

A MULHER E O SABER POPULAR EM SAÚDE

Nelsina Melo de Oliveira DIAS¹



Jean-Louis Benamou e Novartis Images S.A.

Em nossos dias, dois fatos nos chamam a atenção para a importância da mulher enquanto agente de saúde. Primeiro, o de que é muito comum se ver nas filas dos ambulatórios e nos centros de saúde municipais e estaduais um grande número de mulheres da classe trabalhadora buscando atendimento para si e para seus filhos. A maioria das pessoas que frequentam esses serviços de saúde é, sem dúvida, constituída de mulheres, acompanhadas ou não de suas crianças. Além disso, um segundo fato que também se observa é o grande interesse por parte das Secretarias de Saúde em priorizar essa clientela. São vários os programas oficiais que têm nas mulheres da classe trabalhadora o seu objetivo:

- Prevenção do câncer cérvico-uterino;
- pré-natal;
- planejamento familiar;
- atendimento médico e de enfermagem às nutrízes;
- programa de nutrição (distribuição de alimentos ao grupo materno infantil);
- programa de imunização;
- atividades de educação em saúde (palestras educativas sobre temas direta ou indiretamente relacionados com as mulheres, tais como: amamentação, puericultura, gravidez, aborto, controle da natalidade e outros).

A grande frequência de mulheres observada nos serviços públicos de saúde e a grande quantidade de programas oficiais a elas dirigidos confirmam uma prioridade dada por esses órgãos a essa clientela e, mais ainda, nos apontam a existência de uma forte ligação entre mulheres e saúde.

Historicamente, nas várias sociedades humanas se tem conhecimento de que as mulheres assumem mais o cuidado da prole e ficam mais presas ao doméstico (DURHAN, 1983 p. 13-44). Com o desenvolvimento do capitalismo moderno e a crescente exploração da força de trabalho, o homem, sujeito às longas jornadas, horas extras e ritmo intenso de produção não dispõe mais de condições para vivenciar o mundo da casa, ficando a mulher cada vez mais responsável pelo doméstico, mesmo que tenha também que se lançar no mercado de trabalho para obter complementação da renda familiar.

1. Mestra em Educação na UFMG; professora do Departamento de Promoção da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco.

1. MÃE: IGNORÂNCIA OU EXPERIÊNCIA EM SAÚDE?

Se por um lado existe nos serviços de saúde uma prioridade ao atendimento do grupo materno-infantil, sua principal clientela, por outro lado há um descontentamento em relação à assistência e à prática educativa em saúde, tanto por parte do pessoal de serviço (médicos, dentistas, auxiliares de saúde) como também por parte da clientela.

Em minha experiência de cinco anos como supervisora da Secretaria de Saúde na região do brejo, no Estado da Paraíba, pude vivenciar esse fato. O pessoal de serviço queixava-se que não conseguia cumprir as metas planejadas porque as mães não se interessavam em receber as orientações por ele transmitidas.

Era preciso sempre usar como trunfo a distribuição de alimentos (Programa de Suplementação Alimentar - P.S.A.), não só para ter a presença e a participação das mães nas reuniões educativas, como também para que os profissionais pudessem atingir o número previsto de consultas médicas e odontológicas à gestante no seu pré-natal.

Pela ótica dos profissionais de saúde, as mães, além de serem desinteressadas em aprender coisas úteis para a educação dos filhos, em geral são vistas também como portadoras de pouca preocupação com a saúde dos filhos. Era comum ouvirmos comentários como esses:

"As mães não trazem as crianças para vacinar, só vão consultar o médico quando o filho já está nas últimas, e até em relação à sua própria saúde elas não têm hábito de se cuidar, de fazer um pré-natal".

A ignorância generalizada nas mulheres era outra interpretação semelhante muito freqüente, e o pessoal de serviço assim comentava:

"Apesar das tentativas em nivelar a minha linguagem para elas compreenderem melhor, apesar das várias repetições nos ensinamentos, elas não falam nada. Acho que deve ser por questão de inteligência curta, porque são analfabetas ou porque elas têm outros hábitos e não conseguem aprender coisas novas".

Alguns profissionais de serviço iam mais além dessas explicações que apontam, sobretudo, as mães como responsáveis. Eles interpretavam a questão dirigindo o alvo para os auxiliares de saúde. Esses agentes educativos, apesar de serem originários da própria comunidade, foram indicados pelo prefeito local do partido do governo ou, em caso contrário, pelo líder político da situação e, dessa forma, não são mais elementos comprometidos com a população. Já não se identificam com a comunidade. Seus interesses, sua postura e até sua linguagem já não mais se assemelham às de origem, e daí um dos fracassos da educação sanitária.

Ainda outro número pequeno de profissionais de saúde um pouco mais conscienciosos atentava para o fato de ser exigida das mulheres a difícil opção entre largar o roçado junto ao marido e filhos, o que significa seu sustento, seu "ganha pão", e o ir ao posto médico. E, muitas vezes, ir a pé por léguas e léguas, sem a certeza de serem atendidas naquele dia (pela limitação das fichas distribuídas, pelas faltas do médico ao serviço, pela inexistência de remédios, vacinas e até material para curativos).

Por sua vez, e até através de uma aparente apatia, as mulheres se mostravam insatisfeitas com a pouca atenção que recebiam nas suas consultas médicas, com a escassez dos medicamentos distribuídos no posto, e com a obrigatoriedade de

ouvir aqueles "conselhos" com tão pouca possibilidade de serem colocados em prática.

Na verdade, uma preocupação dos técnicos desses serviços públicos destinados à população subalterna que não dispõe de outros serviços senão estes é ainda a realização quantitativa das metas, em detrimento da qualidade do atendimento a ser prestado. Assim, os atendimentos médicos, odontológicos e de enfermagem são, em sua grande maioria, impessoais, rápidos, e as mulheres continuam sendo tratadas como uma massa uniforme: todas carentes, sem experiências no assunto de saúde, ignorantes e, portanto, necessitadas de serem doutrinadas (a que se dá erroneamente o nome de conscientização).

Entretanto, como integrante do Centro de Orientação dos Direitos Humanos da Arquidiocese local, participante da Coordenação Estadual do Movimento Popular de Saúde - MOPS, e como radialista em um programa semanal sobre saúde na Rádio Cultura de Guarabira destinado aos trabalhadores rurais, eu já percebia uma outra versão dessa realidade. Na tentativa de elucidar melhor esse fato, desenvolvi uma pesquisa que deu origem à minha dissertação de tese de Mestrado em Educação na UFMG (Mulheres-Sanitaristas de "Pés Descalços" - 1986), e que é referência para esse artigo.

Como procedimento metodológico realizei entrevistas com mulheres escolhidas propositalmente de diferentes ocupações e áreas residenciais, algumas delas minhas antigas conhecidas. Acompanhei por alguns meses as reuniões semanais do Grupo de Mães do bairro industrial Lindéia em Belo Horizonte e, após maior aproximação individual com algumas delas, entrevistei-as domiciliarmente. E, ainda, aproveitei dados da minha experiência anterior (passada no interior do estado da Paraíba), a qual me havia sensibilizado para essas questões. As entrevistas não tinham questões fechadas e permitiam aos familiares participarem, caracterizando-se, assim, mais como uma conversa informal.

Apesar de não ter a pretensão de entrar em polêmicas ou desconsiderar outros aspectos relevantes em questão, tracei essa metodologia de estudo e tento mostrar, através da "costura" dos próprios depoimentos das mulheres, que são elas que assumem os cuidados relativos à saúde das famílias operárias. Nesse seu empenho, apesar de suas grandes limitações, são elas portadoras, criadoras e repassadoras de uma significativa sabedoria popular em saúde. Sabedoria essa fundamentada na sua experiência diária como mãe, dona de casa, responsável pelo cuidado e bem estar de sua família, e que é tão desconsiderada nos serviços de saúde.



Arquivo Educação e Revista

2. FARMACÊUTICAS, MÉDICAS, ENFERMEIRAS, NUTRICIONISTAS. . . SOMOS TUDO E NÃO SOMOS NADA!

No âmbito doméstico, entre as várias atribuições consideradas como da competência feminina, é notável a relação existente entre as mulheres e a saúde da família. Em se tratando de lar de classe trabalhadora, as mulheres vêm executando tarefas para conservar as condições de saúde necessárias à reprodução das suas proles, como também da força de trabalho dos maridos, dos filhos e delas mesmas.

— É ela que tenta responder mais globalmente às necessidades "primárias" da criança:

- se responsabilizando pela nutrição e desenvolvimento da criança, desde a fase intra-uterina (quando ela gera o filho no seu ventre durante os 9 meses de gestação), enquanto bebês (quando ela o alimenta ao seio materno), fazendo sua comida, até mais adiante, quando a criança se torna menos dependente;
- cuidando de sua higiene: dando-lhe banho, lavando e passando suas roupas e limpando os seus pertences;
- se preocupando em dar carinho, agasalho, oportunidade de distração e, mais tarde, dar estudo para seu filho.

Com criança mais nova, a gente levanta à noite mais vezes mesmo. Tem dia que a gente está mais cansada. Ele (o marido) ajuda sim. Mas, ajuda. Mas quem assume mesmo é a mãe. Quem assume é a gente mesmo. (Rosarita, 04 de set. de 1985).

O Sr. Manuel é líder de comunidade e coordenador do movimento popular de saúde de seu bairro, e vem reforçar a responsabilidade das mulheres pela saúde:

Se você for falar com as mães sobre sindicato, sobre política, não vão se interessar porque elas não foram educadas para isso. Mas com saúde, elas entendem porque elas foram educadas para serem mães de família. Então com isso, faz com que as donas ficam mais chegadas às crianças. Começam a sentir assim mais responsáveis pela saúde das crianças ou aceita, pelo menos. Elas não concordam com isso não, coitadas, mas aceitam.

... Normalmente, quem cuida das crianças mais mesmo é ela, que cuidava muito melhor do que eu. Eu toda vida... Já tenho 47 anos. Não tenho 50 anos ainda e já tenho 4 anos de aposentado. Comecei a trabalhar muito novo. O tempo todo dedicado às firmas mesmo. Trabalhava, por exemplo, das 6 horas da manhã até 8, 10 horas da noite. Sempre estava cansado e quem cuidava mais dos meninos era ela mesmo. (Sr. Manuel, 15 de ago. de 1985).

— É a mulher que assume, no seu cotidiano, práticas de higiene junto à casa, aos filhos, à família, tentando garantir um nível razoável de não doença. É evidente esse aspecto na fala de uma mãe de 5 filhos:

A casa era pequena, mas eu tinha a casa muito limpa. Os meninos não brincavam no terreiro não. Eles brincavam mais era dentro de casa. Casa limpa e menino limpo era o meu lema. As meninas andavam empetecadas. Todas bonitinhas. Eu mandava elas para a escola limpinhas, bem organizadas. Vinham os boletins e em todos eles a questão de higiene e disciplina, tudo era dez. Agora, todas tinham muita saúde. Você vê a constituição deles, não é? Mas também em acho assim: foi a questão da higiene,

alimentação e educação que deu esse resultado. (Maria Rossi, 11 de maio de 1985).

— É a mulher que, muito usualmente entre as famílias mais pobres, assume o tratamento caseiro de algumas doenças, como gripes, diarreias, asma (canseiras, chiado), etc. E o faz:

● Através de plantas medicinais, cujas receitas de "como fazer" ou "como tomar" os chás, as garrafas ou os xaropes são passadas de gerações a gerações. Este fato já foi analisado por Ana Maria FAUSTA NETO (1982 - p.81), quando assim ela afirma: "É interessante destacar que na área de medicina caseira, as avós, quando presentes, são autoridade máxima, superando, inclusive, a competência da própria mãe de família".

● Ou, ainda, através de medicamentos indicados anteriormente por médicos e incorporados pela população, prática essa bastante significativa.

Assim, no caso de diarreia, uma dor de dente, para aliviar a febre, uma coisa assim que eu possa, eu mesma medico em casa. Em caso de diarreia, eu já tenho em casa um soro. A gente tem um tranqüilizante, um remédio para dor... No caso de uma criança com uma lesão eu já tenho uma pomada. Então, sempre eu tenho uma pequena farmacinha na minha casa. Nunca deixei, nem quando eu não tinha criança. Eu sempre tive remédio em casa. (Maria Borges, 02 de set. 1985).

As mulheres da classe trabalhadora tentam, mesmo com a escassez de recursos disponíveis, tratar as doenças mais comuns em casa com seus próprios conhecimentos, fruto de sua experiência como mãe, como tia, como mulher. Numa avaliação mais geral sobre saúde, elas chegam, usualmente, a não computar essas doenças como tal.

Doenças? Ele não teve. Mas foi gripe, febre, esse tipo de coisa. Isso assim eu tratava com chá, levava para benzer. Meu marido também não teve doença grave nenhuma, não. Eu também nunca tive. Desde novinha a gente teve uma alimentação mais forte e eu acho que é por isso. (Rosely, 25 de maio de 1985).

— Muitas vezes, só após esgotadas as condições de tratamento das doenças em casa é que as mulheres, novamente elas, se encarregam de encaminhar, levar o doente ao serviço médico e acompanhá-lo no processo de restabelecimento. É notável a sua prontidão para os problemas de saúde da família de classe trabalhadora. Elas estão sempre atentas para pequenas alterações do comportamento e do aspecto físico dos seus familiares e, diante de qualquer problema e a qualquer hora, logo tomam as providências que estão ao seu alcance.

Desde que a gente tem criança, a gente convive durante o tempo todo com ela. Então, se a criança mudou o jeito de ser dela, qualquer pequena diferença, a gente nota logo. Então a gente fica preocupada. Se é alguma coisa mais grave, a gente é que encaminha, que leva para o médico. Mesmo com o marido, se ele sente alguma coisa, a gente preocupa também. Agora, quando eu adoço a coisa muda de figura. Quando eu estou possibilitada de andar, eu mesma vou ao médico, cuido de mim, então. Não vou descurar, mas sempre a gente fica por último mesmo. E quando é uma coisa mais grave, que a gente não tem

condição de andar sozinho, meu marido vai comigo se o horário der para ele, ou então eu vou arranjar uma pessoa conhecida que vai. Eu tenho uma amiga aqui, também na mesma rua. Ela, nesse caso, ela põe pronta a qualquer hora, sabe? (Rosarita, 04 de set. 1985).

3. ADVOGADA DA SAÚDE, PSICÓLOGA, EDUCADORA... QUEM É?

As mulheres da classe trabalhadora, pela especificidade de suas condições de vida, assumem essa área de cuidados com a saúde nos seus vários aspectos: físico, mental e social, e tentam, preventivamente, garantir um nível razoável de saúde dos seus familiares. Elas tentam atuar, tanto preventiva quanto curativamente no processo saúde-doença, apesar dos escassos recursos disponíveis.

Por exemplo, no aspecto mais físico da saúde, através da alimentação, higiene, e mesmo nas doenças, como já vimos, essas mulheres atuam tentando prevenir complicações maiores, como também se esforçam ao máximo para acompanhar o processo curativo da doença já instalada. Nesse sentido, as mulheres acabam também advogando melhores recursos em benefício dos direitos à saúde de seus familiares:

A gente corria para o médico com todos eles, principalmente com a Sônia. Ela teve paralisia e não ficou seqüela nenhuma. Porque, minha filha, não se espera para ir para os médicos! Quando eu vi ela com febre, dei um banho e coloquei ela para caminhar e ela não caminhou mais; eu não esperei o Hélio (marido) chegar não. Saí com ela. Ela ficou uma noite inteira no SANDU, uma emergência que tinha aqui. E o médico aplicando antibiótico, medicação... A noite inteira nós ficamos lá para não lesar o nervo dela. Ela tinha 1 ano e meio. E eu batalhando. A gente ia no hospital da Baleia, de ônibus até a praça perto do Cemitério da Saudade, de lá a gente ia a pé. Não tinha ônibus até lá não. Eu jogava ela nas costas, porque ela estava muito pesada. Eu chegava em casa morta de cansada! E no outro dia tinha que voltar com ela. Eu lembro que eu fui um mês inteira lá no INPS, para conseguir fisioterapia para ela. Era um tratamento muito sofisticado na época e não dava para o associado, não. Mas eu consegui. Encontrei uma moça lá, que tinha ido à Europa duas vezes, moça de alta sociedade. E ela disse: - você batalhe que você vai conseguir, porque eu consegui. Teve um dia que eu demorei demais. E Hélio foi atrás de mim e disse: - Maria, qualquer dia eles buscam Rádio Patrulha para você desistir. Aí eu fui falar com o delegado do INPS. Ele não queria me atender. Aí eu falei: - o senhor me atende porque senão eu vou para o jornal denunciar. Porque D. Hilda de Tal conseguiu, é uma moça já velha, com quarenta e tantos anos. Minha filha está despondendo para a vida agora. Qual que precisa mais, aquela que está despondendo para a vida ou aquela que já viveu bastante? Eu não digo: todo mundo tem preferência, mas qual que precisa mais? Aí o homem abriu a porta com uma raiva desgraçada. Mandou o secretário bater a carta e me mandou para o INPS: - você pode procurar o Dr. Anibal, o médico das misses, no edifício Acaiaca, no 25º andar. Era o médico que tirava as medidas das misses. Você vai lá pedir o laudo. Aí ela começou a fisioterapia. Foram muitos meses, mas valeu. Ela não tem seqüela, nem nada. (Maria Rossi, 11 de maio de 1985).

Nessa fala ficou patente a forma como a família da classe trabalhadora tem que fazer um esforço quase sobre-humano para conseguir seus direitos à saúde. E a mulher se destaca nessa luta.

- Considerando a saúde também no seu aspecto do equilíbrio psico-social do indivíduo, é a mulher que se preocupa com as questões de interação do ser humano com o seu meio social, buscando soluções de equilíbrio para as ansiedades e tensões familiares.

"Quando tem questão de briga aqui em casa, não briga entre eu e meu marido. Mas às vezes, meu marido mais meu irmão já pegaram a unha. Então uma coisa assim, eu sempre vou lá na casa dessa minha vizinha. Ela vai, conversa com meu marido muito, assim. Faz um chá de flor de laranjeira e dá a ele para ver se ele acalma. É assim". (Luiza, 12 de set. de 1985)

"Qualquer problema que ele (marido) traga, então eu vou, ele fala, a gente dá um jeito. Eu tenho que achar uma solução para aquilo". (Rosarita, 04 de set. de 1985).

- Tendo em vista o seu grande convívio domiciliar com as crianças, é a mulher que assume em grande parte os aspectos da educação dos filhos: hábitos, crenças, visões morais, aliados à preocupação com distrações, lazer e experiência escolar, que são aspectos da condição de saúde mental e social.

A mãe de família pobre se preocupa com um melhor proveito do tempo dos seus filhos hoje, numa perspectiva de um futuro com melhores condições de saúde e vida, ora batalhando para que eles tenham um melhor preparo para a vida, através do estudo, ora defendendo seus curtos ou escassos momentos de lazer. A preocupação da mãe em ocupar todo o tempo disponível dos filhos com estudo e escola mostra uma fé nesse tipo de ocupação como algo bom, proveitoso, saudável.

"Enquanto o Hélio (marido) trabalhava por um lado, eu trabalhava em casa, também para fora e lá batalhar as escolas grátis, tudo para eles (os filhos). Tudo que eu sabia que podia ter proveito, inclusive até num período que estava muito ruim para a gente, eu consegui a condução, merenda, uniforme para eles. Porque o dinheiro era pouco e aquele tanto de gente, não dava para a gente dar de tudo. Eu consegui curso de inglês para todos os cinco filhos. Aquilo não era fácil não! Primeiro, eu procurava o cônsul da Inglaterra. Gente, eu fui umas cinco vezes ou mais para falar com ele um dia para ele me dar a bolsa para a Ada! Isso eu fazia para completar o horário deles (os filhos), para eles não terem tempo de "pintar", porque eu precisava de trabalhar. Então eu arranjei, para todo horário que eles tinham, um curso para eles fazerem. Às vezes, de noite, ainda arranjava um professor para vir cá dar aulas para eles. Eu sala muito, minha filha! E em cada lugar que a gente ia conversando com as pessoas, vai tendo entendimento. Eu ajeitava os meninos para a escola e nada me deixava batalhando coisa melhor para eles. Ficava acesa quando abriam as inscrições para os concursos e fazia. Levava costura para rematar enquanto eles (os filhos) ficavam fazendo as provas.

Eu ia sempre na Casa do Estudante pegar livros. Quando chegava no fim do ano ia lá devolver. Eu doava para eles também porque quando a gente não comprava eles emprestavam". (Maria Rossi, 11 de maio de 1985).

Vale ressaltar o quanto as condições de lazer e distração, fator tão importante para a saúde mental de um indivíduo, são escassas na família de classe trabalhadora. E mais, essa preocupação com o propiciar ou conseguir espaço de lazer para o filho parte mais da mãe.

"Ele (marido) não deixa faltar nada dentro de casa. Ele põe tudo dentro de casa, mas assim de carinhar (fazer carinho), pegar no colo, chamar menino: vamos dar uma voltinha? Toma banho, arruma que eu vou levar vocês no parque. . . o quê? De jeito nenhum! Quando é sábado e domingo, às vezes acontece dele ficar em casa. Ele adora sinuca, então o dia que ele está em casa que tem para sair com os meninos, ele está na rua jogando sinuca. Eu acho que dia de domingo é o dia dos meninos brincar, porque a gente mora assim nesse cubículo. Eu acho que nesse dia, o certo é todo menino brincar. Então, se ele chega e vê os meninos no terreiro, ele fica com raiva e já começa: pega essa aí pelo cabelo, joga ela para dentro e aí fala que eu sou culpada". (Nair, 20 de maio de 1985).

4. ECONOMIZANDO DO QUASE NADA PARA SOBREVIVER MAIS UM POUCO. ATÉ QUANDO AGÜENTO?

As mulheres da classe trabalhadora assumem no interior da família os cuidados relativos à saúde, esta percebida numa dimensão ampla, extrapolando o conceito de saúde relacionada à cura ou prevenção da doença. No seu dia a dia, elas não só enxergam os vários aspectos que interferem na saúde da família como também tentam, com suas experiências de mães, donas de casa, garantir a saúde de uma forma globalizante, não fazendo separação entre o tratamento da doença e as condições sociais que a originaram, ou entre o ter saúde e o acesso a luz, transporte, moradia, água tratada, melhor qualidade de atendimento nos serviços de saúde, nas escolas, creches, etc.

Elas tentam, mesmo na escassez de recursos (e até por causa dessa falta de condições materiais) em que vivem, garantir um mínimo razoável de não doença para seus familiares, através de seus cuidados com a alimentação, a higiene das crianças e da casa, e através de um racionamento dos gastos com comida, roupa, utensílios domésticos, elegendo as prioridades essenciais.

"Se o homem consegue arrumar o recurso para colocar mantimento dentro de casa, elas são importantíssimas em dividir aquilo, para poder dar para viver. Eu acho que se eu consegui alguma coisa aqui, eu devo agradecer muito à minha dona. É ela que enxerga isso. Não é toda mulher que acha que o trabalho dela é tão importante que o trabalho dos homens". (Sr. Manuel, 15 de ago. 1985).

Nesse intuito de aproveitar o máximo do pouco recurso econômico e de tempo de que dispõe a classe trabalhadora, a mulher se vê como essencial articuladora da renda familiar, como ser indispensável à reprodução da saúde e da força de trabalho da família e, assim, assume toda uma mobilização na tramitação de recursos familiares e da vizinhança, através de trocas, favores ou empréstimos de bens e serviços.

Surgem, assim, as trocas de favores: olhar as crianças, comprar mercadorias ou pagar contas na cidade, empréstimos de dinheiro, de utensílios domésticos, de alimentos. Tudo isso são estratégias articuladas essencialmente pela mulher como forma de compatibilizar o orçamento da família trabalhadora

com seu custo de reprodução. No caso das famílias desempregadas esse é, às vezes, o recurso único que viabiliza a sobrevivência do grupo. (FAUSTO NETO, 1982 p. 83).

"A mulher faz muita economia em casa. Ela incomoda com o que o outro põe em casa. Ela não vai esbanjar aquilo, não vai jogar fora, não vai deixar desperdiçar. Ela tem que ter cuidado com as coisas, comer na regra, gastar as coisas com regra. Porque, com a vida do jeito que está e a carestia hoje, a pessoa não pode meter o pé nas coisas e deixar acabar com elas, esbanjando aquilo com o pobre do homem. Eu fazia economia para dentro de casa, poupando. Fazia as coisas a conta de comer, não para desperdiçar. Porque sempre no interior a senhora sabe que tem muita fartura! Tem muita fartura, mas desperdiçar não pode. E aqui (na cidade) se a pessoa não economizar alguma coisa o que vai arranjar? Está difícil". (Tertuliana, 02 de set. de 1985).

As mulheres, num primeiro momento, ao nível do doméstico, sentem a escassez, a falta de recursos em que vive a família trabalhadora, e percebem a necessidade de buscar solução. Num segundo momento, quando elas saem para o contato com o social, com outras mulheres (o que pode até se dar dentro de casa), elas fazem uma releitura do seu cotidiano e se descobrem sujeitos de direitos.

Cada vez mais se vem observando uma crescente movimentação das mulheres para além do espaço doméstico e a partir das necessidades e explorações sentidas no seu interior. Portanto, a luta das mulheres por creches, escolas para os filhos, asfalto de rua, água, luz, assistência médica, lazer, transporte, etc. é luta por melhoria na estrutura de saúde e vida da classe operária. Nas suas experiências, esses problemas coletivos da vida são para as famílias trabalhadoras intimamente amarrados, entrelaçados, interdependentes, e assim aparecem em suas reivindicações e lutas.

Se observamos as pautas das reuniões semanais do grupo de mães do bairro Lindéia - Belo Horizonte, que acompanhei durante alguns meses, vê-se como a preocupação e a atuação do movimento organizativo e reivindicativo das mulheres são centrados em aspectos relativos à melhoria dessas condições de infra-estrutura de vida e saúde da comunidade. Por exemplo, no dia 17 de abril de 1985 foram discutidos assuntos como:

- 1º Ida em comissão ao posto médico local reclamando a pouca atenção dada às representantes do grupo de mães nas reuniões ali marcadas: ora adiando "de última hora" o início das reuniões sem a devida informação, ora retardando a entrada das mesmas, fazendo uma primeira parte da reunião só para os funcionários do posto.
- 2º Comissão para receber pessoal da prefeitura local para discutir prioridade para asfaltamento de algumas ruas do bairro.
- 3º Reivindicação de maior cota de medicamentos junto à Secretária de Saúde, para o posto de saúde local.
- 4º Reivindicação de atendimento médico nas escolas.
- 5º Escala preferencial ao grupo de mães e seus familiares, às terças feiras, para tratamento dentário.
- 6º Divulgação de carta aberta à população sobre o alto custo da passagem de ônibus, feita por elementos do movimento do bairro.

- 7º Eleição de uma comissão do grupo de mães para participar na reunião da associação de bairro, pela luta dos transportes.
- 8º Encaminhamento da ocorrência de casos de morte de duas crianças por meningite ao setor competente.
- 9º Participação do grupo de mães no colegiado das escolas.

Na medida em que as mulheres da classe trabalhadora vão exigindo do Estado seus direitos à saúde, ou seja, um maior gasto improdutivo do capital, elas estão também interferindo e, de certa forma, apressando uma socialização de parcela da mais-valia extraída dos trabalhadores no processo de produção que é apropriado pelo Estado. Dessa forma, elas nos mostram que suas lutas podem adquirir, às vezes, uma dimensão tão política quanto na fábrica onde a exploração é mais evidente. (GORZ, 1982 p. 203)

5. SABER POPULAR EM SAÚDE – EXPLORAÇÃO MÁXIMA DOS MÍNIMOS RECURSOS

Nesse processo de confronto permanente com os órgãos públicos a quem reivindicam seus direitos, com seus avanços e recuos, as mulheres, nos movimentos sociais, aprendem um saber que se origina no próprio processo de luta pela sobrevivência, e no encontro de mulheres entre si. Esse saber, aliado à experiência cotidiana de cuidado com a casa e com a saúde da família (o que de forma alguma é algo passivo, tranqüilo), faz com que as mulheres da classe trabalhadora sejam detentoras de um saber amplo e acumulado em saúde, transmitido de geração a geração, como também criadoras e repassadoras dessa sabedoria.

“Quando foi no meio do ano eu tive que ir embora para Passos (cidade do interior de Minas Gerais) e lá eu dava para ele (o filho de dois meses de idade) uma alimentação mais forte que minha mãe ensinou: arroz e caldo de feijão. Acho que é mais por isso que ele não tem essas doenças. Minha mãe... (ensinou assim) por eu ter que trabalhar, não poder ficar em casa. O que eu ganhava não dava para eu comprar o leite, essas coisas assim. Deixei eu te contar: de leite, se fosse fazer as mamadeiras necessárias, ia gastar mais. Então, eu dava mamadeira só de manhã e à noite dava mingau também. Trabalhava perto de casa e de vez em quando eles deixavam, eu dava comidinha para meu filho em casa. Até agora, quando comecei a esperar esse neném (ainda na barriga) eu amamentava o Felipe (já com seus 2 anos)... Os médicos mandam dar uma sopinha, mesmo assim depois que o menino está com três, quatro meses. E minha mãe sempre fala: – quanto mais tempo o menino vai ficando sem comida ele (depois) não vai querer. Igual meu sobrinho. Ele não come tudo igual o Felipe come, porque a mãe dele procurou seguir o médico, entende? Então, se você procurar fazer o que os médicos mandam, os meninos acabam adoecendo”. (Rosely, 15 de ago. de 1985)

Com esse depoimento, ela não deseja caracterizar um possível desprestígio dos médicos e sim o reconhecimento de que a sabedoria da avó é a mais indicada para o seu filho, – uma vez que é a mais adequada às suas condições econômicas de classe trabalhadora – e que, em muitas das vezes, passa

despercebida na prática médica oriunda de uma experiência bem diversa daquela.

Como nos chama a atenção FAUSTO NETO (1982, p. 79), a mulher em seu papel de mãe de família tem atribuições que lhe ficam reservadas justamente por causa de sua competência no assunto:

“É importante destacar que algumas tarefas raramente são delegadas. Assim a cozinha, a lavagem de roupa, o conserto das roupas, o levar as crianças (ou jovens) ao médico e o preparo das marmitas são atividades, em princípio, “não delegáveis”. É a mãe que realiza tais obrigações, mesmo quando ela trabalha fora ou tem filhos e filhas, já em idade de realizá-las (...). Por trás dos motivos de poupar as filhas, de ser tarefa pesada, de muita responsabilidade (...) há aí um outro elemento: é que a mãe é considerada a pessoa que detém o conhecimento de determinadas coisas e uma “sabedoria” em relação a elas. Assim, é ela quem sabe que comidas combinam, que comidas podem ir na marmita e não azedariam, que arranjos alimentares são mais econômicos, etc. O mesmo raciocínio é usado no caso das roupas, sendo que a mãe é a pessoa que “sabe” como pode aproveitar melhor determinada roupa, consertando-a ou transformando-a numa peça. No caso dos médicos, há também um confronto (mesmo que não seja explicitado na hora da consulta) entre o discurso e a lógica médica e as experiências e os conceitos que a mãe já detém, por “herança” ou por experiência própria, no tratamento de outros membros da família”.

A base concreta para a construção dessa sabedoria popular é sem dúvida a sua experiência de vida, com todos os limites e restrições inerentes à classe trabalhadora a que pertence. E é na família, como mães, que as mulheres marcam o começo desse processo que posteriormente se amplia na convivência com outras instituições como: igreja, escola, associações de bairro, instituições de saúde, partidos políticos, sindicatos, meios de comunicação de massa; é também através de contatos com outros agentes externos: partrões, padres, erveiros, professores, práticas, profissionais de saúde, políticos, etc.

Ao dizer que as mulheres têm um saber que é fruto de suas experiências de vida, e que esse saber é mais totalizante do que o dos técnicos, apesar de ser limitado por suas escassas condições materiais de vida, quero ressaltar que o saber popular não é o bastante. Ele é constituído de duas origens. A primeira delas é uma origem interna, onde o saber popular se forma através de sua constante experimentação da natureza e da exploração máxima dos recursos mínimos disponíveis que a classe trabalhadora tem.

“Tinha uma sobrinha do meu marido, do interior, precisando vir trabalhar. Como ela era de menor, eu fiz o seguinte: ela ficou em casa fazendo as obrigações para mim e eu fui trabalhar para ela. Porque achei o seguinte: com as minhas condições, era mais fácil para eu trabalhar do que ela. E nesse caso, eu poderia ganhar melhor do que ela, ela sendo de menor, não é? Então eu trabalhei um ano fora depois de casada. Mais foi só também durante um ano”. (Rosarita, 04 de set. de 1985)

Adotando essa estratégia, Rosarita demonstra uma sabedoria em relação às condições de mercado de trabalho: elas são desfavoráveis para a pessoa “de menor” idade, e a mais estudada ou com mais experiência tem maior vantagem salarial e mais chance de emprego melhor. Por outro lado, ela sabe que o trabalho doméstico não é rentável economicamente, e como era recém-casada e não tinha ainda filhos pequenos ha-

via mais vantagens em trabalhar fora e ser substituída em casa pela menina.

Entretanto, são escassas as oportunidades que as mulheres das classes populares têm para trocar experiências: o "sufoco", nas condições em que vivem, para conseguir dar conta de suas obrigações como mães, donas de casa e, às vezes, até como trabalhadoras não lhes permite uma disponibilidade maior para observação, reflexão e investigação necessárias ao desenvolvimento desse saber. Esse "aperto" cotidiano também contribui para que não lhes "sobre" tempo para manterem, entre si, um intercâmbio maior de sabedoria. A falta de tempo para pesquisa e a escassez de oportunidade para interação entre seu saber e outros criados a partir da luta no dia a dia pela sobrevivência limitam o desenvolvimento desse saber popular, constituído mais internamente na classe.

A outra origem do saber popular é mais externa, é apreendida "de fora" da classe, reapropriada pela família trabalhadora. Esse é um saber já estruturado externamente e apreendido pelas camadas populares através do contato com as instituições (escola, igreja, empresas, postos de saúde, etc.), pela interação com agentes externos (políticos, patrões, educadores, profissionais de saúde, padres), e através dos meios de comunicação de massa (rádio, televisão).

Os populares também têm aproximação com esse saber externo, nos seus órgãos de classe (sindicatos, federações) e nas suas organizações de bairro (associações, grupos de mães, grupos de jovens). Nesse processo de encaminhamento de suas lutas e reivindicações, as classes populares entram em contato constante com outras instituições e agentes, fontes externas do saber popular. Em contato com a Prefeitura, por exemplo, elas percebem como são distribuídos os recursos, prioridades para o asfaltamento de ruas, como funciona uma instituição estatal, e aprendem os mecanismos que podem e devem ser utilizados para conquistarem seus intentos.

Apesar de vir "de fora", essa aprendizagem não se dá passivamente. Não é uma simples transferência de saber. As mulheres, ao incorporá-la, criam maneiras novas e, aproveitando os conceitos adquiridos, reelaboram esses conhecimentos ou criam novas formas de atuar, conforme suas condições e interesses específicos de classe. Nesse sentido, Olinda NORONHA (1984 p. 37), com suas análises sobre a construção do saber das trabalhadoras da cana, mostra como se dá essa apreensão e criação do saber popular no contato com e contra a empresa, quando a mulher torna-se trabalhadora para defender a sobrevivência da família.

"Por ser ameaçada, em cada momento, a se desagregar, os membros da família trabalhadora procuram se defender, continuando unidos na privação, e este é um desafio que o capital ainda não conseguiu dominar nem ultrapassar. Por estarem unidos pela perda da propriedade, agarram-se à única coisa que sobrou, que é o grupo. Por esse motivo, é toda a família que aprende, no processo, a se defender. E esta aprendizagem extrapola os limites da família, estendendo-se à categoria dos trabalhadores, que procuram difundir as regras de defesa entre eles, mesmo sem falar nada, observando como os companheiros se comportam e fazendo semelhante, para não "furar" as regras, numa forma de solidariedade silenciosa e velada, difícil de ser identificada e, portanto, controlada. A incorporação da rotina, a resistência a mudanças, a fixação do parâmetro de produtividade, todos são exemplos de manutenção de um padrão mínimo de exploração.

Pelo fato de sentirem mais de perto os efeitos desagregadores do trabalho na família, nos filhos, é que (...) as mulheres, contudo, revelam-se mais afoitas na arte de difundir o saber aprendido contra a exploração, mesmo no seio desta. Falam mais e, por isto, são chamadas pelos patrões de rebel-

des, ensinam como proceder para garantir que, pelo menos, sejam ouvidas, têm uma memória mais acentuada das coisas e um poder de perspicácia para não se deixar enganar mais aguçado do que os próprios homens. Vencem mais pela persistência do que pela força. O próprio sentido de preservação as torna mais sutis e "difíceis" de serem levadas do que os homens, no trabalho (...). Além disso, sua capacidade de socializar as privações e o que aprendem nestas é maior do que a dos homens, que se refugiam na bebida. Seu poder relacional é maior pela própria solidariedade que se desenvolve nela, enquanto preservadora da espécie. Sua paciência de esperar é algo que chega até a irritar os que as empregam. Ver as mesmas caras todo dia, paradas no balcão de serviço de pessoal em busca de que seu caso se resolva, termina por levar à irritação do pessoal que aí personifica o patrão. (...) O homem encabula-se e sente-se humilhado de ter de se prestar a tal papel. Muitas vezes, é a mulher que vai até lá resolver problemas, que são dos maridos".

Entretanto, aqui também nessa aprendizagem externa as condições estruturais de carência na vida da classe trabalhadora voltam a limitar, outra vez, o saber popular em saúde. Isto porque as mulheres dispõem de pouco acesso às fontes desse saber popular externo, tanto no aspecto quantitativo quanto no qualitativo. Por exemplo: os serviços de saúde destinados às classes populares ainda são escassos e com poucos recursos de diagnóstico e tratamento. Além do mais, prestam um atendimento frio, impessoal e distante das apreensões daquela clientela.

Outra carência, ainda nesse exemplo dos recursos médicos, que limita o desenvolvimento desse saber apreendido pelos populares é a qualidade da medicina acessível às classes trabalhadoras, ou seja, uma medicina simplificada, pobre, com profissionais mal remunerados e mal preparados (as universidades continuam formando especialistas próprios para atuarem em outras condições que não aquelas).

A grande demanda de pessoas aí atendidas recebe uma atenção "muito corrida": "mal dá conta de falar o que sentem", e com pouca ou nenhuma interação com os profissionais de saúde. São atendidas por auxiliares de saúde, geralmente pouco qualificados e que acabam sendo utilizadas como mini-médicas, principalmente na zona rural, onde a ausência do médico é maior.

Quero ressaltar que esse pouco acesso ao saber dos "especialistas", apesar de conter essas características anteriormente apontadas, não se restringem às classes populares. A natureza de como se dá o repasse ou divisão do saber científico limita seu acesso a todos. Mesmo os especialistas só têm acesso a fragmentos desse saber. As camadas médias, por exemplo, pouco percebem do corpo, do processo de doença que acomete o ser humano e, muito menos ainda, o indivíduo de classe trabalhadora.²

Outra fonte externa do saber popular, que é também pouco acessível, é a escola. São poucos os trabalhadores que conseguem estudar. Nas análises de Elizabeth BILAC (1978 p.19) constata-se que nas condições de vida em que se encontra a classe trabalhadora, esse outro saber, ou seja, o saber mais escolar, lhe é praticamente inacessível. O pobre nasce filho de trabalhador, não pode estudar porque tem que trabalhar, e possivelmente continuará sendo trabalhador toda a sua vida.

2. Um estudo mais detalhado sobre essa medicina e as condições como ela é destinada à classe trabalhadora encontra-se no livro: VASCONCELOS, Eymard Mourão, *Medicina e o Pobre: vivências e reflexões de uma experiência*.

"A necessidade de utilização precoce do trabalho dos filhos logo limita as pretensões quanto à escolarização que se resume, para a maioria dos jovens, no Curso Primário. Embora a escolaridade secundária não seja garantia de diferentes oportunidades de trabalho ou de obtenção de um trabalho "não-manual" (mais qualificado), o simples fato de ser inacessível por si só já contribui para definir as expectativas de emprego da geração mais nova; como seus pais (embora em condições modificadas), provavelmente participarão da força de trabalho como ofertantes de trabalho manual".

O pouco acesso das camadas populares ao estudo não se resolve aumentando o número de grupos escolares ou estendendo-os à zona rural. Olinda NORONHA (1984) afirma:

"Mais forte do que negar a instrução é retirar o tempo e as condições objetivas para que o trabalhador (ou sua família) possa procurá-la".

Além do mais, a escola como fonte externa do saber popular se torna também limitada pelo tipo de saber que é veiculado no seu interior. Na maioria das vezes, o saber das escolas não é comprometido com os interesses das classes populares; no entanto, é um saber almejado por elas, pois confere só a quem tem acesso a ele um poder socialmente reconhecido.

6. E AGORA, DOUTOR?

Apesar das condições limitadas para seu desenvolvimento próprio e da dificuldade de acesso às fontes externas do saber, a sabedoria popular tem no seu interior, convivendo entre si, esses dois tipos de saber popular, caracterizados pela sua dupla origem: a interna e a externa à classe. Esses dois tipos de saber que constituem o saber popular sofrem interferências mútuas e, ao se cruzarem, se somam até pelo choque ou contradição existente entre eles. Esse intercruzamento existente no saber popular em saúde, do qual as mulheres da classe operária são portadoras, é confirmado no depoimento a seguir:

Os médicos mandam dar uma sopinha, mesmo assim só depois que o menino está com três, quatro meses. E minha mãe sempre fala: - quanto mais tempo o menino vai ficando sem comida, ele depois não vai querer. É porque eu via assim. Todo pessoal antigo que fazia isso pouco levava o menino no médico. Era muito difícil! E desde o fato que eu comecei a dar comida para o Felipe (filho com seus 2 meses de idade), ele quase não precisa de ir ao médico! Tenho vizinhas com idéia igual a minha e a gente sempre procura passar para frente essa idéia de dar isso aí: comida em vez de mamadeira. Porque mamadeira a gente geralmente não consegue dar ela realmente o tempo todo. E minhas vizinhas e amigas quase sempre procuravam acompanhar mais a gente do que os médicos, porque a gente falava e mostrava prova que isso aí que os médicos dizem entrava em contradição. Pensa bem, igual no caso de minha irmã que procurou fazer tudo que o médico mandou. O menino dela, até hoje não come a comida do jeito que o meu come. Ele não come tudo do jeito que os outros comem. Então, se você procurar fazer o que os médicos mandam, os meninos acabam adoecendo. Mas depende muito do médico. Tem médico que não aceita mesmo e se você chegar e falar: eu não dou a meu filho isso que o senhor está falando, eu não dou

mamadeira, eu dou comidinha... eles xingam. Eu nem falava! Agora depende. O médico do Felipe concorda com essa coisa. Inclusive ele receita até o chá para evitar mesmo da gente tomar remédio. A maioria, pelo menos o pessoal do INPS, é contra a gente dar a comida para menino pequeno. Eles acham que a gente deve seguir o que eles dizem. Eles é que sabem! (Rosely, 15 de ago., 1985)

As duas fontes de aprendizado do saber popular não só se cruzam, mas também se interagem. Assim, com os conceitos apreendidos externamente, a mulher e os demais integrantes da família trabalhadora percebem mais profundamente a realidade das coisas, das condições em que vivem, e elaboram melhores estratégias para a sua sobrevivência.

Se por um lado o saber aprendido fornece novos instrumentos para o trabalhador investigar a sua realidade cotidiana, por outro lado esse seu espírito de investigação aumenta o seu aprendizado nos contatos que tem com a medicina, a escola e os meios de comunicação de massa. Por exemplo: o aprendizado do conceito de micróbio lhe cria condições para entender e explicar vários aspectos de sua realidade de saúde no seu dia a dia. Inclusive passam a ter melhores condições para entender e criticar o saber veiculado no próprio posto de saúde.

Assim, o que as mulheres apreendem vai além do que lhe é dado formalmente nas consultas do médico ou nas orientações das auxiliares de saúde. Elas não só se apropriam daquele conceito de micróbio transmitido no posto médico, acrescentando-lhe resultados de suas investigações ou reformulando-o, como também passam a ter uma sensibilidade para apreender todo um saber relativo à saúde e ao micróbio que não lhes foi dado, que lhes foi negado. Se de um lado as suas condições materiais de existência aumentam a investigação cotidiana dos trabalhadores, e portanto o seu aprendizado, por outro lado é também por causa delas que eles têm suas investigações e saber limitados.

Entretanto, a carência não se constitui no único limite de acesso ao saber estruturado, mas também a própria natureza do saber, sobretudo na forma como se dá a apropriação, expropriação e divisão do saber na nossa sociedade. É fato que toda experiência de vida leva a um saber, mas quando se trata do saber em saúde, em termos científicos, o limite maior é o modo como esse saber está (muito) esfacelado. Sua privatização pela classe média restringe o acesso a poucos, e de uma forma parcial não globalizante. O próprio médico não tem sistematizado todo o saber médico, muito menos os outros indivíduos que não tiveram acesso à formação específica.

Na verdade, as mulheres percebem uma parte da realidade em que se vive: a medicina do médico, dos remédios das farmácias só é acessível em um bom nível para a outra classe, enquanto que para elas (de classe popular) fica reservada a medicina popular, a medicina dos postos de saúde, a medicina do INAMPs, enfim, aquela medicina de difícil acesso, com menos recursos para quem tem menos recursos. Entretanto, acho interessante constatar que o saber médico considerado verdadeiro, científico, é um saber parcelado, inacessível na sua globalidade, enquanto que o saber popular, em certo sentido, se constitui numa visão totalizante sobre o corpo, a medicina, o social.

A questão do saber popular ser constituído de duas origens e, portanto, já carregar no seu interior saberes também vindos "de fora" deve ficar bem clara, pois, entre outras, desmistifica para alguns profissionais ou agentes externos comprometidos com as classes trabalhadoras a idéia de que o saber popular é puro e não pode ser contaminado com o saber já estruturado por outros. Exemplo: o caso da cura ou

tratamento à base de plantas medicinais, tão considerado como genuinamente popular; Marcelle BOUTEILLER (1966 p.51) nos fala:

"Eles (os curandeiros) tiravam seu conhecimento de velhos tratados de cem ou duzentos anos. . . editados e reeditados nos séculos XVII e XVIII, baseados nos mais ilustres mestres da medicina: Hipócrates, Galeno, Dioscórides Avicenna, Alberto o Grande, Paracelso, Riviére, Arnauld de Villeneuve, assinalando ao mesmo tempo a simplicidade e a modicidade das preparações que eles preconizavam (. . .) Por uma série de transições insensíveis, os velhos dados científicos entraram no domínio dos "curandeiros da aldeia" que se utilizavam frequentemente das receitas provenientes dessas obras".

Da mesma forma que o saber sobre as plantas medicinais não é um saber só de origem popular, como aparentemente parece ser, também o saber sobre os remédios, o saber da medicina oficial que a população tem não é só de origem externa. As classes populares apreendem o que podem desses conhecimentos já estruturados externamente e os incorporam, recriando-os ou ajustando-os às suas necessidades. Nesse sentido, fica claro também para os profissionais de saúde ou outros agentes externos a importância que têm para uma melhor construção do saber popular, na medida em que trazem outras informações, às quais a população não tem acesso, e tentam facilitar para as classes populares a detenção de maiores oportunidades de troca, entre si, de experiência e conhecimento.

Os depoimentos de Maria das Graças sobre as reuniões com os psicólogos realizadas no bairro sugerem a importância da participação dos "doutores" na satisfação de uma das condições necessárias para que o saber popular se articule: o espaço.

"Tenho gostado das reuniões porque a gente passa a entender a filosofia das coisas. Por exemplo: a filosofia dos alcólatras. A gente vai aprendendo a conviver com os problemas do ponto de vista da gente. A gente se sente como cobaias com o estudo que vocês (os psicólogos) estão fazendo, mas é tirando experiências que vocês vão sabendo entender a classe pobre. Por isso a gente se expõe e por isso não estou me sentindo roubada. As pessoas, entre vizinhos e parentes, são mais caladas. As pessoas acham que expõem seus problemas vocês, psicólogos, vão resolver, mas vocês não resolvem. As pessoas vão ao encontro pensando resolver seus problemas, mas a reunião serve de apoio, desabafo, terapia. A gente vendo o problema dos outros, a gente sente que o da gente não é o maior do mundo. Eu vou na reunião porque a gente conversa, diverte e aprende também com a experiência dos outros".

Mais adiante, em relação ao acesso às informações, ao repasse do saber às classes populares, ela ainda se posiciona ressaltando a dificuldade para que o pobre tenha acesso aos conhecimentos das coisas. Fala também de uma "esperteza" que as camadas populares têm que ter para não aceitar as informações do jeito que elas lhes chegam.

"A diferença de dinheiro talvez nem seja tanto quanto a diferença de informação entre o pobre e a classe rica, achatada pelos impostos de renda! Minha mãe era "ovelha negra" porque ela sempre se revelou não aceitando as coisas passivamente. Ela passava para mim e eu passo para o meu filho. Ele tem uma cabeça linda: cabeça sempre aberta a todas as informações, para poder escolher! Eu sempre lhe falo o porquê das coisas e acho que muita informação minha vem do grupo familiar, muito necessário para a formação da gente. (Maria das Graças, 29 de jun., 1985)

Apesar dos limites dessa sabedoria das mulheres, agentes de saúde das famílias operárias, essas suas experiências, essa ciência de vida não pode ser desconsiderada por programas oficiais ou por profissionais de saúde.

Os serviços e os profissionais, ao desconsiderarem essa sabedoria acumulada em saúde que as mulheres de classe trabalhadora detêm, e ao não se reconhecerem também limitados em suas técnicas fragmentadas, não possibilitarão uma complementariedade entre esses dois tipos de saber. Dessa forma, suas ações técnicas têm sua eficiência diminuída e as tentativas da educação em saúde ficam fadadas ao fracasso.

Na medida em que se considera essa prática de sabedoria popular, os serviços de saúde tornam-se espaços importantes de ações (além de técnicas, políticas e educativas) junto à classe operária.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BILAC, Elizabeth Dória. *Famílias de trabalhadores: estratégias de sobrevivência*. São Paulo, Símbolo, 1978. 157 p.
- BOUTEILLER, Marcelle. *Médecine populaire d'hier et d'aujourd'hui*. Paris, G.P. Maisonneuve et Larose, 1966.
- DIAS, Nelsina Melo de Oliveira. *Mulheres sanitaristas de "pés descalços"*, um estudo sobre a mulher como agente de saúde da classe trabalhadora. Belo Horizonte, UFMG, 1986. (Tese, Mestrado).
- DURHAM, Eunice R. Família e reprodução humana. In: *Perspectivas antropológicas da mulher*, 3. Rio de Janeiro, Zahar, 1983. p. 13-44.
- FAUSTO NETO, Ana Maria Quiroga. *Família operária e reprodução da força de trabalho*. Rio de Janeiro, Vozes, 1982. 211 p.
- GORZ, André. *Adeus ao proletariado; para além do socialismo*. Rio de Janeiro, Forense Universitária, 1982. 203 p.
- NORONHA, Olinda Maria. *De camponesa a "madame"*; trabalho feminino e relações de saber no meio rural. São Paulo, PUC/SP, 1984. (Tese, Doutorado).
- VASCONCELOS, Eymard Mourão. *Medicina e o pobre; vivências e reflexões de uma experiência*. São Paulo, Paulinas, 1987.