

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

LUCIANA RUSCHEL DE ALCÂNTARA

·
IDOSOS RURAIS: FATORES QUE INFLUENCIAM TRAJETÓRIAS E
ACESSO A SERVIÇOS DE SAÚDE NO MUNICÍPIO
DE SANTANA DA BOA VISTA/RS

Porto Alegre

2009

LUCIANA RUSCHEL DE ALCÂNTARA

IDOSOS RURAIS: FATORES QUE INFLUENCIAM TRAJETÓRIAS E
ACESSO A SERVIÇOS DE SAÚDE NO MUNICÍPIO
DE SANTANA DA BOA VISTA/RS

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Escola de Enfermagem da Unidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Marta Julia Marques Lopes

Porto Alegre

2009

**DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO-NA-PUBLICAÇÃO-CIP
BIBLIOTECA DA ESCOLA DE ENFERMAGEM, UFRGS, Porto Alegre, BR-RS**

A347i Alcântara, Luciana Ruschel de
Idosos rurais: fatores que influenciam trajetórias e
acesso a serviços de saúde no município de Santana da
Boa Vista/RS [manuscrito] / Luciana Ruschel de Alcântara.
– 2009.
156 f.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Rio
Grande do Sul. Escola de Enfermagem. Programa de Pós-
Graduação em Enfermagem, Porto Alegre, BR-RS, 2009.
Orientação: Marta Julia Marques Lopes.

1. Envelhecimento da população – Meio rural. 2. Saúde
do idoso. 3. Saúde da população rural. 4. Acesso aos serviços
de saúde. I. Lopes, Marta Julia Marques. II. Título.

NLM: WA390

Bibliotecária responsável: Jacira Gil Bernardes - CRB 10/463

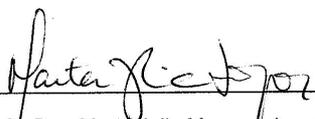
LUCIANA RUSCHEL DE ALCÂNTARA

**IDOSOS RURAIS: FATORES QUE INFLUENCIAM TRAJETÓRIAS E ACESSO A
SERVIÇOS DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE SANTANA DA BOA VISTA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Aprovada em Porto Alegre, 07 de agosto de 2009.

BANCA EXAMINADORA



Prof. Dra. Marta Julia Marques Lopes

Presidente – Orientadora

PPGENF/UFRGS



Prof. Dr. Sergio Antonio Carlos

Membro

PPGPSI/ UFRGS



Prof. Dra. Olga Rosaria Eidt

Membro

PUCRS



Prof. Dra. Tatiana Engel Gerhardt

Membro

PPGENF/UFRGS

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todas as pessoas que, de alguma forma, contribuíram para a construção deste trabalho.

A Deus, por estar sempre presente em minha vida e conceder-me força e coragem para superar as limitações e alcançar os esclarecimentos necessários durante a elaboração deste trabalho.

Ao meu amado Vitor, por todo amor, carinho, paciência, compreensão, dedicação, por dividir as tarefas do lar, pela constante disponibilidade e por acreditar e compartilhar comigo deste sonho.

Aos meus pais Raul José e Maria Eneida, pela vida, pelo exemplo, pelas palavras de carinho e incentivo. Também aos meus irmãos, em especial à Fernanda, meu sogro Valter, minha sogra Maria e meus cunhados, pela compreensão nos momentos ausentes, pelos “não posso”, pelo incentivo, pelo apoio e pelo carinho.

À Universidade Federal do Rio Grande do Sul, por ter proporcionado um estudo gratuito e de qualidade.

Ao programa de Pós Graduação em Enfermagem e ao Programa de Pós Graduação em Desenvolvimento Rural e seus professores, pela acolhida e seus ensinamentos.

À Profa. Dra. Marta Julia Marques Lopes, orientadora do meu curso de Mestrado, por ter compartilhado comigo seus conhecimentos, pela oportunidade de aprendizado no campo da Saúde Coletiva, pela dedicação, exigência e disponibilidade durante a construção deste trabalho e pela importância no meu crescimento pessoal e profissional.

À Profa. Dra. Tatiana Engel Gerhardt, pelas contribuições, pelo apoio, bibliografias, ensinamentos no campo das desigualdades sociais e de saúde, e pelas idéias que enriqueceram o trabalho. À doutoranda Aline Corrêa de Souza, pelas valiosas contribuições durante a qualificação do projeto de dissertação. Ao

Prof. Dr. Sérgio Antônio Carlos, pelos momentos de discussão que motivaram, ainda mais, o estudo no campo do envelhecimento.

À colega e parceira Cristiane Tonezer, pela amizade, conselhos, compreensão, discussões, pelo convívio e pelas trocas durante nossa estada no município de Santana da Boa Vista.

Aos docentes do curso de Mestrado em Enfermagem pelas discussões, construções e desconstruções do conhecimento, extremamente válidos para este momento de grande esforço intelectual.

Aos colegas do curso de Mestrado pelo companheirismo, por compartilhar sentimentos, pelas discussões de trabalho, pelos momentos de alegria e descontração.

Aos amigos e parceiros do Grupo de Estudos em Saúde Coletiva que motivaram e inspiraram o início dessa trajetória acadêmica, por meio de seus estudos e debates no campo da saúde coletiva. À Juliana Maciel Pinto, pelo competente trabalho como bolsista de Iniciação Científica. À Adriana Moura, pela disponibilidade, presteza e dedicação na construção dos mapas.

Aos meus amigos, dos quais eu me distanciei neste período tão intenso da minha vida, pelas ausências, pela falta de tempo.

Às colegas de trabalho e amigas Ana, Geórgia, Laura, Sílvia e Amanda pelas ausências, pela compreensão, apoio, incentivo, pela oportunidade e pelo carinho.

Aos idosos que fizeram parte deste estudo, pela disponibilidade e confiança em contribuir com suas valiosas informações, pela acolhida em suas casas e por terem partilhado um pouco da sua existência.

Aos membros do Sindicato dos Trabalhadores Rurais, especialmente a Derli e Adair, pela acolhida, presteza, disponibilidade, pelas informações e contribuições que possibilitaram a realização deste trabalho.

Aos gestores de saúde do Município, em especial, ao Secretário de Saúde Sr. Eniltom e à enfermeira Carla, responsável pelo PACS, pela acolhida e pelas informações prestadas que foram de extrema importância para o desenvolvimento deste trabalho.

RESUMO

Este estudo trata da utilização e acesso a serviços de saúde por idosos rurais, o qual se insere em um projeto intitulado “Determinantes Sociais e Interfaces com a Mobilidade de Usuários: análise dos fluxos e utilização de serviços de saúde”. Busca-se conhecer os problemas de saúde que afetam os idosos rurais de Santana da Boa Vista/RS, levando em conta a situação econômica e social, as dinâmicas familiares e as estratégias que integram práticas de controle e prevenção em saúde e doença. Trata-se de um estudo híbrido, com desenho epidemiológico descritivo e uma abordagem qualitativa com 30 idosos entrevistados. Utilizou-se a estatística descritiva por meio de frequência simples para os dados quantificáveis e a análise de conteúdo do tipo temático, na etapa qualitativa. Entre os resultados encontrou-se predominância masculina, com idade média de 67,8 anos, brancos, católicos e com baixa escolaridade. Com relação ao estado civil a maioria é casada, predominando mulheres na viuvez. A caracterização socioeconômica mostrou que a maioria dos idosos morava com familiares em residência própria, e apresentaram melhoria das condições de vida após o benefício da aposentadoria. Em relação à saúde, a maioria dos idosos entrevistados referiu como boa, sendo que as mulheres apresentaram mais queixas, se comparadas aos homens. Quanto aos serviços de saúde, mais da metade declarou utilizar habitualmente a Rede Municipal, em consequência dos problemas crônicos, acessando a Rede básica. Os principais motivos para não recorrerem aos serviços de saúde, mesmo em caso de necessidade, estão relacionados aos recursos financeiros insuficientes, demora no atendimento, ausência de transporte, uso de automedicação e ausência de profissionais médicos. Esses resultados expressam as desigualdades sociais como reflexos na saúde, as dificuldade de acesso funcional e geográfico, já que a maioria dos serviços de saúde encontra-se fora da área rural, havendo, ainda, a insuficiência de transporte em quantidade e frequência aos locais de atendimento. A análise

das trajetórias terapêuticas apontou para a diversidade de situações e estratégias de saúde desenvolvidas pelos usuários e pelo Município.

Descritores: envelhecimento, saúde da população rural, condições de vida, determinantes sociais da saúde, utilização de serviços de saúde.

RESUMEN

Este estudio trata de la utilización y acceso a servicios de salud por ancianos rurales, se insiere en un proyecto intitulado “Determinantes Sociales e Interfaces con la Movilidad de Usuarios: análisis de los flujos y utilización de servicios de salud”. Busca conocer los problemas de salud que afectan los ancianos rurales de Santana da Boa Vista/RS, llevando en cuenta la situación económica y social, las dinámicas familiares y las estrategias que integran prácticas de control y prevención en salud y enfermedad. Se trata de un estudio híbrido con dibujo epidemiológico descriptivo y un abordaje cualitativo en 30 ancianos entrevistados. Se utilizó la estadística descriptiva a través de frecuencia simple para los datos cuantificables y el análisis de contenido del tipo temático, en la etapa cualitativa. Entre los resultados se encontró predominancia masculina, con edad mediana de 67,8 años, blancos, católicos y con baja escolaridad. Con relación al estado civil la mayoría es casada, predominando mujeres en la viudez. La caracterización socioeconómica mostró que la mayoría de los ancianos vive con familiares en residencia propia, y presentaron mejoras de las condiciones de vida después del beneficio de la jubilación. En relación a la salud, la mayoría de los ancianos refirió como buena, siendo que las mujeres presentan más quejas si comparadas a los hombres. Cuanto a los servicios de salud, más de la mitad declaró utilizar habitualmente la red municipal, en consecuencia de los problemas crónicos, accediendo a la red básica. Los principales motivos para que no recurran a los servicios de salud, mismo en caso de necesidad, están relacionados a los recursos financieros insuficientes; tardar en ser atendido; ausencia de transporte; uso de automedicación y ausencia de profesionales médicos. Esos resultados expresan las desigualdades sociales como reflejos en la salud, las dificultades de acceso funcional y geográfico, ya que la mayoría de los servicios de salud se encuentran fuera el área rural, donde hay, todavía, la insuficiencia de transporte en cantidad y frecuencia a los locales de atendimento. El análisis de las

trayectorias terapéuticas señaló a la diversidad de situaciones y estrategias de salud desarrolladas por los usuarios y por el municipio.

Descriptores: envejecimiento, salud de la población rural, condiciones de vida, determinantes sociales de la salud, utilización de servicios de salud.

ABSTRACT

This study addresses the use of and access to health services by rural elderly subjects. It is linked to the project "Social Determinants and Interfaces with Users' Mobility: Analysis of Flows and Health Service Usage". Having the rural area and local development processes as background, it is intended to learn of life contexts and health problems which affect the elderly. An account is made of economical and social situation, family dynamics and strategies integrating practices for health and illnesses' control and prevention. The study is aimed at characterizing and understanding social determinants in flows of health service usage by rural residents 60 years old or more. Their therapeutic trajectories and mobility is considered. This is a hybrid study with an epidemiological descriptive design and a qualitative approach. Data were obtained from a structured interview with 30 elderly subjects in rural households. Descriptive statistics was used by means of simple frequency for quantitative data and thematic content analysis in the qualitative phase. Results indicated male predominance. Average age was 67.8. They were mostly white, catholic and bore low educational status. As for marital status, most were married; widows were predominant. Socioeconomical features indicated most elderly lived with family at their own home. They experienced better life conditions after received retirement funds. As far as health was concerned, most regarded themselves as healthy. Elderly women presented more complaints compared to men. When it came to health services use, more than half declared they often turned to the public local network due to chronic health problems. Main reasons not to turn to health services, even when needed, involved lack of financial resources; long waiting; transportation constraints; auto-medication practices; and lack of physicians. Such results revealed social inequalities such as reflexes in health, difficulties associated with functional and geographical access because most health services were available out of rural areas. There was not enough and frequent transportation to other health centers

either. These findings highlight the diversity of situations and health strategies developed by users and the municipality.

Descriptors: aging, health among rural population, life conditions, health social determinants, health service usage.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA 1 – Município de Santana da Boa Vista - Sede Municipal e 27 localidades rurais.....	59
GRÁFICO 1 – Pirâmide etária do município de Santana da Boa Vista, RS, 2006.....	61
FIGURA 2 – Unidades de saúde e Sede Municipal de Santana da Boa Vista, RS, 2008.....	76
FIGURA 3 – Fluxos de utilização e acesso aos serviços de saúde pelos usuários do município de Santana da Boa Vista, RS, 2008.....	81
FIGURA 4 – Fluxo de utilização de serviços de saúde por oito usuários idosos entrevistados, Santana da Boa Vista, RS, 2008.....	130

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 – Caracterização sociodemográfica dos idosos rurais entrevistados em Santana da Boa Vista, RS, 2008.....	62
TABELA 2 – Condições de moradia dos idosos rurais entrevistados de acordo com a situação e o tipo de construção, Santana da Boa Vista, RS, 2008.....	67
TABELA 3 – Condições de moradia dos idosos rurais entrevistados de acordo com instalações de rede elétrica, abastecimento de água e infraestrutura sanitária, Santana da Boa Vista, RS, 2008.....	68
TABELA 4 – Posse de bens de consumo duráveis entre idosos rurais entrevistados, Santana da Boa Vista, RS, 2008.....	70

LISTA DE SIGLAS

CNDSS – Comissão Nacional de Determinantes Sociais da Saúde
DATASUS – Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
EMATER – Empreendimentos de Assistência Técnica e Extensão Rural
GESC – Grupo de Estudos em Saúde Coletiva
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MOBRAL – Movimento Brasileiro de Alfabetização
NOAS – Normas de Assistência à Saúde
PNAD – Pesquisa Nacional Domiciliar
PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PDR – Plano Diretor de Regionalização da Saúde
PGDR – Pós-Graduação em desenvolvimento Rural
PROINTER – Programa Interdisciplinar de pesquisa
PS – Posto de Saúde
STR – Sindicato dos Trabalhadores Rurais
SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica
SUS – Sistema Único de saúde
UBS – Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	18
2 A PROBLEMÁTICA EM ESTUDO	23
2.1 A Transição Epidemiológica e o Meio Rural – em questão o envelhecimento	23
2.2 Desigualdades Sociais e de Saúde: os Idosos e o Acesso e Utilização dos Serviços.....	30
2.3 Idosos Rurais de Santana da Boa Vista – desigualdades sociais, situação de saúde e sistemas de cuidado	36
3 OBJETIVOS DO ESTUDO	41
4 METODOLOGIA	42
4.1 Pressupostos Metodológicos.....	42
4.2 Local do Estudo.....	43
4.3 População em Estudo	44
4.4 Coleta de Dados.....	45
4.5 Análise de Dados	54
4.6 Considerações Éticas.....	54
5 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS E DISCUSSÃO	56
5.1 Idosos do meio rural de Santana da Boa Vista: aspectos sociodemográficos e condições materiais de vida	56
5.2 Estrutura de serviços e acesso à saúde na perspectiva do meio rural de Santana da Boa Vista.....	74
6 Envelhecimento no meio rural: desigualdades sociais e de saúde	87
6.1 Concepções e percepções de saúde dos idosos rurais	87
6.1.1 Problemas de saúde referidos, cuidados e recursos terapêuticos	88
6.1.2 Saúde e trabalho: implicações do envelhecimento	97

6.2 Formas de socialização e apoio social na velhice rural.....	106
6.3 Utilização e acesso a consumos em serviços de saúde: estratégias e trajetórias terapêuticas	117
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	134
REFERÊNCIAS	139
APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA	148
APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E INFORMADO	154
ANEXO 1 – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL.....	155
ANEXO 2 – AUTORIZAÇÃO DO SINDICATO DOS TRABALHADORES RURAIS.....	156

1 INTRODUÇÃO

Este projeto está inserido na linha de pesquisa Políticas e Práticas em Saúde e Enfermagem do Programa de Pós-Graduação de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Foi desenvolvido para atender aos fins acadêmicos de conclusão do Curso de Mestrado em Enfermagem.

Meu interesse em estudar a população idosa se remete à minha prática profissional e ao convívio familiar com pessoas dessa geração. Na verdade foram três gerações convivendo no mesmo ambiente: avós, pais e filhos, numa relação de respeito e autonomia, compartilhadas no mesmo espaço. Lembro-me de que nessa época havia, semanalmente, um grupo de idosas que se reuniam em nossa casa para uma roda de chimarrão e conversas do cotidiano, ocupando o tempo livre com o convívio com outras pessoas, em uma relação prazerosa e de amizade. Essas lembranças são, para mim, de satisfação e felicidade, visto que a participação dos idosos, nesse contexto familiar, representava uma estrutura bastante sólida e diversificada de aprendizado.

Em outro momento tive a oportunidade de realizar um trabalho em uma instituição geriátrica, na época com 20 pacientes, sendo uma das enfermeiras responsáveis pela elaboração de um manual de cuidados aos idosos dependentes e independentes. Foi uma breve passagem, mas ao pensar esses cuidados na realidade local dos idosos, deparei-me com a situação em que eles se encontravam fora do convívio familiar. Diferentemente da experiência na minha infância, compreendi que há outras formas de relações sociais e de necessidades apresentadas, decorrentes das situações pessoais e familiares e do processo de envelhecer em nossa sociedade.

O interesse pelo tema também advém de minha inserção no Grupo de Estudos em Saúde Coletiva (GESC) da EENF/UFRGS, a partir de discussões e do acesso aos trabalhos referentes à temática, realizados pelo grupo. O contato com a Epidemiologia, advindo da minha atuação profissional, também motivou a busca pelo curso de Mestrado e por um projeto dessa magnitude. Busquei contemplar o

processo de envelhecimento e suas implicações, como um desafio à construção do conhecimento e, assim, realizar um trabalho de campo. Dessa forma, o Mestrado acadêmico em Enfermagem se colocou como uma nova etapa pessoal e profissional, como uma formação necessária para contribuir para a educação no campo da saúde coletiva e como iniciação à pesquisa.

Este estudo integra um projeto de base denominado “Determinantes Sociais e Interfaces com a Mobilidade de Usuários: análise dos fluxos e utilização de serviços de saúde”, que objetiva a abordagem das interfaces entre os determinantes sociais (socioeconômicos, culturais e ambientais) e a mobilidade dos usuários, a partir da análise de fluxos e utilização de serviços da Atenção Básica e de Média Complexidade de alguns Municípios da “Metade Sul do Rio Grande do Sul”. O projeto tem financiamento pelo edital MCT/CNPq/MS-SCTIE-DECIT – N° 026/2006. Tal proposta parte da participação dos pesquisadores do GESC, em um Programa de Pesquisa Interdisciplinar (PROINTER), fruto de um acordo de cooperação interuniversitário franco-brasileiro CAPES-COFECUB n°330/2000, entre a Universidade Federal do Rio Grande do Sul (Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Rural, Escola de Enfermagem – Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva/GESC e Departamento de Geografia), a Universidade Paris 7, a Universidade Paris 10, a Universidade Bordeaux 2, e a Universidade Federal do Paraná (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL, 2000).

O PROINTER busca constituir um conjunto de competências científicas voltadas para o estudo das inter-relações entre o desenvolvimento rural e as dinâmicas ambientais (sociais e naturais), na perspectiva de uma reflexão sobre a noção de desenvolvimento sustentável, sua pertinência teórica e aplicação prática, numa ótica de trabalho interdisciplinar. Para tanto, buscou um espaço¹ geográfico onde as características ambientais, econômicas e sociais formassem um lugar particularmente propício para o estudo aprofundado das inter-relações entre as dinâmicas rurais e as transformações do meio natural. O programa busca,

¹ Espaço: “conjunto de relações realizadas através de funções e de formas que se apresentam como testemunho de uma história escrita por processos do passado e do presente” (SANTOS, 1980 -122).

portanto, analisar as transformações que ocorrem nas sociedades rurais e que provocam modificações nas condições de vida (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL, 2000).

A região escolhida para seu desenvolvimento foi a “Metade Sul” do Estado do Rio Grande do Sul que vem sofrendo uma crescente desaceleração econômica quando comparada a outras regiões do Estado, o que torna visíveis as disparidades regionais. Tratando-se de uma área extensa, surgiu a necessidade de reduzi-la a oito municípios: Arambaré, Camaquã, Canguçu, Chuvisca, Cristal, Encruzilhada do Sul, Santana da Boa Vista e São Lourenço do Sul (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL, 2000).

A escolha desses Municípios encontra justificativa em diferentes elementos: a área de estudo está em fase de estagnação e em declínio do ponto de vista econômico, apresentando fatores que indicam a existência de fortes impactos ambientais, devido às atividades produtivas de arroz, fumo e mineração; do ponto de vista social, sua justificativa se dá pela existência de uma diversidade/heterogeneidade de grupos sociais e sistemas produtivos e em interação; presença de remanescentes de quilombos e, mais recentemente, de vários assentamentos (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL, 2000).

As pesquisas na Área da Saúde, no quadro do PROINTER, iniciaram pela caracterização da situação de saúde dos oito municípios citados e pesquisas originárias de fontes primárias, aprofundando o diagnóstico geral da Área empírica que apontou um quadro de significativa diversidade de situações entre os Municípios. Além disso, os resultados preliminares da dissertação de Mestrado intitulada “Fluxos e acesso dos usuários a serviços de saúde de média complexidade no município de Camaquã, RS” (ROESE, 2005), evidenciaram a necessidade de incorporar mais 5 Municípios, considerando sua proximidade geográfica, totalizando 13 Municípios que deram origem ao projeto de base, os quais foram: Amaral Ferrador, Dom Feliciano, Cerro Grande do Sul, Sentinela do Sul e Tapes, visto que a dinâmica dos serviços de saúde é desenvolvida e influenciada pelos demais Municípios do estudo (GERHARDT et al, 2007).

Em decorrência destas características contextuais, com este estudo buscou-se conhecer as situações de vida e as estratégias utilizadas pelos idosos frente às necessidades de saúde, considerando as diferentes capacidades individuais e as redes sociais de apoio, entendendo-se por situações de vida o modo como os indivíduos vivem, percebem e apreciam o lugar que ocupam no interior de um grupo ou coletividade no plano das relações próprias a este meio, no seio da sociedade; envolve “sua própria experiência como sujeito: consciência e olhar distanciado sobre o que, em torno dele, cabe ao domínio do material, como do imaterial” (RAYNAUT, 2006). O espaço geográfico definido é a área municipal rural do município de Santana da Boa Vista, RS. Tal proposta contemplou uma análise da oferta e demanda por serviços de saúde, considerando as situações de vida e as necessidades dos usuários idosos. A organização da rede de serviços e as ações por ela desenvolvidas, bem como as redes sociais de apoio formais e informais disponíveis no Município, foram alvo de análise.

A escolha da zona rural do município de Santana da Boa Vista/RS justificou-se, primeiramente, por ser este um dos 13 municípios do campo empírico do projeto sobre os determinantes sociais. Situado ao longo da rodovia – BR/392 – tem sua história produtiva caracterizada pela pecuária de corte e pequenas áreas de subsistência. Atualmente, a principal atividade econômica do Município mantém-se na atividade agropecuária, apesar de estar se constituindo em um pólo turístico² com forte potencial, devido a suas características naturais atrativas (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL, 2003). Estes fatos podem estar contribuindo para o aumento substancial da população idosa no Município que conta com, aproximadamente, 15% de idosos (segundo o censo do IBGE, 2000; IBGE, 2004), seguindo o mesmo movimento do município de Arambaré/RS, incluído no PROINTER e situado às margens da Laguna dos Patos, que evidenciou o aumento da população em épocas de veraneio, inclusive com moradias permanentes de idosos aposentados (SILVA, 2005). Ao apontar esta situação, constatou-se que o município de Santana da Boa Vista possui o maior

² Santana da Boa Vista está no mapa turístico do Estado do RS desde 1998.

contingente de idosos, comparado aos demais Municípios da área de estudo, configurando o processo de envelhecimento populacional presente no Município, o que justificou sua escolha para este estudo. Considerou-se, ainda, a escassez de trabalhos sobre esta população, particularmente do meio rural. Referente à bibliografia específica, envolvendo a área de estudo, encontrou-se apenas uma tese de doutorado realizada no município de Encruzilhada do Sul, RS, com idosos “mais velhos” no meio rural (MORAIS, 2007).

O interesse mais geral no estudo partiu do princípio de conhecer as prioridades e necessidades da população que está envelhecendo no meio rural, tendo em vista o dimensionamento e adequação da rede de serviços e a implementação de cuidados específicos frente aos problemas e necessidades de saúde desse segmento, nos diferentes níveis de atenção.

Constatou-se que os registros oficiais de morbidade, tanto nacionais como locais, são precários e decorrentes exclusivamente das internações hospitalares, prejudicando a compreensão do acesso/mobilidade e as demandas, por exemplo, na Atenção Básica de Saúde. Nesse sentido, o estudo aprofunda conhecimentos e discute ações nesse âmbito sustentadas nas dinâmicas locais, e ilustra a realidade dos fluxos de utilização de serviços de saúde.

Diante do exposto, buscou-se contribuir com a caracterização das redes de serviços de saúde existentes nos municípios vizinhos, sua efetiva utilização pelos idosos e, conseqüentemente, seus reflexos na saúde e doença relacionados com a problemática local de serviços e usuários. Essa caracterização pautou-se na rede de serviços disponíveis, nos fluxos de utilização e sua adequação e acessibilidade aos usuários e nos motivos que os levaram ao uso desses serviços. Também as estratégias “alternativas” postas em prática por diferentes indivíduos, tendo como pano de fundo as necessidades de saúde, as desigualdades sociais e espaciais em saúde, proporcionaram elementos para reflexões sobre as situações de vida e saúde dos idosos.

A partir dessas considerações iniciais e motivações, apresenta-se, na seqüência, a problemática em estudo, os objetivos e a metodologia, a

apresentação dos resultados, a discussão e as referências que sustentam as análises.

2 A PROBLEMÁTICA EM ESTUDO

A construção do problema de pesquisa parte de uma prática interdisciplinar, que permitiu elencar informações obtidas na fase de diagnóstico preliminar dos Municípios estudados, explorando as diversidades socioeconômicas, demográficas, ambientais e de condições de vida e saúde, que possibilitaram identificar características próprias ao município de Santana da Boa Vista/RS.

A partir dessas constatações, são apresentados elementos teóricos relativos ao processo de envelhecimento populacional e à complexidade de situações apresentadas no meio rural, sobretudo as questões geradoras de desigualdades sociais e de saúde que influenciam na saúde e na doença da população idosa local.

2.1 A TRANSIÇÃO EPIDEMIOLÓGICA E O MEIO RURAL – em questão o envelhecimento

O envelhecimento populacional é um fenômeno mundial e, desde a década de 60, um crescimento mais elevado da população idosa vem sendo observado na população brasileira. As estatísticas da Organização Pan-Americana de Saúde (ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD, 1999; ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD, 1998) revelam que, no século XXI, existirão no mundo 600 milhões de pessoas maiores de 60 anos e perto de 15 milhões com mais de 85 anos.

Neste estudo, para fins de categorização, considera-se como idosa a pessoa com 60 anos e mais, para residentes em países em desenvolvimento como o Brasil, seguindo o que preconizam a Política Nacional do Idoso (BRASIL, 1994), o Estatuto do Idoso e o Plano de Ação Internacional sobre o Envelhecimento de Viena (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 1982).

A significativa aceleração no ritmo de crescimento da população idosa, em decorrência da baixa taxa de fecundidade e mortalidade, acentua o envelhecimento e a rapidez de sua manifestação, no Brasil (CARVALHO, GARCIA, 2003). Segundo as estatísticas mundiais de saúde, o Brasil passará a alcançar o 6º lugar no contingente populacional de idosos no mundo, com 32 milhões de idosos, no ano de 2025 (CAMARANO, 2002).

A transição de uma população jovem para uma envelhecida é influenciada pelas mudanças econômicas no século XX, que segundo Silva e Barros (2002) propiciaram as reformas sociais, melhorando as condições e expectativa de vida, com conseqüente envelhecimento da população e mudança no perfil de adoecimento. No Brasil, essa transição demográfica e epidemiológica, imposta pelas transformações na organização social e melhorias nas condições de saneamento básico, refletiu-se nos padrões de saúde-doença, diminuindo as taxas de fecundidade e mortalidade, aliado aos determinantes socioeconômicos e culturais, que também influenciam na estrutura etária (VERAS, ALVES, 1999).

Essas modificações nos índices de fecundidade e mortalidade levam ao aumento da esperança de vida ao nascer do brasileiro que, segundo o IBGE (2008), passou de 67 anos em 1991 para 72,57 anos em 2007. Os índices no Rio Grande do Sul são ainda mais expressivos chegando a 75 anos, em 2007. Carvalho e Garcia (2003) ressaltam que até os anos 60 a população brasileira apresentava uma distribuição etária constante e extremamente jovem, com menos de 3% acima de 65 anos.

Ainda no que se refere às mudanças demográficas na sua relação com a Epidemiologia, as doenças infecto-contagiosas tendem a diminuir, passando a haver um predomínio das doenças crônico-degenerativas, com maior propensão

na população idosa, alterando os padrões de morbimortalidade. Omran³ citado por Barreto e Carmo (2000, p. 18) conceitua como transição epidemiológica o “processo de modificação nos padrões de morbimortalidade, que se daria em estágios sucessivos e segundo a trajetória de um padrão tradicional para um padrão moderno”. Porém, ressalta-se que as alterações de hábitos alimentares, excesso de estresse e fatores ambientais decorrentes do processo de urbanização e industrialização, aceleram algumas dessas dinâmicas.

A queda da mortalidade aumenta a probabilidade de sobrevivência e altera a vida dos indivíduos, das estruturas familiares e da sociedade, mas não revela a melhoria das condições de vida e de saúde da população. Devido aos avanços científicos, tecnológicos, melhorias ambientais e dos cuidados de saúde, Ramos (2002a, p.73), afirma que “hoje morre-se menos de doenças infecciosas, principalmente na infância, porém as más condições de higiene e de trabalho, o baixo poder aquisitivo e uma alimentação deficiente continuam a afetar a maioria da população”.

Com o surgimento da epidemiologia social, durante o século XVIII e XIX surgem as associações entre o processo saúde-doença relacionadas às condições de vida (estilos de vida, condições de trabalho, hábitos de comportamento), contextualizadas no espaço onde se vive (NUNES, 2000). Nesse sentido, Netto (2002) afirma que o aumento acentuado do número de idosos trouxe consequências para a sociedade e para os indivíduos que compõem esse segmento etário, apresentando a necessidade de se buscar os determinantes das condições de vida e saúde, enxergando além dos aspectos biofisiológicos, valorizando as condições ambientais, psicológicas, sociais, culturais e econômicas desse segmento.

A proporção da população mais idosa também está aumentando e alterando a composição etária dentro do próprio grupo, o que indica que a população considerada idosa também está envelhecendo. Segundo Camarano

³ Omran, A.R. (1971). The Epidemiologic Transition: a Theory of the Epidemiology of Population hange. *Milbank Mem.Fund.Q.*, 49:509-83.

(2002; 2004), esse segmento dos idosos com mais de 80 anos foi responsável por 12,6% do total da população idosa. De acordo com a autora, as mulheres são expostas, por períodos mais longos, a doenças crônico-degenerativas, à viuvez e à solidão, sendo possível que, boa parte desse grupo, não tenha experiência de trabalho no mercado formal e seja menos educado, o que requer uma maior assistência, tanto do Estado quanto das famílias.

No Rio Grande do Sul, essa constatação também é observada, pois, quanto mais velha a população idosa, menor o nível de escolaridade, já que o acesso à educação nas décadas iniciais do século XX privilegiava as elites e, nelas, os homens, em detrimento das mulheres. Acrescenta-se, ainda, que grande parte da população vivia praticamente em zona rural, com maior dificuldade de acesso às escolas (RIO GRANDE DO SUL, 1997).

Ao considerar o analfabetismo herdado e elevado entre os idosos, Berquó (1999) demonstra essa preocupação principalmente para as mulheres, representando uma situação de grande vulnerabilidade que precisa ser observada na atenção aos idosos.

Embora seja muito difícil encontrar subsídios sobre o envelhecimento no meio rural da Região Sul do Brasil, algumas pesquisas explicam as mudanças significativas no cenário da população rural, especialmente com a fuga dos jovens camponeses para a cidade em busca de emprego, criando grande déficit de mão-de-obra no campo, permanecendo os homens velhos e as mulheres (SCHONS, PALMA, 2000).

O momento histórico das mudanças demográficas é marcado pela urbanização maciça. De acordo com Ramos (2002a) a população deixa de ser eminentemente rural, como na década de 40, e passa a viver, em menos de 40 anos, em grandes centros urbanos (cerca de 80% da população, conforme o censo do IBGE, 2004). No entanto existe um número relativamente grande de idosos no meio rural.

Segundo o IBGE (2004) o rural abrange toda a área situada fora dos limites correspondentes às cidades (sedes municipais), às vilas (sedes distritais) e às áreas urbanas isoladas.

Esse fato nos remete aos 13 municípios da área empírica do projeto base deste estudo que apresentam os seguintes percentuais de idosos assim distribuídos: Chувиска, 9,5%; Cerro Grande do Sul, 10,4%; Camaquã, 11,1%; Amaral Ferrador, 11,2%; Tapes 11,3%; Dom Feliciano, 11,5%; Cristal, 12%; Arambaré, 13,1%; Encruzilhada do Sul, 13,3%; Canguçu, 13,6%; Sentinela do Sul, 13,7%; São Lourenço do Sul, 13,9% e Santana da Boa Vista, 15%. Os dados apresentados são os únicos disponíveis e foram obtidos por meio do IBGE, de acordo com o Censo Demográfico de 2000, e permitem identificar o expressivo número de idosos nesses Municípios, comparado com a população idosa no Brasil, que é de 8,6% da população total de acordo com o mesmo Censo (CAMARANO et al., 2005). Segundo dados da Secretaria Estadual de Saúde (informação verbal)⁴, a população idosa no Estado cresceu três vezes mais nos últimos 20 anos. Atualmente são 1 milhão e 350 mil idosos, representando 12,4% da população total do Estado.

O movimento migratório no Rio Grande do Sul foi provocado pelo deslocamento da população em busca de melhores condições de vida, em razão das transformações ocorridas no Estado na atividade agrícola, com a mecanização massiva no campo, especialmente na cultura de arroz e soja, presente nesses municípios (RIO GRANDE DO SUL, 1997). Ou seja, a migração foi impulsionada pelo desemprego e pelos baixos salários rurais, o que levou à busca, mesmo que ilusória, de uma vida melhor nas cidades. Com isso, as propriedades rurais, segundo Veras (1994), vêm sendo concentradas por aqueles poucos que detêm a riqueza e investem na mecanização do cultivo, aprimorando a produção, mas contribuindo para o desemprego rural.

O processo de urbanização, segundo Camarano (2002) e a conseqüente modificação do mercado de trabalho, alterou a distribuição da população rural e urbana no país, com um aumento no contingente de mulheres que vivem nas cidades como cuidadoras de algum membro da sua família. A autora salienta que

⁴ Fornecida pela Coordenadora da Política Estadual do Idoso – Sra. Jussara Rauth - em palestra proferida no programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional da UFRGS, em out. 2007.

a predominância de mulheres idosas se dá na área urbana, diferentemente das áreas rurais, onde predominam os homens (CAMARANO, 2004). O estudo realizado por Moraes (2007) para o município de Encruzilhada encontrou maior número de mulheres, entre as acima de 80 anos, no meio rural mostrando o que já afirmava Camarano et al., (2005).

Segundo os dados de indicadores de condições de vida (CAMARANO et al., 2005), as mulheres predominam entre os idosos, principalmente entre os mais idosos (acima de 80 anos), figurando o que os estudiosos chamam de feminização da velhice. Esse fenômeno se deve, entre outros fatores, à desigualdade de gênero na expectativa de vida, com um contingente feminino bastante expressivo, quanto mais idoso for o segmento. Salgado (2002) afirma que as mulheres vivem, em média, sete anos mais que os homens e que existe uma maior proporção de viúvas do que em qualquer outra faixa etária, o que poderia ser explicado pela tendência da mulher a casar com homens mais velhos, associado à maior mortalidade masculina, o que aumenta a probabilidade de sobrevivência da esposa. Por outro lado, Veras⁵ citado por Netto (2002) atribui o aumento da expectativa de vida da mulher a fatores biológicos e à diferença de exposição aos fatores de risco de mortalidade, principalmente relacionados à atividade de trabalho. Nesse sentido, Rodrigues (2000) faz referência a um estudo realizado no interior do Paraná com assalariados rurais temporários, onde constatou-se a presença de homens com mais de 60 anos, aposentados como “trabalhadores rurais” com um salário mínimo, o que os obrigava, com esse tipo de trabalho, a enfrentar todos os riscos que ele acarreta, desde os deslocamentos diários até os problemas de saúde, como hipertensão arterial, catarata, doenças crônico-degenerativas, insuficiência cardiorespiratória, incontinência urinária, problemas de visão e audição.

Diante desses elementos, o envelhecimento passa a ser entendido de diversas maneiras levando-se em conta a heterogeneidade desse segmento, que se estrutura de diferentes formas na vida social e econômica (BARROS, CASTRO,

⁵ Veras RP. Atenção preventiva ao idoso. Uma abordagem de saúde coletiva. In Papaléo Netto M. (Ed) **Gerontologia**. São Paulo: Editora Atheneu. 1996, PP. 383-393.

2002; CAMARANO, KANSO, MELLO, 2004). Hábitos de vida, condições de moradia, emprego e saúde interferem na qualidade de vida e geram um perfil diferenciado de envelhecimento.

Debert (1999) descreve estudos e constata dois modelos de pensamento do envelhecimento. O primeiro deles, em face da doença e da pobreza, quando o idoso é visto como marginalizado, criando uma situação de dependência e passividade que legitima as políticas públicas, baseado na visão do idoso como ser doente, isolado, abandonado pela família e alimentado pelo Estado. No segundo modelo, apresentam-se os idosos como seres ativos, sujeitos da própria vontade, rejeitando a idéia de velhice ao considerar que a idade não é um marcador na definição das experiências vividas. Dessa maneira, pode-se pensar a longevidade como algo complexo, com percepções, concepções e práticas distintas de grupos e das próprias pessoas, diante da sua capacidade de ser saudável e adoecer.

Na perspectiva rural Beltrão, Camarano e Mello (2004) analisaram as mudanças nas condições de vida dos idosos rurais brasileiros, verificadas a partir dos resultados não-esperados dos avanços da seguridade social, entre 1982 e 1992. Os efeitos não-esperados incluem impactos positivos na renda familiar, redução da pobreza e mudanças nos arranjos familiares, evidenciando que os benefícios rurais estão desempenhando um papel importante na redução da pobreza e na melhoria da distribuição de renda dos idosos. Estas mudanças também estão afetando a composição dos arranjos familiares, com uma proporção crescente de idosos em todas as famílias, independente do seu tamanho. Segundo os autores, este achado é esperado em consequência do envelhecimento populacional, apontando que mais famílias contêm idosos na sua composição. Ao contrário do que se esperava, as famílias não são, em sua maioria, compostas apenas por um casal de idoso ou por um idoso solitário, no meio rural.

O aumento na expectativa de vida vem desafiando as políticas sociais e de saúde, onde o processo de envelhecimento demanda cuidados específicos relacionados ao aparecimento de doenças e dificuldades comuns da idade,

aumentando as chances das doenças crônico-degenerativas que podem limitar o idoso na sua autonomia e independência (VERAS, CALDAS, 2004; LEBRÃO, LAURENTI, 2005; LIMA-COSTA, MATTOS, CAMARANO, 2006; MOTTA, AGUIAR, 2007).

De acordo com Ruiz, Chalita e Barros (2003), as doenças de natureza crônica que acometem o envelhecimento, constituem um desafio para os sistemas de atenção à saúde e prioridade no planejamento social, com necessidade de uma visão mais abrangente das estratégias de integração dessas políticas.

Com base nessa diversidade de situações, de formas de envelhecer, neste estudo, considera-se que a compreensão do envelhecimento saudável é um desafio que requer a busca do entendimento do processo de saúde e de adoecimento, em uma perspectiva que privilegie as diferentes trajetórias de vida. Conhecer o envelhecimento e as situações que levam aos agravos na saúde e à busca por atendimento de saúde permitem analisar a dialética das práticas e das trajetórias terapêuticas, partindo do contexto social, econômico, cultural e geográfico dessa faixa geracional inserida nas dinâmicas locais.

2.2 DESIGUALDADES SOCIAIS E DE SAÚDE: OS IDOSOS E O ACESSO E UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS

As preocupações políticas com as questões do envelhecimento introduzem importantes modificações no sistema de saúde do País com a criação de políticas específicas à população idosa, objetivando garantir maior grau de equidade, aqui entendida como a “igualdade no acesso à saúde que deve ser provida como um direito de todo o cidadão” (UNGLERT, 1990, p.445). Essas políticas são influenciadas pelas duas Assembléias das Nações Unidas, que ocorreram em Viena (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 1982), e em Madri (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2003), ressaltando-se, nesta última, o novo contexto social, cultural e tecnológico em curso em todo o mundo,

incorporando o pleno acesso dos idosos à assistência e aos serviços de saúde - preventivo, curativo e de reabilitação - da mesma forma como é dado a outros grupos, independente de suas condições econômicas.

A Política Nacional de Saúde do Idoso (BRASIL, 1999) surge reafirmando os princípios do Sistema Único de Saúde, constantes da Lei n.º 8.080/90 (BRASIL, 1990), tais como: a universalidade do acesso; a integralidade da atenção; a igualdade da atenção à saúde; a participação popular e o controle social. Esses princípios consistem em estratégias para o melhor planejamento em saúde, objetivando o aumento dos anos de vida com boa qualidade, alcançados com um melhor acesso à rede de serviços de saúde e assistência sanitária adequada. Esta política considera que a vulnerabilidade à perda da capacidade está ligada a aspectos socioeconômicos, referindo atenção especial aos grupos de idosos que estão envelhecendo em condições mais desfavoráveis, residentes nas periferias dos grandes centros urbanos e nas zonas rurais desprovidas de recursos de saúde e assistência social (BRASIL, 1999).

Nesse sentido, Hortale, Pedroza e Rosa (2000) partem do pressuposto de que a saúde do indivíduo é também uma responsabilidade social e, na dimensão política, a descentralização é a condição necessária para melhorar o acesso, a adequação da resposta social, a participação, a qualidade, a sustentação e a equidade no campo da saúde. Por outro lado, salienta-se a preocupação com o meio ambiente, os interesses dos atores sociais e as dinâmicas complexas da população.

De fato, as decisões políticas, baseadas em modelos teóricos, nem sempre se apresentam adequados a distintas realidades locais. Nesse sentido concorda-se com Unglert (1990) quando aponta a heterogeneidade da distribuição geográfica da população e as características da mesma, como influências na equidade e acessibilidade para a realidade concreta. Diz a autora que

A acessibilidade deve ser garantida do ponto de vista geográfico - através do adequado planejamento da localização dos serviços de saúde; econômico - pela remoção de barreiras derivadas do sistema de pagamento ou contribuição pelo usuário; cultural - com a adequação das normas e técnicas dos serviços aos hábitos e costumes da população em

que se inserem; e funcional - através da oferta de serviços oportunos e adequados às necessidades da população (UNGLERT, 1990, p. 445).

Para Travassos e outros (2000), as desigualdades no uso dos serviços de saúde (procura pelos serviços, acesso e utilização) refletem as desigualdades individuais no risco de adoecer e morrer, bem como o comportamento individual perante a doença, além das características da oferta de serviços que cada sociedade dispõe para seus membros. Para as autoras, as escolhas individuais também são cruciais, embora nem todas as necessidades se convertam em demandas e nem todas as demandas sejam atendidas. Essas afirmações nos remetem a Travassos e Martins (2004), quando mencionam a utilização dos serviços de saúde⁶ não somente como resultado da interação do comportamento do indivíduo que procura cuidados e do profissional que o conduz dentro do sistema de saúde. Para Gerhardt (2006), é o comportamento individual independente do sistema, de acordo com as necessidades e experiência de vida que leva à elaboração de estratégias de enfrentamento dos problemas cotidianos, sejam eles de saúde ou não.

Dessa forma, pode-se pensar essa problemática como multifacetada, que resultam das interinfluências, tanto individuais quanto coletivas. Um estudo da utilização de serviços de saúde por idosos, no Rio de Janeiro, aponta a existência de desigualdades no consumo desses serviços, afetados pela condição econômica do idoso e local de moradia, confirmando o que tem sido apresentado na literatura, demonstrando que os idosos de maior renda usam mais os serviços de saúde, assim como morar em áreas de melhor padrão de vida aumentam a chance de uso (PINHEIRO, TRAVASSOS, 1999). Ainda assim, as variações sociais na estrutura do consumo de serviços de saúde, conforme Travassos e outros (2000) influenciam, provavelmente, as desigualdades na qualidade do tratamento recebido.

⁶ O conceito de uso compreende todo contato direto – consultas médicas, hospitalizações – ou indireto – realização de exames preventivos e diagnósticos – com os serviços de saúde (Travassos; Martins, 2004, p.190).

Morais (2007) evidenciou em seu estudo que idosos rurais mais velhos não procuram os serviços de saúde mesmo estando doentes, devido às grandes distâncias entre as moradias e a sede do Município, pelo relevo muito acidentado e pela ausência de transporte adequado ou inexistente no meio rural.

Em outro estudo realizado em São Paulo, referente ao uso e acesso aos serviços de saúde pelos idosos, é feita uma associação de renda, escolaridade, sexo, e morbidade e mostra-se a grande necessidade e o baixo poder de utilização dos idosos, sendo que os com menor renda e sem seguro-saúde utilizam, preferencialmente, serviços hospitalares e públicos, indicando desigualdades no acesso e uso dos serviços, bem como inadequação do modelo de atenção (LOUVISON et al., 2007).

Nesse sentido, o conceito ampliado de saúde, assegurado na VIII Conferência Nacional de Saúde (1986), implica qualidade de vida e não somente acesso a serviços de saúde como um direito da cidadania a ser garantido pelo Estado. Concordando com Assis, Villa e Nascimento (2003) o impasse vivenciado com a concretização do acesso universal aos serviços requer o fortalecimento da saúde como um bem público e igualitário, tendo a saúde como direito individual e coletivo, buscando-se redimensionar as práticas a partir de uma gestão democrática e participativa, em nível local.

Dessa forma, o acesso universal, além de ampliar a demanda da população em geral aos serviços de saúde, também poderá aumentar o consumo pelos idosos, que buscam a atenção básica. Porém, dificuldades são identificadas nas redes de serviços dos Municípios, por não possuírem recursos de saúde adequados a essa população.

O Brasil apresenta diversidade socioeconômica, contrastes regionais e características individuais diferentes das sociedades desenvolvidas. As diferenças nas condições de vida, bem como no acesso à saúde, estão representadas em todas as esferas da população brasileira, afetadas diretamente pelas desigualdades de renda, educação, habitação, transporte e distribuição geográfica (VERAS, ALVES, 1999). As desigualdades sociais e de saúde repercutem

diretamente nos indicadores de saúde da população idosa, mais vulnerável a uma série de agravos e doenças, quando comparada com outras faixas etárias.

De fato, a forte influência socioeconômica nas condições de saúde da população idosa, amplamente descrita em estudos como os de Lima-Costa, Barreto e Giatti (2002) e Lima-Costa, Matos e Camarano (2006), revelam as piores condições de saúde, pior função física e uso menos frequente de serviços de saúde. Esses autores alertam para a possibilidade do uso menos freqüente dos serviços de saúde, tanto pelos adultos quanto por idosos mais pobres, que pode estar contribuindo para sua pior condição de saúde. No entanto, essa relação não se dá linearmente e não se pode vincular, mecanicamente, às piores condições de saúde e pobreza, já que se reconhece a capacidade de os indivíduos interferirem positivamente no seu processo de adoecer e ter saúde.

Mesmo assim, estudos epidemiológicos como o de Barata (2005), demonstram a forte influência do gradiente socioeconômico nas condições de vida e no processo de adoecimento, em que indivíduos pobres, vivendo em condições precárias de ambiente, apresentam pior estado de saúde quando comparados com indivíduos pobres que vivem em ambientes melhores. Essa situação reflete a triste realidade brasileira, onde os menos favorecidos não dispõem de condições mínimas para poderem enfrentar seus problemas de forma digna, com direitos, deveres e escolhas. Essa realidade, em contraste com os países desenvolvidos, mostra um cenário de exclusão social do idoso com baixo poder aquisitivo, agravado pelos baixos valores da aposentadoria, dificultando o acesso aos bens culturais e de saúde.

Pessoto et al. (2007), analisando as desigualdades na região Metropolitana de São Paulo, sugerem que é preciso verificar em que condições ocorre o acesso aos serviços⁷ e de que maneira se manifestam as desigualdades. Dessa forma, ao considerar as condições de acesso podem ser pensados dois aspectos básicos: a busca do atendimento – localização geográfica e a distribuição dos serviços – e a

⁷ Ter acesso significa o usuário poder chegar a algum serviço de saúde, próximo a sua residência, e receber um atendimento adequado às suas necessidades, ou, se necessário, receber o encaminhamento a outro nível atenção, sem que haja uma longa espera em qualquer dessas instâncias e que resulte em resolutividade. (ROESE, 2005, p. 41-42).

utilização dos serviços de saúde - organização do atendimento para ordenamento da demanda espontânea, programada e referenciada (LACERDA; VALLA, 2003).

Esses fatores influenciam as práticas terapêuticas formais e informais dos idosos, conforme observado no estudo de Souza e Lopes (2007), destacando a disponibilidade de acesso, assistência médica, recursos financeiros, maneira de compreender sua saúde e influência das pessoas do seu convívio no encaminhamento do problema como forma de justificar sua escolha.

Atualmente, com o forte desemprego, a nova geração de idosos, dificilmente terá renda para investir em saúde, e quando muito, poderá assegurar sua sobrevivência e de seus familiares.

Observa-se que o Sistema Público de Saúde em nosso País, representado no microespaço do Município apresenta fragilidades nas áreas rurais, em que o fator geográfico é fundamental na origem das iniquidades, e os idosos, supostamente subatendidos. Segundo Roese (2005), os usuários do município de Camaquã/RS situado na área do estudo do PROINTER, percorrem vários serviços, em diferentes níveis, para obterem a resolutividade dos problemas de saúde enfrentados; no entanto, a pluralidade de serviços buscados parece independe da complexidade do problema apresentado.

Nessa linha de pensamento particularizando o rural, concorda-se com Gerhardt (2006, p. 2449-50) ao argumentar que

Para se compreender a saúde dos indivíduos e a forma como eles enfrentam a doença torna-se necessário analisar suas práticas (itinerários terapêuticos), a partir do contexto onde elas tomam forma, pois cada contexto possui características próprias e especificidades. É nesse contexto que acontecem os eventos cotidianos (econômicos, sociais e culturais) que organizam a vida coletiva, que enquadram a vida biológica e é dentro dele que os indivíduos evoluem ao mesmo tempo em que seu corpo, seus pensamentos, suas ações, são formatados por esse espaço social. Por outro lado, é necessário também considerar os indivíduos como atores sociais, definidos ao mesmo tempo por esse espaço social no qual se inserem e pela consciência de agir sobre esse espaço.

Conhecer a utilização de serviços de saúde e as necessidades dos idosos no município de Santana da Boa Vista poderá permitir compreender as interinfluências que definem consumos e escolhas nesse campo.

2.3 IDOSOS RURAIS DE SANTANA DA BOA VISTA – desigualdades sociais, situação de saúde e sistemas de cuidado

Segundo a matriz síntese dos mapas de situação, elaborados pela equipe de pesquisadores do PROINTER, Santana da Boa Vista é um município caracterizado pelo predomínio de campos, domos e cristas como unidades de paisagens e possui uma situação demográfica caracterizada como estacionária, ou seja, taxa de crescimento populacional inferior à média regional de 4,18% e densidade populacional menor que a média regional de 15,42 hab/km². Apresenta, ainda, uma baixa concentração fundiária, com agricultura especializada em pecuária. Estes fatos sugerem a existência de grandes desigualdades sociais e políticas, principalmente no meio rural (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL, 2007).

Diante desses elementos que caracterizam a área do estudo, os idosos dessa região são afetados por processos diferenciados de geração de desigualdades que implicam nas questões de empobrecimento e enriquecimento, e que não se traduzem apenas nas modificações de seu nível de renda ou de poder aquisitivo. Esse processo também sofre variações de outras dimensões de sua existência que levam em conta o grau de oportunidades e espaços de decisão, capacidade de elaborar projetos para si próprios e seus descendentes, capacidade de inserção social com seus valores e cultura, satisfação das necessidades básicas e de saúde, bem como o grau de satisfação em relação às condições de sua existência (GERHARDT, LOPES, 2007).

Na elaboração da problemática local no estudo de base deste sub-projeto, ressalta-se que essas dimensões são influenciadas pelas variações de nível de renda, mas não definem por si só o empobrecimento nem o enriquecimento, demandando uma abordagem interdisciplinar e multidimensional da realidade. Nesse sentido, a geração de desigualdades, tratada como um processo e não como um estado, coloca em jogo fatores e mecanismos de variada natureza (internos e externos; materiais e imateriais) que se impõem aos atores sociais na

qualidade de “dados”. Correspondem ao nível da realidade que se propõe chamar de condições de sua emergência. A relação entre o processo e as condições de geração de desigualdades é mediatizada pela atuação dos atores sociais que reinterpretam e remanejam suas condições, dando nascimento a uma nova realidade que se propõe chamar de situação (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL, 2007).

Conclui-se que, para entender os processos de geração das desigualdades, não basta pesquisar sobre as relações referentes às condições, mas torna-se necessário entender as relações referentes às situações que integram a atuação dos atores sociais. Dessa forma, o diagnóstico geral da grande área “Metade Sul” possibilitou identificar características peculiares, uma diversidade de espaços, apresentando condições variadas e potencialmente susceptíveis de contribuir ao desencadeamento de processos diferenciados de geração de desigualdades.

Uma pesquisa em bases de dados realizada por Moraes (2007), evidenciou poucas referências na literatura acadêmica sobre idosos no meio rural, destacando Rogers (2000)⁸ que enfatiza as diferenças entre urbano e rural, ressaltando que os idosos rurais apresentam diferentes características socioeconômicas e concentração geográfica; eles aparentemente são mais pobres que os urbanos; existe disparidade significativa em relação aos serviços de saúde, pois nas áreas rurais os serviços são reduzidos e menos acessíveis, com poucas alternativas disponíveis e poucos são os seguros saúde que oferecem atendimento especializado para áreas rurais. Os resultados da tese de doutorado de Moraes (2007), no que se refere ao uso e acesso aos serviços de saúde, indicam que os idosos mais velhos de Encruzilhada do Sul, quando doentes, procuram mais o atendimento particular em consultórios médicos, cuja escolha leva em conta as possibilidades de transporte, estratégias familiares e rapidez no atendimento.

No entanto, o problema gerado por esse tipo de atendimento é o custo da consulta, tendo em vista a baixa renda advinda apenas da aposentadoria ou a

⁸ ROGERS, C.C. The graying of rural America. Forum for Applied Research and Public Policy, Knoxville, v. 15, n. 4, p. 52-55, Winter 2000.

inexistência dela. Dessa forma a situação socioeconômica influencia na saúde dos idosos, comprometendo as despesas pessoais de alimentos, vestuário, medicamentos entre outros.

Concordando com Louvison et al. (2007), o crescente aumento da população idosa e suas características, bem como da demanda e utilização de serviços de saúde por essa população, de maneira desigual, sugere a necessidade de estudos que analisem as desigualdades no acesso e na utilização de serviços na busca de equidade. Nessa linha justifica-se o esforço em estudar a especificidade da saúde dos idosos rurais, na perspectiva das necessidades e usos dos sistemas formais e informais de saúde.

Nesse sentido, a Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), criada pela Organização Mundial da Saúde, em 2006, impulsionou a rápida adesão do Brasil, que evidencia a necessidade de compreender como os elementos de ordem econômica e social afetam a situação de saúde da população como renda, educação, condições de habitação, trabalho, transporte, saneamento e meio ambiente (CNDSS, 2006). Esse modelo ultrapassa o raciocínio mecanicista de que bastaria o crescimento econômico para serem superados os problemas de saúde da população. Assim, implica pensar no sistema de saúde em si como um determinante referente à utilização de serviços de saúde e a mobilidade dos usuários, buscando aprofundar o conhecimento sobre as dinâmicas sociais decorrentes das diferenças entre sujeitos (GERHARDT et al. 2007). Gerhardt (2006) complementa ao afirmar que as diferenças de condições e de situações de vida e as diferenças relativas à oferta heterogeneamente estruturada e distribuída, constituem num fator de desigualdades.

Nessa perspectiva concorda-se que estudos ancorados em indicadores socioeconômicos são importantes para a observação dos padrões populacionais, mas não dão visibilidade para uma análise mais global de como os indivíduos lidam com essas diferenças em seu cotidiano. Villar *apud* Zioni e Westphal (2007, p.29) refere que

O nível de saúde seria decorrente da estratificação social que configura determinado contexto ou território e que determina a distribuição desigual dos fatores produtores de saúde: materiais, biológicos, psicossociais e comportamentais. As desigualdades econômicas expressas pela posição que se ocupa na estratificação social determinam uma desigualdade de acesso aos fatores de boa ou má saúde, aumentando as iniquidades da área.

Nesse sentido, acredita-se que compreender as necessidades de saúde e as dinâmicas de mobilidade, por meio da utilização dos serviços de saúde pelos idosos, requer a busca de elementos constitutivos dessa relação dentro do contexto e das dinâmicas sociais no Município em estudo. Dessa forma, torna-se necessário identificar as formas de organização e funcionalidade das redes de serviços de saúde na Atenção Básica e de Média Complexidade dos Municípios situados nessa área empírica, que apresentam proximidade local, visando a conhecer e explorar a dinâmica de mobilidade dos usuários idosos e suas necessidades de saúde, por meio de uma análise da oferta de serviços, das demandas individuais e das trajetórias terapêuticas.

Considerando as reflexões até aqui apresentadas pode-se sintetizar as proposições a serem investigadas na seguinte afirmação: a saúde dos indivíduos idosos rurais de Santana da Boa Vista é afetada pelas desigualdades sociais manifestadas na precariedade da oferta e nas diferenças de acesso aos serviços de saúde no município. No entanto, verifica-se que os idosos rurais desenvolvem sistemas de cuidado, formais e informais, para fazerem face às situações e adversidades que se apresentam. O conhecimento desse contexto sociogeracional rural possibilita compreender como se constituem as estratégias relacionadas às situações de saúde e doença.

Essas idéias sustentadas na bibliografia e a síntese da problemática sugerem algumas questões norteadoras que respondem aos objetivos propostos para este estudo: Como se estruturam e se organizam as redes de serviços de saúde no município de Santana da Boa Vista e municípios vizinhos? Existem serviços específicos às áreas rurais? Existe oferta de serviços específicos à população idosa, nesses municípios? Quais são as dificuldades e facilidades de acesso para os usuários idosos do meio rural? Quais práticas terapêuticas,

formais e informais, são implementadas pelos idosos rurais, em decorrência de dificuldades de acesso e quais as trajetórias terapêuticas decorrentes?

Tendo como base esses questionamentos, delinear-se os objetivos deste estudo.

3 OBJETIVOS DO ESTUDO

3.1 Objetivo geral

Descrever a rede e os fluxos de serviços de saúde no município de Santana da Boa Vista/RS, considerando a demanda de usuários rurais de 60 anos ou mais.

3.2 Objetivos específicos

- Caracterizar a rede, fluxos de usuários, bem como o acesso aos serviços de saúde, por meio de dados secundários do Município;
- caracterizar do ponto de vista sociodemográfico (por fatores de estratificação social) os idosos que buscam atendimento na rede de serviços de saúde do Município estudado por meio de informação local;
- conhecer os motivos e as trajetórias percorridas por alguns usuários idosos para utilização dos serviços de saúde de atenção básica e de média complexidade estudados, bem como as diferentes estratégias de cuidado e de acesso aos mesmos;
- identificar fatores que influenciam nas desigualdades de acesso, nos fluxos e utilização dos serviços de saúde por essa população;
- traçar em base representativa temática os fluxos e redes de utilização, a partir das trajetórias terapêuticas desses idosos, considerando a mobilidade específica.

4 METODOLOGIA

A descrição da metodologia adotada está dividida em cinco partes: pressupostos metodológicos, local do estudo, população em estudo, coleta de dados, análise dos dados e considerações éticas.

4.1 Pressupostos Metodológicos

A presente pesquisa caracteriza-se por ser um estudo híbrido com desenho epidemiológico descritivo e uma abordagem qualitativa na sequência. A descrição visou a conhecer usuários e serviços de saúde na atenção à população de idosos rurais. A etapa qualitativa aprofundou o conhecimento sobre as trajetórias e cuidados de saúde. Essa escolha segue o que dizem Rouquayrol e Almeida Filho (2003, p. 84) sobre o potencial da Epidemiologia descritiva que “estuda a distribuição de frequência das doenças e dos agravos à saúde coletiva, em função de variáveis ligadas ao tempo, ao espaço – ambientais e populacionais – e às pessoas, possibilitando o detalhamento do perfil epidemiológico”, explorando assim aspectos de uma situação que podem contribuir para melhorias de ações assistenciais e preventivas.

A pluralidade metodológica foi construída pela necessidade de aproximação de uma realidade complexa, sobretudo no campo da saúde coletiva, o que conduziu ao diálogo entre abordagens quanti e qualitativas.

4.2 Local do estudo

O estudo foi desenvolvido no município de Santana da Boa Vista/RS, situado a sudeste do Estado do Rio Grande do Sul, na região conhecida por “Metade Sul”. A escolha do município ocorreu com base na análise de dados secundários dos serviços de saúde, desenvolvida na primeira etapa da pesquisa pelo projeto de base “Determinantes Sociais e Interfaces com a Mobilidade de Usuários: análise dos fluxos e utilização de serviços de saúde”, e pelo maior percentual relativo de idosos entre a população, entre os municípios desse estudo.

Emancipado de Caçapava do Sul, em 17 de setembro de 1965, esse município dista 293 km da capital do Estado, Porto Alegre. A rodovia federal – BR/392 – passa pelo município e liga o centro do Estado ao porto de Rio Grande, com intenso tráfego de caminhões. A história produtiva do município é caracterizada pela pecuária de corte e pequenas áreas agrícolas de subsistência. Atualmente, sua principal atividade econômica mantém-se na atividade agropecuária, apesar do mesmo estar se constituindo num pólo turístico com forte potencial, devido a seus aspectos geomorfológicos. Conta com três balneários - Passo da Capela, Passo das Carretas e Areião - como atrativos naturais e, na época de veraneio, há o Parque Municipal Toca da Tigra, com infraestrutura balneária (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL, 2003). Possui uma área territorial total de 1.421Km² (IBGE, 2008) e tem por limites Caçapava do Sul, Pinheiro Machado, Piratini, Encruzilhada do Sul e Cachoeira do Sul.

O município possui características próprias para o estudo das inter-relações num espaço onde existe diversidade/heterogeneidade de grupos sociais e sistemas produtivos, com grande disparidade social e crescente desaceleração econômica (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL, 2000).

Quanto aos serviços de saúde, o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES/DATASUS) aponta 9 estabelecimentos de saúde: 1 centro de saúde/UBS, 1 hospital geral, 1 policlínica, 3 postos de saúde, 1 unidade de serviço de apoio de diagnose e terapia, 1 unidade de vigilância em saúde e 1 unidade

móvel terrestre (BRASIL, 2008; GERHARDT et al., 2008). Não são referenciados serviços específicos à população idosa na rede apresentada.

4.3 População em estudo

Para definir a população em estudo na primeira etapa de desenvolvimento do projeto, foi identificado, em dados secundários (IBGE, 2004), o percentual de idosos com 60 anos e mais, dos 13 Municípios da área empírica do PROINTER e do Projeto de base. Santana da Boa Vista foi o município escolhido por apresentar o maior percentual de idosos entre a população sendo definida a subpopulação dos idosos rurais.

Conforme o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2008), no Censo de 2007 a população de Santana da Boa Vista correspondia a 8.589 habitantes. Quanto à situação do domicílio, 4.742 (55,2%) residiam na zona rural e 3.842 (44,8%) na zona urbana, com predominância de população masculina na região (51,3%).

A população com 60 anos e mais, de acordo com o mesmo Censo (IBGE, 2008), correspondia a 1.168 (14%) da população total, sofrendo uma leve queda em relação ao Censo de 2000. A população de idosos no município era maior, representando 51% e idosos 49%. No meio rural, a população idosa representava 815 habitantes, e a diferença entre os sexos se inverte, com maior proporção de idosos (51%) em relação às idosas (49%).

Em razão do acesso às residências e considerando as grandes distâncias, participaram do estudo os idosos que preencheram os seguintes critérios de inclusão: morar na área rural; ter 60 anos e mais de idade; aceitar participar da pesquisa; ser aposentado pelo Sindicato dos Trabalhadores Rurais (STR) e residir em microáreas, próximas aos três Postos de Saúde rurais (região com maior concentração de pequenos proprietários rurais). Como critérios de exclusão foram

considerados: residir em microáreas distantes dos três Postos de Saúde rurais e mudança de residência para a cidade.

Na fase qualitativa deste estudo foram entrevistados 30 idosos rurais, com 60 anos e mais.

4.4 Coleta de dados

Apresenta-se, além das formas de coleta e acesso aos dados, alguns aspectos vivenciados durante a pesquisa, construídos a partir de uma abordagem multidisciplinar, com enfoque nos campos da saúde e do desenvolvimento rural, com o objetivo de discutir complementaridade, facilidades e dificuldades em integrar diferentes olhares no propósito da pesquisa. Pensa-se, com isso, compartilhar com os leitores de diferentes áreas, experiências que podem ser úteis ao desenvolvimento metodológico de estudos semelhantes, considerando a coleta conjunta de dados de um mesmo grupo de sujeitos.

4.4.1 Caracterização da rede de serviços de saúde

As informações referentes à caracterização da rede de serviços de saúde partiram da análise do estudo do projeto-base envolvendo os 13 Municípios, por meio de dados secundários provenientes do Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS – SIA/DATASUS, para o período de 2000 a 2005, e do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES/DATASUS, todos coletados no primeiro semestre de 2006 por um grupo de pesquisadores e pesquisadoras do GESC/EENF/UFRGS (GERHARDT et al., 2008). Esses dados foram analisados a partir da Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS/2001), da Portaria do Ministério da Saúde nº1101/GM, e do Plano Diretor

de Regionalização da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul (PDR/RS, 2002), que estabelece os parâmetros de cobertura assistencial no âmbito do SUS. Além disso, no referido estudo, foram utilizados dados populacionais provenientes do IBGE, referentes ao período do estudo, para a análise de porte populacional e para cálculos de parâmetros assistenciais a partir da Portaria nº1101/01-GM/MS (GERHARDT et al., 2008).

A análise dos parâmetros assistenciais dos 13 Municípios serviu de referência para a compreensão da mobilidade dos usuários idosos, os fluxos de utilização dos serviços de saúde⁹ e os possíveis fatores que influenciam a diversidade de situações de saúde encontradas.

Informações complementares foram coletadas nos resultados do estudo “Fluxos e acesso dos usuários a serviços de saúde de média complexidade no município de Camaquã, RS” de Roese (2005) e nos relatórios das oficinas e saídas a campo da equipe do PROINTER (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL, 2003).

Durante a pesquisa buscaram-se, ainda, informações diretamente no Município, em entrevistas realizadas previamente com gestores locais (Secretário da Saúde, Enfermeira responsável pelo PACS, dirigentes sindicais locais) que serão descritas posteriormente.

4.4.2 Aproximação com o campo do estudo

Com o intuito de completar as informações referentes à localização da população idosa e os serviços de saúde do Município, surgidas no decorrer da utilização das fontes secundárias citadas anteriormente, realizou-se um trabalho de campo, cujo interesse central era o espaço rural de Santana da Boa Vista.

⁹ Compreendido como "a busca por uma ação terapêutica e/ou a trajetória percorrida pelo usuário em busca do atendimento, estando este fluxo vinculado a todos os esforços realizados para alcançar a resolutividade" (ROESE, 2005, p. 46).

O primeiro contato com esse Município deu-se alguns meses antes do início oficial da pesquisa com os idosos rurais, quando se buscou esclarecer algumas questões locais ligadas às Áreas da Saúde e do Desenvolvimento Rural.

Para tanto, valeu-se da experiência de um grupo de pesquisadores universitários da UFRGS (ALMEIDA et al., 2004), interessados em dialogar com outras Áreas do conhecimento e, assim, constituir uma problemática interdisciplinar em torno de uma estrutura analítica comum. A proposta do PROINTER, de sistematizar as discussões sobre o desenvolvimento rural, na perspectiva de diferentes disciplinas que integram o Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Rural (PGDR), da UFRGS, possibilitou a interação de professores e alunos interessados em desenvolver uma abordagem conjunta.

Dessa forma, desencadeou-se a integração das duas Áreas de conhecimento distintas, a da Saúde e a do Desenvolvimento Rural, com o intuito de aprofundar questões em interfaces. A partir disso, os relatos a seguir foram construídos buscando-se a articulação de dois estudos, com diferentes abordagens “disciplinares” mas com sujeitos em comum.

Nesse sentido, contactou-se com representantes do Município, ligados à Área da Saúde e da Agricultura, realizando-se entrevistas com o Secretário de Saúde, com a Enfermeira responsável pelo PACS e com o Engenheiro Agrônomo ligado a Associação Riograndense de Empreendimentos de Assistência Técnica e Extensão Rural (EMATER). Realizou-se este contato inicial juntamente com outras duas pesquisadoras do GESC/UFRGS a fim de buscar informações sobre a realidade local e verificar a disponibilidade de registros oficiais da população no próprio Município, bem como obter autorização e apoio, além de divulgar as pesquisas que estão sendo desenvolvidas pela UFRGS envolvendo, também, o Município. Essas pesquisas originaram, entre outras, duas dissertações de Mestrado acadêmico, uma pelo Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Rural (PGDR) e outra no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGENF), além de subsidiar um projeto de pesquisa do GESC da Escola de Enfermagem da UFRGS. Na fase de aproximação foram tratados alguns detalhes de logística local para a pesquisa como: possibilidade de auxílio

para transporte, alojamento, localização espacial e acompanhamento nas visitas aos domicílios dos idosos rurais.

Durante a entrevista com o Secretário de Saúde obteve-se informações sobre aspectos gerais de saúde do Município, funcionamento da rede e a localização dos serviços de saúde. Quanto ao cadastro da população urbana e rural, constatou-se que o banco de dados populacionais foi danificado e que, atualmente a Secretaria de Saúde aguarda a divulgação de dados oficiais do Censo 2007 do IBGE para reorganizá-lo.

Na tentativa de encontrar registros da população do Município, em particular dos idosos, entrevistou-se a enfermeira responsável pelo PACS (Programa de Agentes Comunitários de Saúde), a qual confirmou a existência de um número considerável de idosos no meio rural. O interior do Município possui três Postos de Saúde (PS) com PACS – Serra dos Vargas, Rincão dos Dutras e Rodeio Velho – porém, há dificuldade de abrangência desse programa a todas as localidades de Santana da Boa Vista, principalmente em razão das distâncias geográficas, dificuldades de acesso às residências e falta de recursos humanos na Saúde para assistir toda a população. A enfermeira esclareceu que as famílias são cadastradas pelos agentes de saúde que moram na região e que eles poderiam nos auxiliar na localização dos idosos no espaço rural. Nessa ocasião, não houve contato com registros sobre a população do estudo. O único cadastro obtido foi o histórico do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) que identifica a população atendida pelo PACS, por faixa etária, mas não informa os nomes nem o local de residência dos mesmos.

Partiu-se, então, para a EMATER, onde o engenheiro agrônomo responsável disponibilizou um mapa das localidades do Município, com o qual foi possível visualizar suas dimensões geográficas. As localidades são em número de 27, distribuídas no meio rural e uma sede (cidade), e serviram como ponto de partida para a definição das áreas próximas aos Postos de Saúde e, conseqüentemente, para selecionar os idosos para o estudo.

Esse primeiro contato com o Município mostrou dificuldades em localizar os idosos rurais, já que não havia cadastro oficial de base populacional separando os

espaços urbano e rural. Quanto à logística obteve-se a promessa de um acompanhante para orientação e localização dos idosos rurais. Quanto ao transporte, não foi possível a disponibilização de veículo em função do reduzido número de unidades e prioridades de transporte. Quanto ao alojamento para estadia das pesquisadoras no período da pesquisa também constataram-se reduzidas opções de serviços de hotelaria.

Diante disso, a alternativa foi o contato posterior, via telefônica, com o Sindicato dos Trabalhadores Rurais (STR) de Santana da Boa Vista que nos garantiu o acesso ao cadastro dos aposentados rurais, um acompanhante nas saídas a campo, bem como eventual transporte às localidades rurais e hospedagem no albergue do sindicato. Optou-se pelas informações do sindicato por oferecer dados e registros mais concretos na busca aos idosos de interesse do estudo, além de mais segurança quanto à hospedagem e a locomoção às localidades rurais. Como nem sempre se teria à disposição o carro do STR, apesar da boa vontade demonstrada pelos representantes do sindicato, contratou-se, na forma de diárias, um taxista do Município, conhecedor das estradas e acessos do meio rural.

4.4.3 Compartilhando elementos metodológicos para a experiência interdisciplinar

A seleção dos idosos rurais

Inicialmente, cabe salientar, que as etapas realizadas em campo, integraram duas Áreas acadêmicas da Pós-Graduação – a da Saúde e do Desenvolvimento Rural – embasadas em uma problemática comum de caráter interdisciplinar realizada previamente. A construção dessa problemática identificou dificuldades e disparidades relativas à transformação socioeconômica e produtiva

da região em questão, que contribuem potencialmente para o agravamento das condições de vida da população (ALMEIDA et al., 2004).

A aproximação das pesquisadoras das duas áreas partiu do interesse comum pela população idosa do meio rural. Dessa forma, houve a interação entre as mesmas e o compartilhamento de um instrumento de pesquisa (questionário-guia), elaborado considerando especificidades e, ao mesmo tempo, dados comuns aos campos de conhecimento. As duas temáticas abordavam aspectos distintos: uma pretendia avaliar os efeitos da cobertura previdenciária ocorrida a partir do acesso dos agricultores rurais ao benefício e sua repercussão no núcleo familiar. A outra entendia que desigualdades sociais, oferta e acesso a serviços de saúde pelos idosos são interinfluenciados. Havia pontos em comum abordados nos dois estudos e que foram contemplados nas análises de conteúdo sendo descritos de forma complementar.

No momento da entrada em campo buscou-se o Sindicato dos Trabalhadores Rurais representado pelo responsável local. Tratava-se do mesmo representante do albergue situado nas imediações do sindicato e que serviu de hospedagem no período da coleta de dados. A receptividade dos trabalhadores do sindicato deu-se a partir do momento em que foram informados sobre o projeto de pesquisa, procurando direcionar para a solicitação de acesso ao cadastro dos aposentados.

Após apresentarem-se as pesquisas ao presidente do sindicato, teve-se acesso às fichas cadastrais dos aposentados. As fichas incluíam aposentados com idade inferior a 60 anos e não estavam atualizadas. Verificou-se que alguns idosos haviam falecido e outros não moravam mais no meio rural. Dessa forma, ordenaram-se os cadastros a partir da localidade de residência referida nas fichas, procurando obter um número representativo de idosos por região, conforme o mapa das localidades rurais do Município. Buscaram-se as regiões próximas aos três Postos de Saúde (PSs) existentes como condição para o acesso aos idosos, optando pelo sorteio dos que seriam participantes da pesquisa. Dessa forma, definiu-se por pequenos proprietários rurais (agricultores), situados nas regiões

mais próximas aos PS, buscando-se um grupo com características comuns e proximidade para atingir os objetivos da pesquisa.

Escolheram-se, inicialmente, 15 localidades próximas aos PSs considerando as dificuldades geográficas e de acesso às moradias mais distantes e regiões menos povoadas. Mesmo assim, buscou-se a diversidade de origem da população em pontos distintos do Município. Foram selecionados aleatoriamente, oito idosos por localidade, por meio das fichas cadastrais, sendo 2 das 15 localidades excluídas. Trata-se de Cerro do Espinhaço, por não possuir número suficiente de idosos, e Rodeio Velho que, apesar de ser a região de abrangência de um dos PSs, tornou-se inviável pela dificuldade de acesso geográfico. As 13 localidades do estudo foram: Serra dos Vargas, Cerro da Picada, Serra dos Pereiras, Rincão dos Barbosas, Olaria, Subida Grande, Rincão dos Dutras, Rincão dos Mouras, Cerro dos Melos, Passo das Carretas, Cerro da Lagoa, Passo dos Neves e Passo do Pessegueiro.

Essa primeira seleção mostrou-se inviável, pois os idosos sorteados nas localidades nem sempre ficavam próximos do roteiro estipulado para as saídas a campo. Esse fato inviabilizou a realização das entrevistas no tempo proposto, condicionado à distância geográfica e más condições das estradas. Com isso, abandonou-se a estratégia inicial de entrevistar idosos sorteados e a escolha intencional deu-se por meio de informantes qualificados, que foram os próprios membros do sindicato e alguns idosos entrevistados, mantendo-se, no entanto, as localidades previamente selecionadas. A lista dos sorteados serviu como roteiro para serem atingidos alguns idosos, considerando a abrangência de diferentes localidades.

Diariamente procedia-se ao planejamento do trajeto a ser percorrido nas comunidades, juntamente com o representante do sindicato. Essa rota dependia da disponibilidade de transporte e/ou das tratativas prévias com o taxista. O fato de haver uma autoridade institucional como acompanhante nas visitas facilitou o diálogo com os idosos e a aceitação das entrevistas. Os idosos, freqüentemente, apresentavam-se receosos, pois já tinham sido vítimas de golpes aplicados por

ambulantes que vendiam produtos ditos “milagrosos” por valores abusivos e descontados do benefício previdenciário.

As entrevistas com os idosos

Após a delimitação das localidades partiu-se para a divulgação das pesquisas para a população. Essa divulgação deu-se por meio da rádio comunitária da cidade. O presidente do STR, que também é o presidente da rádio local, solicitou que o acompanhássemos no momento em que informaria a população sobre a pesquisa e sobre a nossa presença nas comunidades rurais. Dessa forma foi assegurada a confiança dos idosos e a receptividade junto às localidades.

As entrevistas estruturadas (APÊNDICE A) foram realizadas nas residências dos idosos com elementos específicos e comuns às duas pesquisas contemplando as áreas de interesse e objetivos de cada estudo, de forma articulada. A opção pela entrevista estruturada com perguntas abertas e fechadas baseou-se em Ghiglione e Matalon (1997), que consideram a entrevista estruturada muito próxima de um questionário, no qual só figuram questões abertas; o conjunto do quadro de referência é definido e o entrevistado deve situar-se relativamente nesse quadro, entrar nele, a fim de responder de forma adequada.

Realizou-se, inicialmente, uma entrevista prévia com a finalidade de testar o instrumento e verificar a articulação entre os elementos constitutivos do todo e das partes, ou seja: daquilo que interessava a cada pesquisadora e ao conjunto dos estudos. Com o desenvolvimento do teste-piloto foi possível identificar as questões comuns nos roteiros e aquelas de relevância específica de cada pesquisa. Esse fato exigiu adequação durante a abordagem aos idosos participantes. Inicialmente, cada pesquisadora desenvolveu suas próprias questões separadamente. A falta de ordenamento articulado das questões fez

com que as entrevistas iniciais se tornassem longas e cansativas, dificultando a abordagem específica de interesse de cada pesquisa. A articulação dos roteiros foi necessária para melhorar a relação com os idosos e contemplar os objetivos de cada estudo, aumentando o potencial investigativo e contribuindo para as análises posteriores. Os roteiros abordaram em comum questões sociodemográficas, informações sobre condições de moradia do idoso, informações ocupacionais e financeiras e informações familiares. Em particular, seguindo as especificidades de cada estudo, abordaram-se informações de saúde e acesso aos serviços, aposentadoria rural e condições de vida. Essa participação conjunta na coleta de dados e a interação das pesquisadoras proporcionou a complementação das informações de forma enriquecedora e produtiva, possibilitando contemplar a complexidade do contexto de vida e saúde dos idosos entrevistados.

Nesse sentido, considerou-se a viabilidade e a disponibilidade do idoso em participar da pesquisa, optando-se por aqueles com independência em fornecer os dados, sendo enfatizado o caráter voluntário da participação, bem como a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Informado. Para delimitar a suficiência dos dados utilizou-se o critério de saturação que, conforme Ghiglione e Matalon (1997, p.54), e, tratando-se de pesquisa qualitativa, “vinte entrevistas serão, em geral, mais do que suficientes; as seguintes apenas confirmarão o que tivermos obtido com a análise”, pois, “é raro vemos surgir novas informações após a vigésima ou trigésima entrevista”.

As entrevistas foram gravadas em MP3, com o consentimento dos participantes e, posteriormente, transcritas, na íntegra, pelas pesquisadoras para as diferentes fases de análise descritiva e de conteúdo temático.

A partir da aproximação com o meio rural, em particular do contexto de vida dos idosos, surgiu a necessidade de registrar observações locais em diário-de-campo, de forma a complementar a entrevista. Assim, foi possível elaborar pareceres descritivos sobre as condições materiais e aspectos relacionais observados no decorrer das visitas e das entrevistas em particular.

4.5 Análise dos dados

Para a análise descritiva dos dados foi utilizado o programa *Excel* 2007, onde foram lançados os dados codificados em planilhas para a caracterização dos sujeitos. Utilizou-se estatística descritiva por meio de frequência simples e elaboração de tabelas para análise. Ainda, para a análise do perfil da população de idosos do Município, recorreu-se aos dados oficiais do IBGE e DATASUS.

A análise qualitativa dos dados apoiou-se na Análise de Conteúdo do Tipo Temático, proposta por Ghiglione e Matalon (1997, p. 211), para os quais “consiste em isolar os temas presentes num texto com o objetivo de, por um lado, o reduzir a proporções utilizáveis e, por outro, permitir sua comparação com mais textos tratados da mesma maneira”.

Originou-se, a partir disso, a formulação de três temas principais que emergiram das questões das entrevistas. Os temas secundários surgiram das respostas dos idosos, após leitura exaustiva e esforço de compreensão das falas, mantendo-se a veracidade das informações nas expressões transcritas.

4.6 Considerações éticas

Os aspectos éticos, neste estudo, foram respeitados quanto ao acesso e análise de dados, conforme as normas da Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996).

Este estudo foi submetido à apreciação da Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da UFRGS e do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, parecer nº 2007839 (ANEXO 1), tendo sido aprovada sua realização no campo de estudo previsto.

O acesso ao cadastro dos aposentados rurais sindicalizados ocorreu mediante autorização do Sindicato dos Trabalhadores Rurais de Santana da Boa Vista (ANEXO 2).

Os participantes foram esclarecidos, oralmente, sobre os objetivos do estudo e, após, receberam o Termo de Consentimento Livre e Informado (APÊNDICE B), assinado em duas vias, juntamente com a assinatura do entrevistador, para confirmar o aceite em participar da pesquisa. Na impossibilidade do entrevistado assinar o documento, a assinatura foi de um representante, de forma voluntária. Nesses casos, ocorreram duas situações: a) idosa residindo com familiar ausente – a assinatura do representante foi recolhida em visita posterior; b) idosa residindo com familiares presentes – a assinatura foi realizada, pelo representante, no momento da entrevista.

Foi respeitado o anonimato dos entrevistados, sendo que puderam recusar ou interromper sua participação, a qualquer momento. Os dados foram coletados, analisados e apresentados de forma a preservar a identidade dos participantes, sendo omitidos os dados pessoais. Para preservar a identidade dos idosos, optou-se por identificá-los por “idoso” e “idosa”, numerados de acordo com a ordem cronológica das entrevistas, aparecendo no texto como “idosa₁”, “idoso₁₀”. As entrevistas serão arquivadas e guardadas por 5 anos e, após, destruídas.

5 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 Idosos do meio rural de Santana da Boa Vista: aspectos sociodemográficos e condições materiais de vida

Os dados analisados nesta etapa contribuem com informações sobre a situação sociodemográfica e sobre as condições materiais de vida dos idosos, traçando um panorama geral de referência para análise da situação de saúde dos idosos no meio rural. Estão incluídos dados sobre sexo, faixa etária, raça/cor, local de nascimento, estado civil, escolaridade, religião e condições de vida no campo.

Inicialmente, faz-se, uma breve contextualização socioeconômica e cultural do município de Santana da Boa Vista, a partir de dados já existentes no projeto PROINTER “Evolução e transformação da agricultura e desenvolvimento sustentável - contribuições para a elaboração de políticas públicas para a “Metade Sul” (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL, 2003). Também foram utilizados dados censitários oficiais e informações locais. A realidade descrita da área empírica do município em estudo tem seqüência com as questões relativas aos idosos que fazem parte desse contexto.

O município de Santana da Boa Vista, emancipado de Caçapava do Sul em 17 de setembro de 1965, apresenta área total de 1.421Km², divididos em 27 localidades (Figura 1). Localizado em região montanhosa, pertence à Serra das Encantadas, na Micro-Região Sudeste Rio-Grandense, tendo seu ponto culminante no Cerro da Lagoa, a 445 metros de altura. Seus limites são: ao norte, o município de Cachoeira do Sul; ao sul, o município de Piratini e Pinheiro Machado; a leste, o município de Encruzilhada do Sul e a oeste, o município de Caçapava do Sul. As rodovias que ligam os Municípios são a BR 392, BR 153 e BR 209. A maior parte do Município está inserida na bacia hidrográfica do rio Camaquã, e a parte norte, voltada para a bacia hidrográfica do rio Jacuí, com

grande número de arroios. Na época de veraneio, utiliza-se o Parque Municipal Toca da Tigra, com infraestrutura balneária.

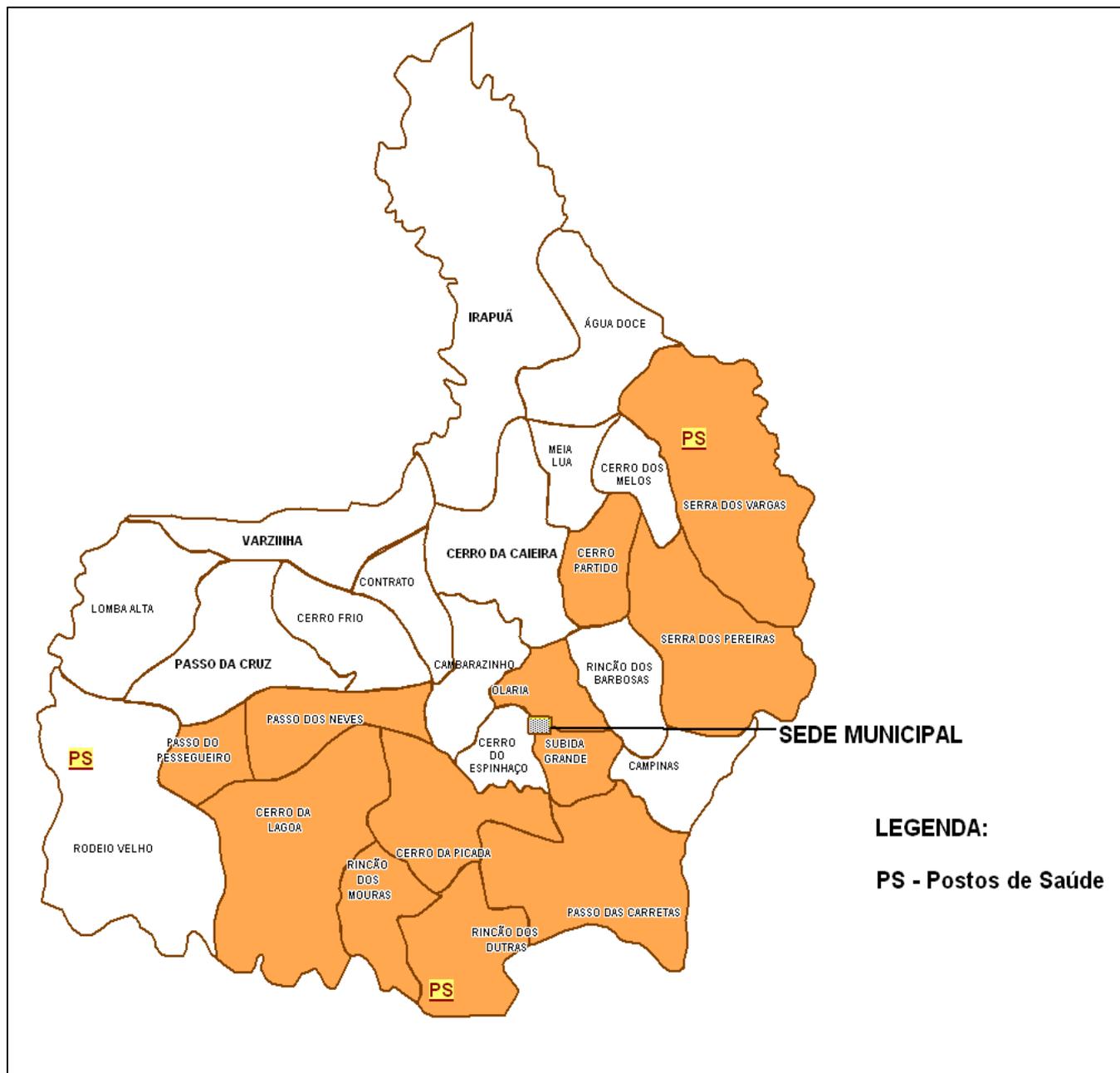
A história socioeconômica do Município é caracterizada pela pecuária de corte e pequenas áreas agrícolas de subsistência. A comercialização de gado era historicamente feita por tropeiros, que levavam a produção para Pelotas e Cachoeira do Sul, em carretas. Inicialmente, as grandes extensões de terras dedicadas à pecuária extensiva eram predominantes, porém, aos poucos, a divisão de terras foi ocorrendo com as heranças (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL, 2003).

A situação econômica atual do Município mantém-se no setor primário. Ao norte da região predomina a pecuária extensiva (bovina e ovina), as lavouras arroz, milho, soja, e grandes lavouras de feijão, o uso da motomecanização e grandes propriedades com uso de mão de obra. Na região central, predominam as pequenas propriedades com exploração de pecuária (ovinos, bovinos e caprinos), lavouras de milho e outras culturas de subsistência como mandioca e feijão. A apicultura também é verificada nessa região. Mais próximo à sede municipal aparecem a fruticultura (figo), piscicultura, legumes, e elaboração de produtos caseiros (coloniais). Ao leste do município vêm surgindo algumas áreas de reflorestamento, justamente na divisa com Encruzilhada do Sul, onde já há uma grande extensão de terra reflorestada (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL, 2003).

Os idosos deste estudo nasceram e viveram grande parte ou a totalidade de suas vidas no meio rural, concentrando-se nas localidades consideradas mais pobres do Município, o que se reflete nas condições de vida.

A população é, predominantemente, rural (55%), e do total de habitantes, 51% são homens e 49% são mulheres (FUNDAÇÃO DE ECONOMIA E ESTATÍSTICA, 2008). A densidade demográfica do Município, de acordo com os dados do IBGE disponíveis no ano de 2005, é de 6,3 hab/Km², considerada baixa segundo a média regional de 38,53 hab/km² e o PIB *per capita* é de 5.492 reais, bem abaixo da média do Estado de 13.310 reais, no ano de 2007.

Os eventos sociais ocorrem predominantemente em torno da Festa da Nossa Senhora de Santana, considerada a padroeira do Município. Eventos esportivos ocorrem no Ginásio de esportes e, em época de veraneio, é utilizado o Parque Aquático Municipal Toca da Tigra. Na sede do Município, aos domingos, ocorrem bailes dirigidos para a população idosa, sendo que os grupos de idosos, também oferecem passeios e viagens a outros Municípios.



Fonte: ALCÂNTARA, L. R.; SILVA, A. M., 2009.

FIGURA 1 – Município de Santana da Boa Vista – Sede Municipal e 27 localidades rurais.

Aspectos sociodemográficos

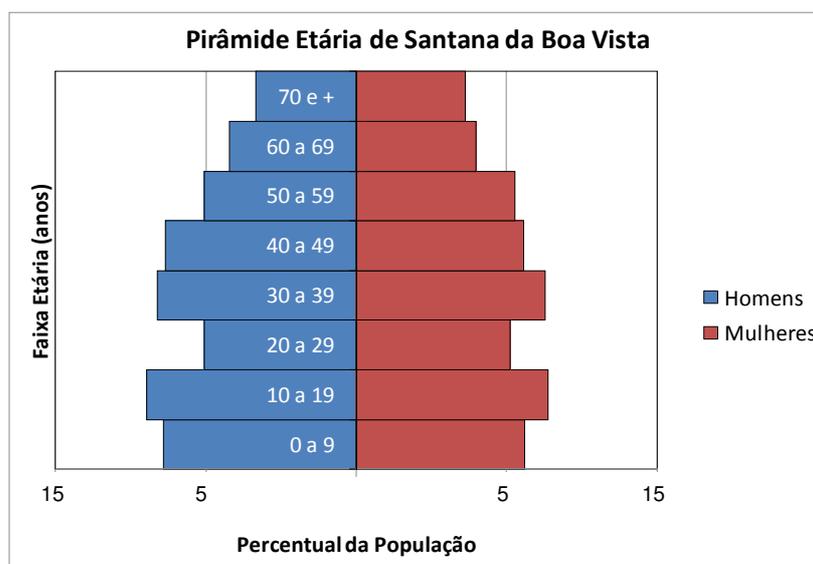
A PNAD 2007 (IBGE, 2008) divulgou recentemente a existência, no Brasil, de quase 20 milhões de idosos, correspondendo a 10,5% do total da população. Desses, 16,5 milhões vivem na área urbana e 3,4 milhões, na área rural. Em relação à Região Sul, a proporção de idosos nas áreas urbanas é ligeiramente inferior à das áreas rurais (11,0% e 13,2%, respectivamente). Este fato reforça o aumento gradativo da população de 60 anos e mais de idade no Brasil nos últimos anos, indicando o processo de envelhecimento populacional. Os idosos da Região do estudo representam cerca de 14% da população total (8.589 hab), assemelhando-se, mas sendo superior à proporção encontrada na Região Sul. Segundo estatística do IBGE (2008), há no Município 1.168 idosos e desses, 70% estão no meio rural.

A síntese de indicadores sociais (IBGE, 2008) reforça que as mulheres com 60 anos e mais de idade apresentam maior longevidade, evidenciada pelo indicador razão de sexo, havendo em 2007, no conjunto do País, 79 homens para cada 100 mulheres, nesta condição. Na Região Sul essa diferença se acentua principalmente no segmento de 70 anos ou mais de idade, onde há somente 67 homens para cada 100 mulheres.

Esta análise apresenta, ainda, a razão de sexo, tendo como parâmetro o eixo urbano/rural, revelando que as mulheres vivem mais nas áreas urbanas, onde existem aproximadamente 75 homens para cada 100 mulheres. Já, nas áreas rurais, o número de homens supera o de mulheres: 107 homens para cada 100 mulheres.

Essa distribuição por sexo também pode ser observada no contingente dos idosos do município de Santana da Boa Vista, seguindo a mesma tendência de predomínio masculino. A explicação para estes achados, segundo a síntese de indicadores sociais, está na migração rural/urbana feminina superior à masculina, mantendo-se os homens em atividades tipicamente rurais.

Outro fator que influencia no maior número de homens no campo é a busca mais intensa das mulheres pelos serviços e condições de vida urbana, extensiva às mulheres idosas, incluindo as avós, que dirigem-se com maior frequência às cidades, onde residem seus filhos/netos ou parentes. Enfim, acredita-se que existem dinâmicas diversas nesse sentido e que apontam elementos para a compreensão desses movimentos populacionais urbano/rurais.



Fonte: Santana da Boa Vista, RS, FEE, 2008, elaboração da autora.

Gráfico 1- Pirâmide etária do município de Santana da Boa Vista, RS, 2006.

A pirâmide etária (Gráfico 1), projetada com base no censo demográfico de 2006, evidencia a predominância masculina, principalmente nas faixas etárias entre 30 a 49 anos. Entretanto, a faixa etária entre 20 a 29 anos demonstra uma redução da população em ambos os sexos, o que pode estar associado ao êxodo rural na busca por recursos pessoais e profissionais pelos mais jovens.

No entanto alguns autores afirmam um movimento inverso atualmente, destacando Rodrigues (2000), onde os filhos jovens que migraram para a cidade em busca de estudo e trabalho ficaram desempregados e estão retornando à casa

dos pais ou ficam próximo a eles, apesar da crise do desemprego coexistir no meio rural. Essa reorganização dá-se pela possibilidade de ajuda mútua diante das dificuldades financeiras.

A Tabela 1 destaca algumas características sociodemográficas dos idosos entrevistados, relacionadas à faixa etária, estado civil, escolaridade, raça/cor, e religião. Observa-se que a pirâmide etária populacional segue a mesma tendência para a população idosa entrevistada, porém com maior número de idosas acima dos 80 anos.

Tabela 1- Caracterização sociodemográfica dos idosos rurais entrevistados em Santana da Boa Vista, RS, 2008.

VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS	FEMININO		MASCULINO		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
FAIXA ETÁRIA (anos)						
60 a 64	6	20	4	13,3	10	33,3
65 a 69	5	16,7	6	20	11	36,7
70 a 74	2	6,7	2	6,7	4	13,3
75 a 79	1	3,3	2	6,7	3	10
80 e mais	0	0	2	6,7	2	6,7
ESTADO CIVIL						
Casado (a)	5	16,7	15	50	20	66,7
Viúvo (a)	8	26,7	0	0	8	26,6
Separado (a)	1	3,3	1	3,3	2	6,7
ESCOLARIDADE						
0 a 3 anos	9	30	12	40	21	70
4 a 7 anos	4	13,3	4	13,3	8	26,7
8 e mais anos	1	3,3	0	0	1	3,3
RAÇA/COR						
Branca	6	20	11	36,7	17	56,7
Parda	8	26,7	5	16,7	13	43,3
RELIGIÃO						
Católica	10	33,3	14	46,6	24	80
Evangélica	4	13,3	2	6,7	6	20
TOTAL	14	46,7	16	53,3	30	100

Fonte: Pesquisa direta, elaboração da autora, Santana da Boa Vista, RS, 2008.

Os 30 idosos entrevistados responderam, sem ajuda, às perguntas do instrumento-guia de pesquisa; porém quando havia um membro da família

presente, este contribuía para as informações. Todos referiram ter como local de nascimento o meio rural, compreendido como toda área fora do limite urbano da sede do Município (IBGE, 2004), e a maioria é originária do próprio Município, naquela época ainda não emancipado de Caçapava do Sul. Esse fato pode indicar que muitos desses idosos nasceram e herdaram as terras dos pais, continuando a residir com suas famílias, no mesmo espaço. Ainda nesse contexto e no âmbito da pesquisa interdisciplinar (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL, 2008), constatou-se que os grupos sociais, neste espaço rural, são bastante heterogêneos e apresentam estratégias e modos de reprodução diversos em relação ao uso da terra e dos recursos naturais, percebendo-se a importância dos aspectos culturais, as questões relativas à herança/filiação e às relações sociais.

A maioria dos idosos encontra-se nas faixas etárias compreendidas entre os 65 a 69 anos (36,7%). Observa-se a concentração de 21 (70%) idosos na faixa etária entre os 60 e os 69 anos, enquanto 2 (6,7%) estão acima dos 80 anos. A idade média dos idosos é de 67,8 anos. A média das mulheres, de 66,3 anos e a dos homens, de 69,2 anos. Observa-se que a população estudada encontra-se distribuída de forma equilibrada entre os sexos, encontrando-se apenas homens acima dos 80 anos neste grupo o que influencia na média etária mais elevada para os mesmos.

O IBGE divulgou recentemente que, no Brasil, a esperança de vida ao nascer passou de 67 anos em 1991 para 72,57 anos em 2007, aumentando de forma expressiva, principalmente, a longevidade feminina. No Estado do Rio Grande do Sul a esperança de vida é ainda maior, passando para 75 anos, em ambos os sexos. Esses dados ainda não foram atualizados para o município de Santana da Boa Vista, que apontou, em 2000, uma expectativa de vida de 67,66 anos. No Brasil, a taxa de mortalidade infantil também declinou: de 45,19%¹⁰, em 1991, para 24,32%, em 2007 (IBGE, 2008). O Rio Grande do Sul registrou um índice inferior de mortalidade infantil, chegando a 13,5% nascidos vivos. Já em Santana da Boa Vista, há um índice bastante variável entre os anos de 2000 a

¹⁰ Entende-se o símbolo ‰ – por mil.

2006, chegando a 45,5‰ nascidos vivos, no ano de 2006. Esses achados revelam que o Município apresenta uma expectativa de vida alta, porém, paradoxalmente, apresenta um índice de mortalidade infantil acima da média do Brasil e do Estado, principalmente, indicando a necessidade de medidas e políticas locais e focais que permitam a diminuição dessas taxas.

Quanto ao estado civil, metade dos homens entrevistados é casada ou com união estável. Há uma predominância de mulheres viúvas, fato esse que remete à discussão de gênero e cultura, em que as mulheres idosas predominam entre as viúvas. Essa situação é devida a maior longevidade das mulheres e à proporção das mesmas sem companheiro, sendo o recasamento mais comum entre os homens. Outro fator observado é o casamento de homens com mulheres mais jovens, cultural e socialmente predominante na sociedade brasileira (RIO GRANDE DO SUL, 1997; CAMARANO, 2004).

O Município conta com duas escolas estaduais e dezoito municipais, porém os dados oficiais não especificam as escolas do meio rural (FUNDAÇÃO DE ECONOMIA E ESTATÍSTICA, 2008).

Dados recentes do IBGE (2008) revelam que houve uma melhoria no nível de instrução da população brasileira, porém o incentivo à alfabetização dos idosos ainda é insuficiente, enquanto a Região Sul possui o menor percentual de idosos com baixa instrução (21,5%) e embora as disparidades urbano/rural sejam significativas, o Sul se destaca sendo a única região onde as diferenças são bem menores para essa faixa etária entre 20,5% e 25,5%, em relação ao urbano e rural, respectivamente.

Verifica-se, quanto à escolaridade dos idosos do estudo, que a maioria (70%) é de analfabetos ou apresenta baixa escolaridade. Dentre esses 30 idosos 13,3% só assinam o nome. Identificou-se apenas uma idosa com escolaridade superior a 8 anos. Estes achados refletem os padrões sociais do início do século XX, época em que as possibilidades de acesso à educação eram extremamente desiguais, o ensino era ainda mais elitista do que hoje e privilegiava os homens, em prejuízo das mulheres. A população rural era maior e os indivíduos, ainda

jovens, integravam a força de trabalho de suas famílias. Acrescenta-se, ainda, a escassez de escolas e a dificuldade de acesso, principalmente nesse meio, onde vivia a maior parte desses idosos (RIO GRANDE DO SUL, 1997).

Constatou-se ainda, nas entrevistas, duas idosas freqüentando as aulas do Movimento Brasileiro de Alfabetização (MOBRAL), adquirindo técnicas de leitura, escrita e cálculo, que permitem uma melhor integração na comunidade e melhorias nas condições de vida, segundo as mesmas, indicando a necessidade de acompanhar e adaptar-se às transformações que se refletem no meio rural. Dessa forma, a educação cria condições para enfrentar preconceitos e a falta de oportunidades promovendo, também, a qualidade de vida e o exercício da cidadania (SANTOS, LOPES, NERI, 2007).

Outro aspecto comprovado pelos inquéritos oficiais brasileiros aponta que ter mais escolaridade implica mais acesso à informação e, conseqüentemente, maior procura por serviços de saúde, incluindo essa faixa geracional. O baixo nível de escolaridade é, portanto, fator a ser considerado no planejamento de programas e ações, já que interfere na capacidade de entendimento das práticas de atenção à saúde.

A história da colonização do Município, com predominância étnica de portugueses e espanhóis, pode explicar o fato de a maioria dos idosos terem declarado cor branca, seguida de parda, na entrevista. De fato, a raça e a etnia com os quais os idosos se identificam são questões subjetivas referenciadas ao universo cultural em que estão inseridos (SANTOS, LOPES, NERI, 2007). Segundo os dados da PNAD (IBGE, 2008) 52% da população brasileira residente em zona urbana declara-se branca.

Ainda de acordo com a Tabela 1, quanto à prática religiosa a religião católica aparece em primeiro lugar (80%), seguida da evangélica (20%). Dos que informaram ser da religião evangélica, esta é representada pela Assembléia de Deus, a qual proíbe, segundo seus praticantes, a participação em festas que não sejam religiosas. De acordo com a pesquisa realizada pela Fundação Perseu

Abramo e pelo Serviço Social do Comércio (2007), o catolicismo é o mais expressivo entre a população idosa brasileira, embora tenha havido um decréscimo do número de seus seguidores na última década, enquanto as religiões evangélicas e as pessoas que se dizem sem religião são as que mais vêm crescendo. A prática de uma religião freqüentemente torna-se uma atividade e um espaço social importante constituindo redes sociais, bem como espaços de conforto emocional, diante de perdas evidenciadas nesse momento da vida, as quais influenciam concepções de vida e saúde, velhice e morte.

Condições Materiais de Vida

Os domicílios rurais, segundo a leitura de paisagem realizada pelos pesquisadores do PROINTER (2003), refletem a estrutura social dentro dessa diferenciação territorial. Ao norte e na planície do Rio Camaquã, a infraestrutura é relativamente muito superior às demais áreas, com eletrificação em todas as residências (todas elas de alvenaria), boas condições de acesso pelas estradas e com a maioria dos proprietários residindo em outros municípios. Na Região Central, pelo contrário, há o predomínio de pequenas propriedades, a maioria sem eletrificação, moradias sem padrão definido (alvenaria, madeira, barro com cobertura de *brasilit*, capim santa-fé), dificuldades no abastecimento residencial de água em alguns locais, e algumas localidades sem linha de ônibus. Em algumas áreas, concentra-se ainda um grande número de “safristas”, contratados temporariamente para trabalhar em fazendas de Santana da Boa Vista e de outros municípios vizinhos, evidenciando-se, nessa região, as piores condições de moradia.

Esta diversidade local reflete-se na vida dos idosos entrevistados onde as condições de moradia, apresentadas na Tabela 2, são fatores que representam

condições materiais de vida e se refletem na saúde das famílias e dos idosos em particular.

Tabela 2 – Condições de moradia dos idosos rurais entrevistados de acordo com a situação e o tipo de construção, Santana da Boa Vista, RS, 2008.

SITUAÇÃO	N	%
Própria	28	93,3
Cedida	2	6,7
TIPO DE CONSTRUÇÃO		
Alvenaria	14	46,7
Madeira	5	16,7
Mista	11	36,6
PISO		
Cimento/cerâmica	20	66,7
Terra	2	6,7
Misto	8	26,6
TOTAL	30	100

Fonte: Pesquisa direta, elaboração da autora, Santana da Boa Vista, RS, 2008.

Os idosos do estudo vivem, na maioria, em residência própria (93,3%). As residências cedidas (minorias) são em geral por proprietários de fazendas (empregadores).

Quanto ao tipo de construção, observou-se a precariedade estrutural de algumas habitações, principalmente aquelas somente de madeira. O piso da maioria das casas é de cimento ou cerâmica, mas existe uma percentagem considerável de terra ou mista (33,3%), o que pode configurar condições de vulnerabilidade no enfrentamento das intempéries e diferenças climáticas sazonais. Neste estudo, não foi possível analisar essas influências. Outro aspecto observado foi o difícil acesso às residências e a grande circulação de animais domésticos, bem como de animais utilizados para o consumo.

De forma geral, o número de cômodos dessas residências é de quatro a sete peças (76,7%), possuindo, a maioria, de um a três quartos (80%). Esse dado apresenta-se “adequado” em termos de conforto e privacidade, já que em metade das moradias há apenas o idoso e seu/sua companheiro (a) e 16,7% vivem sós.

No entanto não se correlacionou número de cômodos e qualidade do espaço interno disponível bem como infraestrutura como piso, teto, entre outros. No Rio Grande do Sul, o número de moradores por domicílio, permitindo um vínculo familiar, é uma possível estratégia utilizada para melhorar as condições de vida, convívio e ajuda mútua (RIO GRANDE DO SUL, 1997). Mesmo assim observa-se no meio rural de Santana da Boa Vista um elevado número de idosos vivendo sós. Esse fato pode indicar a necessidade de políticas sociais de apoio que se estendam as zonas rurais considerando as particularidades e a relação dependência/independência dos idosos.

Segundo IBGE (2008) há uma tendência de aumento na proporção de pessoas que moram sozinhas, passando de 8,3% em 1997, para 11,1% em 2007, fruto da redução das taxas de mortalidade e do aumento da esperança de vida, especialmente para as mulheres.

A Tabela 3 apresenta as condições de moradia de acordo com as instalações públicas de serviços essenciais nas áreas de moradia dos idosos do estudo.

Tabela 3 – Condições de moradia dos idosos rurais entrevistados de acordo com instalações de rede elétrica, abastecimento de água e infraestrutura sanitária, Santana da Boa Vista, RS, 2008.

REDE ELÉTRICA	N	%
Instalada	25	83,3
Não instalada	5	16,7
ABASTECIMENTO DE ÁGUA		
Rede geral pública encanada	3	10
Fonte natural encanada	24	80
Fonte natural não encanada	3	10
INSTALAÇÃO SANITÁRIA		
Com banheiro/dentro da residência	19	63,3
Com banheiro/fora da residência	8	26,7
Sem banheiro	3	10
ESGOTAMENTO SANITÁRIO		
Fossa séptica	20	66,7
Céu aberto	10	33,3
TOTAL	30	100

Fonte: Pesquisa direta, elaboração da autora, Santana da Boa Vista, RS, 2008.

A maioria das residências possui rede elétrica instalada (83,3%) e aquelas que ainda não tem acesso à rede pública utilizam geradores a combustível. Alguns dos entrevistados informaram que pagaram para a colocação dos postes da rede elétrica de acesso à residência e que, na ocasião da entrevista, a Prefeitura Municipal estava instalando em todas as propriedades.

No estudo sobre as condições de vida da população brasileira (2008), a média nacional em 2007 foi de 62,4% dos domicílios urbanos com atendimento simultâneo de saneamento e abastecimento de água, rede de esgotamento sanitário e coleta de resíduos domiciliares. No entanto, essa análise revelou que ainda há grandes disparidades e insuficiência de prestação de serviços, entre as diversas regiões do Brasil e na relação urbano/rural isso se acentua.

A área urbana do município recebe água tratada pela CORSAN e, na área rural, a água é proveniente de poços artesanais e dos muitos pontos de olho d'água que brotam na localidade (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL, 2003). Em relação ao abastecimento de água, 80% dos idosos possuem água encanada provinda de fonte natural e os poucos com acesso da rede pública moram próximos da área urbana onde há estrutura da sede municipal. Entretanto, alguns idosos (10%) não dispõem de água encanada, estando suscetíveis a danos a saúde, inclusive à veiculação de produtos tóxicos utilizados na agricultura que contaminam a água e o solo. No entanto essa correlação não foi objeto deste estudo e não se tem elementos para discutir sobre a qualidade da água e sua influência na saúde desses idosos.

Os efluentes produzidos pela área urbana são totalmente coletados e passam por lagoa de tratamento, já na área rural fossas sépticas são utilizadas (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL, 2003). Sendo assim, o tipo de esgoto das residências dos idosos é na maioria fossa séptica (66,7%). A maior parte dos idosos possui banheiro dentro da residência (63,3%), porém há situações em que não existe banheiro ou as instalações sanitárias são precárias.

O lixo produzido na zona urbana tem como destino um depósito próximo da cidade, onde constatou-se que o mesmo é jogado e soterrado, inclusive com presença de materiais médico-hospitalares. Na zona rural o lixo é queimado,

seguindo-se a orientação da própria Prefeitura (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL, 2003). Entre a população pesquisada, mais da metade referiu que queima o lixo na propriedade e materiais como vidros e plásticos, bem como embalagens vazias de remédios usados na criação de animais, são enterrados e/ou jogados a céu aberto.

Essas condições sanitárias podem refletir-se em problemas de saúde, já que expõem os indivíduos a situações de risco derivados da contaminação biológica de reservatórios naturais. Também, a ausência de instalações hídricas e sanitárias adequadas propicia condições para o surgimento de problemas à saúde relacionados ao clima como o uso de sanitários externos em estações frias por exemplo. Outro aspecto é o risco de quedas ao deslocar-se, já que muitas residências possuem banheiro no lado de fora da casa e com desnível no terreno, entre outras situações de vulnerabilidade e risco. No entanto, cabe ressaltar que não correlacionamos esses aspectos considerando o desenho desta pesquisa.

Tabela 4 – Posse de bens de consumo duráveis entre os idosos rurais entrevistados, Santana da Boa Vista, RS, 2008.

BENS DE CONSUMO DURÁVEIS	POSSUI		NÃO POSSUI	
	n	%	N	%
Televisão	15	50	15	50
Geladeira	28	93,3	2	6,7
Fogão a gás	13	43,3	17	56,7
Fogão a lenha	30	100	0	100
Rádio	28	93,3	2	6,7
Automóvel	10	33,3	20	66,7
Telefone	22	73,3	8	26,7
Máquina agrícola	2	6,7	28	93,3

Fonte: Pesquisa direta, elaboração da autora, Santana da Boa Vista, RS, 2008.

Com relação aos bens de consumo duráveis referidos na Tabela 4, verificou-se que mais da metade das residências possui televisão, geladeira, fogão a lenha, rádio e telefone celular. O fogão a lenha, além de ser usado no preparo dos alimentos, é uma fonte de calor essencial para o inverno gaúcho, em geral rigoroso. Outros bens como fogão a gás, automóvel e máquinas agrícolas foram encontrados em menos da metade das moradias, cuja não aquisição estava relacionada aos altos custos e ao comprometimento da renda familiar. Ao analisar esta situação, mais uma vez evidencia-se as desigualdades sociais e regionais quando, em 2007, segundo a PNAD, 99,8% dos domicílios brasileiros dispunham de iluminação elétrica, 72,8% possuíam telefone fixo e 23,3% tinham acesso à internet (IBGE, 2008).

Os meios de comunicação nessa região limitam-se à televisão, telefone celular e, em particular, ao rádio por ser mais barato e veicular notícias locais, atingindo extratos socioeconômicos mais baixos. O telefone móvel foi citado também como um recurso rápido frente às necessidades de saúde, quando é preciso recorrer a um parente que auxilie no transporte e acompanhamento aos serviços de saúde.

Alguns idosos referiram a presença de Agentes Comunitários de Saúde como meio de comunicação entre o meio rural e a sede, mas somente nas áreas onde existem Postos de Saúde próximos, sendo os mesmos facilitadores no acesso aos serviços de saúde.

O meio de transporte mais utilizado pelos idosos é o ônibus urbano, apesar de o ponto de ônibus ser muitas vezes distante das moradias e circular de duas a três vezes na semana, dependendo da localidade. Em situações de urgência, é preciso recorrer a familiares e/ou vizinhos que possuem automóvel, como estratégia na busca por recursos, já que somente dez idosos (33,3%) possuem esse meio de transporte. Muitos idosos mencionaram que se locomovem a pé ou a cavalo, especialmente no cotidiano da lida no campo.

Quanto à condição de aposentadoria e trabalho, todos os entrevistados eram aposentados e/ou pensionistas, 10% dos idosos se disseram aposentados por idade (predominantemente mulheres), 90% por tempo de serviço

(predominando homens) e, desses, 53% recebiam, além da aposentadoria, a pensão deixada pelo cônjuge (viuvez) e/ou outras rendas inerentes à venda de produtos agrícolas. O que se pode considerar, portanto, é que pouco mais da metade dos idosos entrevistados possui renda mensal maior que 1 salário-mínimo.

Em relação à proporção de beneficiários da Previdência Social rural no Rio Grande do Sul, o público feminino se destaca, representando 64% do total de beneficiários, o que pode ser explicado pelo fato de as mulheres terem sido incluídas nos planos da Previdência Social rural, a partir da Constituição de 1988, passando a ter o direito ao recebimento de aposentadoria por idade, aos 55 anos (BIOLCHI; SCHNEIDER, 2003). Além desse limite inferior de cinco anos ao dos homens, os mesmos autores atribuem a maior participação das mulheres ao acesso à aposentadoria, e também, ao recebimento de pensões por morte do cônjuge, tendo em vista a maior expectativa de vida feminina, especialmente nos estratos mais idosos.

Segundo o IBGE (2008, p.167), “o rendimento domiciliar *per capita* é um importante indicador para a mensuração do nível de bem-estar”. A análise dos dados da PNAD indicou que os domicílios considerados em situação de pobreza (rendimento médio mensal *per capita* inferior a meio salário-mínimo) representam 12,6%, sendo que a Região Sul alcançou a menor proporção (6,5%). Na área rural, os idosos, nessa classe de rendimentos, apresentam proporções superiores à urbana, sendo, novamente, a Região Sul a de menor contraste urbano/rural (6,3% e 7,1%, respectivamente).

Esses resultados confirmam que as diferenças na renda urbano/rural são, também expressivas para a população idosa, demonstrando uma queda na proporção de idosos em situação de pobreza ao longo dos últimos 10 anos, possivelmente como resultado de políticas públicas dirigidas a este segmento populacional. Nesse sentido, deve-se considerar o provável impacto positivo dessas políticas, em especial das aposentadorias rurais, nas condições de vida da população idosa.

Complementarmente, Delgado e Cardoso Júnior (1999), referem que no meio rural da região Sul, o benefício previdenciário representa, no mínimo, 90% da

renda domiciliar para as famílias situadas na faixa de zero a dois salários-mínimos de renda total. Essa situação pode demonstrar a centralidade do idoso na condição de sustentação da renda domiciliar rural. Nesse sentido, constata-se a importância das aposentadorias e pensões, que contribuem significativamente para a manutenção e ampliação da renda, tanto das famílias como da economia do Município.

A descrição do contexto sociodemográfico e as condições materiais de vida dos idosos rurais, apresentadas até aqui, fornece subsídios para a compreensão das situações de vida e saúde dessa população. A partir dessa caracterização, nos capítulos subseqüentes faz-se a correlação com as categorias temáticas de análise, originárias das entrevistas com os idosos, no confronto com o referencial conceitual adotado.

5. 2 Estrutura de serviços e acesso à saúde na perspectiva do meio rural de Santana da Boa Vista

A distribuição dos serviços de saúde é marcadamente desigual entre Regiões e Estados brasileiros, principalmente ao se examinar os tipos de serviços de saúde, definidos como de Atenção Básica, de Média Complexidade e de Alta Complexidade (BRASIL, 2006).

Pelo estudo de Gerhardt et al. (2008) constatou-se a oferta e demanda de serviços de saúde de Atenção Básica dos treze Municípios da Metade Sul do Estado identificando a estrutura desses serviços, a partir da interpretação de dados secundários, provenientes do Sistema de Informação em Saúde do Sistema Único de Saúde – DATASUS, associados a conceitos disponíveis em portaria específica e políticas públicas. Verificou-se, por meio dessa análise, que Municípios de pequeno porte como o de Santana da Boa Vista, apresentam somente consultas em clínica médica, sugerindo baixa diversidade de consultas básicas não-urgentes, com falhas no processo de descentralização da atenção básica de saúde.

Esses achados podem explicar as características estruturais e organizacionais dos serviços de saúde do município de Santana da Boa Vista, relatadas pelos gestores em saúde e usuários idosos entrevistados.

Cabe salientar que, após a coleta dos dados em campo, os serviços de saúde municipais sofreram algumas modificações na estrutura local, devido a mudanças na gestão municipal, inclusive com a inclusão de um Programa de Saúde da Família. No entanto, a descrição da rede de serviços apresentada neste capítulo irá contemplar a caracterização investigada durante a realização da pesquisa em campo e, também, por informações de fontes secundárias desse período.

Os níveis de assistência à saúde identificados no município de Santana da Boa Vista estão distribuídos em: 1) Atenção de Média Complexidade: um Hospital Geral; 2) Atenção Básica de Saúde: um Centro de Saúde/Unidade Básica; três

Postos de Saúde; uma Unidade Móvel Terrestre; uma Policlínica; uma Unidade de Atendimento Clínico Ambulatorial e uma Unidade de Vigilância em Saúde (GERHARDT et al., 2007; BRASIL, 2008). Além desses serviços, há uma clínica particular para idosos, com capacidade para 10 leitos, gerenciada por um médico do Município e localizada em área urbana.

Esses estabelecimentos de saúde indicam que o Município dispõe de Atenção Básica e de Média Complexidade, segundo a classificação de Brasil (2006), porém, o principal tipo de atenção à saúde é a Básica.

A rede de serviços de saúde está concentrada na sede municipal, enquanto o meio rural dispõe de Unidades de Saúde em três pontos distintos da região, conforme ilustra a Figura 2.

A quase totalidade da assistência de média e alta complexidade é realizada em outros municípios vizinhos, bem como as consultas básicas de urgência e os atendimentos especializados. Conforme a necessidade de atendimento e a disponibilidade, outros Municípios oferecem maior quantidade e variedade de atendimentos em saúde. Essa rede de atendimento segue o que preconiza o Plano Diretor de Regionalização (PDR/RS) que distribui a região em saúde composta por Macrorregiões de atenção integral à saúde, que atendem aos casos mais complexos, e por Microrregiões em saúde, com hospitais de referência microrregional e unidades locais de saúde voltadas a baixa complexidade (RIO GRANDE DO SUL, 2002).

Os dados apresentados por Gerhardt et al. (2008) indicam um fluxo de usuários entre Municípios para a satisfação das demandas em saúde, em consequência da falta de oferta de procedimentos básicos em municípios menores. Isto ocorre, também, no município de Santana da Boa Vista que segundo o PDR/RS da Saúde é de pequeno porte (<20 mil habitantes), pertencente à microrregião de Canguçu (3ª CRS) da macrorregião Sul em saúde do RS. Essa estruturação tenta estabelecer

caminhos capazes de suprir as demandas em saúde dos usuários/moradores da região, propondo a consolidação de centros de referência e de especialidade, como uma rede hierarquizada em que pequenos Municípios se direcionem aos maiores e mais equipados (intitulados "municípios-sede") para o atendimento integral à saúde (GERHARDT et al., 2008. p. 11).

Parte-se do princípio de que essa estruturação apresenta capacidade instalada eficaz para atender às suas próprias demandas e às demandas dos Municípios pertencentes à mesma microrregião. Contudo, esses conceitos e estratificações firmadas no PDR/RS divergem da realidade apresentada pelas entidades locais de Santana da Boa Vista, que fazem referência à microrregião de Cachoeira do Sul (8ª CRS) e ao município de Pelotas, como as principais regiões que compõem a rede hierarquizada de serviços de saúde do Município, com facilidades no acesso aos serviços e pouca diferença em termos de distância geográfica. O município de Santana da Boa Vista possui uma área territorial

bastante extensa, o que torna muitos distritos da área rural mais distantes da sede do que de alguns municípios circunvizinhos.

A estrutura em estabelecimentos de saúde de Santana da Boa Vista particulariza as demandas voltadas à atenção básica, com baixa diversidade em consultas (pré-natal, clínica médica, ginecologia-obstetrícia), predominando as consultas em clínica médica, e procedimentos voltados à saúde da mulher, procedimentos clínicos ambulatoriais e procedimentos cirúrgicos básicos. A precariedade na infraestrutura municipal não possibilita abranger casos mais complexos, que são encaminhados a outros Municípios vizinhos com melhor estrutura em saúde, que se constituem na rede de serviços hierarquizada, conforme estabelecido no PDR/RS.

Segundo informações das entidades locais (informação verbal)¹¹, o município de Santana da Boa Vista aplica, em média, 20% do orçamento geral do município em saúde, mais que a média estadual que é 12%. Referem, ainda, que a arrecadação orçamentária municipal depende da boa safra do meio rural, podendo chegar a 90% do fundo arrecadado.

De acordo com o Secretário da Saúde, a Prefeitura contabiliza cerca de 45 mil quilômetros/mês (automóvel e ambulância) em consultas fora do Município. Há, também, a disponibilidade de um micro-ônibus com 24 lugares, que percorre a rede de serviços de saúde, perfazendo de 7 a 8 consultas/dia pelo SUS e, outras, particulares. Usuários provenientes de Municípios vizinhos mas com propriedades rurais próximas a Santana da Boa Vista solicitam consultas ou encaminhamentos a outras localidades, beneficiando-se, assim, do transporte da Prefeitura (gratuito), embora paguem consulta particular.

Conforme a Portaria 1.101/02–GM/MS, em relação à oferta de atendimento na atenção básica à saúde, no município as consultas básicas referem-se às consultas em clínica médica, uma vez que somente este tipo de consulta foi notificado durante o período do estudo, de 2000 a 2005, não apresentando

¹¹ Fornecidas pelo Secretário de Saúde do Município de Santana da Boa Vista em entrevista prévia à pesquisa, dez. 2007.

consultas básicas de urgência no período pesquisado. Somente em 2002 e 2005 obteve-se o maior número de notificações (12.461 e 13.110 consultas, respectivamente), representando um valor mínimo em 2001 (6.077 consultas) com pico em 2005 (GERHARDT et. al., 2008). Essas informações, segundo Gerhardt et. al. (2008) podem revelar serviços municipais de saúde despreparados para atender às demandas locais, ou mesmo o desvio dessas demandas para serviços de média complexidade, conforme mencionado pelo gestor municipal de saúde.

Os encaminhamentos para internação hospitalar são realizados pelo médico plantonista da sede municipal, inclusive aqueles que necessitam ser encaminhados para assistência de maior complexidade. Nesse caso, as referências são os municípios de Pelotas e Canguçu em que o acesso depende da ambulância ou automóvel cedido pela prefeitura. Saliencia-se que a população não sai do Município à procura de atendimento por iniciativa pessoal, sem encaminhamento, como ocorre em outras localidades e, apesar de haver outros profissionais médicos na cidade, somente um pode referenciar e internar. No caso das internações hospitalares, o Hospital geral do município absorve a demanda do SUS por meio de repasse municipal para locação de leitos e o convênio, entre o Estado e a Prefeitura, também envolve a utilização de material de diagnóstico como RX (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL, 2003).

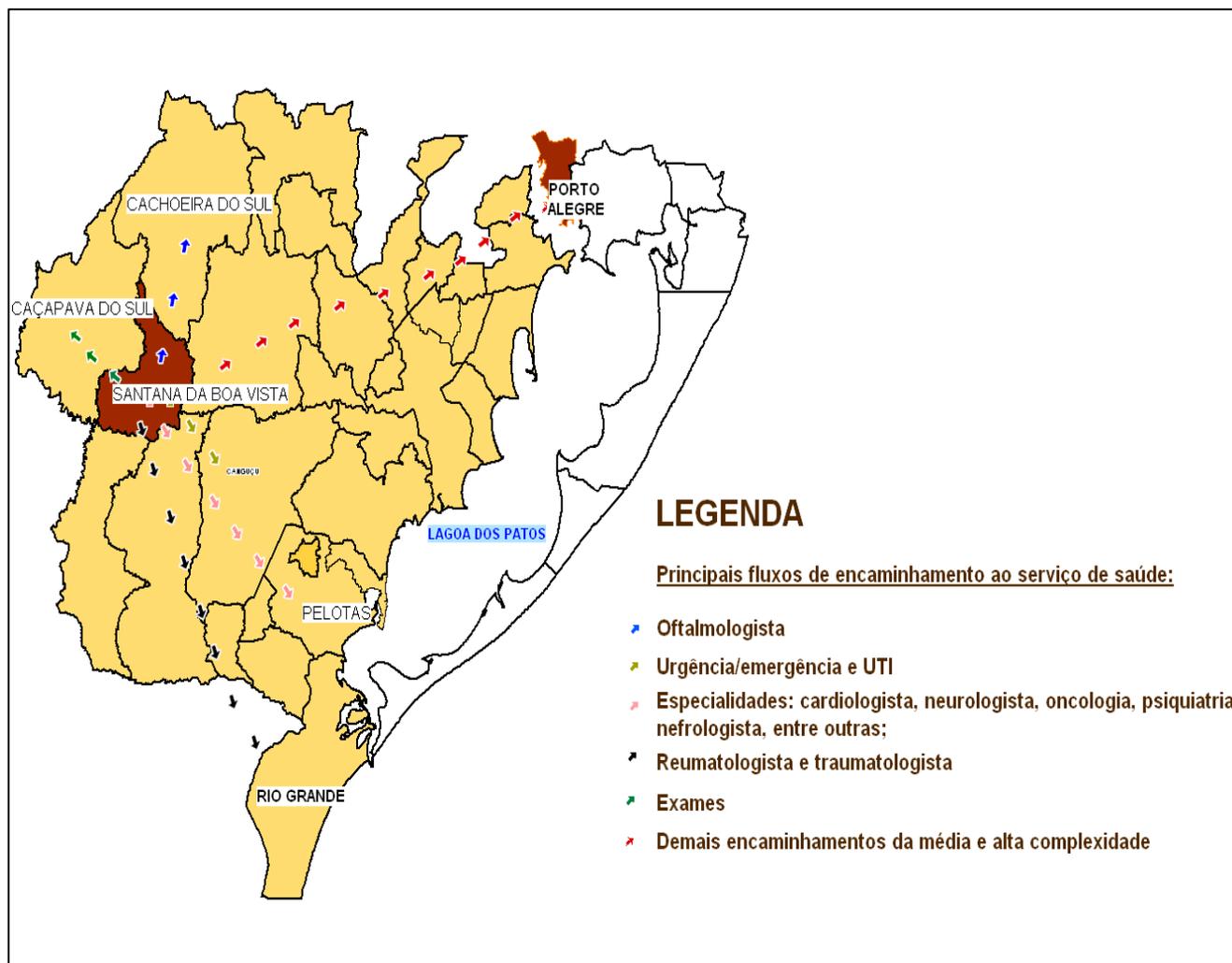
O município de Pelotas (principal pólo assistencial da macrorregião Sul) recebe a maior demanda de usuários provenientes de Santana da Boa Vista, já que dispõe de atendimento qualificado em algumas especialidades e exames para o atendimento de casos mais complexos da média e alta complexidade. Segundo informações do Secretário de Saúde de Santana da Boa Vista, Pelotas é referência para todas as especialidades como Neurologia, Quimioterapia, Psiquiatria, Nefrologia e Cardiologia, disponibilizando 1,5 de consultas/mês pelo SUS para as especialidades de Cardiologia, por exemplo. As consultas são agendadas pela Secretaria de Saúde municipal com a central de regulação de consultas de Pelotas, que define quem irá consultar e quando será o atendimento. Segundo o PDR/RS, os serviços inexistentes no Município-sede poderão ser

alcançados fora do seu território, mediante autorização e garantia de acesso entre os gestores.

No entanto, a demanda por serviços de saúde é muito maior do que o número de vagas disponíveis pelo SUS para o município de Santana da Boa Vista. O SUS, por meio do Governo Federal, repassa a verba da assistência especializada para a Prefeitura, que aplica e paga os exames para os pacientes que tem menos condições financeiras, disponibilizando em torno de 25 consultas e exames cada mês. Dessa forma, o Município consegue viabilizar e agilizar o atendimento (especializado) à população, encaminhando os atendimentos de Média Complexidade a outros Município de referência, já que as marcações para as especialidades como Neurologia e Psiquiatria levam cerca de 2 anos para serem contempladas pelo SUS.

As necessidades de consultas e procedimentos de média e alta complexidade, como a atenção especializada e consultas de urgência são referenciadas, principalmente, a Pelotas e Rio Grande, por serem municípios que se configuram como pólos regionais, com maior estrutura, variedade e quantidade de serviços e ações em saúde. Em casos mais graves ou de especialidades inexistentes nesses municípios, os encaminhamentos de alta complexidade são, principalmente, para Porto Alegre. Em relação à organização da rede de serviços o PDR/RS coloca esse processo de descentralização, a partir de uma lógica regionalizada e hierarquizada, buscando a melhoria do atendimento aos usuários dos serviços.

A figura 3 foi construída a partir de informações provenientes da gestão municipal procurando demonstrar os fluxos intermunicipais de utilização e acesso aos serviços de saúde.



Fonte: ALCANTARA, L. R.; SILVA, A. M., 2009.

FIGURA 3 – Fluxos de utilização e acesso aos serviços de saúde pelos usuários do município de Santana da Boa Vista, 2008.

O município de Rio Grande é referência em Reumatologia e Traumatologia, pelo sistema de agendamento com a central de regulação de consultas.

O município de Canguçu é referência para emergências e urgências, em especial nos casos com indicação de UTI, por ser um município com uma demanda menor do que a de Pelotas, que abrange 23 municípios da região. Considerando a estrutura em serviços de saúde, o município de Canguçu é

referência microregional para a sua própria demanda municipal e para Santana da Boa Vista, conforme a regionalização estadual, atendendo a algumas consultas e procedimentos especializados de média complexidade (Rio Grande do Sul, 2002).

O município de Cachoeira do Sul é referência para Oftalmologia. Já, Caçapava do Sul, disponibiliza exames laboratoriais, radiológicos, ultrassonografia, eletrocardiograma, entre outros (particulares) para a população.

Para o município de Santana da Boa Vista são disponibilizadas 50 Autorizações de Internação Hospitalar/mês (AIHs/mês), o que geralmente fica em 15 AIHs/mês para fora do município e cerca de 30 AIHs/mês para o Hospital do município.

Quanto ao funcionamento e dinâmicas dos serviços, a Secretaria de Saúde e Bem-Estar Social está localizada em um anexo da Prefeitura, local em que funciona o Atendimento Clínico Ambulatorial, que atende em turno integral à área urbana e rural do município. Uma enfermeira realiza a triagem e os casos são encaminhados a um médico clínico. São dois médicos, clínicos gerais, que atendem em esquema de revezamento durante a semana, realizando cerca de 40 consultas/dia, por meio de agendamento e distribuição de fichas de atendimento à população.

Essa observação nos remete ao estudo de Roese (2005), ao identificar que no município de Camaquã, a maioria dos especialistas trabalhava em todos os serviços de saúde da rede pública por curto período, um ou dois dias na semana, ocasionando uma demanda reprimida em todas as Unidades.

A Policlínica fica em local separado da Prefeitura e oferece atendimento com psicóloga, assistente social, fonoaudióloga, psicopedagoga, fisioterapeuta e arteterapeuta (voltada para recreação em saúde mental), por meio de convênio com a Prefeitura.

A Unidade Básica da sede funciona durante cinco dias da semana, em turno integral, e oferece atendimento odontológico e de Ginecologia e Obstetrícia por uma médica, durante três dias da semana. Devido à intensa demanda para a especialidade odontológica, há necessidade de revezamento e distribuição dos horários de atendimento, uma semana para a área urbana e outra para a área

rural. Nesta Unidade são realizados procedimentos básicos relacionados à saúde da mulher (coleta de material para exame citopatológico, consulta pré-natal, entre outros) e procedimentos clínicos ambulatoriais (testes específicos para *Diabete Mellitus* – glicemia capilar; eletrocardiograma; vacinação; entre outros). Conta com duas enfermeiras que também desenvolvem ações de Vigilância Epidemiológica e coordenam o trabalho dos agentes comunitários de saúde das microáreas urbanas e rurais. O quadro de enfermeiras no Município é de três na Saúde Pública e duas no Hospital geral.

No interior do município há três Postos de Saúde com PACS, situados nas localidades de Serra dos Vargas (20 Km da sede), Rincão dos Dutras (25 Km da sede) e Rodeio Velho (30 Km da sede). Na Serra dos Vargas há uma Auxiliar de Enfermagem e nas outras duas localidades não há pessoal técnico de saúde, apenas um Agente Comunitário de Saúde responsável pela organização de cada Posto. O fato de serem moradoras da região facilita a atuação e o relacionamento com os moradores, intermediando as necessidades de atendimento com a equipe de saúde da sede municipal. O PACS conta com doze agentes comunitários de saúde, três Agentes Comunitários de Saúde para cada Posto, incluindo-se a Unidade de Saúde da sede municipal. São 4 microáreas na cidade e 8 no interior do Município que recebem visitas de agentes de saúde.

No entanto, o programa atual não consegue atingir toda a população de Santana da Boa Vista, contemplando apenas 12 das 27 microrregiões, devido à escassez de recursos humanos. Na localidade de Rodeio Velho são 55 famílias cadastradas por agente de saúde; na Serra dos Vargas, entre 250 – 300 famílias; e Rincão dos Dutras, 82 famílias nas áreas de ação dos agentes de saúde. Uma enfermeira da Unidade de Saúde da sede municipal é quem gerencia o trabalho desses agentes, desenvolvendo atividades de capacitação e ações programadas de saúde junto à população de abrangência dos mesmos.

Em meio a essas dificuldades, no decorrer deste estudo, o município de Santana da Boa Vista foi contemplado com um dos três Programas de Saúde da Família (PSF), aprovados desde 2000, em Conferência Municipal de Saúde. O

PSF foi implantado em 2008 e ampliará a assistência à saúde da população, estendendo-se às áreas rurais.

Os Postos de Saúde rurais são referência para agendamentos e encaminhamentos aos serviços de saúde da sede municipal. Em geral, a população da localidade de Rodeio Velho busca atendimento na cidade por ser uma área com falta de recursos de saúde e suporte sociais. O acesso da população aos serviços de saúde é prejudicado em função das estradas em mau estado de conservação. A população procura principalmente o posto de saúde da sede quando necessita de atendimento, já que os PS rurais não oferecem muitos recursos. A escassez de transporte coletivo e a periodicidade de circulação no meio rural é uma realidade que dificulta o acesso dos moradores aos serviços de saúde. O transporte não é diário em várias localidades e, em alguma delas, somente ocorre uma vez por semana.

A dificuldade de deslocamento e a distância até os serviços de saúde é considerada uma forma de deficiência no acesso geográfico agravado pela situação econômica. Segundo Ramos e Lima (2003) o acesso geográfico engloba a forma de deslocamento, o tempo de deslocamento e a distância entre a residência do usuário e o serviço de saúde utilizado. A forma de deslocamento, de acordo com as mesmas autoras, é um fator que facilita ou dificulta o acesso ao serviço de saúde. Assim, as formas de deslocamento utilizadas pelos usuários, principalmente considerando o meio rural, são fatores que interferem no acesso aos serviços de saúde. Também soma-se a isso o fator financeiro do custo do transporte, pois os usuários nem sempre dispõem da quantia em espécie para o pagamento das passagens.

Nos Postos de Saúde rurais realizam-se procedimentos básicos como verificação de pressão arterial, glicemia capilar, curativos e, também, agendamentos de consultas nas estruturas de serviços de saúde da sede municipal. Somente nas campanhas de vacinação e nos encontros mensais, previamente agendados, com participação ativa de idosos nos grupos de diabéticos e hipertensos, as equipes da sede são deslocadas às áreas rurais.

Outros assuntos e problemas de saúde são abordados nessas reuniões conforme a demanda e especificidade de cada localidade rural.

A Secretaria de Saúde do Município disponibiliza recurso para a Associação de Moradores, que mantém as instalações dos PS do Rodeio Velho e do Rincão dos Dutras. Essa é, portanto, uma estratégia de organização comunitária, de iniciativa da Secretaria de Saúde, que possibilita a aproximação de serviços e população.

Além desse apoio social nas áreas rurais, na sede municipal há o grupo de mães, com encontros esporádicos, e dois grupos de idosos, “Luz do Amanhecer” e “União e Liberdade”. O grupo “União e Liberdade” possui convênio com a Prefeitura e é coordenado por assistente social, que oferece atividades festivas, almoço aos domingos, e excursões a outras cidades. O grupo “Luz do Amanhecer” é mantido por um membro da sociedade, e, além de oferecer atividades festivas programadas e viagens, tem um espaço na rádio comunitária, com programa semanal específico para a população idosa, informando sobre eventos sociais e cuidados à saúde. Essa rádio é, também, utilizada pela equipe de saúde da cidade para se comunicar com o meio rural, convidando os idosos a comparecer ao Posto para atualizar consultas ou outras demandas.

O Hospital geral, localizado na sede municipal, dispõe de 30 leitos para atender, basicamente, às situações consideradas de baixa gravidade e complexidade, como problemas respiratórios, infecciosos e parto normal, que são também as de maior frequência nas internações entre essa população. Os procedimentos de cesariana são realizados somente por médico particular, porém, há um profissional que realiza o procedimento pelo SUS em situações indicadas.

Essas informações fornecem a base de análise do Sistema de Saúde local e sua efetividade no atendimento da população idosa rural, pois permitem identificar as formas de organização e funcionamento das redes de serviços municipais e as dinâmicas de mobilidade dos usuários. A espacialização da oferta de serviços de saúde e a distância de acesso aos mesmos pela população permitiram identificar os fluxos de usuários à procura por serviços de saúde e os limites geográficos intermunicipais. Identificou-se a baixa diversidade de serviços

em nível municipal determinando a busca aos serviços de outros níveis de assistência, principalmente por meio do encaminhamento, em que os usuários deslocam-se para obter bens e serviços mais complexos.

Em nível local, a concentração do atendimento na sede municipal, em vista da distância a percorrer, dificulta o acesso aos serviços por parte dos usuários idosos, sugerindo a necessidade de o poder público garantir esse acesso.

Assim, esses são alguns elementos essenciais para a análise dos fluxos de utilização dos serviços de saúde e a mobilidade dos usuários idosos, que poderão contribuir para dar mais visibilidade às estratégias de saúde desenvolvidas, tanto pelo poder público municipal, quanto pelos próprios usuários.

Partindo dessa descrição local da rede de serviços, aprofunda-se a discussão sobre esse tema a partir das análises das falas dos idosos rurais, apresentadas a seguir.

6 Envelhecimento no meio rural: desigualdades sociais e de saúde

Analisando as falas dos idosos expressas nas questões das entrevistas, foram construídas três categorias temáticas de análise intituladas: “Concepções e percepções de saúde dos idosos rurais”; “Formas de socialização e apoio social na velhice rural”; “Utilização e acesso a consumos em saúde e serviços”. Foram também definidas categorias secundárias que serviram para dar visibilidade a questões mais específicas.

A seguir serão discutidas detalhadamente cada uma das categorias temáticas, embasadas na visão dos idosos sobre os temas, considerando o diálogo com a bibliografia, no campo da saúde e do envelhecimento.

6.1 Concepções e percepções de saúde dos idosos rurais

Neste estudo, o envelhecimento é compreendido, segundo autores como Minayo e Coimbra (2002), como um processo híbrido biológicossocial, vivido de diferentes formas pelos indivíduos, considerando tanto as experiências individuais quanto coletivas, pautadas nas dimensões de saúde, educação e condições socioeconômicas. Dessa forma, o envelhecimento não se relaciona, necessariamente, com a idade cronológica, mas principalmente com as condições de vida dos idosos, percebendo-se a velhice como uma etapa heterogênea.

O processo de envelhecimento, em um país tão marcado por desigualdades, como o Brasil, pode reforçar essas desigualdades, em termos de qualidade de vida e do bem-estar entre diferentes estratos da população, contribuindo para aumentar a chance de exclusão dos idosos (BERQUÓ, 1999).

Contudo, a manutenção da máxima capacidade funcional e a promoção de um envelhecimento saudável, destacados na Política de Saúde do Idoso (BRASIL, 1999), constitui-se em uma estratégia nacional para fortalecer a autonomia e

preservação da independência física e mental do idoso, importantes para seu bem-estar e inserção na comunidade em que ele vive.

Nesta linha de discussão, torna-se possível a compreensão das situações de vida e de saúde auto-referidas pelos idosos rurais de Santana da Boa Vista e a identificação de fatores sociais, culturais e econômicos que intervêm de forma positiva ou negativa na sua vida.

As categorias temáticas secundárias a seguir irão detalhar os problemas de saúde referidos pelos idosos entrevistados, os cuidados e os recursos utilizados no processo saúde-doença. Também serão descritos aspectos referentes à manutenção da sua vida ativa, enfocando a continuidade do trabalho rural e a relação com a saúde. Dentre os aspectos influentes, destaca-se tanto a capacidade física de manter a atividade laboral como, também, a necessidade de continuar trabalhando para manter a sobrevivência.

6. 1. 1 Problemas de saúde referidos, cuidados e recursos terapêuticos

No conjunto das entrevistas, a velhice e o envelhecimento estiveram associados aos problemas de saúde, referindo-se às condições crônicas e ao declínio da capacidade funcional, os quais podem interferir na capacidade de responder às demandas do dia-a-dia.

Os resultados deste estudo revelam que a maioria dos idosos referiu ter boas condições de saúde, sendo que a proporção de homens com esta percepção foi maior que a das mulheres. Também a percebem como regular, ruim e péssima. Entre a boa e a regular condição chega-se a 76%, o que mostra a maioria dos idosos referindo situações de estabilidade e conformidade. Dentre os entrevistados, as mulheres percebem sua saúde pior em relação aos homens idosos. Entretanto, a condição de péssima foi relatada por um idoso ao manifestar seus problemas de saúde e múltiplas intervenções cirúrgicas.

Os resultados vão ao encontro dos achados do estudo sobre Saúde, Bem-estar e Envelhecimento (projeto SABE), coordenado pela Organização Pan Americana de Saúde, que avaliou as condições de vida e de saúde dos idosos do município de São Paulo e identificou que a auto-avaliação é pior entre as mulheres e aumenta com a idade (LEBRÃO, LAURENTI, 2005). Nesse mesmo estudo, os autores também evidenciaram que a escolaridade pode alterar a autopercepção das pessoas em relação à saúde, pois os idosos sem escolaridade têm uma avaliação de regular ou má 1,2 vezes maior do que aqueles com 7 a 12 anos de estudo, e as mulheres sem escolaridade sobrepõem aos homens. Esse resultado foi semelhante para os idosos rurais estudados, encontrando-se uma população com baixa ou nenhuma escolaridade, manifestando predominantemente saúde regular, ruim ou péssima.

No depoimento que segue podemos observar aspectos da percepção de saúde:

“[saúde] Regular. Não ando mais à cavalo, de a pé é muito difícil, mas eu faço comida, limpo a casa, dou bóia para a vaca, para cachorro, para gato. É mais para caminhar, o resto devagar eu faço, vou cuidando para não afrouxar o joelho” (idosa₂).

Por outro lado, é importante destacar que, de um modo geral, a população idosa percebe-se saudável, apesar de manifestar condições crônicas e fazer uso de medicações.

“Eu considero boa, porque graças a Deus eu faço todas as minhas coisas” (idosa₁₄).

Esta autopercepção positiva de saúde reforça a idéia de que “ser ou estar doente” está mais relacionado às incapacidades funcionais para as atividades básicas de vida diária do que ser portador de danos crônicos. De acordo com Caldas (2008), estudos qualitativos em áreas rurais e urbanas, com idosos maiores de 85 anos, demonstram que uma velhice satisfatória envolve a manutenção de atividade física, mobilidade, estar engajados em relacionamentos significativos e ter um motivo especial para viver a cada dia.

Nesse sentido e na busca de maior compreensão desses fatos biossociais, os problemas de saúde referidos pelos idosos foram agrupados com base nos capítulos do Código Internacional de Doenças - CID 10^a Revisão (CID 10).

A referência a problemas de saúde aparecem em quase todos os relatos dos idosos, e constam de: problemas osteomusculares (30); problemas cardiovasculares (25); problemas neuropsiquiátricos (11); problemas digestivos (7); deficiências visuais e auditivas (5); dislipidemias (4); problemas reumatológicos (2); câncer (2); problemas geniturinários (2); diabetes (1); outros (2). Apenas um idoso referiu não ter problemas de saúde e 23 idosos referiram comorbidades, descritas acima como índices acumulados dos problemas relatados. Constata-se a presença predominante de doenças crônicas de longa duração, sendo que as relacionadas à coluna e à pressão arterial foram as mais citadas e estão inseridas nos problemas osteomusculares e cardiovasculares, respectivamente.

As falas que seguem apontam nessa direção:

“[saúde] Boa, graças a Deus, a gente tá com a coragem, esta coluna que a gente está com uma dor aqui, às vezes ataca em um lugar outro dia em outro, ataca nas costas, nos braços eu não tenho força” (idosa₁₆).

“[saúde] Eu considero boa, só tomo remédio para pressão” (idoso₂₂).

As doenças crônicas de longa duração aparecem em diversos estudos brasileiros (LIMA-COSTA; BARRETO; GIATTI, 2002; LEBRÃO; LAURENTI, 2005; FARINASSO et al., 2006), com índices elevados e são decorrentes das mudanças demográficas e epidemiológicas, observando-se o predomínio das condições crônicas e degenerativas e, dentre elas, a hipertensão como principal morbidade encontrada na população idosa.

Os problemas crônicos são, em geral, associados ao envelhecimento e perduram anos, exigindo acompanhamento. Segundo Lebrão e Duarte (2007), grande parte dessas doenças podem ser evitadas, ao entender que a principal

causa não se encontra em fatores genéticos, mas em fatores de risco ambiental e comportamental.

Os problemas de saúde que acometem os idosos rurais de Santana da Boa Vista assemelham-se aos resultados dos estudos com idosos rurais pertencentes a outros Municípios do Sul do Estado do RS (SILVA, 2005; MORAIS; 2007), incluídos no PROINTER, e estão relacionados, principalmente, ao estilo de vida e às condições de trabalhos durante a trajetória de vida. Dentre os problemas cardiovasculares, a hipertensão arterial é a mais referida entre os idosos e é, também, a mais medicalizada.

A hipertensão apresenta como risco as comorbidades associadas, como o infarto agudo do miocárdio e o acidente vascular cerebral, isquêmicos ou hemorrágicos (LEBRÃO, LAURENTI, 2005). Esse tipo de complicação foi evidenciada durante a entrevista com um dos idosos e relatada como “derrame”, termo mais comumente utilizado e conhecido pelo senso comum.

Informações do Ministério da Saúde (BRASIL, 2006) demonstram que as doenças do aparelho circulatório foram responsáveis por 27,9% dos óbitos ocorridos no Brasil em 2004, seguidas pelas neoplasias, com 13,7%. Em relação à população idosa, a mortalidade por doenças do aparelho circulatório é maior nas mulheres, devido à maior expectativa de vida do sexo feminino.

Assim como a hipertensão, o diabetes *Mellitus* representa um importante problema de saúde pública, com fatores de risco para as doenças cardiovasculares e impacto significativo na qualidade de vida das pessoas acometidas (LEBRÃO; DUARTE, 2007). As mesmas autoras afirmam que, no Brasil, a prevalência da doença entre 60 e 69 anos é de 17,4%.

Apesar de o diabetes ser uma doença relativamente comum entre os idosos, com alta prevalência e letalidade, foi referido somente por um idoso. Há indícios de que o diabetes seja subdiagnosticado e subtratado nos idosos (LEBRÃO; DUARTE, 2007), o que pode justificar esses achados, já que outras doenças co-relacionadas ao diabetes estiveram presentes na população investigada, como aquelas associadas ao comprometimento do sistema nervoso periférico, cardiovascular, renal e a visão.

Em particular, dentre os problemas osteomusculares relatados, as manifestações referentes à coluna lombar são as queixas mais comuns referidas pela metade dos idosos, conforme os relatos a seguir:

“Na coluna parece que eu carrego 30 Kg nas costas e me dá aquela agonia, se eu pudesse tirar aquele peso e as pessoas dizem para mim ‘por que tu não caminha bem retinha?’ e eu digo ‘mas não posso, eu quero me endireitar mas dói este osso do peito’, parece que me abre. Agora eu já entortei a coluna, não adianta” (idosa₄)

“Dor nas costas sim, eu forcejava muito, eu sinto dor nos peitos, eu sinto muita dor nos peitos” (idoso₁₈).

O predomínio desse problema foi também constatado no estudo de Silva (2005) com os idosos rurais de Arambaré/RS, que referiram as dorsopatias como o principal problema de saúde, com 58,4%, e são lembradas quando, de alguma forma, limitam o trabalho ou as atividades da vida diária. Esses achados estão associados ao trabalho rural, que será discutido posteriormente.

Considerando essa realidade epidemiológica e a necessidade, segundo Lebrão e Duarte (2007), de estratégias dentro do sistema de saúde para prevenção e tratamento dessas enfermidades prevalentes, observa-se a incapacidade dos sistemas locais de atenção à saúde de fazerem frente a essa problemática. Com serviços escassos, de difícil acesso e inadequados à necessidade de evitar agravamento e desenvolvimento de incapacidades, constata-se a precariedade local e a desarticulação da assistência em particular na atenção aos idosos.

Outra categoria de problemas são neuropsiquiátricos. Alguns idosos referiram sintomas depressivos e problema dos “nervos”, que nem sempre são reconhecidos, diagnosticados e tratados. A seguinte fala expressa sentimento de tristeza relacionado à perda de um familiar que se reflete na disposição física e psicológica para tocar a vida:

“[...] eu não sei se foi por causa de que desde que eu perdi meu filho que eu fiquei tão nervosa, tem dias que eu estou bem ruim, eu acho que um pouco eu me ataco mais da tristeza que eu tenho, porque era um filho tão querido [...]” (idosa₁₇).

Lebrão e Laurenti (2005) afirmam que apesar dos sintomas depressivos serem crônicos, são tratáveis, e mesmo assim, poucos idosos diagnosticados com esses sintomas fazem uso de medicação antidepressiva. Essa realidade atesta as desigualdades de acesso e consumo de serviços e de acesso a tratamento medicamentoso ou psicoterápico, o que mostra que o sofrimento mental é ainda mais condicionado à assistência de recursos disponíveis e à situação socioeconômica dos Municípios para suprir esse tipo de atendimento e dos indivíduos em particular.

Ao serem consideradas as estatísticas da base de dados oficiais de morbidade hospitalar do SUS (BRASIL, 2008), referentes ao município de Santana da Boa Vista, no período de 1998 a 2007, as mesmas revelaram que as causas mais frequentes de adoecimento da população idosa, urbana e rural, foram as doenças do aparelho respiratório, circulatório, geniturinário e digestivo. No entanto, estas estatísticas podem estar vinculadas à maior procura em área urbana e sofrer influências da sazonalidade, visto que, por exemplo, não foram relatados problemas respiratórios entre os idosos entrevistados. De forma geral, os relatos dos entrevistados aparecem contrariando as estatísticas oficiais, identificando-se, talvez, que as doenças crônicas de origem respiratória referidas não levam à procura por serviços hospitalares.

Esses achados sugerem que as informações disponíveis em bases de dados secundários, embora tenham sua importância para o planejamento e organização do Sistema de Saúde, têm limitações de registros, sofrem distorções e subnotificações, além de utilizarem diferentes abordagens e metodologias. Nesse sentido, as informações de inquéritos populacionais de fonte primária não são passíveis de comparação com informações obtidas de dados oficiais (macro), tendo-se, portanto, cuidado ao relativizar as situações em função das limitações e abrangência das fontes utilizadas.

Ressalta-se que, durante as entrevistas, algumas das doenças crônicas só foram lembradas pelos idosos quando questionados sobre o uso de medicações. Na pesquisa com idosos de uma comunidade de Porto Alegre, situada na região noroeste, Paskulin (2006) destaca que eles relataram boa saúde, apesar de

portadores de doenças crônicas e de fazerem uso de medicação, reforçando a idéia de que perceber-se doente está mais relacionado às incapacidades.

Desse modo, a avaliação da gravidade e da relevância dos problemas de saúde parece determinada mais pela “possibilidade de enfrentá-los” do que “pelo problema em si”.

O conteúdo das falas a seguir ilustra esse aspecto:

“Ora a minha saúde não vou dizer que é boa, tenho probleminha no coração, né, eu sou uma pessoa nervosa, né, eu agora tô com problema de tendinite, tenho problema de desarranjo, mas isso eu sarô [...] eu tenho probleminha de coluna, tenho problema por causa da circulação, mas isso não são coisas que me levam pra cama, fico mais amolada” (idosa₁).

“Não posso fazer quase nada, não posso molhar os pés, não posso tocar em nada, tem que estar sempre protegido; está boa [a saúde]” (idoso₈).

“Eu considero boa. Eu acho que os desmaios é até um pouco da coluna. Dá dor na coluna, eu me trato” (idoso₁₅).

“Eu considero boa, porque eu estando tomando os remédios, porque, às vezes, eu dou uma “relachadinha” nos remédios e por isso me dá [crise de úlcera nervosa]. Se eu tirar um mês sem tomar, aí me dá o problema de estômago, senão, eu tomando sempre os remédios...” (idosa₂₆).

Em geral, a relação com a “boa saúde” está associada às possibilidades de autonomia e de continuar trabalhando. Verificou-se que os entrevistados não necessitavam de ajuda para realizar as atividades básicas da vida diária, mesmo o idoso incapacitado pela ausência dos membros inferiores.

A presença de incapacidades parece ser um fator determinante na auto-avaliação de saúde. Quanto à magnitude da frequência, os problemas relacionados à coluna vertebral têm alta prevalência. Entretanto, quando se leva em conta que os idosos deste estudo são rurais, percebe-se que a sua estrutura musculoesquelética foi, ou ainda é, muito exigida nas atividades de produção agrícola, o que pode provocar o desenvolvimento de problemas de coluna, de uma forma geral. Na área rural, é comum o esforço físico na atividade laboral, e esse tipo de problemas são reconhecidos como “fazendo parte do trabalho”, são inerentes a ele, como se pode verificar nas seguintes entrevistas:

“Dói a coluna, eu fui arrancar umas batatas ali em baixo e peguei aquela dor que me atravessa, por isso que eu digo que é da coluna, e eu vomito, me sinto tão ruim. A gente caminhando, fazendo as coisas está contente [...]” (idoso₆)

“Minha saúde é boa, graças a Deus, para a idade que eu tenho, do jeito que eu trabalhei eu sou muito sadio, graças a Deus, sou uma pessoa que me criei trabalhando, sempre trabalhei em serviços pesados...”(idoso₁₈)

Verifica-se na maioria dos relatos que os idosos convivem com, pelo menos, uma doença crônica e não apresentam limitações funcionais que impeçam o trabalho e o auto-cuidado. Alguns acreditam que dor, fadiga ou doenças seriam esperadas nessa etapa da vida.

Apenas um idoso referiu não possuir nenhum problema de saúde, referindo que não utiliza os serviços de saúde de forma habitual para prevenção ou detecção dos mesmos:

“Não [problema de saúde], eu acho que eu tenho um problema de coração, às vezes eu forcejo muito e me escurece, parece que eu vou cair, eu tenho que me sentar, parar um pouco. [...] eu não vou em médico, médico eu fui uma vez que eu me cortei” (idoso₁₈).

No relato acima, verifica-se, entre outras questões, um aspecto cultural marcado pelo gênero em que os homens, em geral, referem menos problemas de saúde e procuram menos os serviços de saúde. O comportamento entre os homens é de reconhecimento de alguns problemas de saúde, somente quando significam incapacidades físicas para suas atividades ou desconforto mais sério, o que pode estar associado à alta mortalidade nesse segmento (Brasil, 2006).

No que se refere ao uso de medicações, as mais utilizadas pelos idosos entrevistados são as anti-hipertensivas que apareceram em 12 respostas. Somente alguns problemas osteomusculares (8), deficiências visuais e auditivas (5) e outros (2), como anemia e “problemas no fígado”, não são tratados. Quanto à associação de medicações, a metade dos entrevistados referiu usar mais de um medicamento. Oito utilizavam somente um e sete referiram não usar medicações regularmente.

Esse quadro de consumo de medicamentos pode ser confrontado aos resultados de Souza (2005), ao descrever as práticas terapêuticas utilizadas por idosos residentes na zona urbana de Porto Alegre, a qual observou que tais práticas eram influenciadas por um processo de medicalização do corpo e da velhice. Além disso, constatou que o consumo de fármacos configura-se na principal forma de tratamento utilizada pela Medicina, e que o acesso facilitado a consultas e a exames influenciava esses idosos em uma conduta mais “medicalizada” nas escolhas das práticas terapêuticas.

Os idosos, em sua maioria, também utilizam medicações alternativas, sendo as usadas com maior frequência os chás e as vitaminas.

“[não toma remédio]...às vezes, quando eu ando muito ruim, eu tomo biotônico, o biotônico é o melhor remédio para mim quando eu estou muito atacado dos nervos” (idoso₁₈).

“Agora não uso mais remédio, só vitamina, é uma vitamina que tem umas florzinhas, uma vitamina muito boa [médico receitou]” (idoso₁₉).

“Trato [osteoporose], mas com remédios naturais, até eu usei bastante ervas naturais. Só se for para dor de cabeça, para cólica, sempre eu tenho os meus remédios” (idosa₂₅).

Assim como Souza (2005), também se observou que o uso de ervas e chás medicinais é muito praticado entre os idosos. No entanto, pensa-se que há vários motivos para sua utilização como o fato de ser um produto natural e sem efeitos colaterais, por ser um hábito familiar, por ser uma prática cultural entre idosos, ou ainda por acreditarem no poder de cura. Não se descarta também seu uso decorrente das dificuldades em comprar produtos industrializados, tanto pela distância em acessar como pela falta de recursos financeiros.

Outro aspecto gerador de morbidade são os acidentes durante as atividades agrícolas, no entanto apenas um idoso referiu que trouxe prejuízo, como a perda do pé, incapacitando-o para o trabalho.

“[...] Isso aí foi uma cana de milho que eu cortei, uma cana de milho que eu fui cortar para o cavalo, cravei uma cana de milho. Deu trombose. Fiquei só com uma junta da perna” [perdeu o pé E] (idoso₈).

Esse fato relatado pelo idoso foi resultado da falta de procura e acesso a serviços de saúde, no início dos sintomas, houve desconforto no membro acidentado seguido de inflamação e a utilização de auto-medicação.

Nesse contexto, a doença apresenta-se como uma condição social do indivíduo, dada a importância da vinculação entre doença e trabalho.

Herzlich e Pierret (1991) afirmam que esse quadro faz surgir o doente-indivíduo, revelando, pela condição que lhe é dada, o jogo das principais regras sociais, já que se define pelo direito de escapar a uma das mais fundamentais regras sociais, a do trabalho e da produção.

Dessa forma, a inter-relação entre a saúde e as condições materiais de vida estabelece uma resistência ao tratamento como forma de não se achar doente e se manter no trabalho, considerando-se a experiência do sofrimento entretecida nas estruturas sociais, em lugar de ser meramente experiência individual. Cabe ressaltar que o problema social é maior que o individual e, por isso, o afeta.

A partir das análises apresentadas, acredita-se que são necessários o entendimento das expressões de saúde e doença dos idosos rurais, considerando o contexto em que estão inseridos e as práticas e cuidados terapêuticos utilizados. Complementando essa discussão, parte-se para reflexões sobre essas “expressões” emergentes das falas, particularizando a saúde e o trabalho rural.

6. 1. 2 Saúde e trabalho: implicações do envelhecimento

Todos os idosos entrevistados iniciaram suas atividades de trabalho na primeira infância, demonstrando que, no contexto rural, era “natural” para a criança crescer trabalhando na maior parte do tempo, tanto na roça quanto em casa.

”Na lavoura, e me criei desde guria pequena na lavoura com o pai, foi muito judiado, era carregando roça, capinando,

carregando feijão nas costas, carregando lenha nas costas” (idosas₄).

Nessa perspectiva, Streck e Frison (1999) referem que quando se trata de um ambiente rural, as atividades consideradas trabalho se inserem na vida das pessoas, independente do nível sócioeconômico. Esse fato se deve à forma como a vida é estruturada nesse meio, envolvendo toda a família na produção de bens e serviços para consumo próprio ou como fonte de renda.

Observa-se, nas narrativas dos idosos, que suas trajetórias de vida, mesmo depois de casados, foi centrada no trabalho, em atividades anteriores a aposentadoria, vinculadas, principalmente, à agropecuária.

As mulheres, em especial, relatam que suas jornadas de trabalho foram sempre muito árduas ao longo de suas vidas e divididas entre os cuidados de casa, criação dos filhos e a lida na lavoura.

“Trabalhava nas roças, de enxada, tirava lenha para vender, nestes matos, passando tudo o que era trabalho, uns filhos de atrás, outros em casa, tudo assim [...] Serrando para fora. [...] É, e os filhos grandes e os pequenos ficavam comigo em casa” (idosas₃).

“Ele [esposo] sempre trabalhou plantando, plantação, lá onde nós morávamos as terras eram fofa, ele plantava com o meu pai e eu costurava e ajudava na lavoura, capinava” (idosas₆).

Os relatos demonstram que, além do trabalho aparecer ligado à necessidade de sobrevivência e à atividade de produção agrícola, reconhecem o trabalho doméstico como tipicamente feminino. Essas atividades foram referidas apenas por mulheres e são desenvolvidas na própria residência, o que as submetem, muitas vezes, à dupla jornada de trabalho.

O estudo realizado por Buaes (2007) com mulheres idosas pertencentes à zona rural do município de Passo Fundo/RS salientou que o trabalho é visto de forma ambígua, representando, de um lado, uma intensa dedicação à casa, aos filhos e à produção durante a vida, constituindo-se muitas vezes como sofrimento pelas mulheres. Por outro lado, demonstra o orgulho por se perceberem trabalhadoras e “guerreiras” para a manutenção e melhoria da vida familiar.

Este aspecto pode ser verificado na seguinte fala:

“Eu sempre trabalhei na lavoura, eu me casei, vim para cá e sempre trabalhei. Antigamente quase nada [vendiam], só alguns bichinhos e coisas da lavoura não. Antigamente eu capinava, fazia todos os serviços de um homem quando eu era solteira, aí eu me casei e ajudava meu marido a colocar arame, ajudava porque eu gostava, não que precisasse, mas eu detesto ficar parada” (idosa₁₄).

No meio rural, a divisão de trabalho que se estabelece entre os sexos valoriza o corpo físico como instrumento de trabalho, cabendo geralmente ao homem desenvolver serviços que requerem maior força física e habilidades com o uso de maquinário agrícolas mais sofisticado (BRUMER, 2004).

Estudos anteriores como os de Brumer (2004) e Lopes (2005) identificaram que a mulher permanece realizando atividades rotineiras tanto em meio urbano como rural, ligadas à casa ou ao serviço agrícola mais leve, como o trato dos animais, a ordenha e o cuidado da horta, reduzindo seu tempo na lavoura. As mesmas autoras destacam, ainda, que as mulheres ocupam uma posição subordinada e seu trabalho geralmente aparece como “ajuda”, mesmo quando elas trabalham tanto quanto os homens ou executam as mesmas atividades que eles.

Nessa perspectiva, pode-se ilustrar a subordinação da mulher na esfera produtiva, no que se refere a seguinte fala:

“Eu ajudava ele, tirava leite, fazia queijo pra vender, tinha minhas hortas, plantava de tudo ali, plantava de tudo até agora, mesma coisa, plantava cenoura, batatinha, couve, alface, beterraba, cebola, batata doce [...] nunca tive uma empregada, acredita que nunca tive uma empregada? Não gosto! Trabalho de montão até agora” (idosa₁).

De forma geral, o trabalho feminino ligado às atividades da casa e ao trabalho agrícola é considerado “leve” ao se levar em conta o caráter cultural dentro do contexto rural. Dessa forma, pode-se considerar que “trabalho produtivo”, na perspectiva de gênero, valoriza somente as atividades remuneradas, ocultando o trabalho rural e doméstico na propriedade rural.

Paulilo (1987)¹², citada por Brumer (2004), conclui que o trabalho “leve” está relacionado à baixa remuneração, não ligado às suas características, mas devido à posição ocupada na hierarquia da família por aqueles que o executam. Ou seja, as tarefas ligadas à produção agrícola “só são contabilizadas como parte de um esforço coletivo, na maioria das vezes, aparecendo apenas como ‘ajuda’”(BRUMER, 2004).

Para Lopes (2005) essa definição de trabalho feminino pode ser explicada pelas suas características de “relação de serviço” e “disponibilidade permanente” atribuídas ao papel da mulher na família. Dessa forma, sua visibilidade como relação econômica e o valor do próprio trabalho ficam condicionadas a essa definição que o caracteriza primariamente como inerente e “natural” contribuição feminina à família.

Com a inclusão da Previdência Rural pela Constituição de 1988, beneficiando também as mulheres a partir dos 55 anos, Delgado e Cardoso Junior (1999) referem que houve melhorias na condição sócioeconômica aumentando a equidade e assegurando a renda de mulheres, idosos e inválidos. O benefício previdenciário veio favorecer essa condição, permitindo que os idosos reduzissem sua carga de trabalho.

“Eu digo que está melhor porque eu trabalhava pior que bicho, era a coisa mais horrível do mundo e hoje me mantenho só com a minha aposentadoria e dá” (idosa₂).

“A aposentadoria foi uma grande coisa, e a gente, com uma certa idade, não trabalha como novo né, já não é mais como era, eu não tenho mais a natureza para trabalhar” (idoso₁₈).

“Eu acho que é importante e nós temos que se cuidar mais com os rigor, trabalhar menos, trabalhar quando pode, quando não pode não se trabalha, depois que já se está com uma certa idade, tem que se cuidar muito, tem que ter muita cautela com a saúde. Minha idade está fracassada já [...], alguma coisa, mas está boa graças a Deus, eu estou feliz, dá para ir levando, né”(idoso₁₉).

¹² PAULILO, M. I. S. “O peso do trabalho leve”. **Ciência Hoje**. Rio de Janeiro: SBPC, v. 5, n. 28, p. 64-70, jan/fev. 1987.

A chegada da velhice é vista como limitação para o trabalho, conforme se pode verificar no último depoimento, em que o idoso refere a necessidade de reduzir a carga de trabalho. Dispor da aposentadoria garante uma renda fixa por mês e os permite sobreviver no meio rural sem esforços físicos demasiados.

Contudo, os idosos aposentados no meio rural tendem a continuar trabalhando mantendo os hábitos que sempre tiveram, desde que as condições físicas o permitam. Mesmo que a aposentadoria represente o rendimento que mais contribui para a manutenção da família do idoso rural, particularmente em Santana da Boa Vista, ela é complementada, em alguns casos, pela venda de excedentes na agricultura e pecuária. Essa complementação de renda atesta a continuidade em atividades, sobretudo relacionadas ao ramo agrícola, que continua exigindo capacidade física para desenvolvê-las. Dentre os principais motivos que levam os idosos a continuar trabalhando, estão:

“Sim, devagar. Porque eu preciso trabalhar, só com aposentadoria não dá para viver, e eu não vou ficar parado, só vou ficar parado o dia que eu não puder mais caminhar, eu preciso trabalhar porque a aposentadoria é muito boa mas não dá para viver só disso, eu acho que para mim não dá para viver só da aposentadoria, eu quero manter os meus bichinhos que eu tenho e quero manter meus porquinhos para deixar para as filhas, então se eu viver só da aposentadoria eu vou terminar com o que eu tenho” (idoso₁₃).

“[cuida da igreja] Até por isso que eu me sinto bem aqui, porque eu não tenho tempo nem de ficar pensando porque eu estou sempre envolvida, agora de manhã eu trabalhei toda a manhã fazendo um bolo para levar a tarde e o padre vai dormir aqui em casa hoje [risos]. Eu gosto dos meus animais, adoro meus bichos, os filhos pedem para que a gente pare e eu digo “fiquem tranquilos que a hora que a mãe achar que tem que parar eu paro” (idoso₂₅).

“Ah, eu trabalho porque, agora estão mandando já pela minha idade avançada que eu pare, mas as pessoas velhas, do tempo antigo, não, sempre iam até o fim da vida trabalhando, e eu sou da mesma turma, então eu vou indo já velho também, trabalhando também, ai plantando é bom, me entretendo, e caminhando, é bom a pessoa velha caminhar não é, é bom caminhar” (idoso₂₉).

Ao continuar trabalhando, mesmo na condição de aposentados, o valor que é atribuído ao trabalho garante o reconhecimento e a inserção social. Por outro lado, muitos desses idosos afirmaram ainda trabalhar em atividades voltadas à

lavouira, dada a importância de ter alguma atividade de lazer e ocupação para seu bem-estar. Já outros idosos demonstraram preocupação em continuar no mercado de trabalho para manterem o que já haviam adquirido, ou continuarem a ter acesso a bens de consumo, como forma de garantia de futuro aos filhos.

“Não, eu não vendo nada porque os filhos moram todos na cidade aí o que sobra eu dou para eles. Galinha e uma junta de boi” (idoso₁₈)

A contribuição dos idosos no orçamento familiar é muito importante para a reprodução social e nível de bem-estar das famílias. Na área rural, segundo o IBGE (2008), em 67,3% dos domicílios, os idosos tinham uma participação superior a 50% no conjunto de rendimentos, mostrando-se significativa nas áreas mais carentes.

Para os idosos de baixa renda as estratégias de produção agrícola para subsistência são mantidas para poderem adquirir itens básicos de consumo e aquisição de medicamentos.

Analisando as diferentes motivações apresentadas pode-se dizer que o trabalho representa também a possibilidade de se manterem ativos e integrados socialmente, mas também complementa renda pelo baixo valor da aposentadoria.

“É porque a gente precisa, porque só da aposentadoria não dá, porque eu mesma o dinheiro da aposentadoria não dá para os remédios, faz mais de ano que eu me trato, todos os meses eu vou lá e pago a metade, depois vou lá e pago outra e assim vou indo, eu faço queijo, faço pão, faço doce, faço tudo. Trabalho, em casa. Eu trabalho porque não tem quem faça, tem que ser eu (risos), eu e ele, graças a Deus chegava bastante visita aqui em casa, mas para ficar fazendo as coisas sou sempre, sempre eu” (idosa₁₄)

Assim, o impacto da aposentadoria rural junto às famílias pobres, particularizando o município de Santana da Boa Vista, foi fundamental para as transformações do meio rural, uma vez que o dinheiro oriundo desse benefício é usado para alimentação, higiene, saúde, educação dos filhos e netos, vestuário, habitação (tarifa de água e luz) e gastos com a produção (DELGADO, CARDOSO JUNIOR, 1999).

Diante desse quadro social em que vivem os idosos, destaca-se a luta pela sobrevivência, a necessidade de grande esforço físico no trabalho e a falta de infraestrutura que proporcione uma vida mais confortável.

Para Santos (1996) esses aspectos são a base para que se desenvolva a idéia de que os projetos de vida e cotidiano exigem desgaste físico e força física para realizar-se. Ainda, segundo a autora, a velhice é então a perda de tais possibilidades, já que a natureza vai retirando, de forma gradual, a energia necessária para a vida do ser humano.

Contudo, identificou-se na maioria das falas dos idosos rurais que as referências à idade apareciam como características positivas; para outros, entretanto, a ênfase era nas características negativas da velhice. Essa diversidade de “foco”, mostra que são as formas de experienciar a velhice que a tornam carregada de significados com conotações boas ou ruins ou ainda “boas e ruins”.

Assim, grande parte dos idosos entrevistados relatou uma imagem negativa de si, associada, basicamente, às perdas e limites do corpo, relativas ao envelhecimento. Nesse sentido, a velhice na zona rural é considerada pelos sujeitos como “deficiência”, com o declínio físico assumindo um caráter de obstáculos para a vida cotidiana. As falas a seguir enfatizam essa condição:

“Ah, eu me sinto normal. Claro que, cada ano que passa a gente é como uma vela; vai queimando, cada hora que passa ela queima um pouco e nós, aqui, cada ano que passa nós vamos baixando um pouco [...], mas nós temos que entender que a idade vem vindo, que nós não vamos ser aquela de ontem, eu sou muito de normalizar isso, se eu tentar levantar um porrete, se eu não puder, eu não vou tentar mais, já passou aquela minha força, eu tenho que entender que eu não vou levantar mais porque eu não vou ter mais aquela força” (idoso₂₆).

“Ah, eu me sinto mais sem serventia, antes eu fazia todos os serviços, trabalhava na lavoura, e hoje, às vezes, eu vou lá para abrir um saco para botar o milho dentro, eu penso em ir lá para ajudar, mas eu não posso levantar peso, me dói os ombros” (idosa₂₈).

Essas narrativas reforçam que a perda no desempenho das atividades cotidianas está vinculada às perdas decorrentes do envelhecimento ou às

doenças que incapacitam para o trabalho, reafirmando a importância do “corpo útil” e necessário para realizar suas atividades na área rural. Logo, as limitações físicas sentidas pelos idosos têm repercussões maiores do ponto de vista psíquico e social, uma vez que os retiram definitivamente do trabalho (SANTOS, 1996).

Por outro lado, alguns idosos referem que essas limitações são estímulo a readaptações às rotinas do dia-dia. Assim, para Santos (1996), o declínio físico que caracteriza a velhice, é parte do processo biológico e, portanto, é interpretado como processo natural, sendo muitas vezes bem assimilado como vemos nas falas de alguns idosos.

Esses referiram que, nesse período da vida, ainda possuem disposição física e mental para realizarem atividades laborais.

“Eu me acho até novo, com a idade que eu tenho eu me acho muito bem até, conseguindo caminhar bem, trabalhar um pouco” (idoso₁₅).

“Disposto, graças a Deus, às vezes até eu falo que eu não me troco por muitos novos que, às vezes, tem pessoas bem nova que tem preguiça até de fazer uma lenha, eu nunca tive preguiça na vida, não tenho preguiça e sempre estou disposto para trabalhar, pode até ter dias que eu esteja meio ruim mas é coisa de um dia” (idoso₁₈).

“Eu estou bem, me acho que sou um guri, trabalho como um guri, estou bom por enquanto. Só depois que eu estiver entregue vou parar de trabalhar” (idoso₂₀).

“Eu já me vejo hoje com menos facilidade para raciocínio, com o próprio trabalho [...]. Ah, eu me sinto bem mais nova [risos], bem mais nova, como eu vou dizer, com mais ânimo para o trabalho, tem pessoas da minha idade que não conseguem fazer isso, não conseguem fazer nada [...]. (idosa₂₅).

Ao traduzir esses sentimentos, percebe-se a disposição dos idosos em relação à vida e às atividades práticas diárias, reforçando a idéia da manutenção da autonomia como saúde, que é motivo para que os idosos sintam-se felizes, conservando o que já possuem.

Acredita-se que a manutenção da saúde, nesta etapa da vida, está fortemente relacionada à independência funcional e que ao destacar aspectos

negativos da velhice, alguns mecanismos de defesa comparativos são acionados, como o fato de “sempre existir” alguém “pior” um outro indivíduo mais velho que apresente as características negativas da velhice.

Portanto, não existe uma única forma de vivenciar a velhice e as formas de enfrentamento variam enormemente, considerando as diferentes situações de vida, aspectos culturais e possibilidades de manutenção das relações familiares e sociais no sentido mais amplo. O trabalho mantém-se como uma referência central e legítima na vida das pessoas. O sentimento de inclusão que proporciona está expresso tanto na sua dimensão econômica como no sentimento de sentir-se bem, útil e capaz física e mentalmente.

6. 2 Formas de socialização e apoio social na velhice rural

A literatura tem demonstrado a importância do apoio social nessa etapa da vida, com recentes considerações acerca dos aspectos positivos das relações familiares e sociais na velhice, promovendo melhores condições de vida e de saúde (RAMOS, 2002b; PINTO et al., 2006; ROSA et al., 2007). Esses estudos destacam que as redes de apoio social constituem suporte tanto nas questões de ordem material como emocional.

Autores como Pinto et al. (2006) e Rosa et al. (2007), consideram que o apoio social é composto por várias dimensões que se associam com a saúde dos indivíduos, que podem ser formais ou informais. As relações formais provêm das instituições da comunidade, igrejas, serviços governamentais e serviços privados, entre outros. Já as redes de apoio informal são compostas por todos os indivíduos e suas ligações com quem se tem uma relação familiar mais próxima ou envolvimento afetivo, como a família, amigos, vizinhos e a comunidade. Ou seja, esse apoio é desenvolvido por instituições sociais ou por familiares e outras pessoas externas à família.

O apoio social informal é classificado em quatro categorias, de acordo com Rosa et al. (2007): apoio emocional, que se refere a expressões de amor e afeição; apoio instrumental ou material, que está relacionado ao auxílio na execução de tarefas e ajuda financeira; apoio de informação, que compreende aconselhamentos, sugestões e orientação; e apoio na interação social positiva, que diz respeito à disponibilidade de pessoas com quem se divertir e relaxar.

A composição familiar dos idosos brasileiros aponta que entre os homens é comum a co-residência com a esposa e, pelo menos, um filho (a). Já entre as mulheres viúvas sua preferência é compartilhar a moradia apenas com filhos (as). As esposas são apontadas como aquelas que dão mais atenção a seus maridos idosos e, as filhas (mais raramente os filhos), aquelas que mais cuidam de suas mães idosas (ALVES, 2007). A autora reforça, ainda, que esses laços familiares são de extrema importância para os idosos, em especial às mulheres em relação

aos filhos, já que essas relações podem trazer satisfação com a vida e melhor estado de saúde.

Neste estudo, em relação ao arranjo domiciliar, os idosos residiam, na maioria das vezes, com familiares (83,3%), sendo que destes, 15 residiam apenas com o cônjuge; 4 residiam com cônjuge, filhos (as) e netos (as); 3 residiam apenas com os filhos (as) e netos (as); e 3 residiam com o cônjuge e parentes. Verifica-se, na composição desses arranjos, que 10 idosos moravam em residências multigeracionais. Cinco idosos informaram residir sós, sendo 3 viúvas, 1 casada que morava em casa separada do marido e 1 idoso separado.

O estado conjugal de viuvez na parcela feminina, segundo Doll (2002) está ligado à maior longevidade feminina e a questões associadas a fatores culturais de gênero prevalentes na sociedade brasileira, em que a rede de apoio masculina é rapidamente reestabelecida por novas uniões. Nesse sentido, a viuvez feminina é vivida, em algumas situações, como positiva, considerando certas uniões não muito felizes e onde as mulheres sentiam-se oprimidas. A viuvez é mantida voluntariamente já que as mulheres são culturalmente mais autônomas no cuidado de si. Essa condição de permanência na viuvez é facilitada, muitas vezes, pela conquista do benefício previdenciário que consolida certa independência e autonomia.

Os idosos que residem com familiares informaram gostar dessa convivência, demonstrando a importância do convívio afetivo e da atenção dispensada a eles na velhice. Os mesmos idosos relataram contar com apoio de seus familiares, principalmente dos cônjuges e filhos com os quais co-habitam. Outros estudos com idosos residentes em áreas urbanas e rurais (RIO GRANDE DO SUL, 1997; SILVA, 2005) também confirmam essa convivência familiar composta por duas gerações. Esse apoio envolve, em geral, companhia, auxílio na execução de tarefas rotineiras e referentes aos problemas de saúde e suas limitações.

“Eu estou sentindo qualquer coisa e eu digo: “Velha, me dá um remédio”. Os filhos, quando me ataca a pedra nos rins meu irmão também me leva” (idoso₂₂).

“As filhas. Tudo que é coisa, se eu preciso ir no médico elas me levam. Já, porque eu estou lutando contra um câncer a mais de ano, quando não vai um vai outro” (idoso₂₄).

“Meus filhos. No médico, me ajudam me levar para o médico e todo carinho que eles podem me dar” (idosa₂₅).

“O primeiro vizinho que vê [vem ajudá-la]. No caso de uma doença, se eu me sinto ruim né eu pego o pano e já coloco aí [nos fundos da casa onde o vizinho enxerga], e se chega uma pessoa que eu não estou conhecendo eu coloco o pano aí” (idosa₁₆).

Os relatos acima indicam que a rede de apoio social informal pode estender-se a outros familiares, amigos e vizinhos, demonstrando o valor que ocupa a família, a rede de parentescos e os vizinhos na vida dos idosos e que são fundamentais para o bem-estar na velhice. A referência do idoso a “velha me dá um remédio” mostra a permanência das mulheres como as principais cuidadoras da família e o papel que desempenham em particular na relação matrimonial. Reforçam-se os argumentos que atestam a “necessidade” dos recasamentos entre os homens. A relação de cuidado é certamente um forte elemento.

Nesse sentido, Souza, Skubs e Bretãs (2007) reforçam as mudanças na composição familiar, em que as famílias envelhecem junto com seus membros e se reorganizam frente às demandas do envelhecimento.

Segundo o IBGE (2008, p. 168), “o aumento da esperança de vida nas últimas décadas fez com que crescessem as possibilidades de convívio, numa mesma família, de duas ou até três gerações diferentes”, sendo destacado como uma situação saudável e positiva para o bem-estar dos idosos. Com relação ao Brasil, 45% dos idosos vivem com seus filhos na condição de chefes do domicílio.

O estudo de Beltrão, Camarano e Mello (2004), que avalia as mudanças na composição das famílias rurais, a partir dos dados do PNAD, indica que era de se esperar que fossem “ninhos vazios”, ou seja, famílias compostas apenas por um casal de idosos ou por uma pessoa idosa. Entretanto, esses autores apontam mudanças na estrutura dessas famílias, ao afirmar que houve aumento na proporção de idosos residindo nas famílias maiores, na década de 1990. Segundo esses autores, as mudanças nos arranjos familiares são motivadas pelos

benefícios não-contributivos para a redução da pobreza e aumento da renda entre os idosos. Esse fato leva ao empoderamento dos idosos perante seus familiares, em especial às mulheres, que passam a contribuir economicamente com a estrutura produtiva familiar.

Mesmo considerando essa tendência como dominante, encontrou-se neste estudo, idosos vivendo sós no meio rural. O fato de morarem sós não significa que não haja cuidado ou companhia, mas pode significar um novo tipo de arranjo, facilitado pela mobilidade e aperfeiçoamento das formas de comunicação à distância (DEBERT, 1999).

Morais (2007), ao pesquisar idosos mais velhos na região Sul do Estado, identificou que muitas idosas vivem em casas separadas dos filhos, porém muito próximas, e quando perguntadas sobre “com quem moram”, informaram “morar sós”. A autora afirma que esse tipo de convívio possibilita o vínculo familiar, inclusive fazendo as refeições e participando das atividades cotidianas.

Esse tipo de arranjo também foi verificado no presente estudo, com alguns idosos (as) que moravam sozinhos, mas no mesmo terreno dos filhos/as, porém, mantendo sua independência e autonomia. O apoio dos filhos/as próximos pode representar mais segurança frente às necessidades dos idosos, uma vez que recursos de saúde próximos praticamente inexistem, estando os idosos que moram sós mais vulneráveis à falta de assistência no meio rural.

Outra questão apontada pelos idosos que vivem sós foi a de permanecerem em suas próprias casas, mantendo as suas referências e continuando conectados às pessoas do seu convívio habitual. Os idosos aceitam permanecer curto período com a família ou outras pessoas do seu convívio para se recuperarem de algum problema de saúde, mas retornam a sua residência logo que possibilitados.

Para a maioria dos idosos o casamento e os filhos são a garantia da atenção que se terá na velhice. O suporte e “aconchego” familiar, em particular das filhas, constituem o principal auxílio no momento de doenças e ajuda mútua nas atividades domésticas. Os filhos, em geral, assumem a tarefa de transportar na busca por recursos de saúde e auxiliam no trabalho relacionado a mão-de-obra

no campo. Segundo Uchôa, Firmo e Lima-Costa (2002), são as filhas, de maneira geral, que cuidam, assumem os tratamentos, tomam as decisões, marcam consultas, pagam as contas e favorecem a manutenção do contato com o mundo exterior.

“Isso aí eles me ajudam, agora eles botam lenha tudo para mim, eu tenho só 2 filhos que moram aqui, os dois me ajudam. Quando eu fico doente os meus filhos me ajudam, se tem que levar para o hospital, mas é difícil graças a Deus. Se eu fico doente eles me movem para qualquer lugar” (idosa₃)

“Foi [filho encaminhou pra consulta], porque eu escondo muito dele, mas meu filho conhece a minha cara. O marido também, mas o filho é mais, ele passa trabalhando, ele chega e vê a minha cara bonita né [risos]” (idosa₁₄).

Como podemos perceber nas entrevistas, o apoio familiar é garantido à maioria dos idosos (26) e, em particular, nos casos de doenças. Entretanto, é preciso destacar que, embora o cuidado familiar seja um aspecto importante, ele não está presente para todos os idosos. Dentre os 30 idosos 4 informaram que não possuem ninguém para cuidar deles. Essa queixa pode ser percebida no relato a seguir:

“Ah, ninguém cuida de mim, mas eu cuido, eu me preocupo muito com ele [marido], pode ser uma dor que eu já levo ele no médico” (idosa₁₇).

Essa situação, definida pela idosa acima, atesta a contribuição das mulheres na relação de “serviço e da saúde da família”. Conforme Lopes (2005) são predominantemente as mulheres que se ocupam das tarefas mais biológicas da existência, levam maridos, filhos, vizinhos e parentes às consultas em serviços de saúde, por exemplo. No entanto, não raro, referem que “não têm ninguém que se ocupe delas próprias”. No caso dos maridos essa é uma situação que se repete com frequência e sugere, como já discutido anteriormente, um dos elementos influenciadores dos recasamentos, para “terem alguém que se ocupe deles”.

De acordo com Caldas (2003), o fato de morar só, para o idoso, tem sido associado a um decréscimo na qualidade de vida, agravamento da morbidade e indicador de risco de mortalidade. Embora muitos idosos tenham referido laços de

solidariedade, proporcionando a eles momentos felizes, observa-se, como na fala a seguir, que existem situações em que os idosos referem conflitos ou abandono por parte dos filhos:

“Nem aqui eles vêm [filhos], não contam com nós, meu esposo no hospital e nem benção eles foram pedir, não querem cuidar nem do velho doente e os filhos têm obrigação, mas nenhum, só aquele que eu perdi coitadinho, esse morava com nós, este cuidava de nós, desde que eu perdi o meu filho eu não tenho mais vida, este sim, desde que nasceu nunca saia para lugar nenhum” (idosa₁₇).

A relação de cuidado dentro das famílias reforça que, no imaginário popular, os filhos devem cuidar dos pais (SOUZA; SKUBS; BRÊTAS, 2007). Isso demonstra o “contrato implícito” pelo qual os pais cuidam dos filhos e esperam ser cuidados por eles nas idades avançadas. Porém, ao considerar o contexto rural, o apoio pode ser prejudicado em função dos filhos residirem distantes de seus pais.

Atualmente, com a redução numérica da composição familiar (menor fecundidade) e com um número maior de idosos no convívio com as famílias, destaca-se o papel do idoso como cuidador e provedor de apoio familiar. Observou-se duas situações em que os entrevistados assumem cuidados familiares com os mais idosos, destacando-se as relações de cuidado que se introduzem nas famílias.

A fala a seguir ilustra essa situação:

“[...] Muitas vezes eu tenho que vir de Santana de a pé, porque eu não posso ficar por causa da mãe né, eu deixo uma criança cuidando dela, mas de noite não tem jeito de uma criança ficar cuidando de uma pessoa velha [idosa de 101 anos]” (idosa₂₆)

Ao considerarmos os aspectos de contribuição financeira, estudos sobre as transferências intergeracionais (CALDAS, 2003; CAMARANO et al., 2004) têm mostrado que, entre as famílias mais pobres, os idosos contribuem com o seu rendimento da aposentadoria para o orçamento domiciliar.

Esse fato pode ser observado no presente estudo, em algumas situações, em que os idosos eram os provedores do sustento nas famílias, devido à dificuldade econômica dos filhos em manter a própria casa e o sustento dos seus

filhos. Salienta-se que, alguns idosos referiram “criar” seus netos, dando a eles estudo e todos os recursos necessários na infância.

“[...] Compro remédio, roupa, dou uma ajudinha para os netos, sempre estou ajudando, falta um remédio eu ajudo se eles não tem, os filhos são pobres [...]” (idosas₃).

Dentre os principais motivos que levam os filhos a buscarem o auxílio dos pais, na criação e educação dos netos, foram identificados o desemprego, as dificuldades de inclusão no mercado de trabalho formal no Município e as dificuldades financeiras que inviabilizam atividades produtivas agrícolas para além do consumo próprio. Nesse sentido, salienta-se a existência de uma agricultura familiar na área do estudo marcada por uma crise socioeconômica, na qual o PROINTER identificou situações distintas em relação ao uso da terra e dos recursos naturais, à disponibilidade de meios de produção, aos meios de inserção no mercado, entre outros, com reduzida capacidade de acumulação de capital proporcionado pelas principais atividades agrícolas locais. Nessa situação, a agricultura familiar da região tem-se mostrado incapaz de impedir ou estancar o êxodo rural, de proporcionar atividades econômicas geradoras de emprego e riqueza capazes de revitalizar o tecido social local (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL, 2008).

A ajuda mútua ocorre, principalmente, nas relações com outros idosos, e nesse caso, nove idosos (30%) relataram contar com o apoio de pessoas com mais de 60 anos. Segundo Caldas (2003) a faixa etária dos cuidadores pertence, freqüentemente, à mesma geração dos doentes e em geral são as mulheres que assumem o cuidado e precisam lidar com toda a sobrecarga física, emocional e sócioeconômica. Nesse caso, percebe-se que ao mesmo tempo em que o idoso cuida e ajuda seus familiares, é cuidado e ajudado pelos mesmos, estabelecendo relações de cuidado não somente numa via unidirecional.

No campo das relações sociais de amizade e atividades em comunidade, ao contrário das relações de parentesco, marcadas pela idéia de obrigação e responsabilidade, essas são uma escolha pessoal e bastante frequente entre

idosos. Conforme Alves (2007), nos espaços urbanos os idosos costumam receber mais visitas, tanto dos parentes quanto dos amigos.

No meio rural, segundo os relatos dos idosos, isso também ocorre, talvez pelas próprias condições de vida no que diz respeito à saúde e as possibilidades de locomoção nesse meio.

Alves (2007) também afirma que a amizade entre os idosos coloca em perspectiva o aspecto das afinidades e das escolhas que podem ser feitas nessa etapa da vida, e não somente na juventude. A intimidade e a reciprocidade implicadas nas relações de amizade favorecem a construção de uma identidade comum e estabelecem laços de ajuda e de conforto emocional, sendo muitas dessas amizades constituídas nas vizinhanças.

Na entrevista que segue observa-se a relação de amizade com os vizinhos, sendo permeada pela noção de cumplicidade e ajuda, incorporando-a na estrutura familiar, de forma a suprir a falta da família:

“[...] eu vou pousar na casa dos meus vizinhos, matar um porco, carnear uma vaca, se vierem me chamar eu vou lá ajudar, vou ficar de caseira. Uma vez um se machucou, caiu uma árvore em cima de um e eu fiquei na casa dele três dias, eu dou atenção para os meus vizinhos. É, adoro meus vizinhos, tomamos chimarrão, contamos casos, às vezes eles vem jantar comigo, tem vezes que eles me levam lá pra jantar com eles, eles me levam lá, meus vizinhos são tudo na minha vida [...]” (Idosa₁₆).

Cabe salientar que outros idosos referiram a relação de “ajuda” entre vizinhos, em que, muitas vezes, eles são a primeira referência nos momentos difíceis, como também em ocasiões de alegria. Em geral, os idosos afirmam que os vizinhos estão sempre disponíveis para ajudar, e tendem a se relacionar mais com as amizades geograficamente mais próximas.

“[...] os vizinhos são muito bons para mim, fazem aqui [prestam serviços] e não me cobram nada, né. É, às vezes eles vem aqui, ajudam para mim, eu vou lá e ajudo eles, então a gente se troca os serviços” (idosa₁₆).

Diferentemente do meio urbano a própria falta de estrutura de serviços e as dificuldades de acesso aos mesmos, cria uma rede de solidariedade. As relações

de vizinhança adquirem significado de entre-ajuda e suprem, muitas vezes, o papel do Estado na assistência às populações.

Nesta fase da vida, abrir-se a outras possibilidades de socialização pressupõe interação com diferentes pessoas que, muitas vezes, não fazem parte do contexto domiciliar. Essas pessoas incluem o grupo de idosos, Centro de Tradições Gaúchas (CTG), vizinhos, entre outros, que se agregam ao convívio familiar.

Com relação à participação em atividades coletivas na comunidade, 9 idosos a referiram. Dentre as atividades mais citadas estão grupos religiosos, de convivência (terceira idade, grupos de idosos) e as atividades em grupos culturais, como o CTG. Outros idosos (66,7%) inquiridos sobre os motivos de não participarem de qualquer associação ou grupo mencionaram que inexistem opções próximas às suas moradias e o deslocamento até a cidade tornava-se difícil em razão da falta de transporte e das implicações financeiras. Outros motivos foram relacionados a “problemas de saúde”, “não gostar de participar”, “não ter a companhia do cônjuge”, e “achar-se velho para participar”, sendo destacado este fato na seguinte expressão:

“Porque eu estou muito velho [...]. Mas até que eu gostaria de ir, mas o problema é que eu tenho esta guria solteira, então eu não posso ir no grupo de idosos com a guria solteira, e para levar ela dizem que é muito complicado levar guria assim. Eu acho que fica feio, eu um velho deixar a filha nova em casa, não é por deixar ela em casa sozinha, eu deixar a filha nova em casa e ir em baile para velho eu acho que é errado” (idoso₁₃)

A fala reflete aspectos da cultura masculina e a regras “morais” e de “bons costumes”: os homens devem proteger as mulheres ou vigiá-las como “função” social. Nesse campo, o fato reflete-se no isolamento e na autoexclusão de atividades que ele próprio gostaria de participar.

Segundo Uchôa, Firmo e Lima-Costa (2002), de maneira geral, a participação nos grupos de terceira idade ou outras associações comunitárias é vista como um “remédio contra o isolamento”. Por outro lado, as condições de

saúde, a redução da renda pela aposentadoria e as restrições sociais podem dificultar o acesso, conforme mencionado nas entrevistas que seguem:

“Grupo de idosos, mas eu nem estou indo agora. Porque eu não posso caminhar, para ir tem que ir de táxi e vir de táxi, tá que eu me sento lá e olho [...], por isso que eu não estou indo, mas a dona do grupo fica bem louca por mim, me enxerga [...] (idosa₂).

“Gosto, mas agora eu não tenho como participar, eu estou “pifado” [deu isquemia] (idoso₅).

“Participava do União e Liberdade [grupo de idosos] quando eu estava bem” (idosa₉).

Esses idosos rurais reconhecem que participar de grupos de convivência estabelece o convívio social que reforça a auto-estima dos idosos, enaltecendo as virtudes pessoais. Nesse sentido concorda-se com Buaes (2007) ao afirmar que são espaços de interação entre as pessoas e também um lugar com discursos que ensinam aos sujeitos outras maneiras possíveis de se comportar e de viver, estar em movimento.

“Participamos, a gente é associado do grupo de idosos União e Liberdade. É que a gente faz uma ginástica, cada duas horas que a gente vai lá, depois volta, já vem embora. É [risos] é um bailezinho. Sai, tem fim de semana nós fomos para Pinheiro Machado, fomos para Caçapava. Tem, todos os domingos de tarde [baile]” (idosa₂₈).

Esses grupos atraem principalmente as mulheres, segundo Doll (2007), embora minoritariamente, os homens estejam presentes. A fala a seguir ilustra essa afirmação:

“Não [grupo de idosos] É uma coisa que é lá para Santana e é uma coisa que para sair assim é difícil né, nós fomos ficando, ficando, não pegamos aquele habito [...] [Esposa: eu até gosto muito de ir, mas ele não dança, mas pelo menos vai lá dar risada né](idoso₂₂)

Os eventos sociais são, muitas vezes, reafirmados como atividade prazerosa que possibilitam ao idoso novas relações sociais e de amizade. Segundo Alves (2007), eles usufruem da formação de novas amizades e a ampliação da rede de amigos, o que favorece seu bem-estar e reduz o isolamento social. No meio rural esse último é freqüente em razão da própria organização

espacial e das dificuldades de viabilidade intercomunidades, o que justificaria envolvimento do poder público em proporcioná-las.

Destaca-se, ainda, as relações sociais que são estabelecidas com a comunidade em atividades festivas e de oração na igreja, que configuram formas importantes de socialização na busca de solução dos problemas cotidianos. Também a presença do Sindicato dos Trabalhadores Rurais do Município contribui efetivamente com o benefício da aposentadoria rural, proporcionando mudanças no papel socioeconômico dos idosos, que passa de dependente para provedor da família, garantindo visibilidade dentro da rede de apoio social.

A seguir serão apresentados aspectos referentes ao acesso e às trajetórias na busca por recursos de saúde pelos idosos, a nível local.

6. 3 Utilização e acesso a consumos em serviços de saúde: estratégias e trajetórias terapêuticas

Nesta subtemática analisa-se o uso e o acesso a consumos em serviços de saúde pela população idosa rural, considerando sua situação econômica, social e demográfica.

O acesso aos serviços de saúde pelos idosos rurais de Santana da Boa Vista é dificultado pelas longas distâncias entre o local de moradia e a sede municipal. Na sede municipal estão sediados os recursos da saúde e em virtude da escassez de transporte coletivo diário, dos poucos horários e localização das residências distante das paradas dos coletivos torna-se muitas vezes inviáveis os deslocamentos. Além das dificuldades a serem vencidas pelos usuários até as Unidades de saúde, o aspecto geográfico é uma barreira a mais para os idosos, tendo em vista as longas distâncias e os obstáculos próprios do meio rural como terrenos acidentados, entre outros.

Constata-se, com base em Ramos e Lima (2003), que a proximidade geográfica entre a moradia do usuário e o serviço de saúde em zona urbana não se constitui no elemento central determinante de sua escolha, já que não garante o atendimento e, portanto, ultrapassa a presença física de recursos e depende do tipo de demandas da comunidade. No entanto, no meio rural o fator geográfico vincula-se, muitas vezes, à impossibilidade de acesso pois não existem opções ou alternativas viáveis. Existem poucos ou únicos serviços e a falta de transporte adequado e frequente dificulta a mobilidade dos usuários e muitas vezes impede o acesso.

Quando questionados sobre o uso regular de algum tipo de serviço de saúde, 17 idosos responderam que buscam os serviços da rede municipal, relacionando o uso às doenças crônicas. Dentre eles, 13 idosos responderam que só procuram os serviços em caso de necessidade, não havendo hábito. Nesse caso, a busca por serviços de saúde é condicionada à necessidade objetiva dos idosos, desencadeada em função da existência de um problema que demanda

cuidados em saúde, confrontada ou compatibilizada com a viabilidade de sua presença no serviço.

Em relação ao tipo de serviço de saúde habitualmente utilizado pelos entrevistados, independente do tipo de problema apresentado, observa-se que a maioria dos idosos (67%) buscava a Unidade Básica de Saúde, num primeiro momento, enquanto os outros (33%) recorrem diretamente ao consultório médico particular, mostrando-se insatisfeitos com os serviços da rede pública gratuita. Constata-se que essa insatisfação influencia a escolha quanto ao serviço a ser procurado, verificando-se que experiências anteriores são determinantes na busca ou escolha do atendimento.

No entanto, apesar da maioria dos idosos (67%) referirem a busca pelo ambulatório da rede pública municipal, num primeiro momento, 40% destes declararam que há dificuldades na obtenção de fichas de atendimento, recorrendo ao consultório particular, num segundo momento, pela facilidade em obter o atendimento mais rápido.

Em síntese, para os idosos deste estudo, a busca por atendimento de saúde dividiu-se entre as instituições públicas gratuitas e privadas:

“Na prefeitura a gente nunca consegue, agora nós estamos pagando um plano, mas o doutor também sempre está estagiando, fazendo alguma coisa, nós estamos esperando que ele vem para fazer uma consulta” (idoso₇).

“Eu consulto com médico. No posto eu não consulto, vai lá tem que enfrentar aquela fila. Eu consulto pelo particular, pago a consulta, mas atende na hora” (idoso₁₀).

As falas ilustram esse aspecto, reforçando, ainda, a preferência pelo atendimento diretamente com o profissional médico. Segundo afirma a Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (2008) a relação ao tipo de serviço utilizado aponta desigualdades entre a “porta de entrada” no sistema de saúde para a população usuária do SUS e os consumidores de planos de saúde.

Outro aspecto observado por Travassos, Oliveira e Viacava (2006) relaciona-se às desigualdades geográficas no acesso aos serviços de saúde, identificando-se uma melhoria nas regiões mais desenvolvidas. Com relação às diferenças regionais, os mesmos autores afirmam que os moradores do sul do

País pertencentes a classes sociais mais altas apresentam 95% mais chances de uso de serviços quando comparados com os de renda mais baixa.

Quanto a consultas com outros profissionais de saúde, os idosos referiram que, eventualmente, utilizam para algum tratamento ou reabilitação, citando o fisioterapeuta. Já, a realização de atendimentos de enfermagem esteve relacionada a procedimentos, basicamente, às ações curativas, verificação de pressão arterial e vacinas.

Os idosos que informaram não utilizar os serviços da rede básica do SUS relataram que os principais motivos foram “não ter necessidade no momento”, “não gostar do atendimento”, “demora no atendimento”, “dificuldade de conseguir o atendimento” e “preferir a rede privada”.

“Quando sobra uma ficha [vai na prefeitura], quando não sobra tem que pagar a consulta, às vezes falta dinheiro para pagar o doutor Luciano e eu volto para casa” (idosa₁₁)

“Mais de um ano [que não consulta]. Fiz injeção pra coluna na crise, [...]. Pago consulta, demora demais pela prefeitura” (idoso₂₁)

As falas mostram que a procura por consultório particular é referida como uma das alternativas pela insuficiência de consultas na rede pública.

“Mas não tem posto aqui. [consulta pelo SUS] Porque, às vezes, eu me ataco da coluna demais, não me alivia aquela dor, eu fico que não me agüento, aí, eu me obrigo a ir no médico. Faz injeção e passa, eu fico até 6 meses sem ir no médico de novo” (idosa₁₆).

As queixas referidas pelos idosos demonstram as desigualdades de oferta e acesso de serviços de saúde. No que se refere a esses aspectos a pesquisa do IBGE (2008) atesta que as desigualdades no acesso a serviços de saúde são assustadoras, tanto entre regiões brasileiras quanto entre populações da mesma região. Salienta-se nesse caso o agravamento, considerando-se a relação urbano/rural.

Pinheiro et al. (2002), afirmam que o uso regular de um mesmo serviço de saúde pode ser interpretado como a “porta de entrada” ao sistema de saúde, sendo essa prática mais comum entre as mulheres, inclusive na região rural. Tal

fato aponta que a facilidade de acesso e uso de serviços de saúde, contribui para o tempo e a frequência de utilização. Nesses casos, a frequência periódica condiciona-se à viabilidade de encontrar “portas abertas” e à qualidade e resolutividade do atendimento recebido.

Dentre os serviços da rede municipal, 57% dos idosos referiram utilizar o atendimento clínico-ambulatorial na Prefeitura; 7%, a unidade básica de saúde (UBS); e 3%, o hospital geral (filantrópico). Os serviços referentes à UBS utilizados pelos idosos foram o posto de saúde da sede municipal e os postos de saúde rurais, quando localizados próximo à residência do idoso.

Venturi et al. (2008), ao identificar a área de influência dos serviços de atenção básica do sistema público de saúde em relação ao bairro de residência dos idosos de Minas Gerais, constatou que a utilização dos serviços de saúde não depende somente da localização geográfica dos postos, mas também do aparato profissional de cada Unidade Básica de atendimento, entre outros fatores.

No caso dos idosos rurais, os motivos relatados para utilizarem um serviço público de atenção básica, os mais frequentes foram relacionados “ao acesso”, situado tanto no enfoque geográfico, como funcional e econômico, “à qualidade do serviço” e à “gratuidade no atendimento”.

“Não, como não estava sendo resolvido com o Dr. Sérgio que eu estava gastando muito com ele que era sessenta reais o exame, sessenta a consulta aí eu passei para a prefeitura, na prefeitura é a mesma coisa é só olhar a consulta e receitar o remédio, e agora eu vou só para a prefeitura, porque era muito dinheiro” (idoso₁₄).

A fala chama atenção à qualidade da consulta “é só olhar a consulta e receitar o remédio” referindo que o acesso ao sistema público e privado difere somente no valor da consulta.

Alguns idosos manifestaram a utilização dos serviços por motivos pontuais, como utilizar os procedimentos de enfermagem, buscar medicação e fazer vacinas. A unidade ambulatorial dispõe de uma farmácia que distribui gratuitamente medicamentos à população, conforme prescrição médica.

No estudo de Pinheiro et al. (2002), o motivo da procura por serviço se diferencia quanto ao sexo; a autora diz que as mulheres buscam mais serviços preventivos, enquanto os homens procuram mais por motivo de doenças. Esse estudo mostra que, nas áreas rurais, o diferencial de sexo não é claro, e o principal motivo de procura entre homens e mulheres é a “presença da doença”. Esse fato pode estar relacionado menos às culturas de gênero que à inviabilidade de acesso em qualquer situação. As mulheres rurais não são tão fortemente “medicalizadas” como as urbanas, onde o apelo ao consumo de atos terapêuticos e a responsabilização das mulheres por eles é maior e constante, tanto da parte dos serviços como da “mídia da saúde”. Portanto, sem hábitos arraigados de consumo e já que é difícil acessar, só se vai ao serviço em caso de doença instalada.

A utilização dos serviços hospitalares parece não estar vinculada à necessidade de internação, já que a busca por esse tipo de serviço esteve associada ao atendimento ambulatorial. Não foram relatados casos que necessitaram de internação recente e, talvez por isso, a baixa referência ao atendimento hospitalar na região. Constata-se que a população idosa entrevistada não interrompeu suas atividades por motivo de internação, não tendo apresentado eventos de saúde de maior gravidade quando da realização das entrevistas ou em período próximo.

No estudo de Novakoski (1999), realizado em Paranaguá/PR, que abordou as relações entre desigualdades sociais e de saúde, os serviços de atenção básica também foram os mais utilizados habitualmente pelos entrevistados do meio urbano. Verificou-se que 55,1% procuraram postos ou centros de saúde; 15,9% consultórios médicos ou clínicas; e, 9,3% serviços de sindicatos e empresas.

Ainda em relação aos serviços habitualmente utilizados no meio urbano, Roese (2005) destacou que 82,7% buscavam atendimento básico num primeiro momento, acessando as demais complexidades da rede, em momento posterior.

Nessa perspectiva, o presente estudo constatou que, quando há necessidade de níveis mais complexos de atenção, os usuários são encaminhados, via Município, a outros Municípios vizinhos.

No entanto, identificaram-se situações em que o próprio usuário idoso consulta, por conta própria, fora do Município, principalmente aqueles que possuem algum tipo de convênio de saúde (cerca de 13%) e/ou acesso a consulta particular. O fato de ter um parente em Municípios vizinhos facilita a utilização em primeira opção de outros serviços de saúde.

A relação entre o serviço de saúde, habitualmente utilizado pelos entrevistados e o Município onde buscam atendimento, mostrou que seu uso e destino são determinados pelos sintomas que apresentam, pautando-se nos recursos mais eficazes e na qualidade da relação com os serviços, de acordo com suas necessidades e recursos financeiros.

Na direção desses achados, o estudo de Roese (2005) demonstrou que 93,8% dos usuários entrevistados que residiam em outros Municípios dessa mesma região buscavam, primeiramente, unidades de saúde em seus Municípios de origem, enquanto os moradores do município de Camaquã, maior e com mais oferta, acessavam mais os consultórios particulares e o pronto socorro, além das Unidades Básicas de saúde.

Sabe-se que a população idosa urbana procura com frequência não só os serviços de saúde em nível primário, como também os de maior complexidade, na busca da solução dos seus problemas, configurando-se como grandes consumidores do setor saúde (LOURENÇO, et al., 2005).

Neste estudo, a maioria dos idosos apresenta boas condições de saúde, porém não é homogênea no que diz respeito ao consumo dos serviços de saúde. Segundo Gerhardt e Lopes (2007), os fatores sociais próprios do rural representam particularidades expressas na pobreza crescente, nas dificuldades de acesso às estruturas de cuidado à saúde, entre outros, que passam pelas relações entre as condições de vida que geram situações potenciais de risco. Nesse sentido, as escolhas realizadas pelos usuários idosos variam de acordo com o problema de saúde apresentado e conforme seu momento de vida, sendo

que as escolhas sofrem influência de experiências individuais e coletivas que levam em conta o contexto socioeconômico e cultural nos quais estão inseridos. A partir disso, são produzidas diferentes situações de saúde da população, em que alguns idosos são mais vulneráveis que outros em função de suas condições de vida, o que os leva a desenvolver estratégias para administrar as situações de risco, que podem variar em um mesmo indivíduo.

A atenção ao idoso, da forma como vem ocorrendo no Brasil, está pautada no atendimento clínico, enfocando a saúde individual e centrada no profissional médico, com enfoque curativo. Segundo Lourenço et al. (2005), esse tipo de assistência não pode ser mecanicamente transportada aos idosos sem sofrer adaptações no cuidado, priorizando ações de saúde voltadas ao idoso saudável. Salienta-se nesse aspecto que o meio em que vivem também interpõem necessidades específicas e as deficiências para o meio urbano, muitas vezes se agravam para o meio rural. No entanto, há que se considerar processos de adoecimento e concepções diferenciadas segundo as situações e culturas de saúde-doença.

Um estudo sobre a qualidade de vida dos idosos residentes no Distrito Sanitário Noroeste de Porto Alegre, mostra que entre os motivos da não utilização de serviços públicos de atenção básica estão questões relativas à percepção do idoso sobre a qualidade deficitária dos serviços, dando preferência ao atendimento de serviços privados, invocando a baixa qualidade dos serviços e a preferência pelo atendimento da rede hospitalar (PASKULIN, 2006). A mesma autora encontrou, ainda, que outros motivos os levam a procurar serviços privados, como os relacionados a não obtenção de atendimento ou à dificuldade em acessar o serviço público e o fato de possuir plano de saúde.

Em outro estudo, enfocando o rural, Morais (2007) acrescenta que o problema principal gerador das escolhas é o custo da consulta, uma vez que os pagamentos com produtos produzidos nas propriedades rurais não é mais utilizado como moeda de troca. Dessa forma, a autora justifica que os idosos rurais procuram os consultórios particulares quando têm algum tipo de convênio de saúde individual ou institucional, ou quando obtêm consulta caso pertençam a

alguma associação rural ou sindicato rural, ou, até mesmo, quando o custo das consultas é arcado pela família.

Quanto ao convênio de saúde mencionado pelos idosos rurais de Santana da Boa Vista, verificou-se que o município dispõe de um cartão de desconto-saúde, que dá acesso à população em geral, a desconto em consultas e alguns exames, mediante o pagamento de mensalidades. Para os trabalhadores rurais, além desse plano de saúde, há o Sindicato dos Trabalhadores Rurais que oferece alguns benefícios como descontos nas consultas e na compra de medicamentos.

O município dispõe de ações voltadas à promoção e proteção da saúde da população, como os grupos de hipertensos e diabéticos, mencionados pela enfermeira responsável do Posto de Saúde. Porém, contatou-se que nenhum idoso relatou participação em tais grupos.

A procura pela farmácia foi pouco citada mas utilizada como alternativa aos altos custos da consulta médica, indicando a automedicação entre os idosos sobretudo para problemas percebidos como de menor complexidade.

As falas a seguir expressam essa situação:

“Eu mesma pego os comprimidos e tomo, agora mesmo eu estou tomando aquele ‘Dorflex’ porque dizem que é bem bom para dor de cabeça” (idoso₂).

“Sempre procuro [atendimento quando precisa]. [...] às vezes um vidrinho de remédio ela arruma na farmácia, porque a gente é pobre e a consulta custa R\$ 50,00, R\$ 80,00 reais” (idoso₁₉).

Em pesquisa multidimensional que avalia as condições de vida dos idosos urbanos do Rio Grande do Sul, observou-se que 69,14% dos idosos afirmaram ter adquirido medicação prescrita e 10,48% apontaram ter “ganhado” a medicação, distribuída por Órgãos públicos, recebimento de amostra grátis ou auxílio familiar. Apenas 1,44% dos idosos não conseguiram a medicação prescrita. Essa dependência do sistema público ou de “ganhar” a medicação está associada às condições econômicas em que vive a população e relacionada ao alto custo dos fármacos (RIO GRANDE DO SUL, 1997).

Neste estudo, o fator socioeconômico também é determinante na escolha do serviço de saúde, já que o serviço público ao disponibilizar medicamentos àqueles que não têm condições de comprá-los, contribui como fator de escolha do mesmo. Ao considerar que os idosos deste estudo são aposentados e apresentam problemas crônicos de saúde em sua maioria, constata-se que os gastos envolvem pagamento de consultas, exames e compra de medicamentos.

O estudo do projeto SABE analisou os gastos com medicamentos na população idosa urbana, referindo que essa situação é problemática, pois 71,7% pagava do seu próprio bolso, razão pela qual muitos interrompiam o tratamento. Além do mais, dizem os autores, é altamente preocupante a interrupção do medicamento nos casos crônicos, podendo agravar os problemas e aumentar as incapacidades (LEBRÃO, LAURENTI, 2005).

Quanto à resolução de problemas de saúde com cuidados tradicionais (benzedeiros, curandeiros entre outras práticas) os idosos responderam que não têm o hábito de procurar por esse tipo de atendimento. Esse fato reflete o consumo predominantemente por serviços de saúde institucionalizados e da Medicina tradicional, mesmo entre a parcela da população que vive em condições precárias e com dificuldade de acesso aos serviços. As práticas informais de saúde, como a utilização de chás caseiros foram relatadas por todos os idosos como alternativas aos problemas considerados leves e, caso não resolvessem, procuravam por um serviço de saúde.

Neste estudo, os serviços de saúde da atenção básica parecem estar atendendo a grande parte das demandas dos idosos, pois esses entendem que os serviços são resolutivos, embora escassos e centrados no atendimento individual e no profissional médico.

Entretanto, evidenciam-se situações em que os idosos não procuraram atendimento de saúde, mesmo precisando (13 situações), sendo os principais motivos relacionados aos recursos financeiros insuficientes, demora no atendimento, ausência de transporte, uso de automedicação e ausência de médico.

“Não [consulta], às vezes pensa que vai melhorar. É ruim não ter condução para levar a gente, paga se tem dinheiro, se não tem o cara espera em casa” (idoso₇).

“É, porque eu para consultar eu tenho que trazer o remédio, e se eu vou no SUS depois eu não tenho condições de comprar o remédio, mas eu vou levando” (idoso₁₇)

“Não, quando eu preciso eu consulto. [precisou e não foi] Porque não tinha médico pelo SUS, nem um clínico nem particular porque era final de semana” (idoso₁₃)

“Nem sempre, por qualquer coisa eu não vou para o médico, vou lá para tirar um dia inteiro na porta de um consultório e não me dão ficha, eu vou estar deixando de fazer o meu serviço por causa de qualquer coisa” (idoso₃)

Portanto, as dificuldades apresentadas pelos idosos na busca por serviços de saúde, mesmo em casos de necessidade, relacionam-se predominantemente a fatores materiais, financeiros, de acesso geográfico e à gravidade do problema. A partir das narrativas dos entrevistados pôde-se observar que “nem sempre” e “por qualquer coisa” vão consultar, atestando uma certa autonomia em buscar ou não o atendimento profissional ou do serviço de saúde. Pode-se dizer que existe certa independência do “regramento” e da “normatização” clássica dos procedimentos para se obter saúde ou ao contrário, para adoecer. Essa atitude pode ser interpretada como sendo uma resistência à medicalização total do corpo e da velhice como sinônimo de doença e incapacidade.

Autores como Tesser e Barros (2008) afirmam que ações biomédicas tendem a reforçar a medicalização com redução da perspectiva terapêutica na medida em que há a desvalorização da abordagem do modo de vida, valores e fatores subjetivos do processo saúde-doença.

Nesse sentido, serviços e práticas profissionais precisam considerar a diversidade frente às situações de saúde e doença, a fim de valorizar as potencialidades dos idosos rurais e estimular a autonomia, com estilo de vida mais independente da sociedade de consumo.

O estudo de Louvison et al. (2008), com idosos do município de São Paulo apontou que os principais motivos citados para a não utilização dos serviços, mesmo precisando, relacionaram-se às questões da gravidade da doença, à auto-

medicação e, ainda, à qualidade, distância e custo dos serviços. No mesmo estudo, os idosos de menor renda referiram como motivo da não procura por atendimento o problema não ser grave, distância e qualidade dos serviços.

Nesse sentido, a cultura rural parece favorecer a independência dos consumos em saúde, já que a região urbana é mais “bombardeada” por esses consumos. Além disso, as desigualdades socioeconômicas indicam diferentes tempos e formas de adoecer, como também diferentes necessidades e capacidades de procurar e usar os serviços de saúde (LOUVISON et al., 2008).

Para Farias (2001), as condições de acesso referem-se ao grau de facilidade ou dificuldade no momento em que buscam os serviços de saúde, que podem estar relacionadas à localização e grau de adequação dos serviços, aos procedimentos e requisitos necessários à admissão do paciente, ao tempo de espera no atendimento. Essa condição não se limita à relação entre a oferta e a demanda, mas, também, a fatores geográficos, financeiros e culturais precisam ser compreendidos. O mesmo autor refere que a procura pelo atendimento médico implica esforço e desgaste para um indivíduo que já se encontra, muitas vezes, física e psicologicamente debilitado.

Em vários relatos deste estudo, a questão financeira está intrinsecamente ligada à questão da procura por serviços, remetendo à possibilidade ou impossibilidade de acesso, como condicionante para o próprio reconhecimento da sua gravidade.

O acesso tem sido considerado um elemento importante no padrão de consumo de serviços de saúde. Segundo Sawyer, Leite e Alexandrino (2002) o perfil de consumo de saúde está diretamente ligado às condições econômicas individuais e familiares, e à oferta de serviços na comunidade onde o indivíduo reside. Outro fator está relacionado à percepção subjetiva das pessoas sobre sua saúde ou doença, que vai determinar o padrão de consumo de serviços de saúde; esse aspecto merece atenção em particular por se tratar do meio rural.

Normalmente, quando os idosos não têm seu problema de saúde resolvido, seja ele costumeiro ou grave, a grande maioria dos entrevistados referiu procurar outro serviço de saúde ou outro médico.

“Procuro outra alternativa, eu vou para o médico, procuro outra opção, às vezes eu pergunto para a minha irmã e ai ela fala “vamos consultar, vai aqui, vamos consultar, vai ali” e às vezes, por causa da minha vista eu estava lá em Santana, eu estava bem, mas comecei sentir aquela dor e depois eu não vi mais nada, e ai eu fui lá na casa dela e falei para ela “vamos agora lá na prefeitura pegar uma fixa para consultar hoje” ai eu fiquei nervosa, me desesperei, imagina, eu não enxerguei mais da vista né, ai ela me levou para o médico” (idoso₁₆).

Entretanto, alguns entrevistados relataram que quando o problema não era resolvido, estrategicamente, pediam encaminhamento para outro serviço de saúde ou utilizavam o mesmo serviço, em outro dia, quando trocava o profissional médico, para consultar sobre o mesmo problema.

Alguns idosos referiram retornar ao mesmo serviço, mesmo quando o problema não era resolvido:

“Não, eu vou para o mesmo médico, pois foi ele mesmo que já tinha receitado, para ele ver se tem que trocar de remédio” (idoso₂₂).

Tais fatos resultam de características socioculturais que influenciam a procura por cuidados de saúde. Nesse sentido, Gerhardt (2006) afirma que além das dificuldades de acesso econômico e geográfico acrescenta-se o contexto cultural, que não se resume às crenças e condutas individuais, mas envolve o diálogo entre os diferentes indivíduos, fato primordial para a compreensão da natureza do problema e a sua solução.

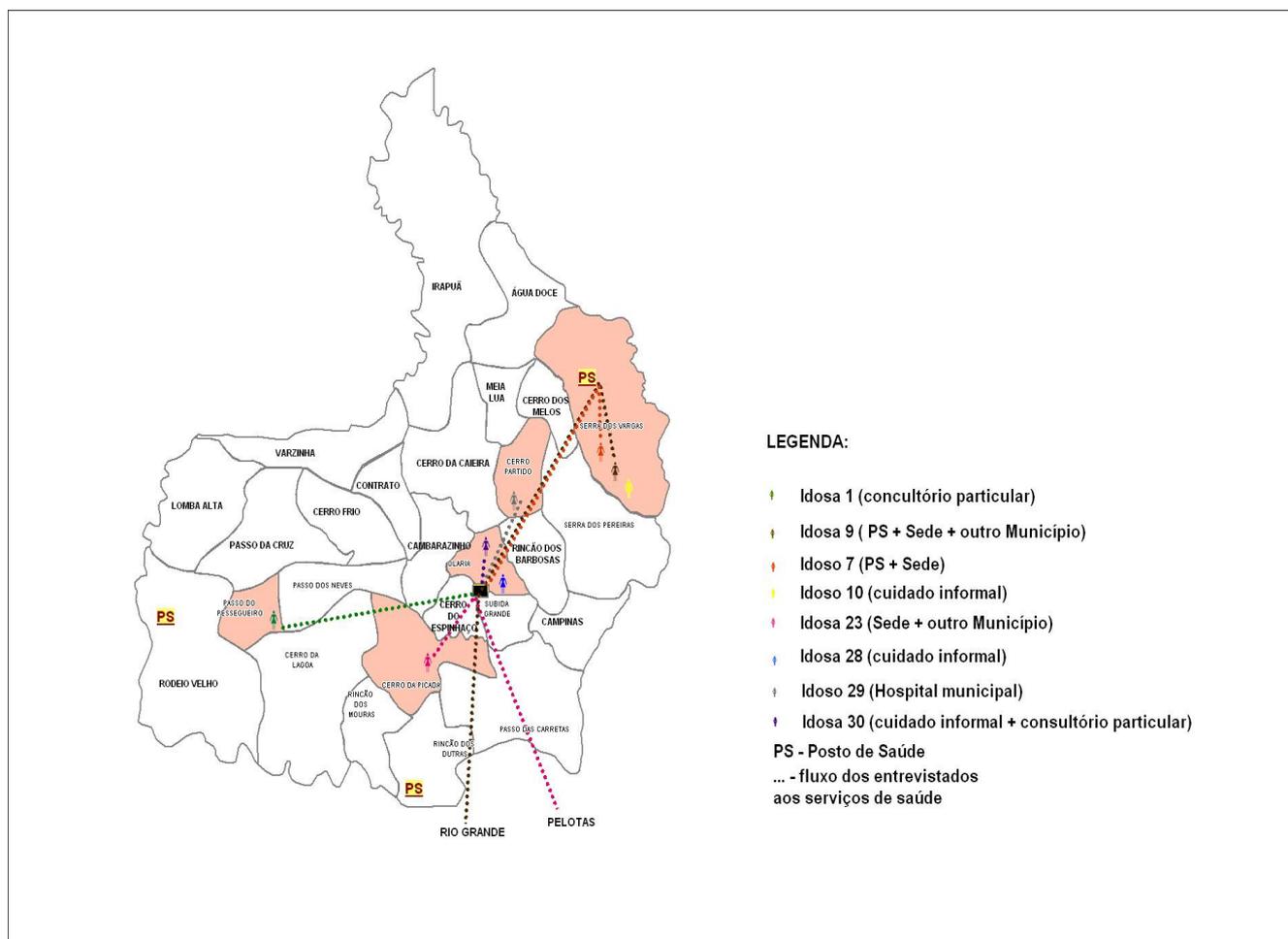
Além disso, a busca terapêutica envolve a automedicação e o uso de chás quando o problema não é resolvido, evidenciando-se práticas terapêuticas informais. Dessa forma, observou-se que os idosos constroem movimentos nas práticas cotidianas, em suas experiências com a saúde e doença, desenvolvendo estratégias assentadas em outros valores diferentes da ordem médica para conseguir alcançar a resolutividade de seus problemas.

Essa questão pode ser melhor compreendida quando se analisam as trajetórias terapêuticas dos usuários entrevistados, relatadas quando se questionou sobre os problemas apresentados nos últimos 60 dias. Analisaram-se

as trajetórias referidas pelos idosos, desde o primeiro atendimento até a resolução dos problemas. Dessa forma, foi possível ilustrar os fluxos dos serviços procurados nesses momentos e o acesso a eles.

De acordo com Novakoski (1999), a trajetória terapêutica é definida como “a sequência de recursos de cuidados com a saúde, desde o aparecimento de um problema ou doença até a cura, estabilização ou morte”.

As trajetórias percorridas foram analisadas a partir dos relatos de 8 idosos, que manifestaram algum problema de saúde no período mencionado. Os problemas de saúde referidos nos últimos 60 dias foram: colite/diarréia, mordida de cachorro, necessidade de cirurgia ortopédica, crise de prostatite, problema de visão, dor no joelho, ferimento com facão e infecção urinária. Esses problemas foram resolvidos com a procura de, pelo menos, dois serviços de saúde, conforme se observa na seguinte ilustração:



Fonte: ALCÂNTARA, L. R.; SILVA, A. M, 2009.

FIGURA 4 – Fluxos de utilização de serviços de saúde por oito usuários idosos entrevistados, Santana da Boa Vista, 2008.

De acordo com a figura 4, os idosos residentes no interior do Município buscaram diferentes tipos de atendimento, de acordo com o problema apresentado e a possibilidade de acesso aos serviços. Os diferentes tipos de atendimento vão desde o cuidado informal (repouso, automedicação, uso de chás e ervas) até a procura de cuidados tradicionais em serviços de saúde de Municípios vizinhos.

Houve dois casos em que os idosos não consultaram (idoso₁₀ e idosa₂₈), devido ao custo da consulta particular, gastos com medicamentos ou por achar que não havia necessidade. Esses idosos utilizaram-se de práticas informais, constituídas de cuidados e tratamentos com medicamentos adquiridos por conta própria, uso de chás, ervas e repouso, para conforto e alívio da dor.

“[...] quando eu estou com um problema de prostatite eu não posso fazer nada. Tenho [crises], só fico quieto” (idoso₁₀).

Os dois atendimentos realizados no PS (idoso₇ e idosa₉) foram relacionados à proximidade da residência dos idosos ao serviço e relação de confiança e vínculo com a profissional responsável pelos cuidados de enfermagem demonstrada na busca de aconselhamento. Mesmo assim, ambos os casos tiveram que ser encaminhados a outros serviços de saúde (Hospital municipal e município de Rio Grande), já que não havia recursos suficientes, no PS, para a solução do problema, como primeira medida. Outro caso de encaminhamento a outro Município ocorreu devido à necessidade de um especialista em Neurologia (idosa₂₃), encaminhado ao município de referência (Pelotas).

A busca pelo Hospital geral do município (idoso₂₉), como primeira medida, esteve relacionada à proximidade com o serviço e à necessidade de atendimento ambulatorial para a realização de curativo, devido a um ferimento com facão durante a lida no campo.

Na situação da “idosa₁”, ela buscou o consultório médico particular como primeira escolha, já que possui convênio de saúde, o que influencia a opção da prática terapêutica profissional.

“[...] eu tô me sentindo ruim por causa que eu tô com colite, faz uns quantos meses, eu não queria dizer pro doutor e agora me apertou, diarreia [...]. Eu vou no consultório, na clínica, eu pago R\$ 20,00, eu sou sócia” (idosa₁).

No estudo de Moraes (2007) os idosos mais velhos de Encruzilhada do Sul procuraram nos últimos 12 meses quando doentes, em primeiro lugar o atendimento particular em consultórios médicos, confirmando a “preferência” da

maioria dos idosos por esse profissional e pela rapidez da consulta. Porém, a autora refere que é bem provável que não se trate de uma livre escolha ou vínculo com o profissional, e sim das possibilidades de transporte e estratégias familiares, pois o deslocamento à sede municipal, onde se encontram a maior parte dos serviços de saúde, demandam tempo e disponibilidade de acompanhante.

A “idosa₃₀” utilizou alternativa informal (chás e ervas), num primeiro momento, por entender que estava com infecção na bexiga, enquanto aguardava a reconsulta com o profissional da saúde.

“[...] sei eu se é a bexiga, eu sei que eu estava com infecção e, assim, estava chovendo, chovendo e o ônibus não vem para eu me consultar e eu me valei dos chás, tomo chás daquela “terramicina”, de malva, não sei se vocês sabem o que é [...] Eu entendo que é [infecção], aí eu fui lá que eu tinha consulta com o médico de novo, que era reconsulta e disse para ele que era infecção, aí que ele me deu aquele remédio, aquela caixa larga, que é R\$100 pila” (idosa₃₀).

Observa-se que os usuários idosos do Município necessitam passar, obrigatoriamente, por um serviço de saúde local para obterem encaminhamento a hospitais de outros Municípios. As trajetórias descritas acima demonstram que há pouca diversidade de serviços disponíveis à população no próprio município de Santana da Boa Vista.

Esse fato aponta para as queixas dos idosos frente às limitações na quantidade de atendimentos disponibilizados na rede básica, onde a maioria não consegue fichas. Já, outros conseguem agendar uma consulta, mas o problema de saúde não permite a espera, por vezes, de dias, conforme demonstra a seguinte fala:

“Ah é, difícil mesmo, naquela prefeitura. Eu já digo assim, é uma “bicheira” lá, um dia desses, eu fiquei doente aí estava com pouco dinheiro, aí fui lá e as mulheres disseram assim: ‘ah! não tem, nem na semana que vem, tem que marcar para a outra semana’; eu disse assim: ‘então eu vou para o médico particular, porque se a gente está querendo morrer, vai esperar passar duas semanas, a se tinha que morrer já morreu’[...]. Sim, por exemplo, com esta infecção, eu não podia nem urinar, esperar duas semanas, eu disse não, aí eu fui lá no particular” (idosa₃₀).

Nesse caso, a principal razão atribuída para a não utilização do serviço público local foi a indisponibilidade de consulta. Logo, observa-se a existência de estratégias utilizadas por aqueles usuários que dispõem de condições para consultar com médico particular na busca de resolutividade; isso gera um incremento no percurso dos usuários idosos aos serviços de saúde, seja da atenção básica, de média complexidade, ou mesmo consultórios médicos particulares.

De acordo com Pinheiro e Travassos (1999), moradores de áreas com menor disponibilidade e oferta de serviços públicos de boa qualidade, tendem a procurar menos serviços ou ter sua demanda reprimida. Saliendam, ainda, que “essas restrições só seriam ultrapassadas por meio da compra de serviços ou do consumo em áreas distantes de sua residência, o que envolveria maior gasto financeiro”.

Dessa forma, evidenciam-se desvantagens no acesso aos serviços de saúde pelos indivíduos socialmente menos privilegiados. Entretanto, os idosos constroem as estratégias de acordo com suas capacidades, histórias de vida e experiências individuais, que são adotadas pelas disponibilidades circunstanciais e socioculturais, na tentativa de solucionar problemas. Evidencia-se, ainda, que a trajetória terapêutica é diferenciada em função das queixas ou problemas de saúde considerados leves ou graves, destacando-se que, ao longo das trajetórias, parte dos problemas é solucionada.

Nesse sentido, pode-se identificar as dinâmicas pessoais na forma como os idosos lidam com o processo saúde-doença na vida cotidiana. Essas dinâmicas pessoais são mediadas pelas dinâmicas sociais decorrentes da diversidade dos sujeitos, que englobam as diferenças de condições e de situações de vida que se refletem nas opções, nas práticas e utilização dos serviços de saúde.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo procurou caracterizar e analisar a estrutura e as dinâmicas de utilização da rede de serviços de saúde existentes no município de Santana da Boa Vista pelos idosos rurais, a partir dos motivos que os levam ao uso desses serviços, considerando suas trajetórias terapêuticas, adequação e acessibilidade dos serviços de saúde.

A inserção desta pesquisa em um projeto de base que analisa “as interfaces entre os determinantes sociais e a mobilidade dos usuários, a partir da análise de fluxos e utilização de serviços de saúde de alguns Municípios da Metade Sul”, possibilitou identificar a organização e o funcionamento da rede de serviços de saúde no município de Santana da Boa Vista e outros circunvizinhos, contribuindo com a temática das desigualdades sociais e de saúde, considerando as situações de vida e problemas de saúde dos idosos rurais.

Constata-se que as formas de envelhecer não são únicas e o enfrentamento do processo saúde-doença varia enormemente, considerando as diversidades humanas, as diferentes situações de vida, aspectos socioculturais e possibilidades da manutenção das relações familiares e sociais.

Essa diversidade no grupo de idosos traz demandas diferenciadas na formulação de políticas públicas, como a alocação de recursos públicos e privados e gastos com a saúde e aposentadoria, que são decorrentes dessas diferenciações às quais o idoso foi exposto na sua trajetória de vida (CAMARANO, 2004).

No Brasil, um terço dos indivíduos que chegam aos 70 anos apresenta doenças crônicas não transmissíveis e, pelo menos, 20% desses idosos terão algum grau de incapacidade associada, implicando diminuição da capacidade física e restrições à autonomia e à independência. No entanto, esses problemas de saúde ainda são pouco considerados no planejamento das ações pelo sistema de saúde, tanto no âmbito de prevenção e promoção, como no de reabilitação da saúde dessa população (CAMARANO, 2002). Isso aumenta os custos com a

atenção à saúde da pessoa idosa e a demanda crescente de recursos se faz sentir.

O trabalho agrícola continua, mesmo para os aposentados em idades mais avançadas, representando fortemente os processos interativos nesse espaço, como uma referência central e legítima na vida dessas pessoas. A continuidade no trabalho proporciona um sentimento de inclusão, expresso tanto na dimensão econômica como no sentimento de sentir-se bem, útil e capaz física e mentalmente. Para tanto, estratégias dentro do sistema de saúde são necessárias para a prevenção e tratamento das doenças crônico-degenerativas, a fim de evitar o agravamento, desenvolvimento de incapacidades e perda de autonomia.

Frente a essa realidade, pensa-se que as instituições e os profissionais de saúde precisam estar preparados para atender a essa crescente demanda e dar conta dos fatores envolvidos nesse processo, contribuindo para o envelhecimento saudável. Concordando com Camarano (2002), espera-se que o envelhecimento da população não seja mais encarado como uma questão restrita à esfera privada e de responsabilidade individual, mas com maior visibilidade no âmbito público e ações de responsabilidade coletiva.

A força do apoio social informal está marcada nas dinâmicas interativas e a maioria dos idosos referiu contar com a ajuda de familiares e de vizinhos, demonstrando que, diferentemente do meio urbano, a própria escassez de estrutura de serviços e as dificuldades de acesso aos mesmos, criam uma rede de solidariedade. Dessa forma, as relações de vizinhança adquirem significado de ajuda mútua e suprem, muitas vezes, o papel do Estado na assistência às populações. Entretanto, existe uma pequena parcela de idosos que vivem sós, não possuem cuidadores e tem acesso restrito aos serviços sociais e de saúde que poderiam facilitar sua vida.

Nesse sentido e, considerando a saúde como a capacidade de os indivíduos enfrentarem as adversidades, estratégias precisam ser repensadas e planejadas, em particular as especificidades do meio rural.

Ao analisar o acesso e utilização dos serviços de saúde municipais, constata-se que, no meio rural, o fator geográfico significa, muitas vezes, a

impossibilidade de acesso sem opção de escolha, pois existem serviços únicos e a falta de transporte adequado e frequente impede o acesso. Dessa forma, o meio em que vivem também interpõe necessidades específicas e as deficiências para o meio urbano podem se agravar para o meio rural. Portanto, “já que é difícil acessar”, só se vai ao serviço em caso de doença instalada. Essa análise demonstra algumas fragilidades do Sistema Público de Saúde, mas também outros fatores interferem e influenciam nas possibilidades de acesso, como o fator econômico e funcional, além de aspectos das culturas geracionais, de gênero e a própria ruralidade.

Os principais motivos para não buscarem os serviços de saúde, mesmo em caso de necessidade, foram relacionados aos recursos financeiros insuficientes, demora no atendimento, ausência de transporte, uso de automedicação e ausência de médico. Esses resultados expressam a dificuldade de acesso funcional e geográfico, já que a maioria dos serviços de saúde encontra-se fora da área rural, havendo, ainda, a insuficiência do transporte coletivo aos locais de atendimento.

Também foram evidenciadas as desigualdades socioeconômicas influenciando nas formas de utilização dos serviços de saúde, constituindo diferentes necessidades e capacidades dos idosos, no consumo e acesso aos serviços sendo maior entre àqueles que possuem mais recursos econômicos. As trajetórias terapêuticas são diferenciadas em função das queixas ou problemas de saúde considerados leves ou graves, destacando-se que, ao longo da trajetória, parte dos problemas é solucionada.

Com relação aos serviços de saúde do Município, observou-se a carência de serviços adequados e a inexistência de serviços específicos para o atendimento aos idosos. A infraestrutura básica e nas demais complexidades é ainda precária, demandando a busca por atendimento em Municípios vizinhos.

Neste estudo, a maioria dos idosos se auto-refere como em boas condições de saúde, porém utilizam diferentes estratégias no que diz respeito ao consumo dos serviços de saúde. As escolhas terapêuticas variam de acordo com o problema de saúde apresentado e conforme seu momento de vida, sendo que as

escolhas sofrem influência de experiências individuais e coletivas que levam em conta o contexto socioeconômico e cultural local. Dessa forma, constata-se que há diferentes formas de adoecer e diferentes concepções de saúde-doença.

Quanto aos serviços de saúde, mais da metade declarou utilizar habitualmente a rede municipal, devido aos problemas crônicos, recorrendo à rede básica. O fato de não utilizar os serviços de saúde municipais, de forma rotineira, foi referido por “não haver necessidade”. Entretanto, a maioria dos idosos referiu ter dificuldades em acessar esses serviços públicos, principalmente pelas dificuldades em conseguirem atendimento. Além disso, recorrem ao consultório particular em caso de necessidade, mesmo com condições econômicas desfavoráveis.

Ao considerar as práticas terapêuticas entre os entrevistados pôde-se observar certa autonomia dos idosos em buscar ou não o atendimento profissional ou do serviço de saúde, demonstrando certa independência do “regramento” e da “normatização” das práticas em saúde, como também atestam a possibilidade de outras formas de enfrentar as situações de saúde. Esse fato mostra que, em alguns casos, os idosos recorrem a práticas alternativas, porém não necessariamente menos medicalizadas ou farmacologizadas. Nesse sentido, faz-se necessária a compreensão dos serviços e práticas profissionais frente às situações de saúde e doença, na valorização das potencialidades dos idosos rurais e no estímulo a autonomia com estilo de vida mais independente.

A partir dos motivos que levaram os idosos a procurarem o atendimento nos últimos 60 dias, pode-se reconhecer os fatores que facilitam e que dificultam o fluxo de utilização dos serviços de saúde. Quanto aos fatores mais freqüentes apontados que conduzem à busca por esses serviços, estavam a proximidade da residência (acesso geográfico) e a resolutividade (busca pelo hospital e clínica particular). Por outro lado, apontam que as dificuldades estão no acesso funcional (insuficiência), demandando a necessidade de encaminhamento a outros serviços (falta de resolutividade) e barreiras do acesso socioeconômico, envolvendo gastos com consultas, medicamentos e transporte.

As desigualdades no acesso produzem o desenvolvimento de estratégias de acordo com as capacidades individuais, histórias de vida e experiências próprias. Utiliza-se o cuidado informal e tratamento com medicamentos adquiridos por conta própria, uso de chás, ervas e repouso, para conforto e alívio dos problemas apresentados.

Essa dinâmica, compreendida dentro de uma perspectiva de atenção integral à saúde, requer a flexibilização de práticas interdisciplinares, e demanda mudanças individuais, institucionais e de ações intersetoriais (MOTTA, AGUIAR, 2007) que são desafiadoras para as Políticas Públicas de Saúde.

Acredita-se que este estudo possa contribuir com Políticas Públicas direcionadas ao meio rural, que visem à redução das desigualdades sociais no consumo de serviços de saúde, considerando as diferentes características pessoais e dinâmicas no enfrentamento aos problemas de saúde.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, J. et al. Pesquisa interdisciplinar na pós-graduação: (des)caminhos de uma experiência em andamento. **R B P G**, v. 1, n. 2, p. 116-140, nov. 2004.

ALVES, A. M. Os idosos, as redes de relações sociais e as relações familiares. *In*: NERI, A. L. (Org.) **Idosos no Brasil: vivências, desafios e expectativas na terceira idade**. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, Edições SESC SP, 2007. 288 p.

ASSIS, M. M. A.; VILLA, T. C. S.; NASCIMENTO, M. A. A. Acesso aos serviços de saúde: uma possibilidade a ser construída na prática. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 2003. v. 8, n. p. 815-823.

BARATA, R. B. Epidemiologia social. **Rev. Bras. Epidemiol**, 2005; 8(1): 7-17.

BARROS, R. D. B.; CASTRO, A. M. Terceira idade: o discurso dos experts e a produção do “novo velho”. **Estud. Interdiscip. Envelhec.**, Porto Alegre, 2002. v.4, p.113-124.

BARRETO, M. L.; CARMO, E. H. Mudanças em padrões de morbimortalidade: conceitos e métodos. *In*: MONTEIRO, C. A. (Org.). **Velhos e novos males da saúde no Brasil: a evolução do país e de suas doenças**. São Paulo: Hucitec, Nupens/USP, 2000.

BELTRÃO, K. I.; CAMARANO, A. A.; MELLO, J. L. **Mudanças nas condições de vida dos idosos rurais brasileiros: resultados não-esperados dos avanços da Seguridade rural**. IPEA, Rio de Janeiro, 2004.

BERQUÓ, E. Considerações sobre o envelhecimento da população no Brasil. *In*: Neri, A. L.; DEBERT, G. G. **Velhice e sociedade**. São Paulo, 1999. p. 11-40.

BIOLCHI, M. SCHNEIDER, S. A previdência social e seus impactos sociais e econômicos no meio rural de Rio Grande do Sul. **Revista de indicadores econômicos**. FEE. Porto Alegre, v. 30, n. 4, p. 27 – 42, 2003.

BRASIL. **Lei nº 8.080**, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília 19 de setembro de 1990. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/SAUDE/area.cfm?id_area=169>. Acesso em: 10 out. 2007.

_____. Lei n. 8.842, de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do idoso e dá outras providências. **Diário**

Oficial da República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 5 jan. 1994. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/3idade/lei8842.html>>. Acesso em 11 dez. 2008.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde – DATASUS. **Informações de saúde**. Brasília, DF, 2008. Disponível em: <<http://www.tabnet.datasus.gov.br/tabnet/tabnet.htm>>. Acesso em: 11 dez. 2008.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n° 1.395/GM**, de 10 de dezembro de 1999. Política Nacional de Saúde do Idoso. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/3idade/portaria1395gm.html>>. Acesso em: 10 out. 2007.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. **Saúde Brasil 2006**: uma análise da situação de saúde no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 620 p.

_____. **Resolução n° 196**, de 10 de outubro de 1996. Dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, DF, Conselho Nacional de Saúde. 1996.

BRUMER, A. Gênero e agricultura: a situação da mulher na agricultura do Rio Grande do Sul. **Estudos feministas**, Florianópolis, 12(1): 360, janeiro-abril, 2004.

BUAES, C. S. O envelhecimento e a viuvez da mulher num contexto rural: algumas reflexões. **RBCEH**, Passo Fundo, v. 4, n. 1, p. 103-114, jan/jun. 2007

CALDAS, C. P. Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 19(3): 773-781, mai-jun, 2003.

_____. Desafios contemporâneos no processo de cuidar na velhice avançada. **Jornada Brasileira de Enfermagem Geriátrica e Gerontológica**, 7., 2008, Porto Alegre. **ANAIS**. Brasília: ABEn, 2008.

CAMARANO, A. A. (org.). **Os novos idosos brasileiros, muito além dos 60?** Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2004.

CAMARANO, A. A. **Envelhecimento da população brasileira**: uma contribuição demográfica. IPEA, Rio de Janeiro, 2002.

CAMARANO, A. A. et al. **Idosos brasileiros**: indicadores de condições de vida e de acompanhamento de políticas. Brasília, DF: Presidência da República, Subsecretária de Direitos Humanos, 2005.

CAMARANO, A. A.; KANSO, S.; MELLO, J. L. Como vive o idoso brasileiro? *In*: CAMARANO, A. A. (org.). **Os novos idosos brasileiros, muito além dos 60?** Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2004. p. 25-73.

CARVALHO, J. A. M.; GARCIA, R. A. O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 2003.v. 19, n. 3.

CNDSS, Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde. **Iniquidades em saúde no Brasil**: nossa mais grave doença. Rio de Janeiro, 2006.

DEBERT, G. G. A construção e a reconstrução da velhice: família, classe social e etnicidade. In: Neri, A. L.; DEBERT, G. G. **Velhice e sociedade**. São Paulo, 1999. p. 41-68.

DELGADO, G. C. CARDOSO JUNIOR, J. C. **O idoso e a previdência rural no Brasil**: a experiência recente da universalização. Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 1999. (Texto de Discussão, 688).

DOLL, J. Luto e viuvez na velhice. In: FREITAS, E. V. et al. (Org.). **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p. 2-12.

_____. Educação, cultura e lazer: perspectivas de velhice bem-sucedida. In: NERI, A. L. (Org.) **Idosos no Brasil**: vivências, desafios e expectativas na terceira idade. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, Edições SESC SP, 2007. 288 p.

FARIAS, L. O. Estratégias individuais de proteção à saúde: um estudo da adesão ao sistema de saúde suplementar. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 405-416, 2001.

FARINASSO, A. L. C. et al. Capacidade funcional e morbidades referidas de idosos em uma área de abrangência do PSF. **Revista Gaúcha Enfermagem**, Porto Alegre (RS) 2006 mar; 27 (1): 45-52.

FUNDAÇÃO DE ECONOMIA E ESTATÍSTICA. **Centro de informações estatísticas**. Disponível em: <<http://www.fee.rs.gov.br>>. Acesso em 28 Out., 2008.

GERHARDT, T. E; LOPES, M. J. M. **Social and health inequalities under the perspective of and interdisciplinary research program in rural spaces of southern Brazil**. 2007. (não publicado).

GERHARDT, T. E. Itinerários terapêuticos em situações de pobreza: diversidade e pluralidade. **Cadernos de Saúde pública**, Rio de Janeiro, nov. 2006. 22 (11): 2449-2463.

GERHARDT, T. E. et al. **Determinantes sociais e interfaces com a mobilidade de usuários: análise dos fluxos e utilização de serviços de saúde**. Relatório de Pesquisa, 2007.

GERHARDT, T. E. PINTO, J. M.; RIQUINHO, D. L. et al. A utilização de serviços de saúde de Atenção Básica em municípios da Metade Sul do RS: análise a partir de Sistemas de Informação. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, São Paulo, 2008.

GHIGLIONE, R; MATALON, B. **O inquérito: teoria e prática**. 3. ed. Portugal: Celta, 1997. 336 p.

HERZLICH, C.; PIERRET, J. **Madales D’Hier, Malades D’Aujourd’hui Paris**: Payot, 1991 (Tradução: LOPES, M. J. M. 2007/EENF-UFRGS.)

HORTALE, V. A.; PEDROZA, M.; ROSA, M. L. G. O acesso e a descentralização na análise de sistemas de saúde. **Saúde em debate**, Rio de Janeiro, set./dez. 2000. v. 24, n. 56, p. 57-66.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Resultado da Amostra do Censo Demográfico 2000 - Malha municipal digital do Brasil**: situação em 2001. Rio de Janeiro: IBGE, 2004.

_____. **Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira 2008**. Estudos e Pesquisas. Informação Demográfica e Socioeconômica número 23. Rio de Janeiro: IBGE, 2008.

LACERDA, A; VALLA, V. Homeopatia e Apoio Social: repensando as práticas de integralidade na atenção e no cuidado à saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (org). **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: IMS-UERJ: ABRASCO, 2003.180 p.

LEBRÃO, M. L.; LAURENTI, R. Saúde, bem-estar e envelhecimento: o estudo SABE no Município de São Paulo. **Rev Bras Epidemiol**, 2005. 8(2): 127-41.

LEBRÃO, M. L.; DUARTE, Y. A. O. Saúde e independência: aspirações centrais para os idosos. Como estão sendo satisfeitas? In: NERI, A. L. (Org.) **Idosos no Brasil: vivências, desafios e expectativas na terceira idade**. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, Edições SESC SP, 2007. 288 p.

LIMA-COSTA, M. F.; MATOS, D. L.; CAMARANO, A. A. Evolução das desigualdades em saúde entre idosos e adultos brasileiros: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD 1998, 2003). **Ciência & Saúde Coletiva**, 2006. 11 (4): 941-950.

LIMA-COSTA. M. F. F.; BARRETO, S. M.; GIATTI, L. A. A situação socioeconômica afeta igualmente a saúde de idosos e adultos mais jovens no Brasil? Um estudo utilizando dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD 98). **Rev. Ciência e Saúde Coletiva**, 2002. 7 (4): 285-96.

LOPES, M. J. M. **Gênero e Saúde**. Porto Alegre: Artmed, 2005.

LOURENÇO, R. A.; MARTINS, C. S. F.; SANCHESZ, M. A. S., VERAS, R. P. Assistência ambulatorial geriátrica: hierarquização da demanda. **Rev. Saúde Pública**, 2005; 39 (2): 311-318.

LOUVISON, M., C. et al. Uso e acesso de serviços de saúde entre a população idosa do município de São Paulo. Divulgação em **Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, 2007.n.38, p.7-13

_____. Desigualdades no uso e acesso aos serviços de saúde entre idosos no município de São Paulo. **Rev Saúde pública**, 2008; 42 (4): 733-40.

MINAYO, M. C. S.; COIMBRA JR., C. E. A. (Org.). **Antropologia, saúde e envelhecimento**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002. 212 p.

MORAIS, E. P. **Envelhecimento no meio rural: condições de vida, saúde e apoio dos idosos mais velhos de Encruzilhada do Sul – RS**. 2007. [Tese de Doutorado]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. 215f.

MOTTA, L. B.; AGUIAR, A. C. Novas competências profissionais em saúde e o envelhecimento populacional brasileiro: integralidade, interdisciplinaridade e intersetorialidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2007. 12 (2): 363-372.

NERI, A. L. (Org.) **Idosos no Brasil: vivências, desafios e expectativas na terceira idade**. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, Edições SESC SP, 2007. 288 p.

NETTO, M. P. O estudo da velhice no século XX: histórico, definição do campo e termos básicos. In: FREITAS, E. V. et al. (Org.). **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p. 2-12.

NOVAKOSKI, L. E. R. **As desigualdades socioambientais e a utilização dos serviços de saúde**. 1999. 322f. Tese (Doutorado em Meio Ambiente e Desenvolvimento) – Universidade Federal do Paraná e Université Bordeaux 2, Curitiba, 1999.

NUNES, E. D. A doença como processo social. In: CANESQUI, A. M. (org.). **Ciências sociais e saúde para o ensino médico**. Editora HUI TEC/FAPESC, São Paulo, 2000. p. 217-229.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento**. Viena, Áustria, 1982. (Resolución 37/51)

_____. **Plano de ação internacional contra o envelhecimento, 2002**. Tradução de Arlene Santos. Brasília, DF: Secretaria especial dos Direitos Humanos, 2003. 49p.

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD. **Investigaciones en salud pública**: Proyecto SABE: Minimal State Examinations (MMSE) Del Studio de demencia em Chile: análisis estatístico. Washington, DC, Abril, 1999. (Documentos técnicos).

_____; ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD. **Salud de las personas de edad**: envejecimiento y salud: um cambio de paradigma: 122ª sección. Washington, DC, 1998. 20p.

PASKULIN, L. M. G. **Fatores associados à qualidade de vida de idosos de um distrito sanitário de Porto Alegre/RS**. 2006. 165f. Tese (Doutorado) Universidade Federal de São Paulo. Escola Paulista de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. São Paulo, 2006.

PESSOTO, U. C. et al. Desigualdades no acesso e utilização dos serviços de saúde na Região Metropolitana de São Paulo. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2007. 12(2): 351-362.

PINHEIRO, R. S.; TRAVASSOS, C. Estudo da desigualdade na utilização de serviços de saúde por idosos em três regiões da cidade do Rio de Janeiro. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, jul./set, 1999.v. 15, n. 3, p. 487-496.

PINHEIRO, R. S.; et al. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, 7 (4): 687 – 707, 2002.

PINTO, J. L. G. et al. Características do apoio oferecido a idosos de área rural assistida pelo PSF. **Ciência & Saúde Coletiva**, 11(3):753-764, 2006.

RAMOS, D. D; LIMA, M. A. D. S. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, São Paulo, v. 19, n. 1, p. 27-34, fev.2003.

RAMOS, L. R. Epidemiologia do envelhecimento. In: FREITAS, E. V. et al. (Org.). **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002a. p. 72-78.

RAMOS, M. P. Apoio social e saúde entre idosos. **Sociologias**, Porto Alegre, ano 4, nº 7, jan/jun 2002b, p. 156-175.

RAYNAUT, C. Interfaces entre a antropologia e a saúde: em busca de novas abordagens conceituais. **Rev Gaúcha Enferm**, Porto Alegre (RS) 2006 jun; 27(2):149-65.

RIO GRANDE DO SUL. Conselho Estadual do Idoso. **Os idosos do Rio Grande do Sul: estudo multidimensional de suas condições de vida**. Porto Alegre, 1997. Relatório de Pesquisa.

_____. Secretaria de Estado da Saúde. **Plano Diretor de Regionalização da Saúde**, 2002.

RODRIGUES, N. C. Algumas considerações sobre o envelhecimento no meio rural na região Sul do Brasil. *In*: SCHONS, C. R.; PALMA, L. T. S. (Org.). **Conversando com Nara Costa Rodrigues sobre gerontologia social**. Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia. Universidade de Passo Fundo, 2000.

ROESE, A. **Fluxos e acesso de usuários a serviços de saúde de média complexidade no município de Camaquã, RS**. 2005. [Dissertação de Mestrado]. Porto Alegre (RS): Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. 193 f.

ROSA, T. E. C. et al. Aspectos estruturais e funcionais do apoio social de idosos do Município de São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 23(12):2982-2992, dez, 2007.

ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. de. **Epidemiologia e saúde**. 6 ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003. 728 p.

RUIZ, T.; CHALITA, L. V. A. S.; BARROS, M. B. A. Estudo de sobrevivência de uma coorte de pessoas de 60 anos e mais no município de Botucatu (SP) – Brasil. **Rev. Bras. Epidemiol**, 2003. v.6, n. 3.

SALGADO, C. D. S. Mulher idosa: a feminização da velhice. **Estudos Interdisciplinares do Envelhecimento**, Porto Alegre, 2002.v.4, p. 7-19.

SANTOS, M. F. S. A velhice na zona rural. Representação social e identidade. *In*: NASCIMENTO – SCHELZE, C. M. (Org). **Coletâneas da Anpepp**. Forianópolis, 1996.

SANTOS, G. A.; LOPES, A.; NERI, A. L. Escolaridade, raça e etnia: elementos de exclusão social de idosos. *In*: NERI, A. L. (Org.) **Idosos no Brasil: vivências, desafios e expectativas na terceira idade**. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, Edições SESC SP, 2007. 288 p.

SAWYER, D. O.; LEITE, I. C.; ALEXANDRINO, R. Perfil de utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, 7 (4): 757 – 776, 2002.

SILVA, J. B.; BARROS, M. B. A. Epidemiologia e desigualdade: notas sobre a teoria e a história. **Pan Am J Public Health**, 2002. v12, n.6.

SILVA, J. L. **O idoso do Município de Arambaré – RS: um contexto rural de envelhecimento**. 177f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2005.

SOUZA, A. C. **Como manda o figurino: práticas terapêuticas entre idosos de Porto Alegre**. 2005. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2005.

SOUZA, A. C.; LOPES, M. J. M. Práticas terapêuticas entre idosos de Porto Alegre: uma abordagem qualitativa. **Rev Esc Enferm USP**, 2007; 41 (1); 52-6.

SOUZA, R. F.; SKUBS, T.; BRÊTAS, A. C. P. Envelhecimento e família: uma nova perspectiva para o cuidado em enfermagem. **Rev Brasileira de Enfermagem**, 2007, maio-jun; 60(3): 263-7.

STRECK, C. F.; FRISON, T. B. Lembranças de velhos: o mundo do trabalho na infância. **Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento**, Porto Alegre, v.1, p. 105-121, 1999.

TESSER, C. D.; BARROS, N. F. Medicalização social e medicina alternativa e complementar: pluralização terapêutica do Sistema Único de Saúde. **Rev Saúde Pública** 2008; 42 (5): 914-20.

TRAVASSOS, C. et al. Desigualdades geográficas e sociais na utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 2000.v. 5, n. 1, p. 133-149.

TRAVASSOS, C.; OLIVEIRA, E. X. G.; VIACAVA, F. Desigualdades geográficas e sociais no acesso aos serviços de saúde no Brasil: 1998 e 2003. **Ciência e Saúde Coletiva**, 11(4): 975 – 986, 2006.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 2004.v. 20, supl. 2, p. 190-198.

UCHÔA, E.; FIRMO, J. O. A.; LIMA-COSTA, M. F. Envelhecimento e saúde: experiência e construção cultural. In: MINAYO, M. C.; COIMBRA, C. E. A. (Orgs). **Antropologia, sociedade e cultura**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002. p 25-35.

UNGLERT, C. V. S. O enfoque da acessibilidade no planejamento da localização e dimensão de serviços de saúde. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, 1990.24 (6): 445-52.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. Faculdade de Economia. Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Rural. **Programa de Pesquisa Interdisciplinar “Evolução e diferenciação da agricultura, transformação do meio natural e desenvolvimento sustentável em espaços rurais do sul do Brasil”**. Porto Alegre, 2000. 25f. Acordo CAPES-COFECUB n° 330/2000.

_____. Faculdade de Economia. Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Rural. **Relatório Técnico Parcial: Evolução e transformação da agricultura e desenvolvimento sustentável. Contribuições para a elaboração de políticas públicas para a “Metade Sul” do Rio Grande do Sul**. Porto Alegre, 2003. 198 f.

_____. Faculdade de Economia. Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Rural. **Programa de Pesquisa Interdisciplinar: desenvolvimento rural na “metade sul” do Rio Grande do Sul: em direção à sustentabilidade ou produzindo pobreza**. Porto Alegre, 2007. 50p.

_____. Faculdade de Economia. Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Rural. **Programa de Pesquisa Interdisciplinar: desenvolvimento rural na “metade sul” do Rio Grande do Sul: sistemas de relações, mecanismos e dinâmicas sociais e naturais**. Porto Alegre, 2008. 50p.

VENTURI, I. *et al.* Identificação da área de influência do serviço de atenção básica do sistema público de saúde à população idosa, município de Viçosa-MG. **Ciência e Saúde Coletiva**, 13 (4): 1293 – 1304, 2008.

VERAS, R. P. **País jovem com cabelos brancos: a saúde do idoso no Brasil**. Rio de Janeiro: Relume Dumará: UERJ, 1994.

VERAS, R. P.; ALVES, M. I. C. A população idosa no Brasil: considerações acerca do uso de indicadores de saúde. *In*: MINAYO, M. C. de S. (Org). **Os muitos Brasis: saúde e população na década de 80**. São Paulo: HUCITEC, 1999. p.320-337.

VERAS, R. P.; CALDAS, C. P. Promovendo a saúde e a cidadania do idoso: o movimento das universidades da terceira idade. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2004. 9 (2): 423-432.

ZIONI, F.; WESTPHAL, M. F. O enfoque dos determinantes sociais de saúde sob o ponto de vista da teoria social. **Saúde Soc.** São Paulo, 2007.v.16, n. 3, p. 26-34.

APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA

Município Santana da Boa Vista/RS

Data: ___/___/___

Início da entrevista: _____

Término da entrevista: _____

Nº da entrevista: _____ Quest _____

1. INFORMAÇÕES GERAIS DO IDOSO

- a) Iniciais da letra do nome do idoso: _____
- b) Data de nascimento: ___/___/___ Idade: ____anos *DN* ___/___/___ *Id* _____
- c) Sexo: (1) masculino (2) feminino *Sexo* _____
- d) Qual a cor da sua pele? (1) branca (2) preta (3) parda *Cor* _____
 (4) indígena (5) amarela (6) NS/NR
- e) Local de nascimento: (1) urbano (2) rural (3) NS/NR *Locnasc* _____
 Cidade: _____
- f) Há quanto tempo mora na zona rural? _____anos. *Viverural* _____
 (1) menos de um ano (2) NS/NR
- g) Qual seu estado civil? (1) solteiro (2) casado (3) viúvo *Estcivil* _____
 (4) divorciado/desquitado (5) separado (6) outro
- i) Sabe ler e escrever? (1) sim (2) não (3) só assina o nome *Lerescr* _____
- j) Quantos anos estudou ? _____anos. (1) NS/NR *Estudo* _____
- k) Qual é a sua religião? (1) nenhuma (2) católica (3) protestante *Relig* _____
 (4) evangélica (5) espírita (6) judaica
 (7) outra. Qual? _____

2. INFORMAÇÕES SOBRE CONDIÇÕES DE MORADIA DO IDOSO

- a) Local da propriedade: (1) vila rural (2) fazenda (3) sítio
(4) chácara (5) assentamento (6) estrada *Locpropr*_____
- b) Esta casa é: (1) própria (2) alugada ou arrendada
(3) cedida/emprestada (4) outros *Proprie*_____
- c) Tipo de construção: (1) alvenaria (2) madeira (3) mista
(4) outros. Qual?_____ *Constr*_____
- d) Qual o material do piso da casa? (1) terra (2) cimento ou cerâmica
(3) madeira ou parquê *Piso*_____
- e) Número de cômodos:_____ *Ncômodos*_____
- f) Número de quartos:_____ *Nquartos*_____
- g) Possui água encanada? (1) sim (2) não *Agua*_____
- h) De onde provém? (1) fonte pública (2) poço/vertente
(3) outro. Qual?_____ *Proven*_____
- i) O esgoto é: (1) rede pública (2) fossa séptica (3) céu aberto *Esgoto*_____
- j) Os banheiros são: (1) não existe banheiro na casa ou fora
(2) dentro da casa com descarga (3) dentro de casa sem descarga
(4) fora de casa com descarga (5) fora de casa sem descarga *Banheiro*_____
- k) Tem luz elétrica? (1) sim (2) não *Luz*_____
- l) O lixo é: (1) coletado ou recolhido pelo caminhão (2) queimado
(3) jogado (4) enterrado (5) outros (6) NS/NR *Colixo*_____
- m) Possui na residência: (1) televisão (2) geladeira (3) fogão à gás
(4) aquecedor (5) fogão à lenha (6) rádio
(7) automóvel (8) máquina agrícola *Bens*_____
- n) Quais as atividades que o Sr (a) desenvolve na propriedade (produção, criação de animais)?_____ *Tipoativid*_____
- o) Para que produz? (1) subsistência (2) comercializar (3) ambos *Produz*_____
- p) Quais os meios de comunicação que utiliza? *Meiocom*_____
- (1) rádio (2) telefone (3) através de vizinhos
(4) através de agente de saúde (5) outros. Quais?_____

q) Quais meios de transporte utiliza? (1) automóvel (2) ônibus *Meiotrans* _____
 (2) carroça (4) bicicleta (5) a pé (6) a cavalo (7) caminhão (8) outros

r) No local em que vive faltam recursos? (1) sim. Quais? _____
 (2) não *Recursos* _____

3. INFORMAÇÕES OCUPACIONAIS E FINANCEIRAS

a) O Sr (a) é aposentado? (1) sim, por tempo de serviço *Aposentado* _____
 (2) sim, por invalidez (3) sim, por idade (4) não

b) Com relação à ocupação, o que fazia? _____

c) O Sr (a) trabalha atualmente? (1) sim (2) não *Trabatual* _____

d) Motivo por que ainda trabalha: _____

e) Sua renda mensal é: (1) da aposentadoria *Renda* _____
 (2) aposentadoria e outras rendas.
 Quais? _____

f) O Sr (a) recebe ajuda econômica de outra pessoa (filho/amigo)? *Ajudaec* _____
 (1) sim (2) não

g) Atualmente, com que tem gasto a maior parte de seu dinheiro? *Gastocom* _____
 (1) alimentação (2) medicamentos (3) moradia (4) lazer (5) outros

4. INFORMAÇÕES FAMILIARES E SOCIAIS

a) Atualmente, com quem vive? (1) sozinho (2) esposo (a) *Vivecom* _____
 (3) filhos (as) (4) netos(as)
 (5) outros _____

b) Gosta de morar sozinho? (1) sim (2) não *Sozinho* _____

c) Gosta de morar com outras pessoas? (1) sim (2) não *Outros* _____

d) Tem alguém que cuida do Sr (a) quando está doente? *Cuidado* _____
 (1) sim (2) não

e) Esta pessoa é maior de 60 anos? (1) sim (2) não (3) NS/NR *Idcuidador* _____

- f) O cuidador é: (1) esposo (a) ou companheiro (a) *Quemcuida*_____
- (2) filho (a) (3) outro familiar (4) amigo ou vizinho
- (5) profissional contratado (6) agente comunitário de saúde
- (7) outros
- g) Quais os cuidados que esta pessoa presta?
- | | |
|---------------------------|---------------------------|
| Nas atividades de higiene | (1) sim (2) não (3) NS/NR |
| Na alimentação | (1) sim (2) não (3) NS/NR |
| Na locomoção | (1) sim (2) não (3) NS/NR |
| Como companhia | (1) sim (2) não (3) NS/NR |
| Com a medicação | (1) sim (2) não (3) NS/NR |
| Com as eliminações | (1) sim (2) não (3) NS/NR |
| Outros | (1) sim (2) não (3) NS/NR |
| Quais?_____ | |
- h) Além destas pessoas, alguém mais ajuda no caso de doença ou incapacidade?
- (1) sim. Quem?_____
- (2) não
- i) Que tipo de ajuda?
- | | |
|------------------------------|---------------------------|
| Dinheiro | (1) sim (2) não (3) NS/NR |
| Comida | (1) sim (2) não (3) NS/NR |
| Ajuda nas tarefas domésticas | (1) sim (2) não (3) NS/NR |
| Ajuda com cuidados pessoais | (1) sim (2) não (3) NS/NR |
| Transporte | (1) sim (2) não (3) NS/NR |
| Lazer, diversão | (1) sim (2) não (3) NS/NR |
| Companhia | (1) sim (2) não (3) NS/NR |
| Outra | (1) sim (2) não (3) NS/NR |
| Quais?_____ | |
- j) O senhor (a) participa de alguma associação ou grupo? *Particgrupo*_____
- (1) sim. Qual?_____
- Por quê?_____
- (2) não. Por quê?_____

5. INFORMAÇÕES DE SAÚDE E ACESSO AOS SERVIÇOS

a) Fale sobre sua saúde: como o Sr (a) a define?

b) O Sr (a) considera sua saúde: (1) ótima (2) boa *Saude* _____
(3) regular (4) ruim (5) péssima

c) Tem algum problema de saúde? (1) sim. Qual? _____
(2) não

d) Utiliza alguma medicação? (1) sim. Para quê? _____
(2) não *Medicacao* _____

e) Costuma utilizar regularmente algum serviço de saúde? *Usoss* _____
(1) sim. Qual? _____
Motivo: _____
(2) não

f) No último mês esteve doente? *Estevedoente* _____
(1) sim. Qual problema apresentou? _____
Como resolveu? _____
(2) não (3) NS/NR

g) Nesta ocasião, o que o senhor (a) fez: *Consultou* _____
(1) não consultou, mesmo precisando
(2) automedicação (a- ervas e remédios caseiros, b- uso de medicamento por conta própria)
(3) cuidados tradicionais (a- curandeiro, b- benzedeiro, c- balconista de farmácia, d- massagista)
(4) serviços de saúde (a- médico, b- enfermeiro, c- pessoal de enfermagem, d- dentista, e- outros serviços formais de saúde)
(5) outros. Quais? _____

h) Se precisou e não consultou, por que razão? *Nãoconsulta* _____
Distância e falta de transporte (1) sim (2) não (3) NS/NR

- Não tem tempo (1) sim (2) não (3) NS/NR
 Não tem dinheiro (1) sim (2) não (3) NS/NR
 O atendimento não é bom (1) sim (2) não (3) NS/NR
 Não tem quem leva (1) sim (2) não (3) NS/NR

i) Quando procura por serviços de saúde, normalmente dirige-se a qual?

- (1) unidade básica de saúde. Onde? _____
 (2) serviço de emergência em hospital particular. Onde? _____
 (3) consultório particular. Onde? _____
 (4) serviço de emergência municipal. Onde? _____
 (5) outros _____

j) Quem tomou a decisão por procurar por este serviço? _____

k) Quando o seu problema de saúde não é resolvido, o senhor (a):

- (1) retorna ao mesmo serviço
 (2) procura outro serviço. Qual e onde? _____
 (3) procura outras alternativas de tratamento. Quais e onde? _____

l) Quando procura um serviço de saúde utiliza: *Qual utiliza* _____

- (1) SUS (3) particular
 (2) plano de saúde (4) outros: _____

m) Seu plano é:

- (1) pago por conta própria (2) pela empresa onde trabalha
 (2) pelo sindicato (4) outro. Qual? _____

n) Gostaria de falar sobre sua vida neste local?

o) Gostaria de falar mais sobre sua saúde?

p) Gostaria de falar algo sobre os serviços de assistência (públicos ou não) no município de Santana da Boa Vista? E os de saúde? _____

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Informado

Este estudo intitulado Idosos Rurais: trajetórias e acesso a serviços de saúde tem por objetivo caracterizar os fluxos de utilização de serviços de saúde no município de Santana da Boa Vista/RS, através da identificação da organização e funcionamento da rede de serviços de saúde, das trajetórias terapêuticas dos usuários idosos na utilização dos serviços de saúde e na mobilidade desses usuários.

Eu, _____, declaro que fui informado, de forma clara e detalhada, dos objetivos da pesquisa, e que posso esclarecer qualquer dúvida durante a entrevista, que será realizada pela Mestranda Luciana Ruschel de Alcântara, do curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, sob a orientação da Prof^a. Dr^a. Marta Julia Marques Lopes. Sei que a qualquer momento poderei me negar a participar da pesquisa sem qualquer prejuízo. Foram-me garantidos o anonimato e a confidencialidade de todos os dados vinculados apenas para fins de pesquisa. Sendo assim, autorizo a minha participação nesta pesquisa, onde os dados serão coletados através de entrevista. Este documento será por mim assinado e pelo meu responsável legal, caso não tenha condições para tal. Declaro que recebi uma cópia do presente Termo de Consentimento.

_____, ____/____/____

Assinatura do participante ou
representante legal

Luciana R. Alcântara – Pesquisadora
Mestranda do Programa de Pós-
Graduação em Enfermagem - UFRGS.

Marta Julia M. Lopes – Orientadora
Escola de Enfermagem - UFRGS

Caso se faça necessário, contato: Rua São Manoel, 963 – Campus da Saúde – Porto Alegre/RS -
Fones: (51) 3308 5251 (orientadora).
(51) 8430 0748 (pesquisadora).
(51) 3308 3629 (Comitê de Ética em Pesquisa da UFRGS).

ANEXO 1 – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL



PRÓ-REITORIA DE PESQUISA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
CARTA DE APROVAÇÃO



O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul analisou o projeto:

Número : 2007839

Título : Idosos rurais: trajetórias e acesso a serviços de saúde no município de Santana da Boa Vista

Pesquisador (es) :

<u>NOME</u>	<u>PARTICIPACÃO</u>	<u>EMAIL</u>	<u>FONE</u>
MARTA JULIA MARQUES LOPES	PESQ RESPONSÁVEL	marta@enf.ufrgs.br	33085423
LUCIANA RUSCHEL DE ALCÂNTARA	PESQUISADOR	lualcantara@terra.com.br	

O mesmo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFRGS, reunião nº 27 ,
ata nº 107 ,de 15/05/2008 , por estar adequado ética e metodologicamente e de acordo
com a Resolução 196/96 e complementares do Conselho Nacional de Saúde.

Porto Alegre, quarta-feira, 28 de maio de 2008


ILMA SIMON BRUM DA SILVA
Coordenador do CEP-UFRGS

ANEXO 2 – AUTORIZAÇÃO DO SINDICATO DOS TRABALHADORES RURAIS

04 08 14:21

Comp1

(53) 32581133

p. 1

Sindicato dos Trabalhadores Rurais de Santana da Boa Vista

FUNDADO EM 16 DEZEMBRO DE 1973

C.N.P.J. 88 415 427/0001-00

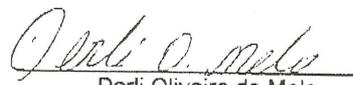
Rua 17 de Setembro, 54-Fone (53) 32581133-e-mail:stsrantanabv@farrapo.com.br**Santana da Boa Vista/RS CEP 96590-000**

Of. nº20/2008.

Ao Comitê de ética em Pesquisa da UFRGS (Universidade Federal do Rio Grande do Sul),

Venho através deste, autorizar a entidade acima qualificada a ter acesso ao Cadastro de associados do nosso Sindicato dos Trabalhadores Rurais, com a finalidade de identificá-los e localizá-los, para a realização do trabalho de pesquisa desta Instituição.
Sendo o que tenho para o momento, subscrevo-me.

Santana da Boa Vista, 11 de abril de 2008.


Derli Oliveira de Melo
Presidente