

Artigo de Revisão

Doenças e situações de vulnerabilidade das mulheres no contexto rural: uma revisão integrativa

Diseases and situations of vulnerability of women in the rural context: an integrative review

Enfermedades y situaciones de vulnerabilidad de las mujeres en el contexto rural: una revisión integradora

 <http://dx.doi.org/10.18316/sdh.v9i1.6063>

Samanta Andresa Richter¹, Daniel Luciano Gevehr²

são grande diferenciais entre as mulheres urbano/rural, o que reafirma a importância da elaboração de estratégias de melhoramento das condições de vida da mulher rural.

RESUMO

Objetivo: identificar as doenças e situações de vulnerabilidade mais prevalentes, com maior impacto à saúde da mulher no contexto rural. Método: Trata-se de uma revisão integrativa, na qual foram selecionadas 32 publicações das plataformas SciELO, LILACS e PubMed, no período de maio a junho de 2018. Resultados e Discussão: dos artigos selecionados 71,86% são artigos estrangeiros. A maior parte dos artigos têm sua publicação concentrada nos anos de 2016, 2014 e 2015, somando 59,37%, mais da metade dos trabalhos selecionados. Conclusão: Embora, existam diferenças no contexto rural, muitas das doenças vivenciadas pelas mulheres do urbano também aparecem entre as rurais. Porém a acessibilidade e a baixa escolaridade

Palavras-chave: Saúde da Mulher; Área Rural; Vulnerabilidade e Saúde.

ABSTRACT

Objective: identify the most prevalent diseases and situations of vulnerability with the greatest impact on women's health in the rural context. Method: This is an integrative review, which selected 32 publications from SciELO, LILACS and PubMed platforms, from May to June 2018. Results and Discussion: of the selected articles 71.86% are foreign articles. Most articles have their publication concentrated in the years 2016, 2014 and 2015, totaling 59.37%, more than half of the selected works. Conclusion: Although the differences in the rural context, many of the diseases are experienced by women in urban areas, but accessibility and low schooling have great differences between urban / rural women, which adds to the importance in developing strategies to improve conditions life of rural women.

Key-words: Women's Health; Rural Area; Vulnerability and Health.

1 Mestra em Desenvolvimento Regional pelo (PPGDR-FACCAT). Doutoranda em Medicina/Pediatria e Saúde da Criança pelo (PPGPSC-PUCRS)

2 Doutor em História pela UNISINOS. Docente do Programa de Pós-graduação em Desenvolvimento Regional (PPGDR-FACCAT)

*Autor Correspondente: E-mail: samantarichter@sou.faccat.br

Submetido em: 29/08/2019

Aceito em: 26/10/2020

RESUMEN

Objetivo: identificar las enfermedades más prevalentes y las situaciones de vulnerabilidad

con mayor impacto en la salud de las mujeres en el contexto rural. Método: Se trata de una revisión integradora, que seleccionó 32 publicaciones de las plataformas SciELO, LILACS y PubMed, de mayo a junio de 2018. Resultados y Discusión: de los artículos seleccionados el 71,86% son artículos extranjeros. La mayoría de los artículos tienen su publicación concentrada en los años 2016, 2014 y 2015, totalizando el 59,37%, más de la mitad de los trabajos seleccionados. Conclusión: A pesar de las diferencias en el contexto rural, muchas de las enfermedades son experimentadas por mujeres en áreas urbanas, pero la accesibilidad y la baja escolaridad tienen grandes diferencias entre las mujeres urbanas / rurales, lo que se suma a la importancia en el desarrollo de estrategias para mejorar las condiciones de vida de la mujer rural.

Palabras-clave: salud de la mujer; zona rural; vulnerabilidad y salud.

INTRODUÇÃO

A população de mulheres no Brasil corresponde a cerca de 51,03% da população total, segundo os últimos dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 2010¹. Mesmo com um percentual não muito acima dos homens, sabe-se que as mulheres são as principais usuárias dos serviços de saúde². Parte disso, relaciona-se com diversos aspectos culturais da mulher - enquanto provedora do lar - embora muito desse cenário já tenha se modificado, na medida em que a mulher tem buscado, cada vez mais, seu espaço do mundo do trabalho³.

No caso do Brasil, a saúde da mulher foi incorporada às políticas nacionais de saúde ainda nas primeiras décadas do século XX, sendo limitada, nesse período, às demandas relativas à gravidez e ao parto. Os programas materno-infantis, elaborados nas décadas de 1930, 1950 e 1970, traduziam uma visão restrita sobre a mulher, baseada apenas em sua especificidade biológica e no seu papel social de mãe e doméstica, responsável pela criação, pela educação e pelo cuidado com a saúde dos filhos e demais familiares².

A Organização Mundial da Saúde, em 2018, estimava que cerca de 303 mil mulheres morreram por complicações na gravidez e no parto, somente em 2015. Quase todas essas mortes ocorreram

em países de baixa e média renda (99%). Nessa perspectiva, os artigos analisados nesse estudo mostram exatamente esse mesmo cenário, uma vez que muitos destes estudos foram realizados em países subdesenvolvidos. Vale mencionar, nesse contexto, que reduzir a mortalidade materna depende, crucialmente, em garantir que as mulheres tenham acesso a cuidados de qualidade antes, durante e após o parto^{4,5}.

Nesse sentido, acentua-se a importância dos profissionais de saúde em (re)conhecer as particularidades sociais do contexto rural, ao avaliar, desenvolver e prescrever seus cuidados, pois muitas crenças, hábitos e valores são transmitidos nas famílias, de geração em geração. Assim, considera-se fundamental a formulação e implementação de estratégias que atendam as demandas de educação e de promoção da saúde⁶.

Aproximando a relação entre o espaço rural e a questão da saúde da mulher nesse espaço, necessita-se melhor compreender a relação existente entre as especificidades do contexto rural e a saúde feminina. Apesar da melhoria dos indicadores sociais nas zonas rurais, ainda se observam nesses espaços as dificuldades de sobrevivência no campo, bem como o desenvolvimento de atividades ocupacionais complementares ao trabalho agrícola e o aumento da dependência dos programas sociais e de transferência de renda, especialmente entre as extremamente pobres^{7,8}. Nota-se o avanço insuficiente quanto ao acesso à infraestrutura e às políticas públicas de saúde e educação⁹. Assim sendo, as populações mais vulneráveis, são aquelas sobre quem recai a maior parte dos efeitos da falta de infraestrutura básica e dos problemas típicos da falta de desenvolvimento social⁸.

No entanto, cabe lembrar que o conceito de vulnerabilidade é muito utilizado no campo da saúde pública. Sua incorporação foi apresentada como alternativa analítica e como abertura promissora, frente à indiscutida hegemonia alcançada pelo conceito de risco, originário da abordagem epidemiológica. Com vista a uma leitura mais aprofundada e complexa dos complexos processos de saúde e enfermidade e, portanto, como uma possibilidade de trazer mais respostas efetivas e integrais, percebe-se a crescente preocupação com a vulnerabilidade, que passa a ser objeto de maior preocupação e análise.

Nesse contexto, aparece o conceito de vulnerabilidade, que possui diversos significados. As publicações estudam diferentes determinantes globais, como gênero, etnia, classe, com suporte na hipótese da distribuição desigual da vulnerabilidade na interseção de tais variáveis, o que permite uma análise cada vez mais complexa e, ao mesmo tempo, mais precisa das variantes. A crescente objetividade dessa perspectiva tem contribuído para uma rápida instrumentalização, auxiliando políticas públicas interessadas na focalização e racionalização de investimentos. Outros estudos, interessados em descrever variáveis relativas às condições de vida, tais como renda, qualidade da moradia, nível educativo, iniquidade de gênero que incidem na ocorrência de eventos adversos, são considerados com alguma frequência, como relativos à vulnerabilidade¹⁰.

Como exemplo de situações de vulnerabilidade das mulheres no contexto rural - segundo a Organização Mundial de Saúde - destacam-se as relações conflituosas que são geradoras de violência¹¹. Verifica-se uma grande associação entre as variáveis relativas ao gênero, as condições de vida e de trabalho, a pouca escolaridade e o conhecimento sobre as situações de violência, como causas prováveis dessa situação de vulnerabilidade. Afinal, deve-se considerar que qualquer forma de violência, seja física ou psicológica, causa considerável impacto em termos de morbidade, prejuízos na funcionalidade e capacidade produtiva, interferindo na qualidade de vida.

Em contrapartida, algumas doenças que acometem a mulher no contexto rural, foram identificadas em diversos estudos, que evidenciam a presença de patologias específicas para a população idosa rural. Entre elas, estão a hipertensão arterial, a depressão, o estresse e a intoxicação por inalação de agrotóxicos. Ao utilizar como amostra a população de idosos, no contexto rural, esse estudos mostraram a predominância do sexo feminino^{12,13} como grupo mais atingido.

Não ignoramos o fato de que as doenças crônicas não transmissíveis são condições que atingem tanto homens quanto mulheres, têm alta prevalência entre população e tem profundo impacto no sistema de saúde. Entretanto, o estudo tem como objetivo identificar, a partir do levantamento da produção científica mais recente, quais são as doenças e situações de vulnerabilidade mais

prevalentes e com maior impacto à saúde da mulher, no contexto rural.

Nessa perspectiva, formula-se o seguinte questionamento: *quais são as doenças e situações de vulnerabilidade mais prevalentes em mulheres, no contexto rural?* Nesse íterim, o presente estudo procura contribuir para o aprofundamento e sistematização do conhecimento produzido sobre o tema, na medida em que busca identificar as doenças e situações de vulnerabilidade mais prevalentes, com maior impacto à saúde da mulher no contexto rural.

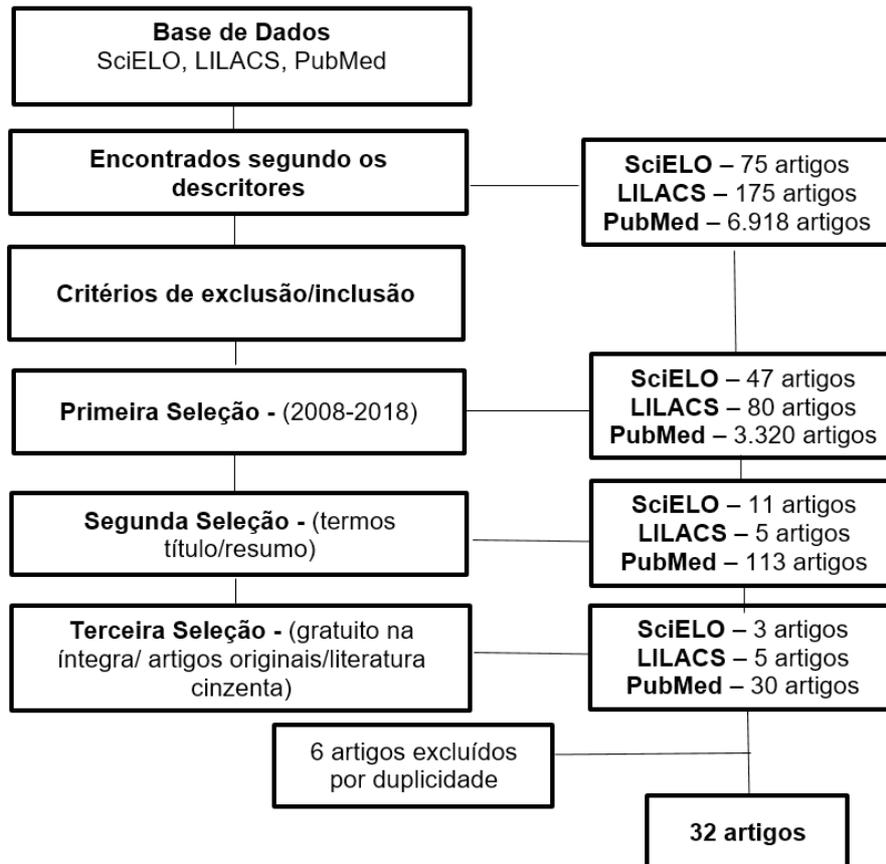
METODOLOGIA

Este artigo de revisão integrativa apresenta estudos de vários autores sobre as situações de vulnerabilidade e doenças que acometem as mulheres no contexto rural. O método de revisão integrativa são o tipo mais amplo de métodos de revisão de pesquisa, permitindo a inclusão simultânea de pesquisas experimentais e não experimentais, a fim de compreender mais plenamente um fenômeno preocupante¹⁴.

Para reunir os artigos que servem de sustentação às ideias apresentadas, foram utilizados os seguintes critérios de inclusão: artigos publicados no período entre 2008 a 2018; que abordassem no título/resumo termos “mulheres”, “saúde da mulher”, “doenças”, “patologias”, “vulnerabilidade”, “meio rural” ou “contexto rural”; e disponíveis gratuitamente na íntegra. Optou-se pelo limitante de tempo, devido a grande concentração de artigos da área da saúde publicados nas bases, além de identificar a literatura mais atual sobre o tema. E para o critério de exclusão, retirou-se as seguintes literaturas, como: teses, dissertações, livros, capítulos de livro, cadernos governamentais, e revisões de literatura.

Portanto, aplicaram-se os critérios de inclusão/exclusão sobre nas seguintes bases, SciELO, LILACS e PubMed. Para realizar a primeira busca dos artigos, utilizou-se dos descritores segundo os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), com o emprego do conector: vulnerabilidade em saúde (*health vulnerability*) AND saúde da mulher (*women's health*) AND enfermagem rural (*rural nursing*) AND zona rural (*rural areas*) AND doença (*disease*). Assim, o período da coleta/seleção dos artigos ocorreu em maio e junho de 2018.

Figura 1. Operanização do processo de seleção dos artigos



(Fonte: Dados da pesquisa, 2018)

Na primeira busca dos dados, foram encontrados 7.168 artigos, sendo o PubMed com o maior número de artigos encontrados. Apartir desse número encontrado, iniciou-se a primeira seleção dos artigos - com base nos critérios, de ano de publicação - o que reduziu os artigos para 3.320, representando uma redução de 48% das publicações. Na segunda seleção se adotaram termos “mulheres”, “saúde da mulher”, “doenças”, “patologias”, “meio rural” e “contexto rural” que deveriam conter no título ou resumo da obra, assim resultou em 129 artigos. E a última/ terceira seleção, com a inclusão - artigos gratuitos na íntegra - e de exclusão (literatura cinzenta e revisão de literatura), totalizando 38 artigos, porém 6 foram excluídos devido a duplicidade, sendo assim, o total de 32 artigos, como ilustrado na Figura 1.

Reunidos os dados necessários, partiu-se para a apresentação dos resultados, relacionando os principais dados encontrados nas publicações dos diferentes autores selecionados para o suporte teórico do tema em discussão.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A saúde da mulher no contexto rural se mostra como um tema abrangente para os pesquisadores, tanto para os aspectos culturais, como no panorama das doenças específicas femininas e comuns na população em geral. Alguns estudos enfatizam o perfil sociodemográfico, e em sua maioria, tem como propósito, diferenciar as especificidades do contexto rural com o urbano.

O país que obteve mais publicações neste campo de pesquisa, foi a Inglaterra com 10 publicações (31,25%), seguindo o Brasil, que totalizou 9 publicações (28,14%); Estados Unidos, com 6 publicações (18,75%); Austrália, com 4 publicações (12,5%) e Japão, Tailândia e Índia somadas com 3 publicações (9,36%), o que demonstra a internacionalização da temática, ainda que neste estudo, se tenha trabalhado com duas bases de dados latinoamericanas (SciELO e LILACS).

A maior parte dos artigos têm sua publicação nos anos de 2016 (8), 2014 (6) e 2015 (5), somando 59,37%. Isso indica uma forte

concentração de produções naquele período. Entretanto ocorreu uma regressão no cenário dos dois últimos anos 2017 e 2018, o que ressalta a preocupação na continuidade e atualizações de publicações com esse tema, com vistas no investir dos pesquisadores.

A temática mais abordada nos artigos selecionados foi o estudo das doenças não específicas da população feminina, com 8 artigos (25%). A segunda temática mais abordada, foi a das situações de violência, totalizando 5 artigos (15,7%). Na seleção dos artigos se notou um número reduzido de publicações com as doenças especificadas da população feminina, com o total de somente uma publicação.

Já a saúde da mulher no contexto rural se mostra um tema abrangente para os pesquisadores, tanto para os aspectos culturais, como no panorama das doenças específicas femininas e comuns na população em geral. Alguns estudos caracterizam um perfil sociodemográfico, em sua maioria com a finalidade de diferenciar as especificidades do contexto rural com o urbano. Com isso, estruturou-se em quatro subseções os resultados, a saber: doenças que impactam as mulheres no contexto rural; vulnerabilidade no contexto rural: acesso aos serviços de saúde; a violência como um elemento da vulnerabilidade da mulher rural; e o conhecimento, prevenção, promoção à saúde da mulher no contexto rural.

Doenças que impactam as mulheres no contexto rural

Em relação às doenças específicas femininas, em um dos estudos, os autores ponderam o câncer de mama e seu conhecimento. Portanto, das 266 participantes do estudo, (57,9%) tinha uma consciência geral sobre o câncer de mama. A maioria dos participantes desconhecia que alterações na forma da mama (88,2%), ondulação da pele da mama (72,3%) e secreção mamilar (69,6%) são os principais sintomas do câncer de mama, o que indica consciência média dos participantes sobre o câncer¹⁵.

Em se tratando das doenças comuns da população em geral, verifica-se o estigma do vírus HIV exteriorizado (culpa), que se mostrou geograficamente heterogêneo em toda a área de estudo, mesmo após o controle de

fatores individuais. Em contraste, houve menos evidências de tendência espacial ou agrupamento de estigma internalizado (vergonha). Portanto, o estigma exteriorizado pode ser impulsionado, mais por crenças culturais disseminadas dentro das comunidades, enquanto que o estigma internalizado pode ser o resultado de características de nível individual, fora do domínio da influência da comunidade¹⁶.

Esses dados podem informar sobre as intervenções no nível da comunidade, para diminuir o estigma relacionado ao HIV e, assim, impactar na epidemia do HIV. Em contrapartida, no estudo realizado em Tomatlán, realizado em uma pequena cidade na costa mexicana do Pacífico, destacou a evidência de uma zona de tolerância em que um grupo de profissionais do sexo, separadas do resto da cidade por um lixão, onde estas oferecem seus serviços aos homens locais. Tais fronteiras têm a ver com periferia e o controle e o estigma construído sobre essas mulheres¹⁷.

Outro estudo analisou os pacientes com diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2 e comprovou que os participantes possuíam mais conhecimentos sobre autogerenciamento do diabetes e habilidades de cuidados pessoais (ou seja, exercícios e cuidados com os pés) que persistiram ao longo do tempo¹⁸. Contudo, em um estudo diferente constatou-se que não existem diferenças significativas encontradas em mulheres com sobrepeso e obesas, com fatores de risco cardiovascular quando comparadas à classificação rural, com uma exceção. O colesterol total foi associado à classificação rural, onde as mulheres que vivem em grandes áreas rurais eram mais propensas a ter níveis elevados de colesterol total (acima de 240 mg/dl) em comparação às mulheres que vivem em áreas pequenas/isoladas (18,5% a 10,0%, respectivamente)¹⁹.

Uma pesquisa em Bangladesh, investigou a correlação significativa da anemia com características sociodemográficas e familiares. Entre as variáveis sociodemográficas, encontrou-se associação significativa com o estado de anemia, a idade e, em relação aos arranjos domiciliares, e mostrou que as mulheres que utilizavam combustível de biomassa para cozinhar, tinham maior probabilidade de estar anêmicas²⁰.

Em outro estudo, com uma amostra de 444 participantes de pesquisa, evidenciou-se quanto

aos comportamentos de risco para o câncer, 36% da amostra eram fumantes, 39% relataram baixos níveis de atividade física e 45% tinham índice de massa corporal (IMC) calculado acima de 30. Houve diferenças significativas na renda, no estado de saúde percebido e na depressão, dependendo do número de comportamentos de risco relatados. A compreensão de combinações de comportamentos de risco, pode ajudar enfermeiros e outros profissionais de saúde, a adaptar intervenções de mudança de comportamento de saúde múltiplas, para prevenir o câncer entre as mulheres rurais²¹.

Na análise de regressão logística, as variáveis “viver com companheiro” e “nível de escolaridade” foram associadas a Transtornos Mentais Comuns, mesmo após o ajuste para as demais variáveis. Os achados evidenciaram uma associação de fatores sociais e comportamentais com Transtornos Mentais Comuns entre mulheres rurais²². Nessa perspectiva, torna-se evidente a prevalência de Transtornos Mentais Comuns, que foi de 35,7%. Na análise de regressão logística, as variáveis viver com companheiro e nível de escolaridade foram associadas a Transtornos Mentais Comuns, mesmo após o ajuste para as demais variáveis²³.

Vulnerabilidade no contexto rural: acesso ao serviços de saúde

A vulnerabilidade no contexto rural pode ser vista pelo acesso ao atendimento nos serviços de saúde. Vale ressaltar que o acolhimento, vínculo e diálogo, influencia a construção de ações coletivas por meio de atividades grupais são reconhecidas como potencializadoras da promoção da saúde e do empoderamento individual e coletivo na dimensão dos eventos violentos²⁴.

Um estudo realizado no Egito, com a finalidade de examinar as barreiras para o uso de serviços básicos de saúde pelas mulheres no rural, mostrou que os maiores problemas eram a distância e o transporte; dificuldade em pagar pelos serviços de saúde; obter permissão da família, reservar tempo para ir aos serviços de saúde ou se preocupar com a falta de médicos do sexo feminino era um grande problema para elas²⁵.

Além da baixa fidelidade aos atributos da

Atenção Primária à Saúde (APS), com o enfoque no eixo funcional na doença, transformando a unidade em pequenos pontos de atendimento de emergência e um espaço burocrático, onde os pacientes são encaminhados para outros tipos de serviços. A qualidade do serviço oferecido está comprometida em oferecer tratamento rápido, fragmentado e desigual no contexto rural. Os achados do estudo evidenciam a necessidade de maiores esforços, no sentido de adequar o novo modelo assistencial, ao desenvolvimento de ações adequadas, designadas pela APS no contexto rural²⁶.

A decisão da mulher em ser atendida no estabelecimento de saúde, pode se afirmar, que é afetada por uma interação complexa de fatores sociodemográficos, socioculturais e relacionados aos serviços de saúde. As funções de tomada de decisão da família e o apoio de um marido à prestação institucional, exercem uma influência particularmente forte no local de entrega, e isso deve ser enfatizado na política de saúde, bem como no desenvolvimento e implementação de programas de saúde materna no Nepal²⁷. Além disso comprova-se que as mulheres mais velhas acabam por realizar e trocas de saberes sobre o uso das plantas medicinais, o que favorece as crenças e dos hábitos através das gerações²⁸.

Nessa perspectiva, a saúde materna das mulheres no rural, desperta interesse dos pesquisadores, nos centros rurais de Neyshabur, no Irã, apontaram que entre 99,2% a 95,5% das mulheres receberam cuidados de saúde pré e pós-parto, respectivamente¹⁶. Além disso, a taxa de cesárea foi de 30,25% entre as mulheres rurais. A pílula anticoncepcional foi o método de controle de natalidade mais conhecido (88,9%), enquanto o coito interrompido foi o método mais utilizado (28,5%). Além disso, 59,8% das mulheres rurais se casaram com idade inferior a 18 anos. A doença sexualmente transmissível mais conhecida para essas mulheres foi o HIV/aids (81,7%). Além disso, essas mulheres relataram 33,1% de violência doméstica no último ano²⁹.

As mulheres grávidas e membros da comunidade na zona rural do norte da Serra Leoa revelaram que os processos de tomada de decisão são complexos e multifacetados, as decisões sobre o local de entrega e com quem ajudar o parto são feitas coletivamente, um parto normal é visto como aquele que ocorre dentro da aldeia.

Experiências anteriores, percepções e expressões de sintomas corporais, bem como a interpretação de diferentes riscos afetam essas decisões³⁰.

Ressaltam-se que intervenções para reduzir a prevalência de atrasos nas consultas de pré-natal no rural devem envolver os líderes religiosos, abordar a gravidez indesejada por meio de educação sobre planejamento familiar e envolver os parceiros do sexo masculino na saúde reprodutiva das mulheres³¹.

As gestantes relataram que não alteraram a quantidade e o tipo de alimentos consumidos, para levar em conta o aumento da necessidade nutricional durante a gestação. Além disso, vários tabus relacionados à ingestão de certos alimentos e conceitos errôneos que podem afetar negativamente o estado nutricional durante a gravidez foram identificados. Mães mais velhas, das aldeias rurais, e aqueles sem educação formal eram mais propensos a praticar os tabus do que os mais jovens e educados³². Correlacionado, um estudo realizado no rural de Nebraska, demonstrou que o que mais influencia a mulher na amamentação são os benefícios percebidos para a saúde do bebê e a influência da família³³.

A violência como um elemento da vulnerabilidade da mulher rural

Em muitos contextos do espaço rural as mulheres se encontram em situações de vulnerabilidade, especialmente relacionados a episódios de violência doméstica e, na sua maioria, realizados pelo parceiro/marido. O acesso ao serviço de saúde, assim como o escasso conhecimento acerca de doenças popularmente conhecidas, também enfatizam que as mulheres se encontram vulneráveis a esses fatores. A temática do aborto, realizado por essas mulheres, também foi foco para um estudo.

Nesse contexto, um estudo realizado no noroeste de Bangladesh, com o embasamento nas autópsias verbais de mulheres, estas obtidas pelos familiares, com a finalidade de analisar os sintomas biomédicos que as mulheres vivenciaram, bem como uma narrativa dos eventos que levaram à morte. A amostra foi composta por 250 mulheres em idade reprodutiva, que morreram de doenças não transmissíveis entre 2001 e 2007. A maioria das mulheres (94%) procurou pelo menos um

serviço de saúde. Aproximadamente 71% das mulheres visitaram serviços não certificados (médicos de vilarejos e curandeiros tradicionais). Assim, as mulheres procuravam o serviço de saúde certificado somente quando os tratamentos anteriores não tivessem obtido sucesso de cura³⁴.

Outro estudo realizado na Índia, utilizou-se de autópsias sociais de 22 mortes maternas, durante 2011, no distrito de Khargone, na Índia central. Todas as 22 mulheres tentaram acessar a assistência médica, mas vários fatores atrasaram seu acesso aos cuidados apropriados. A subestimação da gravidade das complicações pelos membros da família, a desigualdade de gênero e a percepção de serviços de parto de baixa qualidade atrasaram as decisões de procurar atendimento. Os problemas de transporte e a busca de atendimento em várias instalações, atrasaram o acesso a instalações de saúde adequadas³⁵.

A negligência, por parte da equipe de saúde e a indisponibilidade de serviços, podem atrasar o recebimento de cuidados adequados após o acesso a um serviço de saúde. O estudo destacou vários fatores socioculturais e relacionados à prestação de serviços, que estão violando os direitos humanos das mulheres e resultando em mortes maternas na Índia central rural. Este estudo destaca que, apesar do esforço consciente do sistema de saúde para melhorar a saúde materna, elementos normativos de uma abordagem de direitos humanos à saúde materna (ou seja, disponibilidade, acessibilidade, aceitabilidade e qualidade dos serviços de saúde materna) não foram respeitados³⁶.

Ao se pensar em violência à mulher rural, se pode considerar a sobrecarga de trabalho, oriunda dos afazeres da casa ou da agricultura³⁷. Ainda em relação a violência, outro estudo desenvolvido no contexto rural da Costa do Marfim, evidenciou que as 72,6% das 950 mulheres entrevistadas relataram, de alguma forma, ter vivenciado violência no momento de crise dos parceiros, sendo que mais de 40% delas sofreram violência sexual, sendo forçadas a fazer sexo com o parceiro³⁸.

Em estudo mais recente, os autores trazem que os estereótipos sobre os papéis de gênero e as relações conjugais, podem refletir dificuldades dos profissionais de saúde, em compreender o comportamento das mulheres rurais³⁹. Pode-se

acrescentar o documento da Secretaria Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres, publicado em 2011, como “Mulheres do Campo e da Floresta: Diretrizes e ações nacionais”, que aborda as diretrizes nacionais de enfrentamento à violência contra as mulheres do campo e da floresta e ações de enfrentamento à violência contra as mulheres do campo e da floresta, por exemplo. Este caderno, pode ser utilizado pelos profissionais da saúde, como um suporte no atendimento prestado a vítima de violência no rural⁴⁰.

Contudo, os preditores de atitudes de mulheres rurais na Nigéria em relação à violência por parceiro íntimo (VPI) foram investigados usando uma amostra aleatória, com uma amostra de 3.911 indivíduos, segundo os achados da pesquisa, os resultados foram sugestivos à influências sociais, religiosas e culturais nas atitudes das mulheres em relação à VPI⁴¹.

As mulheres residentes nas três regiões do Norte, na região Sul do Sul, mulheres muçulmanas, mulheres com baixos níveis de educação e baixa renda familiar eram mais propensas a tolerar a VPI. Isso reflete as desvantagens socioeconômicas que eles enfrentam, bem como as restrições culturais e religiosas impostas a essas mulheres⁴¹. Nesse ínterim, um estudo com uma amostra de 1.296 jovens casadas, mais da metade das mulheres (51,9%) relataram ter sofrido alguma forma de violência em sua vida. Um quarto (25,3%) relatou violência física e quase metade (46,2%) relatou violência sexual. Da mesma forma, um terço (35,8%) das mulheres relataram alguma forma de violência nos últimos 12 meses. A pouca ou nenhuma comunicação entre os cônjuges e a baixa autonomia das mulheres, aumentam significativamente as chances de sofrer violência entre as mulheres casadas⁴².

Em estudo publicado recentemente, os autores relatam que as relações de gênero e a imputação da culpa à mulher foram consideradas as principais causas da violência na pesquisa, de encontro com a banalização da violência e sua associação a um assunto privado no qual não se deve interferir⁴³. E um estudo que entrevistou mulheres do contexto rural que realizaram aborto na Austrália, os principais resultados da pesquisa, mostraram que as mulheres viajaram de 1 a 9 horas para acessar o aborto em clínicas. Além disso, várias mulheres pediram dinheiro emprestado para a taxa de aborto. Em contrapartida, o estudo apontou

sugestões para melhorar o acesso das mulheres rurais a serviços de aborto incluíam serviços mais acessíveis que estavam “mais próximos de casa” como uma maneira de reduzir viagens e custos, e normalizar o aborto como uma questão de direitos de saúde da mulher. Destaca-se que serviços mais próximos de casa podem ajudar a reduzir as iniquidades no acesso aos cuidados de saúde vivenciados pelas mulheres rurais⁴⁴.

Conhecimento, prevenção, promoção à saúde da mulher no contexto rural

A relação existente entre o conhecimento, a atitude e a prática de mulheres residentes em uma comunidade rural quanto a métodos contraceptivos, se apresenta como outro elemento de destaque. Em um dos estudos, verificou-se que anticoncepcional oral, a camisinha, a tabela de Ogino-Knaus e o Dispositivo Intrauterino (DIU) foram pouco empregados. Salienta-se que 14 mulheres (28%) utilizavam algum método de maneira inadequada⁴⁵.

Em relação a abordagem dada à saúde das adolescentes, ressalta-se que a comunicação sexual entre pais e filhos, sugere que quadros conceituais e programas de ambientes desenvolvidos, podem ser adaptados de forma eficaz para contextos com poucos recursos⁴⁶. Além disso, o processo de decisão sexual do adolescente, priorizando as influências, que emergiu da análise foi um processo complexo e não linear que envolveu a priorização de quatro influências no contexto rural. As descobertas melhoram, significativamente, a compreensão de como as adolescentes rurais escolhem suas relações sexuais e gravidez⁴⁷.

CONCLUSÃO

O presente estudo teve como objetivo identificar as doenças e situações de vulnerabilidade mais prevalentes, com maior impacto à saúde da mulher no contexto rural. Com esse pressuposto, os estudos selecionados elencaram as doenças prevalentes nas mulheres no contexto rural, como: câncer de mama, HIV/aids, diabetes mellitus tipo 2, anemia, transtornos mentais (estresse e depressão) foram as doenças mais estudadas por esses pesquisadores.

Em relação às situações de vulnerabilidade, a violência vivenciada pelas mulheres do contexto rural, percebe-se como principal motivo, a violência doméstica praticada por seu parceiro/marido. Sabe-se que essa circunstância demonstra ser um grande desafio para os profissionais da saúde no atendimento e na identificação desses fatores. Por isso, a acessibilidade e a desenvoltura dos atendimentos também se mostraram como temas relevantes para as pesquisas. Enfatiza-se, neste sentido, o conceito de difícil acesso as unidades de saúde mais próximas, devido a distância da localidade das residências no rural.

A temática da maternidade também se manifestou de forma relevante pelos autores, com o principal foco na educação, prevenção e promoção da saúde mãe e recém-nascido, com destaque para a necessidade de diminuição da morbimortalidade materna-infantil. Esses estudos foram desenvolvidos, principalmente, nos países de grande vulnerabilidade e de altas taxas de mortalidade materna e infantil, como a exemplo, da África do Sul e Serra Leoa. Percebe-se a importância de se desenvolver pesquisas também deste cunho no Brasil, pois ainda não se tem a erradicação da mortalidade materna-infantil no país, e dessa forma, apresenta-se um agravante para o setor saúde.

Como limitante de pesquisa, ressalta-se a falta de estudos que abordem a inalação e exposição à agrotóxicos, visto que as mulheres do contexto rural, além de ser provedoras do lar, trabalham na lavoura, para complementar ou até mesmo prover, sozinhas, a renda familiar. Este estudo permitiu a construção de um panorama sobre as doenças que podem ser encontradas e diagnosticadas nas mulheres do contexto rural, além das diferentes situações de vulnerabilidade as quais essas mulheres estão sujeitas. Através desse diagnóstico, o profissional de saúde pode planejar e difundir ações de enfrentamento desse cenário, assim como propor ações efetivas de prevenção e melhoramento das condições de saúde das mulheres do contexto rural, garantido o respeito e o atendimento adequado às suas singularidades.

REFERÊNCIAS

1. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Distribuição da população por sexo: 2010 [Internet] 2010 [cited 2019Jun20]. Brasília. Available from: <https://brasilemsintese.ibge.gov.br/populacao/distribuicao-da-populacao-por-sexo.html>
2. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes [Internet] 2004 [cited 2019Jun5]. Ministério da Saúde: Brasília. Available from: http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2007/politica_mulher.pdf
3. Soares PSM, Meucci RD. Epidemiologia dos Transtornos Mentais Comuns entre mulheres na zona rural de Rio Grande, RS, Brasil. Ciênc. saúde coletiva. 2020;25(8):3087-3095.
4. Organização Mundial da Saúde (OMS). World health statistics 2018: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals [Internet]. 2018 [cited 2019Jun25];Geneva, Switzerland: WHO Press. Available from: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272596/9789241565585-eng.pdf?ua=1&ua=1>
5. Brasil. Ministério da saúde. Caderno de Atenção Básica: controle dos cânceres do colo do útero e da mama [Internet] 2013 [cited 2019Jun5]. 2ed. Ministério da Saúde: Brasília. Available from: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/cab13.pdf>
6. Hirschmann R, Bortolotto CC, Martins-Silva T, Machado AKF, Xavier MO, Fernandes MP et al. Simultaneidade de fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis em população rural de um município no sul do Brasil. Rev. bras. epidemiol. 2020;23:e200066.
7. Faria GJAD, Ferreira MDLA, Paula AMNRD. “Nós, as meninas da minha família, sempre vamos muito cedo para lá”: Trajetórias migracionais, redes sociais e espaços de vida das domésticas migrantes. Cidades. 2020;40:15-32.
8. Dimenstein M, Leite J, Macedo JP, Dantas C. Condições de vida e saúde mental em contextos rurais. Serviço Social e Saúde. 2018;16(1):151.
9. Ximenes VM, Esmeraldo Filho CE, Xavier NF, Monteiro MNB. Relações entre pobreza e bem estar em comunidades rurais do Brasil. Psicol. Conoc. Soc., Montevideo. 2020;10(1):98-121.
10. Oviedo RAM, Czeresnia D. O conceito de vulnerabilidade e seu caráter biossocial. Interface - Comunicação, Saúde, Educação. 2015;19(53):237-50.

11. Organização Mundial da Saúde (OMS). Mental health and development: targeting people with mental health conditions as a vulnerable group. 2010. Geneva, Switzerland: WHO Press.
12. Burille A, Gerhardt TE. Doenças crônicas, problemas crônicos: encontros e desencontros com os serviços de saúde em itinerários terapêuticos de homens rurais. *Saúde e Sociedade*. 2014;23(2):664–76.
13. Focchesatto A, Rockett FC, Perry IDS. Risk and protective factors for the development of chronic diseases in a rural elderly population in Rio Grande do Sul. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*. 2015;18(4):779–95.
14. Whittemore R, Knafl K. The integrative review: updated methodology. *J Adv Nurs*. 2005;52(5):546–553.
15. Balouchi A, Shahdadi H, Alkhasawneh E, Abdollahimohammad A, Firouzkouhi M, Sarani H, et al. Rural Womens Awareness about Breast Cancer in Southeastern Iran: a Cross-Sectional Study. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*. 2016;17(4):1875–9.
16. Akullian A, Kohler P, Kinuthia J, Laserson K, Mills LA, Okanda J, et al. Geographic distribution of HIV stigma among women of childbearing age in rural Kenya. *Aids*. 2014;28(11):1665–72.
17. Parrini R, Amuchástegui A, Garibi C. Limits, excesses and pleasures: practices and discourses of sex work in a Mexican rural community. *Culture, Health & Sexuality*. 2017;19(10):1136–48.
18. Williams IC, Utz SW, Hinton I, Yan G, Jones R, Reid K. Enhancing Diabetes Self-care Among Rural African Americans With Diabetes. *The Diabetes Educator*. 2014;40(2):231–9.
19. Tran D-MT, Pullen CH, Zimmerman LM, Hageman PA. Do Modifiable Cardiovascular Risk Factors Differ By Rural Classification in Women Who Enroll in a Weight Loss Intervention? *Online Journal of Rural Nursing and Health Care*. 2015;15(1):42–59.
20. Bishwajit G, Yaya S, Tang S, Hossain A, Fan Y, Akter M, et al. Association of Living Arrangement Conditions and Socioeconomic Differentials with Anemia Status among Women in Rural Bangladesh. *BioMed Research International*. 2016;2016:1–6.
21. Noonan D, Dardas L, Bice-Wigington T, Sloane R, Benjamin R, Choi SH, et al. Understanding Multiple Behavioral Risk Factors for Cancer in Rural Women. *Public Health Nursing*. 2016;33(6):519–28.
22. Parreira BDM, Goulart BF, Haas VJ, Silva SRD, Monteiro JCDS, Gomes-Sponholz FA. Common mental disorders and associated factors: a study of women from a rural area. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 2017;51.
23. Garbaccio JL, Tonaco LAB, Estêvão WG, Barcelos BJ. Aging and quality of life of elderly people in rural areas. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2018;71(suppl2):724–32.
24. Costa MC, Lopes MJM. Elementos de integralidade nas práticas profissionais de saúde a mulheres rurais vítimas de violência. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 2012;46(5):1088–95.
25. Chiang C et al. Barriers to the use of basic health services among women in rural southern Egypt (Upper Egypt). *Nagoya journal of medical science*. 2013;75(3-4):225-31.
26. Pitilin ÉDB, Lentsck MH. Primary Health Care from the perception of women living in a rural area. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 2015;49(5):726–32.
27. Shah R, Rehfuss EA, Maskey MK, Fischer R, Bhandari PB, Delius M. Factors affecting institutional delivery in rural Chitwan district of Nepal: a community-based cross-sectional study. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2015;15(1).
28. Thum MA, et al. Saberes relacionados ao autocuidado entre mulheres da área rural do Sul do Brasil. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. 2011;32(3):576.
29. Khaleghinezhad K, Kariman N, Nahidi F, Ebadi A, Nasiri M. Evaluation of reproductive health status among women referring to rural healthcare centers in Neyshabur (Iran) in 2017. *Electronic Physician*. 2018;10(4):6640–6.
30. Treacy L, Sagbakken M. Exploration of perceptions and decision-making processes related to childbirth in rural Sierra Leone. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2015;15(1).
31. Muhwava LS, Morojele N, London L. Psychosocial factors associated with early initiation and frequency of antenatal care (ANC) visits in a rural and urban setting in South Africa: a cross-sectional survey. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2016;16(1).
32. Zerfu TA, Umeta M, Baye K. Dietary habits, food taboos, and perceptions towards weight gain during pregnancy in Arsi, rural central Ethiopia: a qualitative cross-sectional study. *Journal of Health, Population and Nutrition*. 2016;35(1).

33. Joshi A, et al. Exploration of factors influencing initiation and continuation of breastfeeding among Hispanic women living in rural settings: a multi-methods study. *Rural & Remote Health*. 2014;14(3).
34. Sikder SS, Labrique AB, Ullah B, Mehra S, Rashid M, Ali H, et al. Care-seeking patterns for fatal non-communicable diseases among women of reproductive age in rural northwest Bangladesh. *BMC Womens Health*. 2012;12(1).
35. Chinnakali P, George J, Nair D, Premkumar N, Saravanan N, Roy G. The prevalence of domestic violence and its associated factors among married women in a rural area of Puducherry, South India. *Journal of Family Medicine and Primary Care*. 2016;5(3):672.
36. Jat TR, Deo PR, Goicolea I, Hurtig A-K, Sebastian MS. Socio-cultural and service delivery dimensions of maternal mortality in rural central India: a qualitative exploration using a human rights lens. *Global Health Action*. 2015;8(1):24976.
37. Costa MC, Lopes MJM, Soares JDSF. Social Representations Of Violence Against Rural Women: Unveiling Senses In Multiple Views. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 2014;48(2):213–21.
38. Gupta J, Falb KL, Carliner H, Hossain M, Kpebo D, Annan J. Associations between Exposure to Intimate Partner Violence, Armed Conflict, and Probable PTSD among Women in Rural Côte d'Ivoire. *PLoS ONE*. 2014;9(5).
39. Costa MC, Lopes MJM, Soares JDSF. Violence against rural women: gender and health actions. *Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem*. 2015;19(1).
40. Brasil. Secretaria Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres. *Mulheres do Campo e da Floresta: Diretrizes e ações nacionais* [Internet] 2011 [cited 2019Jun5]. Brasília. Available from: <https://www12.senado.leg.br/institucional/omv/entenda-a-violencia/pdfs/mulheres-do-campo-e-da-floresta-diretrizes-e-acoes-nacionais>
41. Antai DE, Antai JB. Attitudes of women toward intimate partner violence: a study of rural women in Nigeria. *Rural & Remote Health*. 2008;8(3).
42. Lamichhane P, Puri M, Tamang J, Dulal B. Women Status and Violence against Young Married Women in Rural Nepal. *BMC Womens Health*. 2011;11(1).
43. Santos WJD, Oliveira PPD, Viegas SMDF, Ramos TM, Policarpo AG, Silveira EAAD. Violência Doméstica Contra a Mulher Perpetrada por Parceiro Íntimo: Representações Sociais de Profissionais da Atenção Primária à Saúde. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online*. 2018;10(3):770.
44. Doran FM, Hornibrook J. Barriers around access to abortion experienced by rural women in New South Wales, Australia. *Rural & Remote Health*. 2016;16(1).
45. Nicolau AIO, Dantas RC, Gadelha APP, Pinheiro AKB. Conhecimento, atitude e prática de mulheres residentes no meio rural acerca dos métodos contraceptivos. *Revista Eletrônica de Enfermagem*. 2012;14(1).
46. Phetla G, Busza J, Hargreaves JR, Pronyk PM, Kim JC, Morison LA, et al. "They Have Opened Our Mouths": Increasing Womens Skills and Motivation for Sexual Communication With Young People in Rural South Africa. *AIDS Education and Prevention*. 2008;20(6):504–18.
47. Ezer P, et al. Heterosexual female adolescents' decision-making about sexual intercourse and pregnancy in rural Ontario, Canada. *Rural & Remote Health*. 2016;16(1).