

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM FORMAÇÃO PEDAGÓGICA PARA
PROFISSIONAIS DA SAÚDE- CEFPEPS

AMANDA CONRADO SILVA BARBOSA

**ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO COMO EDUCADOR EM SAÚDE JUNTO ÀS
MULHERES RURAIS**

CONSELHEIRO LAFAIETE – MG

2015

AMANDA CONRADO SILVA BARBOSA

**ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO COMO EDUCADOR EM SAÚDE JUNTO ÀS
MULHERES RURAIS**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Curso de Especialização em Formação Pedagógica para Profissionais de Saúde- CEFPEPS-, da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do título de especialista.

Orientadora: Prof^a. Ms. Anadias Trajano Camargos.

Conselheiro Lafaiete - MG

2015

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFMG

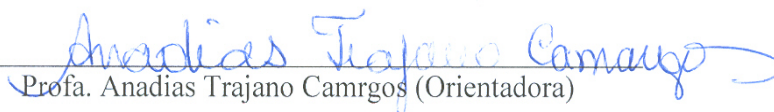
BARBOSA, AMANDA CONRADO SILVA
ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO COMO EDUCADOR EM SAÚDE JUNTO ÀS MULHERES RURAIS [manuscrito] / AMANDA CONRADO SILVA BARBOSA. - 2015.
46 f.
Orientador: Anadias Trajano Camargos.
Monografia apresentada ao curso de Especialização em Formação de Educadores em Saúde - Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem, para obtenção do título de Especialista em Formação Pedagógica para Profissionais de Saúde
1. População Rural. 2. Comunidades Rurais. 3. Saúde da Mulher Rural. 4. Educação em Saúde. I. Camargos, Anadias Trajano. II. Universidade Federal de Minas Gerais. Escola de Enfermagem. III. Título.

Amanda Conrado Silva Barbosa

**ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO COMO EDUCADOR EM SAÚDE JUNTO AS
MULHERES RURAIS**

Trabalho apresentado ao Curso de Especialização de Formação Pedagógica para Profissionais de Saúde da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do Certificado de Especialista.

BANCA EXAMINADORA:



Profa. Anadias Trajano Camargo (Orientadora)



Profa. Dra. Anézia Moreira Faria Madeira

Data de aprovação: **26/06/2015**

DEDICATORIA

Dedico este trabalho à minha família, pois confiou em mim e me deu esta oportunidade de concretizar e encerrar mais uma caminhada da minha vida. Sei que eles não mediram esforços para que este sonho se realizasse; sem a compreensão, ajuda e confiança deles nada disso seria possível hoje. A eles, além da dedicatória desta conquista, dedico a minha vida.

AGRADECIMENTOS

À Universidade Federal de Minas Gerais, pela oportunidade de fazer o curso.

À minha orientadora Prof^a. Anadias Trajano Camargos, que dedicou seu tempo e compartilhou sua experiência para que minha formação fosse também um aprendizado de vida, meu carinho e meu agradecimento. O seu olhar crítico e construtivo me ajudou a superar os desafios deste estudo. Serei eternamente grata.

Aos meus pais, pelo amor, dedicação e apoio incondicional em todos os momentos.

A todos que direta ou indiretamente fizeram parte da minha formação, o meu muito obrigado.

RESUMO

As mulheres, através dos tempos, sempre exerceram o papel de cuidadora do lar, provendo a alimentação e assumindo o cuidado com os filhos, quando não, da comunidade. Diante do exposto, percebe-se que a mulher rural, no seu contexto histórico-cultural, com a responsabilidade de gerar, criar, educar e trabalhar constrói sua visão de mundo. Seus hábitos de vida diária refletem sua condição de saúde, doença e de envelhecimento. Ela trabalha lado a lado do marido e filhos na lavoura, exerce também atividades dentro do lar, assume a educação dos filhos, uma tarefa exclusivamente feminina. Estudos têm investigado este tema, entretanto, ainda existem muitas lacunas no que concerne ao cuidado em saúde da mulher rural. Por este fato, um estudo voltado à análise de saúde de tal clientela se faz necessário a fim de melhor prover um cuidado em saúde mais diretivo e digno a estas mulheres. Tem-se por objetivo identificar na literatura ações do enfermeiro correlatas à educação em saúde na prevenção de doenças e agravos em mulheres rurais. A metodologia utilizada foi a Revisão Integrativa, integrando palavras-chave definidas a partir de consulta aos Descritores em Ciências e Saúde, sendo diferentes bases de dados acessadas a fim de melhor atender a demanda da presente pesquisa. Foram selecionados para compor esta Revisão, 12 artigos publicados em idioma português e inglês, publicados a partir do ano 2000 e adequação ao tema em questão. Os resultados evidenciados no estudo demonstram que a população rural, principalmente as mulheres, é defasada no que tange aos cuidados de promoção e prevenção em saúde. Os resultados mostram que as Equipes de Saúde da Família, bem como os profissionais de enfermagem devem estar aptos a lidar com diferentes contextos, acolhendo e motivando as diversas populações a buscarem os diferentes tipos de atendimento em saúde. Além disso, a mulher rural ainda apresenta crenças que precisam ser desmistificadas, dando espaço a novas técnicas de cuidado em saúde que possam atendê-la de maneira mais integral e universal. Logo, conclui-se que, ações de educação em saúde que preconizam o cuidado desta clientela devem ser efetivadas a fim de possibilitar atendimento integral e universal às mulheres rurais no que tange aos aspectos correlatos à promoção e prevenção em saúde.

Descritores: População Rural. Comunidades Rurais. Saúde da Mulher Rural. Educação em Saúde.

ABSTRACT

Women throughout the time have always hold the role of home's caretaker, providing food and taking care of the children, when they do not the same with the community. According to the above-mentioned, it is perceived that the rural woman, in her historical and cultural context, with the responsibility to generate, create, educate and work, builds her world view. Their daily living habits reflects their health condition, disease and aging. She works side by side to her husband and children in the farming, and also has activities at home, assumes the children's education, an exclusively female assignment. Studies have investigated this issue, however, there are still many gaps in what concerns to the health care of rural women. Owing to this fact, a study focused on the health analysis of this clientele is necessary in order to better provide a more directive and worthy health care to these women. It is intended to identify in the literature related actions of nurses to health education in the prevention of diseases and disorders in rural women. The methodology consisted in a Integrative Review, integrating keywords set from a consultation to the Descriptors in Science and Health, with different databases accessed in order to better meet the demand of this research. 12 articles published in Portuguese and English since 2000 and appropriate to the theme in question were selected to compose this review. The results evidenced in the study demonstrate that the rural population, especially the woman, is lagging reggarding to care in health promotion and prevention. The results show that the Family Health Teams, as well as the nurses, must be able to deal with different contexts, by welcoming and motivating diverse populations to look for different types of health care. Furthermore, the rural woman still has beliefs that need to be demystified, making room to new health care techniques that can answer her health needs in a more fully and universally way. Therefore, it is concluded that health education actions that evinces the care of this clientele must be effected in order to enable fully and universal care to rural women with respect to aspects related to the health promotion and prevention.

Key words: Rural population. Rural communities. Health Rural Women. Health Education.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Apresentação da população e amostra do estudo, 2014.....	16
Quadro 2 – Características dos autores e dos artigos incluídos na amostra da RI, 2015.....	19
Quadro 3 – Características das publicações que fizeram parte da amostra.....	20
Quadro 4 – Apresentação da síntese dos artigos incluídos	22

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	01
2 OBJETIVO.....	04
3 REFERENCIAL TEÓRICO	05
3.1 Educação para Saúde.....	05
3.2 Promoção em Saúde.....	07
3.3 Prevenção em Saúde e sua diferença de promoção em saúde.....	09
3.4 Saúde da Mulher	10
3.5 O trabalho da mulher na zona rural	12
4 METODOLOGIA	15
5 RESULTADOS	19
6 DISCUSSÃO	25
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	31
REFERÊNCIAS.....	33
APÊNDICES.....	36
Apêndice A – Instrumento de Coleta de Dados.....	36

1 INTRODUÇÃO

As mulheres, através dos tempos, sempre exerceram o papel de cuidadora do lar, provendo a alimentação e assumindo o cuidado com os filhos, quando não, da comunidade, como as parteiras e benzedadeiras. O ato de cuidar em muitas culturas tornou-se uma exclusividade feminina, mas as mulheres que vivem e trabalham na zona rural, apesar de serem responsáveis pela educação e cuidado dos filhos também são submetidas a uma sobrecarga de trabalho. Por ter estas características, a mulher do meio rural, necessita de cuidados e práticas de saúde que lhe permitam viver e envelhecer de forma saudável.

Diante do exposto, percebe-se que a mulher rural, no seu contexto histórico-cultural, com a responsabilidade de gerar, criar, educar e trabalhar constrói sua visão de mundo. Seus hábitos de vida diária refletem sua condição de saúde, doença e de envelhecimento. Ela trabalha lado a lado do marido e filhos na lavoura, exerce também atividades dentro do lar, assume a educação dos filhos, uma tarefa exclusivamente feminina. Mesmo estando grávida, não são poupadas do exaustivo trabalho da lavoura, sendo que muitas delas ganham os filhos quando voltam de uma jornada árdua na lavoura, sem ao menos o auxílio de uma parteira (OLIVEIRA; RIBEIRO, 2011).

Paulilo (2004), ao observar o trabalho das mulheres rurais em cinco regiões diferentes do Brasil, em épocas diferentes, verificou que a distinção entre trabalho “pesado” feito pelos homens e trabalho “leve” (remuneração baixa) feito pelas mulheres não se devia à força física despendida, mas ao sexo de quem o executava sendo, portanto, culturalmente determinada. A tarefa por mais exaustiva, desgastante ou prejudicial à saúde, se exercida pela mulher era considerada leve.

Essa hierarquia entre os trabalhos desenvolvidos por homens e por mulheres espelha o que ocorre na sociedade, expressando as relações de gênero. O mundo rural não se exclui dessa padronização (SOUZA, 2008).

Nesse sentido, Wunsch *et al.* (2012, p.540) salientam que:

As comunidades na quais essas mulheres estão inseridas encontram-se em fase de transição devido à aproximação das fronteiras do urbano com o rural, caracterizando o processo de urbanização rural. Este, por sua vez, reflete nos arranjos, na dinâmica e na funcionalidade das famílias sem, contudo, modificar o processo de desvantagem a que estão expostas as comunidades no que tange ao acesso e à cobertura de serviços públicos, em especial na saúde.

Beheregaray; Gerhardt (2010) analisa que as parcas e incipientes pesquisas na área, demonstram que populações rurais estão em desvantagem na assistência à saúde e em déficit

com a prática da integralidade, uma vez que há dificuldade de acesso e baixa qualidade dos cuidados recebidos. Por isso é necessário que o pesquisador interessado em minimizar os efeitos do atendimento deficitário em saúde, se insira no cotidiano das famílias rurais para conhecer e compreender suas especificidades e transitar entre os saberes científico e popular, buscando a complementariedade entre essas duas esferas, apresentando-as de forma não antagônicas.

Zillmer (2009) afirma que a pesquisa na área de famílias rurais é incipiente e necessita ser estimulada. Assim, ressalta-se a importância de se realizar estudos que visem o conhecimento das particularidades das comunidades e das famílias rurais, principalmente aspectos que envolvam a dinâmica e estrutura familiar, ou seja, de como elas se organizam e quais as estratégias utilizadas para enfrentar situações de crise em caso de doença.

Desta maneira, o mesmo autor, considera ainda, que existe uma carência de pesquisas em enfermagem com enfoque em famílias rurais, especialmente quanto à centralidade da mulher do campo, como indivíduo que exerce influência direta na mudança de práticas de saúde, quando orientadas pelo profissional enfermeiro, o que comprova a necessidade de ampliar o conhecimento sobre os processos de viver, de adoecer e de cuidar desta população (ZILLMER, 2009).

Torna-se necessário dar atenção especial à população rural, que vive à margem dos centros urbanos e, conseqüentemente, dos serviços públicos de saúde, restando a ela a construção de estratégias para chegar aos serviços e receber um atendimento de qualidade que respeite sua cultura e atenda suas necessidades.

Segundo Fernandes e Boehs (2011), a Estratégia de Saúde da Família (ESF), nas áreas urbana e rural do Brasil, tem reorientado a Assistência na Atenção Básica de Saúde, contrária à visão fragmentada do ser humano, e resgatando a prática generalista, para a compreensão do processo saúde-doença, considerando a realidade local, comunitária e familiar. Por sua vez, a compreensão do processo de saúde-doença e o modo como este é representado pelas famílias, especificamente em comunidade rural, ampliam a sua relação com os serviços, com a promoção de cuidados de saúde e a prevenção de doenças.

É preciso considerar as especificidades de cada contexto e, em essência, a cultura dos sujeitos, ainda que na aparência, os modos de cuidar, nas comunidades rurais, possam ser semelhantes aos desenvolvidos em unidades de saúde urbanas (BUDÓ; SAUPE, 2005).

Concomitante a expansão da ESF com a ideia da promoção da saúde em comunidades rurais, a enfermagem vem apresentando produção de conhecimento e práticas de cuidado, que, embora ainda seja uma área em construção, já aponta caminhos de trabalho.

A enfermagem tem se aproximado cada vez mais das famílias, tanto na área urbana, quanto na área rural, através da ESF, e tornando-a mais preparada para atuar junto à referida clientela. No entanto, a dificuldade quanto à capacitação de enfermeiros de família se acentua com relação à área rural, uma vez que as escolas de enfermagem têm focado as aulas práticas e estágios na área urbana (FERNANDES; BOEHS, 2011, p.804).

Ainda, profissionalmente, o enfermeiro como um ser cuidador, é também um ser educador por excelência. Este, ao desenvolver o processo de cuidar e de educar, necessita ter consciência de que os seres humanos com quem interage, no caso as mulheres rurais, são seres em relação com a natureza e com o mundo. Neste contexto, a enfermagem atua em termos de saúde e doença, buscando congruência entre as práticas profissionais de saúde e as práticas populares de saúde desenvolvidas pelas mulheres da zona rural, tornando as práticas de saúde culturalmente satisfatórias e propícias ao viver saudável.

Fernandes e Boehs (2011) ressaltam que as ações de educação em saúde realizadas pelo profissional enfermeiro é um instrumento eficaz para o cuidado de famílias rurais, ajudando na diminuição das barreiras de conhecimento para a promoção de estilos de vida saudáveis, incentivando e integrando a participação de colaboradores nas comunidades e ensinando sobre o manejo de cuidados em situações de doença.

Os estudos utilizados para o desenvolvimento deste trabalho contribuem para orientar o desempenho do enfermeiro no que tange ao aconselhamento, avaliação e sensibilização das mulheres que trabalham na área rural, visando a promoção da saúde e de ambientes saudáveis.

Nesse sentido, procurou-se construir a pergunta norteadora do estudo da seguinte forma: *“Qual é o papel do enfermeiro em ações de educação em saúde na prevenção de doenças e agravos em mulheres rurais?”*.

O problema do estudo se baseou nas dificuldades que o profissional enfermeiro encontra para atuar e educar em saúde junto às mulheres rurais.

Acredita-se que a realização deste estudo viabilizará reflexões acerca do processo de saúde e doença vivenciado pelas mulheres rurais e as maneiras que o profissional enfermeiro pode atuar e contribuir promovendo saúde junto a essa população.

2 OBJETIVO

Identificar na literatura ações do enfermeiro correlatas à educação em saúde na prevenção de doenças e agravos em mulheres rurais.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Educação para Saúde

Segundo Aves (2005), a busca por um sistema de saúde mais democrático (universal, igualitário e integral) é constante. Este sistema é constituído a partir de um processo social e político no qual há formulação de políticas públicas diferenciadas, voltadas, especificamente, para ações de educação que propiciem saúde à população.

As perspectivas das políticas de saúde se materializam mediante a ação sistemática dos atores sociais e de suas práticas cotidianas nos serviços, ou seja, se dá a partir da atuação dos profissionais de saúde no processo de promoção e prevenção de doenças, na Atenção Básica. A reflexão crítica sobre os processos de trabalho em saúde, tem propiciado a construção de novos conhecimentos, os quais, por sua vez, tem subsidiado novas práticas em saúde (ALVES, 2005).

Para os autores Salci *et al.* (2013), a reorientação do modelo assistencial se fez necessária, criando-se mecanismos de prevenção e promoção de saúde. Isso se deu pela necessidade de não mais tratar os problemas correlatos às doenças, mais sim de prover a saúde como forma de prevenção de agravos.

Corroborando com o exposto, Alves (2005, p.41) salienta:

A integralidade e reorientação do modelo assistencial, de acordo com o texto constitucional, complementado e aperfeiçoado pela Lei Orgânica da Saúde, a assistência à saúde pelo SUS deve abranger tanto as ações assistenciais ou curativas quanto, e prioritariamente, as atividades de promoção da saúde e prevenção de doenças.

Dessa forma, no que se diz respeito à organização dos serviços e práticas correlatas aos processos de saúde, a assimilação de ações preventivas com práticas assistenciais e de promoção é o que subsidia o cuidado de educação em saúde do indivíduo em seu cotidiano.

Além disso, Salci *et al.* (2013) destacam a necessidade de organizar os serviços e práticas de educação em saúde, devendo as mesmas ser de forma integrada: Ações preventivas, promocionais e assistenciais; profissionais em equipe interdisciplinar e multiprofissional a fim de se ter uma compreensão mais abrangente no que se concerne aos problemas de saúde e intervenções mais efetivas; um olhar mais reducionista no que tange ao conhecimento do sujeito como um todo; assimilação do princípio de integralidade no que tange ao atendimento das demandas específicas do indivíduo.

Nesse sentido, pode-se dizer que a educação em saúde atua como uma condição de saberes e práticas que se orientam a partir da atuação preventiva de doenças e de promoção da

saúde. A partir de tal elemento, tem-se o conhecimento científico (produzido no campo da saúde) de ações educativas, as quais são intermediadas pelos profissionais de saúde. Essas têm a finalidade de atingir a vida cotidiana das pessoas, uma vez que os condicionantes do processo de saúde-doença oferecem maneiras de adotar novos hábitos e formas de agir que preservem a saúde do indivíduo (GAZZINELLI *et al.*, 2013).

No contexto da Atenção Primária à Saúde, em que se tem como modelo de atenção o Programa Saúde da Família, a educação em saúde encontra-se mais presente, uma vez que é neste contexto que acontecem orientações, grupos operativos, visitas domiciliares, focados na promoção e prevenção em saúde.

Diante desse pressuposto, Alves (2005, p.43) afirma que:

No âmbito do PSF, a educação em saúde figura como uma prática prevista e atribuída a todos os profissionais que compõem a equipe de saúde da família. Espera-se que esta seja capacitada para assistência integral e contínua às famílias da área adscrita, identificando situações de risco à saúde na comunidade assistida, enfrentando em parceria com a comunidade os determinantes do processo saúde-doença, desenvolvendo processos educativos para a saúde, voltados à melhoria do autocuidado dos indivíduos.

Nesse sentido, conforme salientam Figueiredo; Rodrigues-Neto e Leite (2010), o modelo atual de educação em saúde é visto como um modelo dialógico, onde o diálogo entre os profissionais, serviços de saúde e pacientes são constantes. Esta troca de informações é o que subsidia o atendimento mais humanizado e diretivo ao cliente em saúde, uma vez que suas peculiaridades são expostas e torna-se mais fácil atuar sob o aspecto do que realmente se precisa.

Corroborando com esta fala, os autores Gazzinelli *et al.* (2013) afirmam que a prática educativa em que a saúde é levada em consideração, propicia o desenvolvimento da autonomia e da responsabilidade do indivíduo. Isso faz com que os pacientes se atenham a ações educativas emancipadoras que subsidiem saberes concernentes ao processo de saúde-doença-cuidado, capacitando os mesmos nas decisões a serem tomadas, promovendo, mantendo ou mesmo recuperando sua saúde.

Desse modo, pode-se dizer que as ações de educação em saúde hoje em dia são elementos indispensáveis no cuidado à saúde dos indivíduos, uma vez que podem auxiliar efetivamente na prevenção de doenças e na promoção da saúde dos mesmos.

Com vistas ao processo de cuidado em saúde, a enfermagem em sua gênese, atua na atenção e assistência aos enfermos, tendo seu foco principal voltado à assistência hospitalar e aos cuidados em nível de reabilitação em saúde. Contudo, em relação ao cenário atual, vê-se que a assistência em enfermagem mudou de foco, passando a atender os indivíduos em saúde

no nível de prevenção e promoção, melhorando a qualidade de saúde dos mesmos através de estratégias agregadas ao âmbito da Atenção Primária (GARCIA; PORN; FRANCESCHINI, 2008; GAZZINELLI *et al.*, 2013).

Os autores Garcia; Porn; Franceschini (2008, p.11) afirmam que, os profissionais de saúde, principalmente os profissionais de enfermagem, “assumem a responsabilidade de estar próximos a seus usuários e, com isso, oferecer espaços para a participação destes em uma busca de construção conjunta do sistema de saúde”.

Dessa forma, cabe ao enfermeiro agir como integrante da equipe de saúde no processo de promoção, prevenção e recuperação da saúde da população, podendo este profissional, também, assumir o processo de gerenciamento das ESF.

Logo, a atuação do enfermeiro na atenção básica vislumbra a aproximação deste profissional com a realidade e expectativa do usuário do SUS. Além disso, normalmente é este profissional, pelo seu constante contato com o paciente, que verifica e identifica quais são as necessidades a serem trabalhadas (MEDEIROS *et al.*, 2007).

Segundo os autores Brasil (2011), Fernandes e Boehs (2010) e Garcia *et al.* (2006), a atuação do enfermeiro na atenção básica ou atenção primária, subsidia a melhora na humanização do tratamento ao paciente, acolhendo-o, uma vez que ações de promoção de saúde e prevenção de doenças são integradas ao seu cotidiano.

A atuação do enfermeiro tanto em grupos operativos (grupos de hipertensos, diabéticos, tabagismo, etc.), quanto na atuação direta ao paciente, seja na unidade de saúde ou no seu domicílio, pode melhorar a saúde desse indivíduo, por meio de ações educativas. Além disso, sua atuação é orientativa, propiciando ao paciente cuidados inerentes à sua saúde que podem evitar doenças e manter o seu estado ideal de saúde.

3.2 Promoção em Saúde

Segundo Silva; Cotta e Rosa (2013) a promoção da saúde vem atuando sob superação do modelo biomédico em que o foco principal anteriormente era focado na doença. Atualmente, o conceito envolto à promoção de saúde é ampliado e positivo, vendo a saúde como foco do processo social advindo de sua produção.

Para Campos e Rodrigues Neto (2008), o objetivo da promoção da saúde é defender a vida e o processo de desenvolvimento humano, superando o modelo de intervenção outrora utilizado por práticas intersetoriais e conhecimentos interdisciplinares acerca do indivíduo que melhor orientam seus cuidados em saúde.

Segundo os autores acima, a promoção da saúde veio ganhando destaque no contexto

da Saúde Pública desde o ano de 1980 e seu marco conceitual adveio das Organizações Internacionais, de estudiosos da Europa Ocidental, Canadá e Estados Unidos.

Um marco relevante no processo de promoção da saúde foi a Carta de Ottawa, publicada em 1980, que fora inspirada pela Declaração de Alma Ata (1978), buscando-se atingir o conceito de “saúde para todos no ano 2000”, instituída na 1ª Conferência Internacional sobre Promoção de Saúde no ano de 1986 (SILVA; COTTA; ROSA, 2013).

Campos e Rodrigues Neto (2008, p.236) citam que:

Em um dos primeiros documentos fundadores da promoção da saúde atual, a Carta de Ottawa; a expressão *promoção de saúde* está associada a um conjunto de valores: qualidade de vida, saúde, solidariedade, equidade, democracia, cidadania, desenvolvimento, participação e parceria, entre outros.

Dessa forma, conforme afirmam Silva; Cotta e Rosa (2013), analisando o pressuposto da promoção da saúde, pode-se dizer que a mesma também refere-se a uma quantidade significativa de estratégias, a saber: Ações do Estado (as quais envolvem políticas públicas saudáveis); ações da comunidade (que trabalham prol ao reforço da ação comunitária); ações de indivíduos (que trabalham em favor do desenvolvimento de capacidades e habilidades pessoais); ações do sistema de saúde (envolvendo ações de reorientação do sistema de saúde); ações de parcerias intersetoriais (atribuindo a responsabilização múltipla, seja pelos problemas ou mesmo pelas soluções propostas).

Campos e Rodrigues Neto (2008, p.236) ainda salientam que:

O Ministério da Saúde, em análise da situação de saúde, preconiza que a promoção da saúde apresenta-se como mecanismo de fortalecimento e implantação de uma política transversal, integrada e intersetorial. O diálogo entre as diversas áreas do setor sanitário, outros setores do Governo, setor privado, não-governamental e a sociedade, compõe redes de compromisso e co-responsabilidade quanto à qualidade de vida da população.

Com vistas ao exposto pelos autores supracitados, pode-se dizer que a Política Nacional de Promoção da Saúde tem a finalidade de promover a qualidade de vida do indivíduo, reduzindo as possíveis vulnerabilidades e riscos à saúde existentes.

Para tanto, conforme afirma Felipe (2011) entre os condicionantes e determinantes que devem ser considerados na promoção da saúde encontram-se: Modos de viver; condições de trabalho; habitação; ambiente; educação; lazer; cultura; acesso a bens e serviços.

Nesse sentido, pode-se afirmar que, saúde vai muito além de se evitar doenças. Ter saúde significa, de modo geral, prolongar a vida, assegurando meios e situações que ampliem a qualidade de vida. Dessa maneira, há a ampliação da capacidade de autonomia, bem como a ampliação do bem-estar do indivíduo, os quais são valores socialmente definidos, mas que

necessitam de escolhas específicas dos próprios agentes que procuram pelo seu bem-estar.

3.3 Prevenção em Saúde e sua diferença de promoção em saúde

Conforme analisam Bernardes; Pereira e Souza (2008) a prevenção pode ser vista como um processo, no qual evitam-se doenças a uma determinada população. Para tanto, os autores afirmam que os fatores causais devem ser removidos, ou seja, a incidência no que se concerne à doença deve diminuir. O maior objetivo da prevenção em saúde é promover a saúde, protegendo o indivíduo dos diferentes fatores causais que possam advir sobre ele.

Em seu estudo Norman e Tesser (2009) salientam que o termo “prevenir” abrange não somente o sentido de proteção, mas também adéqua-se ao processo de “preparar”, ou mesmo “chegar antes de”, dispondo-se de maneira que o mal seja evitado.

Nesse sentido, pode-se dizer que a prevenção em saúde deve tratar de realizar ações que cheguem de maneira antecipada ao público, evitando-se o início causal de uma doença.

Segundo Czeresnia (2003, p.4), “as ações preventivas definem-se como intervenções orientadas a evitar o surgimento de doenças específicas, reduzindo sua incidência e prevalência nas populações”.

Assim, é correto afirmar que a base do discurso preventivo encontra-se envolto ao conhecimento epidemiológico moderno, no qual seu objetivo é propiciar o controle da transmissão de doenças, como também outros agravos.

Diante desse pressuposto, pode-se dizer ainda que, é a partir desse proceder que projetos de prevenção e educação em saúde estruturam-se mediante o processo de divulgação de informação científica, bem como advém de recomendações normativas de mudanças de hábito (NORMAN; TESSER, 2009).

Czeresnia (2003, p.4) analisa que, com vistas ao processo de promoção em saúde, “promover” encontra-se envolto ao sentido de “dar impulso”, “fomentar”, “originar” ou mesmo “gerar”. A promoção em saúde apresenta conceituação mais ampla no que concerne ao processo de prevenção, referindo-se, essencialmente, a “medidas que não se dirigem a uma determinada doença ou desordem, mas servem para aumentar a saúde e o bem-estar gerais”.

Desse modo, é correto afirmar que as estratégias correlatas à promoção em saúde enfatizam a transformação das condições de vida e trabalho da população, ou seja, estas devem estar em consonância com a estrutura adjacente aos problemas de saúde. Além disso, a promoção em saúde, demanda em sua essência, uma abordagem intersetorial, onde a visão dos diferentes profissionais atuantes é o que irá subsidiar a saúde do indivíduo (RIBEIRO; COTTA; RIBEIRO, 2012).

Nesse sentido, no que concerne ao processo de prevenção e promoção em saúde, a abertura dos canais de informação torna-se indispensáveis no âmbito da atenção primária, uma vez que tornam-se ponto de partida e referência no processo de experiência em saúde.

Czeresnia (2003, p.4-5) afirma que:

Sem dúvida, é fundamental valorizar e criar formas de ampliação dos canais de abertura aos sentidos. O ponto de partida e a referência da experiência da saúde e da doença é a intuição primeira do corpo. Porém, a razão – medida pelo conhecimento científico e se utilizada sem retificação – permitiria alargar a intuição e principalmente servir como “instrumento de diálogo e também como barreira de proteção” ao processo de vivência singular do adoecer. O conhecimento científico e a possibilidade operativa das técnicas nas práticas de saúde deveriam ser empregados sem provocar a desconexão da sensibilidade em relação aos nossos próprios corpos. O desafio é poder transitar entre razão e intuição, sabendo relativizar sem desconsiderar a importância do conhecimento, alargando a possibilidade de resolver problemas concretos.

Portanto, ao analisar a citação acima, percebe-se que a prevenção e a promoção em saúde devem andar juntas no sentido de instruir o indivíduo, através de informações e conhecimentos diversos sobre sua saúde. Dessa forma, o processo de cuidado consegue evitar agravos, fortalecendo sua capacidade de lidar com a multiplicidade dos condicionantes da saúde.

3.4 Saúde da Mulher

Conforme analisa Souto (2008), a integralidade faz parte do conceito ampliado de saúde, o qual é definido pela Constituição Federal. Encontra-se de forma explícita na Lei nº 8.080/90, como um dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS):

A concepção de integralidade mostra-se como referência fundamental no processo de formulação, implementação e avaliação de políticas de saúde, particularmente no caso de políticas específicas para mulheres que considerem a abordagem de gênero, ou seja, os modos singulares de ser e sentir de homens e mulheres em diferentes fases da vida (SOUTO, 2008, p.162).

A reflexão acerca da integralidade expressa, de maneira geral, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, a qual salienta estratégias de política sob a perspectiva de abordagem de gênero:

Uma política integral voltada para grupos específicos da sociedade precisa considerar ambas as dimensões, ou seja, a totalidade do ser humano (físico, mental, afetivo e espiritual) como objeto do cuidado em saúde e a existência de saberes e práticas acumulados e organizados em redes de serviços que produzem ações de saúde tendo em vista esse cuidado. Além disso, as respostas governamentais elaboradas mediante demandas da sociedade e que se expressam em políticas específicas para determinados grupos, como é o caso da Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher, tem sua amplitude

e/ou limite como resultado de disputas conceituais, político-ideológicas e organizacionais (SOUTO, 2008, p.163).

Esta consideração torna-se indispensável e importante, pois aponta os princípios fundamentais que orientam essas políticas. O processo de compreensão do ser humano como um todo, nesse caso, da mulher, articula-se com as relações promocionais, preventivas e assistenciais que encontram-se disponíveis e acessíveis na rede de serviços. Assim, as linhas de cuidado articulam-se e vão sendo construídas sob a perspectiva da transformação e determinação social no processo de sofrimento e adoecimento.

Conforme analisam Costa e Alves (2010) o corpo feminino é considerado um lócus privilegiado de instrumentação de sua submissão e opressão, nas quais as dimensões de cuidado com a saúde da mulher se expressam, significativamente, no sentido de propiciar intervenções envoltas a esse corpo.

Para tanto, as práticas de saúde devem se embasar nos princípios correlatos à humanização, bem como ser compreendido a partir da perspectiva de atitudes e comportamentos que podem contribuir para o cuidado da saúde da mulher, a fim de ampliar a capacidade de fazer escolhas, como também o contexto e momento de vida da mulher.

Duarte (2008) analisa algumas das diretrizes que trabalham em prol ao cuidado da saúde da mesma, a saber:

- Favorecer o atendimento das mulheres em todos os ciclos de vida, resguardando as mesmas no que se concerne às suas especificidades relativas a faixas etárias e grupos populacionais distintos (mulheres negras, indígenas, residentes em áreas urbanas e rurais, residentes em locais de acesso, em situação de risco, em situação de prisão, de orientação homossexual, com deficiência, dentre outras);
- Propiciar o atendimento integral das mulheres, principalmente no que se refere ao conjunto de ações de promoção, proteção, assistência e recuperação da saúde, mas quais são realizadas mediante os diferentes níveis de atenção à saúde;
- Embasar os procedimentos em saúde nos princípios da humanização, como também em atitudes e comportamentos assertivos dos profissionais de saúde, de maneira a contribuir e reforçar o caráter da atenção à saúde como direito;
- Melhorar o grau de informação das mulheres no que se concerne à compreensão de seu corpo e de suas condições de saúde, ampliando sua capacidade de fazer escolhas pertinentes sobre seu contexto e momentos de vida.

Há de se dizer ainda que, as mulheres privadas de liberdade, também se adéquam ao sistema do SUS no que diz respeito aos cuidados em saúde correlatos à mulher. Nunes (2011) salienta que todas as mulheres, privadas ou não de liberdade, devem se ater a cuidados de saúde como: Consultar periodicamente um ginecologista (pelo menos uma vez por ano); aferir, sempre que possível a pressão arterial; controlar o peso no sentido de se combater a obesidade,

uma vez que a mesma aumenta significativamente o risco de eventos cardiovasculares, como também alguns tipos de câncer; praticar exercícios físicos; não fumar; atualizar a carteirinha de vacinação, com o intuito de prevenir doenças preveníveis; instruir as mulheres acerca da importância da vacina de Hepatite B e HPV antes de seu início sexual; instruir as mulheres sobre a relevância de se proceder o controle do colesterol, triglicérides, glicemia, creatinina e urina; proceder à citologia oncológica (papanicolau); proceder à avaliação de pintas (manchas pelo corpo); influenciar e orientar o uso da camisinha a fim de se prevenir de DST's como HIV, Hepatite B e C, HPV, clamídia, gonorréia, sífilis, herpes, cancro mole, donovanose, etc.

Dessa forma, o cuidado à saúde da mulher deve ser propiciado, evitando-se a exposição da mesma a agravos. Para tanto, o processo de orientação e informações deve se concretizar, a fim de melhor orientar e proceder à transmissão de conhecimentos, evitando-se (prevenindo) assim, a mulher da exposição a doenças diversas.

3.5 O trabalho da mulher na zona rural

Conforme análise de Duarte (2008) as desigualdades correlatas ao gênero na zona rural brasileira se inscrevem num conjunto de desigualdades sociais, expressando-se historicamente quando comparadas à zona urbana.

A análise das desigualdades, bem como as condições de vida das mulheres, deve levar em consideração as condições de vida e acesso que as mesmas têm às políticas públicas nas zonas rurais. Nas regiões mais pobres do país, o atendimento público a mulheres residentes em zonas rurais é precário, afetando significativamente a sua saúde (DUARTE, 2008).

Heredia e Cintrão (2006, p.2) afirmam que:

Um exemplo destas desigualdades entre população rural e urbana é o fato das políticas públicas e dos direitos trabalhistas terem atingido muito tardiamente a massa dos trabalhadores rurais. Enquanto a legislação trabalhista urbana data dos anos 40, apenas no final dos anos 60, cerca de 30 anos depois, é promulgado o Estatuto do Trabalhador Rural. E embora a constituição de 1934 determinasse que todo trabalhador brasileiro teria direito à cobertura da previdência social, apenas depois dos anos 70 os trabalhadores rurais começam a ter algum acesso (com o Funrural/Prorural), e somente há uma universalização desta política após a constituição de 1983. Essas desigualdades entre a população rural e urbana se estendem a outras áreas, como educação e infraestrutura.

Nesse sentido, a organização e as mobilizações das mulheres trabalhadoras mediaram ao Estado um conjunto de reivindicações. Estas, por sua vez, colocaram as questões demandadas pelas mulheres trabalhadoras rurais, em pauta no Estado, subsidiando ações de saúde pertinentes e assertivas a esta clientela.

Para Santos (2005), a partir das reivindicações dos movimentos das mulheres, o Estado passou a criar ações e projetos voltados às questões de gênero. Uma das iniciativas pioneiras do Governo Federal foi a incorporação de políticas públicas e criação do Conselho Nacional dos Direitos da Mulher (CNDM), criado no ano de 1985 com o intuito de atender as demandas essenciais das mulheres. No ano de 2003, houve a criação da Secretaria de Política para as Mulheres (SPM) a qual vinculou-se ao CNDM com o intuito de abranger o atendimento dessas demandas.

No ano de 2003, adveio o marco dessa clientela com a criação do Movimento de Trabalhadoras Rurais (MMRT), onde as trabalhadoras rurais passaram a ser ouvidas e terem atendidas suas demandas mais peculiares (SANTOS, 2005).

Atualmente, existe a Secretaria Especial de Políticas para Mulheres (SEPM), que trata de assuntos correlatos à violência contra a mulher. Por sua vez, esta secretaria é responsável, também, por tratar de reivindicações de temas relacionados às mulheres rurais, favorecendo a participação da mulher agrícola na produção, mas de maneira saudável e segura (HEREDIA; CINTRÃO, 2006).

Nunes (2011, p.3) afirma que:

A complexificação da sociedade capitalista a partir da década de setenta concebe a reestruturação produtiva como eixo principal para auferir valores e tem dentre suas principais características, além das novas formas de regulação do trabalho, a incorporação da produção de tecnologias dada pelos avanços técnico-científicos como microeletrônicos, robótica, nanotecnologia que atingem, não somente, os grandes polos econômicos como os países periféricos, tanto no meio urbano como rural. Nas últimas décadas, a modernização e o desenvolvimento do capitalismo na agricultura brasileira têm sido revelados pelas mudanças ocorridas na organização da produção agrícola, apoiada pelo Estado através de políticas de desenvolvimento que visam à elevação tecnológica dos complexos agroindustriais, beneficiando grandes e médios proprietários de terras e bens de produção, ao mesmo tempo que respondem parcialmente às pressões dos movimentos sociais que lutam pela Reforma Agrária.

Pelo exposto, vê-se que os setores voltados à exportação tem feito com que o aumento do trabalho rural seja efetivado, daí a importância no cuidado à saúde da mulher trabalhadora rural.

Segundo Nunes (2011); Oliveira e Ribeiro (2011), no caso da mulher rural, a presença da divisão sexual do trabalho encontra-se em diferentes espaços, podendo ser na roça, nas gerações de trabalho e renda, como também nas atividades realizadas no lar. Além disso, no que tange às fases de plantio e colheita, como também na criação de aves e suínos, a mulher é encontrada.

Estes afazeres realizados pelas mulheres constituem-se em atividades cotidianas, repetitivas e exaustivas, indicando uma acentuada hierarquia em relação ao gênero, em que as mulheres subsumem-se em relação ao homem. Podemos assinalar que elas ocorrem sem nenhuma determinação da jornada de trabalho[...] Dessa forma, percebe-se que o trabalho feminino rural acontece num *continuum* entre atividade produtiva e reprodutiva sem determinação da jornada de trabalho, o que gera um trabalho socialmente desvalorizado e invisível (NUNES, 2011, p.7).

Diante disso, por ser o trabalho da mulher na roça, cansativo e contínuo, faz-se necessário o cuidado assistido de sua saúde de maneira mais assertivo e abrangente, integrando ações de educação em saúde que primem pela prevenção de doenças evitáveis e promova a saúde como um todo a esta clientela.

4 METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, utilizada para sintetizar os resultados de pesquisas relevantes, a partir da análise crítica de publicações para nortear o profissional em suas decisões. Para tal, foram selecionados artigos que apresentavam abordagem envolta à atuação do enfermeiro como educador em saúde junto às mulheres rurais.

A revisão integrativa da literatura, de acordo com Mendes; Silveira e Galvão (2008) é um método de pesquisa que permite a incorporação das evidências na prática clínica com a finalidade de reunir e sintetizar resultados de pesquisas sobre determinado tema em estudo, de maneira sistemática e ordenada. Permite, ainda, construir análise ampla da literatura abordando, inclusive, discussões sobre métodos e resultados das publicações.

A revisão integrativa é utilizada para sintetizar os resultados de pesquisas relevantes, norteadando o profissional na tomada de decisão, na área da saúde em geral. Pode ser utilizada para identificar evidências científicas sobre práticas de saúde, seja no âmbito da clínica, da gerência dos serviços, bem como na área da educação em saúde (WHITTEMORE, 2005; WHITTEMORE; KNALF, 2005).

Dessa forma, buscando-se analisar o conteúdo proposto, foram selecionados e verificados estudos que contemplassem a temática em questão, respondendo à seguinte pergunta norteadora: “*Qual é o papel do enfermeiro em ações de educação em saúde na prevenção de doenças e agravos em mulheres rurais?*”.

A definição dos descritores foi feita a partir de consulta aos Descritores em Ciências e Saúde (DeCS). A busca dos artigos foi realizada nas bases de dados eletrônicas da *US National Library of Medicine National Institutes of Health* (PubMed) e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) – BIREME: *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (Medline), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LiLACS), *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) e BDENF. Foram utilizados para busca dos artigos, os seguintes descritores e suas combinações na língua portuguesa: “população rural”, “comunidades rurais”, “saúde da mulher rural” e “educação em saúde”.

Para a elaboração da revisão integrativa, empregaram-se seis fases a fim de obter um melhor entendimento sobre a temática baseado em estudos anteriores.

Segundo Souza, Silva e Carvalho (2010), as fases da revisão integrativa se dividem em:

- 1ª fase: elaboração da pergunta norteadora;
- 2ª fase: busca ou amostragem na literatura;

- 3ª fase: coleta de dados;
- 4ª fase: análise crítica dos estudos incluídos;
- 5ª fase: discussão dos resultados;
- 6ª fase: apresentação da revisão integrativa.

Dessa forma, a partir dos procedimentos mencionados, foram selecionados descritores conforme o objetivo e a pergunta norteadora do estudo, havendo a compilação crítica dos dados após a seleção dos artigos. Logo, a busca contemplou estudos de revisão bem como estudos de campo a fim de compor a pesquisa. Estes foram compilados segundo os objetivos propostos na introdução e resumo de cada estudo.

A busca nas bases de dados resultou em 211 artigos. Após a leitura dos resumos, foram selecionados aqueles que contemplavam a questão norteadora e os critérios de inclusão, e foram excluídos os que se repetiam nas bases de dados. Para o refinamento da pesquisa, foram definidos como critérios de inclusão: trabalhos completos, versão disponível nos idiomas português, publicações a partir do ano 2000 e adequação ao tema em questão. Sendo assim, a amostra final foi constituída por 12 artigos, conforme apresentado no quadro 1:

Quadro 1: Apresentação da População e amostra da RI, 2014.

BASE DE DADOS	ESTRATÉGIA DE BUSCA/ DESCRITORES	POPULAÇÃO	AMOSTRA
LILACS	População rural <i>and</i> saúde da mulher rural	19	3
BIREME	Comunidades rurais <i>and</i> saúde da mulher rural	5	2
MEDLINE	Educação em saúde <i>and</i> população rural	6	2
SciELO	Saúde da mulher rural <i>and</i> educação em saúde	11	5
TOTAL		41	12

Fonte: autora da Pesquisa, 2015.

O processo de análise do material bibliográfico consistiu na leitura na íntegra dos 12 artigos que compuseram a amostra, objetivando apreender informações contidas nos mesmos, necessárias à discussão do estudo. Sendo que tanto a análise quanto a síntese dos dados

extraídos dos artigos foram realizadas de forma descritiva, possibilitando observar, contar, descrever e classificar os dados, com o intuito de reunir o conhecimento produzido sobre o tema explorado na revisão, conforme (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010).

Visando a sistematização e levantamento dos dados, foi desenvolvido um instrumento de coleta contendo (Apêndice A): referência do artigo, dados referentes à autoria (nomes dos autores, profissão, titulação, país de origem e local de atuação) e dados relativos à publicação (base de dados de indexação, periódico, delineamento do estudo, nível de evidência, variável de interesse).

Para aumentar o rigor em revisões integrativas, diferentes autores propõem que seja desenvolvida em etapas. A seguir, estão descritas as etapas preconizadas por Whitemore e Knafl (2005):

1- Fase de identificação do problema:

Para identificar o problema da Revisão Integrativa, a pesquisa procedeu à identificação da pergunta (problema), a qual foi respondida pela própria revisão, auxiliando na definição do objetivo do estudo. Nesta fase, também foram selecionadas as variáveis de interesse, a população alvo e a estrutura de amostragem estabelecendo os critérios de inclusão dos estudos elegíveis para a revisão integrativa. Sendo assim, nesta fase foi elaborado o Protocolo de Revisão.

2- Fase de levantamento da literatura:

No que tange à fase de levantamento da literatura selecionou-se toda literatura pertinente ao tema, ou seja, foram participantes do estudo, pesquisas que atendessem os critérios de inclusão. Para tanto, tais estudos deveriam apresentar disponibilidade nos bancos de dados *online*, facilitando a identificação dos mesmos.

3 - Fase de avaliação crítica dos estudos:

A análise crítica dos estudos elegíveis para uma revisão integrativa foi o processo mais complexo, se comparado a uma revisão sistemática, uma vez que a revisão integrativa pôde incluir estudos teóricos e primários. No entanto, foram considerados os critérios de qualidade dos estudos para integração à pesquisa.

4 - Fase de análise de dados:

O processo de análise iniciou-se com a ordenação, codificação e categorização, resumo dos dados coletados e uma conclusão unificada sobre o problema de pesquisa. A

análise dos dados de estudos de diferentes delineamentos requereu a conversão dos dados extraídos em categorias, identificando padrões, temas, variações e relações. Os dados semelhantes, portanto, foram categorizados e agrupados. No entanto, para que o trabalho com os dados fosse facilitado, houve a redução dos mesmos.

5 - Redução dos dados:

A primeira fase de redução dos dados envolveu um sistema de classificação dos estudos em subgrupos, acordado com as diversas metodologias e seus níveis de evidência; cronologia; características da amostra; ou uma classificação conceitual pré-determinada.

6 - Apresentação dos dados:

Esta fase se deu pela apresentação dos dados realizada através de quadros. No entanto, para apresentação dos mesmos também poderiam ter sido usados gráficos, quadros sinópticos, redes de fluxo, possibilitando uma melhor visualização de padrões e relações entre os dados dos diferentes estudos, facilitando a interpretação das informações.

7- Comparação dos dados:

Nessa fase foram identificados padrões e relações, as quais caracterizaram os dados de um mapa conceitual, uma ordem temporal, que apresentaram contrastes e concordâncias.

8 - Elaborar as conclusões:

Foram identificadas evidências convergentes e contraditórias. Além disso, no estudo foram também explicitados os limites da revisão realizada sob o ponto de vista metodológico.

5 RESULTADOS

Na presente revisão integrativa, analisou-se doze estudos que atenderam aos critérios de inclusão estabelecidos previamente e, a seguir apresentar-se-á a análise dos artigos conforme propôs a metodologia do estudo.

O Quadro 02 demonstra as características dos autores e dos artigos incluídos na revisão integrativa. Quanto ao número de autores, 23% dos artigos possuem mais de 03 autores e os outros 77% foram produzidos por no máximo 03 autores. Em relação à profissão destes, evidenciamos onze artigos de autoria de enfermeiros, sendo que o quarto artigo foi feito por uma socióloga. Dentre os autores enfermeiros, identificamos 01 doutor e docente em universidade de enfermagem, seis doutorandas e três mestres. A autora e socióloga possui qualificação de doutora e atua como docente. Dos 12 estudos analisados, seis foram desenvolvidos com mulheres residentes de comunidades rurais, um estudo foi realizado com mulheres em um bairro periférico na cidade de Cuiabá – Mato Grosso e os outros cinco estudos consistiram de revisões de literatura.

Quadro 2: Características dos autores e dos artigos incluídos na amostra da RI, 2015

CÓDIGO DO ESTUDO	TÍTULO	AUTOR (ES)	PROFISSÃO	ÁREA DE ATUAÇÃO	PAÍS DE ORIGEM	QUALIFICAÇÃO
01	A integralidade no cuidado à Saúde Materno-infantil em um contexto rural: um relato de experiência	BEHEREGAR AY, <i>et al.</i> 2010	Enfermeira	Não informado	Brasil	Doutoranda
02	Modos de cuidar em comunidades rurais: a cultura permeando o cuidado de enfermagem.	BUDÓ, <i>et al.</i> 2005	Enfermeira	Docente	Brasil	Doutora
03	A família rural em fases de transição: mudança nos papéis e tarefas do cuidado familiar	FERNANDES <i>et al.</i> 2010	Enfermeira	Pesquisadora	Brasil	Mestre
04	Trabalho familiar: uma categoria esquecida de análise	PAULILO, M. I. S 2004	Socióloga	Docente	Brasil	Doutora
05	Análise de situações de vida e trabalho de mulheres da área rural de Nova Friburgo-RJ.	SOUZA, L. C. 2008	Enfermeira	Não informado	Brasil	Mestre
06	O olhar da enfermagem sobre as práticas de cuidado de famílias rurais à pessoa com câncer.	ZILLMER <i>et al.</i> 2012	Enfermeira	Bolsista	Brasil	Doutoranda
07	A família rural na contemporaneidade: um desafio para a enfermagem	ZILLMER <i>et al.</i> 2009	Enfermeira	Bolsista	Brasil	Doutoranda
08	Contribuições da literatura para a enfermagem de família no contexto rural	FERNANDES <i>et al.</i> 2011	Enfermeira	Não informado	Brasil	Doutoranda
09	Recursos e estratégias em saúde: saberes e práticas de mulheres dos segmentos populares	MANDÚ <i>et al.</i> 2000	Enfermeira	Docente	Brasil	Doutoranda
10	População rural e enfermagem: uma revisão bibliométrica	WUNSCH <i>et al.</i> 2012	Enfermeira	Pesquisadora	Brasil	Mestre
11	Família, cultura e práticas de saúde: um estudo bibliométrico	ROSA <i>et al.</i> 2009	Enfermeira	Pesquisadora	Brasil	Doutoranda

12	O viver o adoecer e o cuidar das famílias de uma comunidade rural do extremo Sul do Brasil: uma perspectiva ecológica	SCHWARTZ, E. 2002	Enfermeira	Pesquisadora	Brasil	Doutora
----	---	-------------------	------------	--------------	--------	---------

Fonte: Dados da Pesquisa, 2015.

No Quadro 03, estão descritas as características das publicações que fizeram parte da revisão integrativa. Em relação ao local de publicação, oito estudos foram publicados em Revistas de Enfermagem em geral, sendo sete brasileiras e uma latina americana; um estudo foi publicado em uma revista de Saúde Pública, um artigo em uma revista de Filosofia e Ciências Humanas e os outros dois estudos foram publicados em Repositórios Eletrônicos de Universidades e Institutos Federais.

Quanto ao idioma, todos os estudos que compuseram a amostra são em português. Em relação à fonte, seis estudos foram encontrados no banco de dados da SciELO, três na LILACS, um na BIREME e os dois restantes na MEDLINE. Em relação ao tipo de estudo, quatro artigos são de natureza descritiva, três são de revisão bibliográfica, dois são de natureza investigativa, um é de natureza convergente e assistencial, um é exploratório e transversal e um consiste de observação participante. Quanto ao tipo de delineamento de pesquisa dos artigos avaliados, evidenciou-se, na amostra sete estudos de abordagem qualitativa e cinco estudos com abordagem quantitativa. Do total, 77% dos estudos foram publicados como artigos, tendo a data de publicação entre 2000 e 2012.

Quadro 3: Características das publicações que fizeram parte da amostra.

CÓDIGO DO ESTUDO	PERIÓDICO	TIPO DE PUBLICAÇÃO	IDIOMA	ANO DE PUB.	FONTE	TIPO DE ESTUDO	DELINEAMENTO
01	Revista Saúde e Sociedade	Artigo	Português	2010	SCIELO	Descritivo, analítico	Qualitativo
02	Revista Texto e Contexto Enfermagem	Artigo	Português	2005	SCIELO	Descritivo, analítico e observacional	Qualitativo
03	Periódico na Internet – Cogitare Enfermagem	Artigo	Português	2010	LILACS	Convergente e assistencial	Qualitativo
04	Revista Estudos Femininos	Artigo	Português	2004	SCIELO	Descritivo	Quantitativo
05	Repositório Institucional da Fiocruz	Dissertação de Mestrado	Português	2008	MEDLINE	Investigação	Qualitativo
06	Revista Escola de Enfermagem – USP	Artigo	Português	2012	SCIELO	Investigação e a análise método da inserção ecológica	Qualitativo
07	Revista de Enfermagem –UFPE online	Artigo	Português	2009	MEDLINE	Revisão Bibliográfica	Quantitativo

08	Revista Texto e Contexto em Enfermagem	Artigo	Português	2011	LILACS	Revisão da literatura	Quantitativo
09	Revista Latino-americana em Enfermagem	Artigo	Português	2000	SCIELO	Descritivo e observacional	Qualitativo
10	Revista de Enfermagem da UFSM	Artigo	Português	2012	BIREME	Estudo bibliométrico	Quantitativo
11	Revista de Enfermagem da UERJ	Artigo	Português	2009	SCIELO	Exploratória, descritiva e transversal	Quantitativo
12	Repositório institucional da UFSC	Tese de doutorado	Português	2012	LILACS	Observação participante	Qualitativa

Fonte: Dados da Pesquisa, 2015.

O Quadro 04 apresenta a síntese dos artigos incluídos nessa revisão integrativa. Os estudos possuíram amostras de natureza distintas, grande parte dos estudos tinha como um dos objetivos identificar as práticas de cuidado e saberes de mulheres e famílias rurais, bem como identificar as práticas de cuidado de enfermeiras que trabalham nas Unidades Básicas de Saúde de municípios rurais.

As amostras que compuseram os estudos dos artigos incluídos na pesquisa foram desde análise com crianças, profissionais de enfermagem, famílias envolvidas no processo de cuidado em saúde, mulheres trabalhadoras rurais e análises de artigos de revisão.

Quadro 4: Apresentação da síntese dos artigos incluídos na RI, 2015.

CÓDIGO DO ESTUDO	OBJETIVO	AMOSTRA	RESULTADO	CONCLUSÃO
01	Relatar experiências sobre a prática da integralidade em saúde na assistência à população materno-infantil do meio rural em um município do sul do Brasil.	80 crianças e de conversas com profissionais e representantes do setor da saúde da cidade.	Constatou-se que a população rural vive em condição de desvantagem, uma vez que os serviços e a atenção à saúde são quase exclusivamente projetados para a população urbana. Ainda, o modelo assistencial e o processo de trabalho desenvolvido dificultam a prática da integralidade	Parece necessário repensar a saúde da população rural desenvolvendo políticas específicas às peculiaridades epidemiológicas e culturais, serviços acessíveis geograficamente e atendidos por equipes que desempenham cuidado acolhedor e resolutivo.
02	Identificar as práticas de cuidado de enfermeiras que trabalham nas Unidades Básicas de Saúde de municípios rurais do Rio Grande do Sul e identificar o preparo recebido, para o cuidado dessa população.	09 enfermeiras	Constatou-se que as enfermeiras são referência para a população, desempenhando diferentes papéis, tanto na equipe de enfermagem, como na relação com outros setores da comunidade.	Reflete a influência da cultura do meio rural e as estratégias utilizadas pelas enfermeiras para o seu preparo visando um cuidado adequado.
03	Apresentar aspectos das mudanças nos papéis, nas tarefas e no cuidado familiar de duas famílias rurais, de três e quatro gerações, residentes em um município do Médio Vale do Itajaí, Santa Catarina.	02 famílias	As transições maturacionais revelam o processo de transmissão da herança, o desafio dos casais jovens diante dos papéis parentais e em construir um modelo familiar próprio, com participação de outros membros.	Com este estudo, pudemos conhecer aspectos do desenvolvimento de famílias rurais e o seu cuidado, o que contribui para a assistência de enfermagem familiar neste contexto.
04	Desvelar os preconceitos imbricados na análise do campesinato e trazer de volta questões sobre a condição econômica desigual das mulheres envolvidas na agricultura familiar, cujo acesso à terra se faz quase unicamente pelo casamento.	Mulheres (número de participantes não especificado) do Movimento das Mulheres Trabalhadoras Rurais (MMTR).	O surgimento de vários movimentos de mulheres agricultoras no Brasil colocou em cheque a visão corrente de 'vítimas' que se tinha sobre elas, na medida em que estão se impondo como 'atoras'. Neste momento, porém, os movimentos feministas estão mais voltados para questões de reconhecimento, de identidade, que de redistribuição de renda.	O direito de tomar decisões sobre a própria vida pode ser desvinculado da obtenção de um salário individual, mas não do acesso a uma renda própria.
05	Analisar diversas dimensões das trajetórias de vida e trabalho de mulheres de três distritos do município de Nova Friburgo que se destacam pela produção	24 mulheres	Apesar de encontrar-se envolvidas na produção agrícola em condições similares às dos homens, ressentem-se da falta de reconhecimento de seu	Conclui-se que são muito tênues os sinais de emancipação e torna-se necessário priorizar ações protetivas que promovam a

	de oleícolas, flores e incipiente agricultura orgânica.		papel enquanto trabalhadoras e inclusive da ausência de remuneração. A sobrecarga originada pela acumulação do trabalho produtivo com o doméstico priva a mulher de um tempo que lhe seja próprio.	maior autonomia dessas mulheres e a melhora da sua qualidade de vida.
06	Identificar as práticas de cuidados das famílias rurais que vivem o cuidar da pessoa com câncer.	03 famílias	Constatou-se que a família rural cuida a partir das práticas de cuidado que foram construídas com base nas interações entre as pessoas da família ao longo das gerações e em outras práticas da comunidade.	O carinho, o amor, a proteção, a união familiar, a fé, o estar junto, a preocupação com a alimentação descrevem o cuidar e constituem-se como práticas de cuidado das famílias rurais à pessoa com câncer.
07	Refletir acerca da família rural inter-relacionando-a com saúde e Enfermagem no contexto da contemporaneidade	01 Pesquisa bibliográfica com autores de diversas áreas (política, econômica, sociais e de saúde) em livros e artigos, bem como a experiência das autoras para fazer a análise reflexiva sobre as famílias rurais.	As crescentes transformações da estrutura, dinâmica e funcionalidade da família, tanto no cenário urbano quanto rural, foram influenciadas pela globalização na sociedade contemporânea. Para cuidar de famílias rurais faz-se necessário que conheçamos suas particularidades como cultura, crenças e hábitos de saúde. Este conjunto de valores difere de um grupo para outro.	Faz-se necessário refletir sobre a dimensão da família nesse contexto, uma vez que o cenário rural merece destaque por ocupar posição desfavorável no acesso a serviços públicos favorecendo a desigualdades sociais e a pobreza dos sujeitos.
08	Identificar aspectos do ciclo vital e da saúde da família no contexto rural	22 artigos, entre 2003 e 2010.	Mostram aspectos da saúde da unidade familiar nas transições típicas das fases do ciclo vital, a relação com os profissionais de enfermagem e implicações da informação/conhecimento de saúde nos comportamentos de cuidado e promoção da saúde familiar.	O cuidado da enfermagem promove a saúde das famílias rurais, ao considerar a cultura, a educação em saúde e o meio ambiente. Reforça a importância da informação e do conhecimento em saúde para a promoção de comportamentos saudáveis nas famílias, aliado ao papel da enfermagem no cuidado centrado na família, com ênfase na educação em saúde.
09	Refletir sobre os recursos e estratégias em saúde, paralelos à prática médica “oficial”, utilizados por um segmento de mulheres pobres brasileiras, que vive em uma dada realidade.	11 mulheres com idades entre 20 e 59 anos de idade	Na satisfação das suas necessidades no campo da saúde-doença bem como das de sua família, elas se utilizam de um conjunto variado de recursos e estratégias em saúde. Tais recursos incluem, além da utilização de serviços de saúde públicos e privados, o uso de	As mulheres deste estudo, como consumidoras ou como agentes de saúde, utilizam-se de uma série de conhecimentos e estratégias na manutenção e recuperação da própria saúde, da de sua família e grupo de convivência,

			medidas “populares” como a medicina caseira, as práticas médico-religiosas, a automedicação, a consulta ao “farmacêutico” e a busca de orientação junto a agentes locais de saúde.	entre os quais se incluem medidas tradicionalmente utilizadas por grupos populares. Não possuem um saber coerente e organizado ou respostas para as variadas situações de saúde-doença, mas têm conhecimentos próprios e significativos, que lhes permitem enfrentar problemas nesse campo.
10	Apresentar as produções científicas nacionais e internacionais, sobre a temática população rural e enfermagem	01 estudo bibliométrico desenvolvido nos catálogos do Centro de Estudos e Pesquisa em Enfermagem e BVS	No Centro de Estudos e Pesquisa em Enfermagem da Associação Brasileira de Enfermagem - CEPEn, foram encontrados e analisados 27 trabalhos e na página da BVS foram encontrados 871 trabalhos, mas foi possível acessar e avaliar 38 artigos sobre a temática rural, totalizando 65 trabalhos analisados.	Verificou-se que a produção do conhecimento envolvendo a temática rural mantém-se reduzida, o que demanda a ampliação do conhecimento acerca dessa temática e das questões que a envolvem.
11	Analisar a visibilidade da produção científica abrangendo a temática família, cultura e práticas de saúde na base de dados LILACS, no período 2003-2008	30 artigos	Os anos de 2004 e 2005 corresponderam a 46,6% das publicações. Os periódicos da Região Sudeste e do Estado de Santa Catarina/Brasil contribuíram com 68,5% das publicações. A enfermagem e a saúde pública foram responsáveis por 77,5% dessas publicações, 73,3% das produções foram artigos e 26,7% teses/dissertações.	Considera-se que tais resultados fornecem subsídios a outras produções científicas, à enfermagem e às diversas áreas do conhecimento.
12	Compreender o viver, o adoecer e o cuidar das famílias de uma comunidade rural do extremo sul do Brasil a partir de uma Abordagem Ecológica	01 trabalho de campo em uma comunidade rural do Rio Grande do Sul, durante nove meses	Apontam que a comunidade rural Sol se caracteriza como isolada cultural e geograficamente, com riscos e potencialidades. No viver cotidiano sobressai o trabalho como atividade molar, que dá a identidade ao colono/família. Por outro lado, o adoecer nas famílias rurais é decorrente de elementos inibidores como a falta de comunicação/informação Inter ambiente e o trabalho.	O trabalho, como atividade molar, dá identidade ao colono, mas, se não apoiado por políticas sociais e agrárias adequadas, impede o desenvolvimento de indivíduos, famílias e comunidade. Outra categoria significativa para a saúde das pessoas que o referencial possibilitou emergir foi o vínculo apoiador com uma possibilidade para o desenvolvimento individual e familiar.

6 DISCUSSÃO

O estudo 01 apresentou como amostra, 80 crianças menores de seis anos do meio rural do município de Arambaré- RS e de conversas com profissionais e representantes do setor da saúde da cidade. Como resultado, foi observado que a população rural vive em condição de desvantagem, uma vez que os serviços de atenção à saúde são quase exclusivamente projetados para a população urbana. Constatou-se que a maioria das famílias (88,8%) buscam apenas os serviços de saúde nos casos de doença identificada por alguns sintomas (dor, febre, vômito persistente, dificuldade respiratória, entre outros), e que em meio à dificuldade de acesso e a baixa oferta dos serviços existentes – não há qualquer ação de prevenção à saúde relacionada à puericultura ou mesmo ao atendimento pediátrico.

Corroborando com os dados do estudo 01, Fernandes e Boehs (2010); Souto (2008); Medeiros *et al.* (2007); Garcia *et al.* (2006), analisam que as mulheres que residem no contexto rural são as que menos apresentam acesso aos serviços de saúde. Estas buscam por atendimento em meio o processo de dor, fato que não é ideal no que concerne ao processo de prevenção de doenças e promoção da saúde desta clientela. A atenção primária adveio a fim de melhorar o atendimento da população em geral, prevenindo doenças e possíveis agravos que sejam evitáveis.

O estudo 02 teve como amostra, 09 enfermeiras que trabalhavam em Unidades Básicas de Saúde de municípios rurais do Rio Grande do Sul e teve como objetivo identificar as práticas de cuidado destas profissionais. Segundo os autores do referente estudo, a enfermeira de cada unidade básica de saúde é a referência para essas pessoas, tendo que saber fazer a integração e articular-se com as forças da comunidade para poder efetivar o seu trabalho. Muitas vezes este papel passa a ser o de interceder pelas pessoas para que tenham a assistência necessária. A realização das ações da enfermeira, nestas comunidades rurais, compreende também o estabelecimento da relação entre o adoecer e morrer com o estilo de vida, o tipo de trabalho, influenciados diretamente por fatores culturais e a busca de alternativas adequadas para a melhoria da qualidade de vida dos agricultores e suas famílias.

Gazzinelli *et al.* (2013); Salci (2013); Brasil (2011); Garcia, Porn e Franceschini (2008); Garcia *et al.* (2006); Alves (2005), acreditam que o preparo do profissional de enfermagem é indispensável no contexto de saúde. No âmbito da zona rural esta realidade não se difere, uma vez que as mesmas ações efetivadas na zona urbana devem ser realizadas neste contexto. Além disso, o processo de humanização e acolhimento propiciado por este profissional pode se tornar um precursor da busca pelos cuidados em saúde da população rural.

Não obstante, Silva; Cotta e Rosa (2013) afirmam que a promoção da saúde é um mecanismo que deve subsidiar o acolhimento mais humanizado possível, de qualquer que seja a clientela. Já Czeresnia (2003) afirma que, no que tange à prevenção de doenças e agravos, a clientela rural deve se encontrar participante de ações em saúde. Ambas promoção e prevenção devem ser subsidiadas por profissional habilitado, nesse caso, o profissional de enfermagem.

Já o estudo 03 objetivou apresentar aspectos das mudanças nos papéis, nas tarefas e no cuidado familiar de duas famílias rurais, de três e quatro gerações, residentes em um município do Médio Vale do Itajaí, Santa Catarina. É uma pesquisa convergente assistencial, cuja coleta de dados se deu durante a assistência, complementada com entrevista, genograma, ecomapa e observação. O estudo identificou que as famílias revelaram a participação dos diversos membros para o convívio diário em casa e no trabalho agrícola. O cuidado, por sua vez, aparece como uma importante tarefa nestas famílias e está presente em todos os núcleos, especialmente direcionado a alguns membros, quando na transição situacional. O cuidado das famílias está voltado para a saúde dos indivíduos, especialmente das crianças, para a recuperação na situação de doença, e também à saúde da família, quando considera valores para a vida e organiza tarefas e papéis para o melhor funcionamento familiar.

Heredia e Cintrão (2006) afirmam que a saúde da mulher trabalhadora rural deve ser estabelecida por meio de ações diretas de prevenção e promoção. Esta deve advir do trabalho das ESF vinculadas ao contexto em que estas residem. Além disso, a influência sob a mulher para que a mesma “aceite o tratamento” em saúde deve ser influenciado, uma vez que no contexto rural muitas vezes as mulheres se abstém da procura destes serviços de saúde.

Brasil (2011) afirma que, assim como preconizado pelo SUS (Sistema Único de Saúde), a Saúde “é um direito de todos e um dever do Estado” e, portanto, deve ser fornecida tanto para pessoas do meio urbano, quanto para pessoas residentes e atuantes no meio rural.

O estudo 04 teve como objetivo desvelar os preconceitos imbricados na análise do campesinato, ou seja, ato de trabalhar no campo, e trazer de volta questões sobre a condição econômica desigual das mulheres envolvidas na agricultura familiar, cujo acesso à terra se faz quase unicamente pelo casamento. A amostra do estudo foi mulheres do Movimento das Mulheres Trabalhadoras Rurais (MMTR). O estudo afirma que, historicamente, a mulher rural desempenha o papel de principal responsável pela casa e pelos filhos, o lar foi se tornando seu espaço por excelência, a ponto de a sociedade passar a só admitir seu afastamento do papel de esposa e mãe em casos de necessidade financeira.

Oliveira e Ribeiro (2011), assim como Nunes (2011) acreditam que o papel desempenhado pela mulher no meio rural costuma ser mais trabalhoso que o da mulher da zona urbana, uma vez que estas se expõem a labutas mais pesadas ao campo, bem como a perigos constantes. Nesse sentido, os autores afirmam que ações em saúde devem abranger e melhor atender esta clientela no intuito de prevenir doenças e melhor promover a saúde destas pessoas no meio rural.

O estudo 05 analisou diversas dimensões das trajetórias de vida e trabalho de mulheres de três distritos do município de Nova Friburgo. Foram entrevistadas 24 mulheres, onde foram abordados temas como atenção à saúde, jornada e acidentes de trabalho, trabalho informal, uso do tempo livre e proteção social. Os resultados revelam que, apesar de encontrarem-se envolvidas na produção agrícola em condições similares às dos homens, ressentem-se da falta de reconhecimento de seu papel enquanto trabalhadoras e inclusive da ausência de remuneração. A prática cultural de entregar ao homem o controle de toda a atividade produtiva, assim como a dificuldade em comprovar a condição de trabalhadoras ainda são recorrentes. A sobrecarga originada pela acumulação do trabalho produtivo com o doméstico priva a mulher de um tempo que lhe seja próprio.

Diante do estudo 05 e sob análise de Duarte (2008), pode-se dizer que a mulher da zona rural, assim como da zona urbana deve separar um tempo para si a fim de propiciar seus cuidados no que tange à sua saúde. Por este fato, ações que influenciem esta busca devem ser efetivadas pelas equipes de saúde a fim de abranger esta clientela em potencial.

O estudo 06 teve como amostra três famílias da área rural, que tinham um de seus membros em tratamento quimioterápico no Serviço de Oncologia de um Hospital Escola da região Sul do Brasil, identificando as práticas de cuidados das famílias rurais que vivenciam o cuidar da pessoa com câncer. Sob análise do estudo vê-se que em relação ao cuidado familiar, a mulher detinha o saber sobre o cuidado. Ela aprendia, em geral, no convívio com outra mulher, executava-o durante a sua vida e transmitia esse conhecimento também a outras mulheres, principalmente às filhas e às netas. Ela era a geradora do cuidado, fosse ele familiar ou ampliado na rede social. O autor identificou por meio da pesquisa a adoção de práticas alternativas de cuidado que podiam favorecer o alcance de melhores resultados no tratamento. As famílias aliaram a terapêutica quimioterápica às práticas populares de saúde.

Santos (2005) salienta que existem mulheres que realizam cuidados com sua saúde, mas estas não tem embasamento ou mesmo sabem efetivamente proteger sua saúde. Existem ações advindas de “crenças e mitos” rurais que muitas vezes podem colocar em risco a mulher da zona rural.

Nesse sentido, Costa e Alves (2010); Bernardes, Pereira e Souza (2008); Campos e Rodrigues Neto (2008) salientam que a mulher deve procurar por mecanismos de saúde devidamente preparados, pois assim as efetivas ações de educação em saúde, promoção e prevenção de doenças poderão ser subsidiadas.

O estudo 07 consistiu de uma pesquisa bibliográfica com autores de diversas áreas (política, econômica, sociais e de saúde) em livros e artigos, bem como a experiência das autoras para fazer a análise reflexiva sobre as famílias rurais inter-relacionando-a com saúde e Enfermagem no contexto da contemporaneidade. Um dos grandes desafios da Enfermagem, no contexto atual, constitui-se em incorporar sua prática com as dos indivíduos a serem cuidados, buscando na alteridade, maneiras de cuidar. Entretanto, estamos impregnados pelo modelo biomédico que tem como foco o indivíduo biológico e postula a ideia de causa e efeito no desenvolvimento das doenças. No entanto, é preciso sim que profissionais de saúde considerem a dimensão do contexto social que permeia as relações e inter-relações dos indivíduos.

Diante desse pressuposto, e sob análise do estudo 07, Norman e Tesser (2009) afirmam que os profissionais, assim como os meios de saúde devem se encontrar aptos (preparados) a receber a clientela de mulheres trabalhadoras rurais, uma vez que estas tem o mesmo direito ao cuidado, acolhimento e ações em saúde que as pessoas residentes no meio urbano.

O estudo 08 tratou de uma revisão da literatura de enfermagem que objetivou identificar aspectos do ciclo vital e da saúde da família no contexto rural. Foram analisados 22 artigos, entre 2003 e 2010. A literatura corrobora o papel da enfermagem na interação com a família e indica as habilidades e competências necessárias para o seu cuidado. A prática do cuidado às famílias é um desafio percebido por enfermeiras que atendem em áreas rurais, pelo fato de encararem diversas estruturas, culturas, crenças e valores, exigindo negociação do saber profissional com famílias de complexas dinâmicas e de diferentes gerações. Nos estudos analisados, as enfermeiras assinalam a importância de respeitar a autonomia das famílias e de utilizar uma abordagem de cuidado que considere a unidade familiar e suas partes, entendida também como um “quebra-cabeça”.

Não obstante, o estudo 09 investigou as práticas “populares” em saúde de que as mulheres de segmentos populares utilizam e o modo particular como, através delas, ao mesmo tempo, reforçam os saberes e práticas dominantes em saúde e a eles resistem. Participaram da investigação onze mulheres com idade entre 20 e 59 anos de idade, cujo perfil social, embora heterogêneo, permite caracterizá-las como trabalhadoras dos segmentos pobres do país. Assim, os valores e práticas de mulheres dos segmentos populares relativos aos cuidados em

saúde, apresentados no estudo, revelam o modo peculiar do grupo colocar-se frente à saúde-doença e ao processo de cura. Logo, concluiu-se que os saberes e práticas das entrevistadas indicam que, ao lado de certa introjeção da visão e prática medicalizada em saúde, mantêm-se fortemente valores tradicionais, como o da medicina caseira, retraduzidos segundo as experiências presentes. Há certa imbricação dessas práticas em seu cotidiano, tanto que usam remédios caseiros, em certas situações, de forma complementar a medicina “oficial”.

No que tange à análise dos artigos 08 e 09, Ribeiro; Cotta e Ribeiro (2012) afirmam que a autonomia das famílias deve ser respeitada no meio rural, entretanto, no que concerne aos cuidados em saúde, as mesmas devem ser motivadas a efetivar o cuidado em saúde. As crenças não precisam efetivamente ser desmistificadas, mas serem atreladas a conhecimentos específicos acerca do cuidado em saúde. Por este fato, o profissional de enfermagem deve se encontrar apto a lidar com esta clientela, acolhendo-a e tratando-a com o devido respeito de sua contextualização.

O estudo 10 teve por objetivo apresentar as produções científicas nacionais e internacionais, sobre a temática população rural e enfermagem. Foi desenvolvido nos catálogos do Centro de Estudos e Pesquisa em Enfermagem da Associação Brasileira de Enfermagem (CEPEn/ABEn) e na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), totalizando 65 trabalhos analisados. De acordo com os autores do referente estudo, embora de modo incipiente para explicar as complexas relações e as condições de saúde da população do campo, o que torna visível uma lacuna no conhecimento, verifica-se a existência de produção científica, em diversas instituições de ensino, acerca do tema população rural. Essa produção do conhecimento fortalece a evidência de que o rural encontra-se excluído das políticas públicas de saúde, favorecendo desigualdades e promovendo um processo de diferenciação social.

Em consonância ao estudo 10, o estudo 11, com amostra de trinta artigos, por sua vez, caracteriza-se por um estudo bibliométrico que analisou a visibilidade da produção científica abrangendo a temática família, cultura e práticas de saúde na base de dados LILACS, no período 2003-2008. A enfermagem e a saúde pública foram responsáveis por 77,5% dessas publicações, 73,3% das produções foram artigos e 26,7% teses/dissertações. Considera-se que tais resultados fornecem subsídios a outras produções científicas, à enfermagem e às diversas áreas do conhecimento. Dessa forma, os autores do referido estudo afirmam que as temáticas encontradas demonstraram a amplitude do tema família, cultura e práticas de saúde. Contudo, a abordagem das terapias complementares, saúde no domicílio e violência e drogas se destacaram. Tal manifestação apresenta a necessidade de conhecimento ocasionada pelas transfor-

mações sociais e culturais das últimas décadas. O estudo permitiu fornecer subsídios para as produções científicas nas diversas áreas do conhecimento, especialmente para a Enfermagem.

Silva; Cotta e Rosa (2013); Felipe (2011); Costa e Alves (2010) e Fernandes e Boehs (2010) reforçam o exposto nos estudos 10 e 11 que compuseram a análise da presente pesquisa. Os autores afirmam que ainda existem poucas produções científicas correlatas às possíveis estratégias de cuidado à saúde da população rural. No que tange à saúde do homem, existem algumas abordagens, mas em relação às condutas de prevenção e cuidado com a saúde da mulher a literatura ainda é escassa no que se concerne ao contexto rural.

Finalmente, no estudo 12 foi desenvolvida uma pesquisa de campo em uma comunidade rural do Rio Grande do Sul durante nove meses, com o objetivo de compreender o viver, o adoecer e o cuidar das famílias de uma comunidade rural do extremo sul do Brasil. A visita domiciliar, a consulta de enfermagem no posto, a consulta a documentos e a participação em campanhas de vacinação foram algumas das estratégias utilizadas para a coleta de dados. Em sua análise a autora afirma que no viver cotidiano dessas famílias sobressai o trabalho como atividade molar, que dá a identidade ao colono/família. Por outro lado, o adoecer nas famílias rurais é decorrente de elementos inibidores como a falta de comunicação/informação inter ambiente e o trabalho. O (des) cuidado em relação a saúde surge em decorrência das fragilidades das inter-relações dos sistemas.

Fernandes e Boehs (2010) analisa que na zona rural a visita em domicílio constitui-se como um mecanismo de saúde essencial para o atendimento integral das mulheres rurais. Nesse sentido, práticas como esta devem ser orientadas e bem conduzidas a fim de propiciar saúde para o maior número de mulheres possíveis no contexto rural.

Há de se dizer ainda que, na tentativa de definir os modos de cuidar, viver e adoecer das famílias rurais e o papel do profissional enfermeiro junto às mulheres rurais é essencial considerar as diferenças de metodologia inerentes entre os estudos e a divergência devido à falta de consenso entre as terminologias entre os artigos apresentados. Dessa forma, fica claro que não houve contradição de resultados entre nenhum estudo citado, embora alguns tenham incluído uma variedade maior de resultados, com diferença de prevalência entre um evento e outro conforme a realidade dos cenários utilizados.

Desse modo, pesquisas que analisem de maneira empírica o processo de promoção de saúde e prevenção de doenças no contexto rural, mais especificamente com a clientela de mulheres devem ser subsidiadas a fim de melhor orientar práticas e cuidados à saúde que promovam a efetiva universalidade e integralidade do atendimento das mulheres rurais.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Analisando o pressuposto do presente estudo, vê-se que a pesquisa subsidiou a reflexão acerca de questões agrárias brasileiras, assim como sobre o trabalho da mulher rural e seus cuidados em saúde. Vê-se também que as questões rurais abrangem as diversas facetas das questões sociais da atualidade, tratando questões como gênero, democracia, direitos humanos, agronegócio, alimentos diversos, ambiente, dentre outros.

As relações sociais, no que diz respeito aos critérios de gênero, são compreendidas nesta pesquisa como relações hierarquizadas, ou seja, são relações desiguais que se orientam a partir da dominação masculina sobre a atuação feminina. Além disso, o processo de produção e reprodução tem sua base conceitual envolta ao processo de divisão sexual do trabalho, fato que gera metamorfoses históricas na atualidade.

Nesse sentido, pode-se dizer ainda que a rigidez envolta ao modelo de agricultura, que tem sua composição na família, traz inúmeras consequências ruins no que tange a atuação da mulher no campo. As muitas atividades que são executadas por elas são consideradas em sua essência, como uma ajuda ou mesmo como extensão do trabalho doméstico e não como uma profissão com valor monetário igualitário a do homem.

Assim, a identidade da mulher encontra-se atrelada ao pensamento da mesma como reprodutora, produzida de forma social e cultural. No entanto, através das diversas organizações e lutas a trabalhadora rural tem ganhado seu espaço no que tange a novas construções de espaços de trabalho, bem como na rentabilidade, trabalho e conquista de direitos sociais.

Com vistas à sua exposição no trabalho, a mulher encontra-se constantemente em situações que podem lhe acometer tanto a saúde física quanto a saúde laboral. Diante disso, a atuação diretiva dos mecanismos de saúde no que concerne aos cuidados em saúde da mulher rural, encontram-se menos limitadas, abrangendo atualmente, não somente cuidados com a saúde (nível reabilitativo), mas tratando a mulher em nível de promoção de saúde e prevenção de doenças.

Isso se dá por meio dos mecanismos atuais de saúde, como atuação da ESF e o Núcleo de Apoio de Saúde da Família (NASF), abrangendo ações de saúde desenvolvidas por meio de grupos operativos, orientações domiciliares e na unidade de saúde, como também através de ações diretas de promoção e prevenção em saúde.

O enfermeiro neste contexto entra como facilitador do processo de orientação, como também como um agente propiciador do processo de educação em saúde. No meio rural,

assim como na zona urbana, as ações de promoção e prevenção são diretivas e as demandas mais peculiares do contexto sempre são consideradas como visualizado nos estudos.

Com vistas à correlatividade do assunto desenvolvido com o curso de Formação Pedagógica para Profissionais de Saúde da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), vemos que as ações de educação em saúde, assim como assuntos relativos à promoção de saúde e prevenção de doenças, encontram-se constantemente associados à nossa prática profissional. A relatividade dessas ações no contexto rural, com a clientela específica, a mulher, se deu pelo fato de ser um assunto atual, no qual os trabalhadores e mecanismos de saúde têm buscado subsidiar os cuidados à esta clientela.

Dessa forma, o presente estudo tornou-se relevante, pois pode favorecer a reflexão e ação acerca de novas estratégias que melhor subsidiem o cuidado das trabalhadoras do contexto rural. Portanto, pensando no enfermeiro como agente facilitador do cuidado em saúde da mulher trabalhadora rural, faz-se necessária a análise empírica de estratégias que podem favorecer o melhor cuidado a essas mulheres.

REFERÊNCIAS

- ALVES, V. S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Revista Interface**. Salvador, v.9, n.16, p.39-52, 2005.
- BEHEREGARAY, L. R; GERHARDT, T. E. A integralidade no cuidado à saúde materno infantil em um contexto rural: um relato de experiência. **Revista Saúde e Sociedade**. São Paulo, v.19, n.1. 2010.
- BRASIL, Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil. **Introdutório – saúde da família**. Subsecretaria de promoção, atenção primária e vigilância em saúde. Rio de Janeiro, 2011.
- BERNARDES, E. H.; PEREIRA, M. J. B.; SOUZA, N. R. Atenção primária à saúde diferente de prevenção e promoção. **Revista Ciência Praxis**. São Paulo, v.1, n.1, p.47-52, 2008.
- BUDÓ, M. L. D; SAUPE, R. Modos de cuidar em comunidades rurais: a cultura permeando o cuidado de enfermagem. **Revista Texto Contexto Enfermagem**. Florianópolis, v. 14, n.2, abr./jun. 2005.
- CAMPOS, M. O.; RODRIGUES NETO, J. F. Qualidade de vida: um instrumento para promoção de Saúde. **Revista Baiana Saúde Pública**. Salvador, v.32, n.2, p.232-240, 2008.
- CZERESNIA, D. F. **Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003, p. 1-7.
- COSTA, L. C.; ALVES, T. P. **A importância da enfermagem nas ações de promoção à saúde da mulher**. Capetinga: IFMG, 2010, p.1-39.
- DUARTE, L. N. **Saúde da mulher: projetando ações básicas de atendimento**. Rio de Janeiro: EsSEX, 2008, p.1-48.
- FELIPE, G. F. **Educação em saúde em grupo: olhar da enfermeira e do usuário hipertenso**. Dissertação de Mestrado em Saúde, 174 p. Fortaleza, UECE, 2011.
- FERNANDES, G; BOEHS, A. E. A família rural em fases de transição: mudanças nos papéis e tarefas do cuidado familiar. **Revista Cogitare Enfermagem**. v. 15, n. 1, jan./mar. 2010.
- FERNANDES, G; BOEHS, A. E. Contribuições da literatura para a Enfermagem de família no contexto rural. **Revista Texto Contexto Enfermagem**. Florianópolis, v. 20, n. 4, out./dez. 2011.
- FIGUEIREDO, M. F. S.; RODRIGUES-NETO, J. F.; LEITE, M. T. S. Modelos aplicados às atividades de educação em saúde: revisão. **Revista Brasileira Enfermagem**. Rio de Janeiro, v.63, n.1, p.117-121, 2010.
- GARCIA, A; PORN, J. C; FRANCESCHINI, T. G. **O desenvolvimento da assistência de enfermagem destinado aos pacientes “acamados” em domicílio**. Cascavel, FAG, 2008.

GARCIA, M. A. A; MIYAMOTO, D. A; FRIGERIO, R. M; MERLIN, S. S. A atuação das equipes de saúde da família junto aos idosos. **Revista APS**. V.9, n.1, p.4-14, 2006.

GAZZINELLI, M. F. C.; MARQUES, R. C.; OLIVEIRA, D. C.; AMORIM, M. M. A.; A-RAÚJO, E. G. Representações sociais da educação em saúde pelos profissionais da equipe de saúde da família. **Revista Trab. Educação Saúde**. Rio de Janeiro, v.11, n.3, p.553-571, 2013.

HEREDIA, B. M. A.; CINTRÃO, R. P. Gênero e acesso a políticas públicas no meio rural brasileiro. **Revista NERA**. Presidente Prudente, v.9, n.8, p.1-28, 2006.

MANDÚ, E.N.T.; SILVA, G.B. Recursos e estratégias em saúde: saberes e práticas de mulheres dos segmentos populares. **Revista Latino-Americana Enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 8, n. 4, ago. 2000.

MEDEIROS, R. L. R; ANDRADE, A. M. B. A; FERNANDES, A. F. C; ALMEIDA, N. M. G. S; LESSA, M. G. G. **O enfermeiro no programa saúde da família: Percepções, possibilidades de atuação, fronteiras profissionais e espaços de negociação. Relatório final**. Fortaleza, Observatório de Recursos Humanos em Saúde, 2007.

MENDES, K. D. S; SILVEIRA, R. C. C. P; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Revista Texto Contexto Enfermagem**. Florianópolis, v. 17, n. 4. 2008.

NORMAN, A. H.; TESSER, C. D. Prevenção quaternária na atenção primária à saúde: uma necessidade do Sistema Único de Saúde. **Cadernos Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.25, n.9, p.2012-2020, 2009.

NUNES, I. O. **Análise sobre vida e trabalho das mulheres da pequena produção rural: perspectivas e possibilidades**. Programa de Pós-Graduação em Educação Brasileira. Fortaleza, UFC, p.1-11, 2011.

OLIVEIRA, K. R.; RIBEIRO, E. R. **Mulher de papel: discursos sobre a trabalhadora rural no suplemento do campo do jornal O Popular**. Goiás: UFG, p.1-11, 2011.

PAULILO, M. I. S. Trabalho familiar: uma categoria esquecida de análise. **Revista Estudos Feministas**. Florianópolis, v. 12, n. 1, jan./abr. 2004.

PORTELLA, M. R. Cuidar para um envelhecer saudável: a construção de um processo educativo com mulheres rurais. **Revista Brasileira Enfermagem**. Brasília, v. 52, n. 3, jul./set. 1999.

RIBEIRO, A. G.; COTTA, R. M. M.; RIBEIRO, S. M. R. A Promoção da saúde e a prevenção integrada dos fatores de risco para doenças cardiovasculares. **Revista Ciência Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.17, n.1, p.7-17, 2012.

ROSA, L. M; SILVA, A. M. F; PEREIRA, R. S. M. R; SANTOS, S. M. A; MEIRELLES, B. H. S. Família, cultura e práticas de saúde: um estudo bibliométrico. **Revista Enfermagem-UERJ**. Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, out./dez. 2009.

SALCI, M. A.; MACENO, P.; ROZZA, S. G.; SILVA, D. M. G.; BOEHS, A. E.;

HEIDEMANN, I. T. S. B. Educação em saúde e suas perspectivas teóricas: algumas reflexões. **Revista Texto Contexto em Enfermagem**. Florianópolis, v.22, n.1, p.224-230, 2013.

SANTOS, J. **Assistência à saúde da mulher no Brasil**: aspectos de uma luta social. Maranhão: UFMA, p.1-9, 2005.

SCHWARTZ E. **O viver o adoecer e o cuidar das famílias de uma comunidade rural do extremo Sul do Brasil**: uma perspectiva ecológica. 220 p. Doutorado (Tese) – Departamento de Enfermagem - Programa de Pós- Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, 2002.

SILVA, L. S.; COTTA, R. M. M.; ROSA, C. O. B. Estratégias de promoção da saúde e prevenção primária para enfrentamento das doenças crônicas: revisão sistemática. **Revista Panamericana Saúde Pública**. São Paulo, v.34, n.5, p.343-350, 2013.

SOUTO, K. M. B. A Política de atenção integral à saúde da mulher: uma análise de integralidade e gênero. **Revista SER Social**. Brasília, v.10, n.22, p.161-182, 2008.

SOUZA, L. C. **Análise de situações de vida e trabalho de mulheres da área rural de Nova Friburgo-RJ**. 39 f. Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Auroca – ENSP, Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ, 2008.

SOUSA, M. T.; SILVA, M. D.; CARVALHO, R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. **Einstein**, São Paulo, v. 8, n. 1, p.102-106, 2010

ZILLMER, J. G. V; SCHWARTZ, E; CEOLIN, T; HECK, R. M. A família rural na contemporaneidade: um desafio para a enfermagem. **Revista Enfermagem Universidade Federal de Pernambuco - UFPE**. Pernambuco, v. 3, n. 3, jul./set. 2009.

ZILLMER, J. G. V; SCHWARTZ, E; MUNIZ, R. M. O olhar da enfermagem sobre as práticas de cuidado de famílias rurais à pessoa com câncer. **Revista Escola Enfermagem da USP**. São Paulo, v. 46, n. 6. 2012.

WHITTEMORE, R. Combining evidence in nursing research: methods and implications. **Nursing Research**. Oregon, v.54, n.1, jan./feb. 2005.

WHITTEMORE, R.; KNALF, K. The integrative review: updated methodology. **Journal of Advanced Nursing**. Oregon, v. 52, n. 5, 2005.

WUNSCH, S; BUDÓ, M. L. D; GARCIA, R. P; OLIVEIRA, S. G; GEWEHR, M; SCHIMITH, M. D; SILVEIRA, C. L. População rural e enfermagem: uma revisão bibliométrica. **Revista Enfermagem Universidade Federal de Santa Maria – UFSM**. Santa Maria, v. 2, n. 3. 2012.

APÊNDICES**APÊNDICE A****Instrumento de Coleta de dados**

Referência do artigo:

Profissão do autor: _____

Área de atuação: _____

País de origem: _____ Qualificação: _____

Fonte: () Scielo () Medline () EBSCO () Lilacs

Periódico: _____

Delineamento do estudo: _____ Nível de evidência: _____

Variável de interesse: Quais são os resultados do estudo no que se refere a minha pergunta da revisão?
