

SEXUALIDADE JUVENIL FEMININA E AS POLÍTICAS PÚBLICAS: UM ESTUDO DE CASO NO UNIVERSO RURAL DO PANTANAL MATO-GROSSENSE.

GT 22

Mariel Maróstica Fernandes – Secretaria Estadual de Saúde de Mato Grosso
Sueli Pereira Castro – Universidade Federal de Mato Grosso

RESUMO

O estudo de cunho etnográfico foi realizado com mulheres jovens pertencentes às comunidades rurais do Pantanal Mato-Grossense (Mato Grosso – Brasil) e buscou compreender a partir do *habitus* a aprendizagem e vivência da sexualidade na juventude nesse contexto social, para subsidiar a estruturação de políticas públicas que possam integrar essa realidade. Definiu-se como recorte para investigação mulheres de 14 a 20 anos que já vivenciaram experiências sexuais. E, foram realizadas entrevistas com as jovens, com suas mães e com profissionais de saúde da Região. O estudo apontou que as peculiaridades locais são desconsideradas por instituições que estruturam políticas públicas de saúde, pois o fazem não problematizando a realidade heterogênea dos grupos sociais. Não desenvolvendo estratégias de intervenção que contemplem as diversidades.

Palavras Chave: Sexualidade, Juventude, Pantanal Mato-Grossense.

I – INTRODUÇÃO

O estudo concebido nos moldes de uma abordagem antropológica buscou compreender a aprendizagem e vivência da sexualidade a partir do *habitus* (Bourdieu, 2010) em jovens mulheres pertencentes ao universo rural do pantanal Mato-grossense, no Distrito de Joselândia, considerando seus discursos engendrados em concepções de mundo, valores e trajetórias de vida próprias. Peculiaridades que são via de regra, desconsideradas por agentes ou instituições que pensam em políticas públicas de saúde, pois o fazem não problematizando a realidade heterogênea presente nos grupos sociais. Desta forma, não se desenvolvem estratégias de intervenção que contemplem as diversidades, ou seja, os valores, costumes, crenças, atitudes, práticas e papéis sociais. Desvelar especificidades desse contexto permitirá a proposição de novos caminhos para formulação de programas que ampliem o nível e a cobertura de conhecimentos na área da sexualidade e saúde reprodutiva. Atendam e englobem as necessidades demandadas pelas jovens no que diz respeito à vivência da sexualidade no universo rural pantaneiro, possibilitando refletir políticas públicas e de saúde que integrem efetivamente este universo.

II - JOSELÂNDIA – UM POVOADO PANTANEIRO

O Distrito de Joselândia pertencente ao Município de Barão de Melgaço (Mato Grosso- Brasil) e geograficamente localiza-se entre dois importantes rios do Pantanal Norte Mato-grossense, o Cuiabá e o São Lourenço e é marcado por ciclos pluviométricos, cujos movimentos das águas modificam a paisagem influenciando a organização social e o modo de vida dos moradores (Castro, 2006).

De acordo com o Censo do IBGE (2000) o Distrito de Joselândia, tem 2483 habitantes residentes em 592 domicílios e conta com as seguintes comunidades: a sede São Pedro e as comunidades de Mocambo, Pimenteira, Retiro São Bento, Colônia Santa Isabel, Capoeirinha e Lagoa do Algodão, interligadas por uma rede de parentesco consanguíneo, afinidade e compadrio, que lhes permite se auto

definir com um “povoado pantaneiro”, uma identidade contemplada por um conjunto de marcas simbólicas que os singularizam como um grupo.

A família na comunidade estudada constitui-se, na maioria dos casos, uma unidade de produção em que os laços de parentesco definem uma dada estrutura social, estabelecendo uma particular relação de solidariedade, mas ao mesmo tempo de subordinação das mulheres e também dos jovens, como de todo o grupo, aos objetivos familiares comuns, se destacando a autoridade paterna como referência na unidade familiar rural (Fernandes, 2009). E, o pertencimento a um grupo familiar local dá ao mesmo o acesso aos recursos naturais que permitem sua reprodução. A terra concebida como tradição que passa de pais para filhos, um patrimônio da família, sendo a terra a concretude do parentesco, uma vez que viabiliza a reprodução da família.

O trabalho na terra atribui identidade aos camponeses de Joselândia, que se auto definem como “lavradores” de pequenas extensões de terras, sendo a organização social marcada pela agricultura familiar, com regras de acesso à terra ligado às relações de parentesco (Castro, 2007).

Portanto, a família fundada sobre sua condição de valor, nesse contexto, não pode ser pensada separadamente da terra e do trabalho, cujos elementos estruturam o *habitus* tradicional camponês (Woortmann E., 1995).

E, a vivência da sexualidade dos jovens e suas representações quanto ao processo saúde-doença não podem ser pensadas à parte deste eixo axial do modo de vida, definidor do *habitus* local.

III - A SEXUALIDADE: A CONSTRUÇÃO DA VIVÊNCIA AFETIVA

As jovens participantes do estudo consideram que deixaram de ser criança com a menarca e, neste momento também, começaram a se interessar afetivamente por colegas da escola ou amigos. Quando iam às festas já não queriam mais ficar juntos com suas famílias e procuravam se agrupar a demais pessoas de sua idade, ou seja, jovens (Fernandes, 2009).

Denominam os primeiros relacionamentos afetivos com rapazes como “agarrar, ficar ou namorar”. E, na classificação das mesmas, “agarrar” é beijar na boca, abraçar, trocar carinhos apenas um dia com um rapaz. “Ficar” é quando essas atitudes se repetem por outras vezes, por um período de tempo - são os “ficantes”. E, “Namorar” é ficar junto em todos os locais em que eles se encontram, mesmo que na maioria das vezes seja escondido dos pais. No “ficar ou namorar” pode, ou não, estar incluso o relacionamento sexual.

Na sociedade estudada compreendida a partir do *habitus*, os comportamentos sexuais ou maneira de se vivenciar a sexualidade pelas mulheres oficialmente, devem se enquadrar nos padrões de uma sociedade conservadora. Pertencer às comunidades de Joselândia, mais do que isso, ser aceita no local requer que as mulheres tenham em contextos oficiais comportamentos desejáveis em conformidade com a cultura local

Quando nos referimos a padrões sexuais conservadores, utilizamos da explicitação de Heilborn (1999), a qual observa que para as mulheres, a relação sexual deve ser realizada durante um relacionamento conjugal estável, sendo que, quando ocorrida antes e se tornar pública pode se transformar em um provável estigma para a mesma. Já para os homens ocorre ao contrário, a vivência da sexualidade antes do casamento é vista como uma obrigação. As expectativas sociais em sociedades com padrões conservadores de sexualidade demandam que os homens cheguem aos casamentos sexualmente experientes e as mulheres inexperientes, que configura o que a autora denomina uma dupla moral sexual, com operância das desigualdades de gênero.

A mulher em Joselândia vai se ajustando aos modelos ditados pela genitalidade e vai sendo submetida a uma história que lhe atribui papéis sexuais e sociais inferiores aos homens. Por um processo socializador a caminhada da infância para a vida adulta na sociedade estudada é diferente do menino, preparando homens e mulheres com base em alicerces distintos, nos quais, as mulheres hierarquicamente

são inferiores aos homens. Assim, as mulheres guiam seus comportamentos sexuais, a partir de regras e normas, ditadas pela sociedade local: o *habitus*.

As disposições sociais impostas às mulheres relacionam-se a algumas características comportamentais que as mesmas devem possuir nos contextos oficiais, sendo a principal categorizada como “ser de família”.

As moças “de família” na localidade tendem a serem vigiadas pelos familiares e pelo próprio grupo social. Não vão sozinhas a eventos sociais na comunidade e para se relacionarem afetivamente em tais ocasiões “dão um jeito” de escaparem da vigília dos pais, mesmo que momentaneamente (Fernandes, 2009).

O sexo pode passar a ser um elemento importante de negociação das relações entre os gêneros, pois uma forte ênfase no controle da conduta sexual da mulher caracteriza a lógica moral, e este controle é exercido pelo grupo familiar e pelas redes de vizinhança.

De acordo com as regras sociais, a partir do *habitus*, as “moças de família” ficam e agarram poucos rapazes, namorando, na maioria das vezes, com um, com o qual mantém o intercuro sexual e geralmente passam a viver um relacionamento conjugal estável. Mulheres de família, resguardadas e recatadas, aquelas que sabem se comportar merecendo as vênias da sociedade.

As moças que não são consideradas “de família”, agarram, ficam e namoram, com vários rapazes em contextos oficiais, ou seja, em eventos públicos, são as “moças faladas”.

Permanecem nas festas sozinhas sem acompanhamento dos demais familiares, dançam com rapazes e pernoitam na casa de amigas, que são próximas aos locais das festas, ou descansam nos locais das festas mesmo. São meninas que mantêm intercuro sexual com vários rapazes. Moças que se tornaram mães solteiras separaram-se e não voltaram a se casar, ou então, mantêm relacionamento com homens casados.

Com relação à primeira experiência sexual, em Joselândia a autodenominação das jovens refere-se a “eu me perdi”, mesmo quando resulte em uma união estável ou tenha se realizado dentro dela.

A perda do hímen feminino na sociedade estudada não se constitui enquanto uma perda da honra da mulher, a não ser que o fato se torne público (paire os contextos oficiais), para os pais, o qual, em nome da honra da família deva tomar alguma providência ou a mulher engravide e não se una matrimonialmente com o pai de seu filho. Nesse sentido torna-se importante levar em conta o contexto e os processos nos quais se inserem o fenômeno analisado.

As jovens, “ao se perderem”, afirmam ter ocorrido dentro de relacionamentos afetivos. Acrescentam que na ocasião estavam envolvidas emocionalmente e afetivamente com os companheiros, nomeando tal sentimento como “amor”. Experimentam o sexo com parceiros com quem já mantêm um relacionamento emocional e geralmente o intercuro sexual se dá em festas ou em passeios que o jovem casal se dispõe a fazer em lugares distantes.

Não utilizaram métodos anticoncepcionais, sendo que a questão nunca fora dialogada com o companheiro e acrescentam que nunca pensaram em se contaminar com DST, inclusive HIV, demonstrando desconhecimentos para com o assunto. Também acreditam que achavam que não vão engravidar.

O início da vida sexual desencadeando comportamentos sexuais posteriores trouxeram significados diferenciados na trajetória de vida de cada jovem entrevistada, que ao se perderem, depararam-se principalmente com duas possibilidades: a de se casarem com o companheiro constituindo uma família, por elas especificadas um “amor firme” ou de permanecerem solteiras.

A vivência sexual das jovens revela um *habitus* que atribui ao sexo um valor de troca, no sentido abordado por Heilborn (1999), em que o sexo é compreendido como uma dádiva, cedida ao homem na expectativa de uma aliança.

Casamentos são antecidos pela “fuga” do jovem casal, um *habitus* local representando um rito que marca um instante privilegiado em suas vidas, em que passarão, a partir de então, a viver maritalmente.

O ritual “da fuga” em Joselândia envolve os jovens casais combinarem ou não o fato anteriormente. Caso combinem, ambos concordam em se encontrar em determinado dia, lugar e horário e de lá fugirem. Caso não combinado o jovem propõe inesperadamente a jovem que “fujam” naquele momento. Fugidos eles vão para casa dos pais do jovem e lá se instalam em um quarto exclusivo para os dois, onde mantêm ou não relação sexual. Isto se constitui o casamento.

A fuga é fenômeno bastante frequente em grupos camponeses e quando estes se referem à fuga estão também falando de casamento e estrutura (Woortmann K. E Woortmann E.,1993).

Todas as jovens entrevistadas que se encontram casadas e as mães das mesmas, haviam fugido, precedido por um período de namoro. Viver com um companheiro, etapa marcada ritualmente pela fuga, equivale a transpor a etapa da juventude para a fase adulta e para autonomia de ambos os jovens, os quais passarão a pertencer a outro nível hierárquico na escala familiar. Ao novo casal será disponibilizado um chão de morada e um chão de roçado.

É necessário ter casa, a parte chão de morada, condição fundamental para constituição tanto de um pai - de - família como de uma dona-de-casa autônomos. Como em qualquer outro grupo, a casa é mais que edificação, ela é também uma unidade simbólica (Woortmann K. E Woortmann E.,1993).

As jovens identificam a sexualidade vivenciada no casamento como “amor firme”, e o significam como “querer estar juntos, respeitar, assumir um relacionamento, ter uma família, cuidar e ter um companheiro”, ou seja, abarcando os objetivos familiares comuns.

Nesse sentido em Joselândia os valores sociais nos apontam para uma ordem moral camponesa, cujos componentes centrais se configuram como *habitus* camponês no sentido abordado por Woortmann K. (1990) que assinala o universo camponês em que os laços familiares, de parentesco e reciprocidade se fazem tão presentes e importantes, para a compreensão das relações sociais e sexuais das jovens.

Em sociedades ou em contextos sociais nos quais operam mecanismos e valores familiares hierárquicos, a família e o parentesco, são estruturantes na elaboração de projetos de vida, portanto mulheres em Joselândia casam-se e são mães jovens buscando constituir suas próprias famílias.

A sexualidade das jovens participantes do estudo compreendida a partir do *habitus* aponta sua vivência correlacionada com o amor e direcionada ao casamento e a constituição de uma família, a qual englobará objetivos, interesses e necessidades comuns, apontam valores sociais para uma ordem moral camponesa, uma lógica *holista* na qual a ideia do indivíduo com "vida pessoal" é inexistente (Dumont, 1985).

Para Heilborn (1999) nos termos da lógica *holista* o sexo está subsumido a uma ordem moral-familiar, organizadora do mundo, que se expressa na dimensão verdadeiramente moral e de gênero, da gramática sexual. Na representação feminina, o sexo é um item básico na engrenagem relacional que a relação conjugal enseja, conformada por uma distribuição das obrigações familiares entre os gêneros.

A preeminência detida pela família ganha corpo através da centralidade que desempenha na trajetória de vida desses sujeitos. Tal importância deriva do sentido de totalidade que a família encarna, possibilitada pela interqualificação ou complementaridade das identidades sociais. O todo relacional representado na família se exprime através de uma divisão do trabalho entre os gêneros, que é, a um só tempo, moral e material. Esse universo simbólico articula de forma muito íntima gênero e idade, o que se expressa no grupo de irmãos, na oposição entre o mais velho e o mais novo, cujo paradigma é a relação entre pais e filhos.

IV- SAÚDE E SEXUALIDADE

Os problemas de saúde dependem da perspectiva sob a qual eles são identificados, em outras palavras, depende dos sujeitos que os identificam. O que é problema para uns pode não ser considerado problema para outros (Minayo, 2007).

Nesse sentido, o presente trabalho discute reflexões sobre a vivência da sexualidade nas interfaces com a saúde a partir da concepção e visão das jovens participantes do estudo, considerando que os problemas de saúde variam em função da posição dos distintos sujeitos na estrutura de relações sociais, fazendo parte de sua visão de mundo.

Partindo desse pressuposto, o estudo, no que se refere à vivência da sexualidade nas interfaces com a saúde, priorizou por compreender: o conhecimento das jovens sobre contracepção, DST, HIV e AIDS, o significado da gravidez e o acesso aos serviços de saúde. Pois, essas temáticas vêm sendo evidenciadas na área da saúde como principais “problemas” para as jovens ao vivenciarem a sexualidade.

As jovens entrevistadas iniciaram a vida sexual com idade que variam de 13 a 17 anos, ocorridos dentro de relacionamentos afetivos, com companheiros do sexo masculino, por elas denominados namoro ou no caso de 02 jovens dentro do casamento. Estas consideram experiência sexual somente a penetração peniana na vagina. Sendo a primeira relação sexual não planejada pelas jovens e no decorrer delas, não utilizaram nenhum método anticoncepcional, passando a utilizá-los após o casamento, caso não quisessem ter filhos.

A utilização de métodos anticoncepcionais nunca fora dialogado com os companheiros, atitude que para Heilborn, Aquino, Bozon, *et al.* (2006) contribui de maneira geral para reforçar as atitudes mais tradicionais próprias do sistema de gênero. Para eles a vivência espontânea das relações sexuais combina-se bastante com a velha dicotomia em que as mulheres não pensam (não devem pensar) nem na sexualidade nem na contracepção, mas, sim, em relações estáveis.

Acrescentam que tiveram acesso aos métodos anticoncepcionais apenas após o casamento, referindo aos hormonais orais e injetáveis, os quais denominam “remédio para evitar”, os anticoncepcionais não são distribuídos pelo posto de saúde, as que desejam ou necessitam utilizá-los, solicitam por encomenda para que pessoas tragam de outras cidades.

Reconhecem como métodos anticoncepcionais os preservativos masculinos, a laqueadura de trompas e os hormonais orais e injetáveis, ignorando a existência de outros métodos como: DIU, diafragma, tabelinha, preservativo feminino, a pílula do dia seguinte, coito interrompido e vasectomia. Quanto à laqueadura de trompas de falópio, algumas das jovens entrevistadas, assim como senhoras da região, indagam que o procedimento pode levar as mulheres a “terem problemas de cabeça” ou “enlouquecerem”, afirmando que o fato já ocorreu com várias mulheres na região. Tal afirmação perpassa o imaginário das mulheres da comunidade, na maior parte das vezes impedindo-as de realizar o procedimento.

Os relatos encontrados sobre o conhecimento de anticoncepcionais entre as jovens participantes do trabalho corroboram os estudos de Brandão e Heilborn (2006), os quais afirmam que o não uso do método anticoncepcional pode representar, na verdade, certa negociação entre parceiros sobre o significado da relação, denotando “compromisso” e “prova de afeto”. Portanto, o domínio da contracepção inscreve-se em um processo de aprendizado e de tomada de decisões.

No posto de saúde somente há distribuição de preservativos masculinos e os agentes de saúde da região informam que são procurados apenas por jovens solteiros do sexo masculino para aquisição dos mesmos.

Tal situação demonstra que a ênfase na maioria das iniciativas em programas de planejamento familiar ou de saúde reprodutiva apesar de recair sobre as mulheres, pois praticamente inexitem tais serviços à clientela masculina na rede pública, os métodos anticoncepcionais distribuídos na rede de serviços locais, correspondem somente aos preservativos masculinos.

Opção inadequada em uma sociedade que prevalece o modelo hierárquico e assimétrico das relações de gênero, colaborando para que as mulheres tenham dificuldades em adquirir e até negociar com seus parceiros os métodos anticoncepcionais, tendo que assumir para si os possíveis riscos de vivenciar a sexualidade sem utilizar métodos anticoncepcionais.

No que se refere ao uso de anticoncepcionais hormonais orais e injetáveis, as jovens quando solteiras acrescentam que nunca refletiram sobre a possibilidade de utilizá-los, pois para isso dependeria de solicitar para alguém que comprasse em outras cidades, uma vez que seus familiares não estão a par das atividades sexuais das filhas enquanto solteiras.

Quanto ao uso de métodos anticoncepcionais, as jovens não os empregam na perspectiva de evitar DST, HIV e AIDS, apenas correlacionam seu uso para evitar a gravidez não desejada.

As DST eram denominadas pelas mulheres como doenças de rua, as quais, não apresentam conhecimento quanto: transmissão, sintomas e tratamento. As mesmas acreditam que nunca tiveram nenhuma DST, mesmo quando instigadas quanto aos possíveis sintomas, negando a presença dos mesmos. Porém, não há na localidade profissionais que possam realizar exames laboratoriais e/ou ginecológicos, preventivos ou para diagnosticar enfermidades, DST, HIV e/ou AIDS, assim para realizá-los precisam se locomover para outras localidades. A respeito do assunto, caberia uma investigação mais específica, ressaltando que se considerade suma importância, equipes profissionais especializadas em realizar esses exames, de maneira a prevenir agravos à saúde das mulheres.

Com relação à gravidez na juventude, essa corresponde a uma das principais dificuldades consequentes do início da vida sexual e atualmente no Brasil é considerado um problema social e de saúde (Heilborn, Aquino, Bozon, *et al.* 2006).

No que se refere à gravidez na juventude enquanto um problema de saúde, Castro, Abramovay e Silva (2004), ressaltam que a gravidez é uma fase da vida que não depende da idade da mulher, podendo ocorrer a qualquer momento, desde que haja condições biológicas que a propicie. Estudos recentes vêm demonstrando que os riscos da gravidez na juventude estão relacionados mais a características sociais do que à idade e que as mulheres de 15 a 19 anos e suas crianças correm riscos na mesma proporção que as mais velhas. Já os riscos da gravidez são considerados mais elevados para aquelas que têm idade entre 10 e 14 anos, porém a proporção da ocorrência da gravidez nessa faixa etária é muito baixa.

Em Joselândia, a gravidez entre as jovens entrevistadas ocorreu em média entre 15 a 20 anos, sendo que em um dos casos ocorreu com 13 anos idade, mas que não aconteceu nenhum problema de saúde com a mãe e criança (Fernandes, 2009).

Corroborando com as afirmações referentes ao risco biomédico da gravidez na juventude Heilborn, Aquino, Bozon, *et al.* (2006), enfatizam que, apesar do argumento da gravidez na juventude como problema ser inexato, ele continua a ser utilizado e relacionado a outros discursos profissionais. Os médicos associaram-se a psicólogos, psicanalistas e psiquiatras, que passaram a definir a gravidez na juventude como de grande risco psicossocial, dando como diagnóstico a imaturidade psicológica dos jovens.

No entanto, recentes estudos antropológicos sugerem outras possibilidades de interpretação, apontando o quanto tomar a idade da mãe como fator isolado para analisar os indicadores materno-infantis pode implicar uma visão reducionista do fenômeno.

Os discursos das jovens apontam que optar por manter relação sexual com o companheiro significava um processo que as conduziria para a construção de um “amor firme”, ou seja, para vivência da conjugalidade.

O que aparece como problema para as jovens entrevistadas não é o fato de ficarem gestantes no intercurso sexual, mas, sim, de se tornarem mães solteiras, desprovidas do pai da criança enquanto companheiro em uma união estável.

As jovens socializadas a partir de uma concepção *holista* de sociedade, ao se relacionarem sexualmente, caso engravidassem, esperam que em nome da moral, respeito e amor à família, seus companheiros as assumam enquanto esposas.

Nesse sentido, a gravidez em si na juventude não constitui um problema social, mas sim o fato de se tornarem mães solteiras, pois essas não foram identificadas pelo companheiro como a mulher escolhida para compor com ele uma família.

Porém, as jovens, quando solteiras, apesar de verbalizarem se sentirem inseguras mediante a possibilidade de engravidar e não estabelecerem um relacionamento conjugal, nunca cogitaram a possibilidade de utilizar métodos anticoncepcionais. Compreende-se que a tomada de decisões quanto ao não uso dos métodos durante os relacionamentos sexuais, insere-se na expectativa das jovens, em construir um relacionamento conjugal estável, um “amor firme”.

A sexualidade das jovens participantes do estudo, compreendida a partir do *habitus*, assinala sua vivência correlacionada com o amor e direcionada ao casamento e à constituição de uma família, que englobará objetivos, interesses e necessidades comuns, apontando valores sociais para uma ordem moral camponesa (Woortmann K.;1990).

Desta forma, a sexualidade não se constitui como domínio de significação isolada, sexo e prazer estão encompassados por uma alusão a uma moralidade mais abrangente, o que significa dizer, nos termos da lógica *holista* (Dumont, 1985) que o sexo está subsumido a uma ordem moral-familiar, organizadora desse universo.

A partir do exposto pode-se dizer que há uma ordem de significações culturais abrangentes, as quais não concebem a vivência da sexualidade na juventude em si como um problema.

V - ATENÇÃO A SAÚDE EM JOSELÂNDIA

No processo de descentralização e municipalização das ações de saúde no Estado de Mato Grosso, o Município de Barão de Melgaço ficou responsável em prover o Distrito de Joselândia com a assistência à saúde, que, segundo determinação do Ministério da Saúde refere-se a um conjunto de ações de saúde, desenvolvida sob a forma de trabalho em equipe, no âmbito individual e coletivo, abrangendo a promoção e proteção da saúde, a prevenção dos agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e manutenção da saúde (Brasil, 2006),

O Governo Estadual de Mato Grosso (Brasil) construiu um Centro de Saúde na Sede do Distrito de Joselândia, em São Pedro e o Município de Barão de Melgaço ficou responsável pela infraestrutura material e contratação da equipe de saúde, para promover à assistência básica de saúde a população, que começou a atuar na região em 2008.

Nesse sentido, o Distrito de Joselândia conta com uma equipe de Programa de Saúde da Família (PSF), constituída por 05 agentes de saúde que trabalham fixamente na região e demais profissionais (médico, enfermeira e dentista) que se locomovem periodicamente até a sede de Joselândia - São Pedro.

Estes profissionais deveriam ir até São Pedro para oferecer atendimento para a população bimestralmente, por sua vez as pessoas pertencentes aos distintos povoados do distrito, deveriam se locomover até a sede ao encontro desses profissionais. Mas, segundo informações essa periodicidade ocorre uma vez a cada semestre.

A irregularidade do compromisso da equipe do PSF foi justificada por gestores de saúde local pela dificuldade de acesso ao povoado na época da enchente, cheia e vazante (mas estávamos no período da seca e a equipe não estava cumprindo regularmente com suas atividades).

Quando ocorre um problema de saúde, as pessoas inicialmente procuram benzeção, depois recorrem a um dos agentes de saúde, citado pelos moradores como mais experiente, pois trabalha na profissão a cerca de 20 anos. E, caso não resolverem a dificuldade de saúde, vão até Cuiabá, capital do estado de Mato Grosso, para o qual o acesso é difícil principalmente nas épocas de enchente e vazante.

Soma-se ao problema de acesso a capital, as dificuldades financeiras enfrentadas por grande parte da população local, que quando enfermas deverão além de pagar passagens para a capital, providenciar estadia por tempo imprevisível, já que vão à busca de tratamentos, na maioria dos casos oferecidos pelo Sistema Único de Saúde.

A equipe de PSF quando vai até a região fica geralmente dois dias para atender as pessoas residentes nos diferentes povoados de Joselândia, obviamente não conseguindo dispensar a atenção adequada. Assim, os agentes de saúde priorizam atendimento para as pessoas que já estão com alguma doença ou agravo na saúde, ou como denominado por eles com maior necessidade.

Os profissionais do PSF em Joselândia, não trabalham com a prevenção e promoção a saúde das pessoas, utilizando de práticas curativas, pois não disponibilizam de tempo suficiente e até profissionais em numero adequado, para efetivarem na região de Joselândia ações de saúde no nível de atenção básica, não se fixam nas comunidades, não se envolvem em suas ações e não conhecem a realidade local.

No que se refere às políticas públicas de atenção à saúde da mulher, o Ministério da Saúde criou em 1986 o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), o qual foi anunciado como uma nova e diferenciada abordagem para a saúde da mulher, baseado no conceito de "atenção integral à mulher", pois até seu surgimento, as políticas públicas reduziram-se na preocupação com o grupo materno-infantil que, inclusive, sempre permaneceu como o mais enfatizado por essas políticas (Canesqui, 1987).

As ações previstas no PAISM deveriam ser exercidas pelos profissionais do PSF que atendem a região, porém essas nunca foram desenvolvidas no Distrito de Joselândia, como afirmado pelas mulheres participantes do estudo, e pelas demais mulheres residentes na região, também pelos agentes de saúde, coordenadora do PSF e a Secretária Municipal de Saúde.

Nenhum tipo de exame laboratorial ou ginecológico, atividades referentes ao planejamento familiar ou assistência pré-natal, assim, as mulheres que necessitem realizar algum desses procedimentos (previstos no PAISM desde o ano de 1986) devem procurar outras cidades.

Locomover-se para outras cidades, segundo as mulheres, objetivando a realização de consultas ou exames, requer certa condição financeira e parente ou amigos que as acomodem, caso contrário não existe a possibilidade de participarem dos mesmos. Somam-se a essas condições (financeiras e de acomodação) a dificuldade de acesso à região nos períodos de cheia e vazante.

Os dados do estudo apontam que as mulheres pertencentes às comunidades de Joselândia, não têm acesso às políticas públicas de saúde que possam vir oferecer as mesmas, atenção à sua saúde, nos aspectos de promoção, preventivos ou curativos, apesar do Ministério da Saúde desde 1986 formular e orientar a implementação do PAISM, objetivando garantir esse acesso. Não abarcando as necessidades, valores, atitudes e crenças das mulheres a quem a ação de dirige.

VI - CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conhecer as peculiaridades culturais no universo rural do Pantanal Mato-grossense foi essencial, permitindo uma "desnaturalização" da sexualidade na juventude como um problema social e de saúde em si, conforme os estudos, em especial na área de saúde pública, vêm enfatizando. Pois, caracterizar a vivência da sexualidade e gravidez na juventude como um problema social e de saúde denota desconsiderar os significados simbólicos sobre suas experiências, no universo camponês com especificidades culturais. Pois, estamos diante de um problema que muda seu ângulo de apreciação consoante com as preocupações de uma determinada agenda social.

O estudo aponta que vivenciar a sexualidade em si na juventude não constitui um "problema" social ou de saúde para as jovens, considerando que os problemas de saúde variam em função da posição dos distintos sujeitos na estrutura de relações sociais, fazendo parte de sua visão de mundo.

Ser mãe na juventude, não se constitui em si um problema na concepção destas jovens e nem para a população local, desde que gravidez estabeleça um relacionamento estável “amor firme”, somente possível respeitando-se os códigos de conduta local, definido como tradição.

A vivência da sexualidade pelas jovens, que resultem ou não em uma gravidez, que não leve a uma união estável (por meio da fuga) é que se constitui um problema social para a família, pois a jovem torna-se uma mulher falada, constituindo uma desonra para a família.

Como é possível se efetivar políticas locais que levem os jovens a usar métodos contraceptivos, se a maternidade e a paternidade tornam os jovens emancipados das tutelas paternas? Se a vivência da sexualidade que não resulte em gravidez leva a jovem a poder tornar-se falada, como fazer com que ela a evite?

Portanto, na realidade, o que se constitui um problema para estas jovens é o não acesso às ações de saúde direcionadas para o Distrito de Joselândia. Políticas públicas de saúde que são homogêneas, mesmo em face da pluralidade social e cultural no Brasil, que não oferecem ações de prevenção e promoção adequadas à realidade local. Ações que não vão ao encontro das reais necessidades de saúde da comunidade, podendo incorrer em riscos para a qualidade de vida das jovens mulheres pertencentes ao universo rural do pantanal Mato-grossense que vivenciam a sexualidade.

Seria necessária a integração entre equipe de saúde e a comunidade no estabelecimento das prioridades para o desenvolvimento do trabalho, tendo como referência o perfil epidemiológico da população adstrita, auxiliando no planejamento das ações.

VII -REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Bourdieu, P. (2010). *O Poder Simbólico*. (13ª. Ed.), Rio de Janeiro, Bertrand Brasil.

Brandão, E.R. & Heilbronn, M.L. (2006). Sexualidade e gravidez na adolescência entre jovens de camadas médias do Rio de Janeiro, *Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 22 (7), 1421-1430*.

Brasil - Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Atenção Básica* (2006). Brasília.

Brasil – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2000). *Censo demográfico de 2000*. Brasília.

Canesqui, A. M. (1987). Atenção a Saúde no Brasil. In: Núcleo de Estudos em Políticas Públicas. (org.). *Brasil 1986 relatório sobre a situação social do país*. (1ª. Ed.). Campinas, SP: UNICAMP (pp. 97-191).

Castro, S.P. & Castro, C.A. (2006). *Pantanal Norte: Formação Social e Processos Socioambientais*. Relatórios de Pesquisa projeto terra e trabalho no Pantanal Norte Brasil/PELD-site 12. Cuiabá.

Castro, S.P. (2007). *Populações Tradicionais, Representações Sociais e Preservação Ambiental: um estudo de caso sobre um povoado pantaneiro ao entorno de uma Unidade de Conservação*. In: Neto VJ, coordenador. *Política Ambiental e Diversidade Cultural*. VI Seminário do ICHS/UFMT. Cuiabá: UFMT (p.p. 136-146).

Castro, E.G., Abramovay, M., Silva, L.B. (2004). *Juventudes e Sexualidade*. Brasília: UNESCO.

Dumont, L. (1985) O Individualismo. *Uma Perspectiva Antropológica da Ideologia Moderna*. Rio de Janeiro, Rocco.

Fernandes, M.M. (2009). *A Sexualidade em Contextos Afetivos de Mulheres Jovens Pantaneiras*. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal de Mato Grosso.

Heilborn, M.L. *Sexualidade: o Olhar das Ciências Sociais* (1999). Rio de Janeiro, Jorge Zahar.

Heilborn, M.L., Aquino, E.M.L., Bozon, M., Kanauth, D.R. (2006). *O aprendizado da sexualidade*. Rio de Janeiro, Garamond, Fiocruz.

Minayo, M.C. (2007). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. Rio de Janeiro: Abrasco.

Woortmann, k. (1990). *Com parente não se Negueia: o campesinato como ordem moral*. Anuário Antropológico. N 87. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro.

Woortmann k., Woortmann, E.F. (1993). *Fuga a Três Vozes*. Anuário Antropológico. N 91. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro.

Woortmann E.F. *Herdeiros, Parentes e Compadres: Colonos do Sul e Sitiantes do Nordeste*. (1995). São Paulo: Hucitec - Brasília: Edunb.