



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA  
CAMPUS I  
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA  
CURSO DE PSICOLOGIA**

**MÍSIA CAROLYNE PEREIRA DE MORAIS**

**PERCEPÇÃO SOBRE OS SERVIÇOS DE SAÚDE DE PESSOAS COM 50  
ANOS OU MAIS RESIDENTES EM CIDADES RURAIS**

**CAMPINA GRANDE  
2019**

MÍSIA CAROLYNE PEREIRA DE MORAIS

**PERCEPÇÃO SOBRE OS SERVIÇOS DE SAÚDE DE PESSOAS COM 50 ANOS OU MAIS RESIDENTES EM CIDADES RURAIS**

Trabalho de Conclusão de Curso (Artigo) apresentado ao Departamento do Curso Psicologia da Universidade Estadual da Paraíba, como requisito parcial à obtenção do título de graduação em Psicologia.

Área de concentração: Psicologia Social

**Orientadora:** Profa. Dra. Josevânia da Silva

**CAMPINA GRANDE  
2019**

É expressamente proibido a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano do trabalho.

M827p    Morais, Mísia Carolyne Pereira de.  
Percepção sobre os serviços de saúde de pessoas com 50 anos ou mais residentes em cidades rurais [manuscrito] / Mísia Carolyne Pereira de Morais. - 2019.  
24 p.  
Digitado.  
Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Psicologia) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, 2019.  
"Orientação : Profa. Dra. Josevânia da Silva, Departamento de Psicologia - CCBS."  
1. Envelhecimento. 2. Serviços de Saúde. 3. Vulnerabilidade. I. Título  
21. ed. CDD 362.1

MÍSIA CAROLYNE PEREIRA DE MORAIS

PERCEPÇÃO SOBRE OS SERVIÇOS DE SAÚDE DE PESSOAS COM 50 ANOS OU MAIS RESIDENTES EM CIDADES RURAIS

Trabalho de Conclusão de Curso (Artigo) apresentado a/ao Coordenação/Departamento do Curso de Psicologia da Universidade Estadual da Paraíba, como requisito parcial à obtenção do título de graduação em Psicologia.

Área de concentração: Psicologia Social

Aprovada em: 27/06/2019.

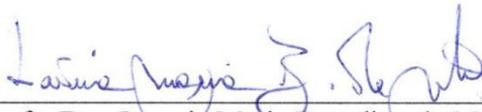
**BANCA EXAMINADORA**



Profª Dra. Josevânia da Silva (Orientador)  
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)



Prof. Dr. Leconte de Lisle Coelho Júnior  
Faculdade Maurício de Nassau (UNINASSAU)



Profª. Dra. Laercia Maria Bertulino de Medeiros  
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

*Aos meus pais, seu Plínio e dona Mária*

## AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, Plínio e Míria, que sempre confiaram e apostaram em mim e que me ouviram falar na cozinha de História da Psicologia e Psicanálise a Psicologia Social e Viktor Frankl com toda paciência que Deus lhes deu.

Aos meus irmãos, Sarah e Plínio Filho que apesar de não quererem ouvir, o fizeram de uma forma ou outra.

Ao meu primo-irmão Lucas Abílio que esteve comigo durante toda a graduação nos melhores e piores momentos.

Aos meus professores:

Thelma por me mostrar que a Psicologia poderia ser muito mais do que eu era capaz de imaginar. Por me ensinar que o fazer psicologia é também um fazer político, poético e criativo e por me fazer apaixonar-me pela Psicologia Social-Comunitária.

Gilvan, por me guiar por entre os caminhos da Psicologia Clínica (e Logoterapia) e por fazer isso de forma ética, honesta sem perder o humor.

Maria Célia e Ana Cristina por terem me mostrado, com sua didática o potencial que a relação professor-aluno tem para mudar e melhorar vidas.

Roniere, Delanne e Laércia por simplesmente aparecerem e fazerem a diferença, tanto como amigos quanto como professores.

A Josevânia por ter me aceitado e orientado pacientemente por entre os labirintos da pesquisa e do envelhecer.

Aos companheiros Ludwig e Mirella que toparam o desafio de fazer isso acontecer em dose tripla, compartilhando as dores, as dúvidas, angústias e alegrias.

Aos meus amigos de turma. Em especial Larissa Ribeiro, Gabriele Vasconcelos, Linnie Emanuelle, Lindalberto Leal, Monique Hellen, Júlia Vintilia, Andreza Raíssa, Ana Lima e Jhamily Tomaz por simplesmente existirem e terem feito esses cinco anos passarem em um piscar de olhos.

Aos meus amigos/parceiros de vida, Thayná Figueiredo, Marcos Cândido, Diego Cavalcante, João Gabriel, Viviane Sousa, Sandro Júnior, Franklin Neto e Elaine Cristina que durante esse período estiveram sempre presentes para me mostrar que ela - a vida - vai muito além dos muros da universidade.

*“Havia sempre esperança na travessia noturna.  
Cada deus revia a criação no quieto da noite. Acender os  
dias era sempre a possibilidade de uma nova criação. Era  
importante dormir com esperança.” Valter Hugo Mãe*

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO.....</b>	<b>9</b>
<b>2. METODOLOGIA.....</b>	<b>8</b>
<b>2.1 Delineamento.....</b>	<b>8</b>
<b>2.2. Participantes.....</b>	<b>8</b>
<b>2.3 Instrumentos.....</b>	<b>9</b>
<b>2.4 Procedimentos.....</b>	<b>9</b>
<b>2.5 Tratamento e análise de dados.....</b>	<b>10</b>
<b>2.6. Aspectos éticos.....</b>	<b>10</b>
<b>3. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....</b>	<b>10</b>
<b>4. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>17</b>
<b>5. REFERÊNCIAS.....</b>	<b>19</b>

# PERCEPÇÃO SOBRE OS SERVIÇOS DE SAÚDE DE PESSOAS COM 50 ANOS OU MAIS RESIDENTES EM CIDADES RURAIS

Mísia Carolyne Pereira de Moraes

## RESUMO

Este estudo teve por objetivo analisar a percepção sobre os serviços de saúde de pessoas com 50 anos ou mais residentes em cidades rurais. 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. 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), programáticos (disponibilidade de medicamentos, equipamentos, exames, baixa solicitação para o Teste para HIV e reduzida participação em grupos sobre saúde no serviço) e individuais (acesso a informação e rede de apoio social). 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. Assim, se tornam necessárias transformações tanto em termos estruturais e administrativas quanto no aspecto educacional que tenham em vista as especificidades e vulnerabilidades da população estudada.

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

## ABSTRACT

This study aimed to analyze the perception of elderly people living in rural cities about health services. 400 people, aged between 50 and 92 years ( $M = 61$ ,  $SD = 8.62$ ), were living in rural cities of Paraíba, 70% of them female. A sociodemographic questionnaire and a questionnaire about the perception about health services were used. Data were analyzed through descriptive statistics. In general, health services were evaluated positively, with the exception of organizational and preventive aspects. Health vulnerabilities were related to social aspects (income and schooling), programmatic (availability of drugs, equipment, tests, low request for HIV Testing and reduced participation in health groups in the service) and individual aspects (access to information and network social support). In addition, 73.6% of the participants stated that health professionals do not ask for information about their living conditions and the family. On a scale of 0 to 10, the mean of the participants for the general evaluation of the municipal health services was 6.4 ( $SD=3.25$ ), which indicates a "moderate/regular" evaluation, not necessarily characterizing, as "good." Despite generally positive assessments, the identified gaps are significant, especially with respect to the programmatic scope of vulnerability. In order to promote successful aging and reduce health vulnerabilities, attention must be paid to how the elderly evaluate services and are inserted into caregiving actions. Therefore, it is necessary to

transform both structural and administrative terms as well as educational aspects that take into account the specificities and vulnerabilities of the studied population.

**Keywords:** Aging, Rural Areas, Vulnerability, Health Services

## 1. 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 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 estão relacionadas 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 as que apresentam maior suscetibilidade 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”.

Tal 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.

Apesar desta estrutura que em tese, possibilitaria 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 a era do mercado e o capital financeiro (MARQUES, 2002). No Brasil, com o desenvolvimento econômico das cidades ocorreu uma supervalorização do espaço urbano, onde estão concentrados os maiores investimentos em tecnologias, as indústrias, as oportunidades de trabalho, dentre outros aspectos.

A questão é que 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. Silva et al. (2017) destacam que 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.

Trabalhos como o de Loureiro, Santana e Costa (2016) argumentam que a saúde mental de pessoas residentes na zona rural pode ser influenciada negativamente pelas 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. Tavares et al. (2016) reforçam esta hipótese ao evidenciar em sua pesquisa que, além de relatarem este isolamento, que a população idosa que vive em espaços rurais enfrenta obstáculos como a distância e a dificuldade de deslocamento, que influenciam na frequência com eles tem acesso aos serviços de saúde prestados em seus municípios.

De fato, com o avançar da idade, as pessoas, frequentemente, demandam mais cuidados em saúde. Estas tendem a ter uma autopercepção de saúde igual ou pior que a de idosos residentes em zonas urbanas. Isto se torna mais concreto no fato de que, idosos da zona rural de Santa Catarina (município de Antônio Carlos), por exemplo, correm mais risco de terem complicações cardiovasculares que os que residem na zona urbana (Florianópolis) (CONFORTIN et al., 2016).

Estes são aspectos apontam para uma maior vulnerabilidade em saúde das pessoas idosas que residem na zona rural. Nesse sentido, ao se analisar as vulnerabilidades em saúde tendo em vista a promoção do envelhecimento bem-sucedido, se faz necessário pensar o envelhecimento enquanto processo, o que demanda intervenções e cuidados nas faixas etárias anteriores aos 60 anos. Por esta razão, a identificação de aspectos que aumentam a

suscetibilidade ao adoecimento de pessoas com 50 anos ou mais possibilita o planejamento em saúde e intervenções preventivas para uma velhice com qualidade de vida.

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 envolvem desde os aspectos subjetivos e relacionais, como os aspectos sociais, econômicos, culturais, políticos, relações de poder e de gênero, escolaridade, renda sendo também influenciado pela disponibilidade e qualidade dos serviços de saúde, educação e políticas públicas a que têm acesso.

Este estudo teve por objetivo analisar a percepção sobre os serviços de saúde de pessoas com 50 anos ou mais residentes em cidades rurais. Esta análise possibilitará tecer considerações sobre as vulnerabilidades em saúde deste grupo etário, discorrendo sobre a relação entre aspectos individuais, sociais e programáticos.

## **2. METODOLOGIA**

### **2.1 Delineamento**

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

### **2.2. 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**

**peessoas**, com idades variando entre 50 a 90 anos ( $M=61$ ;  $DP=8,62$ ), sendo 69,5% 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.

### **2.3 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.

### **2.4 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.

## 2.5 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).

## 2.6. Aspectos éticos

Este estudo considerou, em todas as etapas, os aspectos éticos relativos às pesquisas envolvendo seres humanos, conforme resolução 466/2012. Os participantes foram informados acerca da participação voluntária, bem como sobre a possibilidade de interromper ou parar a pesquisas em qualquer momento do procedimento de coleta dos dados.

## 3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

As condições de saúde das populações possuem relação com as condições de vida, o que inclui escolaridade, renda, suporte social, saneamento básico, dentre outros aspectos. Na literatura fala-se das “barreiras” que impedem certos segmentos da sociedade de acessar os serviços de saúde, dentre as quais se destaca a barreira da informação, que é medida pelo nível de escolaridade da população (TRAVASSOS; CASTRO, 2012). Ou seja, quanto maior o nível de escolaridade, maior o acesso e compreensão da informação. Outra grande barreira é a ausência de renda familiar ou a baixa renda.

A partir da análise dos resultados referentes ao perfil sociodemográfico, verificou-se que a maioria dos participantes era do sexo feminino, casada e residindo em cidades rurais da macrorregião de Campina Grande. A maioria dos participantes possuíam nível de escolaridade de, no máximo, cinco anos. Além disso, a renda familiar dos participantes, em sua maioria, foi de até dois salários mínimos. Estes e outros dados podem ser observados na tabela 1 abaixo:

**Tabela 1.** Perfil sociodemográfico dos participantes

VARIÁVEIS	FREQUÊNCIA	%
-----------	------------	---

<b>Sexo</b> (400)	Masculino	122	30,5
	Feminino	278	69,5
<b>Faixa etária</b> (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
<b>Escolaridade</b> (n=389)	Sem escolaridade	84	21,6
	Ensino Fundamental I	165	42,4
	Ensino Fundamental II	53	13,6
	Ensino Médio	55	14,1
	Superior	32	8,2
<b>Situação Laboral</b> (n=292)	Empregado	96	32,8
	Desempregado	42	14,3
	Aposentado	155	52,9
<b>Renda mensal</b> (n=328)	Menos que 1 salário	77	23,6
	1-2 salários	218	66,9
	3-4 salário	30	9,2
	Mais que 5 salários	01	0,3
<b>Estado Civil</b> (n=397)	Casado	263	66,2
	Solteiro	45	11,3
	Divorciado	30	7,6
	Viúvo	59	14,9
<b>Macrorregião</b>	João Pessoa	105	26,3
	Campina Grande	132	33
	Sousa	93	23,3
	Cajazeiras	70	17,5
<b>Religião</b> (n=396)	Católica	339	85,6
	Evangélica	53	13,4
	Espírita	01	0,3
	Outra	03	0,8

Fonte: dados da pesquisa

Neste estudo, o perfil dos participantes se caracteriza por baixa renda e escolaridade. 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. Tanto a escolaridade quanto a renda são elementos que influenciam no quadro de vulnerabilidade (Ayres, Calazans, Saletti Filho, & Franca Junior (2008). Trabalhos como os de Confortin et al. (2016) sinalizam que as pessoas que envelhecem em áreas urbanas têm maior renda e maior escolaridade.

No tocante à avaliação dos participantes sobre os serviços de saúde da atenção básica de cidades rurais, foram evidenciadas avaliações negativas em relação ao aspecto organizacional e sobre as ações de prevenção. A tabela a seguir demonstra, para além dessas avaliações, as respostas dos participantes no que concerne ao 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 (%)
<b>Organização</b>		
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)
<b>Vínculo e atendimento</b>		
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)
<b>Resolutividade</b>		
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)
<b>Prevenção</b>		
Você já foi convidado a participar de grupos sobre saúde no serviço saúde?	254 (65,5)	134 (34,5)
Existem 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 itens que abordaram a organização dos serviços de saúde versaram sobre a disponibilidade de medicamentos, de equipamentos, de exames e de profissionais. Com

exceção do último aspecto, as avaliações foram negativas. Ademais, 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 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 afirmou que se sente bem recebidos pelos profissionais, que compreendem as informações que recebem, incluindo as explicações sobre as medicações prescritas pelos médicos. Os mais de 14% que já se sentiram rejeitados por profissionais são, no entanto, expressivos quando comparados com dados nacionais de um estudo similar de Boccolini et al (2016). A pesquisa em questão pontua que pouco menos de 10% dos brasileiros relatam ter sido discriminados por profissionais da saúde. Esta discriminação estava correlacionada a fatores como renda, escolaridade e classe sociais menores, que também são característicos da maior parte da população do presente estudo.

Os resultados demonstraram que 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 – o que inclui uma análise das condições de vida do paciente – e aplicação de forma correta da medicação necessária (MARCO, 2006).

A humanização do atendimento médico e a diminuição da distância entre o profissional e o paciente são detalhes que tendem a melhorar a avaliação dos usuários da atenção primária. Em estudo sobre o tema, Santos et al. (2016) discorre que os médicos do Programa Mais Médicos do Governo Federal, especialmente os estrangeiros cubanos que tem uma formação voltada para a atenção básica, tendem, inclusive, a serem melhor avaliados pelos usuários dos serviços justamente por se interessarem por suas histórias de vida, por serem mais pacientes e estarem sempre abertos ao diálogo.

A percepção dos participantes quanto à 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 dada pelos 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 não só para o modo como os usuários que estão em processo de envelhecimento avaliam os serviços, mas também se estes estão inseridos nas ações direcionadas ao cuidado. Mallman et al. (2015) chama a atenção para a importância de processos educativos através de grupos para um envelhecer saudável como, por exemplo, grupos voltados para os idosos na atenção básica. Para além da promoção da sociabilidade (rede de apoio), tais grupos são meios pelos quais se podem distribuir informações sobre saúde e bem-estar, fazendo assim, um trabalho preventivo.

A prevenção e o grau de resolutividade são aspectos que estão intrinsecamente relacionados. Vale salientar que apesar da avaliação positiva da resolutividade, quase um terço dos entrevistados disse não ter resolvido suas queixas através dos serviços de saúde. Nascimento e Cordeiro (2019), que fazem uma análise dos serviços de Atenção Básica em um município de Pernambuco, argumentam sobre a necessidade de uma prática baseada em paradigmas mais atuais, com uma atuação interdisciplinar que leve em consideração contextos familiares e populacionais, e tenha uma ação mais voltada para a prevenção de doenças.

Numa escala de 0 a 10, também foi solicitado aos participantes que atribuíssem uma nota para as equipes dos serviços de saúde, para a estrutura dos serviços e para os serviços de saúde em geral do município. Os resultados apontaram para uma avaliação boa em relação às equipes de saúde, com média equivalente a 7,41 (DP=2,77).

Já a estrutura dos serviços e a avaliação geral das equipes/serviços apresentaram média regular, equivalente a 6,88 (DP=3,09) e 6,5 (DP=3,24) respectivamente. Em estudo similar sobre a avaliação da qualidade dos serviços de atenção primária à saúde utilizada por idosos em dois distritos de Porto Alegre, apenas cerca de 1/5 da população entrevistada disse não recomendar os serviços. Apesar disso, escores que tratavam da continuidade, integralidade do serviço e formação de vínculo entre usuário e profissional não atingiram os valores médios considerados adequados (DOTTO et al. 2016).

Os participantes também foram perguntados sobre o que tinha disponível no município em relação à oferta de serviços de saúde e à disponibilidade de exames, medicamentos e médicos. Verificou-se que a maioria da população tem acesso à UBS, mas menos da metade relatou ter acesso a hospitais em seus municípios. Outros dados podem ser observados abaixo.

**Tabela 3.** Oferta de serviços de saúde, exames, medicamentos e médicos.

Variáveis	Não f (%)	Sim f (%)
Unidade Básica de Saúde (UBS)	10 (2,5)	386 (97,5)
Hospital	244 (61,8)	151 (38,2)
Disponibilidade de Equipamentos e exames	257 (65,2)	137 (34,8)
Médico diariamente (n=396)	260 (65,7)	136 (34,3)

No que concerne à disponibilidade de equipamentos e exames e a presença diária de médicos, a resposta que prevaleceu foi o “não”, o que solidifica os dados da tabela 2. Pesquisas como a de Santos, Sousa e Cardoso (2016), realizada na área rural de Porto Velho (RO), mostram que a falta de exames e procedimentos, por exemplo, não é uma problemática regional. Neste estudo, mais de 40% dos entrevistados classificaram o acesso a exames como ruim ou péssimo e pouco mais de 30% se referiram à disponibilidade de equipamentos como regular. A disponibilidade de profissionais, o planejamento, supervisão e a avaliação dos serviços de saúde, são todos itens da dimensão programática da vulnerabilidade e que podem ser repensados pelo governo.

Quando questionados sobre o que faltava nos serviços de saúde prestados em seus municípios, a falta de médicos e equipamentos/exames foram novamente evidenciadas. Hospital, medicamentos e boa gestão também foram apontados como itens que faltam. Isto é reforçado por Girardi et al. (2016) que quando versam sobre a avaliação do escopo de prática de médicos que participam do Programa Mais Médicos (PMM), apontam que esses profissionais alegam a falta de materiais e infraestrutura como os principais obstáculos para realizar procedimentos e atividades.

Apesar disso, é justamente o investimento em programas como o PMM que têm o potencial para melhorar em termos quantitativos e qualitativos os serviços de atenção primária nas regiões mais remotas como as zonas rurais. Alencar et al. (2016) mostram que a implementação do programa em uma cidade do sertão nordestino resultou em um aumento significativo de acolhimento, dos atendimentos médicos – principalmente de pessoas com mais de 40 anos – e de visitas domiciliares. Concomitantemente, o número de exames solicitados e de encaminhamentos para especialistas, diminuíram, o que aponta também para uma maior resolutividade na atenção primária e consequente diminuição de gastos no setor da saúde.

**Tabela 4.** O que falta nos serviços de saúde, segundo avaliação dos participantes.

Variáveis	f (%)
<b>O que falta nos serviços de saúde da sua cidade?</b>	
<i>Médico</i>	56 (15,9)
<i>Equipamentos/exames</i>	48 (13,5)
<i>Tudo</i>	48 (13,5)
<i>Nada</i>	45 (12,7)
<i>Hospital</i>	28 (7,9)
<i>Medicamentos</i>	23 (6,5)
<i>Boa gestão</i>	11 (3,1)
<i>Outros</i>	09 (2,3)

A falta de infraestrutura e profissionais é um problema que não se restringe a municípios de pequeno porte da Paraíba. Piuvezam et al. (2016) quando escreve sobre os serviços de atenção primária no Brasil nota no discurso de gestores entrevistados que este é um problema frequente. Tais defasagens são justificadas pela falta ou mau uso do dinheiro público, erros administrativos e falta de fiscalização dos serviços prestados. Não obstante, os profissionais da medicina tendem a abandonar estes cargos em função da alta carga de trabalho (PIUVEZAM et al. 2016). As consequências são a falta de médicos para preencherem essas lacunas e uma alta rotatividade no que diz respeito a estes cargos.

Todas estas faltas vão de encontro às necessidades da população que envelhece e que demanda um complexo aparato de profissionais, serviços e equipamentos que dê conta de doenças crônicas e suas adversidades (PIMENTA et al. 2015). Os achados do presente estudo apontam para a suscetibilidade ao adoecimento das pessoas com 50 anos ou mais residentes em cidades rurais. 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. Esta e todas as outras questões já expostas levam a indagação da eficácia das ações programáticas do governo voltadas para a população com idade mais avançada.

Em relação ao uso dos serviços de saúde, a maioria afirmou fazer uso do serviço público, sendo a maior procura pelo PSF (59,2%). Este e outros dados estão apresentados abaixo.

**Tabela 5.** Acesso e utilização dos serviços de saúde pelos participantes

Variáveis	f (%)
-----------	-------

<b>Serviço utilizado</b>	
<i>Esfera pública</i>	309 (78,6)
<i>Esfera privada</i>	84 (21,4)
<b>Tipo de serviço mais utilizado</b>	
<i>PSF</i>	213 (59,2)
<i>UPA</i>	08 (2,2)
<i>Hospital</i>	73 (20,3)
<i>Policlínica pública</i>	07 (1,9)
<i>Consultório/clínica particular</i>	56 (15,6)
<i>Hospital Particular</i>	03 (0,8)
<b>Avaliação do acesso</b>	
<i>Fácil</i>	331 (84,7)
<i>Difícil</i>	60 (15,3)

A partir dos resultados acima, constata-se que a maioria dos participantes disse não ter dificuldades de acesso para ir até os serviços de saúde. Para, além disso, é possível inferir que a maioria destes (78,6%), fazem uso de serviços públicos sendo os principais PSF's e hospitais.

Esses dados estão em consonância com pesquisas como as de Arruda, Maia e Alves (2018) que em seu trabalho “Desigualdade no acesso à saúde entre as áreas urbanas e rurais do Brasil: uma decomposição de fatores entre 1998 e 2008” mostram que apenas 8% das pessoas que moram na zona rural tem acesso a algum plano de saúde privado. As autoras afirmam, como em outros estudos já citados ao longo do texto, que o grupo que tem maior dificuldade de acesso aos serviços de saúde é o dos idosos da zona rural. Arruda, Maia e Alves (2018) citam ainda maior escolaridade e maior renda como fatores que tem relação direta com a procura pelos serviços de saúde nas zonas rurais.

Tendo em vista o grupo pesquisado, e todos os dados já apresentados anteriormente, é possível assumir que estes têm um acesso limitado a tais serviços quando comparados aos que envelhecem na zona urbana, que tem, em geral, maior renda e maior escolaridade. Novamente percebe-se uma carência tanto no sentido da dimensão social (renda e escolaridade) quanto no da dimensão programática (acesso à saúde).

#### **4. 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), sendo também atravessada pela dimensão individual (acesso a informação e rede de apoio).

Apesar dessa avaliação positiva, as defasagens observadas são significativas. Estas contradições em si, mostram a necessidade de um serviço mais humanizado, que se desprenda das antigas concepções biomédicas e se atualize, visando um atendimento mais contextualizado, que leve em conta todas as dimensões do ser humano. 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 e que tenham em vista as especificidades e vulnerabilidades que o contexto rural e o processo do envelhecer carregam.

## 5. REFERÊNCIAS

- ALCÂNTARA, A. de O.; DUARTE, A. G de A.; FROTA, M. H. de P. Velhice e espaço rural: (re) desenhos dos discursos. **Revista Kairós Gerontologia**, São Paulo, v. 18, n. 2, p.209-226, abr./jun. 2015.
- ALENCAR, A. P. A. et al. Impacto do programa mais médicos na atenção básica de um município do sertão central nordestino. **Gestão e Sociedade**, v. 10, n. 26, p. 1290-1301, 2016.
- ARRUDA, N. M.; MAIA, A. G.; ALVES, L. C.. Desigualdade no acesso à saúde entre as áreas urbanas e rurais do Brasil: uma decomposição de fatores entre 1998 a 2008. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 6, p.1-14, jun. 2018.
- AYRES, J. R. de C. M.; BUCHALLA, C. M. (orgs), Vulnerabilidade e direitos humanos: prevenção e promoção da saúde: **Livro I, da doença à cidadania**. Curitiba, Juruá, p.71-94. 2012.
- AYRES, J. R. de C. M.; PAIVA, V.; FRANÇA, I. J. **Conceitos e práticas de prevenção: da história natural da doença ao quadro da vulnerabilidade e direitos humanos**. In: Paiva, V.;
- AYRES, J. R. de C. M.; CALAZANS, G. J.; SALETTI FILHO, H. C.; FRANCA JUNIOR, I. Risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde. **Tratado de saúde coletiva** [S.l: s.n.], 2008.
- BOCCOLINI, C. S.; BOCCOLINI, P. de M. M.; DAMACENA, G.N.; FERREIRA, A. P. de S.; SZWARCOWALD, C. L. Fatores associados à discriminação percebida nos serviços de saúde do Brasil: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, p. 371-378, 2016.
- DOTTO, J. de M.; ÁVILA, G. A. de C.; MARTINS, A. B; HUGO, F. N. Avaliação da qualidade dos serviços de atenção primária à saúde acessados por idosos em dois distritos de Porto Alegre, RS, Brasil. **Revista da Faculdade de Odontologia-UPF**, Passo Fundo, v. 21, n. 1, p. 23-30, jan/abr. 2016.
- GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 6ªed. São Paulo, 2017, 5.61: 16-17.
- GIRARDI, S. N.; CARVALHO, C. L.; PIERANTONI, C. R.; COSTA, J. de O.; STRALEN, A. C. de S;; LAUAR, T. V.; DAVID, R. B. Avaliação do escopo de prática de médicos participantes do Programa Mais Médicos e fatores associados. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, p. 2739-2748, 2016.
- 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, A.; SANTANA, P.; COSTA, A. 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.

MALLMANN, D. G.; GALINDO, N. M. N.; SOUZA, J. C.; VASCONCELOS, L. M. R. Educação em saúde como principal alternativa para promover a saúde do idoso. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, p. 1763-1772, 2015.

MARCO, M. A. de. Do Modelo Biomédico ao Modelo Biopsicossocial: um projeto de educação permanente. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 1, p.60-72, jan./abr. 2006.

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

NASCIMENTO, A. G. do; CORDEIRO, J. C. Núcleo ampliado de saúde da família e atenção básica: análise do processo de trabalho. **Trabalho, Educação e Saúde**, Recife, v. 17, n. 2, 2019.

NASCIMENTO, R. C. R. 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, A. L. 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.

PIMENTA, F. B.; PINHO, L.; SILVEIRA, M. F.; BOTELHO A.C.C. Fatores associados a doenças crônicas em idosos atendidos pela Estratégia de Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, p. 2489-2498, 2015.

PIUVEZAM, G.; LIMA, K. C.; CARVALHO; M. S.; XAVIER, V. G. P.; SILVA; Rafael A.; DANTAS, A. R.; NUNES; V. M. de A. Atenção primária à saúde e os idosos institucionalizados: a perspectiva da gestão municipal no Brasil. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**, Portugal, v. 34, n. 1, p. 92-100, 2016

SALDANHA, A. A. W. **Situações de Vulnerabilidade à Gravidez na Adolescência: Estilo de Vida e Comportamentos de Risco de Adolescentes Paraibanas**. Relatório Final, Projeto Temático, Processo CNPq 551215/2007-0, Edital nº 22/2007- Saúde da Mulher. João pessoa, PB: Universidade Federal da Paraíba, 2011.

SANTOS, J. B. F. dos; MACIEL, R. H. M. de O.; LESSA; M. das G.; MAIA, A. L. L. N.; GUIMARÃES; E. P. A. Médicos estrangeiros no Brasil: a arte do saber olhar, escutar e tocar. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 25, p. 1003-1016, 2016.

SANTOS, M. A. M.; SOUZA, E. G. de; CARDOSO, J. C. Avaliação da qualidade da Estratégia Saúde da Família e do programa Mais Médicos na Área Rural de Porto Velho, Rondônia. **Gestão e Sociedade**, v. 10, n. 26, p. 1327-1346, 2016.

SILVA, J. da; PICHELLI, A. A. W. S; FURTADO, F. M. de S. F. O envelhecimento em cidades rurais e a análise das vulnerabilidades em saúde. In: CARVALHO, Cecilia Maria Resende

Gonçalves de; Araújo, Ludgleydson Fernandes de. **Envelhecimento e práticas gerontológicas**. Curitiba: CRV. Cap. 15. p. 283-301, 2017.

SILVA, J. da. **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.

TAVARES, D. M.; DIAS, F. P.; FERREIRA, P. C. dos S.; OLIVEIRA, E. A. de. Homens idosos residentes na zona rural: aspectos relacionados à qualidade de vida. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, p. 3785, 2016.