

## O QUE É SAÚDE? CRENÇAS DE PESSOAS ACIMA DE 50 ANOS RESIDENTES EM CONTEXTOS RURAIS

Caio Eduardo de Araújo Farias <sup>1</sup>  
Josevânia da Silva <sup>2</sup>

### RESUMO

Esta pesquisa teve por objetivo analisar as crenças sobre saúde de pessoas na maturidade e na velhice residentes em cidades rurais da Paraíba. Participaram 406 pessoas com idades igual ou superior a 50 anos. A idade dos participantes variou de 50 a 92 anos (M=61; DP=8,7), sendo a maioria do sexo feminino (70%). Foram utilizados como instrumentos de coleta de dados: a) Questionário sociodemográfico e Questionário com questões abertas sobre concepções acerca da saúde, de acordo com a visão dos participantes. Os dados decorrentes do questionário sociodemográfico foram analisados através de estatística descritiva. Os conteúdos apreendidos por meio do Questionário semiaberto foram analisados através da análise de conteúdo do tipo categorial temático, sendo possível a categorização das respostas em duas categorias e oito subcategorias. No tocante as concepções sobre saúde, destaca-se o conceito de saúde associado a algo fundamental e prioridade na vida, como o melhor da vida, viver bem, bem-estar psicológico, bem-estar físico e ausência de doença. Além disso, a maioria dos participantes avaliaram sua saúde de forma negativa. As crenças sobre saúde e a autoavaliação de saúde possui relação com as práticas de cuidado em saúde, assim como compõe o elemento psíquico do fenômeno saúde-doença. É imprescindível o entendimento do conjunto de crenças, valores e concepções em relação aos contextos socioculturais, tendo em vista a elaboração de programas e políticas públicas de saúde.

**Palavras-chave:** Crenças em saúde, Maturidade e envelhecimento, Contextos rurais.

### INTRODUÇÃO

O *Homo Sapiens* há cerca de 70 mil anos, segundo Hahari (2015), passou a se manifestar através da criação de culturas, produzindo elementos tais como, artes, leis, morais, costumes, linguagens e crenças. Dentre os elementos que compõem o fenômeno humano, as crenças possuem relação com o modo como homens e mulheres elaboram suas produções, percebem, organizam, explicam e dão sentido ao mundo que os cerca (SHERMER, 2012).

No campo da psicologia social, as crenças podem ser compreendidas como possuidoras de sentido simbólico e oriundas de contextos socioculturais, estando associadas aos contextos de vida dos indivíduos e exercem um papel fundamental em diversos

<sup>1</sup> Graduado pelo curso de Psicologia da Universidade Estadual da Paraíba - UEPB, [caio.karoba@gmail.com](mailto:caio.karoba@gmail.com);

<sup>2</sup> Professora orientadora: Doutora, Universidade Estadual da Paraíba - UEPB, [josevaniasco@gmail.com](mailto:josevaniasco@gmail.com)

fenômenos sociais, como coesão grupal, representações sociais, moral, julgamento e tomada de decisões (SHERMER, 2012 ; KRÜGER, 2011). Krüger (2011) define crenças como sendo qualquer afirmativa feita por alguma pessoa, obtida mediante sua experiência própria. Ao tomar esta definição, o autor deixa claro que se trata de uma definição nominal, mas destaca a importância de se considerar o processo de formação das crenças, sua natureza e os meios disponíveis para sua investigação empírica, enquanto objeto de estudo. Nessa direção, o autor complementa afirmando que crenças possuem conteúdos simbólicos e podem manifestar-se através da linguagem oral ou escrita das pessoas, podem ser entendidas como “representações mentais, relacionando-se com os processos cognitivos, afetivos, motivacionais e conativos de modo geral” (KRÜGER, 2011, p. 279).

As crenças estão relacionadas com diversos processos cognitivos, bem como influenciam a decisão e as condutas sociais (KRÜGER, 2011). Segundo Krüger (2011), por fazerem parte das construções coletivas e culturais, influenciam a vivência das experiências cotidianas e o sentido que as pessoas atribuem à estas experiências (KRÜGER, 2011). Nessa direção, considera-se que as crenças que as pessoas possuem sobre saúde possuem relação com seus contextos de pertença e de vivências.

As crenças sobre saúde podem refletir nas práticas de cuidados com a saúde, a nível preventivo ou curativo, existentes nestes cenários, bem como na adesão, ou não, a determinados tratamentos. Dias *et al.* (2016) aponta que a crença na necessidade e eficácia do uso da medicação para o controle de hipertensão, é um fator fundamental para adesão ao tratamento. Em outro estudo, as crenças e concepções sobre a própria saúde foram apresentadas como fatores associados à adesão de tratamentos e mudanças no estilo de vida de idosos diabéticos assistidos pela atenção primária (BORBA *et al.*, 2018). Especificamente no contexto rural, Rükert *et al.* (2018) evidenciaram a coexistência dos cuidados em saúde profissional, oferecidos serviço público, e as práticas voltadas a medicina popular, espiritualidade e folclore local, a exemplo de práticas supersticiosas e mágicas.

Até a segunda metade do Século XX, segundo Spink (2003), o modelo biomédico estava na base dos planejamentos e execuções das políticas públicas em saúde do Brasil. Tratava-se de um modelo que concebia a saúde de forma individualizada e com ênfase na identificação, compreensão e tratamento das patologias através da ótica fisiológica e medicamentosa. No entanto, Spink e Matta (2007) demonstraram que, por meio do processo histórico, as ações em saúde passaram a assumir também um caráter preventivo e defendem que esta mudança atendeu ao cenário econômico que migrava do capitalismo clássico para o

neoliberalismo, responsável pela diminuição de gastos inerentes à aplicação de medidas para a recuperação da saúde ao investir em medidas de prevenção de patologias e promoção à saúde.

Na contemporaneidade, a Organização Mundial de Saúde (OMS) compreende saúde como um bem-estar físico, psicológico e social, estando ligada a qualidade de vida e não presença ou ausência de doença. Esse modelo de saúde psicossocial está no horizonte das políticas públicas e programas de saúde que compõem o Sistema Único de Saúde (SUS), à exemplo da Política Nacional de Humanização (PNH), Política Nacional de Promoção a Saúde (PNPS), Programa Saúde da Família (PSF) (BRASIL, 2004, 2006). Contudo, no campo prático, é possível encontrar a coexistência por vezes conflituosa entre o modelo biomédico e de saúde ampliada (ESMERALDO *et al.*, 2017).

Os cenários socioeconômicos não devem ser negligenciados pelas políticas de saúde, sendo um fator primordial para compreender o processo de saúde e doença, pois é em seus contextos de pertença que as pessoas elaboram suas crenças, vivenciam suas dificuldades, elaboram sentidos (KRÜGER, 2011). No Nordeste brasileiro, os contextos rurais apresentam características socioeconômicas e geográficas que contribuem para dificuldade do acesso ao atendimento adequado em saúde, bem como colaboram para a construção de um quadro de vulnerabilidade das pessoas que aí residem. (SILVA *et al.*, 2017). Baptistini e Figueiredo (2014), evidenciaram dificuldades para o acesso de profissionais da saúde a áreas rurais, como as longas distâncias entre uma residência e outra, incompatibilidade entre horário de trabalho e as visitas domiciliares, geografia dos terrenos ou mesmo a presença de animais que oferecem risco de ataques as equipes.

Frente a isto, este estudo teve por objetivo analisar as crenças sobre saúde de pessoas na maturidade e na velhice residentes em cidades rurais da Paraíba. O levantamento de crenças possibilita a identificação do significado do processo saúde-adoecimento-cuidado para as pessoas. Este conhecimento, levando em consideração as características psicológicas das crenças e suas repercussões, mostra-se imprescindível para a construção de políticas públicas de saúde efetivas.

## **METODOLOGIA**

### **Delineamento**

O presente estudo teve caráter transversal, descritivo e exploratório, com abordagem quantitativa e qualitativa.

## **Participantes**

Para escolha dos participantes foi realizada através de uma amostragem não probabilística e acidental. Através de um processo de múltiplos estágios, estratificada pela macrorregião de saúde do Estado da Paraíba, regiões de saúde e municípios, foi possível estabelecer uma amostra representativa da população estudada. No processo de estimativa do tamanho da amostra das pessoas na maturidade e na velhice, ou seja, possuindo faixa etária de 50 anos ou mais, se fez o uso do planejamento amostral sugerido por Gil (2002), considerando o intervalo de confiança de 95%, erro amostral de 5% e a prevalência estimada de 50%.

O estudo teve como amostra final um total de 406 pessoas na faixa etária de 50 anos ou mais. Os participantes apresentaram uma variação de idades entre 50 a 92 anos ( $M=61$ ;  $DP=8,7$ ), sendo 70% da amostra composta por pessoas do sexo feminino. A inclusão de pessoas com idade igual ou superior a 50 anos está pautada na perspectiva do envelhecimento enquanto processo. Assim, tendo em vista o que sugere as ações para promover um envelhecimento bem-sucedido, a análise de processos de vulnerabilidade que aumentam as chances de adoecimento de pessoas na velhice requer a compreensão dos processos que antecedem os 60 anos.

Dessa forma a identificação das vulnerabilidades de pessoas com 50 anos ou mais possibilitará que seja realizado o delineamento das demandas e possíveis intervenções em caráter preventivo. Quanto aos critérios de exclusão, foram adotados os seguintes itens: a) ter idade igual ou superior a 50 anos; b) residir em cidade rural (com até 10 mil habitantes) no Estado da Paraíba ; c) participar de forma voluntária.

## **Instrumentos**

Os instrumentos utilizados para efetuar a coleta de dados foram os seguintes: a) Questionário sociodemográfico com questões versando sobre renda, escolaridade, cidade de residência, idade, religião, estado civil e sexo; b) Questionário semiaberto: com questões abertas sobre concepções acerca da saúde.

## **Procedimento**

Uma vez que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética, deu-se início a coleta dos dados. Os participantes foram encontrados e abordados em praças, logradouros e casas. Para

todos os participantes contatados foram explicados os objetivos do estudo e o caráter voluntário de sua participação, seguido da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Após isso deu-se prosseguimento às atividades, realizando a aplicação individual do instrumento: Questionário sociodemográfico e Questionário semiaberto.

### Tratamento e análise dos dados

Os dados coletados do questionário sociodemográfico foram processados através do software SPSS e analisados através de estatística descritiva. Os conteúdos encontrados por meio da aplicação do questionário semiaberto foram analisados através da análise de conteúdo do tipo categorial temática, conforme Bardin (2011).

### RESULTADOS E DISCUSSÃO

O perfil sociodemográfico da amostra indica que metade dos participantes possuem de 50 a 59 anos de idade, enquanto a outra metade possui de 60 a 92 anos. 70% dos entrevistados pertencem ao sexo feminino. 85,6% dos respondentes se identificaram como católicos; 13,4% evangélicos; 0,2% espírita, 0,7% outras denominações. Demais dados colhidos estão descritos no quadro 1.

**Quadro 1 – Perfil Sociodemográfico**

Variáveis		n	%
Escolaridade (n=395)	Sem escolaridade	87	22
	Ensino Fundamental I	166	42
	Ensino Fundamental II	54	13,7
	Ensino Médio	55	13,9
	Ensino Superior	33	8,4
Situação Laboral (n=297)	Empregado	97	32,7
	Desempregado	42	14,1
	Aposentado	158	53,2
Renda familiar (n=331)	Sem renda	1	0,3
	Menos de 1 salário	77	23,3
	1-2 salários	222	67,1
	3-4 salários	30	9,1
	Mais de 4 salários	2	03
Estado civil (n=403)	Casado	266	66
	Solteiro	46	11,4
	Divorciado	31	7,7

	Viúvo	60	14,9
--	-------	----	------

Fonte: Dados da pesquisa (2017).

Para além do perfil sociodemográfico da amostra, o presente estudo debruçou-se sobre as crenças que os participantes possuíam sobre saúde. Para alcançar esse fim, foram postas a todos os participantes as seguintes questões: *O que para o senhor/senhora é saúde?* Os dados coletados, ao serem submetidos a uma análise categorial temática, compuseram duas categorias e oito subcategorias, estando estas descritas no quadro 2.

### Quadro 2. Crenças Sobre Saúde

Classe temática	Categorias	Subcategorias	Unidades de conteúdo
<b>Concepções sobre saúde</b>  Conceito norteador: Evidenciam os aspectos que definem saúde e demonstra a avaliação dos participantes sobre a própria saúde	Conceito de saúde	Fundamental/Prioridade	77
		Bom/ Melhor da vida	67
		Viver bem	50
		Bem-estar psicológico	23
		Bem-estar físico	17
		Ausência de doença	23
	Auto avaliação de saúde	Avaliação negativa	30
		Avaliação positiva	04

Fonte: Dados da pesquisa (2017).

A maior parte das unidades de conteúdo versou sobre saúde como a prioridade da vida. Além disso, saúde foi concebida como “viver bem”; “melhor da vida” e “Bem-estar psicológico”. Estas crenças alinham-se à percepção ampliada de saúde, sendo esta adotada pela OMS desde a metade do século XX.

A OMS compreende o fenômeno saúde como o bem-estar físico, psíquico e social. O processo de saúde-doença deixa de ser percebido, unilateralmente, como presença, ou não, de doenças, rompendo com as concepções organicistas do adoecimento (RIBEIRO, 2011). De acordo com Campos e Rodrigues Neto (2014), esta nova perspectiva passou a observar a saúde como a promoção à qualidade de vida, englobando diversos fatores da vida cotidiana, à exemplo das condições de moradia, de trabalho, poder econômico, nível de informação e conhecimento, relações sociais e saúde mental.



As crenças dos participantes também conceberam saúde, ainda que com menos frequência, como a ausência de doença. Esta concepção de saúde, voltada quase que exclusivamente aos determinantes biológicos do adoecimento e com ênfase na cura, possui relação com o modelo biomédico, historicamente, adotado por profissionais da saúde e gestores (FERTONANI *et al.*, 2015). Assim, verifica-se que os participantes possuem concepções que em sua maioria se aproximam da compreensão ampliada de saúde, contudo, noções da saúde como ausência de doença também estão presentes.

As noções sobre saúde passou por mudanças na segunda metade do século XX, a partir da inserção de políticas públicas e programas que trazem em suas diretrizes a compreensão ampliada de saúde, entendendo adoecimento como um produto de uma complexa rede de interações entre os aspectos biológicos, psicológicos e sociais, a exemplo do PSF (ESMERALDO *et al.*, 2017). No entanto, pesquisadores apontam (ESMERALDO *et al.*, 2017) para a coexistência das duas perspectivas de saúde (biomédica e psicossocial) nos serviços públicos em saúde e nas práticas profissionais, de modo que o modelo biomédico tradicional e o modelo de saúde ampliada entram em conflito constantemente.

Esta coexistência de modelos distintos de pensar, fazer e promover saúde pode ter contribuído para a presença de unidades de conteúdo voltadas a uma concepção de saúde mais alinhada a uma visão psicossocial e, ao mesmo tempo, unidades de conteúdos voltados a uma visão mais alinhada ao modelo biomédico, uma vez que as crenças e concepções são construídas ao longo da vida e a partir da interação entre sujeito e mundo, recebendo influências contexto sociocultural. Os conceitos e sentidos atribuídos à saúde são plurais, mediados pelas subjetividades dos sujeitos, mas também atrelado aos fenômenos socio-históricos (Silva; Silva, 2014). As crenças e percepções podem variar em maior grau, de uma cultura para outra e, em menor escala, em uma mesma cultura, de um indivíduo para outro.

Ao avaliarem a própria saúde, a maioria dos participantes avaliaram de forma negativa. Achados nessa direção também foi observado por Reichert *et al.* (2012) e Busato *et al.* (2015). Esta avaliação negativa esteve, frequentemente, relacionada com processo de adoecimento dos próprios participantes. Estudo de Hartmann (2008) identificou uma correlação significativa entre autoavaliação de saúde negativa em idosos e a presença de doenças crônicas e de sintomatologia persistente, como reumatismo, bronquite, pressão alta, diabetes e isquemia cerebral, sendo estes quadros de saúde mais prevalentes em pessoas idosas. Além disso, uma percepção negativa da própria saúde pode se apresentar como um dos fatores responsáveis para adesão a tratamentos e mudanças no estilo de vida.

Saúde e doenças são fenômenos que não acontecem em pessoas sem contextos de vida. É importante destacar que a maioria das pessoas na maturidade e velhice, que participaram da pesquisa, possuíam baixa renda familiar e escolaridade. Renda e escolaridades são variáveis mediadores importantes para o acesso aos bens materiais, para a manutenção das condições de vida, para o acesso a serviços de saúde, para manter uma alimentação adequada, dentre outros aspectos necessários à qualidade de vida. Por esta razão, as crenças em saúde possuem ligação com os contextos de vida dos sujeitos. A identificação das crenças dos usuários destinatários das políticas de saúde é imprescindível na medida que possibilita melhor direcionar os recursos em razão das reais necessidades das pessoas.

### **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O conceito de Saúde é plural e dinâmico, indo para além das correntes de pensamento construídas ao longo do tempo para mergulhar nos tecidos sociais e nas subjetividades de seus indivíduos. Logo, para compreender e analisar os processos de saúde e os cenários de vulnerabilidades é necessário voltar-se aos contextos de vida dos indivíduos, investigando seu conjunto de crenças e concepções sobre saúde em articulação com seu contexto social. Nessa direção, esta pesquisa teve por objetivo analisar as crenças sobre saúde de pessoas na maturidade e na velhice residentes em cidades rurais.

As crenças em saúde se relacionam diretamente com a forma que os indivíduos percebem e cuidam da própria saúde, sendo seu entendimento fundamental para compreender as práticas em cuidado e prevenção em saúde desempenhadas pelas populações. Dessa forma, este conhecimento deve estar inserido no planejamento e execução nas políticas públicas de saúde, se atendo ainda aos demais aspectos socioculturais que se relacionam com promoção de saúde e qualidade de vida.

Mediante os dados evidenciados, pode-se concluir que as pessoas na maturidade e velhice, habitantes de cidades rurais paraibanas, possuem crenças sobre saúde que fazem referência ao contexto ao qual estão inseridos e às suas condições de vida, sendo o contexto rural frequentemente marcado pelas dificuldades e precariedade do acesso aos serviços de saúde, moradia, alimentação, renda familiar e estado atual de saúde. Os conteúdos evocados trataram de definir saúde de forma atrelada às questões práticas da vida, como sentir-se bem em relação à saúde física e a saúde mental.

Diante do que foi apresentado, considera-se que o objetivo do estudo foi alcançado. Sugere-se estudo futuros que contemplem a comparação das crenças sobre saúde entre



peças do contexto urbano e rural. Espera-se que os dados aqui apresentados possam subsidiar investigações futuras sobre as crenças acerca da saúde e a associação destas com as práticas de cuidado no processo de envelhecimento de pessoas em contextos rurais.

## REFERÊNCIAS

BAPTISTINI, Renan Almeida; FIGUEIREDO, Tulio Alberto Martins de. Agente comunitário de saúde: desafios do trabalho na zona rural. **Ambiente & Sociedade**, v. 17, n. 2, p 53-70, 2014.

BARDIN, Laurance. **Análise de conteúdo**. 3. reimp. Lisboa: Edições, v. 70, 2011.

BORBA, Anna Karla de Oliveira Tito et al . Fatores associados à adesão terapêutica em idosos diabéticos assistidos na atenção primária de saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 23, n. 3, p. 953-961, Mar. 2018

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília: MS; 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. **Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização**. 2004

BUSATO, Maria Assunta et al. Autopercepção de saúde e vulnerabilidade em idosos. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 38, n. 3, p. 625-635, 2015.

CAMPOS, Maryane Oliveira; RODRIGUES NETO, João Felício. Qualidade de vida: um instrumento para promoção de saúde. **Revista Baiana de saúde pública**, v. 32, n. 2, p. 232, 2014.

DIAS, A. et al. Crenças acerca da medicação e adesão terapêutica em utentes hipertensos. **Revista Servir**, v.59, n.3, p. 50 - 55, 2016.

ESMERALDO, G. et al. Tensão entre o modelo biomédico e a estratégia saúde da família: visão dos trabalhadores em saúde. **Revista APS**, v.20, n.1, p. 98 – 106, 2017.

FERTONANI, H. P. et al. Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, p. 1869-1878, 2015.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 2002.

HAHARI, Y. N. **Sapiens – Uma Breve História da Humanidade**. Porto Alegre: L&PM. 2015.

HARTMANN, Ana Cristina Vaz Costa. **Fatores associados a autopercepção de saúde em idosos de Porto Alegre**. 2008. 75 f. Tese (Doutorado em Gerontologia Biomédica) - Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2008.

KRÜGER, H. Ideologias, sistemas de crenças e atitudes. **Psicologia Social: temas e teorias**. Brasília, Technopolitik, p. 171-214, 2011.

REICHERT, Felipe Fossati; LOCH, Mathias Roberto; CAPILHEIRA, Marcelo Fernandes. Autopercepção de saúde em adolescentes, adultos e idosos. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 12, p. 3353-3362, Dec. 2012.

RIBEIRO, J. L. P. A Psicologia da Saúde. In: Alves, R. G. S. (Org). **Psicologia da Saúde: teoria, intervenção e pesquisa**. Campina Grande: EDUEPB, 2011.

RUCKERT, Bianca; CUNHA, Daisy Moreira; MODENA, Celina Maria. Saberes e práticas de cuidado em saúde da população do campo: revisão integrativa da literatura. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 22, n. 66, p. 903-914, 2018.

SHERMER, M. **Cérebro e crença**. São Paulo: JSN editora, 2012.

SILVA, F. A., SILVA, I. R. Sentidos de saúde e modos de cuidar de si elaborados por homens usuários de Unidade Básica de Saúde - UBS. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.19, n.2, p. 417-428, 2014.

SILVA, J.; PICHELLI, A. A. W. S.; FURTADO, F. M. S. O envelhecimento em cidades rurais e a análise das vulnerabilidades em saúde. In: CARVALHO, C. M. R. G; ARAÚJO, L. F. **Envelhecimento e práticas gerontológicas**. Curitiba: CRV - coedição: Teresina: EDUFPI, 2017. p. 291-310.

SPINK, Mary Jane. Psicologia da saúde: a estruturação de um novo campo de saber. In: **Psicologia social e saúde: práticas, saberes e sentidos**. 3ª ed. Petrópolis: Vozes, 2003.

SPINK, Mary Jane; MATTA, Gustavo Corrêa. A prática profissional Psi na Saúde Pública: configurações históricas e desafios contemporâneos. **A psicologia em diálogo com o SUS: prática profissional e produção acadêmica**, p. 25-51, 2007.