

DOI: <https://doi.org/10.36489/nursing.2020v23i265p4117-4126>

Condições de vida e saúde de mulheres trabalhadoras rurais

RESUMO | Objetivo: Conhecer as condições de vida e saúde de mulheres trabalhadoras em área rural de um município da região oeste do Paraná. Método: Pesquisa de campo, descritiva, exploratória, com análise quantitativa. A coleta de dados ocorreu de janeiro a junho de 2018 com 29 mulheres. Resultados: A idade máxima foi de 68 anos e a mínima 21, média de 43,5 anos. 15 (51,72%) mulheres realizaram a última coleta do exame Papanicolau com a enfermeira e 25 (86,20%) mulheres disseram estar com o esquema de vacinas completo. Quanto as doenças referidas a primeira causa são as doenças do aparelho circulatório, seguido pelas doenças do aparelho geniturinário, endócrinas, nutricionais e metabólicas. Conclusão: As mulheres estão conquistando seu espaço no meio rural, porém nem sempre tem acesso aos serviços de saúde, dos quais necessitam para os cuidados de vida e saúde.

Palavras-chaves: Mulheres Trabalhadoras; Trabalho; Condições de Saúde.

ABSTRACT | Objective: To get to know the life and health of working women from the rural area of a city of the West region of Paraná State. Method: Descriptive and exploratory field research, with qualitative analysis. The data collection was carried out from January to June of 2018, with 29 women. Results: The maximum age was 68 years old and the minimum was 21, an average of 43,5 years old. 15 (51,72%) women took the last Pap Smear test with the nurse and 25 (86,20%) women told their vaccine schedule was complete. As for the referred diseases, the first cause is the circulatory system diseases, followed by genitourinary system, endocrine, nutritional and metabolic diseases. Conclusion: Women are acquiring their space in the rural environment, but they not always have the access to health services that they need to take care of their life and health.

Keywords: Working women; Work; Health Conditions.

RESUMEN | Objetivo: Conocer las condiciones de vida y salud de las trabajadoras en una zona rural de un ayuntamiento en el oeste de Paraná. Método: Investigación de campo, descriptiva, exploratoria, con análisis cuantitativo. La recopilación de datos tuvo lugar entre los meses de enero a junio de 2018 con 29 mujeres. Resultados: la edad máxima fue de 68 años y la mínima de 21 años, un promedio de 43,5 años. 15 (51,72%) mujeres se sometieron a la última recolección de Papanicolau con la enfermera y 25 (86,20%) mujeres dijeron que tenían el calendario completo de vacunación. En cuanto a las enfermedades mencionadas, la primera causa son las enfermedades del sistema circulatorio, seguidas de las enfermedades del sistema genitourinario, las enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas. Conclusión: las mujeres están conquistando su espacio en las zonas rurales, pero no siempre tienen acceso a los servicios de salud, que necesitan para la vida y salud.

Palabras claves: Mujeres trabajadoras; Trabajo; Condiciones de salud.

Maristela Salete Maraschin

Enfermeira. Mestre. Docente da Universidade Estadual do Oeste do Paraná/UNIOESTE, campus Cascavel/PR.

Elizabeth Aparecida de Souza

Enfermeira. Mestre. Docente da Universidade Estadual do Oeste do Paraná/UNIOESTE, campus Cascavel/PR.

Sebastião Caldeira

Enfermeiro. Doutor. Docente da Universidade Estadual do Oeste do Paraná/UNIOESTE, campus Cascavel/PR.

Leda Aparecida Vanelli Nabuco de Gouvêa

Enfermeira. Doutora. Docente da Universidade Estadual do Oeste do Paraná/UNIOESTE, campus Cascavel/PR.

Nelsi Salete Tonini

Enfermeira. Doutora. Docente da Universidade Estadual do Oeste do Paraná/UNIOESTE, campus Cascavel/PR.

Recebido em: 13/01/2020

Aprovado em: 09/05/2020

INTRODUÇÃO

O acesso à saúde pode ser considerado um dos determinantes da qualidade de vida e do desenvolvimento socioeconômico. O acesso a saúde influencia, entre outros aspectos da vida social, a dinâmica demográfica, com impactos sobre a mortalidade, letalidade, morbidade e a expectativa de vida¹. Políticas de saúde nas áreas rurais orientam-se na compreensão e redução dos efeitos das desigualdades nas condições de saúde, garantindo, o acesso universal e integral ao sistema².

A atividade rural é realizada principalmente por homens, pois demanda força física e seu foco sempre está voltado exclusivamente para este fazer. As mulheres também o fazem, porém, cuidam da família, da casa e seu entorno, exercendo dupla ou tripla jornada de trabalho. Segundo dados do Instituto Brasileiro de

Geografia e Estatística, em 2017 no Brasil, o número de homens no campo ficou em 4,1 milhões, enquanto as mulheres permanecem 945,4 mil.^{3,4}

Esta relação entre o quantitativo de habitantes do sexo feminino e masculino no meio rural também se reproduz de forma aproximada no estado do Paraná. Neste estado, conforme Censo Demográfico do ano de 2010, a população foi de cerca de 10 milhões de habitantes, sendo que, também, como no geral do país, 15% viviam no campo. Destes 15%, que correspondem a um valor aproximado de 1.520.000 habitantes, 720 mil eram mulheres, equivalendo a 47%, e 800 mil homens, correspondendo em torno de 52%.⁵

No município de Cascavel, localizada na Região Oeste do Estado do Paraná, local em que esta pesquisa foi desenvolvida, de acordo com o Censo Demográfico do ano de 2010, havia aproximadamente 285.000 habitantes, sendo que 6%

deste total, ou seja, aproximadamente 16 mil habitantes, residiam em domicílios no meio rural. Esta população rural é composta de cerca de 7.200 indivíduos do sexo feminino e 9.000 do sexo masculino e está distribuída em oito distritos. Em 2019 a população estimada foi de 328.454 habitantes conforme dados do IBGE. Desta população ocupada na agricultura uma grande parte está alocada em atividades pertinentes à agricultura familiar.^{5,3}

Para a justificar a pesquisa no problema exposto, surgiu a seguinte indagação: quais são as condições de vida e saúde de mulheres trabalhadoras em área rural de um município da região oeste do Paraná? Para tal, este estudo objetivou conhecer as condições de vida e saúde de mulheres trabalhadoras em área rural de um município da região oeste do Paraná.

MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo, exploratório, com análise quantitativa, realizada em Unidades de Saúde da Família (ESF) da área rural de um município da região Oeste do Estado do Paraná, a coleta de dados ocorreu de janeiro a junho de 2018, participaram do estudo 29 mulheres trabalhadoras rurais. O município do estudo conta 45 Unidades de Saúde, destas, 22 Unidades de Saúde da Família (USF).⁶ As USFs do estudo foram selecionadas por localizar-se na zona rural e após contato com as coordenações das mesmas, aceitaram participar do estudo.

Como instrumento de coleta de dados, foi elaborado uma entrevista semiestruturada, composta de 21 variáveis, buscando conhecer as condições de vida e saúde das mulheres rurais. A entrevista foi realizada pelos pesquisadores, as quais foram gravadas e posteriormente transcritas, sendo agendado dia e horário com as participantes para a realização das entrevistas. O instrumento passou por uma fase de validação, o qual após pas-

sou por ajustes, contemplando o objeto do estudo.

Os procedimentos seguiram as normas éticas estipuladas pela Resolução 466 de 2012⁷. Os acessos às USFs ocorreram após autorização da Secretaria Municipal de Saúde do município do estudo. Aos sujeitos que aceitaram participar da pesquisa, foi entregue o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), após todos os esclarecimentos ocorreu a assinatura do mesmo, sendo respeitadas as mulheres que optaram em não participar do estudo.

Este estudo é um recorte do projeto de pesquisa sobre a Percepção de mulheres trabalhadoras rurais sobre o processo saúde-doença e sua relação com o trabalho na agricultura familiar conforme Chamada Universal MCTI/CNPq Nº 01/2016, o mesmo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Oeste do Paraná (CEP/Unioeste), conforme parecer número 2.356.516 e CAAE 78560217.0.0000.0107.

Os dados foram organizados em planilha eletrônica do software Microsoft Office Excel, versão 2016 e analisados de maneira quantitativa, utilizando o cálculo da frequência absoluta (n) e relativa (%) das diferentes variáveis.

RESULTADOS

No município estudado, foram entrevistadas 29 mulheres trabalhadoras rurais no período de janeiro a junho de 2018, as quais foram atendidas em Unidades Básicas de Saúde da Família de um

município da região Oeste do Paraná. A idade máxima registrada foi de 68 anos e a menor de 21 anos, perfazendo a idade média de 43,5 anos, conforme tabela 1.

Em relação aos planos de saúde cinco (17,24%) mulheres possuem plano de saúde e 24 (82,75%) não possuem plano de saúde privado, ainda, quanto ao motivo que a mulher procurou a USF, seis (20,68%) para realizar consulta médica, uma (3,44%) para acompanhar familiar, uma (3,44%) para acompanhar outra pessoa, uma (3,44%) para atendimento odontológico e 15 (51,72%) não se aplica, dentre os motivos estão a espera para conversar com a assistente social, inscrição para cursos de trabalhos manuais e informações dos atendimentos realizados na USF.

Levando em consideração o fato de que foi perguntado “cuida de alguém doente ou dependente na família e de quem cuida”, 24 (82,75%) responderam que não cuidam de alguém doente ou dependente na família e cinco (7,24%) cuidam de algum familiar doente, sendo que quando perguntado de quem cuidam, 24 (82,75%) não cuidam de ninguém, três (10,34%) cuidam da mãe, uma (3,44%) cuida da filha e uma (3,44%) da sogra. Quanto aos doentes, três (10,34%) apresentam neoplasia, um (3,44%) transtorno mental e um (3,44%) é idoso dependente.

A tabela 2 mostra a distribuição do grupo de causa de ocorrência de doenças nas mulheres trabalhadoras rurais pesquisadas. Ressalta-se que ultrapassa o total da amostra, pois, algumas participantes do estudo, autorreferiram mais de um problema de saúde.

Tabela 1: Distribuição de mulheres trabalhadoras rurais de acordo com a faixa etária. Município da Região Oeste do Paraná, 2019.

Idade	Número	Percentual (%)
20 a 29	5	17.24
30 a 39	6	20.69
40 a 49	8	27.59
50 a 59	5	17.24
60 a 69	5	17.24

Fonte: Banco de dados dos pesquisadores/2018

Pertinente se a mulher recebeu algum tratamento de saúde na rede privada ou se está em tratamento, 19 (65,51%) mulheres disseram que sim, três (10,34%) que não receberam e nem estão em tratamento algum e sete (24,13%) não se aplica.

No que concerne se as mulheres realizaram consulta com algum profissional das ESFs no último ano, 22 (75,86%) realizaram, três (10,34%) não realizaram consulta com nenhum dos profissionais e quatro (13,79%) não se aplica,

Em relação ao profissional que realizou a coleta do último exame preventivo ginecológico, 15 (51,72%) mulheres realizaram a coleta do exame Papanicolau com a enfermeira, cinco (17,24%) com o médico, cinco (17,24%) não lembra e quatro (13,79%) realizaram em outros serviços e quanto ao tempo da última coleta do preventivo, cinco (17,24%) realizaram o exame há menos de um ano, 15 (51,72%) realizaram entre um a dois anos, quatro (13,79%) de três a quatro anos, duas (6,89%) de cinco a seis anos e três (10,34%) não lembram.

Ainda, se a mulher foi encaminhada para realizar mamografia, 17 (58,62%) foram encaminhadas para realizar a mamografia, sete (24,13%) não foram e para cinco (17,24%) não se aplica. Relativo à utilização de algum método contraceptivo, oito (27,58%) utilizam contraceptivo oral, quatro (13,79%) são laqueadas, cinco (17,24) não utilizam nenhum método, 11 (37,93%) estão na menopausa e uma (3,44%) disse utilizar outro método, quanto ao acesso ao método contraceptivo para 20 (68,96%) não se aplica, seis (20,68%) compram na farmácia e três (10,34%) adquirem na USF.

Para o estado vacinal 25 (86,20%) autorreferiram estar com o esquema de vacinas completo e quatro (13,79%) não souberam informar. Relativo ao tempo dispendido para chegar a USF, para 26 (89,65%) menos de trinta minutos e três (10,34%) necessitam de uma hora e mais, relativo ao meio de transporte utilizado para chegar a USF, 26 (89,65%) utilizam o próprio carro, três (10,34%) a pé e a distância entre a residência e a USF, 15 (51,72%) entre cinco a 13 km,

sete ((24,13%) de seis a 10 km e nove (31,03%) mais de 10 km.

DISCUSSÃO

A Estratégia de Saúde da Família faz parte da Atenção Primária à Saúde e segue os princípios e diretrizes da Política Nacional da Atenção Básica, do Ministério da Saúde. A faixa etária das participantes do estudo variou de 21 a 68 anos, predominando a faixa etária de 40 a 49 anos, com 8 (27.59%), seguida de 30 a 39 anos, com 6 (20.69%).

Em relação aos planos de saúde, a procura pelo serviço de saúde público, ou seja, da ESF foi mais frequente 24 (82,75%) entre os que não possuíam plano de saúde do que entre os que o possuíam 5 (17,24%). Ressalta-se que mesmo as mulheres que possuíam planos de saúde privado utilizaram o Sistema Único de Saúde (SUS), em uma proporção menor.

A saúde suplementar evoluiu no país com o aumento no número de beneficiários, diante da escassez na prestação do serviço público de saúde e do déficit de políticas públicas efetivas na área, o cidadão é forçado a realizar escolhas. A racionalidade traz ao cidadão a possibilidade de escolher entre o que lhe pareça melhor, de maior qualidade, rapidez e eficiência. Com o crescimento do setor da saúde suplementar, grande parte da população opta pela contratação de um plano privado de assistência à saúde⁸.

Levando em consideração o cuidado de alguém doente ou dependente na família e de quem cuida, cinco mulheres cuidam de algum familiar doente, destes, três cuidam da mãe, uma da filha e uma da sogra. Quanto as patologias, que predominaram foram neoplasias, transtorno mental e é idoso dependente.

O cuidador é a pessoa que presta cuidados à outra pessoa que esteja necessitando, por estar acamada, com limitações físicas ou mentais, com ou sem remuneração. O cuidado é caracterizado pela proximidade/parentesco, sendo que cuidam da mãe, filha e sogra. Lembrando

Tabela 2: Distribuição das doenças encontradas nas mulheres trabalhadoras rurais, por grupo de causa (CID 10). Município da Região Oeste do Paraná, 2019.

Grupo de causas	Número (Nº)	Percentual (%)
Algumas doenças infecciosas e parasitárias (I)	1	3.03
Neoplasias (tumores) (II)	2	6.06
Doenças do sangue e dos órgãos hematopoéticos e alguns transtornos imunitários (III)	1	3.03
Doenças Endócrinas, nutricionais e metabólicas (IV)	3	9.09
Doenças do sistema nervoso (VI)	1	3.03
Doenças do aparelho circulatório (IX)	8	24.25
Doenças do aparelho respiratório (X)	1	3.03
Doenças do aparelho digestivo (XI)	2	6.06
Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo (XIII)	2	6.06
Doenças do aparelho geniturinário (XIV)	4	12.12
Lesões, envenenamentos e algumas outras consequências de causas externas (XIX)	1	3.03
Causas externas de morbidade e de mortalidade (XX)	2	6.06
Não referiu doença	5	15.15

Fonte: Banco de dados dos pesquisadores/2018

que o tempo de cuidado, horas por dia e dias da semana de dedicação ao cuidado contínuo gera desgaste físico e emocional, sem mencionar o material e financeiro e caso não possa contar com ajuda de outrem o cuidado se torna exaustivo⁹.

A família cuida de seus entes, não somente para prover e ou reestabelecer a saúde, mas cuida da vida e para a vida. O cuidado em seus variados modos e lugares de acontecer, com cuidado próprio, no âmbito da família, ou por meio das redes que a sustentam e apoiam¹⁰. A média das idades das participantes foi de 43,5 anos. Esse predomínio permite relacionar que nessa fase da vida adulta o ser humano requer uma maior atenção biológica, psicológica e social, o que nem sempre é uma situação fácil para as cuidadoras, que poderão ter complicações com o cuidado de si. O cuidado prestado exige dedicação exclusiva e quase sempre integral, que muitas vezes leva o cuidador à instalação de uma nova dinâmica de vida, baseada nas necessidades do ser cuidado.

Destaca-se na tabela 1 as três primeiras causas de doenças, sendo a primeira as Doenças do Aparelho Circulatorio (IX), a saber, hipertensão e varizes foram as responsáveis pelo maior número de doenças que mais acometeram as mulheres, seguido pelas Doenças do aparelho geniturinário (XIV), sendo, leucorreia e endometriose e as Doenças Endócrinas, nutricionais e metabólicas (IV), estando nesse grupo a diabetes e a obesidade.

Em relação ao profissional que realizou a coleta do último exame preventivo ginecológico, houve predomínio de mulheres que realizaram a coleta do exame Papanicolau com a enfermeira e quanto ao tempo da última coleta do preventivo, destaca-se duas mulheres que realizaram a coleta entre cinco há seis anos e três não lembram.

A temática saúde da mulher é abordada nas Estratégias de Saúde da Família como ações preventivas e de promoção à saúde. Entre essas ações, encontra-se a oferta do exame preventivo do colo do útero.

Em uma pesquisa realizada com 15

mulheres frequentadora de uma Unidade Básica de Saúde (UBS) do interior do Rio Grande do Sul observou-se que as mulheres procuram a unidade de saúde para realização do preventivo principalmente por estar sentindo algum desconforto, especialmente dor. Nota-se que ainda impera a concepção de medicina curativa. A procura pela unidade de saúde ocorre somente quando há algum sintoma e não com a finalidade preventiva de agravos¹¹. Diante disso, ressalta-se que o resultado obtido no presente estudo é positivo, visto que a procura é preventiva e não curativa como evidenciado em outros estudos.

A detecção precoce do câncer do colo do útero em mulheres assintomáticas pelo rastreamento, por meio do exame citopatológico, permite a detecção das lesões precursoras e das doenças em estágios iniciais antes mesmo do aparecimento de sintomas. Apresenta um dos mais altos potenciais de prevenção e cura, chegando perto de 100% quando diagnosticado precocemente e podendo ser tratado em nível ambulatorial em cerca de 80% dos casos¹².

O Ministério da Saúde preconiza que toda mulher, a partir dos 25 aos 59 anos, que têm ou já teve vida sexual deve submeter-se ao exame preventivo periódico. Após dois exames consecutivos, com resultados negativos para displasia ou neoplasia, é recomendável uma periodicidade trianual, visto que após isso, o risco cumulativo de desenvolver a referida patologia, torna-se bastante reduzido, mantendo-se reduzido e com redução de danos pelos próximos cinco anos subsequentes¹³.

Pertinente se a mulher recebeu algum tratamento de saúde na rede privada ou se está em tratamento, 19 mulheres disseram que sim e 22 mulheres fizeram consulta com algum profissional de saúde da ESF no último ano. Houve predomínio pelos atendimentos no serviço público.

Na variável que apresenta se a mulher foi encaminhada para ser submetida à mamografia, 17 (58,62%) foram encaminhadas para o diagnóstico de imagem, sete (24,13%) não foram e para

cinco (17,24%) não se aplica. Relativo ao planejamento reprodutivo com a utilização de algum método contraceptivo, oito (27,58%) utilizam contraceptivo oral, quatro (13,79%) são laqueadas, cinco (17,24) não utilizam nenhum método, 11 (37,93%) estão na menopausa e uma (3,44%) disse utilizar outro método, quanto ao acesso ao método contraceptivo para 20 (68,96%) não se aplica, seis (20,68%) compram na farmácia e três (10,34%) adquirem na USF.

O câncer de mama destaca-se como a principal causa de morte, visto que 60% das mortes ocorre devido ao diagnóstico tardio, além da sua progressiva incidência, gera sofrimento humano e alto custo para a saúde pública. No que concerne à prevenção e o diagnóstico precoce do câncer de mama, vale lembrar que a rede de cuidado do câncer tem a finalidade de assegurar o acesso integral e humanizado à mulher com a oferta de serviço qualificado e resolutivo, tanto na fase diagnóstica, como nos encaminhamentos e tratamentos adequados em tempo oportuno.

Mesmo com o aumento de setores especializados para mamografia, sabe-se que falta capacitação profissional no que tange ao incentivo e acesso com equidade, tendo em vista que nem todas as mulheres da população alvo com faixa etária entre 50 e 59 anos são beneficiadas e que todo profissional deve avaliar a necessidade do diagnóstico de imagem para mulheres fora dessa faixa etária preconizada. Neste estudo percebe-se que houve poucos encaminhamentos para as mulheres na faixa etária dos 40 anos ou mais¹⁴.

No que se refere à saúde reprodutiva com acesso ao planejamento reprodutivo e seus métodos contraceptivos, os resultados mostraram que a maioria das mulheres estudadas fazem uso de contraceptivo oral ou foram submetidas a salpingectomia (ligadura das tubas uterinas), não sendo citados outros métodos. Importante destacar, segundo a Constituição Federal Constituição Federal em seu parágrafo 7,

art. 226, que toda pessoa tem o direito em ter uma vida sexual segura e satisfatória.

Deve ter autonomia e empoderamento para decidir quantos filhos quer ter, cabendo aos serviços e profissionais a orientação e a oferta dos métodos eficientes, eficazes, seguros e aceitáveis de acordo com a necessidade de cada um. Assim, o planejamento reprodutivo no Brasil mesmo sendo responsabilidade de todos os níveis de atenção à saúde, cabe à atenção básica assumi-lo prioritariamente, por meio do esforço conjunto entre comunidade e profissionais da saúde e de outros setores e serviços¹⁵.

Por tratar-se de estudo com mulher rural, quanto a participação do homem nas decisões sobre o planejamento reprodutivo, não houve dados sobre. Isto vem ao encontro de uma revisão integrativa com 11 estudos sobre a participação masculina, somente 4 estudos abordavam o homem, sendo um dos estudos voltados a vasectomia como método contraceptivo, reforçando sobre a importância de orientar, informar e formar que os direitos sexuais e reproduti-

vos devem ser de responsabilidade tanto do homem, quanto da mulher¹⁶.

Para o estado vacinal 25 mulheres disseram estar com o esquema de vacinas completo, para a vacina do Tétano, Hepatite B e Febre Amarela, e, relativo ao tempo dispendido para chegar a USF, para a maioria das participantes do estudo o tempo dispendido é menos de trinta minutos. O meio de transporte mais utilizado pelas participantes foi o próprio carro e a maior distância entre a residência e a USF foi 15 km.

A promoção da saúde é um processo que permite às pessoas e à comunidade manter seu estado de bem-estar, contribui para a melhoria das condições de vida, que pressupõe acesso à educação, saúde, moradia, renda, recursos sustentáveis, entre outros¹⁷.

CONCLUSÃO

As mulheres estão conquistando seu espaço e assumindo liderança no meio rural, tem conseguido nos últimos anos

avanços sociais, os quais reforçam o protagonismo e o empoderamento da mulher. Essas conquistas no cenário nacional fazem parte das mudanças que, aos poucos, foram acontecendo nas famílias, nas comunidades, nos estados e municípios.

Ações pontuais de prevenção, tais como a vacinação e a realização de exames preventivos ginecológicos, remetem a um longo caminho percorrido de políticas públicas e ações de divulgação e sensibilização concreta de prevenção.

A confiança do usuário na segurança das vacinas ofertadas é condição para o sucesso da vacinação. A ação de verificação da situação vacinal da mulher deve ser realizada no mínimo uma vez ao ano, a fim de trabalhar ações de promoção da saúde e a prevenção de doenças, especialmente aquelas preveníveis por vacinas. Essas ações, quando realizadas com o apoio dos profissionais de saúde e educação, fortalecem os vínculos e permitem a manutenção da qualidade de vida, pois geram um comprometimento por parte de todos os envolvidos. 🐦

Referências

1. Arruda NM, Maria AG, Alves LC. Caderno de Saúde Pública. Volume. 34 - Nº.6, junho/2018.
2. Hartley D. Rural health disparities, population health, and rural culture. *Am J Public Health*, 2004; 94:1675-8.
3. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Estatísticas de gênero. 2017 [citado em 2020 jan. 03]. Disponível em: <https://censoagro2017.ibge.gov.br/>
4. DIEESE. Departamento Intersindical de Estatísticas e Estudos Socioeconômicos. Mercado de trabalho assalariado rural. São Paulo: DIEESE, 2014 [citado 2019 dez. 22]. Disponível em: <https://www.dieese.org.br/estudose-pesquisas/2014/estpesq74trabalhoRural.pdf>
5. IPARDES. Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social. Caderno estatístico Estado do Paraná. Curitiba: IPARDES, 2020 [citado 2020 jan. 06]. Disponível em: <http://www.ipardes.gov.br/cadernos/MontaCadPdf1.php?Municipio=19&btOk=ok>
6. SESAU, 2019. Disponível em: <<https://cascavel.atende.net/?pg=subportal&chave=13#1/tipo/pagina/valor/225>>. Acesso em 30.07.2019.
7. Brasil. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Resolução 466 de 12 de dezembro de 2012, dispõe sobre normas e diretrizes regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.
8. Meirelles JML, Cunha, MF. Os impactos da crise econômica brasileira no setor da saúde suplementar. *Rev. Quaestio Iuris*. vol.11, nº. 02, Rio de Janeiro, 2018. pp. 1378-1397
9. Araújo JS, Silva SED, Santana ME, Conceição VM, Vasconcelos EV. O processo do cuidar/cuidado nas representações sociais de cuidadores de pacientes sequelados por acidente vascular cerebral. *Rev Enferm em Foco* 2011;2(4):235-38.
10. Bellatto R, Araújo LFS, Dolina JV, Musquim CA, Souza GHL, Corrêa T. Experiência familiar de cuidado na situação crônica. *Rev. Esc. Enferm. USP*, vol 50 Nº Esp. São Paulo, jun/2016.
11. Ressel LB, Stumm KE, Rodrigues AP, dos Santos CC, Junges CF. Exame preventivo do câncer de colo uterino: a percepção das mulheres. *Av enferm*. 2013;31(2):65-73.
12. Casarin MR, Piccoli JDCE. Educação em Saúde para Prevenção do Câncer de Colo do Útero em Mulheres do Município de Santo Ângelo/RS. *Cienc saude colet*. 2011;16(9):3925-32.
13. Souza GDS, Simões ALB, Sousa MF, Almeida EC, Soares RLM, Bueno SMV. Adesão e conhecimento de discentes de enfermagem sobre o exame papanicolaou: uma proposta de abordagem crítico-social. *Arq cienc saude unipar*. 2015;19(1):19-23.
14. Silva RP, Gigante DP, Amorim MHC, Leite FMC. Fatores associados à realização de mamografia em usuárias da atenção primária à saúde em Vitória, Espírito Santo. *Epidemiol. Serv. Saude, Brasília*, 28(1):e2018048, 2019.
15. Bezerra, E.J, Almeida, TSC, Passos, NCR., Paz CT, Borges-Paluch, LR. Planejamento reprodutivo na estratégia saúde da família: estudo qualitativo sobre a dinâmica do atendimento e os desafios do programa. *Arq. Cienc. Saúde UNIPAR, Umuarama*, v. 22, n. 2, p, 99-108, maio/ago. 2018.
16. Nogueira IL, Carvalho SM, Tocantins FR, Freire MAM. Participação do homem no planejamento reprodutivo: revisão integrativa. *Rev Fund Care Online*. 2018 jan./mar.; 10(1):242-247. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2018.v10i1.242-247>
17. Andrade SM, Cordoni Júnior L, Carvalho BG, Gonzáles D. Bases da Saúde Coletiva. 2 ed. rev. e ampl. Londrina: Eduel, 2017.