

## ELEMENTOS PROMOTORES DE SAÚDE NA PERSPECTIVA DE PESSOAS NA MATURIDADE E VELHICE RESIDENTES EM CONTEXTOS RURAIS

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

### RESUMO

Este estudo teve por objetivo analisar as crenças sobre os aspectos que promovem 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 os seguintes instrumentos: a) Questionário sociodemográfico e Questionário semiaberto sobre concepções acerca dos aspectos que promovem a saúde. Os dados decorrentes do questionário sociodemográfico foram processadas através de estatística descritiva. Os conteúdos apreendidos por meio do Questionário semiaberto foram analisados através da análise de conteúdo do tipo categorial temática. As crenças sobre os elementos promotores de saúde foram agrupadas em três categorias: programáticos, sociais e individuais. A categoria “programáticos” evidenciou crenças que se referiam a assistência médica, ao acesso e atendimento nos serviços de saúde, disponibilidade de medicação a exames. A categoria “sociais” constaram crenças relacionadas a condições de vida e alimentação adequada. Por último, na categoria “individuais”, as crenças versaram sobre as melhorias de doenças, mudanças em estilos de vida, atividade física, cuidados em saúde e prevenção de doenças, práticas espirituais/religiosas. Se faz necessário entender, no âmbito de pesquisa e prática em saúde, o conjunto de crenças, valores, concepções em relação aos contextos socioculturais das populações.

**Palavras-chave:** Crenças em saúde, Vulnerabilidades, Cidades rurais, Envelhecimento.

### INTRODUÇÃO

Ao longo da história evolutiva das espécies, o ser humano se desenvolveu de modo a propiciar fenômenos cognitivos primordiais para o seu funcionamento, sendo capazes de perceber informações do meio ambiente, identificar padrões e atribuir-lhes significados, resultando na aquisição de crenças. As crenças participam de diversos processos vivenciados cotidianamente, como julgamento, construção de atitudes, tomada de decisão, coesão grupal e comunitária, ou mesmo elaboração de condutas morais, interferindo diretamente nos

<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);

comportamentos individuais e coletivos (SHERMER, 2012). Para Krüger (2011) as crenças podem ser qualquer afirmativa realizada por uma pessoa e obtida por experiência própria, destacando que elas são construídas a partir do contato com o ambiente. Frente a isto se pode dizer que as crenças possuem relação com os contextos de pertença e vida das populações.

As concepções sobre saúde são encontradas de forma pluralizada ao longo da história e dos cenários socioculturais, emergindo em adequação aos paradigmas vigentes. Spink e Mata (2007) destacam que até a segunda metade do século XX, o modelo de saúde hegemônico no mundo ocidental foi o biomédico, focado nas razões biológicas e individuais do adoecimento. Contudo, mudanças socioeconômicas tornaram possível uma abertura teórica e prática, proporcionando uma compreensão ampliada de saúde. Nesse sentido, contemporaneamente, saúde é compreendida como bem-estar biológico, psicológico e social, não se limitando a ausência de doenças.

Se a compreensão sobre a saúde envolve aspectos individuais e sociais, a compreensão dos processos de adoecimento também exige uma análise ampliada do fenômeno. Ayres, Paiva e França Jr. (2012) discorrem sobre a vulnerabilidade enquanto categoria teórica de análise dos processos de saúde e doença. Segundo estes autores, a vulnerabilidade pode ser compreendida como o conjunto de aspectos individuais e coletivos que se relacionam com uma maior suscetibilidade ao adoecimento ou agravo do quadro de saúde, somada a isto uma menor possibilidade de acesso a recursos que garantam sua proteção.

Os cenários de vulnerabilidades em saúde são formados por um conjunto de elementos individuais e coletivos que favorecem o adoecimento ou agravo de situações de saúde, e podem ser organizados em três categorias inter-relacionadas: Individual, social e institucional. A vulnerabilidade ao adoecimento advém de uma teia complexa, que abrange praticamente todas as esferas de vida das populações (AYRES *et al.*, 2012).

Os contextos de vida no campo somada à condição do envelhecimento são apontados como fatores que estabelecem cenários de vulnerabilidade. Os contextos rurais costumam apresentar características que dificultam o acesso a diversos serviços públicos, incluindo os de saúde (BAPTISTINI, 2014). No tocante aos aspectos populacionais dos contextos rurais, tem ocorrido o aumento do número de pessoas com 50 anos ou mais que residem nesses espaços, o que possui relação com envelhecimento populacional do país, fenômeno caracterizado pelo declínio das taxas de fecundidade associado com a queda de mortalidade. Ademais, autores como Silva, Pichelli e Furtado (2017) têm apontado as condições socioeconômicas dos

contextos rurais como aspectos que podem acentuar a vulnerabilidade das pessoas na maturidade e velhice moradoras destas localidades.

Em um levantamento feito por Baptistini (2014) com agentes comunitários de saúde, que atuam em contextos rurais, foram evidenciadas as dificuldades de acesso geográfico a determinadas localidades, seja pela longa distância dos centros de saúde, entre uma residência e outra, ou mesmo pelas características do terreno, sendo agravado em épocas de chuva nas regiões. Além disso, os horários de trabalho desenvolvidos nas regiões rurais, por vezes, não casam com os horários de trabalho das equipes de saúde, colaborando a dificuldade ao acesso a serviços públicos de saúde e atenção especializada. Mesmo apresentando maior fragilidade em saúde, as pessoas idosas de contextos rurais procuram atendimento em saúde mais tardiamente (GÓMEZ; CURCIO, 2004).

Frente ao que foi apresentado o presente estudo parte da compreensão de que as crenças construídas pelas populações rurais sobre o que poderia melhorar a saúde se relacionam com as práticas adotadas nos cuidados com a própria saúde, como adesão a tratamentos e medidas preventivas ao adoecimento, seja em contato com os serviços público de saúde ou medicina popular. O mapeamento dessas crenças e percepções é de fundamental importância para elaboração e implementação de políticas públicas pautadas na realidade dos destinatários dessas políticas. Assim, o estudo teve por objetivo analisar as crenças sobre os aspectos que promovem saúde de pessoas na maturidade e na velhice residentes em cidades rurais da Paraíba.

## **METODOLOGIA**

### **Delineamento**

Este estudo possui caráter transversal, descritivo e exploratório, com abordagem quantitativa e qualitativa.

### **Participantes**

O processo de escolha dos participantes se deu através da adoção de seleção não probabilística e acidental, e estratificada pela macrorregião de saúde do Estado da Paraíba, regiões de saúde e municípios. Foram selecionadas 16 cidades com até 10 mil habitantes, sendo uma cidade por cada microrregião de saúde, contemplando as quatro macrorregiões.

O número amostral representativo da população foi pautado nos critérios de planejamento amostral sugerido por Gil (2002), com intervalo de confiança de 95%, erro

amostral de 5% e prevalência estimada de 50%. Assim, participaram 406 pessoas, com idades variantes entre 50 a 92 anos ( $M=61$ ;  $DP=8,7$ ), tendo o público feminino composto 70% da amostra. Foram adotados os seguintes critérios de inclusão: a) ter idade igual ou superior a 50 anos; b) ser morador da cidade há, no mínimo, seis meses; c) participar voluntariamente.

### **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 as concepções acerca dos aspectos que promovem a saúde.

### **Procedimento**

Após a aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética, deu-se início a coleta dos dados. Os participantes foram encontrados e abordados em praças, logradouros e casas, tomaram conhecimento dos objetivos do estudo e o caráter voluntário de sua participação, caminhando em seguida para a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Após isto 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 pelo método 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**

Como exposto no quadro 1, o perfil sociodemográfico dos participantes demonstrou que 50% do público possui faixa etária de 50 a 59 anos, e os demais, 50%, estão entre 60 e 92 anos. 70% correspondem ao gênero feminino e 30% masculino. No tocante a religião, obteve-se: católicos (85,6%), evangélicos (13,4%), espírita (0,2%) e outras (0,7%).

Os dados apresentados também demonstram baixos índices de escolaridade, nos quais 42% da amostra tiveram educação formal até o Ensino Fundamental I (do primeiro ao quinto ano escolar) e 22% não tiveram escolaridade nenhuma, o que corrobora estudos anteriores

com pessoas em contextos rurais (RODRIGUEZ *et al.*, 2014; SAMPAIO *et al.*, 2017). Sampaio *et al.* (2017) comparou idosos da zona rural e da zona urbana do município de Anagé-BA e demonstrou que 63,3% dos idosos não possuíam qualquer escolaridade. Já Rodriguez *et al.* (2014) evidenciou que 63,2% das pessoas idosas com indicativo de depressão da zona rural do município de Uberaba-MG, tiveram de 0 a 4 anos de estudo formal, sendo a metade dos idosos analfabetos. Pinto *et al.* (2016) Sugere uma correlação positiva entre baixa escolaridade e maiores índices dependência em relação às atividades instrumentais da vida diária (AIVD), proporcionando perdas na qualidade de vida.

### 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).

Uma possível explicação para este cenário pode estar nas características socioeconômicas e demográficas presentes nos cenários rurais. A carga elevada de trabalho no campo, distribuída por longos períodos nos quais se necessita a presença da luz solar, somado às grandes distâncias entre as propriedades rurais e os serviços públicos podem corroborar para que as populações assumam uma postura de prioridade do trabalho em detrimento da educação (BAPTISTINI; FIGUEIREDO, 2014). Diante das divergências entre as

características e dinâmicas das populações do campo em relação às populações da cidade, faz-se necessário a construção e, ou, aprimoramento de políticas públicas em saúde e educação que alcancem os habitantes rurais, a exemplo a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa Nacional de Educação do Campo (PRONACAMPO).

Além da baixa escolaridade, pôde-se perceber que a maioria dos entrevistados (67,1%) possuem renda familiar de um a dois salários mínimos, somado a 23,3% dos participantes que vivem com menos de um salário mínimo ao mês, apresentam uma baixa renda familiar, o que pode vir a dificultar o acesso a bens e serviços necessários à qualidade de vida. Baixa renda e escolaridade estão associadas a maior suscetibilidade ao adoecimento como destacado por Silva (2011), sendo estes elementos que contribuintes para a consolidação de quadros de vulnerabilidade.

Além do perfil sociodemográfico, o estudo buscou explorar o que os participantes acreditavam que poderia melhorar a saúde, através do questionamento: *Que aspectos ajudam a melhorar ou promovem a saúde na sua opinião?* Os dados colhidos, quando submetidos a uma análise categorial temática, compuseram três categorias e onze subcategorias, descritas no quadro 2.

**Quadro 2. Análise de conteúdo através da técnica categorial temática sobre saúde**

Classe temática	Categorias	Subcategorias	Unidades de conteúdo
Promotores de saúde:  Conceito norteador: Aspectos necessários para ter ou melhorar a saúde.	Programáticos	Assistência médica	66
		Acesso/atendimento do serviço de saúde	46
		Insatisfação com serviço de saúde	24
		Disponibilidade de medicamento/exames	28
	Sociais	Condições de vida	42
		Alimentação adequada	30
	Individuais	Cuidados/prevenção	23
		Práticas espirituais/ religiosas	06
		Atividade física	26
		Melhorar de doenças	37
		Mudar estilos de vida	35

Fonte: dados da pesquisa (2017).



Na classe temática “Promotores de saúde”, os resultados foram organizados e agrupados em três categorias: programáticos, sociais e individuais. Na categoria **programáticos**, foram identificadas crenças que se referiam a assistência médica (66), ao acesso e atendimento nos serviços de saúde (24), disponibilidade de medicação a exames (28). Na categoria **sociais** constaram crenças relacionadas a condições de vida (42) e alimentação adequada (30). Por último, a categoria **individuais**, foi formada por crenças voltadas às melhorias de doenças (37), mudanças em estilos de vida (35), atividade física (26), cuidados em saúde e prevenção de doenças (23), práticas espirituais/religiosas (06).

Diante dos dados apresentados, é possível notar que junto à expressiva crença da melhora da saúde a através do acesso ao atendimento e tratamento profissional, encontrado nos serviços de saúde, percebe-se a presença de crenças em aspectos que compõem a noção de saúde integral, alinhando-se ao que se propõe a Política Nacional de Promoção à Saúde (PNPS). A PNPS tem como objetivos a promoção da qualidade de vida e redução da vulnerabilidade das populações, estando esta associada a determinantes e condicionantes que apresentam risco à saúde, como más condições de trabalho, habitação, educação, lazer, alimentação, estilo de vida, cultura e acesso a bens e serviços essenciais (BRASIL, 2006).

A nomeação das categorias temáticas evidenciadas no quadro 2 (programáticos, sociais e individuais) remete à teoria da vulnerabilidade e seus eixos de análise propostos por Ayres *et al.* (2012). No tocante à dimensão programática, houveram crenças que versaram sobre: o acesso aos serviços de saúde, exames e medicações de qualidade. Contudo, o acesso a serviços de saúde ainda é insatisfatório para muitos municípios do território nacional, sobretudo nas áreas rurais mais afastadas dos centros urbanos e/ou com um índice elevado de precariedade. Apesar da notória difusão da Estratégia Saúde da Família (ESF) nos contextos rurais, ainda há muitas dificuldades para a consolidação da Atenção Primária a Saúde em caráter resolutivo, à exemplo os poucos recursos destinados aos municípios de médio e pequeno porte e deficiência no quadro de profissionais capacitados, bem como a escassez de médicos que desejam trabalhar no contexto do campo (SHIMIZU *et al.*, 2018).

Na categoria *social* as crenças sobre o que poderia melhorar a saúde versaram sobre as condições de moradia e alimentação dignas, fazendo referências a cenários de comuns em comunidades e famílias com baixa renda familiar e distantes da ação de serviços público e infraestrutura. Nessa direção podemos compreender que melhores condições de saúde estão ligadas ao enfretamento das desigualdades sociais. Já em relação à categoria **individuais**, os

participantes destacaram a melhoria do quadro clínico de suas doenças, mudanças no estilo de vida, cuidados em saúde e prevenção de doenças.

É possível que estas colocações se relacionem com as experiências de vida em contextos nos quais há uma fragilidade no acesso a informações e instituições de saúde. Busato *et al.* (2015) aponta para a importância da utilização dos recursos sociais, individuais e programáticos como potencializadores de estratégias de enfrentamento mediante as adversidades encontradas na fase da velhice, minimizando assim os níveis de vulnerabilidade deste grupo etário.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

As crenças sobre saúde dos entrevistados possuem relação com seus contextos de vida no campo e condições objetivas de vida, como alimentação, moradia, renda familiar, situação laboral e acesso a serviços de saúde. As percepções encontradas sobre o que pode melhorar a saúde puderam ser categorizadas nas esferas individual, social e programático, atendendo as dimensões existentes na perspectiva teórica da vulnerabilidade.

A teoria da vulnerabilidade compreende o adoecimento como oriundo de situações de desigualdade social, como cenários marcados por conflitos étnicos, relações desiguais de gêneros, dificuldade de acesso à bens e serviços, e más condições de moradia e alimentação. Nesse sentido, compreende-se que as pessoas com 50 anos ou mais de idade, residentes em contextos rurais, podem estar mais vulneráveis a determinados agravos em saúde em decorrência das especificidades da vivência no campo.

Dessa forma, promover políticas e cuidados em saúde voltados exclusivamente à etiologia das doenças, por si só, não é suficiente para lidar com a problemática da saúde como um todo. Faz-se necessária a inserção de políticas e programas que também atuem sobre as demandas sociais, respeitando e levando em consideração os diversos contextos sociais existentes de modo que possa minimizar os cenários de desigualdade e, conseqüentemente, promover uma melhor qualidade de vida para as populações, bem como pode-se propor ampliações e aperfeiçoamentos de políticas já existentes.

Ante ao exposto, considera-se que o objetivo do estudo foi alcançado. Em estudos futuros, sugere-se a realização da pesquisa com participantes residentes em contextos rurais e urbanos, tendo em vista a comparação da relação entre saúde e contextos de vida. Espera-se que essa pesquisa sirva para subsidiar futuras investigações acerca das crenças e cuidados em



saúde adotadas pelas populações habitantes de contextos rurais, bem como acerca sua relação com os cenários de vulnerabilidade.

## REFERÊNCIAS

AYRES, Jose Ricardo; PAIVA, Vera; FRANÇA JR., Ivan. Conceitos e práticas de prevenção: da história natural da doença ao quadro da vulnerabilidade e direitos humanos. In: **Vulnerabilidade e Direitos Humanos: prevenção e promoção da saúde**. Curitiba: Juruá Ed, p. 71-94, 2012.

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.

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

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.

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

GÓMEZ, J. F.; CURCIO, C. L. Envejecimiento rural: el anciano en las zonas cafeteras colombianas. **Cuadernos de Investigación**, n. 3, p. 58-60, 2004.

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

PINTO, A., et al. Capacidade funcional para atividades da vida diária de idosos da Estratégia de Saúde da Família da zona rural. **Ciência & Saúde Coletiva**, online, v.21, n.11, 2016.

RODRIGUES, Leiner Resende et al. Perfil sociodemográfico, econômico e de saúde de idosos rurais segundo o indicativo de depressão. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 16, n. 2, p. 278-85, jun. 2014.

SAMPAIO, L. S. et al. Qualidade de vida em idosos residentes em zona rural e urbana. **Revista eletrônica da FAINOR**. Vitória da Conquista, v.10, n.3, p. 391-406, 2017.

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

SHIMIZU, Helena Eri et al. Avaliação do Índice de Responsividade da Estratégia Saúde da Família da zona rural. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 52, p. 03316, 2018.

SILVA, J. **O impacto da AIDS na Saúde Mental e Qualidade de Vida de pessoas na maturidade e velhice.** Tese de Doutorado, Universidade Federal da Paraíba, 2011.

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; 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.