 3 SM
- 2.7 Como é a sua casa?
- ( ) própria ( ) alugada ( ) financiada ( ) cedida ( ) invadida ( ) outro
- ( ) de alvenaria ( ) de madeira ( ) barraco ( ) outro
- ( ) 1 cômodo ( ) 2 cômodos ( ) 3 cômodos ( ) mais de 3 cômodos
- 2.8 Que benefícios tem a sua casa?
- ( ) rede elétrica ( ) asfalto ( ) água encanada ( ) água encanada e tratada
- ( ) filtro ( ) coleta de lixo ( ) rede de esgoto ( ) fossa ( ) esgoto a céu aberto

2.9 Você utiliza que meios de transporte dentro da cidade?

( ) ônibus                    ( ) carro próprio    ( ) bicicleta                    ( ) outros

3.0 Você participa de algum grupo em sua comunidade?    ( ) sim    ( ) não    ( ) às vezes

- Que grupos?

Se não: - Por que não participa?

## II Dados Subjetivos

### 1 Práticas de saúde das mulheres

1.1 Que necessidades e problemas de saúde você já teve? - O que fez para resolvê-los? - Conte suas experiências. (Recuperar fases específicas da vida da mulher: adolescência/ maternidade/ fase adulta/ velhice)

1.2 Que serviços de saúde você já procurou? - Em que situação? - Por que procurou esses serviços? (Se não utilizar os serviços públicos da área explorar o porquê)

1.3 Como você foi atendida por esses serviços? - Conte suas experiências.

1.4 O que você achou do atendimento dos serviços que você utilizou? - Eles atenderam às suas necessidades? Por quê?

1.5 Como a mulher deve ser atendida por esses serviços? Por quê?

1.6 Qual a sua opinião sobre os serviços públicos de saúde? - O que é satisfatório nesses serviços? - O que é problema?

1.7 Quando você está precisando ou alguém de sua família procura outros recursos para a atenção à saúde que não os serviços de saúde? Se não: Por quê?

Caso procure: - O que você procura? - Em que situação você procura? - O que você achou desse atendimento? - Conte suas experiências.

1.8 Você trata da saúde de sua família ou de pessoas do bairro?

- Quando você fez isto? - Como você fez isto? - Conte suas experiências.