

OS SERVIÇOS DE SAÚDE SOB A PERSPECTIVA DOS QUE ENVELHECEM EM CIDADES RURAIS DA PARAÍBA

Mísia Carlyne Pereira de Moraes ¹
Ludwig Félix Machado Leal ²
Karolina Mirella Oliveira Pereira Costa ³
Késia de Macedo Reinaldo Farias Leite⁴
Josevânia da Silva ⁵

RESUMO

Este estudo teve por objetivo analisar a percepção de pessoas idosas residentes em cidades rurais sobre os serviços de saúde. Participaram de forma não probabilística e acidental 400 pessoas, com idades variando entre 50 a 92 anos (M=61; DP=8,62), residentes em cidades rurais da Paraíba, sendo 70% do sexo feminino. Utilizou-se um Questionário sociodemográfico e um Questionário sobre a percepção acerca dos serviços de saúde. Os dados foram analisados através de estatística descritiva (frequência e porcentagem). Em geral, os serviços de saúde foram avaliados positivamente, com exceção de aspectos da esfera organizacional e preventiva. As vulnerabilidades em saúde estiveram relacionadas aos aspectos sociais (renda e escolaridade) e programáticos (disponibilidade de medicamentos, equipamentos, exames, baixa solicitação para do Teste para HIV e reduzida participação em grupos sobre saúde no serviço). Ademais, 73,6% dos participantes afirmaram que os profissionais de saúde não pedem informações sobre suas condições de vida e da família. Numa escala de 0 a 10, a média dos participantes para a avaliação geral dos serviços de saúde dos municípios foi de 6,4 (DP=3,25), o que indica uma avaliação “moderada/regular”, não se caracterizando, necessariamente, como “boa”. Para promover um envelhecimento bem-sucedido e reduzir as vulnerabilidades em saúde é preciso atentar para o modo como os idosos avaliam os serviços e são inseridos nas ações direcionadas ao cuidado. As ações devem focar a prevenção, evitando a ausência de insumos e disponibilizando exames e medicamentos necessários.

Palavras-chave: Envelhecimento, Ruralidades, Vulnerabilidade, Serviços de Saúde.

INTRODUÇÃO

As estimativas de envelhecimento populacional, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), indicam que em 2025 o Brasil será o sexto país com maior número de idosos. De acordo com as projeções do IBGE (2009), em 2050, a cada 100 habitantes brasileiros 23

¹ Graduanda do Curso de Psicologia da Universidade Estadual da Paraíba – UEPB misiacarolyne@uol.com.br;

² Graduando pelo Curso de Psicologia da Universidade Estadual da Paraíba – UEPB, ludwigleal@gmail.com;

³ Graduanda do Curso de Psicologia da Universidade Estadual da Paraíba – UEPB, k.mirella@hotmail.com;

⁴ Docente da Escola Técnica de Saúde da Universidade Federal da Paraíba – (UFPB) kesiamrflite@gmail.com;

⁵ Docente do Mestrado em Psicologia da Saúde da Universidade Estadual da Paraíba – UEPB,

josevaniasco@gmail.com

Apoio: Pesquisa financiada através do Edital Universal – CNPq/2016.

serão idosos (64 milhões ao todo), o que implica em uma mudança significativa na configuração da população do país, que em 2017 contava com 30,4 milhões. Tais mudanças trazem à tona a necessidade de se refletir sobre a temática do envelhecer, temática esta que tem sido estudada de perspectivas várias tais como as antropológicas, biológicas, filosóficas, sociológicas e psicológicas.

A psicologia, mais especificamente quando parte do paradigma *life-span*, leva em conta tanto influências genético-biológicas quanto o contexto histórico-cultural em que o indivíduo está inserido (NERI, 2007). O envelhecimento, de acordo com esta perspectiva, pode ser considerado como um processo dialético e complexo, que contém uma série de transformações genético-biológicas que são comuns a todos os indivíduos e está relacionado com os fatores históricos, culturais e sociais.

As condições ambientais tornam-se um fator-chave no processo de envelhecimento. Alcântara, Duarte e Frota (2015), em seu estudo sobre a “Velhice e espaço rural”, apontam que o papel social do dito “velho” tende a mudar de acordo com sua localidade, costumes, cultura e assim por diante. O envelhecimento é, portanto, múltiplo e plural, sobretudo quando se comparam contextos. Existem diferenças nos modos de envelhecer entre as pessoas que residem em contextos urbanos e rurais, sendo as pessoas deste último contexto as que apresentam maiores suscetibilidades ao adoecimento (SILVA; PICHELLI; FURTADO, 2017)

A compreensão sobre contextos rurais está relacionada, em parte, ao modo como o termo rural é concebido. Desde os primeiros estudos sobre o tema, este é normalmente colocado como o oposto de urbano ou aquilo que não é urbano. Esta dicotomia é notória na definição do IBGE (2017) que considera como situação urbana “as áreas correspondentes às cidades (sedes municipais), às vilas (sedes distritais) ou às áreas urbanas isoladas. A situação rural abrange toda a área situada fora desses limites”. Essa dicotomia, que reduz o rural a tudo aquilo que não é urbano, tem sido questionada. Alcântara et al. (2015) caracterizam o rural como um espaço que engloba uma maior ligação do ser humano com a terra e os animais e que se configura por relações interpessoais mais solidárias. Isto é, o espaço rural é permeado por uma atmosfera mais tranquila, menos individualista e com laços sociais e familiares mais consistentes.

Quanto à estrutura que possibilita melhores condições de vida para as pessoas, os contextos rurais brasileiros são caracterizados, em sua maioria, pela falta de investimentos em diversas áreas, tais como saneamento básico, transportes públicos, educação e saúde (SILVA

et al., 2017). Os baixos investimentos possuem relação com mercado e o capital financeiro (MARQUES, 2002). No Brasil, com o desenvolvimento econômico das cidades ocorreu a supervalorização do espaço urbano, onde estão concentrados os investimentos em tecnologias, as indústrias, as oportunidades de trabalho, dentre outros aspectos.

O contexto rural tem suas próprias configurações e necessidades, que devem ser levadas em conta quando são pensadas alternativas para a melhoria da qualidade de vida das pessoas aí residentes, como as políticas públicas de saúde. Como destacam Silva et al. (2017), apesar do maior investimento nos últimos 10 anos por parte do governo federal em políticas públicas para saúde, em contextos rurais ainda se verifica fragilidades na oferta de insumos, serviços especializados, exames de média complexidade, além da rotatividade ou mesmo ausência de profissionais nos serviços de saúde.

Em contextos rurais, as pessoas idosas são as que mais, frequentemente, demandam cuidados em saúde. Pesquisadores (Costa; Loureiro; Santana, 2016) demonstraram que a saúde mental de idosos tem relação com as dificuldades socioeconômicas, as configurações de trabalho (na terra, em condições desgastantes), os costumes e tradições mais voltadas para uma religiosidade e a solidão, tanto no sentido social quanto no sentido geográfico. Estes aspectos apontam para a vulnerabilidade em saúde das pessoas idosas.

A vulnerabilidade pode ser compreendida como “um conjunto de aspectos individuais e coletivos relacionados à maior suscetibilidade de indivíduos e comunidades a um adoecimento ou agravo e, de modo inseparável, menor disponibilidade de recursos para sua proteção” (AYRES et al., 2012, p; 78). Segundo Ayres (2012), esta vulnerabilidade possui três dimensões inter-relacionadas: a individual, a social e a programática. Ou seja, os processos de adoecimento e saúde envolve desde os aspectos subjetivos e relacionais, como também os aspectos sociais, econômicos, culturais, políticos, relações de poder e de gênero, escolaridade, renda, disponibilidade dos serviços de saúde, acesso, dentre outros.

Este estudo teve por objetivo analisar a percepção de pessoas idosas residentes em cidades rurais sobre os serviços de saúde. Esta análise possibilitará tecer considerações sobre as vulnerabilidades em saúde deste grupo etário, discorrendo sobre a relação entre aspectos individuais, sociais e programáticos.

METODOLOGIA

Delineamento

Esta pesquisa se caracteriza como sendo exploratória, descritiva e de caráter transversal, com abordagem quantitativa e qualitativa.

Participantes

Participaram de forma não probabilística e acidental pessoas com 50 anos ou mais de idades residentes em cidades rurais da Paraíba. Para a seleção da amostra representativa da população em estudo (pessoas com 50 anos ou mais de idade residentes em cidades rurais da Paraíba), foi considerado o critério de seleção amostral adotado por Gil (2017), que determina um intervalo de confiança de 95%, erro amostral de 5% e a prevalência estimada em 50%. De acordo com o último censo populacional (IBGE, 2010), a Paraíba possuía 928.660 pessoas residindo em cidades rurais, das quais 21% eram de pessoas com idades iguais ou superior a 50 anos (IDME, 2011), correspondendo a 195.322 pessoas. Deste modo, o n amostral representativo da população equivalia a 385 pessoas. Neste estudo a amostra final foi de **400 pessoas**, com idades variando entre 50 a 92 anos ($M=61$; $DP=8,62$), sendo 70% do sexo feminino.

A inclusão das pessoas com idade igual ou superior a 50 anos se fez necessária tendo em vista a perspectiva do envelhecimento ativo que sugere otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança à medida que as pessoas envelhecem, não se restringindo às pessoas acima de 60 anos. Assim, a identificação das vulnerabilidades em idades anteriores aos 60 anos possibilitou o delineamento de demandas e possíveis intervenções de forma preventiva, focando a promoção de saúde. Foram adotados os seguintes critérios de inclusão: residir na cidade há no mínimo seis meses; ter idade igual ou superior a 50 anos; responder, de forma voluntária, aos instrumentos da pesquisa.

Instrumentos

Para a coleta de dados foram adotados os seguintes instrumentos:

a) *Questionário sociodemográfico*: com questões versando sobre renda familiar, escolaridade, cidade de residência, idade, religião, estado civil e sexo.

b) *Questionário sobre a percepção acerca dos serviços de saúde*: este instrumento é formado por questões sobre a organização, vínculo e atendimento, resolutividade e ações de

prevenção dos serviços de saúde. Trata-se de um instrumento objetivo, com escala de resposta dicotômica, do tipo sim ou não. Este questionário foi construído por Saldanha (2011) para pesquisas em diversos contextos, bem como já foi utilizado com pessoas de cidades rurais com idades iguais ou superior a 50 anos (Silva, 2015). Neste estudo, antes da aplicação do questionário na amostra definitiva, foi realizado um estudo piloto para verificar a compreensão dos participantes sobre os itens do instrumento e sobre a adequação da escala de resposta. O estudo piloto foi realizado em uma cidade rural definida através de sorteio, no qual participaram trinta pessoas, que foram escolhidas de forma não probabilística e acidental.

Procedimentos

Após a aprovação do projeto de pesquisa pelo comitê de ética da Universidade Estadual da Paraíba, foi iniciada a coleta de dados. Os moradores foram abordados em seus domicílios, praças ou logradouros e convidados a participar do estudo. A aplicação dos instrumentos ocorreu de forma individual por equipe de pesquisa, que foram anteriormente treinadas para o procedimento de coleta de dados. Ao serem contatados, os participantes foram informados sobre o caráter voluntário da participação, seguido da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e aplicação dos instrumentos.

Tratamento e análise de dados

Os dados referentes às questões fechadas foram processados através do software SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) e analisado através de estatística descritiva (frequência e porcentagem).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

No que se refere ao perfil sociodemográfico, verificou-se que a maioria era do sexo feminino, casada e residindo em cidades rurais da macrorregião de Campina Grande. Estes e outros dados podem ser observados na tabela 1 abaixo:

Tabela 1. Perfil sociodemográfico dos participantes

VARIÁVEIS		FREQUÊNCIA	%
Sexo (400)	Masculino	120	30
	Feminino	280	70
Faixa etária (400)	50-59 anos	202	50,5
	60-69 anos	117	29,3
	70-79 anos	69	17,3
	80 anos ou mais	12	3,0
Escolaridade (n=389)	Sem escolaridade	86	22,1
	Ensino fundamental I	163	41,9
	Ensino fundamental II	54	13,9
	Ensino Médio	53	13,6
	Superior	33	8,5
Situação Laboral (n=292)	Empregado	97	33,2
	Desempregado	41	14
	Aposentado	154	52,7
Renda mensal (n=328)	Sem renda	01	0,3
	Menos que 1 salário	77	23,5
	1-2 salários	218	66,7
	3-4 salário	30	9,2
	Mais que 5 salários	01	0,3
Estado Civil (n=397)	Casado	262	66
	Solteiro	45	11,3
	Divorciado	31	7,8
	Viúvo	59	14,9
Macrorregião	João Pessoa	105	26,3
	Campina Grande	132	33
	Sousa	93	23,3
	Cajazeiras	70	17,5
Religião (n=396)	Católica	338	85,4
	Evangélica	54	13,6
	Espírita	01	0,3
	Outra	03	0,8

Fonte: dados da pesquisa

Tanto a escolaridade quanto a renda são elementos que influenciam no quadro de vulnerabilidade descrito por Ayres, Calazans, Saletti Filho e Franca Junior (2008). Estes, estão na dimensão individual e social respectivamente. Os resultados evidenciaram que a maioria dos

participantes não tem o ensino médio completo. Dentre estes, prevalecem aqueles que só têm o ensino fundamental I completo, o que corresponde, em média, a cinco anos de escolaridade.

Existe o que se pode chamar de barreiras que impedem certos seguimentos da sociedade de acessar os serviços de saúde, dentre os quais destacam-se a barreira da informação, que é mediada pelo nível de escolaridade (TRAVASSOS; CASTRO, 2012). Outra barreira é a ausência de renda familiar ou a baixa renda. Neste estudo, a maioria dos participantes tinham renda familiar entre um e dois salários mínimos por mês. Travassos e Castro (2012) ressaltam que aqueles que têm uma renda menor, tendem a ter menos acesso aos serviços de saúde e realização de exames, principalmente no que diz respeito aos serviços privados e exames de média e alta complexidade.

No tocante à avaliação dos participantes sobre os serviços de saúde da atenção básica de cidades rurais, foi evidenciado avaliações negativas em relação a dimensão organizacional e sobre as ações de prevenção. Os itens que abordaram a organização dos serviços de saúde versaram sobre a disponibilidade de medicamentos, de equipamentos, de exames e de profissionais adequados. Com exceção do último aspecto, as avaliações foram negativas em relação à disponibilidade de medicamento.

A frequência de pessoas que avaliaram de forma negativa a disponibilidade de equipamentos e exames foi moderada, aproximadamente metade dos participantes, cerca de 48,2% e 48,6, respectivamente. A tabela a seguir demonstra as respostas dos participantes em relação aos serviços de saúde da atenção básica em termos de organização, vínculo e atendimento, resolutividade e prevenção, a partir da concepção dos participantes:

Tabela 2. Organização, vínculo e atendimento, resolutividade e prevenção dos serviços de saúde, segundo a avaliação dos participantes.

VARIÁVEIS	NÃO f (%)	SIM f (%)
Organização		
Tem todos os medicamentos necessários para os usuários?	219 (56,4%)	169 (43,6%)
Tem todos os equipamentos necessários ao atendimento dos usuários?	187 (48,2%)	201 (51,8%)
Há disponibilidade para os exames solicitados aos usuários?	187 (48,6%)	198 (51,4%)
Tem os profissionais de saúde adequados ao atendimento dos usuários?	118 (30,4)	270 (69,6)
Vínculo e atendimento		
Você sente que é bem recebido pelos profissionais de saúde?	34 (8,8%)	354 (91,2%)
Você sente que entende o que o profissional quer dizer?	45 (11,7%)	340 (88,3%)
Você recebe explicações sobre os medicamentos passados pelos profissionais?	78 (20,7%)	299 (79,3%)
Os profissionais pedem informações sobre suas condições de vida e da família?	282 (73,6%)	101 (26,4%)
Você sente que o tempo é suficiente para o profissional explicar bem as suas preocupações e tirar as suas dúvidas?	118 (30,9%)	264 (69,1%)
Quando você retorna ao serviço de saúde com os exames é examinado pelo mesmo profissional de saúde?	144 (38,9%)	226 (61,1%)
Você já se sentiu rejeitado pelos profissionais do serviço de saúde?	328 (85,6%)	55 (14,4%)
Você sente vergonha em falar sobre seus problemas com os profissionais de saúde?	310 (81,2%)	72 (18,8%)
Resolutividade		
Você costuma fazer os exames solicitados?	68 (17,4%)	322 (82,6%)
Você costuma retornar ao serviço de saúde quando o médico marca?	52 (13,3%)	339 (86,7%)
Os seus problemas são resolvidos no serviço de saúde?	123 (31,5%)	268 (68,5%)
Prevenção		
Você já foi convidado a participar de grupos sobre saúde no serviço de saúde?	254 (65,5%)	134 (34,5)
Existem propagandas/campanhas/trabalhos educativos no serviço de saúde?	139 (35,7%)	250 (64,3%)
Já foi oferecido a você o teste de HIV/AIDS?	320 (83,8%)	62 (16,2%)
É feita distribuição de camisinhas no serviço de saúde?	61 (16,4%)	312 (83,6%)

Os achados destes estudos apontam para a suscetibilidade ao adoecimento das pessoas com 50 anos ou mais residentes em cidades rurais. Com o processo de envelhecimento, pode ocorrer o aumento de demandas em saúde, o que pode implicar em maior uso de medicamentos, realização de exames e equipamentos adequados para o atendimento deste grupo etário de forma preventiva. A ausência ou o inadequado atendimento às demandas da população destes aspectos faz parte da vulnerabilidade programática (AYRES et al., 2008), uma vez que colaboram para processos de adoecimento que poderiam ser evitados.

A falta de medicamentos na atenção básica e a incompatibilidade entre o que é disponibilizado e as reais necessidades da população é um fenômeno que ocorre em outros estados do país, sobretudo em municípios de pequeno porte. Dentre as explicações, Nascimento et al. (2017) apontam dificuldades de infraestrutura das unidades dispensadoras do SUS e a centralização da aquisição de remédios por certos órgãos ou empresas. Aliada à falta de um trabalho de prevenção de qualidade, a escassez de medicamentos pode contribuir para a maior vulnerabilidade das pessoas que residem em contextos rurais.

No tocante ao vínculo e atendimento, a avaliação foi, em geral, positiva. A maioria dos participantes afirmaram que se sentem bem recebidos pelos profissionais, que compreendem as informações que recebem, incluindo as explicações sobre as medicações passadas pelos profissionais. Todavia, 73,6% dos participantes afirmaram que os profissionais de saúde não pedem informações sobre suas condições de vida e da família.

Numa perspectiva biopsicossocial do processo de cuidado em saúde é importante o bom manejo técnico, ou seja, a identificação da demanda de saúde e aplicação de forma correta da medicação necessária. No entanto, a realização adequada do tratamento também depende das condições de vida das pessoas, uma vez que muitos usuários não possuem os recursos para o início e manutenção do mesmo.

A percepção dos participantes sobre a resolutividade foi, em geral, positiva, mas no âmbito da prevenção, 65,5% disse nunca ter sido convidado a participar de grupos sobre saúde, bem como afirmaram que nunca foi oferecida a realização do teste para HIV/Aids. Além disso, numa escala de 0 a 10, a média dos participantes para a avaliação geral dos serviços de saúde dos municípios foi de 6,4 (DP=3,25), o que indica uma avaliação “moderada/regular”, não se caracterizando, necessariamente, como “boa”.

Para promover um envelhecimento bem-sucedido e reduzir as vulnerabilidades em saúde é preciso atentar para o modo como os idosos avaliam os serviços e são inseridos nas

ações direcionadas ao cuidado. Ademais, as ações devem focar a prevenção, evitando a ausência de insumos e disponibilizando exames e medicamentos necessários.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em geral, os serviços de saúde foram avaliados positivamente pelos participantes, com exceção de aspectos da esfera organizacional e preventiva. As vulnerabilidades em saúde, em contextos rurais, de pessoas na maturidade e na velhice estiveram relacionadas aos aspectos sociais (renda e escolaridade) e programáticos (disponibilidade de medicamentos, equipamentos, exames, baixa solicitação para do Teste para HIV e reduzida participação em grupos sobre saúde no serviço). A análise das vulnerabilidades em saúde considera uma visão integral do ser humano, contemplando não só sua dimensão biológica, como também a psíquica e levando em conta o contexto social e cultural.

Embora tenha ocorrido, na última década, a expansão dos serviços de saúde no sentido geográfico e tenha se ampliado o alcance em relação às populações mais pobres, ainda há muito que se avançar na área. Para além da continuação dessa expansão é necessário um trabalho de aprimoramento em termos estruturais, administrativos e educacionais, que inclua profissionais e usuários.

REFERÊNCIAS

ALCÂNTARA, Adriana de Oliveira; DUARTE, Aline Gadelha de Almeida; FROTA, Maria Helena de Paula. Velhice e espaço rural: (re) desenhos dos discursos. **Revista Kairós Gerontologia**, São Paulo, v. 18, n. 2, p.209-226, abr./jun. 2015.

AYRES, J. R. C. M.; Paiva V.; França Jr, I. F. **Conceitos e práticas de prevenção: da história natural da doença ao quadro da vulnerabilidade e direitos humanos**. In: Paiva, V.; Ayres, J. R. C. M.; Buchalla, C. M. (orgs), *Vulnerabilidade e direitos humanos: prevenção e promoção da saúde: livro I, da doença à cidadania* (p. 71-94). Curitiba: Juruá, 2012.

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita; CALAZANS, Gabriela Junqueira; SALETTI FILHO, Haraldo César; FRANCA JUNIOR, Ivan. Risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde. **Tratado de saúde coletiva** [S.l: s.n.], 2008.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. **Anuário Estatístico do Brasil 2017**. Rio de Janeiro: IBGE, 2017.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. **Censo Demográfico 2010**. Características da população e dos domicílios. Resultados do universo. Rio de Janeiro: Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, 2011.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. **Indicadores Sociodemográficos e de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, 2009.

LOUREIRO, Adriana; SANTANA, Paula; COSTA, Adriana. Determinantes contextuais da saúde mental. In: DIMENSTEIN, Magda et al. **Condições de vida e saúde mental em contextos rurais**. São Paulo: Intermeios, 2016. p. 74-93.

MARQUES, Marta Inez Medeiros. O conceito de espaço rural em questão. **Terra Livre**, São Paulo, v. 18, n. 19, p.95-112, jul./dez. 2002.

NASCIMENTO, Renata Cristina Rezende et al. Disponibilidade de medicamentos essenciais na atenção primária do Sistema Único de Saúde. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 51, n. 2, p.1-12, nov. 2017.

NERI, Anita Liberalesso. Paradigmas contemporâneos sobre o desenvolvimento humano em psicologia e sociologia. In: NERI, Anita Liberalesso. **Desenvolvimento e envelhecimento: Perspectivas biológicas, psicológicas e sociológicas**. 3. ed. Campinas: Papirus, 2007. Cap. 1. p. 11-37.

SILVA, Josevânia da; PICHELLI, Ana Alayde Werba Saldanha; FURTADO, Francisca Marina de Souza Freire. O envelhecimento em cidades rurais e a análise das vulnerabilidades em saúde. In: CARVALHO, Cecília Maria Resende Gonçalves de; Araújo, Ludgleydson Fernandes de. **Envelhecimento e práticas gerontológicas**. Curitiba: CRV, 2017. Cap. 15. p. 283-301

SILVA, Josevânia. **Envelhecimento e HIV/Aids: perfis de vulnerabilidade e atenção psicossocial na Paraíba**. Relatório Final, Universal/CNPq 475272/2012-9, Edital nº 14/2012. Universidade estadual da Paraíba, Campina Grande, 2015.