



Fernanda Antunes Hauck Civitarese

**UMA PERSPECTIVA DE INTEGRALIDADE NA ATENÇÃO À SAÚDE DA
MULHER:
necessidades e demandas das usuárias da Estratégia Saúde da Família em uma
comunidade rural**

Brasília

2019

Fernanda Antunes Hauck Civitarese

**UMA PERSPECTIVA DE INTEGRALIDADE NA ATENÇÃO À SAÚDE DA
MULHER:
necessidades e demandas das usuárias da Estratégia Saúde da Família em uma
comunidade rural**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAUDE), como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde da Família.

Orientador: Prof. Fábio Ferreira Amorim

Coorientadora: Profa. Ana Maria Costa

Área de atuação: Atenção Integral aos Ciclos de Vida e Grupos Vulneráveis

Brasília

2019

A582p

Antunes Hauck Civitarese, Fernanda

Uma perspectiva de integralidade na atenção à saúde da mulher: necessidades e demandas das usuárias da estratégia saúde da família em uma comunidade rural / Fernanda Antunes Hauck Civitarese; orientador Fábio Ferreira Amorim; coorientador Ana Maria Costa. -- Brasília, 2019.

80 p.

Dissertação (Mestrado - Mestrado Profissional em Saúde da Família) -- Coordenação de Pós-Graduação e Extensão, Escola Superior de Ciências da Saúde, 2019.

1. integralidade em saúde. 2. necessidades e demandas de serviços de saúde. 3. população rural. 4. saúde da mulher. I. Ferreira Amorim, Fábio, orient. II. Costa, Ana Maria, coorient. III. Título.

TERMO DE APROVAÇÃO

FERNANDA ANTUNES HAUCK CIVITARESE

**Uma perspectiva de integralidade na atenção à saúde da mulher:
necessidades e demandas das usuárias da Estratégia Saúde da Família em
uma comunidade rural.**

Dissertação aprovada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde da Família (PROFSAUDE), pelo programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* da Escola Superior em Ciências da Saúde (ESCS).

Aprovada em: 23/09/2019.




Prof. Dr. Fábio Ferreira Amorim

Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Saúde da Família
da Escola Superior em Ciências da Saúde (ESCS)
Orientador




Profª Drª Ana Maria Costa

Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Saúde da Família
da Escola Superior em Ciências da Saúde (ESCS)
Coorientadora



Profª Drª Maria de Fátima de Novais Gondim

Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Saúde da Família
da Escola Superior em Ciências da Saúde (ESCS)
Examinadora Interna



Profª Drª Maria Aparecida Gussi

Universidade de Brasília (UnB)
Examinadora Externa

Profª Drª Leila Bernarda Donato Gottens

Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Saúde da Família
da Escola Superior em Ciências da Saúde (ESCS)
Suplente

*Às mulheres da comunidade Padre Lúcio, pelas
vivências compartilhadas.*

AGRADECIMENTOS

Aos professores Fábio Amorim e Ana Maria Costa, pela generosidade em orientar este caminho de descobrimentos, transformações e amadurecimento que é o Mestrado.

Às professoras Maria de Fátima Gondim e Maria Aparecida Gussi, pelas contribuições valiosas durante as etapas de qualificação da pesquisa e defesa da dissertação.

À equipe de Estratégia Saúde da Família da comunidade Padre Lúcio, pelo inesquecível tempo de convivência e pela disposição em colaborar para o desenvolvimento desta pesquisa.

Às mulheres da minha família, pelas inspirações de vida.

Ao Cristiano, meu companheiro: obrigada por embarcar comigo nesta e em tantas outras viagens.

Aos meus pais, meus grandes pedagogos da autonomia; e aos meus irmãos, com quem aprendi que compartilhar – histórias, momentos, interesses, alegrias, tristezas, conquistas e dificuldades – é realmente multiplicar.

Às amigas Sara e Dani, por compreenderem minhas motivações para ingressar no Mestrado, e pelo genuíno interesse em minha pesquisa. O incentivo de vocês significou muito!

A todos que amorosamente confiam nas pessoas e nas ações, expressando afeto e otimismo, encorajando realizações e contribuindo para que coisas boas aconteçam.

Ao sopro divino da existência, que me permite estar no mundo e com o mundo.

“O respeito à autonomia e à dignidade de cada um é um imperativo ético, e não um favor que podemos ou não conceder uns aos outros.” (Paulo Freire, 2017, p. 58)

RESUMO

O território rural da atualidade apresenta especificidades dinâmicas e complexas, sendo que suas paisagens e populações transformam-se rapidamente, em comunicação com o meio urbano. Ainda assim, as pessoas residentes nas áreas rurais experimentam dificuldades cotidianas, relativas ao isolamento geográfico e à escassa oferta de serviços públicos e privados nestes locais. Neste contexto, as mulheres encontram-se em situação de vulnerabilidade, não meramente por conta dos processos biológicos característicos das etapas do ciclo de vida, mas, principalmente, devido às implicações sociais e econômicas que restringem as possibilidades de afirmação e construção autônomas da identidade feminina. Em uma perspectiva de integralidade, esta pesquisa teve como objetivo geral reconhecer as necessidades e demandas em saúde das mulheres usuárias da Estratégia Saúde da Família, na comunidade Padre Lúcio, em Goiás, Brasil. Foram realizados dois grupos focais e cinco entrevistas individuais de profundidade, com mulheres de diferentes idades e circunstâncias. Os grupos focais e entrevistas foram gravados em mídia eletrônica e, posteriormente, seus produtos foram transcritos e submetidos à análise de conteúdo. Identificaram-se as seguintes demandas: prescrição de benzodiazepínicos; esterilização cirúrgica; e terapia de reposição hormonal. Como necessidades, foram evidenciadas: educação em saúde; planejamento familiar; abordagens em saúde mental; atividades socioculturais; atividades educativas para desenvolvimento de habilidades; atividades educativas para conscientização sobre direitos sociais; e implementação de farmácia, coleta de exames laboratoriais e academia comunitária na estrutura física do serviço de saúde da família. A presente pesquisa teve como referência os constructos teórico-filosóficos norteadores do cuidado em saúde, relativos à autonomia e à dignidade dos sujeitos na elaboração de seus projetos de vida. Foram valorizados os processos dialógicos e a mobilização de redes sociais como ferramentas do cuidado que se entende como emancipador. Sugere-se o aprofundamento das investigações através de estudos que considerem a participação dos homens nos processos de cuidado, superando a restrição cultural da atenção primária enquanto espaço de mulheres, e buscando compreender a implicação das masculinidades no adoecimento e na violência, sob a perspectiva relacional de gênero.

Palavras-chave: integralidade em saúde; necessidades e demandas de serviços de saúde; população rural; saúde da mulher.

ABSTRACT

Today's rural territory has dynamic and complex specificities, and its landscapes and populations change rapidly, in communication with the urban environment. Still, people living in rural areas experience everyday difficulties with geographical isolation and the scarce provision of public and private services in these places. In this context, women are vulnerable, not merely because of the biological processes characteristic of life-cycle stages, but because of the social and economic implications that restrict the possibilities for affirmation and autonomous construction of female identity. Having integrality in perspective, this research aimed to recognize needs and demands in health of women users of the Family Health Strategy, in the community of Padre Lúcio, state of Goiás, in Brazil. Two focus groups and five individual depth interviews were conducted, with women of different ages and circumstances. Focus groups and interviews were recorded on electronic media. Later, their products were transcribed and subjected to content analysis. The following demands were identified: prescription of benzodiazepines; surgical sterilization; and hormone replacement therapy. As needs, were highlighted: health education; family planning; mental health approaches; sociocultural activities; educational activities for development skills; educational activities for information on social rights; and implementation of pharmacy, collection of laboratory tests and community gym in the physical structure of the family health service. This research had as reference the theoretical-philosophical constructs that guide health care, related to the autonomy and dignity of the subjects in the elaboration of their life projects. Dialogic processes and mobilization of social networks were valued as tools of this care that is understood as emancipating. Further research is suggested through men's involvement in care processes, overcoming the cultural restriction of primary care as a women's space, and seeking to understand the implication of masculinities in illness and violence, from a gender relational perspective.

Keywords: health services needs and demands; integrality in health; rural population; women's health.

LISTA DE FIGURAS

| | |
|--|----|
| Figura 1 – Imagem de satélite de Padre Lúcio, Águas Lindas de Goiás (GO) | 12 |
| Figura 2 – Histograma de usuários por faixa etária | 27 |
| Figura 3 – Gráfico AFC: grupos focais | 31 |
| Figura 4 – Dendrograma: grupos focais | 32 |
| Figura 5 – Gráfico AFC: entrevistas individuais..... | 33 |
| Figura 6 – Dendrograma: entrevistas individuais | 34 |

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

| | |
|--------|---|
| Ent. | Entrevistada |
| ESF | Estratégia Saúde da Família |
| IBGE | Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística |
| NASF | Núcleo de Apoio à Saúde da Família |
| PAISM | Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher |
| Part. | Participante |
| Pesq. | Pesquisadora |
| PNAISM | Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher |
| RIDE | Região Integrada do Distrito Federal e Entorno |

SUMÁRIO

| | |
|---|----|
| 1 INTRODUÇÃO..... | 11 |
| 2 REFERENCIAL TEÓRICO | 15 |
| 2.1 As faces da integralidade | 15 |
| 2.2 Integralidade na atenção à saúde da mulher | 16 |
| 2.3 Interpretações de demandas e necessidades | 19 |
| 2.4 Intersubjetividade como palco das ações em saúde..... | 20 |
| 2.5 Vulnerabilidades enquanto cenário das práticas em saúde | 21 |
| 2.6 Redes sociais: os sujeitos em cena | 22 |
| 2.7 Humanização como meio e fim do ato cuidador | 23 |
| 3 OBJETIVOS..... | 25 |
| 3.1 Objetivo Geral | 25 |
| 3.2 Objetivos Específicos | 25 |
| 4 METODOLOGIA..... | 26 |
| 4.1 Delineamento do Estudo..... | 26 |
| 4.2 Aspectos Éticos..... | 26 |
| 4.3 Participantes | 26 |
| 4.4 Critérios de Inclusão | 28 |
| 4.5 Critérios de Exclusão..... | 28 |
| 4.6 Estratégias de Pesquisa..... | 28 |
| 4.7 Análise dos Dados | 29 |
| 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO | 35 |
| 5.1 Vulnerabilidades e recursos de coping | 35 |
| 5.2 Possibilidades de suporte social | 49 |
| 5.3 Demandas e necessidades em saúde das mulheres na comunidade Padre Lúcio | 54 |
| 6 CONCLUSÕES | 67 |
| 7 RECOMENDAÇÕES..... | 69 |
| REFERÊNCIAS | 71 |
| ANEXO I – Parecer Consubstanciado do CEP | 75 |
| ANEXO II – Roteiro para grupos focais | 79 |
| ANEXO III – Roteiro para entrevistas de profundidade | 80 |

1 INTRODUÇÃO

O território rural – definido não somente por seus limites físicos, mas também por aspectos sociais, culturais, históricos e políticos – apresenta especificidades múltiplas e dinâmicas, considerando as relações entre o ser humano e a natureza, e os paradigmas construídos pela coletividade¹. Entender as complexidades da vida no campo significa lançar um olhar apurado para este contexto, destituindo-se de ideias preconcebidas de um cenário bucólico, romantizado, ou, em outro extremo, de um protótipo do atraso. Assim, em detrimento do pensamento reducionista de “negação do urbano”, o modo de ser e viver nos espaços rurais pode ser associado ao conceito de *ruralidade*, significando uma maneira peculiar de inserção nos processos sociais e históricos, que está em constante transformação, ao incorporar novos hábitos e valores².

É consenso que, em graus variados, as populações residentes na zona rural experimentam dificuldades cotidianas, inerentes ao isolamento geográfico e à escassa oferta de serviços públicos e privados nestes locais. Existem, via de regra, consideráveis limitações de acesso aos equipamentos de saúde, educação, segurança e assistência social, além de deficiências na infraestrutura sanitária, de transportes e de comunicação. Correlacionando tal conjuntura com a dimensão de gênero, constata-se que, dentro das comunidades rurais, as mulheres encontram-se em situação de vulnerabilidade, não meramente pelos processos biológicos inerentes às fases do ciclo de vida, mas também, de maneira essencial, pelas implicações do modelo social vigente, com a representação hierárquica do ser masculino enquanto detentor do poder econômico e simbólico, que restringe as possibilidades de afirmação e construção autônoma do ser feminino¹⁻⁵.

O termo *vulnerabilidade* aplica-se para conceber, em síntese, a chance de exposição das pessoas ao adoecimento como a resultante de um conjunto de aspectos individuais e contextuais, considerando também a variável disponibilidade de recursos de proteção da saúde^{6,7}. Podemos compreender a vulnerabilidade das mulheres rurais através de estudos com múltiplos enfoques, tais como: sexualidade^{8,9}; atenção obstétrica institucional disponibilizada às mulheres residentes no campo e auto-atenção na gravidez¹⁰; violência de gênero^{1,3}; inequidades do acesso à saúde segundo características étnico-raciais¹¹; e, de forma mais ampla, refletindo sobre os obstáculos à promoção da saúde, bem como à prevenção e tratamento de agravos, durante as etapas do ciclo de vida^{1, 3, 5, 10,12}.

A inspiração para a presente pesquisa teve origem no contexto específico vivenciado pelas usuárias da Estratégia Saúde da Família na comunidade rural de Padre Lúcio. Embora a

administração do bairro Padre Lúcio caiba ao município de Águas Lindas de Goiás, geograficamente, a região encontra-se mais próxima de Brazlândia, uma das regiões administrativas do Distrito Federal. Considerada dormitório de trabalhadores de Brasília, e localizada às margens da rodovia BR 070, a cidade de Águas Lindas de Goiás cresceu vertiginosamente nos últimos 10 anos, atingindo povoamento estimado de 195.810 pessoas em 2017, segundo dados da página eletrônica do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)¹³. Brazlândia, por sua vez, é conhecida por sua tradição hortifrutigranjeira, encontra-se nas imediações da rodovia BR 080, e possui aproximadamente 52.287 habitantes, de acordo com a Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios, realizada em 2015¹⁴.

Figura 1 – Imagem de satélite de Padre Lúcio, Águas Lindas de Goiás (GO)



Fonte: Adaptado pela autora (imagem de satélite do Google)¹⁵

Situando-se em uma área rural de baixa densidade populacional, na transição entre Águas Lindas de Goiás e Brazlândia, a comunidade Padre Lúcio assume influências das duas localidades. Embora oficialmente a população seja referenciada aos serviços públicos em Águas Lindas, na prática acaba dispondo também da estrutura de saúde e educação de Brazlândia, devido à maior proximidade e à existência da Rodovia Vicinal 533, atualmente asfaltada e com ciclovia. Já o caminho até Águas Lindas, além de mais longo, é precário, com vários trechos não pavimentados. Podemos dizer que, em ambos os trajetos, a dificuldade de locomoção é considerável, devido à oferta insuficiente de transportes públicos.

Ao atuar como médica de família na comunidade em questão, nos anos de 2016 e 2017, percebi que os motivos de procura das usuárias pelo serviço de saúde, no cotidiano da assistência, muitas vezes divergiam do que eu esperava identificar, tendo como horizonte o

cumprimento de ações programáticas normativas para a atenção à saúde da mulher. Observei, por exemplo, que mulheres de todas as idades se preocupavam mais em buscar ajuda para problemas de saúde mental e contingências socioeconômicas do que em usufruir das ofertas rotineiras de planejamento familiar e rastreamento de cânceres ginecológicos. Ao direcionar meu olhar para a singularidade destes encontros com as usuárias, questionei tanto os objetivos da assistência prestada quanto nossa capacidade, como equipe, de responder às expectativas da comunidade.

A definição de uma agenda programada nos serviços de saúde, enquanto forma de organização do processo de trabalho, baseia-se no princípio de que as ações praticadas neste âmbito devem gerar um impacto positivo sobre a saúde da população, considerando critérios epidemiológicos de morbidade e mortalidade¹⁶. Conforme argumenta Ayres¹⁷ (2001, p.69), as práticas em saúde tradicionalmente têm sido orientadas pela perspectiva de êxito técnico, traduzido no alcance do controle da doença, em seus mecanismos de sintomas, patogênese, infecção ou epidemias. Embora a melhoria do quadro epidemiológico seja um objetivo relevante, se partirmos de uma concepção mais abrangente de saúde, para além da negatividade da doença, teremos obrigatoriamente que investigar o que desejam as pessoas para as quais direcionam-se as ações e serviços. O que elas efetivamente esperam para o bem viver? Quais são suas reais necessidades, enfim?

Para melhor caracterizar as necessidades em saúde, impõe-se a inevitável distinção entre este conceito e as demandas frequentemente apresentadas pelos usuários dos serviços. Enquanto as demandas surgem da autopercepção de sofrimento dos indivíduos, em interação com os recursos tecnológicos disponíveis, as necessidades em saúde são determinadas social e historicamente, podendo ainda corresponder a aspirações subjetivas, muitas vezes distantes dos sintomas expostos na consulta¹⁸. Assim, infere-se que as demandas em saúde são influenciadas: pelas diretrizes preconizadas nas políticas públicas específicas para cada linha de cuidado, que norteiam a oferta de ações e serviços; pelas recomendações de cuidados em saúde divulgadas nos meios de comunicação, originárias tanto de órgãos públicos quanto de entidades privadas; e pelos aspectos que os usuários consideram relevantes para o próprio bem-estar, tendo em vista as informações e recursos acessíveis aos mesmos. Ou seja, as demandas são delimitadas por diversos fatores extrínsecos aos indivíduos, não obrigatoriamente correspondendo às suas inerentes necessidades, estas sim relacionadas às condições que permitem a melhor adaptação destes ao meio em que vivem¹⁹.

Diante do panorama acima exposto, a presente pesquisa, desenvolvida na comunidade rural de Padre Lúcio, teve como questão norteadora: quais são as necessidades e demandas em

saúde das usuárias da Estratégia Saúde da Família na comunidade Padre Lúcio? O estímulo para desenvolver tal investigação ancorou-se na expectativa de incorporar a perspectiva destas mulheres à oferta de cuidados em saúde realizados pela Estratégia Saúde da Família na referida comunidade, construindo uma prática direcionada à integralidade, dentro de uma abordagem centrada na pessoa, e obedecendo aos preceitos éticos, com respeito às especificidades culturais locais.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 As faces da integralidade

O tema da integralidade nas práticas em saúde remete, inevitavelmente, a uma das diretrizes básicas do Sistema Único de Saúde, relativa à premissa de “atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais”²⁰. Embora o termo *integralidade* não tenha sido utilizado, *ipsis litteris*, como definição da referida diretriz na Constituição de 1988, seu uso corrente contempla o pressuposto de que as ações e serviços públicos devem organizar-se de maneira a abranger as múltiplas condicionalidades da proteção e recuperação da saúde.

Antes disso, inspirações para o discurso da integralidade em saúde já faziam-se presentes em correntes de pensamento ao redor do mundo, quer seja por meio das contribuições de autores como Foucault, Illich e Canguilhem, críticos do reducionismo do saber médico à razão, quer seja através do movimento da medicina integral, que preconizava reformas curriculares no ensino médico, no sentido de subverter a lógica flexneriana de fragmentação dos saberes em aparelhos ou sistemas anátomo-fisiológicos, propondo o olhar para o paciente em seu contexto de vida e a integração dos conhecimentos relativos ao adoecimento¹⁶.

Já no âmbito institucional do Ministério da Saúde, o discurso da integralidade no Brasil foi introduzido, de forma decisiva, através das contribuições dos movimentos sanitário e feminista, cujas reivindicações resultaram na elaboração do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), em 1983. Reunindo um conjunto de princípios e diretrizes programáticas que contemplavam as diversas etapas e situações de vida das mulheres, o PAISM deslocou a ênfase da atenção, anteriormente circunscrita ao binômio materno-infantil, para a complexidade das questões relativas à saúde das mulheres, ressaltando a singularidade e autonomia destas, especialmente no que tange aos assuntos reprodutivos²¹⁻²³.

Destarte audacioso em qualquer de seus desígnios, o significado da integralidade progressivamente foi alcançando novos entendimentos, ao acompanhar as transformações teórico-filosóficas norteadoras das práticas em saúde. Cecílio (2009, p.119-120) disserta a respeito de uma “integralidade focalizada”, relativa à micropolítica de saúde, e concebida mediante esforço e confluência de saberes dos profissionais, no espaço singular dos serviços onde atuam, rumo à apreensão ampliada das necessidades individuais²¹. Assim, este autor recomenda o empenho da gestão, organização da atenção e capacitação das equipes multiprofissionais, visando à escuta qualificada e o atendimento das necessidades em saúde. Ao

mesmo tempo, ressalta que a integralidade não será atingida plenamente em um único espaço, exigindo outras conexões que dependem de uma ampla articulação intersetorial em rede, domínio este que se estende inexoravelmente ao terreno da macropolítica.

À luz das renovações paradigmáticas no campo da integralidade, pode-se fazer uma revisão crítica da diretriz de atendimento integral instituída pela Constituição de 1988, quando postula a priorização das atividades preventivas, ainda que sem prejuízo dos serviços assistenciais. Mattos¹⁶ (2009, p.53) defende o discernimento na execução das ações preventivas, uma vez que não resultam diretamente da experiência individual de sofrimento do indivíduo, e sim caracterizam a intervenção da medicina em diferentes aspectos da vida social – processo conhecido como medicalização –, ao recomendar hábitos e comportamentos que supostamente são mais efetivos em evitar o adoecimento.

Sem desconsiderar os aportes científicos que permitiram sucesso no controle de doenças, pondera-se que, para aproximar-se da integralidade, as ações em saúde devem transgredir a pretensão de regulação dos corpos, em direção à finalidade mais abrangente, dialógica e legítima de reconhecimento das necessidades e demandas dos indivíduos. Neste intento, é preciso articular, em locus simultâneo, as concepções e atitudes preventivas e assistenciais, tendo essencialmente em perspectiva a população à qual destinam-se as práticas em saúde. Esta população deve ser considerada, em si mesma, como origem e alvo das ações, o que significa horizontalizar as relações entre os profissionais, serviços e usuários. Para além da tradicional organização do processo de trabalho da equipe de saúde segundo normatividades preconizadas para condições e grupos específicos, deve-se atentar para outras oportunidades de apreensão de necessidades, inclusive nos momentos de procura espontânea do usuário por atendimento¹⁶.

2.2 Integralidade na atenção à saúde da mulher

Até a década de 1970, as políticas públicas de saúde voltadas para as mulheres brasileiras priorizavam a esfera materno-infantil dos cuidados. Somente com o advento do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), cuja criação inspirou-se nas reivindicações dos movimentos sanitário e feminista, em 1983, houve uma reorientação das políticas e práticas em direção à complexidade do ser feminino. Isso significou, enfim, estabelecer a pauta da integralidade no âmbito da atenção à saúde das mulheres²³. A crítica ao determinismo biológico permitiu olhar para as condições das mulheres através do enfoque de gênero – categoria analítica que concebe as diferenças entre o masculino e o feminino como

uma construção social. A mulher, antes restrita aos papéis de mãe ou potencialmente grávida, começou a ser percebida em seu contexto social, considerando-se as relações de poder que influenciam diretamente a saúde²⁴.

A partir do PAISM, as diretrizes das políticas públicas direcionadas à saúde das mulheres foram progressivamente englobando áreas estratégicas da agenda ampla da saúde da mulher, para além do ciclo gravídico-puerperal, considerando as lacunas ainda existentes, relacionadas às seguintes condições: climatério e menopausa; queixas ginecológicas; prevenção, rastreamento e tratamento dos cânceres de mama e colo de útero; infertilidade e reprodução assistida; saúde da mulher na adolescência; doenças crônico-degenerativas; saúde ocupacional; doenças infectocontagiosas; violência doméstica e sexual; e saúde mental²⁵.

Mudanças paradigmáticas significativas foram alcançadas ao longo do tempo. Cita-se o estabelecimento, a partir de 1998, da saúde das mulheres enquanto prioridade de governo, ainda que as estratégias elaboradas tenham sido concentradas na dimensão reprodutiva, através de ações relacionadas a anticoncepção, pré-natal, e assistência ao parto; o reconhecimento, desde 2003, das especificidades da atenção aos segmentos invisibilizados da população feminina, quais sejam, negras, indígenas, lésbicas e as mulheres residentes e trabalhadoras na área rural; além da revisão e aprofundamento de discussões proporcionados pela Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), em 2004 – destacando-se, neste quesito, a compreensão do sofrimento mental das mulheres enquanto necessidade que deve ser incorporada às práticas de saúde, através do enfoque de gênero²⁵.

Se em um plano teórico o PAISM segue como norteador da atenção à saúde das mulheres, na prática a sua efetivação é constantemente frustrada pela falta de financiamento e pela segmentação em programas por agravo ou condição^{22, 26}. Em que pesem os diversos obstáculos de ordem política, técnica e administrativa para a implementação de ações mais abrangentes, notam-se avanços operacionais importantes, como o compartilhamento de responsabilidades entre os diversos órgãos e esferas de gestão, e a consolidação e ampliação da Estratégia Saúde da Família que, através de seus atributos, contribui substancialmente para o direcionamento da integralidade nas práticas em saúde²².

Ao inserir-se no espaço rural, oportunizando o acesso aos cuidados nas áreas longínquas e promovendo o vínculo da equipe multidisciplinar com as usuárias, suas famílias e a comunidade como um todo – propriedades relativas à *orientação familiar e comunitária*, bem como à *competência cultural* – a Estratégia Saúde da Família configura um cenário especialmente propício para o reconhecimento de necessidades em saúde. Cabe aqui ressaltar, que o espaço de escuta qualificada não deve ser considerado exclusividade da Atenção Primária

à Saúde, e sim um compromisso de toda a rede de atenção, incluindo serviços especializados²¹. Por outro lado, podemos ainda citar outros atributos peculiares à atenção primária, que são facilitadores deste processo: *primeiro contato* dos usuários com a rede, que ocorre quando a população e a equipe acionam o serviço como primeiro recurso em caso de necessidade ou problema de saúde; *longitudinalidade*, que refere-se à atenção à saúde regular, com seguimento ao longo do tempo; *integralidade*, aqui dimensionada no cuidado centrado no usuário, cujas necessidades devem ser abordadas em suas múltiplas condicionalidades; e, por fim, *coordenação do cuidado*, empreendida como articulação com outros níveis assistenciais, com o objetivo de garantir o conjunto de serviços e informações necessárias ao atendimento das necessidades do usuário²⁷.

Reconhecer necessidades em saúde significa fazer prevalecer a escuta do usuário na organização da atenção, ao invés de qualquer modelo definido aprioristicamente. Todo o esforço e confluência de saberes da equipe multiprofissional deve ser dirigido, dentro do possível, ao atendimento dessas necessidades, configurando-se, assim, a primeira dimensão da integralidade, a “integralidade focalizada” proposta por Cecílio²¹ (2009, p.119-120), que é aquela que acontece no espaço singular de cada serviço de saúde. Este esforço é particularmente importante na atenção à saúde das mulheres, ainda mais tratando-se das mulheres residentes em áreas rurais, cujas necessidades são em grande parte ocultadas por contextos que limitam a autonomia e o acesso aos suportes institucionais de segurança social. Outrossim, as ofertas programáticas normativas dos serviços de saúde podem restringir a expressão individual das necessidades dessas mulheres, já que não contemplam a especificidade de suas circunstâncias.

Para além das práticas em saúde executadas localmente pelos serviços e profissionais, o discurso da integralidade amplia-se à indispensável construção da rede de atenção, a partir da articulação entre os diversos níveis de gestão e instituições assistenciais. Apesar de representar uma premissa a ser perseguida no desenvolvimento das políticas públicas, a integralidade é, paradoxalmente, inatingível na plenitude de sua concepção, tendo em vista o grau de intersectorialidade necessário ao alcance deste propósito e as barreiras de ordem econômica, cultural, filosófica, política e formativa existentes na interação entre gestores, trabalhadores de saúde e usuários dos serviços¹⁸.

Desta forma, a realização desta pesquisa não ambiciona garantir respostas integrais ou imediatas às conjunturas reveladas. O objetivo geral almejado é mais realista do que audacioso, e contempla uma noção esperançosa de desenvolvimento de uma *perspectiva* de integralidade, no sentido de despertar reflexões e ações posteriores pelos profissionais de saúde. Independentemente dos resultados porventura alcançados, salienta-se que a concretização do

estudo *per se* encerra uma contribuição à cidadania das usuárias da Estratégia Saúde da Família na comunidade Padre Lúcio, ao proporcionar um espaço para a expressão e escuta das vivências e expectativas destas mulheres.

2.3 Interpretações de demandas e necessidades

Analisando os conceitos de demandas e necessidades, distingue-se que, enquanto as demandas referem-se às necessidades forjadas pela interação do indivíduo com os recursos tecnológicos disponíveis – que influenciam a sua percepção a respeito do próprio sofrimento ou dos requisitos que julga imprescindíveis para o bem-viver –, as necessidades originais são constituídas socialmente e historicamente, correspondendo a aspectos intrínsecos que permitem uma melhor adaptação do indivíduo ao meio em que vive¹⁸⁻¹⁹.

Cecílio²¹ (2009, p.118-119) argumenta que as necessidades em saúde podem ser agrupadas em quatro grandes conjuntos. O primeiro está associado ao alcance de boas condições de vida, o que pode ser entendido tanto por meio dos fatores ambientais implicados no processo saúde-doença, quanto através dos lugares ocupados pelos indivíduos nos processos produtivos nas sociedades capitalistas, determinantes para os modos de adoecer e morrer. O segundo conjunto diz respeito ao acesso às tecnologias de saúde convenientes em dado momento e circunstância de vida de uma pessoa. O terceiro relaciona-se ao estabelecimento do vínculo de referência, afetividade e confiança entre o usuário e os profissionais de saúde. O quarto e último traduz-se na necessidade de cada pessoa em ter graus crescentes de autonomia na construção de sua própria trajetória.

Ao analisar o enunciado do próprio Cecílio²¹ (2009, p. 120) de que “a demanda, em boa medida, são as necessidades modeladas pela oferta que os serviços fazem”, deve-se evitar o equívoco de minorar a importância da satisfação dessas demandas para os projetos de vida dos indivíduos. Como já dito, as demandas são formuladas em interação com as tecnologias disponíveis. Estas podem ser “duras” – baseadas na produção de procedimentos dependentes de equipamentos – ou “leves” – concebidas na relação entre os profissionais e usuários²⁸. O nível de relevância de determinada tecnologia será estabelecido no que concerne às necessidades singulares para aquela pessoa em dado momento e circunstância, não cabendo hierarquizar este aspecto de acordo com critérios financeiros ou organizacionais. Assim, por exemplo, para determinado indivíduo, o diagnóstico precoce da hipertensão arterial sistêmica pode ser tão importante quanto a realização de um exame invasivo para outro, que vive outra circunstância²¹.

Ademais, chama-se atenção para o esvaziamento das discussões sobre as demandas por tecnologias ditas “duras”, que ocorre ao atribuir-se um apelo nostálgico e romântico às práticas médicas de outrora, em detrimento da problematização consistente da evolução das relações sociais e das inovações científicas inseridas neste contexto²⁹. Apesar dos efeitos positivos e negativos gerados pela progressiva cientificidade e sofisticação tecnológica da medicina, é interessante ultrapassar o reducionismo existente nas dicotomias entre “razão versus sentimento”, ou “ciência versus arte”, admitindo que os recursos da tecnociência em saúde foram construídos como resposta humana à diversidade de juízos requeridos para a tomada de decisões na assistência, e concebendo a imperativa conexão entre estes mesmos recursos e os contextos e finalidades práticas que os originam e justificam. Assim, a aplicação dessas tecnologias deve servir, tanto quanto possível, à realização do projeto de felicidade daquele que busca o cuidado³⁰.

2.4 Intersubjetividade como palco das ações em saúde

Em nível subjetivo, conhecer necessidades implica perceber os indivíduos como seres autênticos e dinâmicos, cujas identidades, embora de origem particular, estão em contínua transformação, graças ao seu inerente e indissociável caráter relacional. Parece mais adequado, assim, substituir a noção de subjetividade por intersubjetividade. Em contraposição à ideia de indivíduos objetificados e estáticos, sobre os quais debruçam-se ações de saúde que buscam unicamente evitar, controlar ou tratar doenças, sugere-se a transformação das práticas mediante a concepção dos sujeitos como partícipes do seu próprio devir. Neste sentido é que convém apurar quais as necessidades daquele que busca o ato assistencial, necessidades estas não obrigatoriamente relacionadas ou restritas ao controle da doença e à recuperação da capacidade produtiva, mas sobretudo concernentes ao enfoque mais abrangente de saúde, que tem como horizonte o projeto de felicidade do sujeito¹⁷. O interesse por este projeto não tem a motivação de atingir o ideal abstrato de saúde como “estado de completo bem-estar físico, mental e social”, defendido na Declaração de Alma-Ata³¹. De outro modo, pretende-se valorizar as condições ou situações que o sujeito considera positivamente e deseja alcançar ou manter dentro de sua própria concepção de saúde³⁰.

Na medida em que percebemos a dimensão da intersubjetividade como palco das ações em saúde, estamos assumindo uma postura que recusa limitar o indivíduo a um objeto de tratamento¹⁷. Ao invés disso, o que se pretende é revolucionar as práticas segundo a dimensão existencial do cuidado, compreendendo que os sujeitos não podem ser definidos por

características permanentes no tempo, uma vez que diferenciam a si mesmos a cada encontro com o outro³². Nesta perspectiva de alteridade, cuidar significa garantir que as referências expostas na fala dos sujeitos direcionem as intervenções, construindo-se um caminho compartilhado por profissionais e usuários, em que os instrumentos proporcionados pelas tecnociências sejam utilizados na medida em que sejam pertinentes às metas almejadas³⁰. A prática do cuidado exige, enfim, uma confluência de saberes que proporcionam a afirmação dialógica da presença do indivíduo no mundo, configurando um processo de constituição de sujeitos³³.

2.5 Vulnerabilidades enquanto cenário das práticas em saúde

A origem da acepção do termo vulnerabilidade, tal como será descrito adiante, remonta à década de 1990, época em que o termo transitou, de maneira mais incisiva, da esfera dos direitos humanos à saúde, especialmente após a publicação do livro *Aids in the World*, que lançou as bases para a ampliação de discussões e proposições em torno da pandemia. Assim, as percepções estigmatizantes associadas à noção de grupos ou comportamentos de risco passaram a ser substituídas pelo enfoque dos determinantes políticos, econômicos, culturais e sociais do HIV/Aids, fatores considerados cruciais não só para a compreensão da doença, mas também para a elaboração de qualquer estratégia efetiva em impedir seu avanço⁶⁻⁷.

O desenvolvimento do conceito de vulnerabilidade acabou por permear os interesses da saúde coletiva como um todo, podendo ser traduzido, de forma sucinta, na chance de exposição das pessoas ao adoecimento como a resultante de um conjunto de aspectos individuais e contextuais, considerando também a variável disponibilidade de recursos de proteção da saúde. As análises de vulnerabilidade envolvem três componentes: o individual, relativo ao repertório de informações que os indivíduos possuem, e em que medida as incorporam em seus comportamentos e práticas; o coletivo, que diz respeito ao contexto mais amplo de aspectos sociais, econômicos e culturais; e, por fim, o institucional, que denota a forma como os serviços de saúde agem para reduzir contextos de vulnerabilidade, inclusive através de articulações intersetoriais⁶⁻⁷.

No plano social, Oviedo e Czeresnia⁷ (2015, p. 244) salientam que a vulnerabilidade está intimamente associada à existência de relações que limitam a capacidade de atuação das pessoas, bem como o acesso aos suportes institucionais de segurança. Ao transportarmos essa afirmação para o contexto das mulheres, especialmente aquelas residentes nas áreas rurais, podemos aprofundar a reflexão acerca das vulnerabilidades através da perspectiva de gênero.

Em interface com o eixo institucional, associa-se a este debate a questão da violência contra a mulher nos serviços obstétricos, uma representação das relações de poder que acontecem mesmo nos espaços que deveriam ser protetores da saúde³⁴.

A incorporação visceral do paradigma da vulnerabilidade permite o olhar mais arguto para os contextos dos indivíduos e comunidades aos quais destinam-se as práticas em saúde, o que favorece a construção de estratégias preventivas que integrem o reconhecimento de necessidades, a educação em saúde, o fortalecimento da autonomia e a corresponsabilização dos sujeitos em sua própria trajetória, em oposição à herança higienista de objetificação e regulação dos corpos que, tal como observado por Foucault³⁵ (1984, p.46-56), presta-se essencialmente à potencialização da força produtiva. Reconhecer necessidades, aliás, é a proposição da presente pesquisa, como alternativa ao rígido cumprimento de diretrizes programáticas, que muito embora não devam ser esquecidas ou distorcidas, têm sua importância relativizada frente aos desafios impostos por situações ao mesmo tempo singulares e complexas, no cotidiano da assistência.

2.6 Redes sociais: os sujeitos em cena

A identificação de vulnerabilidades, dentro de uma abordagem propositiva, é indissociável da concepção de resiliência, enquanto capacidade afirmativa do indivíduo em formular um percurso criativo ou inovador, considerando suas limitações⁷. O ato cuidador tem o compromisso de facilitar ou, frequentemente, colaborar para a construção deste projeto¹⁷. Tendo em vista a orientação familiar e comunitária dos serviços de Estratégia Saúde da Família, assume-se como relevante, neste sentido, a valorização das redes de suporte social.

As redes sociais são constituídas pelos elos entre pessoas, entidades e ideias, dentro de pequenos grupos ou, mais amplamente, inseridos no sistema global e de comunicação. Configuram objeto de interesse da saúde pública na medida em que proporcionam apoio material, cognitivo, afetivo e emocional para os indivíduos que nelas se inserem. Este suporte social tem suas raízes nos intercâmbios e padrões de reciprocidade entre os indivíduos, grupos, famílias e instituições, portando significados para os atores nele envolvidos e dialogando com os contextos sociais, econômicos, políticos e culturais que se desenrolam no tempo³⁶.

As conexões entre suporte social, saúde, adoecimento e cuidado são investigadas desde a década de 1970. Postula-se que os efeitos positivos do suporte social estão relacionados ao bem-estar do indivíduo e à redução do impacto de agentes estressores na saúde^{37,38}, especialmente como recurso de *coping*, ou seja, desenvolvimento de estratégias de manejo ou

enfrentamento das adversidades³⁹. Também são observados benefícios do apoio social no gerenciamento de doenças crônicas; nas relações dos usuários com os serviços e profissionais de saúde; na adesão aos tratamentos; nas modificações do estilo de vida; e na prevenção de doenças. De outro lado, a falta de suporte social associa-se, por exemplo, a impactos negativos na morbidade e mortalidade de idosos³⁶.

Na dimensão coletiva, a mobilização das redes sociais favorece o empoderamento, que é, conforme Canesqui e Basarglini³⁶ (2012, p.1111), “processo e resultado da ação social favorável ao controle pelos indivíduos de suas próprias vidas, à interação com os demais e à construção da ação coletiva”. Com efeito, Bordieu⁴⁰ cunhou o termo “capital social” como alusão aos recursos provenientes dos relacionamentos sociais duradouros e recíprocos, que possibilitam que o indivíduo sinta pertencer ao ambiente no qual circula, o que influencia em sua postura na sociedade. Desta forma é que, para além dos benefícios mais evidentes no itinerário terapêutico dos indivíduos, as redes sociais promovem não apenas suporte, mas também cidadania aos seus integrantes, motivando a reflexão destes sobre seus próprios contextos de vida, bem como a conscientização e expressão de suas necessidades, e a consequente elaboração e empreendimento de projetos. Em última instância, as redes sociais de suporte têm o potencial de reduzir vulnerabilidades^{36, 41}.

2.7 Humanização como meio e fim do ato cuidador

Reconhecer necessidades e demandas significa, em consonância com o movimento de humanização, valorizar o diálogo e evocar a dignidade dos sujeitos, como seres autônomos e protagonistas do seu próprio devir. Ressalta-se que a humanização das práticas não presume, em absoluto, uma intenção demagógica de satisfazer completamente as necessidades dos indivíduos. De outro modo, o que está em jogo é a obtenção de matrizes para a elaboração conjunta de projetos para a saúde, entre profissionais e usuários, em que ponderem-se as oportunidades da vida real. Para isso, impõe-se a superação das tradicionais dicotomias operacionais entre ações “individuais *versus* coletivas”, “preventivas *versus* assistenciais”, “programadas *versus* espontâneas”, compreendendo-se que todos estes espectros da atenção fundem-se no mesmo ato cuidador, na perspectiva da integralidade²⁹.

Cabe um alerta sobre a possibilidade de incorrerem no vazio discursivo, caso não sejamos capazes de transportar os conceitos aqui arrolados, bem como a riqueza de suas conexões, para nossas práticas. Este é um risco inerente às ideologias: paradoxalmente, em sua aparência de movimento e transformação, elas podem nos conduzir à inércia, em um plano

efetivo¹⁷. É preciso ter consciência de nossas limitações e incorporá-las na reflexão das estratégias, para que não se instaure a imobilização. Assim, não podemos perder de vista a finalidade das práticas em saúde que preconizamos. Benevides e Passos⁴² (2005, p. 390) chamam atenção para o fato de que o termo “humanização” tem assumido destaque na saúde pública dentro de um cenário em que, frequentemente, é utilizado apenas como slogan, conferindo nova roupagem a velhas práticas. Desta maneira, existe um viés conceitual que limita o sentido da humanização a práticas específicas de determinadas categorias profissionais (psicologia, assistência social), a segmentos da atenção em saúde (saúde da mulher, da criança ou do idoso), à assistência hospitalar e a exigências de mercado relacionadas à qualidade da prestação de serviços e ao foco no cliente. De outra forma, a humanização entendida como política pública propõe o desafio do movimento, a transposição de um lugar-comum para a orientação de mudança efetiva nas práticas de saúde, para que sejam direcionadas pelos sujeitos em suas diversidades, eles próprios transformando a realidade e a si, como partícipes dos processos de cuidado.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Reconhecer demandas e necessidades em saúde das usuárias da Estratégia Saúde da Família, na comunidade Padre Lúcio, em uma perspectiva de desenvolvimento da integralidade na atenção à saúde da mulher.

3.2 Objetivos Específicos

3.2.1 Especificar vulnerabilidades das mulheres residentes na zona rural em questão;

3.2.2 Identificar possibilidades de suporte social das mulheres na referida comunidade;

3.2.3 Oferecer subsídios para a reflexão e transformação das práticas em saúde no respectivo serviço de Estratégia Saúde da Família.

4 METODOLOGIA

4.1 Delineamento do Estudo

Para o alcance dos objetivos pretendidos, foi realizado estudo de caráter exploratório, com abordagem qualitativa, através de grupos focais e entrevistas individuais de profundidade com usuárias da Estratégia Saúde da Família da zona rural de Padre Lúcio, em abril de 2019.

4.2 Aspectos Éticos

O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), através da Plataforma Brasil, respeitando as resoluções 466/12 e 510/16. A coleta de dados de grupos focais e entrevistas foi iniciada após aprovação pelo CEP, em 09/04/2019, sob o parecer número 3.253.235 (anexo I). Os grupos focais e entrevistas individuais de profundidade foram realizados mediante registro do consentimento livre e esclarecido dos sujeitos da pesquisa. As participantes foram selecionadas, obrigatoriamente, segundo preenchimento simultâneo dos seguintes critérios: ser mulher com idade maior que 18 anos; não estar grávida; ser usuária cadastrada na Estratégia Saúde da Família em Padre Lúcio; e residir na referida comunidade.

As mulheres foram informadas previamente sobre as motivações, objetivos e procedimentos da pesquisa. Também foram alertadas acerca dos riscos ou incômodos, inerentes à abordagem de assuntos íntimos, considerando a dimensão psíquica. Devido ao caráter destes riscos, gestantes e menores de 18 anos não participaram dos grupos focais e entrevistas.

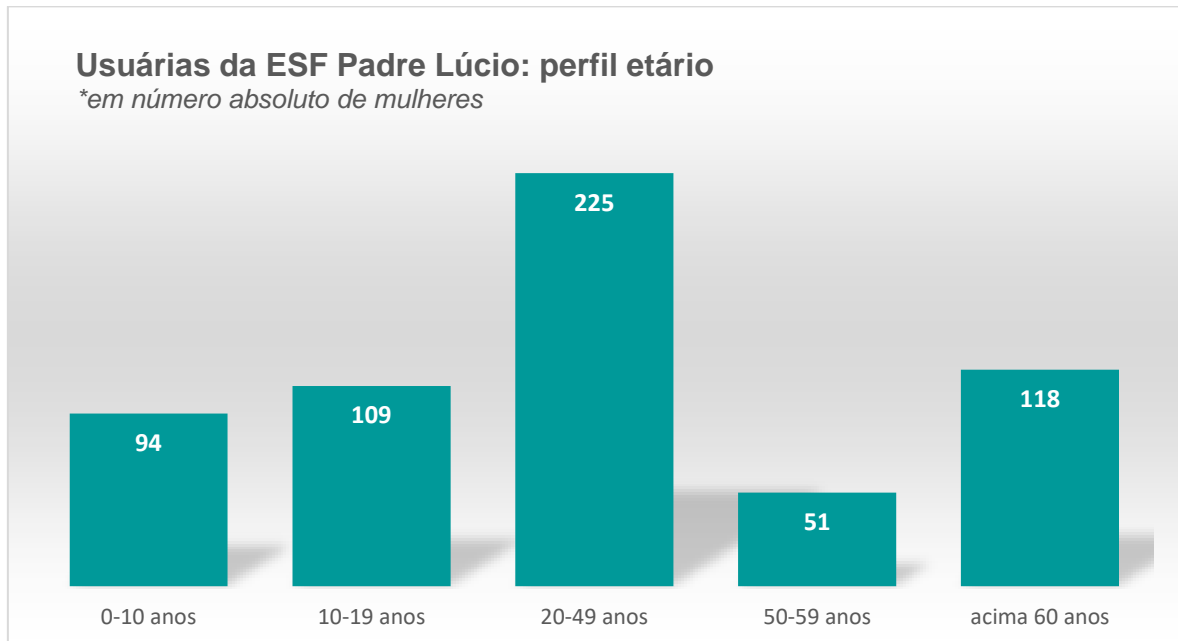
Em observância às precauções relativas à confidencialidade das informações coletadas, os áudios das entrevistas não foram nem serão divulgados; somente poderão ser publicados fragmentos das transcrições, sem menção à identificação real das participantes.

Esteve assegurado o direito de liberdade da participante, que podia abandonar o estudo em qualquer fase, caso desejasse. Ademais, os potenciais benefícios para a comunidade, resultantes desta pesquisa, foram explanados, com destaque para o alinhamento da oferta de ações em saúde das mulheres na Estratégia Saúde da Família em Padre Lúcio às demandas e necessidades reveladas.

4.3 Participantes

A Estratégia Saúde da Família na Comunidade Padre Lúcio tem 597 mulheres cadastradas, com a seguinte distribuição por faixa etária:

Figura 2 – Histograma de usuários por faixa etária



Fonte: Elaborado pela autora (abril de 2018).

Dentre as usuárias com idade maior ou igual a 18 anos, foram selecionadas, de forma intencional, as participantes da pesquisa, de modo a agregar um *corpus* de informações a respeito das diferentes etapas do ciclo de vida – menacme, climatério, menopausa e pós-menopausa –, bem como circunstâncias sociais, familiares e existenciais diversas.

Para a seleção de mulheres de diferentes perfis, foram analisados os cadastros da comunidade, em conjunto com as agentes comunitárias de saúde. Após esta seleção prévia, as mulheres foram convidadas a participar do estudo, com os devidos esclarecimentos. Finalmente, de acordo com o interesse, disponibilidade de tempo e identificação da usuária com o método de pesquisa, formaram-se os conjuntos de participantes de entrevistas individuais e grupos focais.

Foram realizadas cinco entrevistas individuais, com mulheres de diferentes idades: 25, 52, 54, 60 e 72 anos. Devido à flexibilidade de horários das entrevistas individuais, foi possível a participação de mulheres com filhos pequenos e/ou com exercício de atividade profissional. Já nos grupos focais, realizados em horário fixo no período matutino, houve participação de mulheres de idade entre 38 e 72 anos, que não tinham filhos pequenos nem exerciam trabalho remunerado. Estes grupos aconteceram em duas datas distintas, oportunizando a participação de todas as mulheres interessadas, ao mesmo tempo em que procurou-se manter o número máximo de 6 mulheres por grupo. No primeiro grupo, compareceram quatro mulheres, de 38,

43, 56 e 63 anos, respectivamente. Já o segundo grupo contou com a participação de cinco mulheres, de idades 44, 46, 46, 57 e 66 anos.

4.4 Critérios de Inclusão

Os critérios de inclusão foram:

- Sexo feminino;
- Idade igual ou superior a 18 anos de idade;
- Ser usuária cadastrada na Estratégia Saúde da Família do bairro Padre Lúcio;
- Residir na área de abrangência do referido serviço de atenção básica à saúde;
- Aceitar participar da pesquisa após esclarecimentos.

4.5 Critérios de Exclusão

Os critérios de exclusão foram:

- Gravidez;
- Apresentar qualquer condição que pudesse prejudicar ou impedir o entendimento das perguntas;
- Apresentar qualquer condição que pudesse prejudicar ou impedir a participante de responder oralmente às perguntas;
- Não aceitar assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ou, a qualquer tempo, manifestar a vontade de abandonar a pesquisa.

4.6 Estratégias de Pesquisa

Os grupos focais foram empreendidos na estrutura física da Estratégia Saúde da Família (ESF) de Padre Lúcio, mais especificamente na sala de reuniões. Já as entrevistas individuais foram aplicadas no consultório médico da referida unidade de saúde.

Os grupos focais, orientados pelo roteiro que pode ser visualizado no anexo II, foram compostos por usuárias da Estratégia Saúde da Família pertencentes à comunidade em questão, maiores de 18 anos e não gestantes. Os tópicos destes grupos versaram sobre as percepções de saúde e bem-estar das usuárias, bem como as dificuldades e suporte que encontram na

comunidade. Foi possível abordar também as expectativas relacionadas aos serviços de saúde. A dinâmica grupal entre mulheres que compartilham de contexto semelhante favoreceu que viessem à tona aspectos da vivência coletiva. Os grupos significaram, ainda, uma oportunidade de escuta às vozes destas mulheres, encorajando a expressão de sentimentos, opiniões e aspirações, e estimulando a incorporação da participação social no processo de trabalho da equipe de saúde da família.

Finalmente, as questões de foro íntimo, que dificilmente seriam atingidas pelos grupos focais, foram abordadas nas entrevistas individuais de profundidade, cujo roteiro pode ser visualizado no anexo III.

As narrativas das entrevistas e dos grupos focais foram gravadas em mídia eletrônica e, posteriormente, transcritas e submetidas à análise de conteúdo.

4.7 Análise dos Dados

Foi empreendida a análise de conteúdo segundo as referências de Bauer e Gaskell⁴³ e Minayo⁴⁴. Iniciou-se a análise através de leituras flutuantes das transcrições das entrevistas individuais e dos grupos focais, para apreensão tanto do contexto geral quanto das especificidades dos textos. Nesta etapa, foi possível desenvolver as primeiras ideias de categorização.

A seguir, foi realizada a codificação das transcrições em unidades de análise temáticas, considerando: os objetivos da pesquisa; o referencial teórico adotado; as observações do trabalho de campo; e as reflexões produzidas durante a leitura flutuante.

Na análise dos grupos focais, foram identificadas as unidades temáticas: infraestrutura; subsistência; cotidiano; redes sociais; recursos de *coping*; percepções de saúde; e vivências nos serviços de saúde.

Já na análise das entrevistas individuais foram identificadas as unidades temáticas: cotidiano (desta derivando as subcategorias de trabalho e renda, bem como lazer e autocuidado); emoções e sentimentos; redes sociais; recursos de *coping*; sexualidade; relações afetivas; planejamento familiar; gestação, parto e puerpério; vivências da maternidade; climatério, menopausa e envelhecimento; percepções de saúde; e vivências nos serviços de saúde.

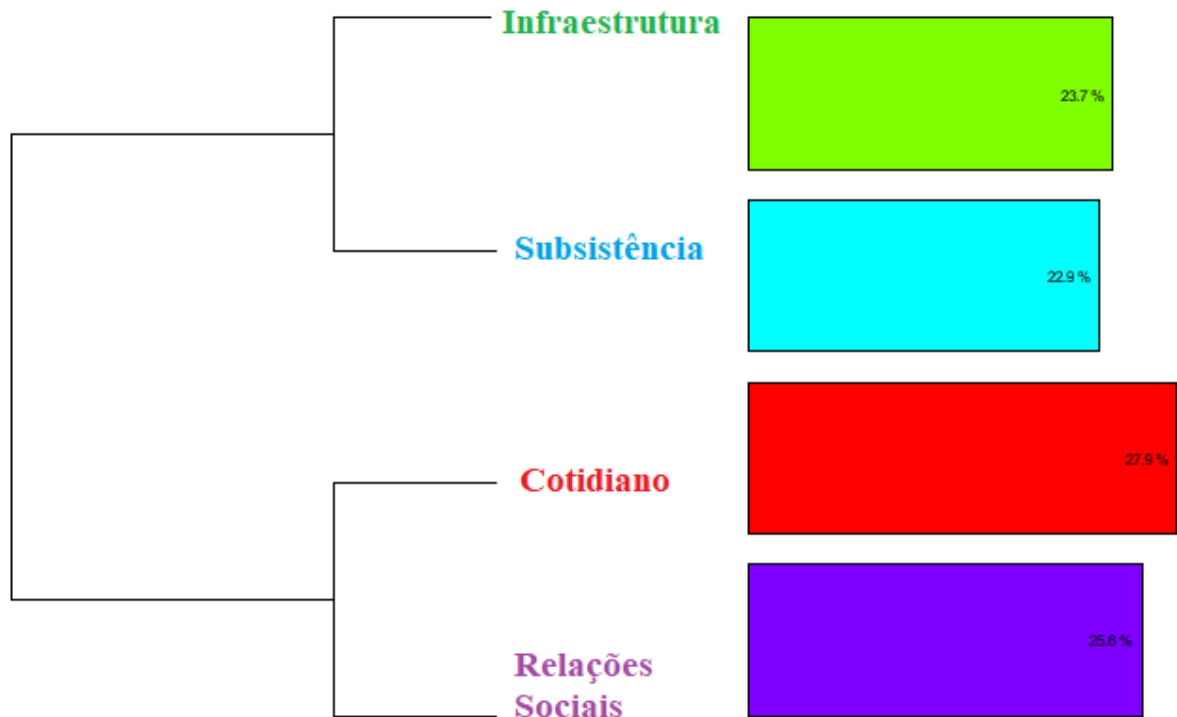
Em paralelo, as transcrições foram reunidas em corpus distintos de informações – um correspondente às entrevistas individuais, e o outro, aos grupos focais – e processadas no Iramuteq, um software gratuito de código fonte aberto, licenciado por GNU GPL (v2), que

utiliza o ambiente estatístico do software R. O Iramuteq determina a frequência de vocábulos presentes no texto, permitindo a identificação de classes de palavras e as associações entre estas, ilustradas através de gráficos. No entanto, para a efetiva análise das associações entre as classes de palavras, foi fundamental a leitura exaustiva das transcrições, além da correlação com os achados proporcionados pelas vivências no campo de pesquisa e pelo processo de codificação humana, que permite uma análise interpretativa, bem mais aprofundada. Conforme Bauer e Gaskell⁴³ (2002, p. 212):

Computadores, por mais úteis que sejam, são incapazes de substituir o codificador humano. A análise de conteúdo permanece um ato de interpretação, cujas regras não podem ser realisticamente implementadas com um computador, dentro de limitações práticas.

Em que pesem as limitações do uso do software na análise, constatou-se que os gráficos gerados forneceram representações visuais interessantes do contexto das participantes deste estudo.

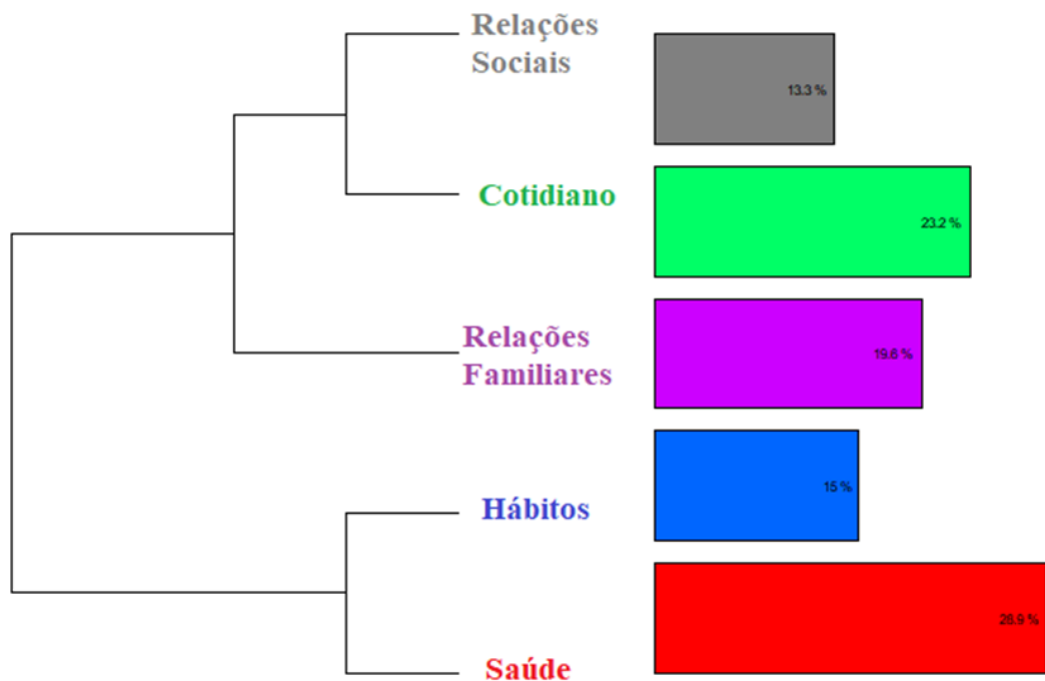
Figura 4 – Dendrograma: grupos focais



Fonte: Adaptado pela autora (produto do processamento do corpus de transcrições dos grupos focais no software Iramuteq).

O processamento do corpus de transcrições de grupos focais no software Iramuteq indicou classes de palavras que foram nomeadas: relacionamentos sociais; cotidiano; subsistência e infraestrutura. Nos gráficos AFC e no dendrograma, podem ser visualizadas associações mais fortes entre as classes “cotidiano” e “relacionamentos sociais”; e, de maneira mais fraca, entre as classes “subsistência” e “infraestrutura”, o que condiz com as deficiências de infraestrutura que dificultam as práticas da agricultura de subsistência (figuras 3 e 4).

Figura 6 – Dendrograma: entrevistas individuais



Fonte: Adaptado pela autora (produto do processamento do corpus de transcrições de entrevistas individuais no software Iramuteq).

O processamento do corpus de transcrições de entrevistas individuais, no software em questão, indicou cinco classes de palavras, denominadas relações sociais (entendidas em um contexto mais amplo), relações familiares, cotidiano, hábitos e saúde. Também nas entrevistas individuais, as classes referentes aos relacionamentos interpessoais – “relacionamentos sociais” e “relacionamentos familiares” – aparecem nos gráficos fortemente atreladas à classe do cotidiano.

Nota-se que a classe referente aos hábitos está fracamente associada à classe da saúde. Percebe-se ainda que as palavras da classe “saúde” se distanciam daquelas da classe “cotidiano”. A explicação para o distanciamento dos hábitos e cotidiano em relação à saúde pode ser inferida através dos relatos dos grupos focais e entrevistas individuais, que apontam os obstáculos ao autocuidado das mulheres, bem como o descompasso entre as necessidades percebidas rotineiramente, em relação às ofertas normativas dos serviços de saúde (figuras 5 e 6).

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 Vulnerabilidades e recursos de coping

Caracterizar as vulnerabilidades da população é condição indispensável para o planejamento de ações no território de abrangência da Estratégia Saúde da Família. A realização dos grupos focais consistiu estratégia bastante adequada para a investigação de conteúdos relativos aos modos de vida na comunidade Padre Lúcio, bem como suas implicações nos processos de adoecimento e as potencialidades para a promoção da saúde.

A dinâmica dos grupos focais permitiu a expressão das dificuldades que as mulheres e as famílias experimentam cotidianamente, principalmente relativas às deficiências de infraestrutura e à conjuntura socioeconômica que permeia as relações de trabalho, bem como a interação com a natureza. As revelações das mulheres foram bastante detalhadas neste sentido, já que, no decorrer da atividade, os relatos tiveram efeito inspirador de novas reflexões, estimulando a articulação de ideias e encorajando as falas das mulheres.

Em relação à infraestrutura, as mulheres relataram insuficiência dos transportes públicos, que transitam em horários irregulares, principalmente aos finais de semana. Além disso, consideraram elevados os valores das tarifas praticadas. Por outro lado, as participantes citam como pontos positivos para a locomoção as melhorias efetuadas na Rodovia Vicinal 533, com o restauro da pavimentação da estrada e da estrutura da ponte, além da construção de ciclovia e da instalação de sinalização adequada.

Part. 1: A dificuldade para nós aqui, eu nem sei como eu explico. Nós duas, mesmo, moramos lá para... você já foi na casa da minha mãe? Então a gente não tem transporte, é difícil para nós. Antes eu costumava andar de bicicleta, mas uma vez, mesmo colocando o cadeado, alguém roubou a bicicleta do meu marido. Então é difícil demais para a gente. A gente gasta uns trinta minutos. Depois temos que voltar de novo. E não acha alguém para trazer. Igual, o esposo dela que trouxe a gente hoje. É assim que a gente vive.

Pesq.: Não tem transporte público que passa lá nas chácaras, né?

Part. 1: Não tem, infelizmente não tem. Os horários são poucos.

Part. 2: O primeiro indo para Brazlândia é às seis da manhã. E o último, voltando de Brazlândia, é às sete da noite. Fim de semana, sábado e domingo, já não tem horário... tem horário, mas não cumpre, né?

Part. 1: Meu marido chegou domingo ali duas horas junto com o meu neto, pensando que tinha ônibus duas e meia, teve que ir lá para Brazlândia... foram de pé.

Pesq.: E para Águas Lindas, como é o transporte?

Part. 1: Tem a vanzinha que ajuda, é a metade do preço, também. Mas só vem até aqui e volta.

(Trecho grupo focal 2)

Existem inequidades no abastecimento de água para duas regiões distintas da comunidade, identificadas conforme a posição em relação à rodovia VC-533. Uma das regiões dispõe de poço artesiano, que abastece os moradores locais, com gerenciamento da associação de moradores mediante pagamento de taxa pelo interessado. Na outra região, cada chácara precisa ter seu próprio poço convencional, com profundidade menor do que a de um poço artesiano, portanto com obtenção de água de qualidade inferior. Apenas parte dos moradores utiliza bomba nestes poços. Todas as chácaras dispõem de fossas para destinação do esgoto. Uma das participantes do grupo alertou para o risco de contaminação do lençol freático, com o aumento de moradores em Padre Lúcio, em virtude da tendência recente de fracionamento das chácaras maiores em lotes para comercialização.

Além disso, o abastecimento de água é irregular, com variabilidade sazonal dependente do clima. As mulheres relatam obstáculos ao plantio de subsistência, já que sofrem com a seca durante um período considerável do ano. Somam-se a este fator as dificuldades no preparo e manejo da terra, principalmente em relação ao provimento de insumos, diante dos problemas financeiros. Em muitas situações, a compra de produtos no supermercado acaba sendo economicamente mais vantajosa para as famílias. Quando questionadas sobre a possibilidade de buscar apoio nas associações de moradores, as participantes questionaram a credibilidade desta organização, devido a experiências anteriores de benefícios direcionados, de forma exclusiva, a determinadas pessoas.

Part. 3: Eu acredito que é por causa da água, né. Mas eu acredito que todo mundo tem suas plantinhas né. Não tem tudo né! Mas, algumas coisas. Eu mesmo na minha casa eu tenho um bananal pequenininho, tenho pé de mexerica, tenho minhas frutas... A gente planta assim, as plantinhas para enfeitar. Mas falta água. Assim, se tivesse água, ia dar para nosso próprio consumo, e até mesmo ia dar para vender. Mas a gente tem essa falta dessa água. Desse lado de cá, o povo tem água e paga uma conta. Do lado de lá a gente depende do poço para pegar nossa água. Que é raso, né gente. É de 12 metros, é 10 metros... então são poços rasos, se a gente usar muito, se não for só para o consumo da casa, acaba secando! Quando tem uma época do ano, agosto, setembro, tem um monte de lugar aí que acaba a água!

(Trecho grupo focal 1)

Part. 4: Assim, porque lá em casa só dá água, porque eu pego do outro poço, é dia sim, dia não. Não tem água na minha casa. Aí eu pus uma caixa, eu tenho uma caixinha daquelas antigas, aí quando é dia de água, eu vou lá e encho. Para a gente utilizar aquela água.

(Trecho grupo focal 1)

Part. 1: E aquele negócio da água, do poço artesiano, como é que está?

Part. 3: Está em negociação com a prefeitura. Tem três anos que estamos aguardando, agora, parece que finalmente vai sair. Porque aqui é uma dificuldade, quando chega a época da seca nós somos sustentados por caminhão pipa, porque os poços secam, não tem água para nada.

Part. 2: Mas uma das mudanças que percebemos em relação a essa questão da água, é devida a essa fragmentação do setor de chácaras. Porque antes não tinha esse

problema. Tinha muita árvore, aqui, nessa rua mesmo, tinha mina que corria na minha rua. Secou tudo.

(Trecho grupo focal 2)

A coleta de lixo é realizada duas vezes por semana. Nos setores de chácaras, as ruas são de terra batida, com alguns trechos muito estreitos e/ou esburacados, impedindo a passagem do caminhão de lixo. Por esta razão, a prática de queimar o lixo ainda é comum na comunidade, trazendo riscos à saúde das pessoas e ao ambiente, devido à poluição e aos episódios de incêndios nas matas.

Part. 3: É, você tem que se filiar. Aí você começa a pagar, eles te dão o carnê e se você continua pagando, você continua participando. E nós do lado de lá, quase não participamos por causa dessa questão da água, né, porque a gente ia ter a água, e as reuniões falavam mais dessa questão da água. E esse lado de cá ficou separado do lado de lá. Então a gente, eu mesmo não sei o que que está se passando lá. Eu sei que agora é uma outra pessoa nova, que entrou há poucos dias, e teve uma eleição aí, mas a gente que mora do outro lado de lá, não tem vínculo nenhum. Nós não temos um poço artesiano, nós não temos ajuda de ninguém... Então lá também tem outra associação, dizem que ajudam muitas famílias, mas também não serve para nós. Porque eles não correm atrás de adubo, essas coisas, nem dão cursos, nós não temos benefício nenhum sobre ela. E parece que a associação lá é formada mais por jovens, e tal, então eu também não tenho vínculo com ela. E eu não participo, porque para mim, associação tinha que ser igual a essa. Associação tinha que ter uma para esse lado e outra para o lado de lá, e tinha que ter um poço para todo mundo do lado de lá, e todos benefícios que viessem para essa, iriam para aquela também, porque tinha adubo, tinha semente, tinha tudo, mas só que agora nós não ganhamos mais nada! Eu cheguei a pegar um tempinho, assim que eu mudei para cá, eu descobri essa associação, eu participei um tempo. Aí depois disso foi mudando de presidente, e era só bagunça, só confusão, e eu parei de participar, igual a muitas outras pessoas que pararam de participar. Eu gostaria muito que tivesse uma associação do lado de lá para ver se ajuda a gente. Igual esse problema do lixo lá, ou ele passa, ou ele não passa, como você vai deixar seu lixo na porta do vizinho, aí você vira as costas, vem um cachorro, um animal, rasga o lixo, e vai ficar chateado com você, vai brigar com você. Nós não temos um canto para colocar o lixo, porque a prefeitura eu acredito que eles que tinham que vir, porque a prefeitura tinha que colocar, o caminhão de lixo não entra aqui nessa rua, vai ser aqui. Eles tinham obrigação de colocar um tonel...

Part. 2: Um container.

Part. 3: Isso, alguma coisa lá, para a gente colocar os lixos. Então, para mim não tem coleta de lixo aqui. Porque para mim não funciona, os meus vizinhos todos tem que queimar, na minha rua lá, do começo até a casa do vereador, não passa o caminhão nem subindo e nem descendo.

Part. 2: Na casa do vereador ele vai sim.

Part. 3: Só até na esquina.

Part. 1: Então, se colocasse um container lá em cima, dava.

Part. 3: Então, se tivesse um lá perto da Igreja... Eu moro ali, na parte de baixo, mas a parte de cima também, ali até chegar no vereador, não tem! Aquela rua, descendo lá, não tem! Ele só vai até a casa do vereador, e rodeia ali. Não tem lugar para a gente colocar o lixo ali!

(Trecho grupo focal 1)

A rede de telecomunicações é satisfatória, com disponibilidade de diferentes operadoras de celular e Internet, inclusive com fibra ótica. A distribuição de energia é realizada a preços

que as informantes julgam elevados em relação à qualidade que elas percebem. Avarias nos eletrodomésticos são comuns, por efeito de eventuais sobrecargas na rede elétrica. Algumas vias públicas não têm iluminação, o que compromete a circulação dos moradores, inclusive em relação à segurança.

Part. 2: Mas acontece é que lá eles não querem rebaixar... olha, lá em casa a gente já perdeu as contas de quantas televisões queimaram, geladeira, e tudo, porque o transformador lá só chegava em casa 178 Watts de luz, então era muito fraca. Então queimava geladeira, computador, lâmpada, entendeu, muito fraca mesmo. E isso foi porque, na época quem comprou os postes de cimento, de concreto, para subir os fios, os transformadores para subir, foram minha mãe e meu irmão. Porque não tinha! Então para colocar luz lá em casa, teve que comprar. Aí a CELG veio, colocou os postes e colocou a alta tensão, e essa alta tensão está até hoje. Para poder não queimar as coisas, a gente teve que puxar a luz da chácara vizinha à nossa. E lá o transformador é de rua mesmo, desses da CELG, mas é um problema. A gente aqui é meio abandonado, pela... agora é ANEEL. Acabou a CELG, a CELG perdeu, agora é ANEEL.

(Trecho grupo focal 1)

Part. 1: A qualidade da energia aqui é pouca, é muito mais cara do que no DF que a qualidade é melhor. Aqui na minha casa é assim, temos dois chuveiros, eles têm que ficar no morno, e se você ligar os dois ao mesmo tempo, a chave cai. E fica o tempo todo oscilando. Esse setor aqui a iluminação é boa. Já do lado de lá a situação é mais precária. E tem alguns lugares mais afastados que nem iluminação na rua tem.

Part. 3: Não tem, não dá nem para você andar. Não dá para você se arriscar. E olha que a taxa de iluminação pública é para cima de dezenove reais.

Part. 1: Já passou para trinta e oito!

Pesq: E vocês também não tem escoamento do esgoto.

Part. 2: Olha o problema seríssimo dessa fragmentação: cada lote tem que fazer uma fossa. E é água de poço. Não vamos demorar nem dez anos para que essa água esteja toda poluída.

(Trecho grupo focal 2)

Falando do quesito segurança, as informantes queixam que a população já não tem a mesma tranquilidade do passado. As características espaciais de Padre Lúcio têm sido aproveitadas por criminosos, para fuga e esconderijo. São comuns os furtos de equipamentos como as bombas dos poços e os cabos de energia, além dos assaltos em busca de objetos tais quais celulares e bicicletas. As participantes do grupo demonstraram preocupação com os casos de violência sexual e desaparecimento de mulheres. O medo de tais ocorrências tem levado muitas pessoas a desistirem da prática de caminhadas às margens da rodovia.

Part. 2: Alguns anos atrás, tinha um posto policial aqui. Tinha um postinho fixo. Só que devido às condições do governo, que eles dizem, eles tiraram. Ficou um período aqui sem policiamento nenhum. Mas agora até que, até as dez horas da noite, eles fazem a ronda. Quando eu mudei para cá, era bem tranquilo. Mas agora eles estão dividindo as chácaras em condomínios, loteamentos. Aí, acabou o sossego! Em todos os sentidos, porque até festas agora tem, antes não tinha. Aí agora tem barulho também.

Pesq.: Como funcionam esses loteamentos?

Part. 2: Às vezes as pessoas têm uma chácara, aí elas fragmentam em lotes, aí vem muita gente de fora para comprar. Porque aí já facilita o acesso, né. A minha rua ali mesmo tem. Aí como eu moro desse lado de cá, esse lado é menor, né, então a gente conhece todo mundo. E eu tenho visto muita gente diferente, muita gente que a gente nunca nem viu. Eu mesmo já fui assaltada, chegando ali na esquina, ia dar oito horas da manhã. Eu, minha irmã, e minha sobrinha. Pegaram os três celulares.

Part. 1: Uai, a bicicleta do meu esposo aqui, ele mesmo teve a bicicleta roubada.

Part. 2: Aqui perto mesmo, um monte de gente fazia caminhada. Agora acho que todo mundo parou, não tenho visto ninguém mais fazendo caminhada. Teve uma conhecida minha que um rapaz correu atrás dela.

Part. 1: Eu parei! Antes nós fazíamos caminhada, eu e minha colega, nós íamos até a pedreira, dávamos a volta e retornávamos. Agora a gente não faz mais.

Part. 2: Eu levo meu filho todo dia para pegar o ônibus para Brazlândia, quatro e meia eu vou deixá-lo na parada. Aí eu vinha voltando, a rua estava deserta, não tinha carro nenhum. Aí eu vinha pensando, gente, o mundo tinha que ser assim: essa paz, essa tranquilidade. Se o carro quebrasse aqui na rua, você não teria medo. Porque alguém iria passar, iria te ajudar, ia te dar uma carona até em casa. Era para ser assim, não é? Mas não, a gente vive apreensivo. Porque aqui está assim, agora. Lembra que eu contei para vocês que eu, minha mãe e minha irmã fomos assaltadas? Quando passou uma semana, aí minha irmã comprou um celular. Foi bem na época quando eu fui internada. Pois quando a gente estava chegando em Brazlândia, no Veredas, o mesmo assaltante abordou ela e minha mãe na esquina. Um rapaz e uma moça, em uma motocicleta. Aí minha irmã reconheceu. Aí minha irmã tinha um celular pequenininho, na época, aí eles pediram para ela entregar o celular e ela não quis. Ela falou que não ia entregar, porque eles já tinham assaltado ela e ela não ia entregar o celular de novo. Aí ele falou, eu poderia dar um tiro na sua cara aqui, agora. Aí todas as vezes em que a minha mãe está em algum lugar, que ela vê uma moto passando, quando a moto se aproxima ela já começa a tremer. Aí as mulheres estão indo para o trabalho, e na parada do ônibus, elas já são abordadas. Então assim, é tenso você viver desse jeito! Você não pode sair na rua, você não pode ficar na parada sozinha. É muito tenso!

(Trecho grupo focal 2)

A atividade na lavoura não é uma realidade contemporânea em Padre Lúcio, mesmo tratando-se de uma região rural. O sustento das famílias, em geral, é proveniente do trabalho dos homens nas regiões urbanas próximas, ou nas próprias chácaras, como caseiros contratados pelos proprietários. As mulheres com filhos encontram obstáculos para conseguir emprego, pois, comumente, não têm com quem deixar as crianças (não existe creche pública local). Considera-se também que seus salários provavelmente não restituiriam os gastos com o transporte entre o local de trabalho e a residência. Além disso, as participantes afirmaram que, muitas vezes, não têm a formação exigida nos anúncios de contratações. Nos dois grupos focais realizados, elas opinaram convictamente que o machismo, em geral, não configura empecilho para que trabalhem.

Part. 3: Aqui eu acho difícil, tem poucas pessoas, viu, que deixam as crianças em Brazlândia para poder trabalhar. É igual eu falei, as mulheres aqui, geralmente, se não tiver outra pessoa dentro de casa que possa ficar com as crianças, aí fica difícil, como que a mulher vai sair para trabalhar e ganhar um salário mínimo, e pagar outra pessoa para ficar? Não dá, né. Eu vejo muito isso. Eu, graças a Deus, eu não precisei, na época em que as minhas filhas estavam pequenas, que foi a época em que eu mudei para cá, eu não precisei sair para trabalhar fora, porque eu fazia um biquinho aqui, um

biquinho ali, então eu sei muita coisa, eu não precisava, meu marido dava, conta, né, só. Graças a Deus que eu não precisei, porque eu botava minhas crianças na escola... Quantas vezes, quando aqui ainda não era asfaltado, eu ia com as crianças para a escola, porque os pais tinham que ir para ajudar, porque passava dentro de um atoleiro, e era o maior trabalho para chegar lá. E eu ficava o dia todo pronta para atender meus filhos, levava elas, ia no ônibus escolar até onde dava, depois a gente andava a pé, passava em um atoleiro para pegar o outro ônibus do lado de lá, aí imagina para uma mãe ter que sair para trabalhar e deixar o filho para ir para a escola, como que essa criança iria sozinha? Eu vi, várias vezes, as crianças caindo, indo pro colégio todas sujas, porque as mães não podiam estar ali, para dar atenção e ajudar. Mas aqui, a dificuldade maior que temos no Padre Lúcio, é isso, as mulheres não têm como sair para trabalhar. As mulheres não têm muita oportunidade. É cuidar da casa e do filho, e entregar a vida para Deus, porque é só o esposo mesmo para suprir.

(Trecho grupo focal 1)

Part. 3: Eu acho que na maioria dos casos é falta de oportunidade (de emprego) mesmo. Claro que alguns maridos não querem que a mulher vá trabalhar de jeito nenhum, mas acho que a maioria gostaria sim, para ajudar na despesa da casa, porque com essa crise que anda hoje, ninguém está podendo melindrar isso aí da esposa não trabalhar. E ainda tem a concorrência, porque é muita gente formada para concorrer com gente que não tem praticidade, não tem informação, não se formou, não tem o primeiro emprego... então, se surgir vaga vai dar para aquele que tem nível superior, que tem formação.

(Trecho grupo focal 2)

Funções que exijam esforços às vezes não são possíveis diante de limitações causadas por desordens osteomusculares, por exemplo. Em contrapartida, o acesso aos benefícios previdenciários é dificultado pela informalidade do trabalho em grande parte da vida das mulheres. Muitas não são contribuintes do INSS, ou ingressaram tardiamente no sistema na condição de contribuintes individuais facultativas, frequentemente com idade avançada e apresentando várias moléstias. Para a aposentadoria rural, mesmo nos casos em que a pessoa efetivamente trabalhou na lavoura durante o período mínimo que caracteriza o direito ao benefício, existem consideráveis dificuldades para comprovação da função exercida, seja porque não foi realizada assinatura da carteira de trabalho, seja porque as atividades foram exercidas em diferentes localidades, distantes da residência atual da interessada, sendo complicado recuperar o contato com os empregadores.

Part. 3: A maioria das senhoras que eu conheço aqui, penou com essa questão, elas tiveram que pagar um processo para conseguir se aposentar. E já está tendo mulheres que estão pagando o carnê, recolhendo contribuição individual, para não correr o risco de ficar sem!

Part. 2: É, porque aposentadoria rural, está muito difícil. Porque eles pedem tanta coisa, você tem que comprovar aquele período de tempo, tem que ter testemunhas... Então fica difícil, como é que você vai comprovar, se não era carteira assinada? Como é que você vai buscar alguém em um outro estado, para comprovar que você trabalhou lá?

(Trecho grupo focal 2)

A comunidade dispõe de poucas oportunidades de lazer e convívio social. A maioria das participantes dos grupos e das entrevistas individuais têm as atividades religiosas como principal recurso de socialização e descanso da rotina, extrapolando a prática espiritual propriamente dita. Afora isso, relatam que existem alguns forrós, que a maioria não costuma frequentar por medo; e alternativas de passeios em localidades próximas, que exigem condições financeiras nem sempre existentea. Assim, percebeu-se que o cotidiano dessas mulheres está muito atrelado ao ambiente doméstico. Os finais de semana são quase sempre ocupados com atividades religiosas e reuniões familiares em casa, sendo que as últimas nem sempre são consideradas positivamente, por restringir os momentos de descanso das anfitriãs.

As situações anteriormente descritas, referentes às precariedades de saneamento, segurança, transportes e meios para obtenção de renda, configuram vulnerabilidades coletivas para a comunidade, que está sujeita à ocorrência de doenças infecto-parasitárias, à violência, à falta de acessibilidade aos equipamentos de saúde, educação e assistência social, e às restrições impostas pela pobreza no tocante ao repertório de possibilidades para uma vida digna e para o enfrentamento dos problemas. Especificamente no caso das mulheres e meninas, a violência de gênero configura obstáculo adicional à liberdade de ir e vir. Ressalta-se a tendência de naturalização dos episódios de violência sexual como situações que ocorrem por descuido ou capacidade cognitiva inferior da mulher, revelando a culpabilização da vítima e o preconceito de gênero, em detrimento da contextualização da violência.

Part. 3: A única coisa que tem para fazer aqui, são os forrozinhos da vida. Aquelas mulheres que têm condição social para ir para fora, vão, né. As que não tem, ficam por aqui mesmo.

Part. 1: É, e se for para o forró ainda corre risco de vida!

Part. 3: Teve uma senhorinha mesmo que foi estuprada por aqui. Mas ela é porque tem problema. Ela saiu de casa mais de meia noite.

Part. 2: Ela foi atrás do marido. O marido parece que tinha ido para a casa de um desconhecido e não chegava, não chegava, ela foi atrás.

Part. 3: E outro problema é assim, a mulher está no forró, o rapaz paga uma cerveja, paga uma bebida, aí depois leva a menina para o meio do mato, leva não sei para onde, e ninguém tem notícia mais! Ele pode matá-la e ninguém saber... Elas correm risco de vida! Então, eu acho assim, se elas vão socializar no bar, vão com amigos, vão com pessoas conhecidas, e fica ali mesmo.

(Trecho grupo focal 2)

As entrevistas individuais e os grupos focais foram oportunos em demonstrar, através dos relatos de informantes de diferentes idades, o impacto do excesso de atribuições na saúde mental das mulheres. O acúmulo de tarefas concernentes aos cuidados da casa e dos filhos, bem como ao trabalho remunerado, certamente é fator contributivo no processo de adoecimento físico e mental. Para além disso, ressalta-se a sobrecarga emocional da função de cuidadora,

atribuída quase exclusivamente às mulheres, em seus vários papéis dentro da família, como mães, avós, irmãs, noras e cunhadas ⁴⁵.

A dedicação às necessidades alheias é uma postura reforçada socio-culturalmente, através do estímulo do comportamento feminino complacente e das representações idealizadas da boa filha, boa esposa e boa mãe⁴⁶. Assim, é comum que as mulheres ignorem as próprias necessidades, perpetuando um ciclo vicioso em que as pessoas próximas também negligenciam os anseios e dificuldades daquela cuja autoestima torna-se cada vez mais associada à prática do cuidado e ao sacrifício da vida pessoal, o que resulta em cobranças internas e externas incrementais, seguidas de sentimentos de culpa e ineficiência, até que ocorra a completa diluição de sua identidade no contexto mais amplo da família e da sociedade. Não raro, a sobrecarga emocional implode na neurose como afirmação da experiência humana da mulher, através das somatizações e dos transtornos de humor e ansiedade.

Pesq.: E aí como está sendo a rotina da senhora hoje em dia? A senhora está cuidando dos meninos sozinha?

Ent. 4: Ah, é difícil. Eu tenho que sair, o dia que eu tenho que sair eu tenho que levantar de madrugada, fazer a comidinha deles, deixar... Aí quando eles ficam, eu não deixo mexer no fogão... hoje mesmo eu já fui em Brazlândia e voltei. Aí vim correndo porque eu tinha que vir aqui né. Eu já fiz a comida deles de manhã, deixei pronta. Passei em casa, só tomei banho e vim. Aí é assim, não é fácil não. Quando eles estavam estudando eu levantava cinco e meia da manhã. Eles pegavam a vanzinha ali seis horas... Aí eu levava eles até o ponto. Mas é assim, minha vida é essa.

Pesq.: E a senhora fica muito cansada?

Ent. 4: Demais! Eu fiquei... semana atrasada, eu fiquei quatro noites sem dormir. Deu insônia em mim que eu não dormia de jeito nenhum, e com isso me pegou a depressão... aí eu não comia, não dormia, me deu uma fraqueza, até hoje eu ainda sinto uma fraqueza, aquela fraqueza nos braços, assim... eu não tenho muita força, sabe? Por exemplo, se eu for lavar uma roupa pesada... ainda bem que eu ponho na máquina, se for para eu lavar na mão, assim, e torcer, eu não consigo. Meus braços fracos, minhas pernas fracas...

Pesq.: A senhora trabalhou na roça muitos anos, isso também parece ter afetado a coluna...

Ent.: Afetou e muito, a minha coluna tem bico de papagaio, minha coluna é desviada, através das pancadas que ele já me deu. O mulher, minha vida é sofrida, nossa...

(...)

Ent. 4: Eu estava com tanta raiva que eu não enxergava nada. Aí eu tinha um vidro de clonazepam, porque eu tomo clonazepam, eu tinha colocado perto do vidro de barragem, aí coloquei a barragem na água e tomei. Aí eu caí. Não vi mais nada. Mas a raiva foi demais. E na hora da raiva a gente não pensa que tem filho, a gente só quer ir embora, né? Para aliviar.

(Trechos entrevista individual 4)

Ent. 5: Olha, eu ando numa rotina cansaíra! Que eu vim aqui consultar com a doutora outro dia e ela já me mandou para a psiquiatra e para a psicóloga novamente. Porque ela usou um termo pra mim que eu acho que eu não vou esquecer tão cedo, ela falou assim, "você não é a mulher maravilha, você não dá conta de fazer tudo de uma vez." Porque eu acordo de manhã, sete e meia, vou pra casa da minha sogra. Ela deu câncer, e aí, ela está até pra quimioterapia junto com meu marido. Aí vou pra lá, arrumo a

casa pra ela, ajudo a fazer almoço, arrumo tudo, né. Lavo, limpo tudo. Aí levo a minha filha na escola, volto pra minha casa, arrumo a minha casa, também, faço o que eu tenho que fazer, estudo e vou pra faculdade, à noite. Ainda bem que eu faço semipresencial, é só uma vez por semana lá, e os outros dias em casa. Aí, fora isso, isso é só na segunda feira. Aí segunda, terça e quarta eu vou pra chácara. Isso quando eu não tenho que ir pra igreja à noite. Que aí eu ajudo na igreja, eu e meu esposo somos ministros da eucaristia, então eu sempre tenho algo pra fazer na igreja. Aí vou, ajudo na igreja e volto para a casa. Quinta feira eu dou aula o dia todo, lá em Águas Lindas. Dou aula de inglês o dia todo. Aí volto. Quando não tenho alguma coisa para fazer de noite, tenho que buscar a minha filha na escola. Aí sexta feira também dou aula de manhã. Dou aula de manhã, volto, levo minha filha na escola, volto, estudo, arrumo as coisas, faço o que tenho que fazer, busco ela. Aí volto. Sábado levo ela na catequese, ajudo lá na catequese também, aí venho pra casa, às vezes vou na chácara, ajudo na chácara de novo, e assim vai. Geralmente eu ando emendando uma semana na outra.

(...)

Ent. 5: A primeira coisa que eu falei para ela foi que a minha vontade era dormir e não mais acordar. Como se o sono tirasse todos os meus problemas. E eu, ultimamente, eu ando desse jeito. Não de dormir para descansar, porque há uma diferença, né? De você deitar e dormir para descansar a mente. A minha mente não desliga! Minha mente ultimamente não anda desligando. Então a minha vontade era essa: de deitar e fechar o olho, para ver se resolvia todos os meus problemas. E assim, você passar a ver, que não vai resolver, que não adianta você fugir, que não adianta você pegar os problemas de todo mundo... Outro mal meu é esse. De eu querer carregar o mundo nas costas. E eu não dou conta. E é desse jeito, eu não sei dizer um não. Porque eu não gosto de ver ninguém de cara virada para mim. Sempre quero ajudar todo mundo. E o que eu posso eu ajudo, o que eu posso eu faço. Eu cheguei a reprovar em uma matéria na faculdade. Para fazer coisas para outras pessoas e acabei não estudando. E foi aí que eu resolvi parar. *(sobre a consulta com a psicóloga)*

(...)

Ent.5: A questão dela agora mais é a fome, porque não é tudo que ela quer comer. Ela pode comer tudo, mas ela não sente vontade. Ela sente muito enjojo. Ela tem comido pouco. E o médico já explicou que varia de paciente para paciente. E a gente sabe que idoso já é mais trabalhoso né. Já é ranzinza, né? Então eu sempre sou a que tem mais paciência... vou para lá, ajudo no que ela precisa... ela tem essa liberdade de me pedir as coisas para eu fazer. Faço do jeito que ela quer. Porque querendo ou não ela tem que se sentir bem, o psicológico dela tem que estar bom. Aí tem hora que ela fala, ninguém deixa eu fazer nada, o povo está achando que eu estou é morta. Eu falo não, não é assim, o pessoal só quer ajudar. Eu falo até para eles, vocês têm que deixar ela fazer as coisas, ela tem que se sentir útil. A mulher foi ativa a vida inteira, trabalhava até de madrugada. Eu falo para ela: hoje eu me vejo na senhora. Porque ela conta que trabalhava durante o dia, quando era de noite ela ia lavar roupa! Passava a madrugada lavando roupa. E antigamente não tinha máquina, essa facilidade que temos hoje. Então para uma pessoa que trabalhou vinte e quatro horas, hoje parar de uma vez? Aí eu falo para ela, vou conversando com ela, eu tenho essa liberdade de chamar a atenção deles. É como se eu fosse a filha mesmo. Se eu falo que não quero uma coisa, eles aceitam... Eu tenho muito essa proximidade com eles. *(sobre a sogra que sofre de câncer no estômago)*

Pesq.: E onde você fica no meio disso tudo?

Ent.5: Perdida! Tem hora que parece que eu nem existo!

(...)

Eu acho que se eu ficar um dia inteiro sem fazer nada, eu já começo a pensar besteira... e assim, hoje ainda é mais tranquilo, eu tocar no assunto, mas a vontade de morrer que eu tinha, de sumir, de enfiar em um buraco e nunca mais voltar, de dormir e nunca mais acordar...

(Trechos da entrevista individual 5)

Pesq.: Como vocês cuidam de vocês?

Part. 2: Em décimo quinto, vigésimo plano. Vem um monte de coisa primeiro, e a gente é se sobrar tempo, se sobrar algum dinheiro, a gente faz alguma coisa. Mas a gente tem que cuidar da gente primeiro, né? Para conseguir cuidar do resto. Mesmo que a gente esteja capenga, mas a gente vai puxando.

(Trecho grupo focal 2)

Part. 5: Agora, eu vou responder sua pergunta. A mulher trabalhar muito, isso prejudica sim! Mas se ela sobrecarregar a mente. Se ela sobrecarregar a mente no que ela está fazendo, aí ela adocece. Agora se ela sobrecarregar só o corpo, aí ela vai de boa!

Pesq.: E como não sobrecarregar a mente?

Part. 5: Não sobrecarregar a mente é o seguinte: eu estou aqui trabalhando. Aí a minha mente está lá no meu filho, que está lá não sei onde... a minha mente está lá no meu marido que está não sei onde... no meu neto que está não sei onde...

Part.1: Então, mais eu era assim!

Part. 5: Então aquilo faz com que eu não esteja aqui. Se eu entregar na mão de Deus e deixar ele carregar essas coisas que eu falei e ficar só no meu serviço, aí eu vou de boa!

Part. 2: Se você focar só no presente. Aí está na mão de Deus. E eu adoeci por causa disso.

Part. 5: Isso! Você fica com tudo na mente, ah, meu filho está fazendo o quê, meu neto está fazendo o quê! Minha filha está fazendo o quê? E aí? A gente morre e não faz nada!

Part. 2: E a gente não vai conseguir resolver tudo. Quando eu me separei, meu filho mais velho tinha dez anos e o mais novo tinha quatro, então eu tinha que sair de manhã para trabalhar, e aí o meu filho adoeceu, aí foi, e eu já fiquei doente um tempão, por causa disso. E aí eu tinha que...tudo, eu separei e tudo ficou comigo, então eu fiquei com conta, eu fiquei com filho, tinha que sair daqui porque eu pegava ônibus para ir para Brazlândia cinco e meia da manhã, então eu saía de madrugada, chegava à noite... Então, assim...meu filho começou a matar aula na escola... misericórdia, foi aí que eu adoeci!

Part. 5: Começou a dar trabalho também...

Part. 2: Começou! Aí eu comecei a ter dermatites pelo corpo, por conta da tensão nervosa, comecei a ter depressão... Foi só acarretando problemas.

Pesq.: E nessa época, você acha que você adoeceu pela correria em si ou pela preocupação com essas coisas?

Part. 2: Foi pela preocupação e por eu me sentir culpada de não conseguir cuidar de tudo ao mesmo tempo. Porque você começa a se sentir culpada. Por exemplo, eu pensava que eu poderia ter mantido um casamento ruim, mas eu ia poupar o meu filho. Mas aí você fez uma opção por você, mas você esqueceu do seu filho. Entendeu? Mesmo eu trabalhando, mas eles teriam o pai próximo, porque separou, o pai acha que separou dos filhos também. Isso é que acontece.

Part. 5: Aí você estava com tudo aqui, na cabeça!

Part. 2: E aí você pensa, eu não posso deixar cair a qualidade de vida dos meus filhos porque eu separei. Porque aí eram duas pessoas trabalhando, e de repente você se vê só, para fazer tudo.

Part. 3: É o meu caso. Sou eu sozinha, para prover, para cuidar de uma casa, para cuidar sozinha de uma vida... E cuidar não inclui só alimentação e vestimenta. Incluí acessórios, inclui uma série de coisas.

Part, 2: Eu acho que isso ainda é o mais fácil. Porque na minha época, era difícil para você dar bens materiais, mas para educar era mais fácil. Hoje em dia, está fácil para

você dar de tudo, mas educação já está muito mais difícil. De você conseguir manter valores, princípios hoje em dia, é só muita oração mesmo!

(Trecho grupo focal 2)

O sofrimento psíquico agrava-se ainda mais nas situações de violência doméstica. As vítimas de violência doméstica apresentam maior chance de desenvolver quadros de qualquer tipo de doença mental, se comparadas a pessoas que não sofreram situações de violência. Além disso, a exposição à violência está relacionada a sentimentos de incompetência, insegurança, perda do valor próprio e isolamento social. A violência doméstica contra a mulher também pode trazer danos aos filhos do casal, na forma de raiva, depressão, ansiedade, problemas escolares e déficits cognitivos⁴⁷.

Os depoimentos de algumas mulheres entrevistadas revelaram manipulação dos sentimentos maternos pelo companheiro, que ameaçava privar a mulher do contato com os filhos, ou prometia desassistir as crianças, quando ela manifestava o desejo de abandonar a relação. Três entrevistadas efetivamente perderam o contato íntimo com os filhos no passado, após a separação conjugal. Outra entrevistada, de 72 anos de idade, divorciada, com limitações físicas, atualmente cuida sozinha de três filhos deficientes. Ao concluir o divórcio, após anos de violência física e psicológica perpetrada pelo ex-marido, ela conseguiu garantir, judicialmente, a pensão alimentícia. Entretanto, não pode contar com o apoio do ex-marido no cuidado de seus filhos:

Ent. 4: Ele estava ficando aí. Para ajudar a cuidar dos meninos. Mas ele bebe demais, ele é violento, quando ele bebe ele é perigoso, ele bate na gente, bate nos meninos, eu falei não, não quero mais. É mais trabalho. Eu saía, deixava os meninos com ele, ele deixava os meninos passarem fome. Ele ia colocar a comida no fogo e deixava queimar... aí eu falei, melhor eu ficar só com meus meninos mesmo...

(Trecho entrevista individual 4)

Outra vulnerabilidade identificada foi o isolamento social. Como já dito, são poucas as opções de socialização na comunidade. Além disso, o preconceito de gênero faz com que as mulheres fiquem isoladas em suas próprias casas. Algumas mulheres entrevistadas denunciaram a experiência da invisibilidade, afirmando que não são consideradas para o diálogo e a tomada de decisões no relacionamento com o marido, com o pai, ou mesmo com a família inteira. São várias as formas de invalidação de discursos e de repressão do contato social que mantêm as mulheres em situação solitária, inibindo capacidades reflexivas e formação de laços que potencialmente as levem a questionamentos, reivindicações, fortalecimento e emancipação.

Ent. 2: Quase não converso com o meu pai, não. Ele conversa mais é com os outros meninos (os irmãos) homens do que comigo.

(Trecho entrevista individual 2)

Ent. 1: Lá perto de casa mesmo tem uma senhora, que é assim... o marido dela ficou um bom tempo fora. Aí todo dia ela me gritava, “vem tomar café comigo”... Aí às vezes eu ia conversar com ela... Ontem eu falei para ela, “foi um tempo bom aquele que seu marido estava fora!” (risos) A gente se encontrava, passava o dia todo conversando... E agora, não, é muito difícil...Ela não vai na casa da gente. Ele (o marido) não permite que ela vá nas casas... E se eu for lá, às vezes é chato, porque o marido dela, ele quase não conversa com as pessoas... ele é ali, na dele, deitado na rede... ele não conversa e ela parece que fica, assim, meio acanhada de conversar com a gente, perto dele...

(Trecho entrevista individual 1)

Pensar em vulnerabilidades não pressupõe a garantia de soluções aos problemas identificados. Antes disso, no escopo de atuação da equipe do serviço de saúde da família, busca-se a efetiva integração dos profissionais à comunidade, para a criação conjunta de projetos que permitam a melhoria das condições de vida. Tal construção não é possível em relações verticalizadas, em que o profissional busca transferir um pretense conhecimento ao “paciente”, visto como um receptáculo inerte de cuidados. De outra forma, a valorização da experiência social enquanto ponto de partida para a educação em saúde permite transformações genuínas, considerando que a legitimidade da produção de conhecimento é resultante de processos que envolvem acesso à informação, junto à promoção de espaços e momentos para reflexão e criação⁴⁸.

É importante destacar que esta pesquisa tem como referência de cuidado aquele que verdadeiramente reconhece a presença do outro no mundo. O outro que ama, que é amado, que trabalha, que pensa, que vive, enfim, e que está em permanente construção a cada contato interpessoal. Quem cuida tem o papel de facilitar que o sujeito prossiga em sua própria caminhada, tomando decisões conscientes, que serão formadoras de sua autonomia¹⁷. Como defende Paulo Freire⁴⁸ (2017, p.58): “o respeito à autonomia e à dignidade de cada um é um imperativo ético e não um favor que podemos ou não conceder uns aos outros”.

Para a concepção de projetos de cuidado, assume-se como fundamental a problematização das vulnerabilidades, tendo em perspectiva não somente os fatores envolvidos no adoecimento, mas também os arranjos que o indivíduo e a comunidade constroem para gerir a vida diante das contrariedades. Se o objetivo que almejamos está vinculado à autonomia, não faz sentido olhar apenas para os infortúnios pessoais ou coletivos. Há que se pensar nas estratégias já existentes, e valorizá-las como ferramentas do cuidado: que recursos foram espontaneamente mobilizados ou engendrados diante de determinada circunstância?

O termo “resiliência” está associado à manutenção da saúde do indivíduo *apesar* das adversidades — recurso adaptativo — ou *através* das adversidades — recurso de superação desenvolvido durante o processo de crescimento e desenvolvimento humano⁴⁹. Embora seja

compreensível que a elaboração da experiência traumática e do estresse possa promover resiliência, mediante estímulo ou aprimoramento de um conjunto de atributos desejáveis para a adaptação ou superação de conflitos, ressalta-se que devemos ter uma postura crítica na interpretação deste conceito, que pode assumir significado de acomodação diante do evento ou conjuntura estressora, ou, de outra maneira, pode fomentar uma visão de responsabilidade exclusivamente individual na resolução dos problemas⁵⁰.

Ao invés de preconizar-se uma suposta competência determinística e individualista de resistência às adversidades, sugere-se aqui o reconhecimento do caminho percorrido pela usuária para o manejo de circunstâncias desfavoráveis. Interessa ao projeto de cuidado o desenvolvimento de estratégias que inscrevam a participação do sujeito no mundo, o que remete ao conceito de *coping* proposto por Lazarus e Folkman⁵¹ (1984, p. 141), referente às “constantes mudanças cognitivas e comportamentais na tentativa de administrar demandas específicas, internas e/ou externas, que são avaliadas pelo sujeito como excedendo ou sobrecarregando os recursos pessoais”.

Part. 1: É “eu vou, eu faço e eu posso!” Eu tenho isso na minha vida. É uma meta que eu tenho: eu vou, eu faço, e eu posso! Se você vai, é porque você consegue, andar com as suas próprias pernas. Eu vou porque é o caminho que eu tenho para seguir. E eu faço porque eu tenho a força do meu corpo e Deus, né. Claro. E quem está ao meu redor, apoiando. E mesmo que não apoiem, eu falo: mas eu vou conseguir! Você está falando de mim, mas eu vou conseguir! Não interessa como. Eu não estou passando por cima de ninguém para conseguir minhas metas. Eu vou passando devagarinho. Todos os dias eu levanto com essa meta na minha vida.

(Trecho grupo focal 1)

Durante os grupos focais, as participantes assinalaram a importância do trabalho em suas vidas, tanto para o alcance de renda suficiente para suas necessidades pessoais e familiares, quanto para a conquista de dignidade e autonomia. Ponderando sobre as dificuldades das mulheres da comunidade em conseguir colocação no mercado de trabalho, ou mesmo sobre a impossibilidade de estarem ausentes do domicílio quando têm filhos pequenos, as participantes demonstraram interesse em capacitações que possam qualificá-las a desenvolver habilidades de produção e comercialização de produtos artesanais, que permitiriam o trabalho em casa. Uma delas prontificou-se a ministrar cursos dentro das suas aptidões de pintura, bordado, culinária e confecção de bolsas de palha, destacando que as tarefas manuais podem representar, além de uma fonte de renda, um recurso terapêutico. Houve concordância uníssona entre as participantes de que as atividades laborais, mesmo que exercidas no âmbito doméstico, têm impacto positivo na saúde, em concordância com Silva, Dimenstein e Leite⁵² (2013, p. 276), que entendem o trabalho como um determinante social de saúde, na medida em que promove repertórios de aprendizagens e de relações.

Part. 2: Eu acho que a melhor coisa que pode acontecer para as mulheres que ficam em casa, e não tem como ter a sua renda, entendeu, é ela ter como fazer alguma coisinha dentro de casa, ali mesmo, e vender.(...) E você vai ter o seu próprio dinheiro, que é muito importante! O homem pode trabalhar, pode ganhar o dinheiro dele, pode até dar dinheiro para a gente, mas no fundo a gente fica submissa. Agora, a gente tendo o próprio dinheiro da gente, nem que seja assim, aquele pouquinho, você vai comprar o seu shampoo, vai comprar a sua maquiagem, vai comprar aquilo que gosta com o seu próprio dinheiro, sem estar dependendo.

(Trecho grupo focal 1)

Foram apresentadas várias ideias alternativas de plantio para driblar o problema da falta de água. Entretanto, tais métodos não foram considerados suficientes para fomento à agricultura de subsistência, que exige maiores recursos humanos e financeiros. A relação com a terra foi associada também com poderes preventivos e curativos, oriundos tanto do próprio plantio e cuidado das plantas, percebidos como positivos para a saúde mental, quanto da ingestão de chás e garrafadas provenientes das ervas medicinais.

Part. 2: As ervas curam até câncer! Cura até mulher que não pode engravidar. Eu falo porque conheço um caso de mulher que não podia engravidar, tomou um remédio desses de raiz, engravidou e ainda engravidou de gêmeos. Tem uma prima minha que mora lá no Pará. Ela mora na beirada do rio, naqueles lugares que não tem energia nem nada. A irmã dela que mora em Brazlândia, estava com câncer do colo do útero. Ela mandou uma garrafada para cá que curou esse câncer, a mulher teve ainda dois filhos!

(Trecho grupo focal 2)

Também foram discutidas estratégias para reivindicação de direitos, com relatos de experiências exitosas junto aos equipamentos públicos como a ouvidoria da Prefeitura Municipal de Águas Lindas, os Centros de Referência de Assistência Social (CRAS) de Brazlândia e de Águas Lindas, e o Departamento de Estradas de Rodagem (DER) de Goiás, além de benefícios alcançados com apoio de uma empresa privada local, do ramo de comercialização de pedra brita. Neste tema, houve muito engajamento no debate, com troca de informações importantes sobre recursos e procedimentos relativos ao Bolsa Família, à Previdência Social e às reivindicações de melhorias de infraestrutura.

Tanto nos grupos focais quanto nas entrevistas individuais, as atividades religiosas foram destacadas como principal meio de socialização e descanso da rotina, sendo também percebidas como prazerosas, na medida em que são realizadas celebrações, grupos de oração e retiros que propiciam laços de amizade e suporte social. De acordo com vários depoimentos, a espiritualidade também favorece estados mentais e atitudes positivas que, por sua vez, contribuem para a manutenção ou recuperação do equilíbrio diante de situações estressantes.

Com efeito, vários estudos com a temática da relação entre espiritualidade e saúde evidenciaram que os indivíduos que têm maior religiosidade e espiritualidade apresentam

menos depressão, ansiedade, tentativas de suicídio e abuso de substâncias, apresentando melhor qualidade de vida⁵³.

Part.2: Eu acho que a espiritualidade é a base. Se você tiver uma boa espiritualidade você tem mais força, você se mantém mais de pé. A espiritualidade, se você bambeou, você não perde o rumo, você tem uma direção. Independente da religião.

(Trecho grupo focal 2)

5.2 Possibilidades de suporte social

As redes sociais relacionam-se à temática da saúde/doença/cuidado na medida em que configuram oportunidades de suporte material, cognitivo, afetivo e emocional para os indivíduos que nelas se inserem. No contexto social, a prestação de ajuda origina-se nos intercâmbios, obrigações e padrões de reciprocidade entre indivíduos, grupos, famílias e instituições, assumindo significados para as pessoas envolvidas, considerando ainda as influências das transformações econômicas, sociais, políticas e culturais na sociedade. As ligações entre pessoas e grupos podem oferecer apoio através de colaboradores naturais (família, amigos), grupos informais (autoajuda) e grupos formais e institucionalizados (organizações de doentes)³⁶.

Tanto nas entrevistas individuais quanto nos grupos focais da presente pesquisa, a Igreja representou grande importância no provimento de apoio social, inclusive encobrindo lacunas de assistência que deveria ser fornecida pelo Estado.

Ent. 1: É em Águas Lindas, isso mesmo. Eles são muito atenciosos com a gente... eles mandam mensagens direto para a gente, tem os grupos deles... é muito gostoso, lá.

Pesq.: E o que a senhora faz nesse grupo? Quais são as atividades do grupo?

Ent. 1: Lá eles fazem oração, eles conversam com as pessoas, né... sobre as doenças... o que causa as doenças...

(Trecho entrevista individual 1)

Part. 3: Para mim, o dia de ir para a igreja é o dia que eu mais gosto. Porque quando eu não vou para a igreja, não tem nada para fazer de noite! Aí tem dia lá em casa que eu falo para os meus meninos, aí, que vontade de sair! Mas aí... vai para onde?

Part. 5: Eu reúno. Eu tenho meu grupo. Estudo a Bíblia, mesmo. Uma vez por mês a gente passa o domingo junto e a gente fala sobre a vida também, sobre nossos problemas, sobre nossas dificuldades...

(Trecho grupo focal 1)

Part. 3: E no caso dos jovens, o bom é que eles socorrem muito os drogados, as pessoas bêbadas.

Pesq: Então vocês acham que é importante ter uma igreja, um local onde as pessoas possam se reunir?

Part. 3: Com certeza, muito importante, porque você tem um bando de gente que melhorou o jeito de ser por causa da igreja. Conheço uma pessoa que se regenerou devido ao fato da esposa ser evangélica. Melhorou até o social dele, porque ele passou

a trabalhar. Ele parou de fazer as coisinhas erradas que ele fazia. A igreja é um barco. Bem conduzido, ele vai longe.

(Trecho grupo focal 2)

Além dos laços formados na Igreja, a principal possibilidade de suporte das mulheres entrevistadas parece estar nos filhos, mesmo aqueles adolescentes. Uma das mulheres relatou ter apoio dos irmãos, que já agiram no sentido de protegê-la de um relacionamento abusivo. Porém, essa não é a realidade de todas as mulheres rurais. Às vezes, os membros das famílias de origem não mantêm vínculos afetivos íntimos, residem em locais distantes ou já faleceram; outras vezes, mesmo estando em idade avançada, as mulheres assumem, sozinhas, responsabilidades de educação e provimento de necessidades de filhos e/ou netos. É importante destacar que, embora as redes sociais familiares e comunitárias tenham potencial significativo na busca de melhores condições de vida, nem sempre as trocas acontecem em arranjos funcionais.

Part. 4: Eu gostava de morar em Brazlândia. Gostava assim, porque tudo lá é mais fácil, hospital mais pertinho, tudo facinho. Mas em relação a conviver com gente, assim, eu não gostava não, porque lá eu vivia mais doente. Porque era muita preocupação. Eu preocupava com o marido, que bebia. Preocupava com os netos, porque eu tinha que cuidar dos netos, porque as meninas trabalhavam, né. Aqui não, eu só cuido dos meus meninos, que tem esses problemas, mas eu sei cuidar direito. Aqui eu vivo mais tranquila. (...) Esses dias ficou um neto meu aí, perdido, ele é bem perdido, e ele saiu da casa dele, a mãe dele expulsou ele de casa. Aí ele veio me procurar em casa, chegou em casa 4 horas da manhã, não me chamou, quando eu acordei ele estava mexendo com as panelas, eu levei um susto! Porque eu estava dormindo, pensei que fosse ladrão. Aí eu falei para ele, a gente acordar assim, sem a pessoa chamar, é muito pesado! Aí eu acordava 5 horas da manhã, abria para ele... Aí ele ficou uns três dias lá em casa, foi embora ontem. Porque a mãe dele não quer ele em casa. Aí eu recebi porque eu fico com dó, porque ele fica mais é na rua, a mãe dele não gosta dele. Aí isso tudo né, junta tudo, muita coisa para pensar.

(Trecho entrevista individual 4)

Ent. 3: Meu filho parou de estudar, durante um ano, porque eu não estava achando nada, nem uma faxina, não estava achando nada! A gente estava passando aperto, porque só o Bolsa Família não dá né? Só recebo R\$ 170,00. Não dá para nada, não! Só dá para luz e alguma coisinha! Aí ele saiu da escola para me ajudar. Esse ano ele voltou a estudar à noite, ele faz um biquinho aqui, um biquinho ali, para ajudar dentro de casa. Ele está no oitavo ano.

(Trecho entrevista individual 3)

Part. 2: E muitas vezes você não pede ajuda, porque você fala: o problema é meu, então eu vou ter que conseguir resolver sozinha! Porque você fala, quem conseguiu resolver sozinha fui eu, então você não dê palpite. Até por conta desse julgamento que ela falou, da condenação. Porque se você for buscar ajuda, a pessoa vai falar: por que você não fez assim? Então é melhor você ficar quieta na sua, porque se as pessoas já não vão ajudar, então também não atrapalham.

Part. 5: Agir primeiramente com Deus, e sozinha!

Pesq: E com a família, vocês contam para ajudar?

Part. 3: É raro, porque família fica cada um no próprio núcleo dela, na própria ganância, na própria evolução, na própria prosperidade, então cada uma família é uma

família, não vê você como um todo. Você faz parte de determinada família, mas você já formou sua própria família, então se vira!

Part. 2: Eu acho que às vezes tem uma certa união, em alguns pontos, mas quando passa mais para essas questões de educação de filho, ninguém quer se envolver. Porque aí o problema é seu.

Part. 3: Ou financeira!

Pesq: Contar com alguém talvez torne as coisas mais suaves.

Part. 3: Se as pessoas tivessem um olhar mais visionário das coisas, entendendo que faz parte, entendendo que faz parte sim, você erguer a mão e ajudar aquela pessoa que está caindo, porque você não está fazendo só um papel social não, você está fazendo um papel de divindade, você está sendo um anjo de guarda para aquela pessoa! E é claro que futuramente, lá, essas outras pessoas também podem te ajudar. Se as pessoas tivessem um olhar mais amplo referente a isso, não teria tanta desigualdade! Não teria tanta gente com tanto dinheiro, tanto a dar, e fica guardado ali, e gente passando fome e necessidade, e não socorre! Para quê guardar? Vai ficar aquele monte de coisa juntando ferrugem e barata, e ele vai viver infeliz porque vai estar preocupado com aquele montante. Não vai ter amigos porque vai preocupar com aquele montante. Porque se tem amigos é porque gosta do dinheiro dele. Então... Não adianta, eu acho que se as pessoas olhassem mais para o próximo, as coisas melhorariam para todos.

Pesq.: E aqui no Padre Lúcio, vocês têm amizades?

Part. 1: Aqui, minha filha, as pessoas não dão nem bom dia! Eu estava contando para ela, eu ajudo meu esposo a plantar, aí saiu minha vizinha de lá para cá, e nem olhou para a minha cara!

Part. 5: Eu tenho pouco tempo que eu mudei para cá, mas graças a Deus eu arrumei uns vizinhos de ouro! Graças a Deus! Para todo lado que eu caminho na minha vizinhança, um dá um sorriso, o outro fala um bom dia, e é tudo maravilhoso! Eu tenho certeza de que se eu precisar contar com algum dos meus vizinhos, eu vou ser atendida.

Part. 2: Aqui desse lado também é bom. A gente conhece todo mundo.

Part. 3: Ali onde eu moro também é raro. A pessoa pode estar morta de fome, se ajoelhando, pedindo, ninguém olha. Às vezes faz questão de olhar e ainda chama de vagabundo. Não entende que, se a pessoa não está trabalhando, não é porque ela não quer. É porque não teve oportunidade, não teve chance. A pessoa fala, olha lá, por que não vai trabalhar, não vou sustentar vagabundo não!

Part. 5: Hoje mesmo eu tive um exemplo. Hoje eu fui para a casa dela. Para cima da minha casa tem uma clínica de pessoas em reabilitação, drogados, etc, então eles saem e me cumprimentam, alguns até sabem meu nome. Isso para mim é uma alegria, graças a Deus!

Pesq.: Entendo, mesmo quando você não pode contar com as pessoas, mas só de estar convivendo, já é bom...

Part. 5: Isso, por exemplo, eu tô num aperreio, numa dificuldade, se eu passar na rua e você der um sorriso e falar “bom dia”! Isso já é bom demais!!!

Part. 2: É o que eu sempre falo, antigamente, se meu vizinho visse meu filho fazendo alguma coisa errada na rua, ele ia chegar e contar para a gente. E a mãe e o pai não iam achar ruim, porque o vizinho estaria alertando a ele que o filho estava fazendo algo ruim. Então ele corrigiria o filho e ainda ia agradecer o vizinho. Nós estamos numa época em que alguém pode ver o filho fazendo o que for, que você não pode contar para o pai e ele vai ficar com raiva, vai dizer que você está fazendo fofoca, vai dizer “você não tem nada a ver com a vida do meu filho” Tem a ver sim! Porque se o filho do meu vizinho se torna um marginal, toda a sociedade tem culpa! Toda a sociedade vai ser uma vítima também daquela pessoa. Então eu acho que todo mundo, nós somos um só, nós vivemos no mesmo planeta, na mesma natureza, então todo mundo é um só! Então se todo mundo se preocupar em fazer o bem, vai ser um lugar onde só vai ter o bem.

(Trecho grupo focal 2)

Considerando os possíveis benefícios das redes sociais e as dificuldades que as mulheres relataram em integrá-las e obter suporte, atenta-se para o papel da Estratégia Saúde da Família na criação de oportunidades de vivências comunitárias, bem como na constituição e mobilização dessas redes. Durante os grupos focais, foi interessante constatar que, diante de cada obstáculo manifestado por alguma participante, sobrevinham estratégias de manejo ou superação propiciadas pela dinâmica grupal. Confirmou-se a grande potencialidade da realização de grupos: o empoderamento das pessoas participantes, que não só encontram espaço para a expressão e escuta de suas vozes – aprendizado e exercício de cidadania – como formulam, em conjunto, alternativas viáveis de enfrentamento das adversidades.

Part. 2: Olha só, tem uma técnica de horta também, que ela até me perguntou se dava para ensinar aqui, que o consumo de água é mínimo, e o espaço também, se você não tem espaço para fazer a sua horta lá, você pode fazer a horta suspensa. A gente pode usar o bambu. Né, ela pode ser feita no bambu, e aqui também tem muito bambuzal. Ou então também pode ser usado o cano PVC. Ali, um por baixo do outro, vai colocar pouquinho água ali dentro, e ali você vai ter seu alface, sua couve, seu cheiro verde. O que você quiser! Pode ter acelga. Aí você vai plantar ali, com pouquinho água, com um copo e... dependendo do tamanho do canteiro, com dois copos de água, você água o canteiro!

Pesq.: É uma boa alternativa para consumo próprio.

Part. 2: É, para consumo próprio.

Part. 1: Tem aquela técnica do palets, também. Colocar tudo penduradinho.

Part. 2: Tem na garrafa pet... tem várias coisas que podem ser usadas para fazer uma horta.

(Trecho grupo focal 1)

Pesq: Qual a frequência da coleta de lixo?

Part. 2: Terça e sábado.

Part. 3: Lá onde eu moro não passa.

Part. 1: Então você reclama, porque você já paga a taxa!

Part. 3: Eu já fui lá na administração. E a gente pediu, mas não passa.

Part. 2: Você tem que pegar uma lista dos nomes dos seus vizinhos...

Part. 1: Tira foto!

Part. 2: É, pega o nome dos seus vizinhos. Entendeu? Dos seus vizinhos, você faz uma declaração e pega a lista dos nomes dos seus vizinhos, dizendo que não passa a coleta lá, e leva! Porque se for só vocês irem lá e reclamar, eles não...

Part. 1: Tem que ir na ouvidoria. Você tem que falar com a menina... como é o nome dela...

Part. 2: Ah, eu liguei foi para a ouvidoria de Águas Lindas!

Part. 1: Não, mas tem que ir lá! Porque aí ela vai fazer um documento... Eu estou te falando isso porque eu já fui lá. Para fazer este processo inclusive para a minha tia, também. Porque senão também não passava. Aí depois disso, ele começou a passar.

Part. 3: Engraçado, porque desse lado aqui ele também passa em todas as ruas, né. Mas do lado de lá, ele passa só na rua principal.

Part. 2: Ah, minha filha, acontece que antes, ele só ia só até a casa do vereador e voltava. Ele não passava nas outras ruas. Agora, lá na nossa, ele sobe a nossa rua, depois volta, desce de novo.

Part. 1: Mas às vezes é porque não tem como o caminhão entrar.

Part. 3: É, mas só que não tem, aí não tem o local da gente colocar lixo. Eu mesmo não vou pegar uma sacola de lixo e deixar na frente da chácara de outra pessoa. Depois vem um animal, igual está acontecendo ali na esquina do seu Luís, o povo está indo lá em cima colocar o lixo na frente da casa dele, aí depois vêm os cachorros e bagunçam tudo, e eu já vi tanta briga de vizinho por causa disso, então, eu queimo o lixo! Eu não vou colocar meu lixo na frente da casa dos outros.

Part. 1: Se você fizer isso que eu te falei, junto com os vizinhos, ele vai passar! Se ele não passar, entra na justiça.

(Trecho grupo focal 1)

Part. 5: É porque no grupo você conversa, né, você brinca, você vê o problema do outro e percebe que o seu não é tão grande...

Part. 1: Eu estava falando, aqui deveria ter o dia da beleza da mulher. Precisa muito! Precisa muito. Arrumar o cabelo, maquiagem... Porque seria um dia para ela pensar, nossa, eu estou top! Porque um cabelo preso, feito sei lá, uma escova, gente, muda tanto a autoestima da mulher!

Part. 5: Melhora a estima, né!

Part. 4: Quando eu trabalhava, eu acho que eu... assim, do tempo que eu fiquei parada sem trabalhar, eu desleixei muito, acredita?

Part. 3: Quando eu trabalhava, eu não sentia tanta coisa, igual eu sinto agora!

Part. 2: Uai, eu também!

Part. 1: A pessoa parece que fica doente, quando ela fica parada.

Part. 4: Uai, eu... dentro de casa, eu não tenho muito apoio, sabe? Meus filhos me criticam muito, meu esposo... Falam que eu sou mole...

Participante 4 chora enquanto fala. As outras participantes do grupo aproximam-se e a consolam.

Part. 2: Pois é, isso aí é o quê, uma dependência. Se ela tivesse uma independência financeira, um dinheiro dela, ela não iria precisar passar por isso. Certo? Ela não iria!

Part. 1: É “eu vou, eu faço e eu posso!” Eu tenho isso na minha vida. É uma meta que eu tenho: eu vou, eu faço, e eu posso!

Part. 2: E eu consigo!

Part. 1: Se você vai, é porque você consegue, andar com as suas próprias pernas. Eu vou porque é o caminho que eu tenho para seguir. E eu faço porque eu tenho a força do meu corpo e Deus, né. Claro. E quem está ao meu redor, apoiando. E mesmo que não apoiem, eu falo: mas eu vou conseguir! Você está falando de mim, mas eu vou conseguir! Não interessa como. Eu não estou passando por cima de ninguém para conseguir minhas metas. Eu vou passando devagarinho. Todos os dias eu levanto com essa meta na minha vida.

Part. 5: Quem gosta da gente é a gente mesmo!

(Trecho grupo focal 1)

Pesq: O que vocês acham que o posto pode fornecer para ajudar vocês a ter saúde?

Part. 2: Além da meditação, palestras. Eu acho que iria ajudar bastante.

Part. 1: Eu acho que uma informação que as pessoas precisam bastante é sobre a previdência.

Part. 2: Mesmo quando a pessoa não consegue a previdência, é importante ter a informação sobre a bolsa família.

Pesq.: Sim, talvez seria interessante informar sobre todos os benefícios possíveis.

Part. 2: Esse grupo aqui para a gente já é uma terapia. Porque enquanto a gente está conversando, a gente deixa de pensar nas contas.

Part. 3: E já é uma oportunidade para que na nossa própria conversa já surjam informações entre nós.

Part. 2: O primeiro passo para a saúde da mulher é falar. É conversar. Porque mulher gosta é de falar. Só que ninguém quer ouvir!

Part. 5: Gente, nós somos povo, nós temos que ser um só! Nós temos que ser unidos, nós temos que nos conhecer!

(Trecho grupo focal 2)

5.3 Demandas e necessidades em saúde das mulheres na comunidade Padre Lúcio

Retomando os conceitos de demandas e necessidades, destaca-se que as primeiras correspondem às solicitações que o indivíduo realiza, de acordo com sua própria percepção de bem-estar ou sofrimento, diante dos recursos tecnológicos disponíveis. As últimas, por sua vez, remontam aos pressupostos objetivos e subjetivos que permitem uma integração harmônica do sujeito com o ambiente e a sociedade, dentro do contexto em que vive^{19, 21, 22}.

Considerando as ofertas normativas de ações e serviços em saúde, mesmo que as demandas geradas por estas ofertas possam, verdadeiramente, ser interessantes pela ótica epidemiológica dos impactos positivos para a situação de saúde da população, pondera-se que as necessidades sociais intrínsecas frequentemente são ignoradas, tanto pela presunção de um conhecimento apriorístico sobre as melhores estratégias para o bem-estar dos indivíduos e coletividades, como se estes pudessem ser homogeneizados à luz da ciência, quanto pela alienação daquele que torna-se literalmente objeto de intervenções. De acordo com Schraiber⁵⁴ (2000, p.31):

Este procedimento resulta na interdição política dos diferentes sujeitos nesses processos, implicando outra interdição: a de natureza ética, que é a do diálogo crítico. A voz excluída quase sempre pertence a sujeitos tidos como tecnicamente inaptos para falarem, o que resulta na invalidação de seus pronunciamentos, quando isso eventualmente se dá. Nessa condição haverá uma reprodução da vida social em que são mantidas as formulações já existentes, cujos valores foram dominantes quanto à estruturação desse modo de viver, inviabilizando a busca por formas alternativas de vida ou até mesmo a criatividade do pensar reformador.

Durante os grupos focais, quando questionadas sobre a utilização das ofertas de exames de rastreamento para cânceres ginecológicos, as mulheres não demonstraram adesão aos

serviços ofertados, por motivos diversos: descrédito em relação ao sistema público de saúde; ansiedade durante as consultas; percepção dos procedimentos ginecológicos como incômodos ou constrangedores; desconhecimento sobre os motivos e periodicidade recomendada dos rastreamentos; rotina atribulada e cuidados com terceiros, que acarretam abandono do autocuidado; e crenças a respeito do funcionamento do próprio corpo, bem como sobre a eficácia de terapias alternativas, que influenciam o julgamento sobre a conveniência dos exames e medicamentos convencionais recomendados.

Part. 1: Eu tenho nervoso. Minha menstruação terminou com 47 anos, então eu pensei que eu já tinha me limpadado. Aí a doutora me falou, é por isso que o nome é prevenção, é para prevenir. Aí eu vim fazer com a enfermeira. Meu Deus, foi uma dificuldade para eu abrir minhas pernas, me deu até câibra. Eu morri de vergonha! Acho que por conta de eu ter muito contato com a enfermeira, ela é quase uma amiga da gente! Acho que seria melhor se a gente nunca mais visse a cara da pessoa. Eu só sei que quando eu menstruava, eu sentia algumas coisas, tipo coceira, por exemplo. Eu fazia até ultrassonografia transvaginal. Aí depois que acabou, parece que limpou mesmo, não sei o porquê. Aí me ensinaram a usar aquela erva, a malva, para combater os calores. Eu batia no liquidificador com água gelada. Eu não tenho nada, menina. Graças a Deus, tem dez anos que foi.

Part. 2: Que bom saber disso, porque quando eu estiver nessa fase eu vou tomar esse suco! Eu quero menstruar até os sessenta anos. Porque eu não sei o que é pior, se é a menstruação ou a menopausa. Só sei que mulher sofre de tudo que é jeito! Porque menstruação é um saco, principalmente porque cada mês vem um sintoma diferente. E quando acaba, eu vejo as mulheres quase ficando loucas por causa da menopausa! Eu fico até com medo.

(Trecho grupo focal 2)

Desde a Antiguidade, os estereótipos relativos ao corpo feminino estiveram cercados de influências dogmáticas e concepções pejorativas atribuídas ao útero e seus fenômenos fisiológicos, acreditando-se que determinavam os processos mentais característicos das mulheres, vistas como inferiores aos homens. Na obra de Galeno, a melancolia era associada aos vapores do sangue menstrual⁴⁵. Segundo Serrão⁵⁵ (2008, p.15), nesta época considerava-se a menstruação como um mecanismo para eliminar substâncias impuras e tóxicas. Após a menopausa, então, essas substâncias ficariam acumuladas, provocando melancolia e loucura.

Já na Idade Média, o movimento da Inquisição fomentou a perseguição das chamadas “bruxas”, mulheres geralmente pobres e de origem camponesa, que manifestavam comportamentos estranhos à sociedade da época, relacionados a quadros de fúria ou melancolia, ou à prática de prostituição, adultério e abortamento. Também eram consideradas bruxas ou feiticeiras as mulheres que possuíam conhecimentos sobre as ervas medicinais, e manipulavam “poções” capazes de curar doenças. Assim, a caça às bruxas tinha a finalidade de eliminar as mulheres que transgrediam a moral vigente, afastando-se dos papéis normativos do casamento e da maternidade⁴⁵.

Na Idade Moderna, fortaleceu-se a crença da relação entre a fisiologia uterina com a regulação da sanidade mental. Havia todo um misticismo em torno das variações menstruais cíclicas, da procriação e da fecundidade, o que reforçava a ideia do caráter feminino instintual, mais próximo dos segredos da natureza. Ao mesmo tempo, o capitalismo nascente reforçava o entendimento da conduta “normal” segundo critérios de utilidade e produtividade, sendo que o diagnóstico e tratamento da loucura eram considerados como objeto do saber médico. Assim, os desviantes sociais (mendigos, desempregados, prostitutas) passaram a ser confinados em asilos para suposto “tratamento”⁴⁵.

Ao longo da Idade Contemporânea, houve revoluções paradigmáticas na psiquiatria, notadamente com Freud e a psicanálise, e no pós-segunda guerra com as políticas de desinstitucionalização. Por outro lado, as ciências médicas também reproduziram conceitos vinculados ao modelo de produção fordista, valorizando, dentro de uma visão mecanicista, o funcionamento e a produtividade do corpo. Ao representar o declínio da fertilidade da mulher, ou seja, a perda de uma desejável “capacidade” reprodutiva, a chegada do climatério e da menopausa passaram a ser fortemente associados a um estado físico deficitário, em contraposição à ideia de um processo natural do envelhecimento. Assim, o déficit do hormônio estrogênio justificaria os sintomas de fogachos, suores noturnos, fragilidade óssea, atrofia genito-urinária, ansiedade, perda de memória, melancolia e insônia, problemas cuja solução estaria na intervenção médica, mais especificamente, na reposição daquele hormônio que falta⁵⁶.

A concepção do climatério e da menopausa como doença física ignora os aspectos psicossociais envolvidos nesta fase de mudanças importantes na vida da mulher. Mesmo que a menstruação esteja comumente ligada a sentimentos de vergonha e culpa para as mulheres, sua ocorrência é uma forte representação da identidade feminina. A interrupção deste fenômeno envolve uma série de expectativas negativas sobre a sexualidade, a fertilidade e o envelhecimento, atrelados ao imaginário social do Ocidente que (des)qualifica a menopausa enquanto marco inicial de um período de deterioração física e cognitiva. Outros comemorativos influenciam no processo, produzindo vulnerabilidades: o ninho vazio, o divórcio, os lutos, os conflitos e problemas de saúde. Com frequência, os estereótipos sobre esta fase da vida da mulher geram receios que acabam por efetivamente resultar em depressão e insatisfação. Sendo assim, é fundamental contextualizar as queixas apresentadas pelas mulheres, tendo em vista a perspectiva de gênero⁵⁵.

Por outro lado, a atribuição de características positivas para a vivência do climatério e menopausa podem ressignificar a vida da mulher com base nos valores da sabedoria e

experiência, como ocorre na cultura oriental, onde o envelhecimento é representativo de status e privilégio social. No quesito comportamental, a dedicação a atividades que configurem sentido de autorrealização para a mulher é considerada fator de proteção emocional⁵⁵.

Durante as entrevistas individuais empreendidas na presente pesquisa, foi possível concluir que o climatério e a menopausa foram percebidos como intenso sofrimento por 3 das 4 mulheres que já haviam passado ou estavam passando por este processo. Foram relatados sinais e sintomas incômodos como hemorragias uterinas, fogachos, redução da libido, tristeza e ansiedade, com demandas por exames de investigação e intervenção medicamentosa (terapia de reposição hormonal). Assim, as falas das entrevistadas sugeriram a visão do climatério e menopausa como doença, à exceção de uma delas, que relatou apresentar fogachos e suores, mas não demandou intervenção, por considerar positivamente a ocorrência de suores.

Ent. 3: Dizem que é bom, né, porque você soltando o suor você está expulsando o mal do corpo”

(Trecho entrevista individual 3)

Ent. 1: Mudou mais, assim porque... eu envelheci muito, com isso, com essa menopausa... demorei para procurar ajuda... nossa, porque era um calor, que eu faltava pouco morrer. Não podia escovar o cabelo, não podia nada, toda hora tinha que tomar banho... foi aí que eu resolvi ir na ginecologista, aí que ela me passou um remédio, foi o que me ajudou.

(Trecho entrevista individual 1)

Ressalta-se que o uso de benzodiazepínicos foi julgado como fundamental pelas entrevistadas que vivenciam o período pós-menopáusicos, para lidar com o cotidiano, conseguir ter momentos de sono e descanso e para combater o nervosismo. A principal demanda das mesmas durante as consultas refere-se à renovação das prescrições destes medicamentos. São mulheres em situação de vulnerabilidade, já que estão em sofrimento mental e, ao mesmo tempo, são cuidadoras em tempo integral dos filhos com diagnósticos de transtornos mentais severos e persistentes, que apresentam limitações significativas no desempenho das atividades diárias. Devido a esta conjuntura, essas mulheres tendem a manter, mesmo em situações de crise, suas tarefas domésticas, sendo este um dos motivos que fazem com que elas tenham uma forte crença na dependência dos benzodiazepínicos para “levar a vida”.

Ent. 1: Ih, minha filha, se eu não descansar um pouquinho... eu tomo esse remédio... às vezes eu vejo que eu tô... porque tem dia que eu amanheço tremendo, tremendo. Aí eu tomo esse aqui, me deito um pouquinho, aí relaxo um pouco. É, se eu não estiver com esse remedinho... quando eu vejo que tem uns cinco (na cartela), eu já tenho que vir marcar consulta para a doutora passar para mim.

(Trecho entrevista individual 1)

Criar ou perpetuar a dependência de determinado produto ou serviço é conduta incoerente com o paradigma do cuidado presente na argumentação desta pesquisa. No entanto, o uso continuado dos benzodiazepínicos, sem uma finalidade específica e por tempo indeterminado, é uma realidade tomada como imprescindível para muitos indivíduos, o que é preocupante, especialmente na população idosa, mais susceptível aos potenciais efeitos colaterais destes medicamentos, relacionados a déficits cognitivos, quedas e consequentes debilidades permanentes⁵⁷.

Diante de contingências sociais complexas, os benzodiazepínicos muitas vezes acabam sendo prescritos como uma panaceia, na tentativa de aliviar rapidamente o sofrimento, através de uma conduta padrão que não atende às singularidades dos sujeitos⁵⁷. A abordagem congruente com a construção do projeto de cuidado exige considerar a família em seu contexto, arregimentando as parcerias possíveis, começando pelo sujeito, e envolvendo familiares, vizinhos, amigos, equipe da Estratégia Saúde da Família e demais equipamentos da rede de saúde e de assistência social. O objetivo é colaborar para que o indivíduo e a comunidade possam arquitetar percursos de cuidado que conduzam à autonomia.

O envelhecimento foi considerado positivamente nos relatos das participantes das entrevistas, no sentido de sabedoria, experiência e gratidão por avançar no tempo. As insatisfações estiveram relacionadas às mudanças físicas e ao medo de morrer, deixando os dependentes desamparados.

Ent. 3: Eu sinto alegria só de estar viva! E com saúde. E saber que Deus me deu meus filhos todos perfeitos! Eu estou gostando de envelhecer. Eu gosto porque, enquanto tem criança que vai novinha, eu vivi esse tanto de anos! Eu fico feliz, todo dia eu agradeço a Deus.

(Trecho entrevista individual 3)

Ent. 4: É, a gente fica mais cansada, a gente esquece um pouco... eu também penso muito, eu tô ficando velha, eu com esses meninos, como que vai ser daqui pra frente né? Só Deus pra saber. Porque Deus não desampara ninguém.

(Trecho entrevista individual 4)

Nos grupos focais, abordamos também a visão da comunidade sobre a gravidez na adolescência. Foi consenso entre as participantes o fato de que atualmente as informações e o acesso aos métodos contraceptivos são amplamente facilitados, tanto devido aos meios de comunicação (Internet e TV) quanto à abertura para as conversas sobre sexualidade, na família e na escola. No entanto, os casos de gravidez na adolescência foram atribuídos à imaturidade e à impulsividade dos jovens, sendo também questionada a qualidade e adequabilidade da informação recebida nas redes digitais e mesmo em casa, já que os adolescentes não costumam falar sobre questões íntimas, espontaneamente, com os familiares. A gestação em idade precoce é percebida como negativa, no sentido de minar as perspectivas futuras para as mulheres.

Part. 2: A maioria nem é casada! E eu vou ser sincera: vai sofrer! Porque o homem não vai ficar aguentando aquela vidinha, porque ele só tem dezesseis, dezessete anos, aí vai chegar uma idade em que ele não vai mais aguentar aquilo ali. E ele simplesmente vai viver a vida dele. E ela vai ficar com os filhos lá. E como ela vai continuar trabalhando, para cuidar dela e das crianças? E ainda vai colocar a criança no mundo para sofrer, porque as crianças vão sofrer, e vai ter consequências depois.

(Trecho grupo focal 2)

Nas entrevistas individuais, as informantes manifestaram preferência pela esterilização cirúrgica como método contraceptivo, devido ao seu caráter definitivo. A ocorrência de gravidez indesejada foi vista como traumática para a maioria das entrevistadas, especialmente para as mais velhas, que tiveram mais dificuldades na criação dos filhos. A percepção da gestação como acontecimento inevitável e traumático pareceu ter forte influência negativa no exercício da sexualidade, com o receio superando o gozo.

Ent. 1: Ai, não... Eu desde nova fui o tipo da mulher, assim, muito fria. Mesmo mais jovem. Eu não sei, quando eu tive meu primeiro filho, eu tinha 18 anos. Aí eu engravidei de outro, tinha 9 meses que eu tinha ganhado o primeiro. Aí eu tomei trauma. Nossa, tomei trauma, trauma! Porque naquela época, remédio assim para evitar era muito difícil. Camisinha não tinha... Então fui engravidando um em cima do outro... e eu tomei trauma.

Pesq.: Mas trauma da gravidez, da relação, ou dos dois?

Ent. 1: Da gravidez e das relações.

Pesq.: Porque a senhora ficava com medo de engravidar de novo...

Ent. 1: Isso. Aí até hoje, eu sou o seguinte, daquelas mulheres assim, fria, que eu não sinto nada.

Pesq.: Entendi. E o marido da senhora, como é que é nisso aí?

Ent. 1: Ah é, ele já reclama muito. Ele fica me cobrando, aí eu falo, "ah, vai arrumar outra, por quê que você não arruma outra?"

Pesq.: Atualmente vocês estão tendo relações?

Ent. 1: Não.

Pesq.: Há quanto tempo não tem relações?

Ent. 1: A gente passa até uns... três meses, quatro meses.

Pesq.: Mas de vez em quando ainda tem.

Ent. 1: De vez em quando. Eu faço mais só pra satisfazer a ele, porque, eu mesma... (Sinal de negativa com a cabeça)

Pesq.: A relação não tem sido prazerosa.

Ent. 1: Não.

Pesq.: Na hora da relação ele é carinhoso com a senhora?

Ent. 1: Não, ele não é carinhoso, não é aquele homem carinhoso.

Pesq.: E a senhora acha que se ele fosse, seria melhor?

Ent. 1: Ah, eu acho que sim, porque quando eu conheci ele, foi assim, ele era um homem muito carinhoso. Aí a gente conversou... aí eu sentia. Mas aí depois a gente foi, e eu fui ver que, que as coisas mudaram.

Pesq.: Depois que vocês começaram a viver juntos na mesma casa, a senhora acha que mudou?

Ent. 1: Uhum. Mudou. Aí mudou.

Pesq.: Mudou como?

Ent. 1: É, ele ficou menos carinhoso, ele não é de... de abraçar a gente... de manhã, ele vai dar um bom dia, já é um bom dia gritado...

Pesq.: E a senhora me disse que teve um certo trauma porque teve muitos filhos, e tal... Nessa época, foi muito difícil, quando a senhora engravidou?

Ent. 1: Ser mãe foi muito difícil, porque eu morava, a gente morava, na época, a gente morava na roça, e era um lugar muito longe, muito difícil as coisas, entendeu? Aí para lavar roupa tinha que ser em um córrego, aí eu ia com um menino de um lado e outro

menino de outro, e a mala de roupa na cabeça, para ir para a casa da sogra, bem longe, para lavar a roupa. Era muito difícil! Ser mãe, naquele tempo meu, foi muito ruim. (Trecho entrevista individual 1)

Um dos depoimentos revelou como a ocorrência da gravidez indesejada, dentro de um contexto de desamparo social, pode conduzir ao desespero e a uma espécie de sina:

Ent. 4: Inclusive da caçula, a gente não tinha essa história de preservativo, não tinha essas coisas de evitar, né, a gente tomava era remédio. Aí eu peguei, tomei um regulador para ver se...se eu abortava, né, porque eu tinha medo dela nascer igual aos outros, que eram deficientes né? Mas aí eu não consegui, não. Era um tal de regulador 2. Era um vidro, a gente tomava um cálice. Diz que a mulher que era abortiva, abortava mesmo. Mas eu não consegui, não. (...) Inclusive a minha filha do meio, ela engravidou com 15 anos. Porque eu não podia corrigir. Ela abortou dois, antes, e depois ela ganhou com 15 anos. Inclusive ela tem uma menina agora, que ela fez 17 anos em dezembro, ela já tem uma filhinha, que vai fazer 1 mês. Inclusive ela não pôde nem cobrar da menina, porque ela foi a mesma coisa, né? E ela é mãe solteira. Ela tem 3 filhos, cada um de um pai. (...) Não sei o que ela tomou, não, só sei que ela abortou. Quando eu vi já estava abortando. Ela abortou 2 vezes. E do outro ela sofreu muito, porque dizem que no aborto a dor é maior né? Tanto foi que o próximo ela segurou. (...) Depois do aborto, ela guardou repouso em casa mesmo, não teve infecção nem nada. E hoje ela passa muito trabalho, ela não tem uma vida muito boa não, porque ela tem 3 filhos, um deles não dá muito trabalho, ele é muito trabalhador, ele é do quartel. É o único que não dá trabalho para ela. Agora, o mais velho dá trabalho, e a mais nova também dá trabalho, porque ela engravidou com 16 anos. Nem terminou os estudos ainda. Aí ela sofre por isso né. Mas não tem como ela cobrar, porque ela também foi desse jeito.

(Trecho entrevista individual 4)

As noções sobre anticoncepção estiveram predominantemente concentradas nos métodos propriamente ditos, em detrimento do conhecimento do próprio corpo pelas mulheres, o que indica a interferência da oferta de métodos contraceptivos nos modos de viver, sem que ocorra simultaneamente o empoderamento para a gestão do autocuidado. Assim, o manejo inadequado dos métodos contraceptivos favorece a ocorrência de gestação indesejada, fato que ainda hoje interdita a autonomia das mulheres no planejamento familiar. Daí a visão de que a abstinência sexual, a laqueadura, a histerectomia e a própria menopausa são os meios mais seguros e confiáveis para evitar a gravidez.

Ent. 2: Eu não queria ficar tendo menino, né, aí eu deixei. O pessoal lá ficou dando conselho para minha mãe não me operar, que eu ia ficar isso, que eu ia ficar doida, magra, velha... Eu fiz foi engordar mais!

(Trecho entrevista individual 2)

É interessante destacar a singularidade do relato de uma entrevistada, que relatou conhecimento e interesse pelo próprio corpo, por influência de suas crenças e práticas dentro do catolicismo:

Ent. 5: Eu e meu marido usamos o método natural, eu não tomo contraceptivo, eu não uso preservativo. Desde quando eu me casei na Igreja, eu me conheço muito. Tanto que eu me observo muito, conheço meu corpo e tudo, eu tenho medo... Procuo fazer

com que eu e meu marido tenhamos higiene, eu da mesma forma. É fazendo exame, se eu preciso de tomar algum comprimido, eu e ele tomamos. Inclusive está na hora de eu fazer meu preventivo. Eu gosto de fazer meus exames, meu transvaginal, para ver como está tudo direitinho.

(Trecho entrevista individual 5)

Constata-se que as demandas instauradas na perspectiva de produção e consumo de serviços desconsideram os aspectos psicossociais implicados no processo saúde-doença e não privilegiam a educação em saúde, que permitiria a construção do autoconhecimento pelas usuárias, bem como a tomada de decisões conscientes e o engajamento legítimo nos cuidados ofertados⁵⁴. Pensando no planejamento familiar, independente das percepções das mulheres sobre o significado da maternidade e sobre o momento oportuno para a concepção (quando o desejam), é contundente a necessidade de empoderamento sobre a anatomia e fisiologia do próprio corpo, bem como sobre a sexualidade, a anticoncepção e os mecanismos das doenças sexualmente transmissíveis.

Sugere-se, assim, modelos de educação em saúde com arranjos grupais e utilização de metodologias ativas, configurando espaços de autorreflexão e diálogo que propiciem a construção autônoma do saber. Com efeito, dentro do consultório médico, as mulheres dificilmente expõem sua verdadeira visão das funcionalidades do corpo, já que procuram responder aos questionamentos da maneira que julgam correta cientificamente, e não como realmente pensam. Já na experiência grupal, o ambiente informal e as trocas interpessoais estimulam a livre participação, a contextualização psicossocial do processo saúde-doença e a elaboração de alternativas originais de projetos para os indivíduos e suas comunidades⁵⁶.

Para além da negatividade da doença, reconhecer as necessidades dos sujeitos pressupõe a investigação das suas percepções de saúde. Evitando uma pretensão de objetificação dos indivíduos, preconiza-se a valorização do protagonismo e da autonomia dos mesmos no próprio cuidado, alinhando expectativas e intervenções em direção às alternativas de percursos que possibilitem o alcance de melhores condições de vida, dentro de um contexto específico¹⁷.

Nos grupos focais, as noções de saúde estiveram relacionadas ao trabalho, à autonomia e a independência. Também foi expressa a necessidade de ter atividades prazerosas, que possam combater a monotonia. As atividades grupais foram consideradas positivamente, como forma de suprir a necessidade de interação social e de troca de apoio e informações. Durante as entrevistas individuais, também foi manifestada a necessidade de conversar, de interagir socialmente. Tanto é que a maioria das entrevistadas adota uma postura proativa neste sentido, buscando atividades religiosas como forma de construir amizades, para além do compartilhamento das vivências espirituais.

Part. 2: Assim, a principal coisa que precisaria para a gente ter saúde, seria assim alguma coisa diferente. Alguma atividade diferente. Tipo, assim, pelo menos uma vez na semana, igual eu disse, uma dança de salão. Uma coisa diferente para fazer, porque a rotina aqui é sempre a mesma. Não muda. Como ela mesmo diz, todo final de semana é churrasquinho na casa dela, e tudo... Lá em casa também era assim. Antes da minha mãe ficar desse jeito também era assim. Todo final de semana a gente reunia, fazia um churrasquinho. Teve um dia que não deu, e eu falei assim, meu Deus, graças a Deus um final de semana de sossego! Sério, porque a rotina, também, chega uma hora que cansa!

Part. 1: Ter saúde está muito relacionado a ter independência. Ao trabalho! Porque a mulher independente, ela é tudo! Ela não fica com depressão. Ela não fica sem dinheiro. Ela não fica parada. Ela fica viva! Porque a mulher só dentro de casa, ela vai definhando, ela vai sucumbindo!

Part. 5: Pois é. Mas eu tenho uma vida ativa, aqui mesmo na chácara. Porque eu faço guloseimas para vender.

Part. 1: Então, olha aí, ela já tem uma atividade.

Part. 5: Eu tenho uma atividade! Eu não fico totalmente parada.

Part. 2: Pois é. Mas não é bom você ter dinheiro?

Part. 5: É muito bom! E também tenho a igreja, que me ajuda, né.

Part. 3: Então essa vivência de comunidade ajuda, também, né.

Part. 5: Ajuda. Muito!

(...)

Part.5: É porque no grupo você conversa, né, você brinca, você vê o problema do outro e percebe que o seu não é tão grande..."

(Trechos grupo focal 1)

Part. 2: Ter saúde é estar bem, em todos os sentidos. A mente tranquila e o corpo saudável, sem limitações. Porque as limitações é que é terrível. Eu estou passando por uns problemas, então eu fico meditando. Mas de vez em quando eu surto.

Part. 5: Ter a cabeça boa, tranquila.

Part. 1: Tudo que os outros ensinam sobre as ervas, eu tomo.

Part. 5: Eu também tomo muita erva.

Part. 2: É que os remédios vêm também das ervas, só que eles contêm conservantes, que aí já fazem mal para a saúde. Então é melhor tomar só as ervas.

Pesq: M. mencionou a meditação, você medita?

Part. 2: estou tentando meditar, agora estou conseguindo mais. Já fiz um tempo atrás, depois eu parei, agora estou fazendo novamente.

Pesq: E você acha que te ajudou?

Part. 2: Nossa, demais! Se eu não estivesse meditando, eu já tinha surtado. Porque eu sempre fui muito agitada. E agora eu já não posso, não posso fazer esforços. Eu até saí do trabalho recentemente.

(Trecho grupo focal 2)

Ent. 1: Ah, ter saúde, eu acho que assim... (pausa) acho que mais assim é as pessoas conversarem... porque, se as pessoas ficarem sem conversar, parece que ali você vai enchendo por dentro, você não tem com quem desabafar... aí a pessoa vai adoecendo com aquilo.

(Trecho entrevista individual 1)

Outra necessidade revelada foi a de “limpar a mente” e voltar-se mais para o autocuidado. Tanto nos grupos focais quanto nas entrevistas individuais, emergiu uma forte associação do estado mental com a saúde como um todo e o consequente bem-estar. Foram destacados os benefícios das atitudes cognitivas de concentração nas atividades desempenhadas a cada momento, bem como a valorização dos aspectos positivos da vida.

Ent. 5: Se a mente estiver sadia, por mais que o corpo dela não esteja, a mente edifica. Se eu tenho confiança de que amanhã vai ser um dia melhor, vai ser melhor! Agora, se eu acordar com aquele pensamento, ai meu Deus, hoje eu não vou me levantar dessa cama, e que vai ser um dia daqueles, acaba sendo um dia daqueles! Acaba sendo um dia ruim, tudo acaba dando errado...

(Trecho entrevista individual 5)

Part. 5: Agora, eu vou responder sua pergunta. A mulher trabalhar muito, isso prejudica sim! Mas se ela sobrecarregar a mente. Se ela sobrecarregar a mente no que ela está fazendo, aí ela adocece. Agora se ela sobrecarregar só o corpo, aí ela vai de boa!

Pesq.: E como não sobrecarregar a mente?

Part. 5: Não sobrecarregar a mente é o seguinte: eu estou aqui trabalhando. Aí a minha mente está lá no meu filho, que está lá não sei onde... a minha mente está lá no meu marido que está não sei onde... no meu neto que está não sei onde...

Part.1: Então, mais eu era assim!

Part. 5: Então aquilo faz com que eu não esteja aqui. Se eu entregar na mão de Deus e deixar ele carregar essas coisas que eu falei e ficar só no meu serviço, aí eu vou de boa!

Part. 2: Se você focar só no presente. Aí está na mão de Deus. E eu adoeci por causa disso.

Part. 5: Isso! Você fica com tudo na mente, ah, meu filho está fazendo o quê, meu neto está fazendo o quê! Minha filha está fazendo o quê? E aí? A gente morre e não faz nada!

(Trecho grupo focal 2)

A relação com a terra foi vista como preventiva e curativa, tanto por meio da alimentação baseada em frutas e hortaliças, quanto através do consumo de chás e garrafadas provenientes das plantas medicinais. Foi relatado um aumento da utilização das ervas com fins terapêuticos, em consequência da retirada da farmácia da UBS, que anteriormente permitia a dispensação dos medicamentos alopáticos no próprio serviço.

Part. 2: E agora conseguir o remédio pela rede pública está tão difícil que o povo está voltando a recorrer às ervas. Tem várias pessoas aqui que fazem as garrafadas, inclusive para limpar o útero, por exemplo.

(...)

Part. 5: Depois que eu mudei para ali, que eu comprei um pedacinho de terra ali, graças a Deus eu sou outra!

Part. 3: Aqui no Padre Lúcio tem essa vantagem, porque minha prima, ela sarou de bronquite asmática.

Part. 5: Eu cuido do meu pedacinho de terra lá, eu trabalho, eu capino, eu limpo, ajeito tudo bonitinho lá. É uma terapia! De manhã, eu cuido das minhas plantas, converso com minhas plantas, e está maravilhoso. E estou me cuidando mais também, até no médico estou vindo com mais frequência, antigamente eu tinha trauma. Porque minha pressão subia, me dava um nervoso...

Part. 1: A gente esquece tudo, né.

Part. 5: Até disso eu sarei! Venho aqui, converso com a enfermeira, converso com a médica, no consultório, e tudo... está maravilhoso!

(Trechos grupo focal 2)

Inclusive, uma das principais necessidades apontadas pelas mulheres foi a implementação dos serviços de farmácia e laboratório dentro da UBS, considerando o custo e as limitações do transporte para os setores urbanos, bem como a distância a ser percorrida, para ter acesso aos exames e remédios prescritos nos atendimentos realizados na Estratégia Saúde da Família. Também foi apontada como necessidade a instalação de uma academia comunitária no terreno ao lado da UBS, que consistiria em ponto de encontro e lazer para a comunidade, e permitiria a prática de atividades físicas sem as inseguranças vividas atualmente, relativas ao medo de assaltos, sequestros e estupros.

3: Por exemplo, uma reivindicação nossa é a academia comunitária, que poderia ser aqui ao lado do postinho para que as pessoas pudessem fazer exercícios físicos, sem precisar ficar caminhando para longe, correndo risco de vida. Seria um lazer também, uma alternativa para os moradores de Padre Lúcio, pois aqui não tem área de lazer. Não tem. (trecho grupo focal 2)

Nas conversas sobre as vivências das mulheres nos serviços de saúde, emergiram discussões sobre os dispositivos de acolhimento, acesso e acessibilidade. O acolhimento diz respeito aos seguintes princípios: atender a todas as pessoas que buscam os serviços de saúde; reorganizar o processo de trabalho, com foco na equipe multiprofissional; e requalificar a relação trabalhador-usuário a partir da premissa da cidadania⁵⁸. A acessibilidade refere-se às possibilidades para que as pessoas cheguem aos serviços, e o acesso corresponde ao uso oportuno dos serviços para atendimento das necessidades do usuário, com os melhores resultados possíveis⁵⁹.

Part. 1: Esse posto aqui foi... nossa... não é uma caridade não, é um efeito muito grande. Porque aqui ou era em Brazlândia ou era em Águas Lindas. Então a pessoa morria no meio do caminho.

(Trecho grupo focal 1)

Part. 1: Olha... (risos) A gente tem que falar o que é... tem hora que... essa menina ali. Tem dia que ela parece que tá virada, tá nervosa, aí você tem que ficar ali, esperar... Aí se ela falar que é aquela hora, é aquela hora ali. Às vezes a gente chega aqui passando mal. Ela fala assim: “não tem vaga. Só vai ter vaga nesse dia aqui.” Aí você tem que ir para Brazlândia, aí você fica o dia todinho para ser atendido.

(Trecho entrevista individual 1)

Ent. 3: Ah, eu acho que está bom. Tudo que a gente precisa as meninas (agentes comunitárias de saúde) tentam ajudar. A única coisa que não tem é remédio, né?

(Trecho entrevista individual 3)

Os problemas de acessibilidade foram associados às distâncias para os hospitais e o CAPS, diante da oferta insuficiente de transportes. Já as dificuldades no acolhimento e no acesso estão relacionadas ao modo como está organizada a oferta dos serviços, considerando também os recursos humanos, nas dimensões quantitativa e qualitativa. A barreira de acesso aos hospitais próximos ocorre principalmente por conta da falta de clareza sobre a atribuição de responsabilidades concernentes aos serviços que configuram a rede de atenção em saúde na Região Integrada do Distrito Federal e Entorno (RIDE). Ainda assim, a maioria das entrevistadas prefere o parto hospitalar ao domiciliar, por questões de segurança e percepções de adequação do ambiente.

Part. 4: Você chega no hospital para consultar, aí eles perguntam onde você mora. A última vez que eu fui para o hospital, eu estava ruim, ruim da coluna, que eu não conseguia nem fazer assim, aí eu fiquei lá esperando, eles chamarem, quando o rapaz me chamou para a triagem, eu falei que morava aqui. Ele falou assim, então você vai ter que procurar o posto mais próximo e procurar a enfermeira de lá para te atender, para te encaminhar para o Hospital de Águas Lindas, ou então, se lá tiver médico, o médico vai te atender. Aí eu voltei para casa, eles não me atenderam!

(Trecho grupo focal 1)

Ent. 3: Nunca quis ter filho em casa. Eu sempre corria pro hospital, entendeu? Porque da primeira eu vi que minha bolsa não arrebentava... Porque eu fiquei sabendo dela, né, eu num sabia de nada. Aí que eles falaram, sua bolsa não arrebenta. Porque ia passando e a bolsa num arrebentava. Aí eles arrebentaram logo, logo ela já quis nascer. Mas precisou de pique também.

(Trecho entrevista individual 3)

Ent. 4: Ah, não, em casa é ruim demais. Não tem um assento pra gente sentar. Ih, minha filha, aquilo é horrível, parece que a dor é mais! Aí foi pior. Agora os que eu ganhei no hospital, não, eles cuidam da gente direitinho, quando a gente dá fê o menino já tá nascendo. Eu tive sete filhos. Todos os sete foi normal. Depois da caçula é que eu fiz laqueadura, né, mas foi tudo parto normal.

(Trecho entrevista individual 4)

Ent. 5: Olha, achei uma enfermeira que ela chegou, que ela falava assim para mim, “tenta fazer força, você que tem que ajudar”. E era eu sozinha no hospital. O hospital vazio e tudo, era eu sozinha no quarto, onde geralmente ficam cinco ou seis. Ela dizia “tenta fazer força”. E eu chorava calada. Era aquele choro que era mesmo só para mim. Só quem entrava lá que via que eu estava chorando. Nunca fui de fazer escândalo nem da primeira e nem de agora. Não fiz escândalo, aí ela entrava e eu ficava calada. Ela falava “não estou aguentando te ver chorando desse jeito aqui quietinha”. E aí ela veio, conversou comigo, eu acho que foi ela de tremenda importância, ela falou “eu sei o que você está sentindo, porque uma coisa é a gente vir ganhar o filho, sentir a dor e ir embora. É como se fosse a dor da recompensa. Passou a dor, você vai com a sua recompensa para casa. Agora o que você está sentindo realmente dói. Porque você veio com alguém e vai embora sozinha.” Então aquilo ali doeu, me confortou, eu me senti triste, mas ao mesmo tempo eu me senti acolhida, eu me senti abraçada.

(Trecho entrevista individual 5)

Durante um dos grupos focais, foi aventada a possibilidade de cursos de capacitação para o desenvolvimento de habilidades que proporcionem o trabalho das mulheres dentro do domicílio. Houve também a reivindicação por atividades educativas tendo como temática a discussão de direitos e benefícios, especialmente os previdenciários. Devido às restrições de acessibilidade aos equipamentos governamentais, comuns aos moradores das áreas rurais, a Estratégia Saúde da Família acaba sendo a principal referência para informações de todas as ordens, assumindo uma importante função social, o que exige intrincadas articulações intersetoriais para a efetivação da coordenação do cuidado necessária à realidade local.

Part. 3: É, aqui não tem emprego, aqui não tem como. Eu mesmo já trabalhei com várias coisas. Mas eu saía para trabalhar nas feiras, fora. Já vendi roupa, bijouteria, folheado, tudo, e eu ia trabalhar nas feiras, fora. Em Águas Lindas e em Brazlândia. Mas aqui, mesmo, é mais difícil. As mulheres têm que sair para trabalhar fora. Eu acho assim, é bom, é muito bom se aparecer algum tipo de curso, algumas outras coisas para ajudar as mulheres, porque tem mulheres que não sabem fazer, não tem como ganhar nada da terra, não tem como a gente plantar e colher para vender, não tem essas condições e nem tem como sair para poder ganhar alguma coisa.

(Trecho grupo focal 1)

Pesq: O que vocês acham que o posto pode fornecer para ajudar vocês a ter saúde?

Part. 2: Além da meditação, palestras. Eu acho que iria ajudar bastante.

Part. 1: Eu acho que uma informação que as pessoas precisam bastante é sobre a previdência.

Part. 2: Mesmo quando a pessoa não consegue a previdência, é importante ter a informação sobre a bolsa família.

Pesq: Sim, talvez seria interessante informar sobre todos os benefícios possíveis.

Part. 2: Esse grupo aqui para a gente já é uma terapia. Porque enquanto a gente está conversando, a gente deixa de pensar nas contas.

Part. 3: E já é uma oportunidade para que na nossa própria conversa já surjam informações entre nós.

Part. 2: O primeiro passo para a saúde da mulher é falar. É conversar. Porque mulher gosta é de falar. Só que ninguém quer ouvir!

Part. 5: Gente, nós somos povo, nós temos que ser um só! Nós temos que ser unidos, nós temos que nos conhecer!

(Trecho grupo focal 2)

6 CONCLUSÕES

Reconhecer necessidades e demandas das usuárias da Estratégia Saúde da Família, na perspectiva da integralidade, é um objetivo consonante com os constructos teórico-filosóficos norteadores do cuidado em saúde, relativos à autonomia e dignidade dos sujeitos na elaboração de seus projetos de vida. Assume-se que a organização das ações e serviços em saúde deve direcionar-se pelo íntimo relacionamento com os indivíduos e comunidades, valorizando-se os processos dialógicos e a mobilização de redes sociais como ferramentas deste cuidado que se entende como emancipador.

A reflexão sobre as vulnerabilidades da população feminina, bem como sobre as relações de gênero e suas implicações na comunidade rural em enfoque neste estudo, levou ao interesse pela temática da integralidade na atenção à saúde das mulheres, no contexto singular do serviço de Estratégia Saúde da Família de Padre Lúcio. Os grupos focais e as entrevistas individuais de profundidade consistiram estratégias adequadas, respectivamente, para apreensão das vivências comunitárias, em suas dificuldades e potencialidades, e para entendimento dos aspectos subjetivos implicados no adoecimento das mulheres.

Foram problematizadas as articulações entre as concepções de demandas, necessidades, integralidade, vulnerabilidades, coping e redes de suporte social na atenção à saúde das mulheres. Configuram vulnerabilidades das mulheres em Padre Lúcio: ausência de infraestrutura satisfatória às necessidades da comunidade; poucas opções de lazer e convívio social; violência de gênero; obstáculos ao exercício de trabalho remunerado, bem como falta de oportunidades de educação e emprego; e falta de assistência previdenciária. Os relatos também permitiram a identificação de vulnerabilidades relacionadas à sobrecarga de atividades e atribuições, inclusive no cuidado de outras pessoas, visto como obrigação social das mulheres. Além disso, foram relatadas situações de violência doméstica.

As alternativas de suporte social estão presentes na Igreja, por meio dos grupos de oração e outras atividades religiosas; e na família, em contextos diversos, nem sempre funcionais. Cabe destacar a relevância da Estratégia Saúde da Família no provimento de apoio social, tendo em vista as possibilidades de criação de vivências comunitárias e mobilização de redes sociais no âmbito deste serviço.

Identificaram-se as seguintes demandas: prescrição de benzodiazepínicos; esterilização cirúrgica; e terapia de reposição hormonal. Como necessidades, foram evidenciadas: educação em saúde; planejamento familiar; abordagens em saúde mental; atividades socioculturais; atividades educativas para desenvolvimento de habilidades; atividades educativas para

conscientização sobre direitos sociais; e implementação de farmácia, coleta de exames laboratoriais e academia comunitária na estrutura física do serviço de saúde da família.

Os resultados encontrados nesta pesquisa representam contextos políticos, econômicos e sociais complexos, que exigem abordagens multidisciplinares e intersetoriais. Ressalta-se que o objetivo de reconhecer as necessidades e demandas das mulheres da comunidade Padre Lúcio, na perspectiva da integralidade, não presume a resolução das circunstâncias descritas. Modestamente, pretende-se atingir a dimensão do cuidado que valoriza o diálogo e a construção conjunta de projetos de vida, considerando a autonomia dos indivíduos e coletividades, e a competência da comunidade em formular percursos autênticos para a saúde. Assim, destacam-se as potencialidades da realização dos grupos: (1) para a educação em saúde, na ótica da autonomia e do empoderamento; (2) para a promoção da participação social na definição das ações e serviços ofertados; (3) para a constituição de redes de suporte social; e (4) para a mobilização da comunidade na conscientização e busca por seus direitos.

Tendo como horizonte a integralidade, impõe-se o aprofundamento das investigações através da concretização das intervenções propostas, e do envolvimento dos homens nos processos de cuidado, superando a restrição cultural da atenção primária enquanto espaço das mulheres, e buscando-se compreender a implicação das masculinidades no adoecimento e na violência, sob a perspectiva relacional de gênero.

7 RECOMENDAÇÕES

O espaço rural da atualidade é dinâmico e diversificado, sendo que as paisagens e populações transformam-se rapidamente. Assim, é preciso criar contextos e estimular capacidades de escuta dentro do serviço da Estratégia Saúde da Família, para identificação contínua de novas demandas e necessidades que, ao ser problematizadas, permitam o planejamento e execução de ações legítimas para a comunidade.

Assume-se que a realização de grupos representa uma potência para o cuidado das mulheres, considerando suas demandas e necessidades, apresentadas na seção anterior. As atividades socioeducativas e culturais podem constituir ferramentas de conscientização de direitos sociais, desenvolvimento de habilidades, autoestima, autonomia e empoderamento, através da valorização da dialética e da construção conjunta de saberes e estratégias de enfrentamento das dificuldades do cotidiano.

Os grupos podem ser planejados para a educação em saúde, tendo como referência as concepções de Paulo Freire e o uso de metodologias ativas, para os seguintes temas: anatomia e fisiologia do corpo; sexualidade; planejamento familiar; prevenção da violência de gênero; e promoção da paternidade participativa.

Considera-se que, estimulando a emancipação e o potencial criativo da comunidade, seja favorecida a gênese de soluções originais para os problemas enfrentados, bem como a articulação entre seus membros, para que insiram-se nas instâncias de participação social, como os conselhos de saúde e as associações de moradores, que permitem as manifestações de necessidades e as reivindicações de melhorias junto ao poder público.

Podem ser programadas intervenções grupais como a Terapia Comunitária Integrativa⁶⁰, baseada nos conhecimentos produzidos em comunidade. Nesta abordagem, são realizadas rodas de conversa, em um ambiente acolhedor e caloroso, onde compartilham-se experiências de vida. Na ótica da legitimação dos saberes comunitários, busca-se o empoderamento dos sujeitos; a equipe de saúde assume uma postura de mediação, e não de determinação do que deve ser feito. Todos se tornam corresponsáveis na busca de soluções e superações dos desafios do cotidiano.

Outras propostas específicas, discutidas junto à equipe, referem-se: (1) aos processos de educação permanente dos profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF), incluindo os membros do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), para que possam também empoderar-se na vigilância e educação em saúde através do dispositivo da visita domiciliar, fundamental tanto para a prevenção e contenção de doenças infectocontagiosas presumíveis

diante das deficiências de saneamento básico, quanto para a identificação de situações de violência e/ou outros tipos de alienação e violação de direitos; e (2) à integração da fitoterapia ao cuidado ofertado na ESF, tendo em vista a valorização sociocultural das propriedades das ervas, sem desconsiderar os critérios de segurança e uso racional desses ativos, por meio do estudo sobre os conteúdos e atualizações relativos a este tema, disponíveis em publicações do Ministério da Saúde e da Anvisa.

REFERÊNCIAS

1. Scott P, Nascimento FS, Cordeiro R, Nanes G. Redes de Enfrentamento da Violência contra Mulheres no Sertão de Pernambuco. *Rev. Estud. Fem.* 2016; 24(3): 851–870.
2. Gomes RCM, Nogueira C, Toneli MJF. Mulheres em contextos rurais : um mapeamento sobre gênero e ruralidade. *Psicol Soc* 2016; 28(1): 115–124.
3. Costa MC, Silva EB, Soares JSF, Borth LC, Honnef F. Mulheres rurais e situações de violência: fatores que limitam o acesso e a acessibilidade à rede de atenção à saúde. *Rev Gaúcha Enferm* 2017; 38 (2): 1-8.
4. Pizzinato A, Hamann C, Maracci-Cardoso JG. Jovens mulheres do âmbito rural: gênero, projetos de vida e território em fotocomposições. *Psicol Soc* 2016; 28(3): 473–483.
5. Wathen NC.; Harris RM. “I try to take care of it myself.” How rural women search for health information. *Qual Health Res* 2007; 17(5):639–651.
6. Ayres JRCM, França Júnior I, Calazans GJ, Saletti Filho HC. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: Czeresnia D, Freitas CM, organizadores. *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências.* Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p. 117-139.
7. Oviedo RM, Czeresnia D. O conceito de vulnerabilidade e seu caráter biossocial. *Interface (Botucatu)* 2015; 19(53): 237-249.
8. Konkle-Parker D, Fouquier K, Portz K, Wheelless L, Arnold T, Harris C, Turan J. Women’s decision-making about self-protection during sexual activity in the deep south of the USA: a grounded theory study. *Cult Health Sex* 2018; 20(1): 84–98.
9. Nascimento SS, Garcia LG. Nas armadilhas do desejo: privações e movimentos de jovens prostitutas em zonas rurais. *Cad CRH* 2015; 28(74):383-396.
10. Van der Sand I, Ressel LB, Monticelli Marisa, Schirmer J. Autoatenção na gravidez para mulheres residentes no campo: um estudo etnográfico. *Texto Contexto Enferm* 2016; 25(4): 1–9.
11. Berquó E, Lago TG. Atenção em saúde reprodutiva no Brasil: eventuais diferenciais étnico-raciais. *Saúde Soc* 2016; 25 (3): 550–560.
12. Pullen C, Walker SN, Fiandt K. Determinants of health-promoting lifestyle behaviors in rural older women. *Fam Community Health* 2001; 24(2): 49-72.
13. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [homepage na internet]. *Brasil em Síntese: Águas Lindas de Goiás* [acesso em 9 abr 2018]. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/go/aguas-lindas-de-goias/panorama>
14. Governo do Distrito Federal. *Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios: Brazlândia.* Brasília: Governo do Distrito Federal; 2015 [acesso em 9 abr 2018]. Disponível em: https://www.agenciabrasilia.df.gov.br/images/agencia_brasilia/2015/06-JUNHO/PDAD_brazlandia_2015.pdf
15. Google [site de buscas na internet]. Imagem de satélite de Padre Lúcio, Águas Lindas de Goiás [acesso em 18 jan 2020]. Disponível em: <https://www.google.com.br/maps/place/Padre+Lucio,+%C3%81guas+Lindas+de+Goi%C3%A1s+-+GO/@-15.7341088,-48.2608526,24944m/data=!3m1!1e3!4m5!3m4!1s0x935bba1ef43b44e1:0x2fd5f3198e3feeab!8m2!3d-15.6773543!4d-48.2567717>

16. Mattos RA. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. 8 ed. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/ABRASCO; 2009. p.43-68.
17. Ayres JRM. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. *Ciênc. Saúde Coletiva* 2001; 6(1): p. 63-72.
18. Costa AM. Integralidade na atenção e no cuidado à saúde. *Saúde Soc.* 2004; 13(3): 5-15.
19. Campos O. O estudo das demandas e necessidades e sua importância para o planejamento em saúde. *Rev Saúde Públ* 1969; 3(1): 9-81.
20. Presidência da República [homepage na internet]. Artigo 198 da Constituição da República Federativa do Brasil. Define as diretrizes de organização do sistema de saúde. Brasília; 1988 [acesso em 15 jan 2019]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm
21. Cecílio LCO. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. 8 ed. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/ABRASCO, 2009. p. 113-126.
22. Costa AM. Participação Social na conquista das políticas de saúde para mulheres no Brasil. *Ciênc. Saúde Coletiva* 2009; 14(1):1073-1083.
23. Medeiros PF, Guareschi NMF. Políticas públicas de saúde da mulher: a integralidade em questão. *Rev. Estud. Fem.* 2009; 17(1):31-48.
24. Aquino EM. Gênero e saúde: perfil e tendências da produção científica no Brasil. *Rev Saúde Públ* 2006; 40(Espec):121-132, 2006.
25. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes. Brasília; 2004 [acesso em 15 abr 2018]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf
26. Barbosa RHS. Humanização da assistência à saúde das mulheres: uma abordagem crítica de gênero. In: Deslandes SF, organizadora. Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006.
27. Oliveira MAC, Pereira IC. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. *Rev Bras Enferm* 2013; 66 (Espec): 158-164.
28. Mehry EE. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: Mehry EE, Onocko R, organizadores. Agir em saúde: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec; 1997.
29. Puccini PT, Cecílio LCO. A humanização dos serviços e o direito à saúde. *Cad Saúde Pública* 2004; 20(5): 1342-1353.
30. Ayres JRCM. Cuidado e humanização das práticas de saúde. In: Deslandes SF, organizadora. Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006.
31. Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde; 1978 set 6-12. Declaração de Alma-Ata. In: Relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde. Brasília: OMS/UNICEF, 1979.
32. Heidegger M. Ser e tempo. Petrópolis: Vozes; 1995.

33. Gadamer H. Verdade e método: traços fundamentais de uma hermenêutica filosófica. Petrópolis: Vozes; 1999.
34. D'Oliveira AFPL, Diniz SG, Schraiber LB. Violence against women in health-care institutions: an emerging problem. *Lancet* 2002; 359: 1681-1685.
35. Foucault M. Microfísica do poder. Rio de Janeiro: Graal; 1984.
36. Canesqui AM, Barsaglini RA. Apoio social e saúde: pontos de vista das ciências sociais e humanas. *Ciênc. Saúde Coletiva* 2012; 17(5):1103-1114.
37. Cassel J. Psychosocial process and stress: theoretical formulation. *Int. J. Health Serv.* 1974; 4(3): 471-482.
38. Cobb S. Social support as a moderator of life stress. *Psychosom Med* 1976; 38(5): 300-314.
39. Antonovsky A. Health, Stress and Coping. San Francisco: Josey-Bass; 1979.
40. Bordieu P. The forms of capital. In: Richardson J. Handbook of theory and research in sociology of education. Westport: Greenwood Press; 1986. p.241-258.
41. Braga NA. Redes sociais de suporte e humanização dos cuidados em saúde. In: Deslandes SF, organizadora. Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006.
42. Benevides R, Passos E. Humanização na saúde: um novo modismo? *Interface (Botucatu)* 2005; 9(17): 389-406.
43. Bauer MW, Gaskell G. Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático. Petrópolis: Vozes; 2015.
44. Minayo MCS. O Desafio do Conhecimento. São Paulo: Hucitec; 1993.
45. Pegoraro RF, Caldana RHL. Mulheres, loucura e cuidado: a condição da mulher na provisão e demanda por cuidados em saúde mental. *Saúde Soc.* 2008; 17(2): 82-94.
46. Del Priore M, organizadora. História das mulheres no Brasil. São Paulo: Contexto; 2006.
47. Petersen MGF, Zamora JC, Fermann IL, Crestani PL, Habigzang LF. Psicoterapia cognitivo-comportamental para mulheres em situação de violência doméstica: revisão sistemática. *Psicologia Clínica* 2019;31(1): 145-165.
48. Freire P. Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa. Rio de Janeiro/São Paulo: Paz & Terra; 2017.
49. Taboada NG, Legal EJ, Machado N. Resiliência: em busca de um conceito. *Ver. Bras. Crescimento Desenvol. Hum.* 2006; 16(3): 104-113.
50. Junqueira MFPS, Deslandes SF. Resiliência e maus-tratos à criança. *Cad. Saúde Pública* 2003; 19(1): 227-235.
51. Lazarus RS, Folkman S. Stress, appraisal, and coping. New York: Springer; 1984.
52. Silva VHF, Dimenstein M, Leite JF. O cuidado em saúde mental em zonas rurais. *Mental*, 2013; 19: 267-285.
53. Moreira-Almeida A, Koenig HG, Lucchetti G. Clinical implications of spirituality to mental health: review of evidence and practical guidelines. *Rev. Bras. Psiquiatr.*, 2014; 36(2): 176-182.
54. Schraiber LB, Mendes-Gonçalves RB. Necessidades de saúde e atenção primária. In:

Schraiber LB, Nemes MIB, Mendes-Gonçalves RB, organizadores. Saúde do adulto: programas e ações na unidade básica. São Paulo: Hucitec; 2000.

55. Serrão, Carla. (Re)pensar o climatério feminino. *Aná. Psicológica* 2008; 1(27): 15-23.

56. Feltrin RB, Velho L. Representações do corpo feminino na menopausa: estudo etnográfico em um hospital-escola brasileiro. *Sex., Salud Soc.* 2016; 22: 148-174.

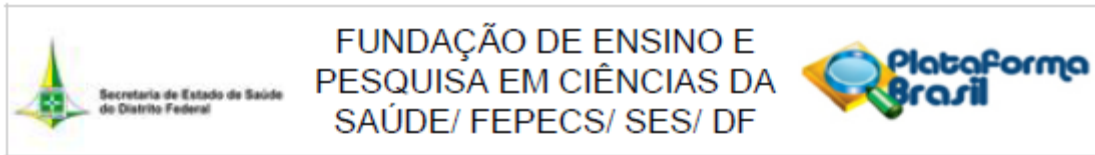
57. Carvalho LF, Dimenstein M. O modelo de atenção à saúde e o uso de ansiolítico entre mulheres. *Estud. Psicol.* 2004; 9(1): 121-129.

58. Franco TB, Bueno WS, Mehry EE. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. *Cad. Saúde Pública* 1999, 15(2): 345-353.

59. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde; 2002.

60. Barreto, Adalberto. Terapia comunitária: passo a passo. 3 ed. Fortaleza: LCR; 2008.

ANEXO I – Parecer Consubstanciado do CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Uma perspectiva de integralidade na atenção à saúde da mulher: necessidades e demandas das usuárias da estratégia saúde da família em uma comunidade rural

Pesquisador: FERNANDA ANTUNES HAUCK CIVITARESE

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 09151319.7.0000.5553

Instituição Proponente: Escola Superior de Ciências da Saúde

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.253.235

Apresentação do Projeto:

Trata-se de projeto de dissertação de mestrado profissional em Saúde da Família da Escola Superior em Ciências da Saúde - ESCS.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Geral

Reconhecer demandas e necessidades em saúde das usuárias da Estratégia Saúde da Família, na comunidade Padre Lúcio, em uma perspectiva de desenvolvimento da integralidade na atenção à saúde da mulher.

4.2 Objetivos Específicos

4.2.1 Especificar vulnerabilidades das mulheres residentes na zona rural em questão;

4.2.2 Identificar possibilidades de suporte social das mulheres na referida comunidade;

4.2.3 Oferecer subsídios para a reflexão e transformação das práticas em saúde no respectivo serviço de Estratégia Saúde da Família;

4.2.4 Discutir com a equipe propostas de aproximação da atenção à saúde da mulher com as conjunturas encontradas.

Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS

Bairro: ASA NORTE

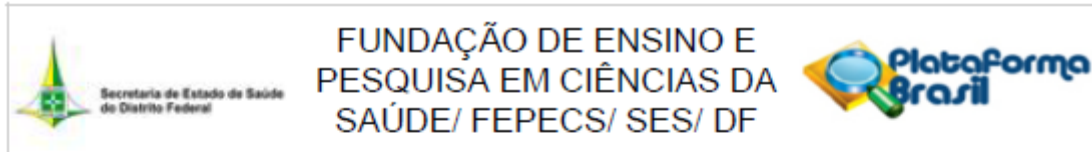
CEP: 70.710-904

UF: DF

Município: BRASÍLIA

Telefone: (61)2017-2127

E-mail: comitedeetica.secretaria@gmail.com



Continuação do Parecer: 3.253.235

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos

"O projeto será submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), através da Plataforma Brasil, e respeitará as resoluções 466/12 e 510/16. A coleta de dados de grupos focais e entrevistas será iniciada após aprovação pelo CEP. A análise de prontuários será empreendida com aprovação da Diretoria de Atenção Básica do município de Águas Lindas de Goiás, bem como da enfermeira coordenadora da Estratégia Saúde da Família em Padre Lúcio. Os grupos focais e entrevistas individuais de profundidade serão realizados mediante registro do consentimento livre e esclarecido...."

"As participantes serão informadas previamente sobre as motivações, objetivos e procedimentos da pesquisa. Também serão alertadas acerca dos riscos ou incômodos, inerentes à abordagem de assuntos íntimos, considerando a dimensão psíquica. Devido ao caráter destes riscos, gestantes e menores de 18 anos não participarão dos grupos focais e entrevistas"

" A pesquisadora compromete-se com o respeito às usuárias participantes...Em observância às precauções relativas à confidencialidade das informações coletadas, os áudios das entrevistas não serão divulgados; somente poderão ser publicados fragmentos das transcrições, sem menção à identificação das respectivas participantes.

Estará assegurado o direito de liberdade da participante, que poderá abandonar o estudo em qualquer fase, caso deseje"

Benefícios

" os potenciais benefícios para a comunidade, resultantes desta pesquisa, serão explanados, com destaque para o alinhamento da oferta de ações em saúde das mulheres na Estratégia Saúde da Família em Padre Lúcio às demandas e necessidades reveladas."

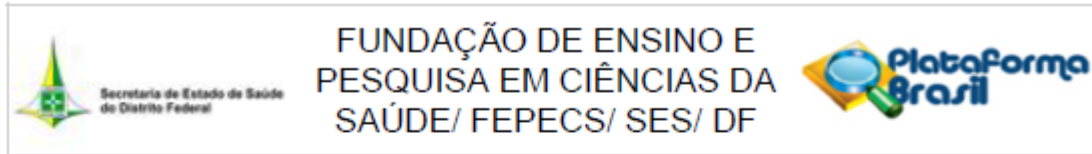
Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de "um estudo de caráter exploratório, com abordagem qualitativa", a coleta de dados se dará por meio da realização de "grupos focais e entrevistas individuais de profundidade" com usuárias da Estratégia Saúde da Família da zona rural de Padre Lúcio - GO, em abril de 2019.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram apresentados: termo de anuência institucional; folha de rosto; termo de compromisso do pesquisador; carta de encaminhamento ao CEP; cronograma; TCLE e os currículos dos pesquisadores, conforme exigência.

| | |
|---|---|
| Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS | |
| Bairro: ASA NORTE | CEP: 70.710-904 |
| UF: DF | Município: BRASILIA |
| Telefone: (61)2017-2127 | E-mail: comitedeetica.secretaria@gmail.com |



Continuação do Parecer: 3.253.235

Recomendações:

Recomenda-se a publicação na plataforma dos instrumentos de coleta dos dados, a saber, os roteiros de entrevista e do grupo focal.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

APROVADO.

O pesquisador assume o compromisso de garantir o sigilo que assegure o anonimato e a privacidade dos participantes da pesquisa e a confidencialidade dos dados coletados. Os dados obtidos na pesquisa deverão ser utilizados exclusivamente para a finalidade prevista no seu protocolo.

O pesquisador deverá encaminhar relatório parcial e final de acordo com o desenvolvimento do projeto da pesquisa, conforme Resolução CNS/MS nº 466 de 2012.

O presente Parecer de aprovação tem validade de até dois anos, mediante apresentação de relatórios parciais, e após decorrido esse prazo, caso necessário, deverá ser apresentada emenda para prorrogação do cronograma.

Considerações Finais a critério do CEP:

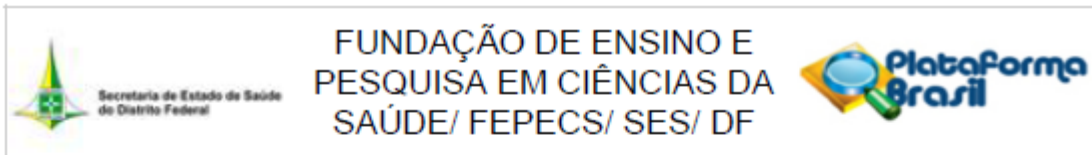
O pesquisador assume o compromisso de garantir o sigilo que assegure o anonimato e a privacidade dos participantes da pesquisa e a confidencialidade dos dados coletados. Os dados obtidos na pesquisa deverão ser utilizados exclusivamente para a finalidade prevista no seu protocolo.

O pesquisador deverá encaminhar relatório parcial e final de acordo com o desenvolvimento do projeto da pesquisa, conforme Resolução CNS/MS nº 466 de 2012.

O presente Parecer de aprovação tem validade de até dois anos, mediante apresentação de relatórios parciais, e após decorrido esse prazo, caso necessário, deverá ser apresentada emenda para prorrogação do cronograma.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

| | |
|---|---|
| Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS | |
| Bairro: ASA NORTE | CEP: 70.710-904 |
| UF: DF | Município: BRASÍLIA |
| Telefone: (61)2017-2127 | E-mail: comitedeetica.secretaria@gmail.com |



Continuação do Parecer: 3.253.235

| Tipo Documento | Arquivo | Postagem | Autor | Situação |
|---|---|------------------------|-----------------------------------|----------|
| Informações Básicas do Projeto | PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1273127.pdf | 26/02/2019 13:52:55 | | Aceito |
| Projeto Detalhado / Brochura Investigador | Projeto_Pesquisa_Fernanda_Civitarese.docx | 24/02/2019 15:18:48 | FERNANDA ANTUNES HAUCK CIVITARESE | Aceito |
| Outros | Lattes_Fernanda_Civitarese.pdf | 17/02/2019 17:13:30 | FERNANDA ANTUNES HAUCK CIVITARESE | Aceito |
| Outros | Termo_de_Anuencia_Institucional.pdf | 25/01/2019 18:58:53 | FERNANDA ANTUNES HAUCK CIVITARESE | Aceito |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | TCLE.pdf | 25/01/2019 18:30:45 | FERNANDA ANTUNES HAUCK CIVITARESE | Aceito |
| Folha de Rosto | Folha_de_Rosto_Fernanda.pdf | 18/01/2019 16:36:40 | Fábio Ferreira Amorim | Aceito |
| Outros | Lattes_Fabio_Ferreira_Amorim.pdf | 07/12/2018 16:17:39 | FERNANDA ANTUNES HAUCK CIVITARESE | Aceito |
| Outros | Carta_de_Encaminhamento.pdf | 07/12/2018 16:15:30 | FERNANDA ANTUNES HAUCK CIVITARESE | Aceito |
| Outros | Termo_de_Compromisso.pdf | 07/12/2018 16:15:13 | FERNANDA ANTUNES HAUCK CIVITARESE | Aceito |

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BRASILIA, 09 de Abril de 2019

Assinado por:
Marcondes Siqueira Carneiro
(Coordenador(a))

Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS
Bairro: ASA NORTE CEP: 70.710-904
UF: DF Município: BRASILIA
Telefone: (61)2017-2127 E-mail: comitedeetica.secretaria@gmail.com

ANEXO II – Roteiro para grupos focais

Como é viver na comunidade Padre Lúcio?

Como a comunidade se apóia para a superação das dificuldades no cotidiano?

O que fazem para se divertir?

Como é ser mulher na comunidade Padre Lúcio?

O que é ter saúde?

Como o serviço de Estratégia Saúde da Família na comunidade Padre Lúcio pode contribuir para a saúde de suas usuárias?

ANEXO III – Roteiro para entrevistas de profundidade

Perguntas para todas as mulheres:

Como é sua rotina?

Com quem você conta para compartilhar momentos de lazer, para ajudá-la em momentos de dificuldades ou mesmo para confidências?

Que sentimentos predominam em sua rotina?

Como você se cuida?

Como vivencia a sexualidade?

Para você, o que é saúde?

Como o serviço de Estratégia Saúde da Família na comunidade Padre Lúcio pode te ajudar a cuidar da saúde?

Perguntas adicionais para mulheres em idade fértil:

Que fatores influenciam na sua decisão de evitar ou não a gravidez? Qual a participação do parceiro nessa decisão?

Como você obtém informações que possam te ajudar no planejamento familiar?

Perguntas adicionais para mulheres com filhos:

Como foi a gravidez, o parto e o período pós-parto?

Como você descreveria a experiência da maternidade?

Com quem você conta para ajudá-la na criação dos filhos?

Perguntas adicionais para mulheres no climatério e pós-menopausa:

O que mudou após o climatério/menopausa?

Como você lida com essas mudanças?

Como você descreveria a experiência do envelhecimento?