



ISSN: 1981-8963

ORIGINAL ARTICLE

PERCEPTION OF THE HEALTH-ILLNESS PROCESS OF WOMEN LIVING IN RURAL AREA

PERCEPÇÃO DO PROCESSO SAÚDE-DOENÇA DE MULHERES RESIDENTES EM ÁREA RURAL
PERCEPCIÓN DEL PROCESO DE SALUD-ENFERMEDAD DE MUJERES QUE VIVEN EN ZONA RURALMoara Ailane Thum¹, Teila Ceolin², Anelise Miritz Borges³

ABSTRACT

Objective: to know the process of health and disease correlated with care actions of a group of rural women in the municipality of Pelotas. **Method:** this is about an exploratory and descriptive study, from qualitative approach, performed in a rural district of the municipality of Pelotas/RS, with a group of 11 women. To collect the data was used the semistructured interview, recorded and applied from May to June 2010. The data were organized into themes. The project was submitted to the Ethics and Research Committee of the Faculty of Nursing of Federal University of Pelotas and approved by the opinion n. 103/2010. **Results:** the perceptions found in the health-disease process highlighted the importance that the farmers attach to health, which is directly correlated to the interest in knowing and sharing the forms of health care in the rural area. **Conclusion:** the understanding of the nurse in the care needs to consider the various ways of seeking health, according to the context presented, to in that way to provide a comprehensive care that values the human being as a whole. **Descriptors:** health-disease process; rural health; women's health; health promotion.

RESUMO

Objetivo: conhecer o processo de saúde e doença correlacionado às ações de cuidado de um grupo de mulheres rurais do município de Pelotas. **Método:** pesquisa qualitativa, exploratória e descritiva, realizada em um distrito rural do município de Pelotas/RS, com um grupo de 11 mulheres. Para a coleta de dados foi utilizada a entrevista semiestruturada gravada aplicada entre maio e junho de 2010. Os dados foram organizados em temas. O projeto foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas e aprovado sob o parecer n. 103/2010. **Resultados:** as percepções encontradas do processo saúde-doença evidenciaram a importância que as agricultoras atribuem à saúde, o que está diretamente correlacionado ao interesse pelo conhecimento e compartilhamento das formas de cuidado para com a saúde no meio rural. **Conclusão:** a compreensão do enfermeiro frente ao cuidado precisa considerar as diversas maneiras de buscar saúde, de acordo com o contexto apresentado, para assim prestar um cuidado integral que valorize o ser humano como um todo. **Descritores:** processo saúde-doença; saúde da população rural; saúde da mulher.

RESUMEN

Objetivo: Conocer el proceso de la salud y la enfermedad correlacionado con las acciones de atención de un grupo de mujeres rurales en el municipio de Pelotas. **Método:** investigación cualitativa, exploratorio y descriptivo, celebrado en un distrito rural del municipio de Pelotas/RS, con un grupo de 11 mujeres. Para recoger los datos se utilizó la entrevista semiestructurada, gravada y aplicada entre mayo y junio de 2010. Los datos fueron organizados por temas. El proyecto fue presentado a el Comité de Ética y Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Federal de Pelotas y aprobado en la opinión n. 103/2010. **Resultados:** las percepciones encontradas en el proceso salud-enfermedad evidenciaran la importancia que las mujeres rurales conceden para la salud, que está directamente correlacionada con el interés en el conocimiento y el intercambio de las formas de cuidado de la salud en las zonas rurales. **Conclusión:** la comprensión del enfermero frente a la atención necesita considerar las distintas formas de buscar la salud, de acuerdo con el contexto presentado, a fin de proporcionar una atención integral que reconozca los seres humanos en su conjunto. **Descriptores:** proceso salud-enfermedad; salud rural; salud de la mujer; promoción de la salud.

¹Enfermeira, formada pela Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas/RS. Pelotas (RS), Brasil. E-mail: mothum@hotmail.com;

²Professora Assistente da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas/RS. Mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas/RS. Pelotas (RS), Brasil. E-mail: teila.ceolin@ig.com.br; ³Enfermeira. Mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas/RS. Pelotas (RS), Brasil. E-mail: miritzenfermeira@yahoo.com.br

INTRODUÇÃO

Compreender a relação entre saúde e doença torna-se um desafio no momento em que existe a preocupação em entender tais conceitos construídos em cada nicho social, valorizando os contextos históricos, sociais e culturais inerentes aos grupos. O sujeito que está vivenciando a doença detém saberes, rituais e mecanismos que o levam a compreender o estado de saúde, o que precisa ser valorizado e analisado pelos profissionais.¹

As pessoas percebem e interpretam o que sentem e o que os outros entendem por saúde/doença. Eis a necessidade de respeitar a diversidade cultural, as especificidades do meio para entender os problemas de saúde e doença. Considerar então, os contextos socioculturais dos sujeitos estudados, pois a doença e as preocupações para com a saúde são ao mesmo tempo universais, mas também específicas a cada cultura presente nas sociedades. Cada grupo organiza-se para compreender e desenvolver técnicas em resposta às experiências ou episódios da enfermidade acometida, alguns coletivamente, outros individualmente.²

Na década de 40, 31,3%, da população brasileira residia nas cidades, enquanto no ano de 2000 já eram 81,2%.² A população do Rio Grande do Sul, em 1996, distribuía-se em 50,8% do sexo feminino e 49,1% do sexo masculino e caracterizava-se pela presença de mais mulheres no meio rural.³ Em Pelotas/RS, local onde foi realizada a pesquisa, no ano de 2007 a população total foi estimada em 339.934 habitantes, sendo que destes, 22.082 (6,5%) eram habitantes da área rural. No entanto, não há dados específicos apontando para o número de mulheres que vivem nesta região.³

Ao abordar a questão de gênero, observa-se que a divisão do trabalho por sexo, no espaço rural apresenta algumas particularidades. As mulheres em geral ocupam uma posição subordinada e seu trabalho geralmente aparece como ajuda.⁴ Entretanto, a vida da mulher atual, no mundo todo, tem passado por relevantes mudanças, seja no espaço político, social, cultural e principalmente no econômico, as quais foram observadas a partir do momento em que a mulher deixou de ser a “dona do lar” e passou a buscar seu espaço no mercado de trabalho.

Desde então, muitas foram suas conquistas, como o direito de votar e ser votada, o direito a licença maternidade, o acesso as escolas e universidades, a ocupação de cargos de chefia, dentre outras. Tais transformações interferiram diretamente em seu cotidiano,

pois além do papel de mãe e dona de casa, a mulher passou também a trabalhar fora do seu lar, aumentando assim, os fatores de risco para desenvolver diversas doenças como estresse, obesidade, depressão, hipertensão arterial sistêmica (HAS), acidente vascular encefálico, infarto agudo do miocárdio entre outras.

Neste processo, em 2004 o Ministério da Saúde implementou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher que visa promover a melhoria das condições de vida e saúde das mulheres brasileiras, mediante a garantia de direitos legalmente constituídos e a ampliação do acesso aos meios e serviços de promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde em todo território brasileiro.⁵

O Brasil tem investido na formulação e implementação de políticas de promoção, proteção e recuperação da saúde com a Política Nacional de Promoção de Saúde, que almeja a melhoria da qualidade dos serviços prestados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), com enfoque em algumas ações como a melhoria da alimentação (alimentação saudável), estímulo à realização de atividades físicas, prevenção e controle do tabagismo/alcoolismo e outras drogas e redução da violência, ações que priorizam a melhoria da qualidade de vida da população.⁶

A promoção de saúde e a qualidade de vida com ênfase no cuidado envolve pelo menos dois contextos distintos, porém inter-relacionados: a perspectiva dos serviços de saúde oficial e outra do cuidado informal representado principalmente pela família⁷ ambos co-responsáveis pela educação, saúde, segurança dos indivíduos, entre outros fatores.⁸

A partir disso, evidencia-se a necessidade de conhecer o que a população rural entende por saúde e doença para promover saúde, considerando para tal, as diferentes condições de vida, trabalho e saúde dessas pessoas. Além de apropriar-se das políticas nacionais de promoção de saúde e o trabalho executado pelos profissionais, voltados à manutenção e promoção de saúde da população. Portanto, compete aos enfermeiros, perceber que precisam partir do princípio de que o ato de cuidar do ser humano exige uma atenção voltada a integralidade, valorizando o conhecimento das realidades e expectativas da população atendida.

Para tanto, a saúde torna-se produto de um amplo espectro de fatores relacionados com a qualidade de vida, incluindo a própria capacidade/vontade da pessoa de realizar o autocuidado.⁹ Fato que merece um olhar

especial pelos profissionais de saúde, pois a relação saúde e doença abrange uma temática relevante para a condução de suas práticas que envolvem também a pesquisa.

OBJETIVO

- Conhecer o processo de saúde e doença correlacionado às ações de cuidado de um grupo de mulheres rurais do município de Pelotas.

MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa qualitativa do tipo exploratória e descritiva¹⁰ realizada em um distrito rural do município de Pelotas/RS, com um grupo de 11 mulheres, as quais realizavam seus encontros em um salão da igreja católica local.

Os sujeitos foram selecionados a partir dos seguintes critérios de elegibilidade: ser moradora e trabalhadora da área rural; participar do grupo abordado; ter idade superior a 18 anos e comunicar-se em língua portuguesa. Para a coleta de dados foi utilizada a entrevista semiestruturada¹¹ gravada. Foi garantido o sigilo e o anonimato de acordo a Resolução 196/96 do Conselho Nacional do Ministério da Saúde. A identificação das mulheres pesquisadas foi realizada por meio de iniciais dos nomes e idade entre parênteses. O projeto foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas e aprovado sob o parecer nº 103/2010.

Os dados foram coletados entre maio e junho de 2010. Nestes encontros estavam presentes 14 mulheres, das quais 11 fizeram parte do estudo de acordo com os critérios de participação. Entre as três mulheres que não participaram, uma informante não residia em área rural e duas não puderam participar devido à impossibilidade de tempo, pois todas foram abordadas durante as reuniões, conforme a disponibilidade de cada uma.

Os dados obtidos foram transcritos, preservando sua integridade, posteriormente classificados e agrupados em diferentes temas, a fim de qualificar a análise das informações coletadas. Após sucessivas leituras, os dados foram organizados em dois temas: contextualização dos sujeitos do estudo e o processo saúde-doença na percepção das agricultoras. Esses foram confrontados com as referências consultadas, juntamente com a reflexão e experiência das autoras.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

• Contextualização dos sujeitos do estudo

Foram entrevistadas 11 mulheres com idade entre 19 e 68 anos, ocorrendo prevalência de mulheres casadas. Quanto à descendência étnica, as mulheres referiram ser alemã, italiana, pomerana e terem miscigenação entre africanos, índios, e europeus, quando referiam-se a brasileira. Em relação ao número de filhos, a maioria das mulheres mencionou possuir entre dois e quatro, apenas duas não possuíam filhos e outra, apenas um. Referente à religião, dez das entrevistadas eram vinculadas a católica. Quanto à escolaridade apenas uma apresentava o ensino fundamental completo, as demais referiam possuir o ensino fundamental incompleto, o que está associado, segundo as informantes, às dificuldades no acesso ao ensino há alguns anos, observado na fala:

[...] há tantos anos atrás era difícil escola né, era tudo muito longe e as famílias muito pobres e muito filho, e era muito difícil estudar né, não é que nem hoje (R.W.J., 62).

Em relação à renda familiar, as entrevistadas referiram receber entre um e meio e três salários mínimos por mês, advindo, na maioria das vezes da aposentadoria ou da comercialização da produção agrícola da propriedade (plantação de pessegueiros, derivados do leite e lavoura de milho e feijão), alimentos processados, além da criação de animais como porcos, vacas e galinhas.

Muitas das entrevistadas participavam do grupo, desde a sua fundação em 1998, concebida a partir da igreja católica, através da atuação das religiosas, que se deslocavam da cidade de Pelotas até a localidade rural, para ministrar palestras às mulheres sobre cuidados em saúde e o uso de plantas medicinais. Diante desta iniciativa, as senhoras prosseguiram os encontros, os quais eram realizados inicialmente nas suas residências e após, no salão da igreja católica local, sede atual do grupo. De acordo com o exposto, evidencia-se abaixo, uma fala:

[...] vinham umas irmãs de Pelotas, de vez em quando elas vinham dar palestras aqui na igreja e aí a gente se interessou, aí de vez em quando elas vinham e depois a gente foi seguindo, foi formando o nosso grupo [...] (M.R.K., 58).

Atualmente elas se encontram para trocar informações sobre a confecção de artesanatos e principalmente sobre as plantas medicinais, na produção de elixires e xaropes utilizados na saúde humana.

Thum MA, Ceolin T, Borges AM.

Devido algumas participantes do grupo serem vizinhas ou possuírem vínculo familiar, as reuniões passaram a envolver e engajar a cada encontro novas integrantes, valorizando assim, suas habilidades através dos trabalhos manuais (artesanatos) e trocas de ideias quanto ao uso das plantas medicinais na saúde, momento este terapêutico, que passou a proporcionar autonomia e aprendizagem, bem como divertimento, tornando-se uma pequena fuga do cotidiano no qual vivem estas mulheres. A partir das falas abaixo, se percebe o exposto acima:

As minhas vizinhas iniciaram a participar, e aí me convidaram a participar também [...] mas eu achei muito importante porque quanta coisa que a gente aprende, né. E eu aprendi assim, né, negócio de usar as plantas, muitas que eu conhecia, eu não sabia como usar, e então pra ter certeza, pra gente usar direitinho né [...] (O.M.K., 54).

Eu, é porque a gente gosta, a gente se reúne a gente faz os xaropes, faz as essências e a gente toma chimarrão, a gente se diverte também um pouco se distrai né, troca as ideias, troca chás né [...] (M.R.K., 58).

O grupo se constitui de um espaço social onde é possível aprender a tecer relações estáveis e nutritivas, interagindo, confiando, apoiando e também compartilhando e confrontando informações.¹² Todas as entrevistadas realizam atividades laborais no seu domicílio, desta forma, a preparação para a ida ao grupo iniciava-se para algumas delas, no dia anterior, já para outras a rotina demandava em acordar mais cedo, para realizar as atividades como lavar roupas, organizar a casa e/ou preparar previamente o almoço para o marido, como evidenciam as falas:

Ah, eu adianto um pouco um dia antes e aí levanto mais cedo de manhã, e trabalho um pouco mais no dia pra chegar no horário de sair e tá mais ou menos organizado (M.R.K., 58).

Eu tenho que fazer de noite o que eu tinha que fazer agora de tarde, eu já fiz ontem de noite, ontem de noite eu já acendi o fogão a lenha, eu já cozinhei feijão, cozinhei comida pros cachorros, eu já cozinhei uma panela de ambrosia que eu teria que fazer hoje de tarde, já fiz ontem de noite, se não eu não podia estar aqui hoje [...] (R.W.J., 62).

Uma das entrevistadas, a qual é a líder e principal estimuladora do grupo ressalta a importância que o mesmo possui para a manutenção dos hábitos e costumes dos seus antepassados, que com o tempo muitas vezes é perdido, como se percebe na fala a seguir:

Perception of the health-illness process of women...

[...] isso é a razão do meu viver, é a gente conseguir manter né, um pouco do histórico lá do tempo da minha avó, porque a gente fez um resgate e esta é a razão de eu estar aqui, isso me motiva, isso me realiza, a gente ter conseguido fazer este apanhado e a gente tá conseguindo levar isto a diante (R.W.J.,62).

A coordenadora, que faz seu trabalho voluntário, sempre foi muito bem recebida no grupo, a esperava com almoço e realizava uma rifa durante a tarde com o objetivo de arrecadar dinheiro para auxiliá-la nos gastos com o transporte, já que a mesma não reside na comunidade onde o grupo ocorre. A organização ocorre de maneira que em cada encontro uma das participantes trás um presente, o qual é rifado (R\$ 0,50) e sorteado entre elas.

Convém destacar que o grupo funciona autônomo, não é vinculado a nenhum tipo de serviço, sejam os de apoio à área rural ou os de saúde, assim o interesse das mulheres fica evidente, dada a sua forma independente de procurar fazer a própria educação em saúde.

• Processo saúde-doença na percepção das agricultoras

Todas as entrevistadas referiram problemas de saúde, dentre eles houve o predomínio da hipertensão arterial sistêmica (72,73%), seguido de problemas circulatórios, alergia, osteoporose, artrose, hipotireoidismo, angina e “problemas de coluna” relacionados ao trabalho braçal que realizam na área rural. De acordo com estudo realizado em uma comunidade rural em Nova Bassano no interior do Rio Grande de Sul, a HAS se apresenta como a doença crônica mais prevalente entre as mulheres (78,3%) da área rural por¹³, tal como neste estudo:

Sou hipertensa, tenho problema de pressão alta, mas já tá controlada. Problema nos ossos eu também tenho que me tratar sempre [...] (C.S., 62).

[...] eu tomo remédio pra pressão porque minha pressão subiu, no inverno, subiu um pouco, aí eu fui na cardiologista e ela disse que eu tinha que tomar, mas agora tenho que tomar sempre (R.L.K.M., 55).

As entrevistadas fazem uso de medicamentos, seja para seus problemas de saúde ou para profilaxia de doenças, ocorrendo por vezes, a substituição da droga industrializada pelo uso das plantas medicinais. Desta forma, muitas mulheres, aderem ao uso dos chás, elixires e/ou xaropes aprendidos durante os cursos que realizam no grupo. Muitas relatam que abandonaram o tratamento médico ou complementaram-no com as terapias aprendidas, dada facilidade

de acesso e ao menor custo. Falas descritas a seguir:

[...] eu tô me tratando agora com os remédios aqui do grupo mesmo, eu tava me tratando com remédio do médico e aí eu achei que já tava tomando há bastante tempo e era muito caro também né! Aí eu resolvi parar um pouco com aquele e seguir com esse daqui. E aí foi o que eu fiz e não deu diferença [...] (M.R.K., 58).

[...] eu até já tô tomando menos que iniciei a tomar, eu tomava três comprimidinhos por dia, pra circulação, eu já diminuí pra dois, e eu tô pensando até em diminuir pra um só, porque eu tomo já várias coisas que me indicaram aqui, como fazer chá de casca de laranja, a casca de nozes também que é muito bom, aí a gente toma um certo tempo, depois a gente troca pra outro. [...] pra não usar só remédio mesmo. Antibiótico mesmo, muitas vezes, é uma coisa que eu aprendi que uma pessoa que toma muito antibiótico não faz muito bem, então a gente tem as ervas mesmo, tansagem é um antibiótico, excelente, pra uma infecção de garganta, ele é bom, a gente não precisa tomar antibiótico de postinho ou de farmácia (O.M.K., 54).

A utilização das plantas medicinais é uma das mais antigas práticas populares em saúde empregadas para o tratamento das enfermidades humanas e muito já se conhece a respeito de seu uso por parte da sabedoria popular e principalmente pelas mulheres, as principais responsáveis pelo uso doméstico de plantas para o tratamento das doenças mais leves. Entretanto, com o passar dos anos, com os avanços científicos, esta prática perdeu espaço para os medicamentos industrializados e o alto custo destes fármacos passou a contribuir para o uso da fitoterapia.¹⁴

O cuidar, na visão complexa, mudando a ótica com que se está acostumado a conceituar a saúde, emerge da concepção do ser humano visto como um sistema aberto e envolvido numa rede.¹⁵⁻¹⁶ O cuidar constitui em ver o outro de forma integral e não fragmentada. A integralidade no cuidado de pessoas, grupos é perceber o usuário como sujeito histórico, social e político, articulado ao seu contexto familiar, ao meio ambiente e à sociedade na qual se insere. Neste cenário se evidencia a importância de articular as ações de educação em saúde como elemento produtor de um saber coletivo que traduz no indivíduo sua autonomia e emancipação para o cuidar de si, da família e do seu entorno, corrigindo o agir em saúde fragmentado e desarticulado.¹⁷

Percebe-se que muitas vezes, o tratamento médico é realizado apenas de forma parcial; outras vezes é realizado integralmente, mas é

sempre complementado com recursos da medicina popular, principalmente os chás.¹⁸ Para tanto, as concepções de saúde, englobam todo o contexto em que o ser está inserido, desde o ambiente onde vive, até a cultura que permeia suas vivências. A saúde continua a ser um dos valores mais cultuados, inclusive pelas entrevistadas, que quando questionadas sobre o que é saúde responderam:

Eu acho que saúde é o principal, a gente tendo saúde, a gente tem tudo, pra mim é né, [...] a gente na família tendo saúde aí a gente tá disposto pra trabalhar, tá alegre pra passear. Acho que o principal na vida da gente é saúde né (O.M.K., 54).

Saúde pra gente é viver bem, que a gente tendo saúde a gente pode trabalhar, com saúde a gente consegue viver melhor, porque as vezes eu digo assim pro meu marido, a gente até fica triste quando a gente tá doente, porque eu gostaria de estar sempre trabalhando ao seu lado todos os dias, mas as vezes não dá (R.B.A., 43).

A saúde e o trabalho estão amplamente ligados na área rural, visto que a maioria das atividades realizadas demanda esforço físico e a enfermidade, na visão das mulheres, impossibilita a realização do trabalho. A relação saúde e trabalho refere-se a fenômenos que são cambiantes e o uso do corpo no trabalho está associado a uma série complexa de fenômenos de saúde que não dizem respeito apenas ao adoecimento, acidentes e ao sofrimento, para os trabalhadores. A saúde é construída no trabalho porque ao conseguir os resultados desejados, estes reafirmam a sua auto-estima e desenvolvem as suas habilidades.¹⁹

É importante que os profissionais de saúde reconheçam e identifiquem as implicações dos fatores sócio culturais no processo saúde-doença, procurando ampliar o foco do cuidado para além da dimensão biológica do indivíduo, possibilitando, assim, a melhoria da qualidade do cuidado com o outro, levando em conta as suas singularidades.¹⁸

Para a Organização Mundial de Saúde²⁰, o conceito de saúde não é a simples ausência de doença, mas sim um complexo sistema de bem estar físico, mental e social, o que vai de acordo com os pensamentos de uma das entrevistadas, que diz:

Saúde não é só tu estar doente, e dizer que tu tá com um problema de saúde, saúde é um todo né, é tu viver bem em casa, é tu viver bem na comunidade, na sociedade é tu te alimentar bem, é tu ter um ambiente sadio, isso é saúde pra mim (R.W.J., 62).

O Ministério da Saúde afirma também que saúde é direito universal e fundamental do ser

humano, resultado de vários fatores determinantes e condicionantes, como alimentação, moradia, saneamento básico, meio ambiente, trabalho, renda, educação, transporte, lazer, acesso a bens e serviços essenciais.²¹ Tais conceitos relacionam-se com as percepções de qualidade de vida, que trata-se do grau de satisfação encontrado na vida familiar, amorosa, social e ambiental. No âmbito da saúde, tal compreensão se faz a partir das necessidades humanas fundamentais, materiais e espirituais e tem na promoção da saúde o seu pilar mais importante.²²

A promoção de saúde da família é um conjunto de iniciativas e comportamentos que visam melhorar o bem estar da família e sua qualidade de vida, indo além de se ocupar com a doença, sendo influenciada por fatores que incluem questões econômicas, políticas de saúde, normas culturais e sociais, ambientais (ar, água, solo, químico) e científicos como avanços tecnológicos.²³

Neste contexto, é atribuído pelas mulheres um grande valor à saúde, a qual também se refere a necessidade/vontade de trabalhar, visto que estes fatores definem de alguma forma seus princípios ou conceitos de qualidade de vida.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS) a promoção da saúde é definida como o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle desse processo, incorporando valores como solidariedade, equidade, democracia, cidadania, desenvolvimento, envolvendo Estado, comunidade, família e indivíduo.⁹

É preciso estabelecer estratégias de aprendizagem que favoreçam o diálogo, a troca, a transdisciplinaridade entre os distintos saberes formais e não-formais que contribuam para as ações de promoção de saúde a nível individual e coletivo.¹⁷ A educação em saúde é uma estratégia de promoção da saúde, objetivando a qualidade de vida deste indivíduo e sua família, onde os saberes acadêmicos e populares se fundem, provocando mudanças e estimulando a autonomia do usuário e ampliando a visão do profissional acerca da realidade na qual atua.⁸

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As percepções encontradas do processo saúde-doença evidenciaram a importância que as agricultoras atribuem à saúde, o que está diretamente correlacionado ao interesse pelo conhecimento e compartilhamento das formas

de cuidado para com a saúde no meio rural. Pode-se perceber uma mudança na realidade rural, diante do acesso as informações e aos recursos oriundos no meio urbano, tornando as agricultoras cada vez mais atuantes, unidas e organizadas, seja na busca por seus direitos ou pelo seu bem-estar, pela sua saúde. É o caso deste grupo que caminha de forma autônoma sem apoio de qualquer órgão ou instituição, inclusive da Unidade Básica Saúde (UBS) local.

Assim ressalta-se a importância da execução de outros trabalhos com estas mulheres e os profissionais de saúde que atuam nesta área, para compreender a visão destes e identificar mecanismos que possam reforçar o vínculo das usuárias com a UBS, qualificando assim, a promoção da saúde entre as agricultoras rurais.

Sendo assim, a compreensão do enfermeiro frente ao cuidado precisa considerar as diversas maneiras de buscar saúde, de acordo com o contexto apresentado, para assim prestar um cuidado integral que valorize o ser humano como um todo. O principal limite encontrado para o desenvolvimento deste trabalho foi o curto intervalo de tempo para realizá-lo, advindo de fatores como a execução de apenas um encontro mensal pelo grupo e do limitado acesso de horários do transporte à zona rural, o que dificultou de alguma forma a realização das entrevistas, mas não interferiu na qualidade das informações adquiridas. Espera-se, portanto, que este trabalho possa contribuir para a valorização da mulher do meio campestre, conscientizando os profissionais de saúde, em especial o enfermeiro, para a realização de práticas em saúde que atendam as reais necessidades de sua comunidade assistida.

REFERÊNCIAS

1. Becker SG, Becker SG, Rosa LM, Manfrini GC, Backes MTS, Meirelles BHS, et al. Dialogando sobre o processo saúde/doença com a Antropologia: entrevista com Esther Jean Langdon. Rev bras enferm[periódico na internet]. 2009 Mar/Apr [acesso em 2010 Nov 20];62(2):323-326. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003471672009000200025&lng=en&nrm=iso
2. Langdon EJ, Wiik FB. Antropologia, saúde e doença: uma introdução ao conceito de cultura aplicado às ciências da saúde. Rev latinoam enferm[periódico na internet]. 2010 Mai/Jun [acesso em 2011 Jan 09];18(3):[09 telas]. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n3/pt_23.pdf

3. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) [Internet]. Contagem populacional 2007. [atualizada em 2007; acesso em 2010 Jun 16]. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/contagem2007/contagem_final/tabela1_1_23.pdf
4. Brumer A. Gênero e agricultura: a situação da mulher na agricultura do Rio Grande do Sul. *Estud Fem*. 2004 Jan/Abr 12(1):205-227.
5. Ministério da Saúde. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: plano de ação 2004-2007. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
6. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
7. Gutierrez DMD, Minayo MCS. Promoção de conhecimentos sobre cuidados da saúde no âmbito da Família. *Ciênc. saúde coletiva*. [Internet]. 2010 [acesso em 2010 Jun 16];15 Suppl1:1497-1508. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v15s1/062.pdf>
8. Heck RM, Lopes CV, Ceolin T, Vanini M. Promoção da saúde e qualidade de vida com ênfase dos cuidados da saúde no âmbito da família. In: _____. Publicação prevista para 2011.
9. Buss PM. Promoção da saúde e qualidade de vida. *Ciênc. saúde coletiva* 2000; 5(1):163-177.
10. Minayo MCS. O Desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 11ª ed. São Paulo - Rio de Janeiro: HUCITEC-ABRASCO; 2008.
11. Ludke H, Alves AM. Pesquisa em educação: abordagens qualitativas. 2ª ed. São Paulo: EPU; 1986.
12. Meneghel SN, Camargo M, Fasolo LR, Mattiello DA, Silva RCR, Santos TCB, et al. Mulheres cuidando de mulheres: um estudo sobre a Casa de Apoio Viva Maria, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad saúde pública*. 2000;16(3):747-757.
13. Focchesatto A. Fatores de risco e proteção para o desenvolvimento de doenças crônicas na população idosa rural na Linha Senador Ramiro, Nova Bassano, RS [Internet]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Faculdade de Nutrição; 2009. [acesso em 2010 Maio 29]. Disponível em: <http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/18761/000730560.pdf?sequence=1>.
14. Ataíde RA, Oliveira RAG, Araújo EC, Vasconcelos EMR. Uso de Remédios Caseiros por Mulheres do Programa Saúde da Família. *Rev enferm UFPE on line*[periódico na internet]. 2007 Out/Dez [acesso em 2010 Maio 29];1(2):97-103. Disponível em: http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/372-8792-1-/pdf_176
15. Boff L. A água e a galinha: uma metáfora da condição humana. Rio de Janeiro: Vozes; 1997.
16. Boff L. A voz do arco-íris. Brasília: Letraviva; 2000.
17. Machado MFAS, Monteiro EMLM, Queiroz DT, Vieira NFC, Barroso MGT. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS - uma revisão conceitual. *Ciênc. saúde coletiva*. 2007;12(2):335-42.
18. Kreutz I, Gaiva MAM, Azevedo RCS. Determinantes sócio-culturais e históricos das práticas populares de prevenção e cura de doenças de um grupo cultural. *Texto & contexto enferm*. [Internet]. 2006 Jan/Mar [acesso em 2011 Jan 09];15(1):89-97. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v15n1/a11v15n1.pdf>
19. Assuncao AA. Uma contribuição ao debate sobre as relações saúde e trabalho. *Ciênc saúde coletiva*. 2003;8(4):1005-1018.
20. World Health Organization. Constitution of the World Health Organization. New York: International Health Conference; 1946.
21. Ministério da Saúde. O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios. 3ª ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2009.
22. Minayo MCS, Hartz ZMA, Buss PM. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Ciênc saúde coletiva*. 2000;5(1):7-18.
23. Bomar PJ. Perspectives on family health promotion. *Fam commun health*. 1990;12(4):1-11.

Sources of funding: CAPES

Conflict of interest: No

Date of first submission: 2011/11/12

Last received: 2011/04/24

Accepted: 2011/04/26

Publishing: 2011/05/01

Address for correspondence

Teila Ceolin

Rua Gomes Carneiro, 1 –Centro

CEP 96010-610 – Pelotas (RS), Brasil