

A vulnerabilidade feminina entre residentes no município de Viçosa – MG

Female vulnerability among living in the municipality of Viçosa – MG

DOI:10.34119/bjhrv3n6-320

Recebimento dos originais: 22/11/2020

Aceitação para publicação: 22/12/2020

Tatiane Roséli Alves Castro

Acadêmica de Enfermagem

Endereço: Av Ph Rolphs, s/n ,Campus Viçosa, UFV, CEP 36570-000

E-mail: tatianeracastro@gmail.com

Lilian Fernandes Arial Ayres

Doutora em Enfermagem e Biociências pela Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro

Professora adjunta da Universidade Federal de Viçosa

Endereço: Av Ph Rolphs, s/n , Campus Viçosa, UFV, CEP 36570-000

E-mail: lilian.ayres@ufv.br

Camila Mendes dos Passos

Doutora em enfermagem pela Universidade Federal de Minas Gerais

Professora adjunta da Universidade Federal de Viçosa

Endereço: Av Ph Rolphs, s/n, Campus Viçosa, Viçosa/MG, CEP 36 570-000

E-mail: camilapassos@ufv.br

Flavia Nunes Colen

Enfermeira pós-graduada em oncologia pelo Instituto Albert Einstein

Enfermeira UTI Adulto, Hospital Vila da Serra

Endereço: Alameda Oscar Niemeyer, 499 - Vila da Serra, Nova Lima - MG, 34000-000

E-mail: flavia200389@hotmail.com

Stephanie de Arruda Darmancef

Especialista em Saúde do Idoso pelo Hospital Odilon Behrens

Enfermeira UTI Adulto Hospital Odilon Behrens

Endereço: Rua Formiga, 50 - São Cristóvão, Belo Horizonte - MG, 31.210-790

E-mail: stephanie.darmancef@hotmail.com

Mara Rúbia Maciel Cardoso do Prado

Doutora em Ciência da Nutrição-UFV

Professora adjunta da Universidade Federal de Viçosa

Endereço: Avenida Ph Rolphs, s/n, Campus universitário, Viçosa/MG, CEP 36570-009

E-mail: mara.prado@ufv.br

Luciana Ramos de Moura

Doutora em ciências da saúde pela Universidade Federal de Minas Gerais

Professora associada da universidade Federal de Viçosa

Endereço: Av. Ph Rolfs, s/n, campus Viçosa, Viçosa/MG, CEP: 36570-000

E-mail: luciana.rmoura@ufv.br

Júnia Lacerda de Oliveira

Especialista em enfermagem obstétrica na modalidade de Residência pelo Hospital Sofia Feldman

Enfermeira supervisora da maternidade no Complexo de Saúde São João de Deus

Endereço: Rua do Cobre, 800, São João de Deus, Divinópolis/MG CEP 35500-227

E-mail: junia.lacerdaa@gmail.com

RESUMO

Objetivo: Analisar as características sociodemográficas, de estilo de vida e ginecológico-obstétricas e as práticas de saúde entre mulheres residentes no município de Viçosa, MG. **Método:** Estudo de caráter transversal descritivo, realizado no período de novembro de 2013 a setembro de 2014, com uma amostragem de 259 mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos, do município de Viçosa, utilizando um questionário semiestruturado. **Resultados:** Os resultados da pesquisa revelaram que 68,3% das mulheres entrevistadas são casadas/unidas e que 76,1% têm filhos. Do total, 25,5% já fumaram ou fumam, 22,8% nunca fizeram consulta de pós-parto e 50,6% nunca fizeram consulta de planejamento familiar. Quanto à paridade, 58,7% são multíparas. Em relação ao preventivo, 49,4% não deram nenhuma informação. **Conclusão:** É preciso desenvolver ações que permitam que essas mulheres se tornem agentes participantes nas suas escolhas sobre a saúde, mas, acima de tudo, que elas sejam entendidas em seu contexto social, econômico, cultural e étnico.

Palavras-chave: Vulnerabilidade em Saúde, Saúde da Mulher, Saúde Sexual e Reprodutiva.

ABSTRACT

Objective: To describe the sociodemographic, lifestyle, gynecological-obstetric characteristics and health practices among women living in the municipality of Viçosa (MG). **Method:** A cross-sectional descriptive study, carried out from November 2013 to September 2014, with a sample of 259 women aged 25 to 64 years, from the municipality of Viçosa, using a semi-structured questionnaire. **Results:** The survey results revealed that 68.3% of the women interviewed are married / united and 76.1% have children. Of the total, 25.5% have already smoked or smoke, 22.8% never had a postpartum consultation and 50.6% never had a family planning consultation. As for parity, 58.7% are multiparous. Regarding the preventive, 49.4% did not provide any information. **Conclusion:** It is necessary to develop actions that allow these women to become participating agents in their choices about health, but above all that they are understood in their social, economic, cultural and ethnic context.

Keywords: Health Vulnerability, Women's Health, Sexual and Reproductive Health.

1 INTRODUÇÃO

A população feminina é a maioria no Brasil e, proporcionalmente, é a que mais procura o Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2012; LEVORATO et al., 2014). Indicadores epidemiológicos brasileiros apontam que as mulheres são acometidas por uma série de patologias, dentre elas as de origem psiquiátrica, as crônico-degenerativas e, principalmente, as neoplasias (CORREIA et al., 2019). Em relação às causas de mortalidade nessa população, destacam-se as

doenças do aparelho circulatório, seguidas das neoplasias de mama, pulmão e colo de útero (BRASIL, 2012).

Muitas doenças não apresentam impacto na mortalidade feminina, porém potencializam problemas mentais, físicos, sociais e culturais. Alguns deles podem estar relacionados a desfechos como diminuição da autoestima, aumento da violência doméstica, diferenças de gênero, dentre outros (GUIMARÃES et al., 2018). Outros agravos que acometem a saúde da mulher estão associados à sexualidade, como as infecções sexualmente transmissíveis (IST), a Aids/HIV, o uso de métodos contraceptivos, a gravidez não planejada e o aborto (OLIVEIRA et al., 2019).

Para a Organização Mundial de Saúde (OMS), “Saúde é o estado do mais completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de enfermidade”. A saúde e a doença estão intimamente ligadas e constituem processos cujas resultantes estão relacionadas aos indicadores de saúde, demográficos, socioeconômicos, de mortalidade, de morbidade, de fatores de risco, de recursos e de cobertura (PEREIRA; TOMASI, 2016). Esse perfil varia também com os Determinantes Sociais da Saúde, no que se refere ao desenvolvimento econômico e à saúde social e ambiental. Logo, as populações que se aproximam dos fatores de risco, e conseqüentemente se afastam dos bons indicadores de saúde, tornam-se mais vulneráveis (CARRAPATO; CORREIA; GARCIA, 2017).

Alguns estudiosos adotam uma diferença conceitual entre risco e vulnerabilidade. O primeiro refere-se à probabilidade de ameaça a um efeito adverso e/ou ao agente causal da doença, enquanto vulnerabilidade trata das iniquidades e enfatiza as questões sociais (CARVALHO et al., 2017; SOUZA; AMORIM, 2018). A conceituação de vulnerabilidade surge no campo da saúde como forma de rearranjar práticas de promoção e prevenção, focalizando o lado mais social (CARMO; GUIZARDI, 2018). Ela se refere a um conjunto de aspectos individuais e coletivos, em um contexto que pode acarretar maior suscetibilidade ao adoecimento, relacionado também à disponibilidade de recursos para proteção. Dessa forma, é possível, a partir da identificação dos fatores de vulnerabilidade de um determinado grupo populacional, propor a construção de meios para intervir, proteger direitos e investigar possíveis violações (MAFFACCIOLLI; OLIVEIRA, 2018).

No que se refere à saúde da mulher, sobretudo a sexual e reprodutiva, as questões de gênero estão intimamente relacionadas aos processos saúde e doença. Essa é uma categoria analítica de construção social e histórica, alimentada por símbolos, normas e padrões de comportamento, o que resulta em uma relação de poder e desigualdade (BOTTON; CÚNICO; STREY, 2017; CORREIA et al., 2019). O perfil de “sexo frágil” é imposto à mulher desde cedo, portanto o

incentivo a consultas ginecológicas e a exames preventivos é estabelecido sem questionamentos, pois sugere-se que o autocuidado deve ser mantido, a fim de que, futuramente, o corpo feminino venha a abrigar um novo ser, e para isso é necessário estar saudável (BOTTON; CÚNICO; STREY, 2017).

As mulheres são muito vulneráveis à gravidez indesejada, à violência, à não procura por serviços de saúde e a outros agravos. Essas vulnerabilidades se baseiam, sobretudo, na hierarquia familiar vinculada ao papel masculino e ao fator econômico e educacional (SILVA, 2018). A interdependência afetiva e financeira, por vezes, intensifica a vulnerabilidade, pois impõe à mulher a prática sexual como dever de esposa, a confiança extrema em seu parceiro e o enaltecimento familiar, como também a expõe à violência sexual (BOTTON; CÚNICO; STREY, 2017; SOUZA; MUÑOZ; VISENTIN, 2020).

Condicionantes como governo, serviço de saúde e meios informativos ajudam e/ou fortalecem os processos de vulnerabilidades, principalmente quando associam o feminino à maternidade, reduzindo a mulher a uma personagem exemplar, com objetivo meramente reprodutivo. Esse rótulo maternal fomenta consequências como negligências, sofrimento psíquico e falta de acesso à saúde e de sexualidade por prazer (BOTTON; CÚNICO; STREY, 2017).

Talvez o fato de a mulher ser casada ou ter uma união estável limita ou dificulta sua autopercepção de vulnerabilidade em relação à aquisição de uma patologia ou gravidez indesejada (FIGUEIREDO et al., 2013). Um estudo apontou que 37,5% das mulheres casadas ou que vivem com companheiro não usam ou raramente fazem uso de preservativo (SOUZA; MUÑOZ; VISENTIN, 2020). Com isso, elas se tornam mais vulneráveis e ficam à mercê das vontades de seus parceiros, seja para o uso do preservativo durante a relação sexual, seja para procurar um serviço de saúde.

Além disso, sabe-se que fatores como escolaridade e raça também podem influenciar esse processo. A taxa de analfabetismo entre as mulheres negras é maior do que entre as mulheres brancas, conseqüentemente sua baixa escolaridade as deixa mais vulneráveis, por estar diretamente ligada a fatores socioeconômicos e ao acesso às informações, podendo então limitar seu autocuidado (BASTOS et al., 2013). As mulheres negras dispõem de um acesso não qualificado de atenção à saúde, o que está correlacionado ao cenário de racismo institucional. Exemplos disso são os números inferiores de consultas pré-natais, a falta de orientações, as consultas ginecológicas incompletas e os maiores índices de violência obstétrica sofrida por elas (OLIVEIRA; KUBIAK, 2019).

Neste sentido, denota-se que os aspectos individuais e coletivos podem expor a mulher ou um grupo populacional à suscetibilidade de adoecimento (CARMO; GUIZARDI, 2018). O objetivo deste estudo foi analisar as características sociodemográficas, de estilo de vida e ginecológico-obstétricas e as práticas de saúde entre mulheres residentes no município de Viçosa, MG.

2 METODOLOGIA

Este estudo, de caráter transversal e descritivo, foi realizado no período de novembro de 2013 a setembro de 2014, na cidade de Viçosa. O município, localizado na Zona da Mata de Minas Gerais, ocupa uma área de 299,418 km² (IBGE, 2015). De acordo com o último censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), realizado em 2010, sua população estimada é de 78.846 pessoas, com destaque para a predominância do sexo feminino, que corresponde a 53% do total. Quanto aos serviços de saúde, Viçosa conta com dois hospitais filantrópicos e com 15 unidades básicas de saúde (SILVA et al., 2010).

A população-alvo deste estudo foi constituída por mulheres residentes na área urbana do município supracitado, entre 25 e 64 anos, faixa etária preconizada pelo Ministério da Saúde para a realização do exame preventivo. Os critérios de inclusão foram: mulheres residentes na área urbana do município de Viçosa, dentro da faixa etária estabelecida, que concordaram em participar da pesquisa e se dispuseram a responder a entrevista. Esta pesquisa faz parte de um projeto "guarda-chuva", intitulado "Fatores associados à realização de exames preventivos em mulheres residentes no município de Viçosa (MG)".

O cálculo amostral foi com base no número estimado de mulheres residentes na área urbana do município, na faixa etária estabelecida, totalizando 266 mulheres. Estimou-se uma perda em torno de 10%, por recusa ou por outros motivos, sendo então a amostra composta de 259 mulheres. Elas foram selecionadas, por meio de amostragem por conglomerado, em duas etapas. Primeiro foi realizado um sorteio dos domicílios e depois, em cada domicílio elegível, foi realizado o sorteio de apenas uma entre as mulheres residentes, com 25 e 64 anos completos, para ser entrevistada.

Para a coleta de dados, utilizou-se um questionário semiestruturado, com perguntas objetivas e algumas discursivas. Em sua elaboração, foram utilizadas e adaptadas perguntas de questionários aplicados em outros trabalhos. As entrevistadoras foram treinadas para aplicação do questionário. Após a assinatura voluntária de um termo de consentimento livre e esclarecido a cada participante, as entrevistas foram realizadas nos lares das mulheres, com o intuito de garantir sua privacidade.

As variáveis analisadas foram divididas em: Características sociodemográficas: religião, escolaridade, estado civil, se tem filhos, ocupação, renda familiar, qual tipo de serviço de saúde utilizado e se tem plano de saúde; Características relacionadas ao estilo de vida: hábito de fumar, número de vezes que foi ao serviço de saúde nos últimos 12 meses, se nos últimos 12 meses foi ao serviço de saúde por problema ginecológico, se alguma vez na vida foi ao serviço de saúde por algum problema ginecológico, se alguma vez na vida realizou consulta de planejamento familiar, se fez consulta de pré-natal e de pós-parto e se alguma vez fez o exame preventivo; Características ginecológico-obstétricas: sexarca, idade da sexarca, número de parceiros sexuais, se já teve alguma IST, se já teve alguma verruga na vagina, paridade, idade que teve o primeiro filho e aborto; e Práticas de saúde ofertadas relacionadas à detecção e prevenção do câncer de mama e de colo do útero: tempo da última realização do exame clínico das mamas (ECM), que profissional realizou o ECM, a informação ofertada pelo profissional de saúde sobre o exame preventivo e se a mulher perguntou ao profissional de saúde sobre esse tipo de exame.

Após a coleta, os dados obtidos foram codificados, categorizados, digitados em um banco de dados no programa Epi Info 7.0 e transportados e processados no programa estatístico SPSS versão 20.0. As variáveis quantitativas foram apresentadas em tabelas de frequência absoluta e relativa.

O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética da Universidade Federal de Viçosa (UFV), tendo sido aprovado com o número de CAAE: 21468313.50000.5153.

3 RESULTADOS

A caracterização sociodemográfica das mulheres residentes em Viçosa (MG) está descrita na Tabela 1. Com base nos dados, constatou-se que 78,8% das mulheres estudadas são católicas e 15,8% são evangélicas. A maioria afirmou que sabe ler e escrever (93,8%), que é casada/unida (68,3%) e que tem filhos (76,1%). Quase um terço das mulheres declarou que é exclusivamente dona de casa (31,3%). Quanto à renda familiar, 20,9% das entrevistadas afirmaram que têm renda entre R\$751,00 e R\$1.200,00; 19,3% entre R\$1.201,00 e R\$1.800,00; e 32,4% entre R\$1.801,00 e R\$3.000,00. No que diz respeito ao acesso a serviços de saúde, a maioria utiliza o serviço público (66,0%) e não tem plano de saúde (62,5%).

Tabela 1- Características sociodemográficas das mulheres entrevistadas residentes em áreas urbanas do município de Viçosa, MG, no período de novembro de 2013 a setembro de 2014.

Variáveis sociodemográficas	n	%
Religião		
Católica	204	78,8
Evangélica	41	15,8
Outras	5	1,9
Sem religião	7	2,7
Sem informação	2	0,8
Ler e escrever		
Sim	243	93,8
Não	9	3,5
Sem informação	7	2,7
Estado civil		
Solteira	47	18,2
Casada/unida	177	68,3
Viúva	9	3,5
Separada/divorciada	26	10,0
Ter Filhos		
Sim	197	76,1
Não	62	23,9
Ocupação		
Dona de casa exclusiva	81	31,3
Desempregada	15	5,8
Dona de casa e outra atividade	163	62,9
Renda familiar		
Até R\$ 300,00	1	0,4
De R\$ 301,00 a R\$ 750,00	26	10,0
De R\$ 751,00 a R\$ 1.200,00	54	20,9
De R\$ 1.201,00 a R\$ 1.800,00	50	19,3
De R\$ 1.801,00 a R\$ 3.000,00	84	32,4
Mais de R\$ 3.000,00	37	14,3
Sem informação	7	2,7
Que tipo de serviço de saúde		
Público	171	66,0
Privado	88	33,0
Plano de saúde		
Sim	96	37,1
Não	162	62,5
Sem informação	1	0,4
Total	259	100,0

Na Tabela 2 está descrito o estilo de vida (alguns fatores promotores da saúde reprodutiva e ginecológica) das mulheres estudadas, especialmente relacionado ao câncer de colo do útero. Em relação ao hábito de fumar, os resultados demonstram que quase três quartos das mulheres (74,5%) nunca fumaram. Sobre a procura do serviço de saúde nos últimos 12 meses, 37,8% disseram que procuraram o serviço de duas a três vezes, e apenas 19,3% dos casos foi por problema ginecológico. Entretanto, 43,2% das mulheres afirmaram que já foram ao serviço de saúde, alguma vez na vida, por problema ginecológico. A maior parte das mulheres entrevistadas nunca fez consulta para planejamento familiar (50,6%). Porém, uma grande parte relatou que sempre fez

consulta de pré-natal (67,2%) e consulta de pós-parto (48,6%). O exame preventivo de câncer de colo do útero já foi realizado por 90,3% das mulheres, em algum momento da vida.

Tabela 2 – Características do estilo de vida (fatores promotores da saúde reprodutiva e ginecológica) das mulheres entrevistadas residentes em áreas urbanas do município de Viçosa, MG, no período de novembro de 2013 a setembro de 2014.

Variáveis sobre o estilo de vida	n	%
Hábito de fumar		
Ex-fumante	36	13,9
Fumante	30	11,6
Nunca fumou	193	74,5
Quantas vezes foi ao serviço de saúde nos últimos 12 meses		
Uma única vez	52	20,1
Entre 2 e 3 vezes	98	37,8
Entre 4 e 5 vezes	45	17,4
Mais de 5 vezes	26	10,0
Nenhuma vez	35	13,5
Não se aplica	2	0,8
Sem informação	1	0,4
Nos últimos 12 meses foi ao serviço de saúde por problema ginecológico		
Sim	50	19,3
Não	209	80,7
Alguma vez na vida foi ao serviço de saúde por problema ginecológico		
Sim	112	43,2
Não	98	37,8
Não se aplica	47	18,2
Sem informação	2	0,8
Alguma vez na vida realizou consulta de planejamento familiar		
Sim	98	37,8
Não	131	50,6
Não se aplica	30	11,6
Realizou consulta de pré-natal durante a gravidez		
Sempre	174	67,2
Às vezes	15	5,8
Nunca	9	3,5
Não se aplica	61	23,5
Realizou consulta pós-parto		
Sempre	126	48,6
Às vezes	11	4,3
Nunca	59	22,8
Não se aplica	63	24,3
Realizou alguma vez o preventivo		
Sim	234	90,3
Não	25	9,7
Total	259	100,0

Na Tabela 3, tem-se o perfil ginecológico-obstétrico das mulheres residentes em áreas urbanas do município de Viçosa. Constatou-se que 94,2% já tiveram a sexarca, e as idades que se destacaram foram entre 16 e 19 anos (43,6%) e entre 20 e 29 anos (34,8%). A maior parte teve apenas um parceiro sexual (47,9%), nunca teve IST (83,4%), nem verrugas na vagina (90,0%).

Mais da metade das mulheres são multíparas, e as faixas etárias mais frequentes de quando tiveram o primeiro filho foram de 10 a 19 anos (21,2%), 20 a 29 anos (41,7%) e 30 a 39 anos (7,7%). Em torno de 75% das mulheres nunca tiveram aborto.

Tabela 3- Características ginecológico-obstétricas das mulheres entrevistadas residentes em áreas urbanas do município de Viçosa, MG, no período de novembro de 2013 a setembro de 2014.

Características ginecológico-obstétricas	n	%
Sexarca		
Sim	244	94,2
Não	13	5,0
Sem informação	2	0,8
Idade da sexarca		
Antes dos 15 anos	29	11,2
Entre 16 e 19 anos	113	43,6
Entre 20 e 29 anos	90	34,8
30 anos ou mais	4	1,5
Não se aplica	23	8,9
Número de parceiros sexuais		
Um	124	47,9
Entre 2 a 5	62	23,9
Entre 6 a 11	6	2,3
Não lembra	50	19,3
Não se aplica	14	5,4
Sem informação	3	1,2
Já teve alguma IST¹		
Sim	16	6,2
Não	216	83,4
Não sabe	12	4,6
Não se aplica	13	5,0
Sem informação	2	0,8
Já teve verruga na vagina		
Sim	7	2,7
Não	233	90,0
Não se aplica	13	5,0
Sem informação	6	2,3
Paridade		
Nulípara	62	23,9
Primípara	45	17,4
Multípara	152	58,7
Idade que teve o primeiro filho		
Entre 10 e 19 anos	55	21,2
Entre 20 e 29 anos	108	41,7
Entre 30 e 39 anos	20	7,7
Não se aplica	61	23,6
Sem informação	15	5,8
Aborto		
Sim	39	15,1
Não	193	74,5
Não se aplica	16	6,2
Sem informação	11	4,2
Total	259	100,0

¹ IST = infecção sexualmente transmissível.

A oferta de práticas de saúde relacionadas à detecção e prevenção do câncer de mama e de colo do útero está caracterizada na Tabela 4. Os resultados revelaram que quando se trata do exame clínico das mamas, 47,9% das mulheres foram examinadas há menos de um ano, sendo os médicos (65,3%) os profissionais que mais realizaram o exame. Sobre a informação ofertada pelo profissional de saúde em relação ao exame preventivo, quase metade não deu nenhuma informação (49,4%). Por último, sobre a informação questionada pela mulher em relação ao exame preventivo, mais da metade não perguntou sobre o exame (61,0%).

Tabela 4 - Práticas de saúde relacionadas à detecção e prevenção do câncer de mama e de colo do útero entre as mulheres residentes em áreas urbanas do município de Viçosa, MG, no período de novembro de 2013 a setembro de 2014.

Práticas de saúde	n	%
Realização do ECM¹		
Há menos de 1 ano	124	47,9
Entre 1 e 3 anos	77	29,7
Há mais de 3 anos	24	9,3
Nunca foi examinada	32	12,3
Não se aplica	2	0,8
Profissional que realizou o ECM¹		
Médico	169	65,3
Enfermeiro	30	11,6
Não se aplica	33	12,7
Sem informação	27	10,4
Informação ofertada pelo profissional de saúde sobre o preventivo		
Sim	125	48,3
Não	128	49,4
Não se aplica	2	0,8
Sem informação	4	1,5
Se a mulher perguntou ao profissional de saúde sobre o exame preventivo		
Sim	99	38,2
Não	158	61,0
Não se aplica	2	0,8
Total	259	100,0

1 ECM = exame clínico das mamas.

4 DISCUSSÃO

As mulheres deste estudo são majoritariamente católicas, alfabetizadas, casadas ou unidas, com filhos, com dupla ocupação, usuárias do SUS e sem plano de saúde. Entretanto, algumas características que sinalizam maior vulnerabilidade também foram encontradas. Dentre elas, a frequência alta de tabagismo (atual ou anterior), a baixa utilização do serviço de saúde e a maior utilização para atividades protocolares, como assistência no ciclo gravídico-puerperal e prevenção e controle dos cânceres femininos (mama e colo uterino).

O tabagismo é considerado um problema de saúde pública. Ele é responsável por impactos econômicos, devido aos gastos com assistência médica e com a redução da mão de obra, causando altas taxas de morbidade, de doenças cardiovasculares e respiratórias e de neoplasias (SCARINCI et al., 2012). Dados da Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico mostram que, entre os brasileiros, o tabagismo subiu 0,5% em relação a 2018 (INCA, 2020). Estudos evidenciam que mulheres fumantes têm maior risco de desenvolver câncer de bexiga e de colo do útero, assim como infertilidade (PEREIRA; VARGAS, 2015).

Apesar de a maioria das entrevistadas ter afirmado que nunca fumou, mais de um quarto declarou-se tabagista ou ex-tabagista. Um estudo mostra que, em comparação com os homens, as mulheres ainda fazem baixa comercialização do cigarro: 32,87% para homens e 14,05% para mulheres. Os fatores econômicos, educacionais e culturais são determinantes para esse acesso. Fatores restritivos do acesso ao cigarro por parte das mulheres podem estar vinculados ao seu alto custo, às necessidades básicas familiares e aos filhos. Muitas vezes esses fatores são barreiras para comercialização (PAES, 2016; SCARINCI et al., 2012). Mulheres que vivem em nações de renda mais alta fumam mais que as que vivem em países de renda mais baixa. A prevalência entre as que conseguem parar de fumar é mais alta em mulheres com alto poder aquisitivo, pois elas têm mais acesso às informações e aos meios facilitadores (PAES, 2016; PEREIRA; VARGAS, 2015).

Esta pesquisa revelou que aproximadamente 75% das mulheres procuraram o serviço de saúde, por algum motivo, pelo menos uma vez nos últimos 12 meses. A maioria delas procurou o serviço de saúde, alguma vez na vida, por problema ginecológico. Culturalmente, acredita-se que as mulheres estão mais propensas a precisar de cuidados de saúde ao longo da vida, em grande parte por questões sexuais/reprodutivas e relacionadas a gravidez, parto e IST (BOTTON; CÚNICO; STREY, 2017; CHAVES, 2014).

O Ministério da Saúde (MS) estabelece que o planejamento reprodutivo deve ser tratado na conjuntura dos direitos reprodutivos e oferecido pelos serviços de saúde. O MS ressalta que todos têm o direito de decidir ter ou não filhos, e quando tê-los. Em uma pesquisa realizada em Montes Claros, MG, constatou-se que 58,9% das mulheres avaliadas não planejaram a gravidez e que a maioria não participou do programa de planejamento reprodutivo, sendo o principal motivo a falta de interesse por parte delas. Essa situação vai ao encontro deste estudo, em que 50,6% da amostra afirmou nunca ter procurado o serviço de saúde para consulta de planejamento reprodutivo. Assim, infere-se que esse tipo de comportamento aumenta a probabilidade de uma gravidez indesejada, não planejada e, conseqüentemente, a prática do aborto inseguro (EVANGELISTA; BARBIERI; SILVA, 2015).

A maioria das mulheres avaliadas neste estudo afirmou que sempre fez consulta de pré-natal, entretanto não é possível saber qual a qualidade desse atendimento e se ele seguiu os critérios preconizados pelo MS, como realizar a primeira consulta até o terceiro mês de gestação e ter acesso a, no mínimo, seis consultas, a exames laboratoriais, a vacinas e à consulta puerperal até 42 dias após o parto (BRASIL, 2012). Pesquisas demonstram que apesar da abrangência da cobertura do pré-natal estar aumentando, existem falhas nesse tipo de assistência, como a realização incompleta de procedimentos, a falta de humanização e a restrição a ações educativas e à rede de atendimento integrada, o que acaba afetando a qualidade e a efetividade do serviço (CONCEIÇÃO; LAGO; LIMA, 2019; VALENTE et al., 2013; VIELLAS et al., 2014). Constatou-se ainda que as mulheres com baixa escolaridade, indígenas ou negras e de baixo nível socioeconômico tiveram dificuldade em iniciar precocemente o acompanhamento contínuo durante a assistência do pré-natal (OLIVEIRA; KUBIAK, 2019; VALENTE et al., 2013; VIELLAS et al., 2014).

Em contrapartida, identificou-se que quase um terço nunca realizou a consulta puerperal ou fez essa consulta apenas algumas vezes, no caso das múltiparas. Sabe-se que nessa fase ocorrem muitas transformações, pois a mulher encontra-se muito vulnerável e sensível, o que justifica a realização e sua participação na consulta puerperal (CARVALHO, et al., 2017). É nesse período que as intercorrências vinculadas a alterações fisiológicas e psicológicas se afloram, assim como os riscos à morbimortalidade materna e neonatal (BRANDÃO et al., 2020). Cabe destacar que, apesar da vulnerabilidade em que essas mulheres se encontram, o puerpério tem sido assistido com algumas falhas, pois, geralmente, os cuidados estão mais direcionados ao recém-nascido do que à própria mulher (CARVALHO, et al., 2017).

Quase todas as mulheres deste estudo já realizaram algum exame citopatológico na vida, o que é um bom indicador e vai ao encontro de um trabalho realizado em Fortaleza, que revelou que 97% das mulheres já fizeram esse exame alguma vez na vida (MENDES; SILVEIRA; SILVA, 2013). Um estudo realizado no Amazonas apontou que a faixa de analfabetismo em mulheres de 25 anos está diretamente relacionada à menor adesão e cobertura ao exame mencionado (VIANA et al., 2019). Pesquisas citam que baixos níveis socioeconômicos, desconhecimento do exame, tabagismo e etilismo são indicadores que dificultam o consentimento às consultas e aos exames (LIMA; LIMA, 2018; VIANA et al., 2019). Esse fato evidencia que quanto maiores os índices de desenvolvimento humano maiores são as taxas de cobertura aos exames (VIANA et al., 2019).

Apesar de 41,7% das mulheres terem tido o primeiro filho entre 20 e 29 anos, cerca de 20% delas tiveram-no entre 10 e 19 anos, considerada pelo MS e pela OMS a faixa etária da

adolescência (BRASIL, 2010). Nessa fase ocorrem diversas alterações fisiológicas, comportamentais e físicas, responsáveis pela formação da personalidade para a vida adulta (BOTTON; CÚNICO; STREY, 2017). A sexualidade durante esse período torna-se mais evidente por conta da puberdade. As infecções sexualmente transmissíveis (IST) ou a gravidez indesejada fazem-se presentes (OLIVEIRA et al., 2019). Pesquisas afirmam que as principais complicações provocadas na gravidez e no parto com potencial de levar à mortalidade ocorrem com adolescentes entre 10 e 14 anos (SENNA; DESSEN, 2015).

Um trabalho realizado em um município de Minas Gerais revelou que a maioria das adolescentes gestantes tinha o ensino fundamental e médio incompleto e que apenas 13% delas continuaram estudando. Esses dados indicam que a baixa escolaridade está diretamente ligada à gravidez na adolescência (CARMO et al., 2014). Outro estudo realizado com adolescentes no Nordeste revelou que 63,6% das jovens já moravam com seus companheiros, assim como 56,3% interromperam os estudos no ensino médio (MARANHÃO et al., 2017). Muitas vezes a adolescente, quando descobre a gravidez, opta por interrompê-la de forma ilegal e insegura, o que pode provocar sérios danos à sua saúde. No entanto, pelo fato de o corpo não estar completamente preparado e formado para uma gestação, acontece o aborto natural, o que pode gerar um trauma psicológico (CARMO et al., 2014).

Este estudo revelou um percentual alto de mulheres entrevistadas que são multíparas. Acredita-se que esse fato seja merecedor de atenção, uma vez que ter muitos filhos pode estar associado com a vulnerabilidade feminina, sendo seu gerador ou exacerbador. Pesquisas demonstram maior incidência de multiparidade nos países em desenvolvimento e subdesenvolvidos, estando relacionada com fatores culturais e religiosos (PITILIN et al., 2013). Para avaliar esse aspecto, é necessário entrar no âmbito da questão de desigualdade de gênero, na qual o homem exerce uma relação de poder sobre as mulheres, pois muitas vezes elas são responsabilizadas pelo controle da reprodução. No entanto, são os homens que decidem ter ou não filhos, o método contraceptivo a ser usado e o tempo que o casal irá usá-lo (PRATES; ABIB; OLIVEIRA, 2008).

Um estudo realizado em Porto Alegre salientou que muitas mulheres utilizam um método contraceptivo que não vai ao encontro do seu desejo, mas sim de acordo com as opções conhecidas e possíveis, por exemplo, a pílula e a ligadura tubária (PRATES; ABIB; OLIVEIRA, 2008). Destarte, a falta de autonomia pessoal e social pode gerar consequências na vida reprodutiva das mulheres, o que possivelmente potencializa a vulnerabilidade feminina, ainda mais quando associada a um nível econômico baixo, reduzindo cada vez mais a possibilidade de viver sua

cidadania (PITILIN et al., 2013; PRATES; ABIB; OLIVEIRA, 2008). Essa situação reforça a não procura pelas mulheres deste estudo ao serviço de planejamento reprodutivo e a gravidez na adolescência. Essa prática visa, entre outras ações, ao esclarecimento da multiplicidade de métodos contraceptivos como: camisinha feminina e masculina, anticoncepcional hormonal oral e injetável, diafragma, espermicidas, comportamentais, dispositivo intrauterino (hormonal e cobre), ligadura tubária, busca pelo autoconhecimento do corpo feminino e ciclo menstrual, entre outros.

Este estudo revelou ainda que 15,1% das mulheres tiveram pelo menos um aborto, no entanto não foi possível avaliar se ele foi espontâneo ou provocado. O aborto é categorizado como um grave problema de saúde pública, pois está vinculado a causas de mortalidade materna (LIMA et al., 2020). Ele pode resultar em consequências físicas (hemorragia, infecções, perfurações e infertilidade), psicológicas e reprodutivas (EVANGELISTA; BARBIERI; SILVA, 2015; LIMA et al., 2020). As mulheres mais vulneráveis são as que se encontram em situação econômica precária, pois normalmente são aquelas que têm mais dificuldade de acesso ao serviço de saúde, à informação e à educação. Esse fator socioeconômico pode predispor a mulher a situações de risco à sua saúde (STREFLING et al., 2015).

Um baixo percentual de mulheres relatou já ter tido alguma IST. Essa baixa taxa, quando comparada com a de outras regiões, pode ser justificada por possível autodiagnóstico das mulheres, por vergonha de procurarem o serviço de saúde, por vergonha de assumir o diagnóstico ou por desconhecimento sobre essas patologias. Essas infecções podem ser encontradas na forma assintomática ou sintomática, estando associadas com infertilidade, incapacidades, complicações gestacionais, morte e aumento do risco de transmitir e adquirir o vírus da imunodeficiência humana (HIV) (BRASIL, 2019). As principais formas de vulnerabilidades encontradas nas mulheres com IST estão vinculadas a baixos níveis de fatores socioeconômicos, desigualdades sociais e baixo nível de escolaridade (PONTES; SANTOS; MONTEIRO, 2020).

A maioria das mulheres participantes deste estudo é casada e teve apenas um parceiro sexual em sua vida. No entanto, apesar de a multiplicidade de parceiros expor a mulher ao maior risco de adquirir uma IST, as mulheres casadas também são vulneráveis, pois as questões de gênero estão fortemente presentes nessa relação (FIGUEIREDO et al., 2013). A confiança na fidelidade do outro, a credibilidade no amor romântico e incondicional, a não negociação do uso do preservativo e a prática sexual como dever de esposa fazem com que as mulheres vivam em situação desfavorável e de vulnerabilidade (BASTOS et al., 2013).

Outra situação que pode influenciar a vulnerabilidade feminina está relacionada com a qualidade dos serviços, dos programas e das ações que interferem na saúde e no adoecimento dos indivíduos (PASQUAL; CARVALHAES; PARADA, 2015). Desta forma, destacam-se ainda algumas variáveis que se referem às práticas profissionais relacionadas à detecção e prevenção do câncer de mama e de colo do útero. Apesar de ser fundamental na assistência em todas as fases da vida da mulher, o presente estudo mostrou que apenas 11,6% do exame clínico das mamas (ECM) foi realizado por enfermeiros. Em contrapartida, geralmente são esses profissionais que realizam a consulta à mulher nas unidades de atenção primária à saúde (ROCHA et al., 2018).

Sobre o esclarecimento do preventivo, praticamente metade dos profissionais de saúde não deram nenhuma informação sobre esse exame. Um estudo realizado em Porto Alegre, entre 2003 e 2005, mostrou que os serviços de saúde não conseguiram agradar de forma satisfatória na realização do preventivo, sendo relatado que muitas vezes os profissionais agem com descaso e falta de atenção, o que acaba contribuindo para a não adesão ao exame. Nesse mesmo estudo, as mulheres relataram que consideram importante que os profissionais desenvolvam uma relação de diálogo, explicando os procedimentos que estão fazendo (SOARES et al., 2011).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo permitiu descrever os fatores de vulnerabilidade feminina relacionados às características sociodemográficas, ginecológico-obstétricas e de estilo de vida e às práticas de saúde. Da amostra, constatou-se que 68,3% das mulheres são casadas/unidas e 76,1% têm filhos. Do total de mulheres, 25,5% já fumaram ou fumam, 22,8% nunca realizaram consulta de pós-parto, 58,7% são múltiparas e 50,6% nunca fizeram consulta de planejamento reprodutivo. Em relação ao exame preventivo, 49,4% não deram nenhuma informação. Essas informações possibilitaram identificar os comportamentos e as atitudes que elas adotam, inclusive no que concerne às questões institucionais e que podem influenciar a saúde ou o adoecimento.

A partir disso, foi possível propor estratégias de intervenção relacionadas à vida reprodutiva e sexual das mulheres que visem principalmente à promoção e prevenção de saúde, a fim de reduzir a vulnerabilidade, de acordo com as suas demandas de saúde, que se configuraram tanto no plano individual, como no coletivo. Entretanto, para alcançar esses objetivos, é preciso que os profissionais envolvidos nos serviços de saúde reflitam sobre as práticas biologicista e reducionista. Deste modo, poderão estabelecer cuidados que levem em consideração os determinantes culturais, econômicos e psicossociais correlacionados com o contexto de vida da população feminina.

Além disso, a pesquisa demonstrou como é fundamental que o profissional de saúde invista na autonomia e no incentivo ao autoconhecimento e à autoconfiança nas mulheres, como estratégia para a redução da vulnerabilidade feminina. Compreende-se que é necessário o estabelecimento de espaços dialógicos que contribuam para a expressão produtiva dos atores interessados, o compartilhamento de saberes e a construção coletiva de projetos de intervenção/cuidado, sendo indispensável garantir o acesso à informação e aos direitos sexuais e reprodutivos, por meio da corresponsabilização.

REFERÊNCIAS

BASTOS, D. C. et al. Representações sociais da vulnerabilidade de mulheres negras e não negras à infecção pelo HIV/AIDS. *Revista Enfermagem*, v. 21, n. 3, p. 330–336, 2013.

BOTTON, A.; CÚNICO, S. D.; STREY, M. N. Diferenças de gênero no acesso aos serviços de saúde: problematizações necessárias. *Mudanças – Psicologia da Saúde*, v. 25, n. 1, p. 67–72, 2017.

BRANDÃO, A. B. et al. Atuação do enfermeiro no puerpério imediato em um hospital maternidade no Pará. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, v. 12, n. 3, p. e2508, 2020.

BRASIL. Cadernos de atenção básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco. 1. ed. [s.l.: s.n.]. v. 11

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde. [s.l.: s.n.].

BRASIL. Uma análise da situação de saúde e a vigilância da saúde da mulher. 1. ed. Brasília: [s.n.].

BRASIL. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST). Ministério da Saúde, n. 0014125063, p. 1–248, 2019.

CARMO, M. E. DO; GUIZARDI, F. L. O conceito de vulnerabilidade e seus sentidos para as políticas públicas de saúde e assistência social. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 34, n. 3, 2018.

CARMO, S. S. DO et al. Análise quantitativa sobre gravidez na adolescência em um município mineiro. *Cogitare Enfermagem*, v. 19, n. 4, p. 801–807, 2014.

CARRAPATO, P.; CORREIA, P.; GARCIA, B. Determinante da saúde no Brasil: A procura da equidade na saúde. *Saude e Sociedade*, v. 26, n. 3, p. 676–689, 2017.

CARVALHO, N. R. et al. A vivência das puérperas frente à assistência de enfermagem recebida durante o ciclo grávidico puerperal. *Interdisciplinary Scientific Journal*, v. 4, n. June, p. 1–17, 2017.

CHAVES, A. C. P. Marcadores de vulnerabilidade: análise dos fatores associados ao risco para DST / AIDS entre mulheres em idade fértil. 2014.

CONCEIÇÃO, L. S.; LAGO, M. J.; LIMA, M. A. T. Pré-natal humanizado no SUS: Ações de Enfermagem. *Disciplinarum Scientia| Saúde*, v. 20, n. 2, p. 269–280, maio 2019.

CORREIA, D. S. et al. O desafio da atenção integral à saúde das mulheres com enfoque de gênero: uma ação de extensão universitária. *Brazilian Journal of Development*, v. 5, n. 12, p. 28681–28688, 2019.

EVANGELISTA, C. B.; BARBIERI, M.; SILVA, P. L. N. DA. Gravidez não planejada e fatores associados à participação em programa de planejamento familiar Unplanned. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online*, v. 7, n. 2, p. 2464, 2015.

FIGUEIREDO, L. G. DE et al. Percepção de mulheres casadas sobre o risco de infecção pelo HIV e o comportamento preventivo. *Revista Enfermagem*, v. 21, n. SPEC.ISSUE 2, p. 805–811, 2013.

GUIMARÃES, R. C. S. et al. Impacto na autoestima de mulheres em situação de violência doméstica atendidas em Campina Grande, Brasil. *Revista Cuidarte*, v. 9, n. 1, p. 1988, 2018.

HUBANKS et al. *Quality of life assessment an annotated bibliography*. 1. ed. Genebra: [s.n.].

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Estimativa da população em 2015. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/>>.

INCA. Tabagismo entre brasileiros sobe 0,5% de acordo com última pesquisa Vigitel |. Disponível em: <<https://www.inca.gov.br/noticias/tabagismo-entre-brasileiros-sobe-05-de-acordo-com-ultima-pesquisa-vigitel>>. Acesso em: 29 abr. 2020.

LEVORATO, C. D. et al. Fatores associados à procura por serviços de saúde numa perspectiva relacional de gênero. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 19, n. 4, p. 1263–1274, 2014.

LIMA, D. F. DE; LIMA, L. A. Curitibanas não cobertas pelo rastreamento do câncer de colo de útero. Quem são elas? *Arquivos de Ciências da Saúde*, v. 25, n. 2, p. 31, 2018.

LIMA, K. J. et al. Atenção ao abortamento em instituições hospitalares da rede SUS de Fortaleza, Ceará. *Cadernos Saúde Coletiva*, v. 28, n. 1, p. 77–86, 2020.

MAFFACCIOLLI, R.; OLIVEIRA, D. L. L. C. DE. Desafios e perspectivas do cuidado em enfermagem a populações em situação de vulnerabilidade. *Revista gaúcha de enfermagem*, v. 39, p. e20170189, 2018.

MARANHÃO, T. A. et al. Repercussão da iniciação sexual na vida sexual e reprodutiva de jovens de capital do Nordeste brasileiro. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 22, n. 12, p. 4083–4094, 2017.

MENDES, L. C.; SILVEIRA, C. F.; SILVA, S. R. Conhecimento de mulheres a respeito do exame de Papanicolau e do autoexame das mamas. *REAS [Internet]*, v. 2, n. 3, p. 4–17, 2013.

OLIVEIRA, B. M. C.; KUBIAK, F. Racismo institucional e a saúde da mulher negra: uma análise da produção científica brasileira. *Saúde em Debate*, v. 43, n. 122, p. 939–948, 2019.

OLIVEIRA, K. R. V. DE et al. Comportamentos de saúde nas experiências sexuais de mulheres em situação de cárcere. *Revista brasileira de enfermagem*, v. 72, n. Suppl 3, p. 88–95, 2019.

PAES, N. L. Fatores econômicos e diferenças de gênero na prevalência do tabagismo em adultos. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 21, n. 1, p. 53–61, 2016.

PASQUAL, K. K.; CARVALHAES, M. A. DE B. L.; PARADA, C. M. G. DE L. Atenção à saúde da mulher após os 50 anos: vulnerabilidade programática na Estratégia Saúde da Família. *Revista gaúcha de enfermagem / EENFUFGRS*, v. 36, n. 2, p. 21–27, 2015.

PEREIRA, B. D. S.; TOMASI, E. Instrumento de apoio à gestão regional de saúde para monitoramento de indicadores de saúde. *Epidemiologia e serviços de saúde : revista do Sistema Único de Saúde do Brasil*, v. 25, n. 2, p. 411–418, 2016.

PEREIRA, C. F.; VARGAS, D. DE. Profile of women who carried out smoking cessation treatment: A systematic review. *Revista de Saúde Pública*, v. 49, 2015.

PITILIN, E. DE B. et al. Family support in the everyday life of multiparous women. *Revista gaúcha de enfermagem / EENFUFGRS*, v. 34, n. 4, p. 14–20, 2013.

PONTES, B. S. DE; SANTOS, A. K.; MONTEIRO, S. Produção de discursos sobre a prevenção do HIV/Aids e da sífilis para gestantes em materiais educativos elaborados por instituições brasileiras (1995 - 2017). *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v. 24, p. 1–16, 2020.

PRATES, C. DE S.; ABIB, G. M. DE C.; OLIVEIRA, D. L. L. C. DE. Poder de gênero, pobreza e anticoncepção : vivências de múltiparas. v. 29, n. 4, p. 604–611, 2008.

ROCHA, M. G. L. et al. Acolhimento na consulta ginecológica de enfermagem: percepções de mulheres da Estratégia Saúde da Família Embracement. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, v. 19, p. e3341, 2018.

SCARINCI, I. C. et al. Prevalência do uso de produtos derivados do tabaco e fatores associados em mulheres no Paraná, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 28, n. 8, p. 1450–1458, 2012.

SENNA, S.; DESSEN, M. Reflections About the Health of the Brazilian Adolescent. *Psicologia, Saúde & Doenças*, v. 16, n. 2, p. 217–229, 2015.

SILVA, A. R. DA et al. Retrato Social de Viçosa III. Viçosa: [s.n.].

SILVA, L. L. T. DA. Risco e vulnerabilidade social feminina. v. 4, p. 1–13, 2018.

SOARES, M. C. et al. Câncer de colo uterino: atenção integral à mulher nos serviços de saúde. *Revista gaúcha de enfermagem / EENFUFGRS*, v. 32, n. 3, p. 502–508, 2011.

SOUZA, F. M. A. DE; MUÑOZ, I. K.; VISENTIN, I. C. Contexto de vulnerabilidade de gênero no uso do preservativo masculino. *Ano XIV*, v. 20, 2020.

SOUZA, M. C. DA C.; AMORIM, M. C. C. T. Risco E Vulnerabilidade Socioespacial: O Exemplo Da Bacia Córrego Do Veado Em Presidente Prudente (Sp). *Boletim de Geografia*, v. 36, n. 1, p. 17, 2018.

STREFLING, I. DA S. S. et al. Percepções da enfermagem sobre gestão e cuidado no abortamento: estudo qualitativo. *Texto & contexto enferm*, v. 24, n. 3, p. 784–791, 2015.

VALENTE, M. M. Q. P. et al. Assistência pré-natal: um olhar sobre a qualidade. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, v. 14, n. 2, p. 94–100, 2013.

VIANA, J. N. et al. Determinantes sociais da saúde e prevenção secundária do câncer do colo do útero no Estado do Amazonas, Brasil. *Medicina (Brazil)*, v. 52, n. 2, p. 110–120, 2019.

VIELLAS, E. F. et al. Assistência pré-natal no Brasil. *Cadernos de saúde pública*, v. 30, p. S1–S15, 2014.