

AValiação Sexual e Reprodutiva de Mulheres da Zona Rural de Uma Cidade do Nordeste de Minas Gerais

**PATRICIA BRANDÃO AMORIM¹, DANIEL RODRIGUES SILVA², HERLI DE
SOUZA CARVALHO³**

¹ Doutoranda em Saúde Pública pela Universidad Americana - Paraguai; Mestre em Meio Ambiente e Sustentabilidade – UNEC; Graduada em Fisioterapia (UNEC); E-mail: brandaoamorim@hotmail.com

² Doutor e Mestre em Ciências Farmacêuticas – Graduado em Farmácia-Bioquímica, Enfermagem, Biomedicina Coordenador do Curso de Farmácia do Centro Universitário de Caratinga – UNEC – Unidade de Nanuque (MG) E-mail: danfarma@bol.com.br

³ Mestrando em Ciência, Tecnologia e Educação pela Faculdade Vale do Cricaré; Graduado em Educação Física E-mail: gmoreira752@gmail.com

RESUMO

A saúde brasileira precisa vencer paradigmas para se consolidar como referência no mundo globalizado e a saúde reprodutiva é muito importante nesta conquista. O objetivo do estudo é verificar como é a assistência à saúde sexual e reprodutiva de mulheres na Estratégia de Saúde da Família (ESF) de zona rural do nordeste de Minas Gerais. O estudo foi realizado com 186 mulheres, no qual se extraíram os seguintes dados: 36% delas engravidaram na adolescência, a última gestação não foi planejada em 68% dos casos e, dessas, 59% não utilizaram método anticoncepcional, 18% utilizaram erroneamente e 23% não tinha nenhuma informação sobre contraceção. Os métodos mais utilizados foram os anticoncepcionais de via oral 41% e a ligadura tubária em 49%, além disso, 20% desconhecem o que é doença sexualmente transmissível. Ressalta-se, ainda, que somente 59% da população pesquisada procura preservativos e anticoncepcionais no setor público.

Palavras-chave: Direitos Reprodutivos. Políticas Públicas. Mulheres Rurais.

SEXUAL AND REPRODUCTIVE EVALUATION OF RURAL WOMEN IN A CITY IN THE NORTH OF MINAS GERAIS

ABSTRACT

Brazilian health needs to overcome paradigms to consolidate as a reference in the globalized world, reproductive health is important in this achievement. The study was carried out with 186 women, 36% of them were pregnant during adolescence, 68% of them were not pregnant in the last pregnancy, 59% did not use a contraceptive method, 18% used it incorrectly and 23% did not have any information about contraception. The most used methods were oral contraceptives 41%, and tubal ligation in 49%, of these, 20% are unaware of what is sexually transmitted disease. Only 59% of the population seeks condoms and contraceptives in the public sector. The objective of the study is to verify the sexual and reproductive health care of women in the Family Health Strategy (FHS) in rural areas of the northeast of Minas Gerais.

Keywords: Reproductive Rights. Public Policy. Rural Women.

1 INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) constitui-se em um conjunto de ações e de serviços de saúde oferecidos por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais ou por entidades a ele ligadas. É um direito conquistado pela população brasileira, que está consolidado na CF/88; garantindo "atendimento universal, igualitário e integral a todo cidadão brasileiro que dele precisar, nas unidades de saúde, ambulatórios, laboratórios, clínicas, hospitais públicos, filantrópicos ou privados contratados" (BRASIL, 1988, *on-line*), em visitas domiciliares e mediante atuações coletivas de saúde, sem ônus para a comunidade. Esse atendimento já foi pago pelo cidadão, através das contribuições sociais e dos impostos arrecadados (BRITO, MENDES, SANTOS NETO, 2018).

Tendo em vista a necessidade do estabelecimento de mecanismos capazes de assegurar a continuidade de conquistas sociais, várias propostas de mudança inspiradas nas ideias da reforma sanitária e nos princípios do SUS foram esboçadas e implementadas. A Estratégia Saúde da Família (AESF) é uma dessas iniciativas e se concretiza como um novo paradigma de promoção da saúde, focado principalmente no estabelecimento de vínculos e criação de laços de compromisso e co-responsabilidade entre os profissionais de saúde e a população (VIANA *et al.*, 2018).

O tema sexualidade e saúde reprodutiva fazem parte de uma das prioridades das políticas públicas de atendimento à mulher. No entanto, a abordagem centra-se no diagnóstico e no tratamento de problemas de saúde, não necessariamente abarcando toda a complexidade que o tema exige. Pode-se também ressaltar que o atendimento no âmbito privado do consultório não privilegia uma discussão coletiva entre as próprias mulheres, o que, certamente, a partir do compartilhamento de experiências comuns, possibilitaria o desenvolvimento da percepção de que suas outras demandas não estão propriamente relacionadas a problemas originalmente seus, mas integram um conjunto muito próprio da condição feminina e da vivência de ser mulher (OMS, 2012).

O presente estudo tem como objetivo geral verificar como é realizada a assistência à saúde sexual e reprodutiva de mulheres cadastradas em um Programa de Saúde da Família da zona rural do município de Nanuque - Minas Gerais – Brasil e se esta assistência promove a

devida acessibilidade das mulheres aos programas de Saúde Pública do Sistema Único de Saúde brasileiro.

2 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de abordagem quali-quantitativo do tipo exploratório-descritivo, realizado em campo. Para a pesquisa quantitativa, utilizou-se um questionário fechado validado com 186 mulheres (53% de acordo com o cálculo amostral) em idades compreendidas entre 18 e 45 anos.

A pesquisa qualitativa foi realizada por meio de um questionário aberto, aplicado com 18 mulheres escolhidas aleatoriamente e com todos os 11 funcionários do ESF da Vila Gabriel Passos, denominado Posto de Saúde. Todas as entrevistas foram gravadas em MP4, com a permissão dos entrevistados. Após a transcrição das entrevistas, foram feitas as análises, baseando-se na técnica denominada Análise de Conteúdo, proposta por Bardin (1997).

Em seguida, baseado no número de mulheres cadastradas no Programa de Saúde da Família da Vila Gabriel Passos (zona rural do município de Nanuque), realizou-se o cálculo amostral: 186 (53%) mulheres, de um total de 347 com idades compreendidas entre 18 e 45 anos; as mulheres foram selecionadas por meio de sorteios realizados com os números das residências cadastrados nas Fichas A de levantamento epidemiológico arquivadas no Posto de Saúde da Unidade Vila Gabriel Passos.

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa CEP/UNEC (011/15), com vistas à preservação dos aspectos éticos relacionados à pesquisa envolvendo seres humanos, estando plenamente de acordo com a legislação vigente.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

No instrumento de perfil socioeconômico e cultural, consideraram-se cinco categorias básicas: idade, estado civil, religião, raça, profissão, escolaridade e renda.

Identificou-se, com os resultados, o perfil socioeconômico das entrevistadas: 50% (idade entre 18 a 30 anos) e 50% (idade entre 31 a 45 anos). A predominância, em relação ao estado civil, é: 37% é casada; em união 36%; solteira 21%; divorciada 4% e viúva 2%. A distribuição segundo a religião é a seguinte: 72% são católicas, 22% são protestantes, 5% não

seguem nenhuma religião, 1% dos entrevistados assinalou a opção “outras”, porém, não houve a especificação de qualquer informação. Na amostragem, os dados retratam que 15% das mulheres, de acordo com a raça, consideram-se brancas, 8% são pretas e a predominância ficou como parda (77%).

Foi verificado que a escolaridade predominante concentra-se no ensino Fundamental incompleto com 34%; Fundamental completo 11%, ensino Médio completo 20%, Médio incompleto 18%, Superior incompleto 5%, Superior completo 7%, Pós-graduada 1% e 4% são analfabetas.

O nível de escolaridade identificado, conforme o Ministério da Saúde, pode ser um agravante para a saúde das mulheres como um fator de risco obstétrico (BRASIL, 2009). A saúde está intrinsecamente relacionada à capacidade da população exercer o seu autocuidado. Este último, por sua vez, é influenciado diretamente pelo nível de instrução do indivíduo.

Para que as pessoas possam usufruir de sua saúde, por conseguinte, não basta somente ter serviços de saúde disponíveis, mas sim, é necessário também que ele tenha conhecimentos suficientes e capazes de motivá-lo a procurar pelo serviço (BRASIL, 2009; MARQUES, OLIVEIRA, 2006).

Desse modo, observa-se uma correlação entre a baixa escolaridade das entrevistadas e o tipo de ocupação a que se dedicam (dona de casa predominou em 62%). Os resultados indicam que a maioria (71%) tem renda familiar de 1 a 3 salários e procedem das classes menos favorecidas. A renda familiar representa uma referência de saúde, ao mesmo tempo, serve para analisar diferenças quanto à centralização de renda, o que contribui para a avaliação da situação socioeconômica da população.

A avaliação dos dados acerca da iniciação sexual das entrevistadas, na Unidade Básica de Saúde na comunidade rural de Gabriel Passos, mostra que 94% já iniciaram a vida sexual e somente 11% ainda não iniciaram. Com relação à primeira gravidez, ocorreu quando 13% tinham acima de 25 anos, quando 36% tinham entre 15 e 18 anos, quando 30% tinham entre 18 e 21 anos, quando 19% tinham entre 21 e 25 anos e quando 7% tinham menos de 15 anos.

Entrevistadas relataram total desconhecimento sobre o ato da relação sexual durante o casamento:

“A gente casa muito nova, não tem experiência nenhuma. Eu mesma achava que casar era só dormir junto e pronto. Não sabia nem que tinha que fazer outras coisas. Aí acaba engravidando sem querer e pronto. Eu fui descobrindo as coisas aos poucos, na medida que ia acontecendo. Aí é que a gente começa a entender a vida” (C.I.L).

Como pode ser observado, a incidência de adolescentes é expressiva na população estudada. A gravidez na adolescência é um acontecimento que está associado a diversos fatores sociais, como também a questões pessoais e familiares. Por sua vez, é preciso considerar que há relevantes distinções entre a gravidez ocorrida no início da adolescência, na faixa etária de 10 a 14 anos e aquela que ocorre na faixa etária de 15 a 19 anos.

A gravidez na adolescência está relacionada com a situação de vulnerabilidade social, bem como com a falta de informações e acesso aos serviços de saúde e ao baixo *status* de adolescentes mulheres nas relações sociais vigentes (PEREIRA, 2005).

Na população estudada, quanto ao aborto espontâneo, 16% das usuárias disseram que já sofreram e 84% disseram que não. Quanto ao número de abortos sofridos, 11% das entrevistadas disseram que já sofreram 01 aborto, 22% já tiveram dois abortos, 34% sofreram 03 abortos e três mulheres já sofrem mais de 03 abortos.

De acordo com o Ministério da Saúde, o que há de sólido no debate brasileiro sobre aborto sustenta a tese de que este tema é uma questão de saúde pública. Enfrentar com seriedade esse fenômeno significa entendê-lo como uma questão de cuidados em saúde e direitos humanos, e não como um ato de infração moral de mulheres levianas (CARVALHO, TONANI, BARBOSA, 2005; LIMA, 2017).

A realidade em Gabriel Passos, Nanuque-MG, pontua a carência dessas informações, tendo em vista que os dados confirmam que 68% das entrevistadas não tiveram a gravidez planejada.

Assim sendo, ressalta-se que a divulgação da assistência em planejamento familiar é essencial para se efetuar a busca ativa das (dos) potenciais usuárias (os) do serviço, não se limitando apenas ao atendimento da demanda espontânea (GARCIA, KOYAMA, 2009).

Os resultados mostram a ausência de informação/acolhimento na Unidade Gabriel Passos em Nanuque, na prestação de serviços eficazes, tendo em vista que as mulheres que engravidaram (sem uso de anticoncepcional) somam 59%, 18% usaram o método, mas de forma errada e 23% não tinha informações sobre como evitar a gravidez.

Não basta somente fornecer os serviços, é imprescindível informar. O conhecimento de todos os métodos contraceptivos significa saber o que existe, como funcionam, como é o controle, suas indicações e contra indicações, a porcentagem de segurança de cada um, inclusive a reversibilidade e a irreversibilidade que o método oferece. Essas informações

devem ser oferecidas por toda Unidade de Saúde, de forma clara e correta, proporcionando ao usuário condições de fazer a escolha mais adequada (VILELA, PINTO, 2010).

Quanto aos métodos mais utilizados pelas entrevistadas, a pílula obteve 41%, 49% recorreram a esterilização feminina (Ligadura tubária), preservativo 3%, Injeção 6% e na opção "outro" 1%, porém não foi especificado qual método. A menção de apenas dois métodos como principais deixa evidente um planejamento familiar com recursos bastante restritos, em face de grande quantidade de métodos contraceptivos existentes.

No Brasil, a esterilização cirúrgica está regulamentada por meio da Lei nº 9.263/96, que trata do planejamento familiar, a qual estabelece no seu art. 10 os critérios e as condições obrigatórias para a sua execução (BRASIL, 1996).

Para as mulheres, é mais cômodo sofrer a cirurgia a utilizar os métodos contraceptivos disponíveis, como afirma o enfermeiro responsável:

“Eu acho que a facilidade, e assim aqui tem muita questão política, o que acontece é muito difícil você conviver com várias gestações sem condição de estar sustentado mais filhos, tem muitas mulheres que não tomam o anticoncepcional corretamente e acabam engravidando, e também existe a faixa etária, tem muitas que não estão na idade e querem pela questão de já terem muitos filhos. Mais não é fácil conseguir pelo SUS” (Enfermeiro).

Uma das agentes comunitárias de saúde relata:

“Nesse pleito eu não conheço nenhuma mulher que tenha feito pelo SUS, mais no anterior teve muitas, isso funciona muito no final do mandato, quando vai acontecer outra eleição, eu já levei muitas pra fazer, e também já recebi muitas daqui, quando eu trabalhava no pronto socorro, ai eles não olham idade, eles não olham a quantidade de filhos, eles querem o voto, ali são só eleitoras dele, que vai trazer votos pra ele” (C.A.R).

De acordo com esses princípios, na população estudada, a maioria das entrevistadas se submeteu a laqueadura por vontade própria, sendo 82% através do serviço público. Conforme estabelece, no seu art. 10, os critérios e as condições obrigatórias para a sua execução da laqueadura, 30% das entrevistadas tinham, na época em que fizeram a ligadura, entre 20 e 25 de idade; 41% estavam na faixa etária entre 25 e 30 e 29% tinham mais de 30 anos. A distribuição, de acordo com o número de filhos quando da realização da ligadura tubária das entrevistadas era: 42% tinham 02 filhos, 36% entre 3 e 5 filhos e 22% acima de 5 filhos.

Durante as entrevistas, notou-se que há um número expressivo de laqueaduras tubárias, as quais são realizadas, em sua grande maioria, na época de eleições, como possível compra de votos.

Quanto à aceitação do marido/companheiro sobre a utilização de métodos contraceptivos, a predominância se deu com a rejeição em 70% com a camisinha, em segundo vem a vasectomia 16% de rejeição e o DIU em 3%, na opção "outros" 2% assinalaram, mas não especificaram.

Uma das entrevistadas disse:

“Na verdade, meu marido deixa tudo por minha conta. Sou eu quem resolvo. Ele fala que a responsabilidade é minha. Agora, camisinha ele não gosta não. Fala que o sexo não é a mesma coisa. Prefere que eu use o comprimido da cartelinha” (Z.E.L.).

Os resultados pontuaram que 2% das entrevistadas já tiveram alguma doença sexualmente transmissível, a coordenadora municipal da vila São Gabriel Passos atribui este fato à promiscuidade no casamento e a falta de poder da mulher na cobrança pelo uso do preservativo, assim como o preconceito de que os casais têm em utilizá-lo.

Na grande parte dos casos, as mulheres não percebem a necessidade da prevenção contra as doenças sexualmente transmissíveis. Para elas, o casamento configura uma segurança contra a este tipo de transmissão e elas se sentem prevenidas de tais doenças.

“Camisinha nem pensar. Lá no posto até tem de graça, mas pra quê que eu vou ficar usando aquilo. Acho que é mais para os jovens, por conta de evitar pegar doença. Mas a gente já é casado faz muito tempo, não tem este problema não. Eu concordo com meu marido. Também não gosto não. Fica meio sem graça” (C.I.L.).

“Nem precisa. Eu já sou ligada mesmo. É muito importante quando a pessoa é jovem, tá começando o namoro e não conhece direito a pessoa. Aí precisa mesmo, pra evitar esse monte de doença que a gente ouve falar por aí. No meu caso, que estou casada faz muito tempo, a gente nem pensa nesse assunto” (A.D.N.).

A ausência de conhecimento da gravidade da situação faz com que entrevistadas digam não se protegerem com preservativos, que podem ser conseguidos gratuitamente na Unidade Básica de Saúde a qual estão inseridas (VILLELA, PINTO, 2010). O autor refere-se ao fato de que a maioria das doenças infecciosas ou transmissíveis associa-se à pobreza e às

desigualdades sociais. Assim sendo, o analfabetismo e a baixa escolaridade, apesar dos avanços ocorridos nos últimos anos, ainda representam uma espécie de "chaga" na vida da população brasileira.

O Programa Nacional de DST/AIDS recomenda a utilização do preservativo masculino como método mais eficiente de proteção, com uma efetividade estimada de 90% e 95% na prevenção das DSTs e do HIV (FERREIRA, 2009). A reiteração para o uso do preservativo em todas as relações sexuais é um discurso frágil, do ponto de vista da proteção das mulheres (FERREIRA, 2009).

Os profissionais devem adotar um papel de educadores e promotores de saúde, estando sempre flexíveis a mudanças, identificando estratégias para o esclarecimento das dúvidas ou curiosidades expressadas pelas gestantes e para o enfrentamento dos seus medos e angústias, mediante a utilização dos conhecimentos técnico-científicos existentes e dos recursos disponíveis para cada caso (LIMA, 2017).

A assistência ao pré-natal é disponibilizada as gestantes; no entanto, percebe-se que nem todas aderem a ela; nos resultados coletados, 82% realizaram o pré-natal na última gravidez até 4º mês; 6% a partir do 5º mês de gravidez e 12% não fizeram consulta pré-natal. O bom pré-natal é essencial para evitar casos de partos prematuros (TEIXEIRA *et al.* 2017).

Conforme os profissionais de saúde, a maioria das pacientes procura o posto de saúde para fazer o pré-natal, que ocorre todos os meses, afirmando que "não fazem quem não quer, pois o pré-natal é satisfatório". Como pode ser observado, o número de consultas pré-natais realizadas pelas mulheres em sua última gestação foi: menos de 3 consultas 1%, 3 a 5 consultas 23%, 6 e mais consultas 83%.

Tanto o enfermeiro responsável pelo Posto de Saúde quanto as agentes e as próprias pacientes relataram que o serviço de pré-natal não deixa nada a desejar, sendo procurado pela grande parte das gestantes.

“O serviço de pré-natal aqui do posto é muito bom. Quando as mulheres descobrem que estão grávidas, nem precisa da agente ir na casa delas, elas mesmas já vem e já falam. Acho que elas estão conscientizando mais da necessidade, né? E vem direitinho, todo mês. Depois que vem a primeira consulta, aí fica agendado todo mês, tem os dias certos pra atender o pré-natal. Acho que nesse caso vem mais porque a preocupação é grande com o filho. Fazer direitinho o neném pode não ter problema pra nascer, eu acho” (M.A.R).

Para as mulheres, a preocupação com os filhos vem em primeiro lugar e, nestes casos, a “vergonha” que elas relatam ter do enfermeiro não existe:

“O pré-natal é bem tranquilo de fazer lá no posto. A gente vai, já tem os dias certos. É importante pra ver se está tudo bem com o neném. E o enfermeiro explica tudo direitinho. Eu gosto do serviço de lá” (D.A.R).

Entretanto, a participação dos companheiros neste momento não é percebida nem estimulada por parte dos profissionais de saúde. De acordo com o enfermeiro:

“Pra falar a verdade, eu nunca tinha pensado neste assunto. Mas acho que deve ser interessante estimular os maridos a acompanhar o pré-natal sim. Pode ser que aumente o vínculo com a criança que vai nascer. Mas, no horário de funcionamento do posto, eles geralmente estão trabalhando, aí eu teria que pegar um fim de semana, porque já tem um programa da saúde voltado para o homem, eu posso estar falando também da saúde do homem também”.

A questão do parto no Brasil é uma questão complexa já que o índice de cesárea e de mortes em decorrência das complicações do parto é muito grande. No que se refere ao parto, o sistema de saúde dá todo poder ao médico. Em se tratando do último parto realizado pelas mulheres entrevistadas, 11% teve o bebê em domicílio, 75% no serviço público e 14% no serviço privado.

A realidade na prestação de serviços públicos na vila Gabriel Passos, em relação às necessidades em deslocar para realizar o parto, implica várias questões, sociais, socioeconômica e políticas. Sobre o tipo de parto pelas mulheres, 63% tiveram parto normal e 37% tiveram cesáreo.

Uma das agentes comunitárias de saúde justificou o motivo deste alto índice de cesarianas:

“Na verdade, na verdade, é que as mulheres têm medo de entrar em trabalho de parto e não conseguir chegar a tempo no hospital, ou ter algum problema no caminho e a criança nascer dentro do carro. Elas tem medo de dar algum problema com a criança, ou até mesmo de morrer. Aí faz assim: deixa tudo ajeitadinho com o médico, já com a data marcada, pra não ter perigo de nada de ruim acontecer, nem com elas nem com os nenéns” (L.U.C).

Outro ponto de vista:

“Por causa da dor que a mulher sente, me pergunta quantos médicos ou enfermeiros estimulam o parto normal, eles até falam que é o melhor mais eles não estimulam, eu não tive coragem de ter normal, então assim como eu posso estimular uma pessoa a ter parto normal, se nem eu tive coragem, porque no pré natal estimula o parto normal, mais no fundo no fundo ninguém quer normal não, tem muito medo”.

De fato, na população estudada, os resultados só vêm confirmar essas informações, tendo em vista que, das mulheres que não realizam o exame anualmente, considerando quanto tempo havia que realizaram o exame preventivo, 28% disseram que há dois anos; 5% há três anos e/ou quatro anos; e a maioria (63%) nunca mais fez o exame.

Entretanto, durante as entrevistas semiestruturadas realizadas com as mulheres, observou-se que na vila em particular, ocorre uma certa dificuldade na realização do exame por conta do responsável pela coleta ser do sexo masculino:

“Ai, esse enfermeiro que agente olha pra cara dele todo dia, toda hora você bate testa com ele, eu fico com vergonha, direto olhando eles, eu fico com vergonha, é igual se visse um de fora, era diferente. Eu nunca mais ia olhar na cara dele mesmo, aí não tinha problema. Tem gente mesmo que eu conheço que já fez com ele que nem olha pra cara dele, porque tem vergonha. Ai eu não tenho coragem de chegar lá e abrir as pernas pra ele” (C.I.L).

Este fato se dá uma vez que o enfermeiro responsável pela coleta de exames preventivos ser uma pessoa que nasceu na comunidade. Praticamente toda a população o conheceu desde criança, e daí vem a “vergonha” em realizar o exame com ele:

“Pra fazer o preventivo, eu só faço mesmo quando vem a enfermeira, porque a gente conhece o enfermeiro desde criança, ai tem vergonha né, eu sei que não tem nada a ver, mais agente fica assim, né? Ai agora teve uma enfermeira ai e eu fiz com ela. As pessoas aqui não gostam de fazer porque ele é homem, apesar de saber que ele é muito competente” (J.U.L).

Quando questionada sobre o assunto, a coordenadora dos ESF's disse que tem conhecimento da situação e falou da estratégia paliativa encontrada para tentar amenizar o problema:

“Acho que muitas mulheres da zona rural não fazem preventivo também por pressão do marido, ou pelo fato de o enfermeiro ser homem, que viram nascer, viu pequenininho, viu crescer, aí tem um pouco de resistência, aí quando vai a enfermeira pra lá pra cobrir as férias dele, tem uma demanda maior de preventivos, tem esse lado também que é uma desculpa, eu até falei com ele, começa a fazer umas campanhas maciças mesmo, na pré-consulta mostra o álbum seriado, mostra a realidade, pra ver se elas começam a ter um pouco mais de coragem, porque acho que é muito isso do marido e a vergonha das mulheres mesmo”.

A realização periódica de exames preventivos, pode reduzir em até 70% a mortalidade por câncer de colo de útero na população de risco. Tal exame, conhecido popularmente como exame de Papanicolaou, pode ser realizado por qualquer profissional da saúde treinado adequadamente sem a necessidade de infra-estrutura sofisticada.

Frente ao exposto, de acordo com os auxiliares de enfermagem, assim como os agentes na Unidade de Saúde Vila Gabriel Passos, existe certa dificuldade das pacientes em realizar o exame preventivo, devido ser o profissional do sexo masculino e ainda ter nascido e criado nesta comunidade. Além das usuárias terem "vergonha" de realizar o preventivo com o profissional, ainda tem o preconceito em realizá-lo na Unidade de saúde, pois algumas usuárias (2%) do posto de saúde não confiam nos resultados do preventivo realizado no posto. Ressalta-se que, de acordo com o Ministério da Saúde, o exame preventivo pode ser realizado nos postos ou unidades de saúde que tenham profissionais da saúde capacitados para realizá-los (BRASIL, 2008).

Liderar pessoas não é fácil. Exige inteligência interpessoal e boa autoestima. É preciso conhecer a natureza humana, administrar conflitos, delegar com sabedoria, comunicar-se com precisão, ser gestor de talentos humanos, além de aprender a lidar com sentimentos e emoções suas e de seus liderados. Estudos evidenciaram o reconhecimento da produção do cuidado centrada no indivíduo a partir de suas necessidades singulares, associado a um núcleo familiar e a uma comunidade (BRITO, MENDES, SANTOS NETO, 2018).

Os resultados mostraram certo desequilíbrio e a falta de harmonia entre a equipe. Uma auxiliar de saúde afirma sobre a atitude das agentes:

“Elas não fazem é nada, elas ajudam a atrapalhar. Eu acho que é devido assim, lá rola muita política. Quando tem que entregar uma ficha, ou ela chega e põe lá, ou então ela te entrega e nem olha pra sua cara. Ou então dá pra outra pessoa que passa pra outra, ou então

entrega para o enfermeiro. Eu acho assim, a primeira coisa que tem que acontecer lá dentro da unidade é um trabalho entre funcionários primeiro e depois vim cá pra fora. Que às vezes o problema tá lá dentro, com relação ao preventivo foi da mesma forma, vem de lá pra cá, as vezes o cliente não tem nem opção” (C.A.R).

Esta mesma auxiliar afirma:

“Pra melhorar a coisa, falta atitude do enfermeiro. Eu não sei falar muito, eu não gosto de falar, porque tem muito atrito, e isso é muito maior entre as agentes mesmo, e são elas que fazem esses trabalhos. Se o atrito vem delas o trabalho fica difícil”.

A coordenadora justifica:

“Não é só lá, é em todo lugar, e ai trabalham na saúde, só tem aquele empreguinho ali, umas não tem marido, família desestruturada, então assim é complicado, eu tenho problemas de relacionamentos em muitos postos aqui também. Nunca foi tão difícil trabalhar com essas pessoas, como está agora, tem pessoas que já passaram em todas as unidades, dentro de hospital, que não tem mais pra onde você remanejar”.

Para o enfermeiro:

“No início eu senti muita dificuldade por causa disso. Agora já está melhorando muito. As agentes se sentiam as donas do pedaço, a enfermeira que eu substitui só vinha aqui de vez em quando, e eu cheguei para tomar conta delas, e por isso muitas vezes tem coisas que eu não percebi e nem percebo, igual vocês já falaram que perceberam algumas coisas e hoje eu já percebo, por conta de alguns fatos que já ocorreram, mudança de postura também houve a necessidade, igual a secretária de saúde me falou e eu acho ela uma boa administradora, ela me falou: “olha se esta acontecendo alguma coisa é porque você está permitindo”, e eu fui obrigado a concordar com ela, igual vocês me falaram a respeito da coleta, se eu estou indo lá, chamar, eu não, eu só delego, vai lá e chama que eu vou estar aqui esperando, e eu sei que está pouco. Eu tenho que passar a prestar atenção nessas coisas”.

Frente ao exposto, neste ambiente moldado por divergências, cabe ao líder, assumir o papel de educador, auxiliando as pessoas a serem, fazerem, conviverem e aprenderem.

Retornando ao cerne deste estudo que está centrado na saúde reprodutiva das mulheres, foi pesquisado quanto ao autoexame da mama: 50% das entrevistadas sabem fazer, porém 42% não sabem e 8% disseram mais ou menos.

O câncer de mama é provavelmente o mais temido pelas mulheres, devido à sua alta frequência e, sobretudo, pelos seus efeitos psicológicos que afetam a percepção da sexualidade e a própria imagem pessoal. Ele é relativamente raro antes dos 35 anos de idade; mas, acima desta faixa etária, sua incidência cresce rápida e progressivamente (BRASIL, 2008; CARVALHO, TONANI, BARBOSA, 2005).

A falta de cuidado consigo, originada provavelmente pela desmotivação perante do acúmulo dos afazeres domésticos, atividades sociais e profissionais, contribui para o aumento da detecção tardia do câncer em mulheres jovens e em plena fase reprodutiva e produtiva. Em 90% dos casos, é a própria mulher que descobre o câncer de mama. Na grande maioria das vezes, essa descoberta se dá através da palpação de um nódulo na mama, que é a manifestação da doença mais comumente encontrada (DISTRITO FEDERAL, 2006).

O Ministério da Saúde recomenda que todas as mulheres entre 50 e 69 anos de idade se submetam a exames de mamografia pelo menos uma vez a cada dois anos. O exame anual é indicado para as mulheres que tem acima de 35 anos e que pertençam a grupos de alto risco (BRADIN, 1997). Estudos evidenciam que as características maternas de partos prematuros e uma gestação bem planejada diminuem drasticamente este risco (SILVA, 2009).

Apesar da estratégia saúde da família ter se expandido significativamente nesses últimos anos, seus impactos sobre a reorganização dos serviços ainda não se fizeram sentir complementamente entre as mulheres que foram entrevistadas para esta pesquisa (ZOBOLI, SANTOS, SCHVEITZER, 2016).

De maneira geral, as mulheres conhecem pouco o serviço de planejamento reprodutivo e os utilizam com alguma frequência, obtendo os métodos que procuram. O foco do conhecimento das mulheres está sobre a oferta de métodos, o que indica que a sua relação com este tipo de serviço pode estar limitada às idas periódicas para receber os métodos (anticoncepcionais orais – em sua maioria e preservativos). Confirma essa suposição a indicação generalizada de que os métodos oferecidos pelos serviços são a pílula e a camisinha; todos os demais foram referidos por um número reduzido de mulheres. Também, deve-se fortalecer os profissionais que enfrentam relações difíceis com os usuários na APS, por meio de momentos para compartilhar experiências, analisar casos e vislumbrar formas assertivas para lidarem com tais situações (OLIVEIRA, BORGES, 2008).

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Buscou-se pesquisar como as mulheres vivenciam sua saúde sexual e reprodutiva e como elas são assistidas pelas políticas públicas de saúde vigentes. As mulheres da zona rural do nordeste mineiro ainda são muito conservadoras e, na região, a sexologia ainda é um forte tabu, o que faz necessário haver um fortalecimento na relação a atenção à saúde da mulher; pois, na maioria das vezes, compete ao profissional de saúde, rescindir tabus e agir como um facilitador do acesso a saúde, promovendo a superação dos fatores de impedimento - a vergonha foi sentimento expresso como fator de dificuldade para realização do exame preventivo.

A gravidez na adolescência é comum na região e não existe um planejamento familiar eficiente, apesar dos diversos métodos contraceptivos que estão à disposição, a população local tem dificuldade em reconhecê-los e utilizá-los, não se observa a participação ativa dos companheiros/cônjuges no controle da natalidade, existe rejeição por parte dos homens em utilizar o preservativo masculino, deixando assim, a comunidade vulnerável às DST's.

São poucas as mulheres que realizaram a mamografia e somente a metade delas conhecem a técnica do autoexame das mamas. A cota disponível para mamografia no Sistema Único de Saúde se esgota na zona urbana do município de Nanuque, ficando as mulheres moradoras da zona rural desprovidas deste direito.

O único programa que funciona adequadamente é o SISPRÉ-NATAL, no qual uma parcela maciça da população feminina gestante frequenta; em caso de gravidez, as mulheres tomam a iniciativa de buscar o serviço básico para iniciar aos exames de pré-natal. No entanto, o CIS-COLO não tem sucesso, devido ao fato referido acima a respeito da aceitabilidade por parte das mulheres em realizar o exame preventivo com um profissional do sexo masculino. Notou-se que não existe programa contínuo de educação sexual, nas escolas ou em outros ambientes voltado para os adolescentes e adultos. Certo do significado da educação sexual, conclui-se que a comunidade está fortemente exposta à gravidez não planejada, ao risco de contrair DST's e ao câncer de colo de útero e de mama. Faz-se necessário uma intervenção urgente na região, uma vez que o desajuste entre a equipe é evidente, fator este que dificulta ainda mais o sucesso nos serviços prestados.

REFERÊNCIAS

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 2. ed. Lisboa: edições 70, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. **20 ANOS de pesquisas sobre aborto no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Políticas de Saúde. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde**. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Manual de Atenção à Mulher no Climatério/Menopausa. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL, Ministério da Saúde, Instituto Nacional de Câncer. **Ações de enfermagem para o controle do câncer**: uma proposta de integração ensino-serviço. 2. ed. Rio de Janeiro: 2002.

BRITO, G.E.G.; MENDES, A.C.G.; SANTOS NETO, P.M. O objeto de trabalho na Estratégia Saúde da Família. **Interface (Botucatu)** [online]. 2018, vol.22, n.64, pp.77-86. Epub 20-Jul-2017.

CARVALHO, E.C., TONANI, M., BARBOSA, J.S. Ações de enfermagem para combate ao câncer desenvolvidas em unidades básicas de saúde de um município do estado de São Paulo. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro , v.51, n.4 , p.297-303, out. 2005.

DISTRITO FEDERAL. **Saúde alerta para necessidade do exame Papanicolaou**. Secretária do Estado de Saúde do Distrito, 2006. Disponível em: <http://www.saude.df.gov.br/003/00301009.asp?ttCD_CHAVE=36912> Acesso em: 26 abr.2017.

FERREIRA, M.L.S. Motivos que influenciam a não-realização do exame de papanicolaou segundo a percepção de mulheres. **Esc Anna Nery Rev Enferm**. abr-jun; v. 13, n.2, p. 378-84 2009. Disponível em: < http://www.eean.ufrj.br/revista_enf/20092/artigo%2018.pdf>, acesso em: 23 abr. 2017.

GARCIA, S; KOYAMA, M., Longevidade sexual e práticas sexuais desprotegidas: desafios para a promoção da saúde sexual e reprodutiva das mulheres. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Pesquisa nacional de demografia e saúde da criança e da mulher PNDS 2006**: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 298 p. (Série G. Estatística e informação em saúde).

LIMA SL. **Saúde da mulher**: a reformulação das práticas. Disponível em: <<http://www.dst.uff.br/revista17-2-2005/4-a%20subnotificacao.pdf>>. Acesso em: 01 fev. 2017.

MARQUES, MLF; OLIVEIRA C. Conhecimento e significado para funcionárias de indústrias têxteis sobre prevenção do câncer do colo-uterino e detecção precoce do câncer da mama. **Revista Brasileira de Cancerologia 2006**, v. 52, v.1, p. 5-15. Disponível em: < http://www.inca.gov.br/rbc/n_52/v01/pdf/artigo1.pdf> Acesso em: 07 de mar., 2017.

OLIVEIRA, A K P; BORGES D.F. Programa de Saúde da Família: uma avaliação de efetividade com base na percepção de usuários. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro v.42, n.2 , p. 369-389, mar. 2008.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Prevenção da violência sexual e da violência pelo parceiro íntimo contra a mulher: ação e produção de evidência**. Genebra: OMS; 2012.

PEREIRA, A.L. Programas de atenção à saúde. In: FIGUEIREDO, N. M. A. **Ensinando a cuidar em saúde pública**. São Paulo: Uendis Editora, 2005 (Práticas de enfermagem).

SILVA, RM. Realização do autoexame das mamas por profissionais de enfermagem. **Rev. esc. enferm. USP** v. 43 n.4, São Paulo, Dec. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342009000400023&script=sci_arttext>, acesso em: 20 maio 2017.

TEIXEIRA, GA; JOVANKA, C; BITTENCOURT, LS; ALESSANDRA, VM; ALVES, PC; MORAIS, TR. Características maternas de partos prematuros. **Revista Enfermagem Atual**, 2018; 82; Ano 17 - Nº 81 - Abril / Maio / Junho – 2017

VIANA, R.B; CANDIDO, P.H; CAVALCANTI, G.S; COROPES, V.B.A; SANTOS, P.C.L. Dilemas da maternidade das mulheres contemporâneas: revisão integrativa. **Revista Enfermagem Atual**, 2018; 85; a. 18, n. 85, abr./jul., 2018.

VILLELA, WV; PINTO, VM. Atenção às DST em mulheres. In: Brasil. Presidência da República. Secretaria de Políticas para as Mulheres. **Rumos para Cairo + 20: compromissos do governo brasileiro com a plataforma da conferência internacional sobre população e desenvolvimento**. Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2010.

ZOBOLI, ELCP; SANTOS, DVI; SCHVEITZER, MC. Pacientes difíceis na atenção primária à saúde: entre o cuidado e o ordenamento. **Interface (Botucatu)** [online]. 2016, vol.20, n.59, pp.893-903. Epub 13-Maio-2016.