



SABERES E CUIDADOS DE MULHERES RURAIS SOBRE HIPERTENSÃO E DIABETES

Resumo: Conhecer os saberes e as práticas de cuidado de mulheres da zona rural sobre hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus. Pesquisa qualitativa, desenvolvida em dezembro de 2021, com 11 mulheres residentes na zona rural e que conviviam com hipertensão e/ou diabetes. Os dados foram produzidos a partir de entrevista semiestruturada e da técnica de criatividade e sensibilidade Almanaque, com análise de conteúdo temática. As mulheres demonstram saberes básicos sobre as condições crônicas apresentadas, revelando a carência de informações transmitidas pelos profissionais de saúde. As práticas de cuidado estão associadas à alimentação, tratamento medicamentoso, uso de chás e plantas medicinais, e a prática de atividade física. São necessárias estratégias e intervenções de educação e promoção em saúde direcionadas às mulheres da zona rural. A partir dessas ações, as mulheres poderão compreender as doenças crônicas não transmissíveis, contribuindo para maior adesão e manutenção das práticas de cuidado.

Descritores: Saúde da Mulher, População Rural, Hipertensão, Diabetes Mellitus.

Knowledge and care of rural women about hypertension and diabetes

Abstract: To understand the knowledge and care practices of women from rural areas regarding systemic arterial hypertension and diabetes mellitus. A qualitative study conducted in december 2021 with 11 women living in rural areas who had hypertension and/or diabetes. data were collected through semi-structured interviews and the creativity and sensitivity technique "almanaque," with thematic content analysis. The women demonstrated basic knowledge about the chronic conditions, revealing a lack of information provided by healthcare professionals. their care practices included dietary adjustments, medication adherence, use of teas and medicinal plants, and engagement in physical activities. Strategies and interventions aimed at health education and promotion are necessary for women in rural areas. through these actions, women can gain a better understanding of non-communicable chronic diseases, contributing to greater adherence to and maintenance of care practices.

Descriptors: Women's Health, Rural Population, Hypertension, Diabetes Mellitus.

Conocimiento y atención de las mujeres rurales sobre la hipertensión y la diabetes

Resumen: Conocer los saberes y las prácticas de cuidado de las mujeres de la zona rural sobre hipertensión arterial sistémica y diabetes mellitus. Investigación cualitativa desarrollada en diciembre de 2021, con 11 mujeres residentes en la zona rural que convivían con hipertensión y/o diabetes. Los datos se obtuvieron mediante entrevistas semiestructuradas y la técnica de creatividad y sensibilidad Almanaque, con análisis temático de contenido. Las mujeres demostraron conocimientos básicos sobre las condiciones crónicas presentadas, revelando la falta de información proporcionada por los profesionales de la salud. Las prácticas de cuidado están asociadas con la alimentación, el tratamiento farmacológico, el uso de tés y plantas medicinales, y la práctica de actividad física. Se necesitan estrategias e intervenciones de educación y promoción de la salud dirigidas a las mujeres de la zona rural. A través de estas acciones, las mujeres podrán comprender las enfermedades crónicas no transmisibles, lo que contribuirá a una mayor adhesión y mantenimiento de las prácticas de cuidado.

Descritores: Salud de la Mujer, Población Rural, Hipertensión Diabetes Mellitus.

Talita de Carvalho Leal

Enfermeira. Residente em Saúde da Família e Comunidade em Escola de Saúde Pública de Florianópolis.

E-mail: talitacrvl@gmail.com

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8406-3276>

Lisie Alende Prates

Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta da Universidade Federal do Pampa.

E-mail: lisieprates@unipampa.edu.br

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5151-0292>

Natália da Silva Gomes

Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

E-mail: enfanataliogomes@gmail.com

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6952-7172>

Láisa Emannuele Pereira Knapp

Enfermeira no Hospital Santa Casa de Uruguaiana.

E-mail: laisaknapp.aluno@unipampa.edu.br

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0667-3540>

Raquel Pötter Garcia

Enfermeira. Doutora em Ciências. Professora Adjunta da Universidade Federal do Pampa.

E-mail: raquelgarcia@unipampa.edu.br

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5503-7981>

Cenir Gonçalves Tier

Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta da Universidade Federal do Pampa.

E-mail: cenirtier@unipampa.edu.br

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1539-7816>

Submissão: 28/01/2025

Aprovação: 17/04/2025

Publicação: 10/05/2025



Como citar este artigo:

Leal TC, Prates LA, Gomes NS, Knapp LEP, Garcia RP, Tier CG. Saberes e cuidados de mulheres rurais sobre hipertensão e diabetes. São Paulo: Rev Recien. 2025; 15(43):151-164. DOI: <https://doi.org/10.24276/rrecien2025.15.43.151>

Introdução

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) e o diabetes mellitus (DM) são doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) de origem multifatorial. Elas estão associadas a fatores de risco (FR), como idade/sexo, fatores socioeconômicos, sedentarismo, obesidade, tabagismo, alimentos com altas concentrações de gorduras trans e saturadas¹.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) relata que uma em cada três pessoas adultas tem HAS e uma a cada dez apresenta DM. Dentre as causas de morte, as doenças cardiovasculares representam 17,9 milhões de mortes e o DM 1,6 milhões².

Pesquisa analisou a multimorbidade e polifarmácia em 198 idosos, em um município da zona rural de Santa Catarina, e verificou a predominância do fenômeno em pessoas do sexo feminino (61,1%), com baixo grau de escolaridade (81%) e apresentavam sobrepeso (53%), as quais conviviam com alguma DCNT (88%), como HAS (67%), hiperlipidemia (32%) e DM (13,1%). A polifarmácia foi referida por 41,4% dos entrevistados e as mulheres possuíam maior prevalência (47,1%) do que os homens³.

Outro aspecto a ser destacado é que algumas DCNT, como a HAS, são comuns entre mulheres que vivenciam o climatério. A justificativa para o surgimento desse agravo está no fato de que, nesse período, há o declínio progressivo de estrogênio, o qual é responsável pela proteção dos vasos sanguíneos, aumentando o risco de doenças cardiovasculares⁴.

Além disso, acredita-se que os hábitos e as circunstâncias do cotidiano possam interferir e estar interligados aos aspectos culturais. Nesse sentido, os saberes e as práticas populares podem refletir no

cuidado e no tratamento das patologias, sendo que esses aspectos podem ser moldados a partir da cultura presente em cada contexto social. Diante disso, é fundamental que os profissionais de saúde valorizem os valores, as crenças e tradições familiares, aumentando a compreensão e o vínculo com o usuário, o que poderá permitir maior congruência do cuidado profissional com o saber popular⁵.

Ademais, é preciso salientar que, da mesma forma como em outros espaços, no contexto rural, culturalmente, as mulheres assumem o papel de principais cuidadoras da família. Essas mulheres também se ocupam com os afazeres domésticos e, por residirem na zona rural, ainda se envolvem com o trabalho na lavoura e no cuidado dos animais de criação, sem mencionar àquelas que trabalham fora da propriedade⁶. Desse modo, para pensar em estratégias que promovam a saúde da população rural e a promoção/prevenção/recuperação frente às DCNT, também é preciso considerar os saberes e as práticas de cuidado de mulheres que residem nesse contexto sobre esses agravos.

Estudo de revisão integrativa sobre a população do campo evidenciou a diversidade cultural das práticas de cuidado, as quais envolviam desde o uso de plantas medicinais, crenças e religiosidade, até o apoio social e ações de prevenção. Os autores sinalizam que essas práticas são compartilhadas de forma intergeracional. Eles também constataram que as dificuldades de acesso ao serviço de saúde, o contexto cultural e as questões econômicas contribuem com o desenvolvimento das práticas de cuidado à saúde. Por fim, enfatizam a necessidade de novos estudos para aprofundar os aspectos socioculturais das práticas de cuidado dessa

população, com foco na valorização dos saberes e práticas populares, a fim de integrá-los ao sistema convencional de saúde⁷.

Esses dados justificam a necessidade de pesquisas voltadas para a população que reside no meio rural, em especial as mulheres, no tocante à DCNT. Logo, esse estudo buscou responder a seguinte questão de pesquisa: quais os saberes e as práticas de cuidado de mulheres da zona rural sobre HAS e DM? O objetivo do estudo consistiu em conhecer os saberes e as práticas de cuidado de mulheres da zona rural sobre HAS e DM.

Material e Método

Estudo qualitativo, de campo, descritivo e exploratório. O cenário para a captação das participantes da pesquisa foi uma Unidade Básica de Saúde (UBS) rural, situada em município no interior do Rio Grande do Sul. A localidade onde estava localizado o serviço de saúde encontrava-se 50km de distância da área urbana. A população local possuía a renda provinda na agricultura familiar, o cultivo principal era o arroz e o sorgo, e na pecuária a criação de gado de corte e de reprodução.

Para a realização do estudo, inicialmente, realizou-se contato prévio com a enfermeira para apresentação do projeto e indicação de possíveis participantes. Nesse caso, foram reforçados os critérios de elegibilidade, que envolviam apresentar HAS e/ou DM, independente da faixa etária e ter recebido o diagnóstico de alguma dessas doenças em período superior a um mês. Esse critério justifica-se pelo entendimento de que há a necessidade de um período para que o indivíduo possa assimilar e desenvolver cuidados após diagnóstico de DCNT.

A partir disso, a enfermeira indicou algumas

possíveis participantes, que conviviam com HAS e/ou DM. A pesquisadora principal entrou em contato com algumas das participantes por ligação móvel, para apresentar o projeto de pesquisa e convidar para a participação no estudo. Diante do aceite da primeira participante, foi agendado dia, horário e local para a produção dos dados.

A escolha do cenário de coleta de dados se deu a critério das participantes. A maioria ocorreu em domicílio, em sala reservada. Contudo, também houve preferência pela realização em dois restaurantes e em um bar da comunidade, em que as participantes trabalhavam. Em qualquer das circunstâncias, prezou-se pela privacidade e o anonimato das entrevistadas.

O processo de produção de dados foi gravado, por meio da autorização das participantes e teve duração média de 10 minutos. A coleta de dados foi conduzida pela pesquisadora principal, no mês de dezembro de 2021, por meio de entrevista semiestruturada individual, associada à Técnica de criatividade e sensibilidade (TCS) Almanaque. Além disso, durante a pesquisa também foi utilizado o idioma libras pela pesquisadora para entrevistar uma participante surda, nesse caso foi utilizado a entrevista semiestruturada impressa para transcrever o diálogo e não se utilizou a gravação.

Essa TCS envolve o recorte e a colagem de figuras, desenhos, frases e palavras para a construção de um material denominado de Almanaque, que aborda determinado tema ou questão central. Previamente ao início das produções de dados, o material necessário para a elaboração do Almanaque, contendo as imagens, foi organizado e enumerado.

No dia, ele foi disponibilizado, durante a entrevista, a cada uma das participantes, para que

pudessem visualizá-lo e utilizá-lo no seu depoimento. Ainda se utilizou uma questão central para fomentar ideias e conceitos que talvez fossem esquecidos pelas participantes, a saber: “O que você sabe e/ou já ouviu falar sobre a hipertensão arterial/aumento da pressão e/ou diabetes mellitus/aumento da glicose/açúcar no sangue?”. Ao longo dos depoimentos, as participantes citaram algumas das imagens disponibilizadas (Figura 1) para elucidar as suas falas.

Figura 1. Imagens disponíveis para a elaboração da técnica de Almanaque pelas participantes.



Fonte: Autora (2022).

Ressalta-se que foi utilizada a técnica de *snowball* para captação das participantes, a qual envolve a amostragem em rede. Desse modo, solicitou-se que a primeira participante indicasse uma possível participante, que atendesse os critérios de elegibilidade propostos nesse estudo⁸. A segunda participante indicou uma nova participante, e assim sucessivamente. O critério de saturação de dados foi adotado para definir o encerramento da captação de novas participantes⁸, o que ocorreu após a inclusão de 11 participantes.

Todo o material produzido foi submetido à

análise de conteúdo temática⁹. Inicialmente, realizou-se a transcrição das entrevistas no programa *Microsoft Word Online* e a inserção das figuras citadas pelas participantes na elaboração do Almanaque no mesmo arquivo. Para explorar o material, utilizou-se as ferramentas disponíveis no programa para destacar as falas e imagens escolhidas pelas participantes, assim como os termos e/ou expressões significativas. Após, identificou-se as categorias e unidades de relevância/significância. Por fim, os resultados foram analisados crítica, reflexiva e minuciosamente, a partir de referenciais teóricos da área.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa, no dia 27 de julho de 2021, sob o CAAE 49774321.6.0000.5323, número do parecer 4.870.409. O estudo foi desenvolvido respeitando as normas contidas na Resolução nº 466/12. As participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e a fim de preservar a sua identidade, utilizou-se P por ser a letra inicial da palavra participante, seguida de um numeral. Além disso, também se inclui, na identificação, a sigla HAS para as mulheres que conviviam com hipertensão e DM para as participantes que apresentavam diabetes.

Resultados e Discussão

As participantes encontravam-se na faixa etária entre os 30 e 70 anos. A maioria possuía ensino fundamental incompleto (n=6), eram casadas (n=9), católicas (n=5), apresentavam renda de um salário-mínimo (n=4) e realizavam trabalho doméstico (n=6). Todas as mulheres possuíam, além do trabalho, outros afazeres diários. Entre eles, destacou-se: cozinhar e limpar a casa (n=10), cuidar dos filhos (n=4) e do marido (n=6), trabalhar na lavoura (n=5) ou fora de casa (n=4) e alimentar os animais (n=3).

Sete mulheres apresentavam HAS, três DM e uma convivia com as duas condições. A maioria residia com filhos e/ou companheiros. Três possuíam plano de saúde. Seis faziam uso de bebida alcoólica casualmente e uma ingeria com frequência superior a quatro vezes por semana, com uma média de 700 mL de cerveja por dia. Nenhuma delas era fumante no período da produção dos dados.

A partir da análise dos dados, obteve-se duas categorias. A primeira foi intitulada “Saberes de mulheres da zona rural relacionados à hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus”. Essa categoria apresenta os conhecimentos das participantes sobre as patologias, o que já ouviram falar, como descobriram/desconfiaram das DCNT e as orientações recebidas dos profissionais de saúde. A segunda categoria aborda sobre o momento em que descobriram as DCNT e os cuidados diários, sendo denominada “Práticas de cuidados de mulheres da zona rural que convivem com hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus”.

Saberes de mulheres da zona rural relacionados à hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus

Mediante as figuras escolhidas para compor o Almanaque e os depoimentos das participantes, verificou-se que elas apresentam conhecimentos básicos sobre HAS e DM, os quais estão relacionados com a sintomatologia e as complicações causadas por esses agravos. Elas descrevem o significado atribuído às condições crônicas de saúde e os sentimentos que emergem no seu cotidiano.

[...] tu podes ter problema de infarto, pode ter várias coisas [referindo-se às figuras 1 e 7 do almanaque], porque é muito perigoso. Eu tenho aquela pressão alta silenciosa. Não tenho aquela sintoma. Quando eu vou ver, está quase “20”. Ela é muito perigosa mesmo, principalmente

esse negócio de infarto (P1, convive com HAS).

Tudo que eu sei, eu passei a me informar depois que eu tive em 2016. Eu não sabia nada, o que eu poderia beber, comer. Mas percebi que tive sede excessiva [referindo-se à figura 14 do almanaque], muita coceira ardida, ressecamento dos olhos (P3, convive com DM).

Nunca tinha ouvido falar, só depois que tive, através dos panfletos (P6, convive com DM).

Eu sei que a hipertensão é risco de dar problema no coração, “entope” veia, eu só sei o básico (P10, convive com HAS).

A gente vê falar o que causa na pessoa, a tontura e dor de cabeça [se referindo às figuras 6, 7 e 8 do almanaque] (P9, convive com HAS).

A hipertensão é um problema de infarto. Tem que cuidar muito isso. Pode dar trombose. Tem que cuidar da alimentação. É terrível. A diabetes traz cegueira, problema de trombose (P11, convive com HAS e DM).

Figura 2. À esquerda, as imagens que compuseram o Almanaque da participante P9, que convive com HAS. À direita, as imagens do almanaque da participante P3, que convive com DM.



Fonte: Autora (2022).

Pondera-se que os saberes relacionados à HAS e DM se relacionam às orientações transmitidas pelos profissionais de saúde ou por pessoas do meio social, assim como a partir de leituras prévias em materiais, como panfletos. Autores consideram que os saberes em saúde são compartilhados entre as gerações, por diálogos, leituras e vivências, bem como a partir de trocas em grupos de mulheres e nas experiências cotidianas⁷. Assim, percebe-se que o valor agregado ao conhecimento que é vivido, partilhado e propagado pelo contexto sociocultural¹⁰.

Desse modo, considera-se fundamental valorizar os saberes e práticas de cuidados desenvolvidos pelos usuários, pois estes fazem parte da cultura, crenças e vivências partilhadas no seu contexto social. A partir do acolhimento com escuta de qualidade, o profissional pode fortalecer os laços e a confiança com o usuário¹¹, elucidando conceitos científicos, por meio de linguagem compreensível, e permitindo o esclarecimento de dúvidas, que podem contribuir para a adesão ao tratamento das DCNT.

Embora algumas participantes tenham manifestado conhecimento superficial sobre DM e/ou HAS, outras demonstraram saberes aprofundados sobre a fisiopatologia. De maneira geral, elas manifestam informações ligadas aos riscos desses agravos.

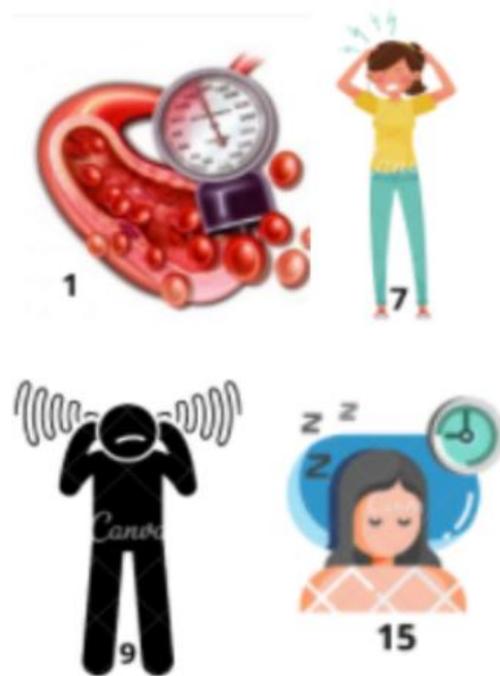
[...] eu acredito que o sangue precisa de velocidade para correr, eu não sei se ele tem uma pressão, ou o que que acontece, a pessoa pode vir infartar e ter um AVC, trombose. Eu tive trombose quando fazia quimioterapia e na cirurgia [escolheu as figuras 1 e 6 para elaboração do almanaque] (P7, convive com HAS).

É uma doença grave do circulamento, acelera o coração como esta imagem [figura 3 apresentada na sequência] e dói a cabeça, a nuca, tontura, da soneira eu já tive isso (P8,

convive com HAS).

A questão do açúcar no sangue e a alimentação saudável que a gente tem que ter para não acontecer, a visão que pode alterar e todo sistema imunológico da gente, e tenho ovários policísticos que ajudam a ter diabetes (P3 convive com DM).

Figura 3. Imagens que compuseram o Almanaque da participante P8, convive com HAS.



Fonte: Autora (2022).

De acordo com os depoimentos, a descoberta da DCNT se deu após situações de mal-estar ou estresse emocional, em consultas ou exames. Devido ao hábito de realizar exames de rotina e a busca constante à ESF da localidade, os profissionais puderam diagnosticar as patologias.

Começou tudo quando fui fazer um exame de rotina no posto e eu tinha muita dor de cabeça. A doutora mandou medir a pressão e estava alta. Comecei a tomar captopril e depois troquei pela losartana (P8, convive com HAS).

Comecei me sentir ruim, dor de cabeça e eu procurei o médico. Ele disse que minha hipertensão era emocional, mas comecei a tomar remédio depois de um tempo, porque sempre estava alta (P10, convive com HAS).

Quando eu comecei a fazer um tratamento para engravidar, fizeram vários exames e acusou

glicose, foi quando a gente descobriu (P4, convive com DM).

Foi logo quando a mãe faleceu. Eu comecei a ficar ruim. Fui ao médico cardiologista e ele me disse que estava com a pressão elevada e que podia ser devido ao emocional. Ele me deu remédio e como a gente já tem problema de família de "AVC cerebral", porque a mãe faleceu disso, ele me deu para ir controlando (P2, convive com HAS).

Eu descobri que tinha hipertensão logo depois do ocorrido. A mãe morava comigo e tinha problemas por causa da hipertensão, teve AVC e eu sempre correndo, em casa, na lavoura, vindo trabalhar, acho que foi muito estresse e tive isso (P5, convive com HAS).

Até os 36 anos, tive a pressão normalíssima. Eu era fumante. Nessa época, eu fazia faculdade e parei de fumar e a pressão subiu. O médico disse: "eu não vou passar medicação devido tu estares passando por um momento de estresse, parando de fumar, vamos dar um tempo". Eu engordei um monte. Quando eu fui me operar, comecei a tomar medicamento [...] quando passei no cardiologista, ele me disse "tu és medonha hein? pelos batimentos do teu coração já devia tomar medicamentos há muito tempo" (P7, convive com HAS).

Descobri em 2016. Andava me sentindo mal, mas, até então, achava que era muito estresse, era período de fechamento de notas e registros da escola, até que um dia eu tive sensação de desmaio e minhas colegas falaram que eu estava muito pálida. Então, fui para o posto ao meio-dia e as gurias mediram minha glicose e estava em 395. Fui atendida, me deram remédio para não ter um mal súbito e depois eu desmaiei e não me lembro muito (P3, convive com DM).

Exposto isso, nota-se a importância do acompanhamento de saúde e o vínculo do usuário com a rede de atenção à saúde. Também se ressalta a necessidade de buscar o serviço de saúde diante da presença de desconfortos.

Ainda é preciso frisar que muitas participantes consideraram que o surgimento da DCNT se deu

devido a uma situação de estresse emocional. Nesses casos, elas consideraram que a patologia foi desencadeada devido a algum acontecimento difícil.

Pesquisa realizada com 40 participantes, das quais 20 eram mulheres, verificou que o estresse emocional pode estar associado ao processo de adoecimento ou ainda a causa da condição crônica de saúde¹². Outras pesquisas também sinalizam que o estresse emocional, ansiedade e insônia podem influenciar os valores pressóricos e glicêmicos, devido à desestabilização homeostática do organismo¹³⁻¹⁴.

Na sequência, pode-se verificar que uma das participantes apresentou desconhecimento quanto ao desenvolvimento das patologias. Pode-se constatar que ela considerava que as DCNT poderiam ser transmitidas entre indivíduos, conforme o depoimento a seguir.

Fui ao médico e ele disse que eu tinha hipertensão e diabetes. Eu não sei como, porque na minha família ninguém tinha, não sei como peguei (P11, convive com HAS e DM).

É possível pontuar que, embora ela tenha tido contato com um profissional de saúde, o que permitiu o diagnóstico das DCNT, não foram transmitidas informações no que tange às causas desses agravos. Considera-se que a falta de compreensão pode impactar negativamente na sua vida. Nesse sentido, autores citam que a efetividade do controle e do tratamento da HAS e DM dependem do entendimento do usuário quanto à etiologia da patologia e a importância de seguir as orientações para o autocuidado¹⁵.

Nesse sentido, as participantes associaram a etiologia das DCNT, principalmente, ao estresse e aos hábitos alimentares. O fator genético também foi citado como aspecto desencadeador.

Naquela época, a gente passou por muita coisa. Há 9 anos atrás, ocorreu a morte da mãe, perdemos muita coisa, caminhão. Meu marido ficou desempregado e ficamos muito estressados. Não tínhamos condições financeiras, nossa alimentação era “de campanha”, bem forte, temperada, aqueles feijões gordurosos (P2, convive com HAS).

Eu acho que desenvolvi hipertensão por causa dessas correrias, muito estresse. Não tenho tempo para nada (P5, convive com HAS).

Eu acho que desenvolvi hipertensão, porque não controlava o que eu comia. Comia bastante coisas salgadas, refrigerantes. Não tinha controle das coisas, sempre estava 20 ou 20 e pouco a pressão, era horrível (P8, convive com HAS).

Talvez tenha sido porque usava muito sal na comida. Sempre gostei de comida salgada (P9, convive com HAS).

Quando isso aconteceu, eu estava no pique dos relatórios escolares, presença e reunião de pais. No mês de novembro, eu virava noites lendo para fazer correção [...] em geral, não me alimentava tão mal assim, mas foi a questão do período em que me alimentava. Ficava horas sem comer, às vezes tomava café da manhã e só jantava, já o refrigerante eu tomava bastante. Isso foi o erro. Mas a médica disse que eu provoquei o diabetes, porque ficava horas sem comer e organismo ficava procurando reservas (P3, convive com DM).

Toda minha família, mãe, avó, todo mundo têm diabetes ou hipertensão [...] antigamente minha alimentação era toda desregrada, comia arroz, macarrão (P4, convive com DM).

Comia muito doce, amava doce que nem uma formiga, bolo de aniversário, tomava muito refrigerante (P6, convive com DM).

Eu tinha muita preocupação, estado nervoso (P11, convive com HAS e DM).

No tocante aos hábitos de vida, pesquisa revela que a população do meio rural consome poucos alimentos saudáveis, como frutas, legumes e verduras, existindo uma preferência por uma alimentação com alto teor de gordura e carboidratos, como feijão e

carnes gordas¹⁶. Nesse sentido, sabe-se que a alimentação rica em lipídios e carboidratos são fatores que contribuem para o aumento do perfil de risco para DCNT, como a HAS e o DM.

As entrevistadas sinalizaram que as atividades de educação em saúde são incipientes, o que gera desconhecimento sobre as DCNT. Entretanto, algumas participantes relataram terem ouvido falar sucintamente sobre DM e/ou HAS a partir de diálogos com conhecidos, outras buscaram informações depois do diagnóstico.

A gente sempre ouviu falar alguma coisa. Geralmente, no posto de saúde tem algumas palestras e a gente procura assistir (P1 convive com HAS).

Nunca tinha ouvido falar nada, nem lido nada (P2 convive com HAS).

Eu comecei a ler depois que fiquei sabendo [...], mas não li muito para não ficar bitolada com isso, conheço pessoas que já se mutilam por causa da diabetes. Li o que era o diabetes mellitus e seus tipos, mas quando eu descobri que estava diabética fui pesquisar mais e comecei a me cuidar melhor (P3 convive com DM).

Eu já tinha escutado falar, por causa da família, mas nunca fui a fundo saber. A gente só vê quando é com a gente. Nunca li nada (P4 convive com DM).

Só sabia por causa da mãe mesmo. Tinha ouvido falar só de evitar sal, comida pesada (P5 convive com HAS).

A gente só sabia de um vizinho ou outro que tinha e ficava com pé diabético (P6 convive com DM).

Nunca me explicaram nada e eu nunca tentei procurar e fazer minha parte (P8 convive com HAS).

Desse modo, percebe-se a importância do cuidado ofertado pela atenção primária à saúde às pessoas que convivem com DCNT. Ainda se ressalta a necessidade de a população ter acesso às informações

a partir de práticas educativas que promovam maior empoderamento para o autocuidado e para a promoção da qualidade de vida¹⁷.

Práticas de cuidados de mulheres da zona rural que convivem com hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus

As participantes citaram diferentes práticas de cuidados, com destaque para a verificação dos valores pressóricos e glicêmicos. As mulheres que conviviam com HAS relataram aferir a pressão arterial quase todos os dias ou quando apresentavam sintomas característicos de hipertensão. As mulheres que conviviam com DM verificavam a glicemia uma ou duas vezes na semana. Elas também sinalizaram mudanças na rotina e a realização de cuidados para manter os níveis pressóricos e/ou glicêmicos estáveis.

Verifico quase todos os dias, mas não todos. Quando eu vejo que está alterado, aí vou todos os dias ao posto para ver. Parei quase de tomar chimarrão. Uso pouco sal, só uso temperos naturais, pouca gordura. Comecei a fazer todos os dias caminhada [...] Tomo o medicamento todos os dias, porque o doutor me explicou que tem que tomar o medicamento todos os dias e ficar meia hora sem comer e beber nada para não lavar o estômago (P1, convive com HAS).

Verifico uma ou duas vezes por semana no aparelho digital em casa. É preciso reduzir o sal e a gordura [...] pode vir de família ou da gente não se cuidar na alimentação [referindo-se à figura 13 do almanaque] (P2 convive com HAS).

Costumo ir uma vez por semana ali no posto para ver a pressão. Estou tomando meu remédio, diminui o sal e a gordura (P9 convive com HAS).

Não eu verifico de vez em quando, porque esse remédio que eu tomo ele é muito bom, então ela sempre está boa, as vezes esqueço de tomar, mesmo assim ela sempre fica boa. Eu diminuo um pouco de tudo, sal, doce, tomo medicação, mas não me cuido muito (P7, convive com HAS).

Eu vejo quando estou me sentindo mal sabe, às vezes eu deito e sinto um sufoco no pescoço ou

dor de cabeça e eu vou ver a pressão já está subindo de "15/8" para "15/10". Eu bebo bastante líquido, tirei o sal, a gordura [...] como bastante salada. Eu tento ser mais calma também, além da alimentação e dos medicamentos, porque o estresse aumenta a pressão (P8, convive com HAS).

Verifico a glicose todos os dias em casa. Comecei a me alimentar direito, como mais verduras, parei de comer pão, doces, carboidrato em excesso e comecei a fazer exercícios físicos. No início, eu fiz um ano de academia, porque perdi muita massa. Tomo as medicações (P3, convive com DM).

Eu verifico no posto porque não tenho o aparelhinho. Mas eu conheço meu organismo, quando estou com a visão embaçada já sei que é e vou verificar. Sempre como ovo e café. Feijão como de vez em quando. Não como arroz, macarrão, pão. Só como peixe e frango, não como carne vermelha. Tomo o medicamento (P4, convive com DM).

Eu vejo em casa mesmo, não é todos os dias, é quando percebo que está alta sinto dor de cabeça e na nuca, fico vermelha. Comecei a tomar os remédios. Não faço exercício. Não tenho tempo para nada. Trabalho aqui no bar, em casa, na lavoura, cuido da senhora aqui do bar também. Só evito o sal, mas a comida que a gente consome tem que ser forte, porque trabalhamos demais, aqueles feijões xucros sabem. Às vezes, tomo suco de limão puro de manhã. Quando tive hipertensão, um médico me ensinou a tomar suco de limão gelado de manhã para afinar um pouco o sangue (P5, convive com HAS).

Verifico a glicose uma vez ou duas por semana no posto. Diminuí os doces, também compro tudo light (P6 convive com DM).

Figura 4. Imagens que compuseram o Almanaque da participante P2, que convive com HAS.



13

Fonte: Autora (2022).

O uso das medicações também foi sinalizado como prática de cuidado necessária, sendo que elas reforçam a necessidade do tratamento contínuo. Contudo, cabe sinalizar que as participantes do estudo residem em região de fronteira entre o Brasil e a Argentina, o que pode contribuir com o consumo de carnes vermelhas e alimentos que fazem parte da cultura local, como “feijão xucro” citado por uma das participantes, que possui carne, calabresa, banha de porco e temperos industriais e *in natura*.

Dessa forma, muitas vezes, as mudanças de hábitos ligados à alimentação podem ser desafiadoras. Pesquisa realizada em uma ESF de Uruguaiana, no Rio Grande do Sul, com 15 entrevistados que conviviam com HAS e/ou DM, dos quais 53% eram mulheres, indicou o conhecimento de que o tratamento medicamentoso e o cuidado com a alimentação representam aspectos importantes no cuidado com as DCNT. Contudo, observou-se que os participantes não desenvolviam prática regular de atividade física e ainda apresentavam alimentação rica em carnes vermelhas e gordurosas, consumiam chimarrão e utilizavam sal e açúcar em excesso¹⁸.

No estudo em tela, verifica-se que a maioria das mulheres elencaram o exercício físico como uma prática de cuidado necessária. Porém, a falta de tempo e a sobrecarga devido aos afazeres ou a outras condições de saúde as afastam desse cuidado. Assim, ressalta-se que, dentre as participantes, apenas três praticavam exercício físico, sendo que uma realizava todos os dias e as outras duas desenvolviam duas a três vezes por semana.

Achados semelhantes foram identificados em estudo, no qual as participantes com HAS e/ou DM atribuíram o sedentarismo à sobrecarga física ligada à

rotina extensa e cansativa¹⁹. Portanto, compreende-se a necessidade de ações que sensibilizem a população quanto à adoção de hábitos de vida mais saudáveis, associados à prática de atividade física, como fatores de promoção à saúde e prevenção de agravos.

Ademais, é preciso sinalizar o depoimento da participante, que menciona a dificuldade de organizar sua rotina diária para o autocuidado. Assim, observa-se que, muitas vezes, a mulher apresenta excesso de papéis e atribuições, que prejudicam o desenvolvimento das práticas de cuidado.

Portanto, observa-se que, em meio a todas as funções absorvidas diária e tradicionalmente pela mulher, o seu cuidado, muitas vezes, é deixado em segundo plano. Em vista da sua jornada intensa e cotidiana, muitas mulheres sofrem devido à sobrecarga e esgotamento físico, o que pode acarretar doenças, como depressão e estresse²⁰, assim como a descompensação de agravos pré-existentes, com a HAS e o DM.

Além disso, observa-se a crescente inserção das mulheres no mercado de trabalho nas últimas décadas, tornando-as protagonistas da sua própria renda. Diante desse contexto, urge a necessidade de ampliar o olhar sobre o contexto de vida feminino, capaz de gerar sobrecarga, como também adoecimento²¹.

Ainda é válido sinalizar que seis participantes relataram o uso de métodos caseiros, associados a saberes populares, utilizados para o controle das condições crônicas de saúde. O uso de chás e plantas foi indicado como uma prática comum entre as mulheres da zona rural.

Eu tomo chá de aranto, suco de limão [...] comecei a tomar um remédio com ervas medicinais. Tu pões uma colher na água e toma

uma ou duas vezes no dia, chama cura tudo. Tomo cavalinha também. Esses saberes geralmente já vêm de família mesmo, porque fui criada com meus avós. Eles tomavam. Então, a gente já vem com esse saber popular de pessoas mais antigas (P1, convive com HAS).

Eu tomo chá da folha do chuchu, da pitangueira, tomei para pressão. Esses saberes vêm do que a mãe já dizia, minha sogra que era muito "jujera" [jujeiro é a pessoa que vende juju, que consiste no chá] e meu sogro que sabia de tudo (P2, convive com HAS).

Tomo chá de erva doce, às vezes, de carqueja (P3 convive com DM).

Eu tomo chá verde com gengibre no mate, mas só isso que tomo, porque acelera o metabolismo. Esse saber vem dos saberes populares (P4, convive com DM).

Tomei limão com água de manhã em jejum por um tempo, já ouvi dizer que a cavalinha também ajuda. O médico me ensinou essa do limão, ele disse que não falam muito de coisas naturais, mas é a melhor coisa que tem (P5, convive com HAS).

Tomei suco do pepino, água do pepino, água da berinjela, já fiz um monte de coisas [...] eu tomo água com vinagre de maçã, pois dizem que é muito bom, essa adiantou. Então, eu faço o que ensinam, eu aprendi com primos e outros familiares (P8, convive com HAS).

Tomo alguns chás de cidrozinho e limeira quando eu tenho ou consigo. Coloco no chimarrão [...] esse de limeira, diz que é muito bom. Aprendi com os saberes populares dos antigos (P10, convive com HAS).

Me falaram do chá de insulina, mas nunca tomei porque desconhecia (P11, convive com HAS e DM).

Autores identificaram, em seu estudo, 26 plantas conhecidas e utilizadas pelos participantes hipertensos e diabéticos. Dessas, 14 plantas possuíam efeitos anti-hipertensivos ou hipoglicemiantes, comprovados cientificamente, como é o caso da folha de chuchu citada por uma participante e que possui ação anti-hipertensiva. A pesquisa também evidencia

que a carqueja, a limeira e o cidró possuem ação hipoglicemiante, sendo que este último ainda tem ação sedativa leve²².

Nessa perspectiva, é importante ressaltar a importância das práticas integrativas e complementares na saúde (PICS) da população, uma vez que a fitoterapia pode auxiliar no tratamento das DCNT, além de ser uma prática incluída no Sistema Único de Saúde. Se forem ofertadas pelos profissionais de saúde, essas plantas podem ser empregadas pelos usuários de forma segura, eficaz e coadjuvante às outras práticas de cuidado.

Entretanto, a literatura destaca que, muitas vezes, a fonte de informações relativas às PICS ocorre de modo informal, com fontes midiáticas. Ademais, os processos formativos dos profissionais de saúde são deficientes e limitados, sendo necessário a capacitações para que possam analisar as práticas utilizadas pelos usuários da rede de saúde, permitindo introduzir as PICS no cuidado²³.

As participantes ainda sinalizaram que, em alguns casos, as práticas de cuidado são compartilhadas com outros membros da rede familiar, que também convivem com as DCNT. Nesse caso, o companheiro foi citado por três participantes e a filha por uma delas como pessoas que partilham dos mesmos cuidados ou colaboram na sua realização.

Nós [participante e companheiro] dois cuidamos da alimentação, até porque ele já teve um AVC. Então, precisamos ter mais cuidado. Tudo a gente compra mais light. Eu que cozinho e aqui em casa eu e meu marido tomamos remédios (P2 convive com HAS).

Meu esposo é hipertenso. Ele até sofreu infarto. Ele fumava muito também. Tomava medicação, mas não baixava a pressão, agora trocou a medicação depois de ter feito cateterismo e colocado a molinha. A gente se ajuda, porque ele também tem diabetes. Então, a gente se

cuida, porque eu tenho colesterol alto também e minha glicose sempre está um pouco alta nos exames (P7 convive com HAS).

Meu esposo também é hipertenso. Ele e minha filha me ajudam. De manhã cedo meu esposo diz: "Já tomou seu remédio? Vamos ver tua pressão". E ele se cuida bem (P8 convive com HAS).

Dessa forma, reforça-se a necessidade de os profissionais de saúde incluírem a família no cuidado às pessoas que convivem com DCNT. É preciso compreender que o usuário com condição crônica não adoece sozinho, pois ele faz parte de um contexto, em que possui relações de convívio e compartilhamento entrelaçadas. Portanto, é fundamental incluir o núcleo familiar na vivência e enfrentamento das situações advindas desses agravos²⁴.

Ainda se observou que as participantes apresentavam obstáculos para acessar outros serviços da rede de saúde. Elas sinalizaram o distanciamento geográfico e a ausência de transporte como fatores que prejudicam o acesso aos serviços de saúde.

Tenho dificuldade de acessar, pois é longe, a gente prefere ir ao posto daqui mesmo, mas às vezes é preciso (P2, convive com HAS).

Eu tenho carro, mas vejo que a população daqui é muito carente e não tem condições e meio de locomoção para ir à cidade quando precisam (P3, convive com DM).

Eu nunca fiz nada de atendimento em Uruguaiana, porque é longe. Meu marido é caminhoneiro e fico muito sozinha em casa, não teria como ir também (P4, convive com DM).

É longe da minha casa, mas quando venho trabalhar, eu aproveito para ir ao posto daqui mesmo, não vou à cidade (P5, convive com HAS).

Dependo de ônibus e de carona. Os horários dos

ônibus não batem com os horários de atendimento e acabo tendo que ficar o dia todo na cidade (P8, convive com HAS).

Nunca fui lá, porque é muito longe (P9, convive com HAS).

No Brasil, as populações rurais vivenciam obstáculos cotidianamente. Dentre tantas objeções, a dificuldade de acesso aos serviços de saúde e a precariedade de orientações e informações representam aspectos que impactam diretamente na qualidade de vida desses indivíduos e exigem olhar atento dos profissionais de saúde²⁵⁻²⁶.

Nessa perspectiva, é preciso sinalizar que 33% das pessoas da zona urbana têm condições financeiras de investir em um plano de saúde privado, enquanto na zona rural apenas 8% apresentam essa possibilidade. Além disso, autores destacam que as pessoas que residem no ambiente rural, geralmente, costumam postergar a procura pelo serviço de saúde, sendo que, muitas vezes, essa busca tende a ocorrer entre indivíduos que convivem com DCNT²⁶. Tais achados permitem refletir sobre a necessidade de estratégias e intervenções de promoção à saúde e prevenção das complicações das HAS e DM direcionadas às pessoas da zona rural, neste caso em especial as mulheres, considerando todas as suas particularidades e necessidades.

Considerações Finais

Os achados deste estudo possibilitaram conhecer os saberes e as práticas de cuidado de mulheres da zona rural sobre HAS e DM. Observa-se que os saberes constituem, na maior parte, informações básicas, relacionados com a sintomatologia e as possíveis situações de risco. Também se constatou que a descoberta das patologias se deu após o surgimento

de sintomas e desconfortos específicos ou em consultas e exames de rotina. Em geral, elas associam o desenvolvimento das DCNT ao estresse e à alimentação inadequada.

As participantes referiram a verificação dos valores pressóricos e/ou glicêmicos, mudanças nos hábitos alimentares e a prática de atividade física. Elas sinalizaram a importância da manutenção do tratamento farmacológico. Também ressaltaram que essa prática de cuidado deve estar em conjunto com as demais.

Observou-se que a adoção de hábitos alimentares saudáveis representa um desafio às mulheres, pois alguns costumes culturais mostram-se enraizados na zona rural e revelam a priorização por alimentos calóricos, com alto teor de gordura, para manter a energia necessária na rotina diária. Ademais, a prática regular de atividade física também emergiu como um cuidado inatingível devido à sobrecarga de funções desempenhadas pela mulher.

As mulheres também elencaram os métodos caseiros como uma prática de cuidados. Nesse caso, a fitoterapia foi citada como um saber adquirido entre vizinhos e familiares. Observa-se que essa prática de cuidado ocorre dentro do contexto familiar e, muitas vezes, sem o conhecimento dos profissionais de saúde.

Considera-se que os compromissos diários das participantes podem ter limitado o número de participantes do estudo, pois algumas mulheres não puderam participar da entrevista devido ao trabalho. Além disso, durante a pesquisa, algumas participantes precisaram interromper a entrevista para exercer suas funções como esposa, mãe, cozinheira, funcionária e/ou cuidadora, o que pode ter atrapalhado o

aprofundamento das discussões realizadas e o uso da TCS Almanaque, devido às interferências ocorridas no ambiente.

Os achados desse estudo sinalizam a necessidade de estratégias e intervenções de educação em saúde para que as mulheres da zona rural possam compreender as DCNT, com maior clareza, o que poderá contribuir para maior adesão e manutenção das práticas de cuidado. Além disso, a partir dos depoimentos, é possível perceber a carência de ações de promoção à saúde e prevenção de complicações ligadas à DM e/ou HAS direcionadas às mulheres da zona rural.

Considera-se que o cuidado à saúde da mulher, que convive com uma DCNT, precisa ser multidimensional, abrangendo aspectos sociais, históricos, econômicos e culturais, articulando ações à saúde que possam minimizar as causas de mortalidade. Desse modo, é preciso considerar grupos vulneráveis e que apresentam fatores de risco para o desenvolvimento desses agravos, como é o caso das mulheres que residem no meio rural.

Referências

1. Pereira SEA, Silva SC, Andrade TM, Ferreira RM, Santos AP, Almeida ML. Fatores de risco e complicações de doenças crônicas não transmissíveis. *Ciênc Saúde*. 2017; 10(4):213-9.
2. World Health Organization. *Noncommunicable diseases*. Geneva: WHO. 2018.
3. Scursseel C, Borges TJ, Lima CA, Ferreira L, Almeida DM, Ramos FG, et al. Multimorbidade e polifarmácia em idosos residentes no perímetro rural do município de Seara-SC. *Braz J Dev*. 2021; 7(1):7308-23.
4. Castilhos L, Souza CR, Machado LA, Silva MC, Lima DS, Oliveira FR, et al. Necessidades de cuidado de mulheres no climatério com hipertensão: possibilidades de trabalho do enfermeiro. *Rev Enferm UFSM*. 2021; 11:e15.

5. Leal TC, Freitas ACP, Santos IS, Barros MS, Farias LL, Gonçalves RT. Knowledge and practices of people with type 2 diabetes mellitus about diabetic foot. *Res Soc Dev.* 2020; 9(7):e618974511.
6. Maraschin MS, Silva RB, Oliveira JS, Ferreira TR, Gomes SM, Andrade LS. Condições de vida e saúde de mulheres trabalhadoras rurais. *Nursing (São Paulo).* 2020; 23(265):4117-21.
7. Rückert B, Cunha DM, Modena CM. Saberes e práticas de cuidado em saúde da população do campo: revisão integrativa da literatura. *Interface (Botucatu).* 2018; 22(66):925-34.
8. Polit DF, Beck CT. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem. 9th ed. Porto Alegre: Artmed. 2019.
9. Minayo MCS. O desafio do conhecimento científico: pesquisa qualitativa em saúde. 14th ed. São Paulo: Hucitec. 2014.
10. Marques GB. O cuidar feminino: saberes e fazeres tradicionais de benzedoiras quilombolas de Mostardas-RS [dissertação]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2019.
11. Duarte LPA, Oliveira TF, Santos GL, Almeida FC, Pereira MC, Faria RB, et al. Contribuição da escuta qualificada para a integralidade na atenção primária. *Rev Eletrônica Gest Saúde.* 2017; 8(3):414-29.
12. Silva MGC, Domingos TS, Caramaschi S. Hipertensão arterial e cuidados com a saúde: concepções de homens e mulheres. *Psicol Saúde Doenças.* 2018; 19(2):435-52.
13. Prates EJS, Souza FLP, Prates MLS, Moura JP, Barros TC, Silva RM. Características clínicas de clientes com hipertensão arterial e diabetes mellitus. *Rev Enferm UFPE Online.* 2020; 14:e244110.
14. Oliveira VS, Maia PCGG, Santos J, Sousa MNA. Análise dos fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis: estudo com colaboradores de uma instituição privada. *Saúde (Santa Maria).* 2017; 43(1):214-24.
15. Pereira NPA, Lanza FM, Viegas SMF. Living under treatment for systemic hypertension and diabetes mellitus: feelings and behaviors. *Rev Bras Enferm.* 2019; 72(1):102-10.
16. Costa DVP, Oliveira ML, Nogueira MRF, Silva AMR, Lima TFP, Rocha SR. Diferenças no consumo alimentar nas áreas urbanas e rurais do Brasil: pesquisa nacional de saúde. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2021; 26(Suppl 2):3805-13.
17. Malta DC, Duncan BB, Barros MBA, Katikireddi SV, Souza MFM, Machado IE, et al. Doenças crônicas não transmissíveis e fatores de risco e proteção em adultos com ou sem plano de saúde. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2020; 25(8):2973-83.
18. Silveira A, Favero NB, Rodrigues DP, Castro LG, Almeida MM, Figueiredo RM. Pacientes em condições crônicas de saúde: cotidiano de cuidado domiciliar. *Rev Cont Saúde.* 2019; 19(36):39-45.
19. Oliveira GT, Silva ACP, Cardoso LS, Ferreira MD, Lopes FG, Gomes AP, et al. Fatores de risco cardiovascular, saberes e práticas de cuidado de mulheres: possibilidade para rever hábitos. *Esc Anna Nery.* 2022; 26:e20210155.
20. Vieira I, Russo JA. Burnout e estresse: entre medicalização e psicologização. *Physis.* 2019; 29(2):e290213.
21. Costa FA. Mulher, trabalho e família: os impactos do trabalho na subjetividade da mulher e em suas relações familiares. *Rev Grad Psicol.* 2018; 3(6):434-52.
22. Peres Junior OV, Ceolin T, Bonow CT, Gomes MP, Fonseca RA, Mercali LMF. Plantas medicinais utilizadas por hipertensos e diabéticos em um município da região sul do Brasil. *J Nurs Health.* 2022; 12(1):e2212120710.
23. Silva PHBD, Barros AC. Formação profissional em práticas integrativas e complementares: o sentido atribuído por trabalhadores da atenção primária à saúde. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2021; 26(2):399-408.
24. Brotto AM, Guimarães ABP. A influência da família no tratamento de pacientes com doenças crônicas. *Psicol Hosp (São Paulo).* 2017; 15(1):43-68.
25. Lima ARA, Santos SR, Almeida MM, Ramos TS, Oliveira SC, Silva CF. Necessidades de saúde da população rural: como os profissionais de saúde podem contribuir? *Saúde Debate.* 2019; 43(122):755-64.
26. Arruda NM, Maia AG, Alves LC. Desigualdade no acesso à saúde entre as áreas urbanas e rurais do Brasil: uma decomposição de fatores entre 1998 a 2008. *Cad Saúde Pública.* 2018; 34(6):e00213816.