



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA – UFPB
CAMPUS IV – LITORAL NORTE
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS SOCIAIS
BACHARELADO EM ANTROPOLOGIA**

**“Tem que se cuidar, né?”: uma abordagem socioantropológica
sobre a saúde da mulher nas USF de Rio Tinto - PB**

MÁRCIA ALEXANDRINO DE LIMA

Rio Tinto-PB
2016

MÁRCIA ALEXANDRINO DE LIMA

**“Tem que se cuidar, né?”: abordagem socioantropológica sobre a
saúde da mulher nas USF de Rio Tinto - PB**

Monografia apresentada a Universidade Federal da Paraíba, em cumprimento dos requisitos necessários para obtenção de grau de graduação no curso de Antropologia com habilitação em Antropologia Social.

Orientador: Prof. Drº. Pedro Francisco Guedes do Nascimento

Rio Tinto – PB
2016

L732t Lima, Márcia Alexandrino de.

“Tem que se cuidar, né?”: abordagem socioantropológica sobre a saúde da mulher nas USF de Rio Tinto - PB. / Márcia Alexandrino de Lima. – Rio Tinto: [s.n.], 2016.

68 f. : il.

Orientador (a): Prof. Dr. Pedro Francisco Guedes do Nascimento.

Monografia (Graduação) – UFPB/CCAIE.

MÁRCIA ALEXANDRINO DE LIMA

**“Tem que se cuidar ,né?”:abordagem socioantropológica sobre a
saúde da mulher nas USF de Rio Tinto/PB**

Monografia apresentada ao Curso de Graduação em Antropologia da Universidade Federal da Paraíba - Campus IV, como requisito à obtenção do grau de Bacharel em Antropologia.

Orientador: Prof. Drº. Pedro Francisco Guedes do Nascimento

Rio Tinto, 09 de Junho de 2016

BANCA EXAMINADORA

Prof. Drº. Pedro Francisco Guedes do Nascimento – Orientador

Prof. Drº . Luziana Marques da Silva – Examinadora

Rio Tinto –PB
2016

DEDICATÓRIA

A todas as mulheres feministas e não feministas.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, aos seres celestiais e sobrenaturais que de alguma forma confortaram-me nos momentos de conflitos interno e nos momentos de dificuldades ao longo desses últimos anos.

Ao ser mais importante de minha vida, minha mãe, que me gerou em seu ventre durante nove meses.

A minha irmã, Mércia Lima, que vez ou outra me ajudava com palavras de incentivo. Mesmo que eu duvidasse das minha capacidade como pesquisadora.

Ao meu orientador, Pedro Guedes, que direcionou-me ao universo da Antropologia da Saúde, universo esse que me faz ficar próxima do universo da saúde pública.

A todos os professores, em especial as(os) professoras(os) Alessa, Luziana, Marco Aurélio e Estêvão. Vocês serviram de fonte inspiração, pela didática brilhante em sala de aula, pela postura diante dos discentes, pelas palavras de apoio e incentivo.

As minhas amigas queridas: Nalva e Walkiria. Vocês, de certa forma, foram meu “porto seguro” nos momentos de dúvidas, anseios e angústias. Sentirei saudades de vocês, mas espero que nossas vidas ainda continuem interligadas.

Aos meus colegas de projeto, Adneuse, Andreza e Yago. Pelos momentos em que compartilhamos nossas experiências de campo e as aflições nas épocas de preparação e entrega dos relatórios do PIBIC/PIVIC.

A todos os meus colegas de curso. Não vou citar nomes para não correr o risco de esquecer o nome de alguém. A vivência ao lado de vocês foi tão importante quanto os conteúdos teóricos estudados e debatidos em sala.

A Thiago Aécio, secretário da coordenação, por ser sempre prestativo e não fazer distinção entre os discentes.

A todas as mulheres que contribuíram para a construção desse trabalho e disponibilizaram um pouco do seu tempo durante as entrevistas.

A Maria da Guia, recepcionista da USF Rio do Banco, pela sua receptividade e disponibilidade em colaborar com a pesquisa.

As Agentes Comunitárias de saúde por permitirem que eu as acompanhasse nas visitas domiciliares.

A todo corpo profissional das USF que colaborou para este trabalho.

RESUMO

Este trabalho investigou a forma como se desenvolvem as políticas de saúde reprodutiva e saúde da mulher no município de Rio Tinto/PB. O lócus da investigação foram os serviços de saúde estruturados com base na estratégia saúde da família, sobretudo as ações voltadas à saúde reprodutiva e ao planejamento familiar. Deste modo, trata-se como as ações voltadas a saúde reprodutiva estão estruturadas; quais os principais métodos contraceptivos destinados as usuárias dos serviços da atenção básica de saúde; e como essas mulheres lidam com questões relacionadas à reprodução e à sexualidade. Foram realizadas acompanhamentos das Agentes Comunitárias de Saúde(ACS), observação das salas de espera e aplicadas entrevistas semiestruturadas. As passagens pelas Unidades de saúde foram importantes para aproximação com as usuárias e os funcionários. Através dos relatos de algumas mulheres e dos profissionais da atenção básica, observa-se que a percepção de direitos sexuais e reprodutivos ainda não são trabalhados em conjunto. Neste sentido, observo que a atenção básica ainda vê a mulher como mera reprodutora biológica. Deste modo, as políticas públicas veem o corpo feminino como instrumento para alcance de metas.

Palavras-chaves: Serviços de Saúde; Reprodução; Saúde Reprodutiva.

ABSTRACT

This work investigated at how develops itself the reproductive health policies and woman's health in the town of Rio Tinto/PB. The locus of the investigation were the health services structured based on the family health strategy, above all the actions aimed to reproductive health and to the family planning. Thus, treats as the actions aimed to reproductive health are structured; what are the major contraceptive methods aimed at the users of the basic health care services; and how these womens deals with questions related to the reproduction and to sexuality. Accompaniments were carried out of the Community Health Agents (ACS), observation of the waiting rooms and applied semi-structured interviews. The passages by Health Units were important for approximation with the users and the staffs. Through the reports of some women and basic care professionals, it is observed that the perception of sexual and reproductive rights are not yet worked in conjunction. In this sense, I noticed that the basic care still sees woman as mere biological reproducer. Thus, public policies see the female body as instrument for achievement of goals.

Keywords: Health Services; Reproduction; Reproductive Health.

LISTA DE SIGLAS

ACS – Agentes Comunitários de Saúde

APA-Área de Proteção Ambiental

CIPID – Conferência Internacional sobre a População e Desenvolvimento

CTRRT-Companhia de Tecidos de Rio Tinto

DIU-Dispositivo Intra-Uterino

INCRA-Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária

MS-Ministério da Saúde

NASF-Núcleo de Apoio a Saúde da Família

ONU- Organização das Nações Unidas

PACS-Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PAISM- Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher

PBF-Programa Bolsa Família

PROALCOOL-Programa Nacional do Alcool

PSF-Programa Saúde da Família

SESI- Serviço Social da Indústria

SUS-Sistema único de Saúde

TCC-Trabalho de Conclusão de Curso

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	11
METODOLOGIA	14
A ESCOLHA DOS NOMES FICTÍCIOS	16
1. UM BREVE CONTEXTO HISTÓRICO SOBRE A RECENTE IMPLANTAÇÃO DO SUS NO PAÍS	18
1.1. A SAÚDE DA MULHER COMO DISCUSSÃO POLÍTICA.....	20
2. O UNIVERSO DA PESQUISA	24
2.1. RIO TINTO.....	24
2.2. UNIDADE SAÚDE DA FAMÍLIA (USF) COMO LÓCUS DE PESQUISA.....	26
2.2.1. TABERABA/RIO DO BANCO :A PRIMEIRA FASE DA PESQUISA	27
2.2.2. CONJUNTO NOVO: SEGUNDA FASE DA PESQUISA.....	34
2.3.PROCESSO DE FAMILIARIZAÇÃO COM O CAMPO.....	36
3 MULHER , SAÚDE E SEXUALIDADE	41
3.1.PÍLULA.....	42
3.1.2.INJEÇÕES HORMONAIS	43
3.1.3.CAMISINHA	44
3.1.4.DISPOSITIVO INTRA –UTERINO (DIU).....	44
3.1.5.LAQUEADURA	44
3.1.6.VASECTOMIA.....	45
3.2. “AH, NO MEU TEMPO TINHA ISSO NÃO”: LAQUEADURA COMO SOLUÇÃO	45
3.3.PLANEJAMENTO FAMILIAR: “NOVOS TEMPOS”	49
3.4. “ESSE POVO NÃO SE CUIDA”: DISCURSO NORMATIZADOR	52
CONSIDERAÇÕES FINAIS	56
REFERÊNCIAS	58
ANEXO	62

INTRODUÇÃO

Este trabalho investigou a forma como se desenvolvem as políticas de saúde reprodutiva e saúde da mulher no município de Rio Tinto/PB. O lócus da investigação foram os serviços de saúde estruturados com base na estratégia saúde da família, sobretudo as ações voltadas à saúde reprodutiva e ao planejamento familiar. Além disso, buscou-se mapear as trajetórias de mulheres que buscam os serviços de planejamento familiar nessas unidades, e a percepção acerca dos serviços oferecidos.

Meu interesse em pesquisar a saúde da mulher ocorreu a partir do 6º período na graduação do curso Antropologia. Essa é fase caracterizada pela escolha do orientador e também do possível tema para o Trabalho de Conclusão de Curso(TCC). Inicialmente tinha como objetivo abordar o câncer de mama a partir de uma perspectiva antropológica. A minha inquietação partia dos altos índices de mortalidade ocasionados pela doença. De acordo com as estatísticas uma das principais causas da mortalidade é o diagnóstico tardio e nessa fase a doença já encontra-se em estágio avançado, com pouquíssimas chances de cura. Naquele momento de busca de definição de meu objeto de pesquisa eu queria identificar as causas desse alto índice de mortalidade. Outra questão, que me interessava ,era como mulheres com essa patologia conviviam e enfrentavam as transformações físicas e psicológicas causadas pela doença. A questão da transformação corporal era a que mais causava-me inquietações.

Continuei realizando pesquisas teóricas e até conversei informalmente com uma conhecida que estava em tratamento quimioterápico¹, mas meses depois entrei em um projeto de iniciação científica, coordenado pelo meu orientador. Embora o projeto desenvolvesse questões relacionadas à saúde da mulher o foco estava mais direcionado as dinâmicas reprodutivas e planejamento familiar. Relutei um certo tempo na expectativa de encontrar campo para a minha provável pesquisa de TCC, porém o campo não foi frutífero. Dessa forma, fui conscientizando-me que não seria viável continuar a ideia inicial. As pospostas do projeto eram interessantes, pois promoviam uma reflexão a respeito da saúde reprodutiva e sexual das mulheres. De uma forma ou de outra eu estaria falando sobre a saúde da mulher e suas implicações.

Quando conversava com o meu orientador, a respeito do projeto, ele me questionava se não tinha nada na pesquisa que aguçasse minha curiosidade. Eu ainda estava em fase de

¹ Essa conhecida, que era aluna do curso, veio a falecer no segundo semestre de 2015.O câncer atingiu a fase de metástase. Foi uma verdadeira guerreira e lutou até o fim contra a doença.

adaptação e familiarização com o campo e não conseguia identificar quais pontos, além da falta de experiência como pesquisadora. No entanto, no final do primeiro semestre do projeto alguns elementos foram se tornando relevantes. Em especial as falas das Agentes Comunitárias de Saúde (ACS) sobre a dificuldade em convencer algumas mulheres em realizar o exame Papanicolau². Era um ponto interessante, porém as informações estavam desencontradas e naquele momento muito confusas. Ao reunir todos os dados adquiridos, até aquele momento, para a entrega do relatório parcial consegui promover um amadurecimento das ideias.

O campo associado às leituras foram importantes para essa reflexão. A cada leitura e ida a campo eu ia compreendendo um pouco mais do universo das políticas públicas, em especial as políticas direcionadas ao corpo feminino. Ter estudado as disciplinas “*Gênero, corpo e geração*” e “*Antropologia e direitos humanos*” também foi fundamental para esse processo de reflexão e amadurecimento. A discussão teórica promovida pelas disciplinas e os textos lidos durante a iniciação científica serviram de subsídios para aprofundar alguns aspectos relacionados a autonomia (ou a falta dela) das mulheres sobre seus corpos e os posicionamentos machistas dos maridos em relação a elas.

O recorte da pesquisa ocorreu gradativamente e de acordo com os dados captados através da etnografia. Neste processo, um dos primeiros passos foi compreender o que eram direitos sexuais e direitos reprodutivos, pois na minha percepção os conceitos tinham os mesmos significados.

Podemos definir direitos sexuais o exercício da sexualidade de todas as pessoas. Esta vivência expressa à forma em que cada pessoa configura sua identidade sexual identificando-se ou não com padrões femininos ou masculinos estabelecidos pela sociedade (MANIFESTO, 2008, p.10). Dessa forma, as identidades sexuais devem ser respeitadas pelos indivíduos, instituições sociais e religiosas. A sexualidade também é tida como um elemento que funda a cidadania sexual e a própria concepção de direitos sexuais (RUSSO, 2011)

² É um exame realizado para detectar alterações nas células do colo do útero. Este exame também pode ser chamado de esfregaço cervicovaginal e colpocitologia oncótica cervical. O nome “*Papanicolau*” é uma homenagem ao patologista grego *Georges Papanicolaou*, que criou o método. Esse exame é a principal estratégia para detectar lesões precocemente e fazer o diagnóstico das doenças bem no início, antes que a mulher tenha sintomas. Pode ser feito em unidades de saúde da rede pública ou rede particular que tenham profissionais capacitados. Sua realização periódica permite que o diagnóstico seja feito cedo e reduza a mortalidade por câncer do colo do útero. Os dois primeiros exames devem ser feitos com intervalo de 1 ano e, se os resultados forem normais, o exame passará a ser realizado a cada três anos. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/dicas/237_papanicolau.html.

Os direitos reprodutivos estão relacionados ao exercício da reprodução de forma livre e sem coação. Cabe ao indivíduo decidir se quer ou não ter filhos, quantos e em que fase da vida. Lembrando que esses direitos são atrelados principalmente às mulheres (MANIFESTO, 2008). Os direitos reprodutivos também englobam a luta pelo aborto e o acesso legal à contracepção. (VILLELA; MONTEIRO, 2005). Para Scott, “É nos programas de saúde da mulher e do adolescente, inspirados e informados pelo movimento de mulheres e pelas ideias sobre feminismo e sobre relações de gênero, que se elaboram questões sobre saúde reprodutiva”. (SCOTT, 2001, p.52)

Relacionados aos direitos sexuais e reprodutivos destacam-se duas conferências realizadas pela Organização das Nações Unidas (ONU) na década de 90: I Conferência Internacional sobre a População e Desenvolvimento (CIPD) realizada no Cairo em 1994 e a IV Conferência Mundial sobre a Mulher, realizada em Beijing (Pequim) no ano de 1995. A partir dessas conferências, os Estados Nacionais passaram a ser pressionados para que as questões sobre a mulher, desigualdade de gênero, meio ambiente, direitos humanos, direitos sexuais e reprodutivos fossem incorporadas com maior ênfase nas políticas públicas. Vale destacar que essas temáticas já vinham sendo debatidas por diversos movimentos sociais ao longo do século XX e ganharam maior destaque com a realização dessas conferências.

Na fala oficial das Nações Unidas, “os direitos humanos das mulheres incluem seu direito a ter controle e decidir livre e responsabilmente sobre questões relacionadas à sua sexualidade, incluindo a saúde sexual e reprodutiva, livre de coação, discriminação e violência. Relacionamentos igualitários entre homens e mulheres nas questões referentes às relações sexuais e à reprodução, inclusive o pleno respeito pela integridade da pessoa, requerem respeito mútuo, consentimento e divisão de responsabilidades sobre o comportamento sexual e suas consequências (VILLELA; MONTEIRO, 2005, p.20).

A maioria das ações existentes nas USF estão voltadas para o chamado Planejamento Familiar. O planejamento familiar é um conjunto de ações que visa promover atendimento integral. Conforme o artigo 2º da Lei 9.263 (BRASIL, 1996), o planejamento familiar abrange o conjunto de ações de regulação da fecundidade que garanta direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal.

De acordo com Vieira,

(...) a legitimação do planejamento familiar foi um processo político com envolvimento de vários grupos de diferentes visões sobre a questão da reprodução. Duas principais posições: os neomalthusianos que defendiam a diminuição do número de filhos a qualquer preço e os grupos de mulheres. É importante frisar que alguns desses grupos estavam ligados a

movimentos de esquerda que defendiam os direitos reprodutivos das mulheres. (VIEIRA, 2003, p.163)

Nessa discussão também participavam os intelectuais com visão de pensamento similar aos movimentos feministas e os movimentos religiosos que defendiam o uso de métodos naturais e contrários ao aborto.

De acordo com Rohden a ginecologia se apresenta como o ramo da medicina dedicado ao estudo da mulher e se constitui a partir da noção de que o corpo e o papel social feminino são determinados pela função procriativa. Para ela a vida do homem não é problematizada a partir da capacidade ou não de reprodução como acontece com as mulheres. (ROHDEN, 2002, p.106 e 107).

A seguir, apresento o que será discutido nos capítulos desse trabalho. No primeiro capítulo será abordado o processo de implantação do Sistema Único de Saúde (SUS). Em paralelo a esse movimento como a discussão política, em torno da saúde da mulher, foi sendo debatida pelos movimentos feministas e incorporada na pauta das políticas públicas. No segundo capítulo procuro descrever o campo, realizando uma breve contextualização histórica sobre Rio Tinto. Em seguida descrevo como estão estruturadas as Unidades Saúde da Família (USF) e as principais ações desenvolvidas nessas instituições. Também realizo a descrição do meu cenário de pesquisa e suas principais implicações. Por último, no terceiro capítulo, me proponho a realizar uma análise antropológica acerca das políticas públicas voltadas a saúde da mulher na atenção primária do SUS.

METODOLOGIA

Para as análises foram levantados dados teóricos com ênfase nos estudos de gênero, políticas de saúde, saúde reprodutiva e literatura com abordagens que serviram de subsídios para compreensão do universo que analisei etnograficamente. Além da literatura específica, também foi realizado um levantamento bibliográfico sobre os aspectos geográficos e históricos do município.

Os locais da pesquisa foram os serviços de saúde estruturados com base na estratégia saúde da família, sobretudo, as ações voltadas à saúde reprodutiva e ao planejamento familiar.

A pesquisa teve como princípio metodológico a observação de campo e a descrição etnográfica. Para Geertz o trabalho do etnógrafo seria, então, desvendar os significados imbricados nas relações sociais. Através da etnografia é possível descobrir as estruturas,

conceptuais que informam os atos dos nossos sujeitos, o “dito” no discurso social, e construir um sistema de análise do comportamento humano. Além disso, é possível tirar grandes conclusões a partir de fatos pequenos, mas densamente entrelaçados (GEERTZ, 2008). Para a construção da etnografia são necessários alguns recursos metodológicos, como a observação participante.

A observação participante é uma técnica importantíssima, que tem como objetivo compreender o homem em suas relações e interações sociais de forma mais detalhada. Entretanto, em determinados momentos é um tanto desconfortável estar ali, pois as pessoas não compreendem o seu trabalho de observação. Usando as palavras de Geertz,

Fazer etnografia é como tentar ler (no sentido de ‘construir uma leitura de’) um manuscrito estranho, desbotado, cheio de elipses, incoerências, emendas suspeitas e comentários tendenciosos, escrito não com os sinais convencionais do som, mas com exemplos transitórios de comportamento modelado (GEERTZ, 1978, p.20).

Cardoso de Oliveira (2006) entende que “o olhar e o ouvir constituem a nossa percepção da realidade focalizada na pesquisa empírica” e que “o escrever passa a ser parte quase indissociável do nosso pensamento, uma vez que o ato de escrever é simultâneo ao ato de pensar”.

Outro recurso utilizado foram as entrevistas semiestruturadas e conversas informais. A escolha desse tipo de entrevista possibilitou com que as entrevistadas pudessem falar informalmente e tornar o “ambiente” mais descontraído. No total participaram da pesquisa 15 usuárias dos serviços das USF.

Foram realizadas acompanhamentos de 3 Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e observação nas salas de espera das unidades de saúde. As passagens pelas Unidades de saúde foram centrais para aproximação com as usuárias e os funcionários. Também consegui aplicar uma entrevista semiestruturada com uma das coordenadoras. Os recepcionistas também foram importantes na construção desse trabalho, pois muitas das informações que consegui foram coletadas através das conversas informais que tive com esses profissionais durante as salas de espera. A sala de espera é o local de maior movimentação e interação entre quem usa os serviços e os profissionais da instituição.

Acredito que dentro das possibilidades que a antropologia fornece ao pesquisador, essas metodologias são fundamentais para que se possa produzir um resultado de pesquisa satisfatório. Por fim

A etnografia em serviços de saúde está em constante construção e reformulação. Não é possível padronizá-la, ao contrário, devemos aceitar o seu caráter inesperado, para que seus riscos e desafios possam sempre nos

surpreender[...] .Os espaços de saúde são “bons para etnografar” não só porque permitem vislumbrar noções de corpo ,saúde e doença ,como também contextos mais amplos evidenciando ,muitas vezes ,fatos totais (FLEISHER ;FERREIRA,2014,p.11).

A ESCOLHA DOS NOMES FICTÍCIOS

Curto uma página no Facebook chamada “Nomes Científicos”³. Essa página é dedicada a profissionais, estudantes e amantes da Biologia e foi lançada em 19 de fevereiro de 2013. Um dos objetivos da página é informar sobre etimologia, taxonomia, pronúncias e curiosidades relacionadas aos nomes científicos dos seres vivos.

Em uma postagem especial⁴, em homenagem ao Dia das Mulheres, no dia 08 de Março de 2014 o moderador⁵ da página publicou um breve histórico sobre a deusa Vênus e a influência mitológica sobre a Ciência Moderna. Tal influência atingia desde a Astronomia a Biologia. Além do informe escrito tinha uma arte baseada na pintura ‘O Nascimento de Vênus’, 1585, do pintor italiano Sandro Botticelli. Os povos gregos criaram símbolos nos quais associavam os deuses da mitologia a alguns planetas do sistema solar.

Segundo a mitologia, Vênus nasceu de uma concha e tornou-se a deusa da beleza e do amor. Era sinônimo da feminilidade, corpo divinal e sensualidade. Ainda de acordo com o post, Vênus corresponde a Afrodite na mitologia romana, neste sentido o que está ligado aos desejos sexuais é considerado “afrodisíaco” (RIGOLN,2014).

Por volta de 1750 Carlos Lineu ⁶, passou a associar o símbolo da deusa da beleza (♀) em um de seus trabalhos sobre taxonomia. Atualmente é usado para representar o sexo feminino. A figura geométrica (círculo) sobre uma cruz seria a representação de uma mulher segurando um espelho visto de cima. Neste caso, representaria a vaidade feminina (RIGOLN.2014).

Um dos primeiros nomes dos preservativos sexuais (as camisinhas masculinas) era chamada camisa de vênus. Neste sentido, o que estava ligado ao sexo estava ligado à deusa do amor. As doenças transmitidas sexualmente eram denominadas “doenças venéreas”. Por associar esses tipos de doenças as mulheres os termos não são mais utilizados.

³ https://www.facebook.com/NomesCientificosNoFace/info?tab=page_info

⁴ No anexo III trago na íntegra o texto da publicação.

⁵ Conteúdo produzido e divulgado por Rafael Gustavo Rigolon, licenciado em Biologia pela UEM, doutorando em Ensino de Ciências pela Unesp-Bauru e professor de Ensino de Ciências e de Biologia pela UFV.

⁶ Carl von Linné ou Carlos Lineu foi um botânico e zoólogo de origem sueca. Criou o sistema de classificação científica dos seres vivos e por esse feito é considerado o “pai” da taxonomia moderna.

Em pesquisas antropológicas é comum termos que preservar a identidade das(os) nossas(os) interlocutoras (es). Eu não queria escolher os nomes aleatoriamente e sem significados. Ao ver essa postagem, tive a ideia de no processo de elaboração do meu TCC “identificar” minhas interlocutoras com nomes mitológicos e homenageá-las.

1. UM BREVE CONTEXTO HISTÓRICO SOBRE A RECENTE IMPLANTAÇÃO DO SUS NO PAÍS

Os eventos políticos e econômicos no cenário nacional ao longo do século XX foram fatores significativos para as mudanças no campo da saúde. A saúde pública passou a ser prioridade política do Estado a partir da primeira metade do século XX, pois existiam apenas estabelecimentos de saúde privados e filantrópicos.

Nesta perspectiva, existia um sistema de atenção à saúde de base corporativa e estatal. (GERSCHAN; SANTOS,2006). As Casas de Misericórdia eram responsáveis pelos cuidados com os pobres e a medicina liberal detinha-se em cuidar das classes com poder aquisitivo mais elevado, ou seja, quem podia pagar para ser atendido. Atualmente existem os planos de saúde particulares, mas com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) houve uma expansão de atendimentos destinados a grande maioria da população, além da descentralização dos serviços. Neste caso, com o novo modelo vigente houve uma descentralização das ações e serviços de saúde, ou seja, com o SUS, algumas ações são de responsabilidade municipal e outras são geridas pelo governo estadual e federal.

Para o antropólogo Russell Parry Scott,

Antes da reforma sanitária e a adoção do Sistema Único de Saúde (SUS) era muito claro que algumas pessoas tinham, e outras não tinham, acesso a serviços de saúde. De acordo com a categoria social, cada um tinha um tipo diferenciado de atendimento, especialmente de acordo com o seu vínculo formal com o trabalho, mas também de acordo com o trabalho e local onde exercia (SCOTT,2004, p.152).

O SUS foi criado a partir do processo de redemocratização que o país vivia após o fim da ditadura militar. Com isso, movimentos políticos e movimentos sociais lutaram com o objetivo de forçar o Estado a ampliar a cobertura a saúde da população (GERSCHMAN; SANTOS,2006). O SUS é pautado em três princípios básicos: universalidade, integralidade e equidade pelos quais podemos compreender:

Com o princípio da universalidade os cidadãos e cidadãs brasileiros (as) passaram a ter direito à saúde, independentemente de cor, raça, sexo, religião, renda ou ocupação. O princípio da integralidade é uma concepção de prática inovadora do SUS, pautada em princípios ético-políticos para os profissionais no cuidado de pessoas, grupos e coletividades, em que se percebe o usuário como sujeito histórico, social, político, articulado ao seu contexto familiar e doméstico. Por último, o princípio da equidade que enfoca a necessidade de diminuir as desigualdades nas políticas de saúde (COUTO; MARIN,2009, p.18).

Desde a 8ª Conferência Nacional de Saúde realizada em 1986, onde discutiu-se a precariedade existente nos serviços de saúde, o país passou por um processo de implantação de vários programas isolados. Em 1988 a Constituinte, que permitiu essa mudança. No ano de 1984 foi criado pelo Ministério da Saúde o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) que, entre seu amplo leque de propostas, tinha o objetivo de implantar centros de planejamento familiar. Em 1991 foi implantado o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o Programa Saúde da Família (PSF) em 1994.

Com a implantação do PSF a atenção não é para a cura, para o tratamento da doença, mas para a prevenção, o cuidado que é pensado como um processo. O PSF não é centrado apenas no médico, pois é composto por equipe multiprofissional (SARTI, 2010). O endosso ao programa foi favorecido pelo discurso antihospitalocêntrico e pela valorização das práticas de prevenção do Movimento Sanitário (GERSCHMAN; SANTOS, 2006). Com isso o PSF desenvolve ações de promoção, prevenção e assistência à saúde. Articulado a essas ações, tem a meta de superar a concepção curativa e hospitalocêntrica. Um dos objetivos do programa é promover a humanização das práticas de saúde e melhorias nos indicadores de saúde, além de readequar o modelo assistencial na atenção primária (COUTO; MARIN, 2009, p.17). O programa está articulado à média e alta complexidade do sistema de saúde (COUTO; MARIN, 2009,).

A família é o principal meio dessas políticas serem efetuadas. Para Scott, “desde os anos 60, os administradores da política nacional em decorrência da elevada fecundidade, colocaram a família como alvo das políticas de planejamento familiar do país”. (SCOTT, 2001, p.49)

A abordagem familiar é realizada por ciclos de vida, onde os indivíduos são classificados por idade, sexo e a partir da dimensão biológica do corpo (SCOTT, 2004). Desse modo, esse tipo de abordagem é idealizada a partir dos pressupostos da biomedicina e não contemplam as dimensões sociais e psicológicas dos usuários(as). Além disso, o PSF não dispõe de serviços voltados aos grupos que não se enquadrem no modelo de família nuclear (SARTI, 2010) Diante disso

[...]a noção de família com o qual se operam os profissionais corresponde aquela que caracteriza seu mundo cultural, ou seja, operam em suas atividades profissionais, com a própria ideia de família. Essa ideia de família é idealizada a partir do modelo tradicional (pai, mãe e filhos). Nesse contexto, a mulher é definida a partir de um lugar tradicional de gênero. Sendo enxergada e colocada no lugar de mãe e cuidadora. Neste ponto passa a ser a grande aliada dos profissionais de saúde, ou seja, as ações educativas tem a mulher como alvo principal (SARTI, 2010, p.07).

Sendo assim, a família serve para aproximar os profissionais do contexto social do usuário, pensado como 'comunidade'. O principal instrumento para essa aproximação são as visitas domiciliares. Neste caso, os ACS são os profissionais que realizam essa função (Ibidem, p.96).

1.1. A SAÚDE DA MULHER COMO DISCUSSÃO POLÍTICA

Em termos históricos, a saúde da mulher foi incorporada as políticas de saúde nas décadas de 30, 50 e 70 do século XX. Entretanto, os programas criados limitavam-se as demandas relativas ao período gestacional e ao parto. Dessa forma, a mulher era vista apenas como reprodutora biológica que desempenhava seu papel social de mãe e doméstica. Essas ações eram aplicadas isoladamente e não havia integração com outros programas promovidos pelo Ministério da Saúde (BRASIL,2004).

A inclusão das mulheres na primeira metade do século passado nos serviços de saúde foi sendo organizado em função da oferta de ações educativas (higiene e puericultura⁷) e tinha como foco o cuidado com as crianças e reduzir a mortalidade infantil. Em contrapartida, por volta dos anos 50, as atenções passam a ser direcionadas até as mulheres. Neste sentido, na primeira fase do século XX são privilegiados a concepção e a partir dos anos 50 a perspectiva da mulher como reprodutora passa a incluir também a contracepção (VILLELA; MONTEIRO, 2005, p.14).

Em decorrência do aumento da população do país entre 1950 a 1970 o governo passa a aplicar políticas de controle demográfico. A partir desse contexto o planejamento familiar passou a ser incorporado como política para combater a superpopulação que passou a ser vista como problema social. O argumento utilizado, na época, é que a população estava crescendo em ritmo acelerado e em poucos anos não haveria recursos para todos, além disso surgiam especulações de que o país não cresceria economicamente e socialmente (BRASIL,2010). Com o intuito de conter essa explosão demográfica várias instituições internacionais instalaram-se no país com ações que promoviam o planejamento familiar.

Desse modo, a partir dos anos 60, as potências mundiais, a exemplo dos Estados Unidos, tinham como meta promover o controle de natalidade dos países do terceiro mundo. A justificativa para tal feito era ampliar o desenvolvimento econômico, social e tecnológico dos países em questão (DeZordo,2009).

⁷ A grosso modo a puericultura é definida como o conjunto de técnicas empregadas para auxiliar no desenvolvimento da criança, desde o período gestacional até os 4 ou 5 anos de idade.

O movimento feminista do país promoveu fortes críticas a esses programas, pois não existiam ações em saúde que dessem assistência às mulheres nos demais ciclos de suas vidas. Em atuação significativa, o movimento feminista fez consideráveis contribuições para que essa discussão fosse introduzida na pauta da política nacional.

As mulheres organizadas argumentavam que as desigualdades nas relações sociais entre homens e mulheres se traduziam também em problemas de saúde que afetavam particularmente a população feminina. Por isso, fazia-se necessário criticá-los, buscando identificar e propor processos políticos que promovessem mudanças na sociedade [...]. As mulheres organizadas reivindicaram, portanto, sua condição de direito, com necessidades que extrapolam o momento da gestação e do parto, demandando ações que lhes proporcionassem a melhoria das condições de saúde em todos os ciclos de vida (BRASIL,2004, p.16).

Durante esse período surgiam no mundo novos padrões de comportamento sexual com mais liberdade, mesmo que lentamente as mulheres já conseguiam pensar e dissociar a maternidade da vida sexual. Um dos elementos associados a essas mudanças de comportamento foi a criação da pílula e, nesse novo cenário social, a maternidade começava a ser enxergada como uma escolha.

Desde os anos 1980 o diálogo entre movimento social e Estado para a construção de respostas aos problemas de saúde das mulheres esteve atravessado pela discussão a respeito da reorganização do sistema público de atenção à saúde que tinha como objetivo universalizar o acesso, ampliar a cobertura e promover a equidade. (VILLELA; MONTEIRO,2005, p. 16). Contudo, a proposta de atenção integral à saúde das mulheres ou mesmo a perspectiva dos direitos sexuais e reprodutivos, no campo da saúde, foi sendo incorporada de forma descontínua, fragmentada e heterogênea, em função de diferentes fatores políticos e econômicos, incluindo a simultaneidade entre as tarefas de mudar a dinâmica e a organização do sistema de saúde (Ibiden,p.01).

Durante esse período destacam-se o Programa de Saúde Materno Infantil e o PAISM. O Programa de Saúde Materno Infantil foi elaborado pelo Ministério da Saúde no final dos anos sessenta. Esse programa tinha como objetivo prestar assistência aos filhos das mulheres que não tinham acesso à saúde. Contudo, a única ação oferecida era o pré-natal que é realizado durante a gravidez. Neste caso, as ações desse programa visavam exclusivamente às crianças e não a saúde da mulher como um todo. Posteriormente o Ministério da Saúde lança o PAISM com propostas inovadoras.

O PAISM trazia muitas inovações para as mulheres, pois estava centrado no conceito da integralidade, ou seja, ideia de que as mulheres passariam a ser contempladas em todas as faixas etárias, em todos os ciclos de vida, em todos os seus papéis na sociedade e, naturalmente, em todos os

seus problemas e necessidades de saúde. Esse novo olhar para a saúde das mulheres rompeu definitivamente com a oferta apenas das ações relacionadas à gravidez e ao parto preconizadas pelo antigo Programa de Saúde Materno Infantil (BRASIL,2004, p.13).

A venda da pílula em farmácias e sua distribuição por Organizações não-governamentais, além da realização ilegal da laqueadura contribuíram para a queda da natalidade da população brasileira. Esses dois métodos tornaram-se facilmente acessíveis, principalmente nas regiões rurais. Como procedimento ilegal, a ligadura tubária, quando realizada podia ser justificado exclusivamente em casos de gravidez de alto risco ou era realizada em partos cesarianos (DEZORDO,2009).

Esse abuso das laqueaduras provocou um forte debate político, pois um dos pontos criticados era que as mulheres estavam sendo forçadas implicitamente a se esterilizarem. Além de ser um desrespeito à autonomia das mulheres em relação aos seus próprios corpos. Defendia-se que o Estado deveria oferecer mecanismos (informações e meios) para que essas mulheres decidissem se queriam ou não continuar a vida reprodutiva (VILLELA;MONTEIRO,2005;DEZORDO,2009). Foi a partir desse contexto que o planejamento familiar⁸ começou a ser defendido, por grupos feministas, de acordo com a vontade das pessoas envolvidas.

Neste sentido, essas ações em saúde articuladas com ações didáticas educativas⁹ sobre o corpo feminino foram consideradas relevantes, ou seja, um ponto estratégico que auxiliaria as mulheres no processo de reapropriação dos seus corpos. Contudo, no processo de implantação o PAISM continuou enfatizando os mesmos pontos do programa anterior.

Para muitos autores, a criação do PAISM representou um passo importante, pois trouxe à tona a discussão sobre os direitos reprodutivos das mulheres. Esse termo foi defendido inicialmente por movimentos feministas e no início da década de 1990 o conceito começou a ser incorporado pela Organização Mundial da Saúde (VILLELA; MONTEIRO, 2005).

⁸ Em 1996 foi sancionada a Lei de Planejamento Familiar (Lei nº 9.263 de 12 de janeiro de 1996). No terceiro capítulo entro em detalhes sobre o assunto.

⁹ O programa incluía ações educativas, preventivas, de diagnósticos, tratamento e recuperação, englobando a assistência em clínica ginecológica, no pré-natal, parto e puerpério, no climatério, em planejamento familiar. DST, Câncer de colo do útero e de mama, além de outras ações a partir do perfil populacional (BRASIL,2004, p.17).

A partir da adoção desse conceito, podemos dizer que a saúde reprodutiva engloba a possibilidade da mulher reproduzir ou não reproduzir de modo seguro, e integra a dimensão da sexualidade, como algo desvinculado da reprodução. Na mesma linha foi formulada a noção de Direitos Reprodutivos que incorpora a luta pelo aborto e pelo acesso legal à contracepção, ao mesmo tempo que aprofunda o debate sobre medicalização do corpo feminino e o uso abusivo de tecnologia. (VILLELA; MONTEIRO, 2005, p. 20).

Outro fator que ampliou a discussão sobre saúde reprodutiva e direitos reprodutivos foi o surgimento da AIDS a partir dos anos 1980. Com isso, surgia uma necessidade emergente em repensar sobre reprodução e sexualidade. A saúde reprodutiva implica também a liberdade, acesso à informação e a métodos eficientes, além do direito a serviços apropriados de saúde sexual segura e satisfatória (BARSTED,2003).

Para Scott (2001) a luta por direitos reprodutivos torna-se símbolo de um fortalecimento da emancipação da mulher ,e os programas de saúde reprodutiva entram mais fortemente num processo de colaboração estreita com organizações não- governamentais para ganhar espaço dentro do sistema de saúde.

2. O UNIVERSO DA PESQUISA

2.1. RIO TINTO

Rio Tinto está situado geograficamente na microrregião do Litoral Norte e na mesorregião do Agreste paraibano, sua área é de 466 Km². Fica aproximadamente a 50km de João Pessoa. De acordo com o último censo realizado, o município tem uma população estimada em 22.976 habitantes, dispõe de um conjunto de ecossistemas decorrentes da proximidade com o Oceano Atlântico. Vale destacar as três áreas de proteção ambiental: Reserva Biológica Guaribas, Reserva Ecológica do Rio Vermelho e Área de Proteção Ambiental da Barra de Mamanguape (APA). Além de uma área de demarcação indígena Potiguara, Aldeia Monte-Mór.



Figura 1: Mapa de Rio Tinto. Fonte: Google Maps, 2016.

Rio Tinto no século passado foi cenário de um complexo núcleo fabril muito importante para o país. De acordo com as fontes (PANET,2002; PALITOT,2005), esse complexo fabril começou a ser construído em 1918, a Companhia de Tecidos de Rio Tinto (CTRT). Os protagonistas dessa história foram os irmãos Lundgren que eram filhos de imigrantes suecos. Essa família instalou-se no estado de Pernambuco, na cidade de Paulista, e por lá ergueram um núcleo fabril que anos depois ampliariam para R.T. Segundo Panet, “Após passagem rápida pelo Rio de Janeiro ,instalou-se no Recife, dando início ao primeiro empreendimento entre vários outros que viriam a surgir” (PANET, 2002, p.25) . Eles

pretendiam expandir seus negócios através da compra de terras baratas e distantes dos movimentos sindicais vigentes naquele período.

Ao comprarem as terras da Vila da Preguiça , atual Rio Tinto, os irmãos Ludgren iniciaram a construção da fábrica e da Vila operária. De acordo com as fontes citadas anteriormente, a compra das terras ocorreu porque estava abaixo do valor de mercado ,era localizada na zona rural e havia disponibilidade em larga escala de recursos naturais. Além desse fatores tinha o incentivo estatal promovida pelo governo.

Com a implantação da fábrica a região teve quase meio século de expansão econômica. Esse desenvolvimento atraia gente de várias regiões da Paraíba e de outros estados.

A C.T.R.T. começou a entrar em processo de falência por volta do final da década de 1960. O Brasil passava por um processo de modernização da indústria e a C.T.R.T. tentando acompanhar essa evolução adquiriu novos equipamentos que necessitavam de menos operários. A partir desse fator começaram haver demissões em larga escala e a atuação de movimentos sindicais que buscavam os direitos dos operários. O pagamento de indenizações e a concorrência com as fábricas do sul do país foram fatores que impulsionaram a decadência da C.T.R.T. (PANET, 2002).

Com esse processo de falência da Companhia inicia-se, por volta dos anos de 1970, a venda de suas terras. Os principais compradores foram os donos das destilarias de álcool da região. Nessa época o Brasil passava por uma crise energética e o governo criou o PROALCOOL (Programa Nacional do Álcool) com o intuito de incentivar a expansão do plantio da cana-de-açúcar. Neste sentido, as terras antes pertencentes ao grupo Lundgren passam a pertencer aos grandes latifundiários, donos das principais destilarias: Japungu e Miriri. Essa fase é marcada por intensos conflitos territoriais entre usineiros, indígenas e antigos moradores das terras ocupadas. Atualmente a economia da cidade é baseada no comércio local , na monocultura da cana-de-açúcar e no serviço público.

Em 2005 foi instalada o Campus IV/ Rio Tinto da UFPB. Inicialmente todas as atividades funcionava nas antigas instalações da fábrica, posteriormente foram construídos prédios para as aulas e demais atividades acadêmicas. Esse espaço era de propriedade da fábrica.

A cidade vive uma dinâmica diferente , o vai e vem dos estudantes universitários. Com um número crescente de estudantes, criou-se a necessidade da implantação de repúblicas estudantis .O setor imobiliário sofre especulações de preços elevados para o padrão local.

Rio Tinto respira as nostálgicas histórias da fábrica. Aos poucos, parou de brilhar economicamente, porém ainda encanta historiadores, urbanistas e antropólogos pela fascinante trajetória histórica. Andar pelas ruas da cidade é fazer uma viagem ao tempo e tentar imaginar como era o cotidiano das pessoas e operários daquela época fabril. Tudo ali presente, era construído com um intuito de “controlar os operários”. Os operários deram lugar as jovens cabeças pensantes que chegam a cidade iniciando novas etapas em suas vidas. Não para trabalhar, mas para descobrir os fascínios da ciência preparar-se para o mercado de trabalho.

2.2. UNIDADE SAÚDE DA FAMÍLIA (USF) COMO LÓCUS DE PESQUISA

A Atenção Básica à Saúde do município de Rio Tinto é organizada a partir de 9 Unidades de Saúde da Família (USF), onde 4 estão localizadas na zona urbana e 5 na zona rural. As unidades da zona urbana são: Centro de Saúde – Unidade Básica de Saúde Vila Regina; Unidade de Saúde da Família Rio Tinto I (PSF das Palmeiras); Unidade de Saúde da Família Rio Tinto III(Severino Guedes da Silva) e Unidade de Saúde da Família Rio Tinto II(PSF 5 Ruas). Na Zona rural estão as unidades: Centro de Saúde – Unidade Básica de Saúde de Salema; Centro Unidade Básica de Saúde Piabuçu; Unidade de Saúde da Família Rio do Banco; Unidade Básica de Saúde da Família Cravassu e Unidade Básica de Saúde Tanques.

O corpo profissional das USF é formado por enfermeiras (coordenadoras das unidades), médicas(os), dentistas, agentes comunitários de saúde (ACS), auxiliares de serviços gerais, recepcionistas, técnicas(os) de enfermagem e auxiliares de dentista. Os serviços oferecidos são: ações de saúde da criança, ações da saúde da mulher, acompanhamento do hipertenso (pressão arterial), ações de epidemiologia, acompanhamento a saúde do idoso e ações de promoção a saúde (medidas educativas como palestras e caminhadas). Há também a atuação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família(NASF)que é composto por especialistas de diversas áreas da saúde (nutricionista, fisioterapeutas, pediatra, educador físico e psicólogo).

Estruturalmente os prédios dispõem de uma sala para recepção dos(as) usuários (as), salas de espera, sala de vacina, sala do médico(a), sala do(a) dentista, sala de procedimento

,sala de esterilização e farmácia .A USF do Severino Guedes(Conjunto Novo) ,além dessas dependências ,tem escovódromo destinados as crianças e um auditório.

As equipes das unidades trabalham com demanda agendada e espontânea. Geralmente os agendamentos são realizados pelos ACS durante as visitas domiciliares. O agendamento é realizado, mas o atendimento é feito de acordo com a ordem de chegada dos pacientes. A demanda espontânea é feita em casos de urgências ou se haver disponibilidade para os médicas(os) e enfermeiras(os) atenderem. Segundo as coordenadoras, é uma norma do Ministério da Saúde e tem o objetivo de melhorar os serviços da atenção primária.

Acompanhando o padrão instituído pelo Ministério da Saúde, existe um cronograma de atividades a serem realizadas durante a semana.

Desenvolvi minha pesquisa em duas das nove unidades de saúde do município: USF de Rio do Banco que fica localizada na zona rural e a USF Rio Tinto III(Severino Guedes da Silva) com localização na zona urbana .

A escolha do primeiro local ocorreu após uma reunião com uma das gestoras (Coordenadora da Atenção Básica à Saúde) que sugeriu essa unidade de saúde como lócus de pesquisa¹⁰. Essa reunião foi para entender a composição estrutural e algumas especificidades dos serviços de saúde oferecidos pelo município. No entanto, essa unidade fica localizada na zona rural de Rio Tinto e a locomoção até o local é complicada, pois o principal meio de transporte até a zona rural é através de táxi. Tem a possibilidade de ir de bicicleta, mas no meu caso não teria condições físicas para tal. Desse modo, por questões práticas e metodológicas tive que optar por outra USF na zona urbana. Destaco que essa escolha foi realizada na segunda fase da pesquisa.

2.2.1. TABERABA/RIO DO BANCO :A PRIMEIRA FASE DA PESQUISA

Os dois campos de pesquisa são marcados por características bastante distintas . O contexto geográfico, social e cultural da USF Rio do Banco / Taberaba é tipicamente rural. Fica a uns 15/ 20 minutos da cidade e o acesso é por estrada de barro, além de possuir resquícios de Mata Atlântica ,plantações de cana-de-açúcar ,plantações de macaxeira e batata.

¹⁰ Essa escolha ocorreu na fase inicial do projeto de iniciação científica. Essa fase é caracterizada pelo processo de adaptação e reconhecimento das especificidades do campo de pesquisa.



Fotografia 1 :Plantação de macaxeira e ao fundo plantação de cana-de -açúcar, Sítio Taberaba, Rio

Tinto –PB. Fotografia :Acervo da autora, 08-01-2014.



Fotografia 2: Criação de gado, Sítio Taberaba, Rio Tinto –PB. Fotografia :Acervo da autora, 25-11-2013.

A comunidade é formada por quatro sítios: Taberaba, Areia Branca, Rio do Banco e Boa Vista. Os primeiros moradores desses sítios foram imigrantes de outra região do Estado, sertão. Vieram para trabalhar na antiga fábrica de tecidos de Rio Tinto no início do século XX. Nesta época, era comum a migração de famílias inteiras para o município em busca de novas oportunidades de emprego, R.T. na época era um importante núcleo fabril. Segundo Panet, “Famílias inteiras foram aliciadas pelos agentes da Companhia[...]Este agenciamento era realizado buscando grupos constituídos de vários membros, geralmente de seis a oito pessoas, e trazidos de diversas áreas rurais, dos municípios e estados vizinhos”. (PANET, 2002, p.28) Dessa forma, todos os integrantes dessas famílias direta ou indireta acabavam exercendo alguma função na fábrica. O interesse inicial era trabalhar na fábrica, contudo, quando por motivos diversos não dava certo muitas famílias não voltavam para as cidades de origem e ocupavam áreas desabitadas.

A principal atividade remunerada, para os homens, são os serviços nas usinas de cana-de-açúcar¹¹. Através de entrevistas informais, realizadas com interlocutores, boa parte dos

¹¹ No contexto da pesquisa, os homens ainda são os principais encarregados de exercerem atividades remuneradas e as esposas cuidarem da casa e dos filhos.

homens do local disseram que trabalham ou já trabalharam exercendo alguma função no setor usineiro.

Embora as sedes dessas empresas fiquem em cidades vizinhas, boa parte do plantio da cana-de-açúcar é realizado em território rio-tintense. Neste sentido, é através do trabalho nesse setor que os homens conseguem tirar o sustento familiar. A maioria não possuem escolaridade ou não conseguiram concluir o Ensino Fundamental I. Dessa forma a principal função que desempenham são como “cortadores -de- cana”, pois não é necessário ter escolaridade para atuar nessa função.

De acordo com relatos, as mulheres que participaram da pesquisa iniciaram a vida sexual por volta dos 15/ 16 anos de idade. Cuidam do lar e dos filhos, além de trabalharem na roça e atividades pesqueiras, uma vez que, a agricultura familiar é marcante na região. Um fator importante é que a maioria das famílias dessa comunidade são beneficiárias do Programa Bolsa Família(PBF). De acordo com informações das ACS algumas famílias tem como renda fixa apenas o B. F.

O prédio onde atualmente funciona sede da USF de Rio do Banco foi construído por volta dos anos 1980 pelo INCRA¹². De acordo com relatos, o prédio fora construído com a finalidade de oferecer serviços de saúde. No início dos anos 2000 passou por algumas reformas e ampliações para a implantação da USF

¹² Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária (INCRA).



Fotografia 3: Sede da USF Rio do Banco , Sítio Rio do Banco, Rio Tinto-PB. Acervo da pesquisadora. 15-01-2014 .

Por existir uma relativa distância entre essas comunidades criou-se um posto âncora. O posto âncora funciona em um imóvel alugado pela prefeitura, é uma casa comum que foi adaptada para essa função, entretanto há uma sede própria. Em relatos, os interlocutores informaram que ocorreu essa transferência para realização de uma reforma, no entanto até a conclusão dessa pesquisa essa reforma não tinha sido iniciada.



Fotografia 4: Sede do posto âncora, fechado para reformas .Sítio Taberaba /Rio Tinto-PB. Acervo da pesquisadora. 08-01-2014.

Segundo a equipe da USF de Rio do Banco/Taberaba foi implantada por volta dos anos 2000. Antes da chegada do SUS (Sistema Único de Saúde) as pessoas precisavam se deslocar a zona urbana do município quando necessitavam de atendimento básico(primário).

Nas conversas informais com moradores mais velhos (50/60 anos de idade) eles relataram as dificuldades da época em que não havia o PSF na região. “Ah, era tudo muito difícil”. No entanto, os atendimentos especializados, média e alta complexidade, são encaminhados para a capital do estado. O que gera insatisfação entre os usuários em decorrência da demora para conseguir marcar consultas com médicos especialistas ou exames específicos ,a média de espera é de 2 a 3 meses. Como sabemos, a maioria dos municípios do interior não dispõem de serviços mais específicos e sobrecarregam as instituições da capital do estado, onde estão localizados os serviços de alta complexidade.

A equipe multidisciplinar que atua na área é composta por 1 enfermeira (coordenadora da unidade), 1 dentista, 1 médico, 1 técnica de enfermagem, 1 auxiliar de dentista, 1 recepcionista, 2 auxiliares de serviços gerais e 6 ACS. Dos 6 Agentes Comunitários de Saúde(ACS) 3 dão suporte na Unidade âncora e 3 na sede do posto de saúde. A equipe (médico, enfermeira, técnica de enfermagem e dentista) se revezam semanalmente entre a sede e o posto âncora nos atendimentos. Em Rio do Banco fica a sede e em Taberaba a posto âncora.



Fotografia 5: Equipe da USF Rio do Banco , equipe do NASF e Secretária de Saúde. Acervo da pesquisadora. 29-04-2014.

Segundo informações, cedidas pela coordenadora do PSF, a USF de Rio do Banco dá assistência a uma média de 2.000 pessoas, incluindo os quatro sítios que formam a comunidade.

Em 2014 fiquei uns 3 meses sem realizar campo , de junho a agosto. Essa parada foi ocasionada para a organização e elaboração do relatório final do projeto. Realizamos um relatório parcial em Fevereiro/Março e em Julho/Agosto o relatório final.

Durante esse período houve algumas mudanças significativas. Uma delas foi a mudança na gestão da Secretaria de Saúde, desconheço o motivo da alteração. Eu e os demais colegas do projeto ficamos receosos quanto a continuação das nossas atividades nas USF,mas felizmente não ocorreu nenhum transtorno com relação a mudança de gestor. O professor, coordenador do projeto, apenas conversou informalmente com o atual Secretário explicando que estava desenvolvendo uma pesquisa e que já havia realizado todos os tramites burocráticos com a gestora anterior.

No primeiro ano a pesquisa era executada por duas alunas, eu e Adneuse, mas no ano seguinte ingressaram mais dois alunos pesquisadores. Em agosto do mesmo ano, a médica que atuava na unidade foi substituída por outro profissional. Ela atuava na comunidade a alguns anos e ouvi relatos bastante positivos sobre ela. Seu substituto já trabalhou no posto anteriormente e dessa forma já conhecia o perfil dos usuários(as).

2.2.2. CONJUNTO NOVO: SEGUNDA FASE DA PESQUISA

Do 2013 a 2014 eu era bolsista no projeto, mas de 2014 a 2015 passei a atuar como pesquisadora voluntária. Como já mencionei para ir da zona urbana até Taberaba /Rio do Banco se vai de táxi ou bicicleta. Como voluntária a coisa complicou financeiramente, pois na época os taxistas queriam cobrar em média R\$15,00 apenas por uma viagem. Ida e volta R\$ 30,00 e eu precisava realizar campo em média 2 vezes por semana. Nesse sentido, ficaria incompatível com meu orçamento mensal. Eu precisava continuar minha pesquisa de TCC, então tive que encontrar uma solução. Tentei revezar entre a zona urbana e a zona rural, mas não foi muito produtivo. Ter que reiniciar o campo com o “bonde andando” foi um pouco frustrante. Eu já havia criado “laços” com meus interlocutores e com o próprio campo. Apesar de institucionalmente existir um padrão estrutural e funcional, o contexto sociocultural é diferente e a dinâmica interativa entre profissionais e usuários também.

O contexto da USF Severino Guedes da Silva, popularmente conhecido como “Conjunto Novo”, é diferenciado da USF citada anteriormente, pois existe uma pluralidade socioeconômica e cultural em comparação ao outro lócus de pesquisa. Essa unidade fica localizada na zona urbana do município de Rio Tinto, no bairro Eduardo Ferreira (Conjunto Novo). De acordo com relatos, de alguns moradores, ela foi criada há 10 anos. O local onde hoje funciona o posto de saúde era uma creche, mas em 2006 passou por reformas e ampliações para o funcionamento.

No entorno do bairro existe uma reserva ambiental, a Reserva Guaribas. O que denota um aspecto peculiar e charmoso ao bairro, pois mesmo sendo um contexto urbano conseguimos de alguns locais visualizar a mata atlântica. Além disso, existe uma sede do SESI¹³ onde são oferecidas atividades nas áreas de educação, lazer e saúde. Essa sede do SESI é vestígio da época em que Rio Tinto foi um importante núcleo fabril do país. Em Janeiro de 2015 foi inaugurado o Hotel Parque da Mata. Esse hotel é um empreendimento do SESI e as reservas (hospedagens) são destinadas a treinamentos corporativos e de lazer.

¹³ Tanto a sede do SESI quanto a reserva ambiental já existiam antes da criação do bairro.

Os integrantes das famílias exercem atividades profissionais diversificadas. As principais atividades são exercidas nos setores públicos (municipal e estadual), nas usinas e no comércio local. Com a implantação da UFPB, destaca-se um crescente número de repúblicas universitárias. O que torna o cenário ainda mais plural, pois esses jovens também acabam procurando os serviços de saúde quando necessitam. As ACS chamam as repúblicas de “Casas Flutuantes”, pois não são moradores permanentes.



Fotografia 6 :Rua do Bairro. Acervo da pesquisadora. 05-05-2015.

É importante destacar que antes da criação dessas unidades de saúde, os atendimentos médicos eram realizados na Maternidade Santa Rita de Cássia, conhecida por “Hospital de Doutor Júlio”¹⁴. Atualmente o município dispõe apenas do Hospital Municipal Drº. Francisco Porto e das USF. Tanto as pessoas da zona rural quanto da zona urbana ao serem questionadas, sobre como faziam quando necessitavam de atendimentos médicos e

¹⁴ De acordo com relatos, essa Maternidade começou a funcionar por volta de 1964 e fechou as portas a cerca de 7/8 anos.

hospitalares, citam essa importante instituição de saúde. Neste sentido, era uma das poucas opções existentes na região de Rio Tinto e Mamanguape¹⁵.

A equipe dessa USF é composta por 1 enfermeira (coordenadora da unidade), 1 dentista, 1 médico, 1 técnica de enfermagem, 1 auxiliar de dentista, 1 recepcionista, 1 auxiliar de serviços gerais, 1 vigilante e 8 ACS. As ACS dão assistência a 1.116 famílias e um total de 3.257 pessoas.



Fotografia 7: USF Severino Guedes da Silva, Rio Tinto /P.B. Acervo da pesquisadora. 05-05-2015.

2.3.PROCESSO DE FAMILIARIZAÇÃO COM O CAMPO

No dia 15 de janeiro de 2014, uma bela manhã de quarta-feira, eu e Adneuse¹⁶ marcamos de realizar campo pela manhã em Rio do Banco. Nosso ponto de encontro foi a

¹⁵ Era comum os habitantes de Mamanguape buscarem atendimentos nas instituições de saúde do município. Atualmente Mamanguape dispõe do Hospital Regional (HGM). Inaugurado a cerca de 2 anos.

praça dos taxistas de Rio Tinto. Ela chegou por volta das 8:00 da Baía da Traição e após negociarmos o valor da viagem com o taxista saímos às 8:40 com destino ao Sítio Rio do Banco.

Seria a primeira vez que eu iria ao local, pois a pesquisa estava restrita ao Sítio Taberaba. Pedro e Adneuse já tinham realizado uma visita rápida em dezembro de 2013, mas como eu estava trabalhando não pude acompanhá-los.

Para ir ao Sítio o caminho “oficial” é por Taberaba, mas há vias alternativas que passam pelo Rio Mamanguape quando ele está com o nível da água baixo. O taxista falou que esse trajeto tornaria a viagem mais rápida. Passamos por alguns povoados: Veloso, Curral de Fora, pelo rio Mamanguape e por uma enorme plantação de cana-de-açúcar. O percurso durou em média 15 minutos.

Ao chegarmos à sala de espera do posto de saúde tinha muitas pessoas esperando pela consulta médica. À espera, algumas mulheres, crianças, senhoras e apenas um homem. Nas quartas-feiras são realizados os atendimentos médicos e dessa forma é o dia com maior aglomeração de usuárias(os). Além disso, pela manhã é o momento de maior fluxo de pessoas porque a maioria das atividades são realizadas nesse horário.

Fomos bem recebidas pelos profissionais do local e todos nos trataram muito bem. Uma das primeiras funcionárias com quem falamos foi a técnica de enfermagem. No momento de nossa chegada ela estava saindo, mas disse que voltaria rapidamente. Iria buscar o pai que se encontrava com a saúde debilitada para realizar consulta.

Nosso objetivo seria conversar informalmente com os ACS, mas por ser muito cedo eles não tinham chegado. Antes das visitas domiciliares os ACS passam na unidade para assinar o ponto e pegar exames a serem entregues aos usuárias(os) locais. Enquanto esperávamos, ficamos conversando com a auxiliar de serviços gerais e observando a chegada e interação das pessoas na sala de espera. Ela estava realizando a limpeza do local e como não queríamos incomodá-la resolvemos sentar na calçada que fica próximo à sala de vacinas.

Como os ACS demoraram um pouco, resolvemos tentar interagir com as pessoas da sala de espera. Adneuse por ser mais comunicativa logo começou a conversar com algumas delas.

Todos os lugares disponibilizados para as pessoas sentarem estavam ocupados e com isso tinha muita gente em pé. O barulho causado pelo “zum zum” das conversas, entre as mulheres, lembrava uma feira livre. Os assuntos eram diversificados como: os serviços

¹⁶ Aluna pesquisadora do projeto de 2013/2014.

domésticos, o dia a dia dos filhos e algumas queixas em relação aos serviços de saúde (demora em receber exames, dificuldades em marca consultas específicas, etc).

Seria uma das primeiras vezes que realizaríamos campo sem a companhia do professor Pedro. A presença dele dava-me uma espécie de suporte psicológico. Fiquei aflita, porque estava insegura e sem saber como lidar com aquela situação. Aliada a insegurança tinha a minha timidez.

O que diria inicialmente? Como me portaria naquele ambiente? Além do mais, eu me sentia incomodada com os olhares. Isso gerava em mim um desconforto peculiar, não apenas nesse dia, mas outras vezes que fui a campo. As mochilas nas costas e bloquinhos em mãos tinha um caráter chamativo. Naquele contexto, nós representávamos o exótico. Engraçado que os papéis foram invertidos, pois nós que estávamos sendo observadas e analisadas pelos atores sociais do cenário de pesquisa.

Na tentativa de uma aproximação, comecei a ouvir atenciosamente a conversa de duas mulheres próximas a mim. A essa altura eu já estava desesperada, pois não tinha conversado com ninguém. Eu achava que o campo só seria frutífero se eu conversasse com um maior número de pessoas. A falta de experiência faz você sentir essas coisas e achar que está fazendo tudo errado. Depois, você aprende que em algumas ocasiões é melhor ouvir e observar primeiro. Em seguida, no conforto do lar, produzir seu diário de campo. Às vezes as respostas estão ali e só iremos notá-las durante a escrita do diário e posteriormente na leitura dele.

Voltando a sala de espera, como mencionei antes, não havia lugar disponível para todos sentarem e naquele momento da conversa alguém levantou-se, então aproveitei para sentar. As duas mulheres, comentavam que não sabiam fazer bolo e que sempre ficava “*solado*”. Olhei para as duas e comecei a sorrir, pois achei engraçado a forma como uma delas falou. Não lembro em detalhes de sua fala, mas lembro da sua expressão facial ao comentar sobre o assunto. Era uma expressão de quem estava indignada consigo mesma. Sorrir foi a tática mais propícia naquele instante. Após esse comentário sobre a falta de dotes culinários, me intrometi na conversa afirmando que também não sabia fazer bolo. Todas nós sorrimos. Afinal, não é toda mulher que domina a arte de cozinhar.

Essa foi a oportunidade para iniciar um diálogo e realizar uma breve apresentação pessoal e da pesquisa. Falei que era estudante da UFPB e estava fazendo uma pesquisa sobre saúde. Uma delas questionou se através da pesquisa o serviço iria melhorar. Essa indagação foi feita quando estava explicando o que era a pesquisa e os principais propósitos dela está sendo realizada. Destaquei que eu não tinha vínculo com a prefeitura ou com o Estado, mas que era uma pesquisa para a universidade. Em seguida, a outra perguntou a

mesma coisa: “Mas vai melhorar?”. Foi um momento tenso porque boa parte das pesquisas universitárias aplicadas ficam “engavetadas”, ou seja, restritas ao âmbito acadêmico. Sorri sem graça, para ambas, e optei em ficar em silêncio por falta de uma resposta convincente. Fiquei em silêncio, mas depois tentei explicar novamente que não existia vínculo com a prefeitura ou com o Estado e que o intuito não era promover uma fiscalização. Mais uma vez os papéis foram trocados, eu que estava sendo indagada. Fleisher (2014) faz uma análise sobre essas situações no campo de pesquisa antropológica, para ela

[...]o melindre histórico quanto a Antropologia promove qualquer “alteração” no grupo etnografado. Embora essa não seja a intenção orientadora da disciplina, nossa presença, olhar e perguntas frequentemente induzem à iniciativas recíprocas de autocrítica, e os dois lados-pesquisadores e pesquisados –acabam por se rever, absorvendo ou não inquietações que pairam no ar (FLEISHER,2014, p.158).

Os questionamentos das ACS¹⁷ sobre o que era a pesquisa também incomodava-me. O argumento é que não conseguiam compreender claramente o que estávamos pesquisando. As perguntas mais frequentes eram: “Mas o que realmente vocês [equipe do projeto] estão estudando? Até agora não entendi ainda”. “O que é a pesquisa mesmo? “Tu faz qual curso?” “As meninas [as outras profissionais] sempre falam :as meninas da universidade [eu e a outra pesquisadora], mas eu não entendo o que vocês fazem!” Essa espécie de investigação assemelha-se com o contexto da pesquisa de MELLO; NASCIMENTO(2014) onde ambos tiveram que lidar com inquéritos e desconfianças das ACS a respeito da proposta metodológica realizada ao longo da pesquisa.

Ter que definir em poucas palavras o fazer antropológico é um tanto complicado em virtude da complexidade teórico-metodológica. Não estudamos algo isolado, mas o contexto de nosso “objeto” de pesquisa. Contexto esse, social, psicológico, político, cultural e até espiritual. E como explicar isso para um leigo? E o que é uma pesquisa antropológica? Essa é uma resposta difícil e complexa de formular fora do campo acadêmico, em específico fora do campo das ciências sociais. Nas ciências sociais buscamos estudar os fatos sociais totais, ou seja, procuramos observar os comportamentos dos atores sociais (seres totais) em todas as esferas e não divididos em faculdades(MAUSS,2003). Para Mauss

Nós ,sociólogos ,observamos reações completas de quantidades numericamente definidas de homens ,de seres completos e complexos .Também nós descrevemos o que eles são em seus organismos e suas psiques ,ao mesmo tempo que descrevemos o comportamento dessa massa e as

¹⁷ Nas USF que pesquisei existe uma predominância de mulheres atuando como ACS.

psicoses que lhe correspondem :sentimentos ,ideias ,volições da multidão ou das sociedades organizadas e de seus subgrupos .Também nós vemos corpos e as reações desses corpos ,das quais ideias e sentimentos costumam ser as interpretações e ,mais raramente ,os motivos.O princípio e o fim da sociologia é perceber o grupo inteiro. (MAUSS,2003,p.311-312).

3 MULHER , SAÚDE E SEXUALIDADE

Como mencionado no capítulo anterior, o universo da minha pesquisa envolveu duas unidades de saúde do município. A partir da observação e o contato com os profissionais de saúde e usuários (as) pude compreender a forma como os serviços de saúde são aplicados, além de conhecer o perfil das (os) usuárias(os) dessas unidades de saúde.

Um dos objetivos da pesquisa foi identificar os principais métodos contraceptivos oferecidos na atenção básica e como as mulheres lidavam com questões relacionadas à reprodução e à sexualidade do próprio corpo. Mesmo não fazendo um recorte de idade inicialmente, o campo foi direcionado a mulheres na faixa etária de 20 a 49 anos de idade. Essas se mostraram mais propensas a falarem sobre o assunto, assim como, foi o público mais presente nas USF. A partir desse contexto, outro ponto foi compreender como políticas públicas da assistência social estão relacionadas com o campo da saúde, ou seja, como ambos dialogam.

As equipes de saúde da família, em especial o ACS, têm papel central na promoção à saúde da mulher como um todo. Nessa dimensão reprodutiva existe uma associação do útero com a identidade feminina e especialmente materna. Em consequência, o corpo feminino passa a ser “objeto” de intervenção da biomedicina com ênfase no controle da saúde sexual e reprodutiva (RICO; IRIART,2013).

Para tratar sobre o assunto falarei brevemente sobre os principais métodos contraceptivos usados nos dias de hoje. A composição, a forma de usar cada um deles, os efeitos colaterais e a eficácia de cada método. Em seguida, trarei alguns relatos etnográficos das usuárias dos serviços e de alguns profissionais das unidades.

O SUS oferece algumas opções e orientações para auxiliar no planejamento reprodutivo e sexual. Esses métodos podem ser medicamentosos(reversíveis) ou cirúrgicos(irreversíveis). Existem também os métodos tradicionais ou comportamentais com baixa eficácia, mas ainda são utilizados. Os métodos comportamentais usam a abstinência sexual no período do mês em que a mulher está fértil. Alguns fatores podem indicar o período de fertilidade feminina, como por exemplo: as características do muco cervical, as alterações da temperatura basal ou o método da tabelinha.

Os métodos reversíveis são procedimentos que podem ser revertidos, ou seja, ao deixá-los de usar poderá ocorrer a gravidez.Com os métodos irreversíveis, como a vasectomia ou a laqueadura,a probabilidade de revertê-los é mínima. Neste sentido, ao optar pelos procedimentos irreversíveis a pessoa precisa estar segura psicologicamente da decisão.

Vale lembrar que dentre todos os métodos contraceptivos, os preservativos feminino e masculino são os únicos que oferecem proteção contra doenças sexualmente transmissíveis, inclusive o HIV/AIDS e as hepatites virais¹⁸.

Na atenção básica os principais métodos destinados ao uso são: anticoncepcional oral de uso mensal, anticoncepcional injetável que podem ser usados mensalmente ou trimestralmente, anticoncepcional de emergência (pílula do dia seguinte), além de preservativos masculinos e femininos. De acordo o Ministério da Saúde, a escolha do método anticoncepcional deve contar com o auxílio e orientação de um profissional de saúde que oriente quais os métodos disponíveis, como utilizá-los, quais as vantagens e desvantagens de cada um deles. Além de uma avaliação junto a mulher, o homem ou o casal para escolha do método mais adequado aos dois. É importante destacar que apesar de existirem várias opções de métodos contraceptivos o uso ainda está centrado na pílula oral e na chamada injeção hormonal.

3.1.PÍLULA

A criação da pílula possibilitou as mulheres exercerem a sexualidade desvinculada da reprodução e dessa forma exercerem autonomia sobre seus corpos. Além disso, houve mudanças no padrão de comportamento e as mulheres puderam exercer atividades no mercado de trabalho.

As primeiras pílulas fabricadas em 1960, no auge da Revolução Sexual, possuíam doses extremamente altas de hormônios sintéticos (estrogênio e progesterona) elas continham em média 150 microgramas de estrogênio. Os efeitos colaterais eram bens mais intensos se comparados com os efeitos das pílulas atuais. Já as pílulas produzidas atualmente possuem um percentual de 20 microgramas do referido hormônio(CONTE,2004). Existem três variações de pílula: pílula anticoncepcional combinada, minipílula anticoncepcional, pílula do dia seguinte.

Pílula anticoncepcional combinada

¹⁸ Informações mais detalhadas em:

http://www.blog.saude.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=35440&catid=564&Itemid=101

Contém 2 hormônios :estrogênio e a progesterona. Deve ser tomada sem interrupção, durante 21 dias, no mesmo horário. Este método impede a gravidez através do bloqueio da emissão dos óvulos pelo ovário. Algumas mulheres podem apresentar os seguintes efeitos colaterais: dor de cabeça, irritação, depressão, náuseas, vômitos, diminuição do desejo sexual,etc. Pode ser usada a partir da 1 menstruação.

Minipílula anticoncepcional

Essa pílula contém apenas a progesterona. É indicada para mulheres lactantes. Seu uso deve ser iniciado a partir da 6ª semana após o parto.

Pílula do dia seguinte

A pílula do dia seguinte é um contraceptivo de emergência deve ser utilizada em última hipótese, como por exemplo quando a camisinha estoura ,a mulher esquece de tomar a pílula convencional ou em caso de violência sexual. Possui altas doses de hormônios e pode acarretar alguns efeitos colaterais como: náuseas, alteração no ciclo menstrual, dor de cabeça e diarreia. Devem ser evitadas, caso a mulher tenha distúrbios metabólicos, neste caso, é necessário procurar a orientação médica (CONTE, 2014).

É indicado que a mulher tome a pílula logo após a relação sexual sem proteção. No entanto, ela tem o prazo máximo de 3 dias (72 horas) para ser ingerida .Passando desse prazo o medicamento não terá mais eficácia.A pílula age bloqueando a ovulação e consequentemente a probabilidade de uma gravidez. Nos casos em que a mulher não tenha ovulado, a pílula de emergência, impedirá ou retardará a liberação do óvulo (CONTE 2014).

3.1.2.INJEÇÕES HORMONAIIS

Existem dois tipos de injetáveis: injetável mensal e injetável trimestral. Assim como as pílulas, também são compostas de estrogênio e progesterona. Caso haja, interrupção do hormônio injetável mensal, a fertilidade logo voltará ao normal. No entanto, com o trimestral poderá haver um pequeno atraso no retorno da fertilidade. Esse tipo de contraceptivo pode ser usado durante o período em que mulher está amamentado. É indicado que seu uso seja iniciado seis semanas após o parto.

3.1.3.CAMISINHA

Tanto a camisinha masculina quanto a feminina são constituídas por uma membrana de borracha, lisa, lubrificada, transparente, e não pode ser reutilizada. A masculina deve ser colocada no pênis ereto, antes da penetração. Já a camisinha feminina é um tubo de plástico e flexível que se encaixa na vagina. De acordo com recomendações médicas deve ser colocada antes da penetração ou 8 horas antes do ato sexual. Atualmente, são as únicas que protegem contra doenças sexualmente transmissíveis.

3.1.4.DISPOSITIVO INTRA –UTERINO (DIU)

Dispositivo de plástico revestido de cobre. Sua introdução e remoção deve ser realizada pelo médico(a). O cobre destrói parte dos espermatozoides e impede que outros cheguem ao óvulo fecundado. Caso haja fecundação, o DIU impedirá que o embrião se fixe no útero (LINHARES,2005).De acordo com o Ministério da Saúde, garante 10 anos de proteção. Ele é colocado no interior da cavidade uterina através da vagina. O DIU possui um fio que se desloca do útero para a vagina para facilitar a remoção. Esse dispositivo não interfere no prazer nem na relação sexual, apenas impedindo que a ovulação seja realizada.

Deve ser colocado durante o período menstrual. É necessário um acompanhamento a cada 6 meses, pois pode ocorrer rejeição do organismo e causar expulsão, aumento do sangramento menstrual ou infecções uterinas(MEIRA,2002). É importante destacar que o uso desse dispositivo é eficaz e não apresenta os efeitos colaterais do uso dos hormônios. Além disso, pode ser retirado a qualquer momento, caso a mulher queira.

Infelizmente, nas USF o DIU não está disponível o que dificulta o acesso. Caso a mulher tenha interesse em adotá-lo como método, será encaminhada para uma maternidade de referência na capital do estado. Sendo encaminhada, fica numa lista de espera, além de passar por algumas entrevistas com uma assistente social.

3.1.5.LAQUEADURA

Intervenção cirúrgica que consiste em cortar e amarrar as tubas uterinas. Embora os óvulos continuem sendo produzidos, os óvulos não conseguem ser fecundados, pois foi interrompido a ligação entre os ovários e o útero(LINHARES,2005).

3.1.6.VASECTOMIA

A esterilização masculina é bem mais simples que a feminina . Consiste na secção dos ductos deferentes através de um pequeno corte na pele da bolsa escrotal que interrompe o fluxo de espermatozoide, ou seja ,ocorre um bloqueio que impede os espermatozoides de se misturarem ao sêmen durante a ejaculação(LINHARES,2005). É importante frisar que o efeito não é imediato e que essa intervenção não prejudica o desempenho e desejo sexual.

3.2. “AH, NO MEU TEMPO TINHA ISSO NÃO”: LAQUEADURA COMO SOLUÇÃO

Numa tarde de quinta-feira , 27 de fevereiro de 2014 que antecedia o carnaval, eu e a outra bolsista seguimos rumo ao Sítio Taberaba . Taberaba já encontrava-se em clima de Carnaval, com muitas crianças na rua prestigiando os grupos de xirumbas¹⁹ . Nessa tarde, o posto de saúde estava funcionando apenas para entrega de medicamentos, pois a enfermeira havia realizado atendimentos pela manhã. Chegamos a unidade e estavam no local: Afrodite (que é recepcionista do local),sua nora e sua neta de 5 anos. Ao sairmos do carro cumprimentamos as três.Após os cumprimentos, resolvemos sentar para amenizar o mal-estar causado pelo calor.

Ficamos conversando e aproveitando a brisa. Perguntamos se tinha um cafezinho, pois tínhamos o hábito de tomar café sempre que passávamos por lá. Ela disse que não tinha, mas que rapidamente prepararia .Foi na casa ao lado e voltou 15 minutos depois com a garrafa de café .Foi na cozinha do posto e trouxe copos descartáveis para nós. Eu tinha levado umas bolachas e aproveitamos para lanchar. Neste momento já havia um entrosamento entre nós , pois sua nora já dialogava conosco.

Naquela tarde a temperatura estava muito alto, com poucas passagens de ar ,abafado e o céu com pouquíssimas nuvens. A sensação térmica, suponho, que estava por volta de uns 40º graus. Lanchamos e continuamos conversando. Em seguida perguntei se ela(Afrodite) responderia a um questionário da pesquisa . Na verdade era apenas um roteiro para direcionar as perguntas. Ela de imediato ressaltou que responderia, mas que talvez não respondesse todas.

¹⁹ Xirumbas são homens ou meninos que vestem-se com roupas femininas e geralmente cobrem rosto para saírem nas ruas fazendo graça durante o período carnavalesco.

Precisávamos de uma pessoa que estivesse disposta a participar daquela entrevista, pois envolvia alguns temas delicados e polêmicos ao mesmo tempo. Talvez não tão delicados assim, mas eram perguntas que envolviam ter que falar de sexualidade e aborto, por exemplo. A entrevista foi muito tranquila, na verdade teve “ares” de uma conversa entre comadres. Todas nós ficamos super a vontade. Hoje, lamento não ter explorado mais esse momento. Mais uma vez a falta de experiência se fez presente. Afrodite foi a interlocutora que mais convivi durante a pesquisa, pois sempre estávamos em contato durante minhas incursões a Taberaba.

Afrodite tem 47 anos, cursou até o 7º ano do Ensino Fundamental, 3 filhos é funcionária pública, vive em uma união estável, se declara católica e reside no Sítio Taberaba. Aos 5 anos de idade sua mãe faleceu. Após esse acontecimento, foi morar com o pai e a madrasta, não tinha uma boa convivência com ela. Por causa disso, passava a semana com o pai no alojamento em que ele trabalhava. De acordo com ela, ao menstruar pela primeira vez, seu pai incumbiu-se de orientá-la.

Disse que na juventude era muito namoradeira. Nessa fase, para não contrair DSTs usava técnicas caseiras ensinadas pelo pai, como banhos a base de suco de limão.

[...]Antes de ter relação eu me banhava com limão. Meu pai que me ensinou. Eu nunca usei isso (se referindo a camisinha). Se o homem tivesse com alguma doença venérea não subia. E eu dizia: não meu filho! No meu tempo não tinha isso não (camisinha). Tá vendo, estou com 47 anos e nunca peguei uma doença venérea. Meu pai conhecia muita doença venérea. Muito tipo de doença. (Diário de Campo, 27-02-14).

Por não ter acesso a contraceptivos, engravidou na adolescência, optou em realizar um aborto. Das interlocutoras, foi a única que afirmou, sem tabu, ter provocado um aborto. Decidiu fazer uso de ‘chás abortivos’, pois naquele momento não tinha outra alternativa. Era muito jovem e não tinha condições financeiras e psicológicas de arcar com uma gravidez indesejada e precoce. Passado algum tempo engravidou mais duas vezes, no entanto, decidiu dar continuidade as gravidezes.

Afrodite afirmou ter realizado laqueadura aos 20 anos de idade. A possibilidade dela engravidar novamente incomodava o irmão mais velho. Decidiu encerrar a vida reprodutiva por causa da postura dele. Na ocasião não tinha outra alternativa. Nessa época, seu irmão morava em João Pessoa e ajudava o pai nas despesas de casa e não via com bons olhos quando ela engravidava. Além disso, tinha o desejo que ela estudasse e fizesse um curso universitário. Disse que o irmão, passou a diminuir a feira que levava para seu pai. A partir dessa situação ela começou a trabalhar no mangue para sustentar seus filhos. Os

traços de sua face trouxeram à tona lembranças da época do trabalho duro, vividos no mangue. Apesar dela não entrar em detalhes, esses traços falaram por ela. Pensei, ao ouvi-la e visualizar seu rosto, de como deve ter sido difícil esse período.

A pressão exercida pelo irmão foi um dos elementos centrais dessa decisão. Contudo, anos depois, arrependeu-se. Seu primogênito faleceu em decorrência de uma hepatite. Quando a questionei se tinha realizado a chamada “ligação” ou se conhecia alguém que tinha passado pelo procedimento respondeu-me com ar de arrependimento.

Eu dei um peru ao médico e disse :corta! A enfermeira pediu para eu mentir minha idade e dizer que tinha 24 anos, mas eu me arrependi. Se eu soubesse que meu filho ia morrer, tinha tido outro. Namorava muito. Era mãe solteira. Deixei de estudar. Meu irmão morava em João Pessoa e o sonho dele era que eu fizesse uma faculdade. Ele dizia que eu estava enchendo a casa de menino (Diário de campo,27-02-14).

De acordo com Vieira, a única forma de prevenir o arrependimento seria intervir no processo de decisão para que ocorra de maneira consciente e informada .A assistência ao processo de decisão deve ser realizada por orientação e aconselhamento, sendo estes qualitativamente diferentes de ter apenas o consentimento informado.[...]Neste sentido ,a idade quando ocorre a cirurgia é fundamental ,já que a idade jovem está clara e fortemente associada ao arrependimento ,devido a maior chance de mudanças na vida (VIEIRA,2003 ,p. 180 -181).

Atualmente com a implantação da Lei de Planejamento Familiar, para a realização da laqueadura são necessários :ter no mínimo 2 filhos vivos e no mínimo 25 anos de idade. O arrependimento também pode estar relacionado a problemas cirúrgicos, problemas sexuais ou menstruais após a esterilização. Além disso , ter autonomia de escolha é elemento preponderante para se evitar o arrependimento.

Vênus tem 49 anos de idade , casada , teve 2 filhas , agricultora e se declara católica .A entrevista ocorreu dia 23 de janeiro de 2014 ,por volta das 9:00h30min.Ficamos conversando na varanda de sua casa. Assim como Afrodite, Vênus também fez laqueadura por volta dos 25 anos de idade. Questionei-a como tinha sido nas duas vezes que engravidou, ela destacou que na época não realizou pré-natal e não passou por exames de rotina.

Naquele tempo tinha isso não. ‘Embuchudou’, fez nove “mei”, ia simhora ganhar. E ganhei tudinho aí no hospital.Tá fazendo isso agora.Tomar

remédio ,fazer pré-natal...Eu nunca nem tomei nem sulfato ferroso.Eu não!(Risos).Pode “preguntar” a muita gente por aí.(Diário de campo,23-01-15).

Assim como a maioria das mulheres que tem essa faixa etária, a entrevistada optou pelo método irreversível da esterilização, mesmo usando pílula. Um dos motivos é que não queria ter muitos filhos. Pelo desejo do marido, ela não teria passado pelo procedimento cirúrgico. Entretanto, ela teve “autonomia” para decidir mesmo havendo essa discordância entre os dois.

Pelo gosto dele[marido] eu tinha enchido a casa de menino. Tinha bem uns 30. Não! Eu sai ,fui me bora me operar.Ele nem queria .Eu não quis nem saber.”Mar” menino !Os “homi” ...Eu tomava pílula porque eu queria. Dependendo de mim mesmo nunca gostei de ter menino, não. Menino tira a pessoa do sério. Só pra quem gosta mesmo. Dá muito trabalho. Ave Maria ,como dá trabalho! (Diário de campo ,23-01-15).

De acordo com seu relato, para conseguir a cirurgia (laqueadura) uma de suas primas , que trabalhava para um médico da região, falou com ele para ter acesso a cirurgia. Esse médico além de ser um profissional da área da saúde é um dos políticos do município. Observa-se que esse tipo de cirurgia era e ainda é utilizada como mecanismo para obtenção de votos. Tanto Afrodite quanto Vênus mencionam implicitamente essa prática que é muito comum em cidades do interior. Isso fica claro, quando elas destacam a “ajuda” de alguém para conseguir a cirurgia. Durante a pesquisa surgiram outros relatos similares a esses dois , principalmente nas comunidades de Taberaba e Rio do Banco. Para conter esse tipo de prática em 1993 foram criadas em alguns Estados comissões parlamentares para averiguarem as origens das esterilizações femininas. O foco eram as clinicas particulares de planejamento familiar (Vieira ,2003).

A realização da laqueadura para algumas mulheres é sinônimo de adquirir mais autonomia em relação ao próprio corpo. Significando dessa forma, não ser mais dependente de métodos contraceptivos reversíveis e um marcador do fim da vida reprodutiva. Assim como não ser mais dependente dos métodos contraceptivos oferecidos pelos centros públicos de saúde, que nem sempre eram aqueles desejados por elas, e não ter que recorrer ao aborto clandestino (DE ZORDO,2009). Em contrapartida

Assegurar que a oferta da esterilização seja ética e garanta os direitos reprodutivos são princípios que devem nortear as atividades de planejamento familiar. Nesse sentido, o arrependimento após a esterilização é uma grave consequência ,seja da laqueadura tubária ,seja vasectomia ,pelo fato de a reversão cirúrgica ser cara ,de difícil acesso e frequentemente não factível(VIEIRA,2003,p.180).

O final dos anos 1980 e 1990 é marcado pela expansão em “massa” da esterilização feminina. Assim como era o meio mais viável para os órgãos de saúde conterem o crescimento populacional bastante expressivo nas décadas anteriores. “Até 1985 a rede pública de saúde não oferecia métodos reversíveis de contracepção. Essa demanda seria oferecida por órgãos não governamentais de planejamento familiar e pelo mercado farmacêutico”. (ÁVILA, 2003, p.44)

O Ministério da Saúde vai incumbir-se dessa distribuição após a criação do PAISM. A ideia de saúde sexual preventiva era um embrião em desenvolvimento. Dessa forma, muitas mulheres não detinham informações básicas sobre contraceptivos sintéticos, assim como, o acesso a eles. Além disso, pouco se falava em doenças sexualmente transmissíveis e como preveni-las. Os órgãos que ofereciam o planejamento familiar o faziam numa perspectiva abertamente controlista, sem oferecer informações necessárias ou serviços de qualidade. Neste sentido, imperava a cultura da desinformação e falhas ao usa-los o que acarretava um descredito por parte das mulheres (CORRÊA;ÁVILA,2003,p.45).

Em decorrência da falta de informação e disponibilidade de outros métodos, muitas mulheres optavam pelo método irreversível. O que é notório é a grande quantidade de mulheres com menos de 25 anos que realizavam a laqueadura. No relato a seguir fica muito claro essa problemática.

Ariadne (25 anos, autônoma, solteira e sem filhos) conversamos informalmente na sala de espera da Unidade “Conjunto novo”. Ela estava esperando ser atendida pelo médico, pois estava com fortes dores nas articulações. Aparentemente muito simpática, logo começamos a conversar. Indagou-me se eu seria atendida primeiro que ela, mas expliquei que não estava ali porque estava doente. Ao falar real motivo que levou-me ao local, ela ficou interessada no assunto. Mencionou uma espécie de aversão que sua mãe tinha a respeito da pílula. Ela aconselhava a filha a não usá-la por diversos motivos.

Minha mãe engravidou aos 14 anos e aos 22 fez laqueadura. Sempre houve um preconceito muito grande com relação aos anticoncepcionais, né? As mulheres mais velhas passavam para as mais novas pra não tomar. Pra deixar vir. Porque o comprimido fazia mal, engordava e outras coisas. Aí, minha mãe não tomava não. Até quando eu passei a ter uma vida sexual ativa ela não gostava que eu usasse. Ela dizia pra eu que fazia mal. E olhe que minha mãe tem 54 anos. (Diário de campo,20-03-2015).

3.3.PLANEJAMENTO FAMILIAR: “NOVOS TEMPOS”

Com a implantação da Lei de Planejamento Familiar, no ano de 1996, como já mencionei acima, atualmente para a realização da laqueadura são necessários :ter no mínimo 2 filhos vivos e no mínimo 25 anos de idade. Dentre as ações propostas pela lei : assistência a concepção e contracepção ,atendimento pré-natal; assistência ao parto ,ao puerpério e ao neonato, controle de DSTs, controle e prevenção dos cânceres cérvico-uterino ,de mama ,de próstata e de pênis.

De acordo com relatos das interlocutoras, nas áreas rurais ,a exemplo de Taberaba e Rio do Banco, as mulheres só iam a uma instituição de saúde já na fase final da gravidez , em tempos de “parir”. Como por exemplo, nas falas de Afrodite e Vênus. Elas afirmaram não ter realizado pré- natal pela falta de uma unidade de saúde na comunidade, na época em que engravidaram. “Minha gravidez foi normal. Aqui não tinha esse negócio de pré-natal, não”.

As gestações de ambas ocorreram em meados dos anos 1980/1990. Esse período é marcado pelo início das reformas sanitárias no país . Contudo, no município essas medidas possivelmente estavam sendo aplicadas aos poucos. Apesar da criação do PAISM, o objetivo era propiciar as mulheres programas voltados para todos os ciclos da vida o que não ocorria e ainda não acontece. O que vemos é uma excessiva medicalização do corpo da mulher.

Com a epidemia da AIDS, as políticas públicas passam a ser direcionadas ao controle epidemiológico da mesma. Dessa forma, é estimulado o uso do preservativo masculino através de campanhas de conscientização. Entretanto, para Lima (2011) a grande mídia pouco veicula as informações sobre a doença ; e quando o faz ,é de forma distorcida e parcialmente .Ainda no cenário social acredita-se que a doença é específica de alguns grupos, como os homossexuais. Além disso, acredita-se que o homem heretossexual não contrai o vírus e a mulher que carrega a camisinha na bolsa é promíscua.

A partir do final anos 90, as USF são utilizadas como ferramentas importantes para auxiliar o planejamento familiar e no combate ao HIV/AIDS. Entretanto, o foco na necessidade de estimular o uso da camisinha e de dar visibilidade a populações tradicionalmente excluídas dos serviços de saúde, não possibilitou que a abordagem da sexualidade promovida pelos programas e ações voltados para o combate ao HIV incorporasse a perspectiva da integralidade ou as proposições feministas sobre saúde das mulheres (DINIZ; VILLELA, 1999 *apud* VILLELA ;MONTEIRO ,2006,p.21).

“A entrada da aids no debate sobre saúde ,nas conferências do Cairo e Beijing ,ampliou a discussão e permitiu que a sexualidade fosse debatida em toda a sociedade”.

(VIEIRA, 2003, p.85). Desse modo, destaca-se a necessidade de acesso a informações sobre sexo seguro, ou, seja falar abertamente sobre os meios de contrair o vírus e sem restrições de grupos.

Uma das entrevistadas, ao ser questionado sobre métodos contraceptivos, fez relatos relevantes. Hera (31 anos de idade, não tem filhos e está em um relacionamento estável há 5 anos). Comentou que fez um curso técnico em saúde bucal e viu alguns assuntos de saúde pública. Demonstrando conhecer um pouco do assunto. “Ah, o SUS é para qualquer pessoa[...]. Acho que melhorou bastante com o PSF”. Hera trabalha na capital a semana inteira e o namorado reside em Rio Tinto e dessa forma tem dúvidas da fidelidade do companheiro. Por causa disso, tem receio que ele transe com outras mulheres sem preservativo e adquira uma DST e transmita para ela. Em decorrência dessa desconfiança pede para ele, caso saia com outras mulheres, usar preservativo. Ao ser questionada por mim, sobre o motivo de não usar a camisinha, ela alegou que acha desconfortável e como tem parceiro fixo opta pela pílula. Abaixo um pequeno trecho da entrevista que fiz com ela.

Pesquisadora: Qual método contraceptivo você usa?

Hera: Eu só tomo comprimido porque tenho parceiro fixo a 5 anos.

Pesquisadora: Por que não usa camisinha?

Hera: Não gosto. Só por esse fato. Porque eu não gosto.

Hera: Digo :Tu[namorado] te cuida infeliz! Se eu acabar[namoro] hoje tenho medo [ter contraído uma DST].

De acordo com Lima com o advento da pílula, a camisinha só era usada para casos de mulheres que sofriam com os terríveis efeitos colaterais dos hormônios sintéticos. A partir do surgimento da epidemia da AIDS, nos anos de 1980, é que a camisinha vai ser incorporada como método contraceptivo(2011,p.113).

A camisinha masculina é motivo de muitas discussões entre os casais, principalmente nas relações estáveis. Na fase inicial dos relacionamentos ou em encontros casuais, os casais até chegam a usá-la, porém quando os relacionamentos ganham estabilidade optam apenas pela pílula. Segundo Sílvia Dezordo (2009) “há uma difícil integração do homem no planejamento familiar e quando são “induzidos” por suas companheiras a usar o preservativo masculino geram-se conflitos entre ambos, pois na visão masculina geralmente é associado a infidelidade”

Para o pesquisador Severino Ramos de Lima

[...] utiliza-se a camisinha na fase do “ficar”, do conhecimento do outro. Numa fase posterior o preservativo é descartado, porque do mesmo modo

que a camisinha está associada à Aids ,também está associada a infidelidade .Se há confiança ,logo o preservativo é abandonado. Essa decisão é tomada sem nenhum tipo de discussão . É uma prova de amor não pedir ao outro para usar camisinha(LIMA,2011 ,p.113)

De acordo com Vieira, “embora os métodos anticoncepcionais estejam bastante disseminados no país e haja conhecimento sobre eles, esse conhecimento ainda é muito restrito”. (VIEIRA, 2003, p.175) Dessa forma, mitos a respeito dos mesmos são construídos entre as mulheres. Como exemplo, mitos relacionados ao DIU ,onde acredita-se que esse método pode provocar câncer ou prejudicar uma futura gravidez. Das minhas interlocutoras apenas uma citou conhecer o DIU. Algo preocupante.

Gaia (27 anos de idade, casada, tem 1 filha e é professora), falou que troca com frequência o anticoncepcional porque sofre com os efeitos colaterais em seu organismo. Contou-me que estava usando o injetável, no entanto estava vendo a possibilidade de colocar o Dispositivo Intra- Uterino (DIU). Destacou que, ela e o esposo, procuram combinar cuidadosamente qual método é mais viável para o casal. Das interlocutoras, Gaia foi a única que mencionou ter o desejo de colocar o DIU. Assim como, destacar a participação do esposo na escolha do método.

3.4. “ESSE POVO NÃO SE CUIDA”: DISCURSO NORMATIZADOR

Para Elisabeth M. Viera (2003,p.178) “a medicalização do planejamento familiar é parte integrante da vida reprodutiva da mulher. Dessa forma, no planejamento familiar ,a medicalização é expressa pelo uso de tecnologias ao invés de humanização ,educação e informação. Segundo Foucault (2001) desde o século XIX o sexo é colocado em discurso e através do discurso da medicina foi colocado em um lugar social.

O discurso dos profissionais da saúde enfatizando que as mulheres deveriam se cuidar, pois não estão atentas com o bem-estar físico delas mesmas, em alguns momentos da pesquisa me incomodava. Em específico aos cuidados relacionados a vida sexual. Para Foucault “a sexualidade foi definida por um processo patológico, solicitando portanto de intervenções terapêuticas ou de normalização”. (FOUCAULT, 1988, p.78)

Ao entrevistar uma das enfermeiras (coordenadora da USF), ela falou que desde que passou a coordenar a Unidade tem promovido ações para que as MULHERES compreendam a necessidade de tomar alguns cuidados com relação à saúde sexual, como por exemplo o

exame “citológico”. No entanto, algumas delas ainda resistem em realizá-los. De acordo com Foucault, “a medicalização minuciosa dos corpos femininos, de seu sexo, fez-se em nome da responsabilidade que elas teriam no que diz respeito a saúde de seus filhos ,a solidez da instituição familiar e a salvação da sociedade”. (FOUCAULT, 1988, p.137)

A enfermeira falou que aconselha suas pacientes a usar a pílula em conjunto com o preservativo. Diz para elas que se caso os parceiros não queiram usar a camisinha masculina que façam uso da camisinha feminina. Que segundo as coordenadoras, está disponível nas unidades. Ela comentou que no início da sua gestão na Unidade de Saúde havia um índice mensal altíssimo de DSTs, contudo ao longo de seu trabalho esse percentual vem diminuindo.

Eu digo sempre que não dá para confiar em homem (**referindo-se a falta de hábito do uso da camisinha masculina**). Homem é danado. Fica com você e diz que não tem mais ninguém [...]. Tem gente que pensa que se pega DST pelo esperma, mas só basta as partes entrarem em contato uma com a outra (vagina e pênis)”. (Enfermeira, coordenadora da USF).

Relatou o caso de uma paciente que estava com a região bucal tomada por verrugas. Ao examiná-la, percebeu que o caso era bastante grave e dessa forma a encaminhou para um especialista. Possivelmente já havia atingido parcialmente a garganta da paciente. A enfermeira fez questão de frisar, que as mulheres as vezes não pensam nas consequências durante o sexo e quando percebem já é tarde.

Para Foucault (1995 , *apud* VILELA;ARILHA,2003,p.98) “a sexualidade é um dispositivo social de controle sobre os indivíduos. Normas a respeito de com quem é permitido ou proibido ter relações, onde, em que momentos da vida, que práticas sexuais são aceitas e rejeitadas estão nas diferentes sociedades”. Ainda citando Foucault (1988, p.145), “o sexo é um dispositivo da sexualidade que o poder organiza em suas captações dos corpos , de sua materialidade , de suas forças ,suas energias ,suas sensações ,seus prazeres”.

Em outros momentos, ACS mencionaram dificuldades em convencer algumas mulheres em realizar o exame Papanicolau. De acordo com as conversas que tive com as ACS, enfermeiras e as próprias mulheres , essa resistência é promovida por uma infinidade de motivos. Pode ser por vergonha, medo ou desconforto em expor o corpo a enfermeira durante o exame. Além disso, pode ser gerado também em decorrência das usuárias conhecerem a equipe e a/o profissional que realiza o exame. Uma ACS, comentou que mulheres preferem pagar pelo exame.

Uma delas comentou que algumas mulheres fazem o citológico pela rede particular com o argumento que demora sair o resultado. “Elas fazem e não traz pra aqui”. Afirmou que

por causa disso tem muitos problemas para atingir a meta mensal estipulada pela Secretaria Municipal de Saúde.

Outra ACS falou que argumenta, para as mulheres, que a enfermeira é uma mulher e não há necessidade de sentir vergonha. Ao conversar comigo, ela reproduziu o discurso para tentar convencê-las: “O exame ‘né’ feito por uma enfermeira?! Mulher como a gente. Digo: Mas você não se abre para seu marido. Você não conhecia ele. Elas dizem: Mas é diferente”.

A sexualidade ainda é discutida timidamente em todas as fases da vida, principalmente entre as mulheres. Neste sentido, a cada vez que a mulher expõe seu corpo durante esse tipo de exame, aflora o sentimento de vergonha, que pode ser justificado pelo tabu do sexo (DUAVY *et al*, 2007,p.735).

Com relação as táticas desenvolvidas para o público adolescente, que é outra problemática, uma das coordenadoras, procura estimular as meninas em buscar orientação sobre o assunto no posto de saúde. “Eu digo sempre, na sala de espera que elas não tenham medo porque o que elas conversarem aqui dentro fica só entre eu e elas. Porque tem a ética profissional”. Disse que já atendeu algumas garotas contaminadas por DST. Afirmou ainda, que algumas desenvolvem o hábito de usar o preservativo e outras usam pílulas, porém sem orientação de um profissional de saúde.

Sobre o assunto, questionei uma das interlocutoras, como ficou sabendo a forma de usar a camisinha e a pílula. Ela respondeu-me da seguinte forma: “Camisinha passa propaganda na TV. Tem como saber. O que não aprende em casa aprende na rua”. Desse modo, o acesso a contracepção e orientações ocorrem tardiamente. Abaixo temos um exemplo bastante típico com relação a essas questões.

Reia, 28 anos de idade, tem um filho, união estável, estudante de ecologia e reside em Rio Tinto. Acabamos nos vendo algumas vezes na USF “Conjunto novo”, pois ela costumava frequentar o local e sempre estávamos nos esbarrando pelos corredores do campus da universidade. Em uma de nossas conversas contou-me que ainda na adolescência engravidou do seu atual companheiro. Já estavam juntos a uns 5 anos. Ao suspeitar da gravidez, fez o clássico teste de farmácia e o resultado foi positivo. Em seguida fez o teste de laboratório, mas com a esperança que resultado desse negativo. Como tinha alguns problemas de saúde e tomava medicamentos específicos optou em não usar a pílula, pois a família não sabia que matinha relações sexuais com o namorado.

No início da vida sexual usou preservativo, mas teve problemas alérgicos e achou que fosse por causa da camisinha. Depois detectou que era em decorrência de outro produto que usava na região íntima. Por manter a vida sexual em segredo, tinha receio de procurar

orientação médica e pedir indicação de um método contraceptivo adequado e posteriormente a família descobrir. Apenas ao engravidar sentiu-se segura em realizar tal ação. “Apesar das iniciativas voltadas à educação sexual de jovens inspiradas no temor da gravidez e da epidemia do HIV ,ainda tem a ideia de postergação do início da vida sexual ou ainda de condenação das meninas que se expõem ao sexo sem proteção ou preocupação”. (VILLELA;ARILLA, 2003,p.133)

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os elementos trazidos ao longo dessa pesquisa precisam ser entendidos a partir de uma compreensão política e socioantropológica. Abordar temas que envolvam políticas públicas exige uma investigação interdisciplinar e muita reflexão, pois são extremamente complexos.

Os seres humanos são marcados por ciclos de vida :infância, adolescência, vida adulta e velhice. Existe uma diversidade entre os indivíduos que compõem a sociedade, entre elas: a diversidade étnica, cultural e social. Ao longo da história da humanidade existiu e ainda existe uma grande preocupação em tornar a sociedade homogênea tanto nos aspectos sociais, políticos e culturais. Através de políticas conservadoras que buscam padronizar o formato das famílias e direcionar como os indivíduos devam portar-se no contexto social.

Diante das questões analisadas, detectaram-se muitas divergências. Uma delas é abordagem realizada pelos profissionais a saúde sexual e reprodutiva. Não foram encontrados elementos que direcionem a saúde do homem. Em contrapartida. Consegui observar excessivas políticas ofertadas a mulher em idade reprodutiva, que se propõe a ser mãe e cuidadora da prole. “Ao longo das políticas públicas em saúde houve um enfoque preferencial de mulheres e uma prática de reforço do afastamento e demonização masculinos. Além do mais, os homens incomodam muito mais as equipes como não percebidos como homens de família”. (SCOTT, 2005, p.94)

Essa cultura biomédica enraizada que “prega” que as mulheres devem “carregar nas costas” os cuidados como contracepção e prevenção de patologias ligadas ao sexo ainda são muito retrogradadas. Embora, sejam observados avanços, as políticas direcionadas ao público masculino elas ainda são muito restritas.

Diante desse contexto, “os homens recorrem aos serviços de saúde para coisas graves ou sérias [...]o que resulta em um tratamento diferenciado .Essa noção de virilidade parece dissociada da necessidade de cuidados preventivos e os principais frequentadores das unidades básicas continuam sendo as mulheres, crianças e os idosos (SARTI,2010, p.97).

Ressalvo que existem esforços dos profissionais em desenvolver práticas que diminuam e previnam patologias advindas do sexo. Entretanto, essas práticas ainda limitam-se ao discurso da biomedicina que estão aquém das realidades dos indivíduos que buscam os serviços de saúde.

Através dos relatos das mulheres e dos profissionais da atenção básica, observa-se que a percepção de direitos sexuais e reprodutivos ainda não são trabalhados em conjunto. Apesar de atualmente existir uma variedade de métodos, poucas mulheres os conhecem,

sabem os benefícios e malefícios. Além disso, pouco se fala da participação masculina na contracepção e da saúde sexual desvinculada da contracepção.

REFERÊNCIAS

BARSTED, Leila Linhares. O campo político Legislativo dos Direitos Sexuais e reprodutivos no Brasil. In: BERQUO, Elza (Org.). **Sexo e Vida** : Panorama da Saúde reprodutiva no Brasil. Campinas/SP: Editora da UNICAMP. 2003. p.79 -94.

BRASIL . Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher. Princípios e Diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.

BRASIL, Lei .9.263 de 12 de janeiro de 1996. Presidência da República. Casa civil Subchefia para assuntos jurídicos. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9263.htm> Acesso em 10 mai. 2016.

CORRÊA, Sônia; Ávila, Maria B. Direitos Sexuais e reprodutivos: Pauta global a percursos brasileiros. In: BERQUO, Elza (Org.). **Sexo e Vida** : Panorama da Saúde reprodutiva no Brasil. Campinas/SP: Editora da UNICAMP. 2003. p.17-94.

CONTE, Juliana. **Dr. Drauzio Varella**. Pílula do dia seguinte: perguntas e respostas. Jun, 2014. Disponível em <<http://drauziovarella.com.br/mulher-2/pilula-do-dia-seguinte-perguntas-e-respostas/>>. Acesso em: :05 mai, 2016.

COUTO, Rosa Carmina de Sena; MARIN, Rosa Acevedo. **PSF e SUS** : Revisitando algumas ideias sobre a política de Saúde no Brasil. In: _____ . Saúde da Família : atenção Primária na Amazônia. Belém : NAEA; UFPA, 2009. p.17-27.

FLEISHER, Soraya. Doutora, ajudante e antropóloga : os desafios de chegar , ser aceita e permanecer entre terapeutas populares . In: OLIVEIRA , Kelly E. de *et al* (Orgs.). **Pesquisa e ética na antropologia contemporânea** : territorialidade , gênero , saúde e patrimônio . João Pessoa : Editora da UFPB , 2013. p.151 -185.

FOUCAULT, Michel. **História da Sexualidade**: A vontade de saber. 11ª Ed. Rio de Janeiro: Graal, 1988.

FOUCAULT, Michel. Agovernamentalidade . In: **Microfísica do Poder** . RJ, Edições Graal, 1979, 10ª impressão, p.277-293.

GEERTZ, Clifford. Uma descrição densa: por uma teoria interpretativa da cultura: In: **A interpretação das culturas**. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1978. p.13-41.

GERSCHMAN, S. SANTOS, M.A.B. **O sistema único de saúde como desdobramento das políticas de saúde do século XX**. Revista brasileira de ciências sociais. v.21, n.61, p.177-190, 2006. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-69092006000200010&script=sci_abstract&tlng=pt Acesso em: 05 jun.2015.

LIMA ,Severino R. Comentários .In: FRANCH, Mônica *et al* .**Novas abordagens para casais sorodiferentes**. João Pessoa :Grupessc/Editora Manufatura ,2011.

LINHARES, Sérgio F.G. **Biologia**: volume único.1.ed.São Paulo:Ática,2005.

MAUSS, Marcel. Ensaio sobre a Dádiva. In: MAUSS, Marcel. **Sociologia e Antropologia**. São Paulo, Cosac Naify, 2003.

MEIRA, Luis B. **Sexo**: aquilo que os pais não falaram para os filhos .João Pessoa :Autor Associado,2002.

NASCIMENTO,Pedro F.G.; MELO, Ariana Cavalcante; “Esse povo não está nem aí”:as mulheres ,os pobres e os sentidos da reprodução em serviços de atenção básica à saúde em Maceió/Alagoas. In: FLEISCHER, Soraya; FERREIRA, Jaqueline(Org.). **Etnografia dos/nos serviços de saúde**. Rio de Janeiro: Garamond, 2014.p.267-297.

NASCIMENTO,Pedro Francisco Guedes do.“**O Bolsa Família tem ajudado muito a gente**”: ações, sujeitos e interpretações das condicionalidades da saúde do Programa **Bolsa Família em Rio Tinto/PB**. GT 43: (Higienismo, saúde e sociedade :Políticas ,valores e práticas ontem e hoje). 29ª RBA (Reunião Brasileira de Antropologia)2014.

OLIVEIRA, Roberto C. “O trabalho do antropólogo: olhar, ouvir, escrever”. In RobertoCardoso de OLIVEIRA,**O trabalho do antropólogo**. Brasília: Paralelo 15; São Paulo: Editora UNESP, 2006.

PALITOT, Estevão Martins. **Os Potiguara da Baía da traição e Mont-mór**: história, Etnicidade e cultura. Dissertação de Mestrado apresentado ao programa de pós-graduação em Antropologia social. UFPB. João Pessoa. 2005.

PANET, Amélia. **RioTinto: estrutura ,trabalho e cotidiano**. UNIPÊ, João Pessoa, 2002.

RICO, Ana Maria; IRIART, Jorge Alberto Bernstein. “**Tem mulher ,tem preventivo**”: **Sentido das práticas preventivos do câncer do colo do útero entre mulheres de Salvador ,Bahia ,Brasil**. Caderno Saúde Pública ,Rio de Janeiro ,n.29,p.1763-1773,set.2013. Disponível em : <<http://www.scielo.org/pdf/csp/v29n9/a16v29n9.pdf> > Acesso em :30 abr. 2015.

RIGOLN, Rafael Gustavo. **Nomes Científicos**. Mar.2014. Disponível em:< <https://www.facebook.com/NomesCientificosNoFace/photos/a.161898873960633.36264.161842897299564/446858365464681/?type=3&theaterem> > Acesso em :28 abr.2016.

ROHDEN, FABÍOLA. **Ginecologia, gênero e sexualidade na ciência do século XIX**. Horizontes Antropológicos, Porto Alegre, ano 8, n. 17, p. 101-125, junho de 2002 .Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/%0D/ha/v8n17/19078.pdf>> Acesso em :12 Out. 2015.

RUSSO. Jane *et al* . **Sexualidade, Ciência e profissão no Brasil**. Rio de Janeiro: CEPESC, 2011. Disponível em < http://www.clam.org.br/uploads/conteudo/sexualidade_ciencia_profissao.pdf > Acesso em: 12 Out.2015.

SARTI, Cynthia. O lugar da família no Programa de Saúde da Família. In; BOMFIM, Leny A. (Org.) **Família contemporânea e saúde :significados e práticas e políticas públicas**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2010.

SCOTT, R. Parry. Agentes comunitários e saúde reprodutiva: uma experiência recente no nordeste brasileiro. In: OLIVEIRA, M. Coleta e ROCHA, M. Baltar. (Orgs.) **Saúde Reprodutiva na esfera pública e política**. Campinas: Editora da Unicamp/NEPO, 2001. p. 49-69.

SCOTT, Parry. Gênero, Família e comunidades: Observações e aportes teóricos sobre o Programa Saúde da Família. In: . In: VILLELA, Wilza; MONTEIRO, Simone (Org.) **Gênero e Saúde: Programa Saúde da Família em questão**. São Paulo: Associação Brasileira de Saúde Coletiva — Abrasco; Fundo de População das Nações Unidas — UNFPA, 2005.p.75-99.

SOUSA, Maria do Socorro. **Representações sociais do adoecimento e da cura em usuários do SUS – Rio Tinto**.2013.241f. Tese (Doutorado em Ciências Sociais) – Universidade Federal de Campina Grande, Centro de Humanidades.Campina Grande, 2013.

VILLELA, Wilza; MONTEIRO, Simone. Atenção à saúde das mulheres: historicizando conceitos e práticas. In: VILLELA, Wilza; MONTEIRO, Simone (Org.) **Gênero e Saúde: Programa Saúde da Família em questão**. São Paulo: Associação Brasileira de Saúde Coletiva — Abrasco; Fundo de População das Nações Unidas — UNFPA, 2005. p. 13-28.

VILLELA, Wilza Vieira; ARILHA, Margareth. Sexualidaden, Gênero,Direitos sexuais e reprodutivos . In:BERQUO,Elza(Org.).**Sexo e Vida :Panorama da Saúde reprodutiva no Brasil**.Campinas/SP:Editora da UNICAMP.2003.p.95-151.

Vieira, Elisabeth M. Políticas públicas e contracepção no Brasil . In: In: BERQUO ,Elza (Org.).**Sexo e Vida :Panorama da Saúde reprodutiva no Brasil** .Campinas/SP: Editora da UNICAMP.2003.p.151-190.

ZORDO, Silvia de. **O Planejamento Familiar na Bahia, entre saúde pública, neomalthusianismo e direitos das mulheres**. GT 2: Antropologia e Saúde Pública.REA (Reunião Equatorial de Antropologia).

ANEXO I

ROTEIRO PARA ENTREVISTA COM AS MULHERES

Dados socioeconômicos:

- Idade:
- Escolaridade:
- Ocupação Profissional:
- Renda média salarial por mês:
- Estado Civil:
- Religião:
- Possui filhos? Se sim, quantos?
- Quem mora na casa?

Dados sobre “reprodução e saúde”:

- Na maioria das vezes, quando você tem alguma dúvida sobre a saúde do seu corpo, que lugar ou a que pessoas você procura?
- Aproximadamente, com que frequência você procura algum serviço público de saúde? Por que motivos?
- Você poderia me contar como foi a sua última consulta?
- Você conhece algum remédio que é feito para as mulheres não engravidarem (para elas não terem filhos)? Como você soube desses remédios?
- Você já usou (ou usa) algum remédio para não engravidar (para não ter filhos)? Como foi que você soube sobre este remédio?
- Você tem filhos? Se sim, como foi a gestação e o parto?
- O seu companheiro participa de decisões como, por exemplo, a escolha do número de filhos desejado?
- Você conhece alguma mulher que fez cirurgia para ligar as trompas?
- Na sua opinião, quais os motivos que levam as mulheres a buscarem a cirurgia pra ligar as trompas (para não engravidarem mais)?
- Na sua opinião, qual a maior dificuldade que a mulher enfrenta para conseguir cuidar bem de sua saúde?
- Para você, como é um bom atendimento de saúde?

ANEXO II
INSTALAÇÕES DAS USF









ANEXO III

A IMPORTÂNCIA DE VÊNUS PARA A BIOLOGIA ²⁰

Por Rafael Gustavo Rigoln ²¹

Vênus é mais importante do que você imagina. Sua influência estendeu-se em todos os ramos da ciência, mas fica velada pelo uso cotidiano das palavras. Acompanhe essa venusiana história.

Na Grécia Antiga, os pontinhos brilhantes que pareciam estar presos à abóboda celeste eram as estrelas. Os pontos brilhantes que tinham um movimento diferente não eram estrelas, eram os planetas. Cada planeta era associado a um deus da mitologia grega.

Havia um que era o primeiro a aparecer, no fim da tarde ainda (por isso chamado de estrela Vésper) e o último a ir embora pela manhã (por isso chamada também de Estrela da Manhã ou Estrela-d'alva). O deus que adora tanto assim a noite (para acompanhá-la do início ao fim) e os seus prazeres era, na verdade, uma deusa, Vênus. Esse nome continua no segundo planeta mais próximo do Sol até hoje.

Vênus tornou-se deusa do Amor e da Beleza. Vênus era a perfeição da feminilidade, com corpo divinal e sensualidade à flor da pele. A partir daí, muito que se relacionava ao amor, carnal ou não, e à beleza estava ligado à deusa. A quantidade de palavras derivadas dela é grande.

‘Veneris’ é o genitivo de ‘venus’, palavra latina que serve para a deusa ou para representar o amor. ‘Venerar’ era louvar a Vênus. ‘Veneno’ vem do latim ‘venenum’ que inicialmente significava ‘poção mágica, poção do amor’. Chamar uma mulher de Vênus era o grau máximo dos elogios. A ‘Vênus’ de um poeta era a sua musa inspiradora.

A cidade italiana de Veneza é o sonho de muitos casais para a lua de mel. O clima de lá exala romance, amor. O nome ‘Veneza’ vem da sua região ‘Veneto’ que tem o mesmo radical ‘ven’ (amar) de ‘venus’. O explorador espanhol Alonso de Ojeda, ao chegar em 1499, na costa da atual Venezuela, chamou o lugar de ‘Veneziola’ (Pequena Veneza) [que em espanhol ficou ‘Venezuela’].

²⁰ Informação disponível na Página do Facebook : **Nomes Científicos**

²¹ Moderador da página.

Vênus corresponde à Afrodite da mitologia romana. Por isso, o que está ligado aos desejos sexuais é dito ‘afrodisíaco’.

Segundo a mitologia, Vênus nasceu de uma concha, como se vê na obra ‘O nascimento de Vênus’, de Botticelli (1585) e em muitas obras renascentistas que a representam. E isso não é à toa. Desde a Antiguidade a concha dos moluscos bivalves, pelo seu formato, é associada à vulva das mulheres, isto é, à região dos prazeres.

Lineu, em 1758, também fez essa comparação libidinosa e criou o gênero ‘Venus’ para bivalves. E desse gênero veio o nome da família ‘Veneridae’ e da ordem ‘Veneroidea’. Outro feito interessante de Lineu foi associar o símbolo da deusa da beleza (♀) ao sexo feminino, usado até hoje. O círculo sobre uma cruz seria uma mulher segurando um espelho vista de cima, representando a vaidade feminina.

A região sexual das mulheres estava muito ligada à Vênus. O antigo nome do monte pubiano era monte de Vênus. Um dos primeiros nomes dos preservativos sexuais (as camisinhas) era camisa de Vênus .

O que estava ligado ao sexo estava ligado à deusa do amor. Daí surgiram os ditos prazeres venéreos, mas também as ‘doenças venéreas’, termo em desuso para as atuais DST. Por ligar a origem dessas doenças às mulheres, esses termos não são mais usados.

É impressionante como um significado atravessa e modifica-se pela História. Uma coisa nunca mudou: as mulheres e o amor, personificados em Vênus, sempre foram e devem sempre ser venerados.