



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA DA SAÚDE**

VICTÓRIA RAYANE SILVA FREITAS

**IDOSOS EM CONTEXTOS RURAIS: AVALIAÇÃO SOBRE OS SERVIÇOS DE
SAÚDE E PREVALÊNCIA DE TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS**

CAMPINA GRANDE

2019

VICTÓRIA RAYANE SILVA FREITAS

**IDOSOS EM CONTEXTOS RURAIS: AVALIAÇÃO SOBRE OS SERVIÇOS DE
SAÚDE E PREVALÊNCIA DE TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação Psicologia da Saúde – Mestrado, da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), em cumprimento às exigências para obtenção do título de Mestre em Psicologia da Saúde.

Orientador(a): Profa. Dra. Josevânia da Silva

CAMPINA GRANDE

2019

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

F866i Freitas, Victória Rayane Silva.
Idosos em contextos rurais [manuscrito] : avaliação sobre os Serviços de Saúde e prevalência de Transtornos mentais comuns / Victória Rayane Silva Freitas. - 2019.
79 p. : il. colorido.
Digitado.
Dissertação (Mestrado em Psicologia da Saúde) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, 2019.
"Orientação : Profa. Dra. Josevânia da Silva, Departamento de Psicologia - CCBS."
1. Envelhecimento. 2. Ruralidades. 3. Vulnerabilidade em Saúde. 4. Serviços de Saúde. I. Título
21. ed. CDD 362.172

VICTÓRIA RAYANE SILVA FREITAS

**IDOSOS EM CONTEXTOS RURAIS: AVALIAÇÃO SOBRE OS SERVIÇOS DE
SAÚDE E PREVALÊNCIA DE TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação Psicologia da Saúde – Mestrado, da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), em cumprimento às exigências para obtenção do título de Mestre em Psicologia da Saúde.

Aprovado em 25/09/2019

BANCA EXAMINADORA



Prof.^a Dr.^a Josevânia da Silva

Universidade Estadual da Paraíba – UEPB

Professora Orientadora e Presidente da Banca Examinadora



Prof.^a Dr.^a Manuela Castelo Branco Pessoa

Universidade Estadual da Paraíba – UEPB

Membro interno



Prof. Dr. Ludgleydson Fernandes Araújo

Universidade Federal do Piauí - UFPI

Membro Externo

A Deus, que em todos os percalços que acompanharam minha saga, segurou minha mão e me reergueu, para que eu pudesse encerrar este escrito da melhor forma possível.

À minha família, por ter sido apoio, a eles também compete esta vitória. Em especial, dedico ao meu sobrinho, que marcou uma renovação em minha vida, me fazendo desejar concluir este ciclo.

À minha orientadora querida, Josi, que além de me preparar academicamente, me abraçou como ser humano.

Aos meus companheiros de mestrado, que por vezes foi incentivo em minha perseverança.

Sobretudo, dedico este trabalho àqueles que sofrem com as mais diversas vulnerabilidades. Que este possa de alguma forma, servir de auxílio para a construção de uma vida mais digna.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, sempre e para sempre, por cada conquista recebida.

À minha família, por ter me ajudado a me manter firme nos meus objetivos, ainda que em alguns momentos a força tenha me faltado. Aqui, em especial, agradeço à minha mãe, que sempre me ajudou a olhar para frente e a querer um futuro melhor para ela e meu querido irmão

Ryan. Agradeço a minha irmã Rayssa, por ser exemplo de mulher forte e independente. Agradeço ainda, a minha tia Michele e sobrinha Aysla, que foram fonte de carinho e descanso.

À minha querida orientadora, me faltam palavras de gratidão, pois sem sua eficiência e tão bonita humanidade, esta construção não teria sido possível.

Minha sincera gratidão à Manu e ao professor Ludgleydson, por se prestarem a contribuir na concretização deste sonho.

Por fim, agradeço à vida que construí neste tempo de estudo, que me fortaleceu como ser humano, ao passo que me sensibilizou as mais diversas necessidades vivenciadas pelo outro.

RESUMO

Esta dissertação teve por objetivo geral analisar as vulnerabilidades em saúde de pessoas idosas residentes em cidades rurais a partir da avaliação sobre os serviços de saúde e da prevalência dos Transtornos Mentais Comuns. Para tanto, foram realizados dois estudos, conforme os respectivos objetivos específicos: 1) Analisar a avaliação de pessoas idosas residentes em cidades rurais sobre os serviços de saúde; 2) Analisar a prevalência de Transtornos Mentais Comuns em pessoas idosas residentes em cidades rurais. Participaram 202 idosos com idades igual ou superior a 60 anos. No primeiro estudo, foram utilizados como instrumentos um Questionário sociodemográfico e o Questionário de Avaliação dos Serviços de Saúde. Já no segundo estudo, utilizou-se um Questionário sociodemográfico e a escala *Self-Reporting Questionnaire* (SRQ-20). Os dados foram analisados a partir de estatística descritiva e bivariada. No primeiro estudo, os participantes avaliaram aspectos relativos à Organização, Vínculo e Atendimento, Resolutividade, Referência e Contra referência e ações de Prevenção realizadas nos serviços de saúde. A maioria dos participantes possui baixa renda familiar e até cinco anos de escolaridade. Os participantes avaliaram positivamente os serviços de saúde, sobretudo em relação às dimensões vínculo e atendimento. Contudo, estes serviços ainda apresentem fragilidades relativas à disponibilidade de medicamentos, de equipamentos necessários para o atendimento e de exames. Segundo os idosos, os profissionais de saúde não procuram saber sobre suas condições de vida, as quais colaboram para a disponibilidade ou não de recursos necessários para cuidado da própria saúde. No segundo estudo, foi identificada uma prevalência de 25,7% (52 idosos) de TMC. A prevalência de TMC foi maior entre as mulheres idosas quanto comparada aos homens ($\chi^2=11,241$; $p=0,000$). Em sua maioria, as pessoas idosas afirmaram vivenciar situações de estresse com frequência. A maioria dos idosos com TMC afirmaram que procuraram atendimento médico nos últimos seis meses em razão dos sintomas apresentados. Contudo, estes não receberam qualquer encaminhamento para atendimento psicológico ou psiquiátrico. Os resultados evidenciados nos estudos apontam para elementos individuais, sociais e programáticos que perpassam os processos de saúde, doença e cuidado dos idosos de cidades rurais.

Palavras-chave: Envelhecimento, ruralidades, vulnerabilidade.

ABSTRACT

This thesis had a general goal analyzed the healthy vulnerability of elderly people living in rural cities from the assessment about health services and Common Mental Disorders prevalence. For that, two studies were performed, according to respective specific goals: 1) Analyze the evaluation about the health services from elderly people; 2) Analyze the Common Mental Disorders prevalence in elderly people living in rural cities. Took part of this research 202 people in upper or equal to 60 years. In the first study, as a data collection instruments, were used a Sociodemographic questionnaire and a evaluation of health services questionnaire. In the second study, as a data collection instruments, were used a Sociodemographic and *Self-Reporting Questionnaire* (SRQ-20) scale. The data were analyzed by the descriptive statistics and bivariate. In first study, The participants measured aspects concerning to Organization, link and treatment, Reference and contra reference and prevent actions performed in health services. The most participants have low family income up to five years to schooling. The participants positively measures the health services, mainly about the link and treatment. However, these services present weaknesses concerning the medicines availability and needed equipment for treatment and exams. According to elderly, health professionals do not concern for their life conditions, that cooperate for availability or not of the needed resources for their own health care. In second study, a prevalence of 25,7% (52 elderly) of CMD was identified. The prevalence of CMD was bigger among elderly women, when compared to men ($\chi^2=11,241$; $p=0,000$). Most elderly assert living stress situations often. Most elderly with CMD assert seek for medical care in the last six months due to symptoms showed up. However, they didn't receive any medical referral for psychological or psychiatric care. The studies results evidenced point to individual elements, social and programmatic that run through the healthy process, diseases and elderly care in rural cities.

Key Word: Aging, Ruralities, Vulnerabilities

LISTA DE TABELAS

ARTIGO 1

Tabela 1. Frequências e percentuais referentes aos dados sociodemográficos (n=202)	26
Tabela 2. Organização, vínculo e atendimento, resolutividade e prevenção dos serviços de saúde, segundo a avaliação dos participantes ...	28

ARTIGO 2

Tabela 1. Frequências e percentuais referentes aos dados sociodemográficos (n=202 [*])	50
Tabela 2. Média global e por fatores no SRQ-20 apresentadas pelas participantes.	53
Tabela 3. Frequência das respostas afirmativas dos participantes aos itens do SRQ-20 distribuídos por fatores	54
Tabela 4. Atendimento/acompanhamento em saúde mental, antecedentes na família e vivência frequente de estresse.	56

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

ARTIGO 1

Figura 1. Mapa das Macrorregiões de saúde do estado da Paraíba, com seus municípios abrangentes	23
--	----

ARTIGO 2

Figura 1. Mapa das Macrorregiões de saúde do estado da Paraíba, com seus municípios abrangentes.....	xx
---	----

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	10
OBJETIVOS	17
ARTIGO 1 – Avaliação de pessoas idosas sobre os serviços de saúde em cidades rurais	18
Introdução	20
Método	23
Resultados e Discussão	25
Considerações Finais	33
Referências	34
ARTIGO 2 – Transtornos Mentais Comuns em pessoas idosas residentes em cidades rurais	41
Introdução	43
Método	46
Resultados e Discussão	49
Considerações Finais	58
Referências	59
CONSIDERAÇÕES FINAIS	65
REFERÊNCIAS	68
APÊNDICE	73
ANEXO	78

INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é um fenômeno mundial, e tem estado associado à queda na taxa de fecundidade e mortalidade, além do aumento da expectativa de vida tanto para homens quanto para mulheres. Este fenômeno indica projeções para o ano de 2050, com estimativa de cerca de dois bilhões de pessoas idosas no mundo, sendo a sua maioria residente em países em desenvolvimento (Ferreira & Tavares, 2012).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (WHO, 2005), são consideradas idosas as pessoas com idade superior a 65 (sessenta e cinco) anos, para os residentes em países desenvolvidos, e a partir dos 60 anos, para países em desenvolvimento, como é o caso do Brasil. Segundo o último censo populacional (IBGE, 2010) realizado entre os anos de 1999 e 2009, houve aumento na porcentagem de pessoas idosas, que passou de 9,1% para 11,3% da população.

Este crescimento populacional na realidade brasileira se manteve ao longo da última década. É o que demonstram os dados da Pesquisa Nacional por Amostragem de Domicílios (IBGE, 2018), apontando que, no ano de 2012, o grupo de pessoas com 60 anos ou mais de idade correspondia a 12,8% da população. Em 2017, este índice cresceu para 14,6%, correspondendo a um aumento de 18,8% no número de pessoas idosas no país em um período de cinco anos (IBGE, 2018). Em se tratando de Nordeste, a população idosa corresponde a 13,6% da população residente (IBGE, 2018).

Em termos populacionais, estima-se que o país apresente aumento de 650 mil idosos anualmente (Pedreira, Andrade, Barreto, Pinto Junior & Rocha, 2016), podendo alcançar, em 2025, o número de 32 milhões de pessoas. Isto colocará o Brasil na 6ª posição em relação aos países com maior número de idosos no mundo. Ademais, o aumento da população idosa gera modificações em diversos setores sociais, como no

que se refere ao mercado de trabalho, ao consumo e à saúde (Miranda, Mendes & Silva, 2016).

Pensar o envelhecimento populacional a partir de um horizonte que tenha como propósito uma velhice bem-sucedida requer considerar a multiplicidade de fatores que colaboram para uma melhor qualidade de vida. Isto exige mudanças nas estruturas familiares e nas políticas públicas voltadas para atender este grupo etário, o que caracteriza o fenômeno do envelhecimento populacional como desafio para os governos e sociedades (Silva, 2011). A este respeito, destaca-se a saúde mental e o acesso aos serviços de saúde como aspectos importantes para um envelhecimento bem-sucedido.

Para tanto, há que se considerar que o envelhecimento humano é heterogêneo, uma vez que este processo ocorre de diferentes maneiras entre os indivíduos, gerações e sociedades (Uchôa, Firmo & Lima-Costa, 2002; Dawalibi, Anacleto, Witter, Goulart & Aquino, 2013). A velhice é uma etapa da vida que é ao mesmo tempo singular e contextual, ou seja, são vivências idiossincráticas mediadas pelos aspectos sociais, culturais, condições de vida, entre outros.

O lugar onde se vive e contexto que se viveu durante o curso de vida também são fundamentais nesse processo (Pedreira et al., 2016). O lugar onde se vive possui relação com maior ou menor acesso aos bens materiais e simbólicos, como condições de vida, trabalho e renda *per capita* (Silva, Saldanha, Rabelo, Fernandes-Eloi & Araújo, 2019), à exemplo do que se observa em estudos sobre contextos rurais e urbanos (Loureiro, Costa & Santana, 2016; Ximenes & Camurça, 2016).

Entre os diversos contextos para se viver a velhice, este estudo tem por ênfase as pessoas idosas residente em cidades rurais. Não obstante, o termo rural não é aqui considerado como categoria homogênea. Compreende-se a existência de ruralidades, visto que o espaço rural varia conforme a própria realidade brasileira, que possui

dimensões continentais, com ampla diversidade cultural. Mais que isso, os contextos rurais são tecidos, por vezes, a partir de um complexo cruzamento de universos culturais entre o rural e o urbano (Silva, 2017).

É a partir destas ruralidades que se tem verificado diferenças entre os espaços rurais e urbanos em relação às condições do acesso e à qualidade da oferta de serviços de saúde, bem como em relação à ampliação de dispositivos e da capacidade dos mesmos para oferecer o suporte à população mediante políticas públicas de saúde e intersetorial (Loureiro et al., 2016; Ximenes & Camurça, 2016). Estes aspectos são, particularmente, relevantes em virtude das demandas de saúde das pessoas idosas.

No Brasil, o número de famílias residentes em cidades rurais que possuem uma pessoa idosa em sua composição cresceu nas últimas décadas. Quando se compara o número de pessoas com 65 anos ou mais, residentes em cidades rurais, no censo demográfico de 1960 e o número existente no último censo, em 2010, verifica-se um aumento desse grupo etário em 218% (IBGE, 2010). Diante das estimativas de que o número de pessoas idosas seja cada vez mais expressivo, considera-se que as políticas devem responder às características próprias de cada população abrangida, como as populações residentes em contextos rurais, o que favorece a efetividade das ações direcionadas.

O acesso aos serviços de saúde é fator importante para a manutenção da saúde das pessoas e populações. Em contextos rurais, há diversas barreiras para o acesso, como a dificuldade de transportes públicos e coletivos, as distâncias percorridas para acessar os serviços, o que repercute no tempo gasto com o deslocamento (Garbaccio, Tonaco, Estêvão & Barcelos, 2018).

Estudo realizado por Travassos e Viacava (2007) comparou idosos residentes em áreas rurais e urbanas no tocante ao padrão de utilização dos serviços de saúde no

Brasil, no ano de 1998 e 2003. Os autores analisaram o desempenho dos serviços de atenção à saúde, sobretudo em relação ao acesso e a utilização dos serviços. Os resultados evidenciaram que no ano de 2003, 16,6% dos idosos entre os 60 e 69 anos avaliaram seu estado de saúde como ruim ou muito ruim, tendo praticamente duplicado em valor quando se tratando de idosos com 80 anos ou mais. Além disso, o estudo apontou para a discrepância em relação à utilização de serviços de saúde entre idosos residentes em contextos urbanos e rurais, estando os idosos residentes em áreas rurais em desvantagem.

Estas dificuldades de acesso expõem as desigualdades existentes entre populações das diversas regiões brasileiras (Alcântara & Lopes, 2012), evidenciando as iniquidades em saúde, as quais são acentuadas em contextos rurais, quando comparada com as áreas urbanas. Quando o acesso é difícil, as ações em saúde desenvolvidas pelos serviços são prejudicadas, isto porque o uso contínuo dos serviços ofertados está condicionado à facilidade de locomoção até eles e, ainda, à capacidade de resolução da queixa (Silva, Pichelli & Furtado, 2017). Entre as pessoas idosas, a dificuldade de acesso pode dificultar a identificação do diagnóstico e retardar tratamento, o que pode alterar o prognóstico e colaborar para a cronicidade do adoecimento (Alcântara & Lopes, 2012).

As pessoas idosas residentes em cidades rurais possuem, em sua maioria, contextos de vida que aumentam as chances de exposição ao adoecimento, implicando em vulnerabilidades em saúde (Pedreira et al., 2016). Dentre as barreiras estruturais, destaca-se aspectos como pobreza, índices baixos de escolaridade, dificuldade de locomoção, acesso limitado aos serviços de saúde, escassez de informações adequadas a este público, dentre outros (Silva et al., 2017).

Tais questões, agregadas ao decréscimo de suas capacidades funcionais e acentuação de problemas de saúde a nível crônico, são indicativas da existência de uma maior vulnerabilidade vivenciada por esses sujeitos (Pedreira et al., 2016). As pessoas idosas com menor renda familiar são também aquelas que, frequentemente, apresentam maiores necessidades em saúde (Viacava & Bellido, 2016).

O adoecimento, enquanto um processo dinâmico, “envolve determinantes biológicos e comportamentais, sociais e psicossociais, técnicos e políticos que o influenciam já desde as condições que possibilitam seu surgimento, evolução e desfecho até as diferentes formas como podemos responder a eles” (Ayres, Paiva & França Jr., 2012, p. 89). O modo como as pessoas idosas percebem e avaliam o acesso aos serviços de saúde possui relação com as vulnerabilidades em saúde.

Neste estudo, o conceito de vulnerabilidade se ancora como perspectiva teórica importante no campo da saúde pública, em decorrência da sua capacidade de abranger os processos de saúde, doença e cuidados. Assim, a vulnerabilidade é definida como “o movimento de considerar a chance de exposição das pessoas ao adoecimento como a resultante de um conjunto de aspectos não apenas individuais, mas também coletivos [e] contextuais” (Ayres, França Jr., Calazans & Saletti Filho, 2003, p.127). O quadro teórico da vulnerabilidade possibilita a análise de processos de saúde doença de forma ampla, sem individualizar os repertórios explicativos.

Trata-se de uma perspectiva teórica que abarca a complexidade do processo saúde doença e demanda o diálogo interdisciplinar. Além disso, o quadro das vulnerabilidades, sob embasamento nos direitos humanos, considera que as condições sociais, políticas, e econômicas, por exemplo, podem ser geradores de iniquidades em saúde. Ou seja, geram diferenças em termos de adoecimento e morte que poderiam ser evitados (Silva et al., 2017). São processos de adoecimento socialmente

construídos e materializados. Nesta direção, é possível afirmar que “os idosos estabelecem estratégias de enfrentamento de acordo com suas capacidades, histórias de vida e experiências individuais frente às desigualdades sociais e de saúde, diante dos problemas apresentados” (Alcântara & Lopes, 2012, p.110).

As pessoas idosas residentes em contextos rurais, além de apresentarem maior suscetibilidade ao adoecimento, ainda enfrentam obstáculos para chegar até os serviços disponíveis, os quais nem sempre atendem às suas necessidades. Esta situação é agravada pelos baixos rendimentos da maioria das pessoas idosas na realidade brasileira (Tonezer, Pit & Trzcinski, 2017).

A renda e a escolaridade estão relacionadas com a procura por serviços de saúde de forma preventiva, sendo aqueles com menores rendas e escolaridade os que menos utilizam os serviços de saúde (Almeida, 2015). Verifica-se que as pessoas idosas de contextos urbanos apresentam maior probabilidade de procurar tratamentos preventivos em serviços de saúde quando comparados com os residentes em contextos rurais (Almeida, 2015).

As demandas em saúde mental também têm sido recorrentes em pessoas idosas (Furtado, 2016), dentre as quais destaca-se os Transtornos Mentais Comuns (TMC). A ocorrência de TMC pode gerar prejuízos para a qualidade de vida e a saúde mental das pessoas idosas (Silva, 2011). Trata-se de um sofrimento psíquico que tem acometido pessoas nas variadas faixas etárias e estão inseridos dentro das chamadas Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) (Furtado, Saldanha, Moleiro & Silva, 2019). Além sofrimento psíquico gerado, os TMC`s também afetam outras áreas da vida, o que pode colaborar para o isolamento social das pessoas (Silva-Junior & Fischer, 2015), ideação suicida (Monteiro, Bahia, Paiva, Sá & Minayo, 2015), dentre outras consequências (Borges, Hegadoren & Miasso, 2015).

Os Transtornos Mentais Comuns são caracterizados como um conjunto de sintomas, muitas vezes difusos, que acabam afetando o exercício das atividades diárias (Furtado et al., 2019). Contudo, os sintomas apresentados em quadros de TMC não correspondem, em sua totalidade, aos critérios estabelecidos nos manuais de diagnóstico de transtornos mentais (Coutinho, Matijasevich, Scazufca & Menezes, 2014).

Dentre os sintomas que caracterizam os Transtornos Mentais Comuns estão insônia, dificuldades concentração e memória, fadiga, irritabilidade, sintomas gástricos, dentre outros. Sintomas de ansiedade e depressão também são considerados, em conjunto com outros aspectos, indicativos de TMC. As pessoas podem se queixar de choro frequente, pensamentos suicidas e tristeza (Coutinho et al., 2014; Furtado et al., 2019) Para Souza et al. (2017), quando comparados a outros transtornos psíquicos, os Transtornos Mentais Comuns são considerados um sofrimento difuso e inespecífico.

Os Transtornos Mentais Comuns em cidades rurais, são comumente chamados de “doença dos nervos” pelas pessoas do senso comum (Arôca, 2009; Macêdo, Dimenstein, Silva, Sousa, & Costa, 2018; Furtado et al., 2019). Estudos recentes (Furtado et al., 2019; Soares; Meucci, 2018; Silva et al., 2019) têm considerado o contexto social, como um dos principais fatores relacionados na etiologia e no prognóstico dos TMC (Coutinho et al. 2014). As pessoas do sexo feminino, com baixa renda e pouca escolaridade têm sido os mais acometidos pelos sintomas (Borim, Barros, & Botega, 2013; Coutinho et al. 2014; Lucchese, Sousa, Bonfin, Vera, & Santana, 2014; Soares; Meucci, 2018).

Em pessoas idosas, os sintomas indicativos de TMC têm sido identificados como uma demanda recorrente. Contudo, as queixas somáticas, muitas vezes, são ignoradas por profissionais e pelos familiares por considerarem como sintomas e próprios do envelhecimento (Silva et al., 2019). Este aspecto dificulta o diagnóstico precoce e

colabora para o não reconhecimento dos sintomas apresentados pelas pessoas idosas nos serviços de saúde.

Frente ao exposto, este estudo considerou as questões de pesquisa: Como as pessoas idosas em cidades rurais avaliam o atendimento e o acesso aos serviços de saúde? Qual a prevalência de Transtornos Mentais Comuns entre as pessoas idosas residentes em cidades rurais? Esta dissertação está estruturada em dois artigos, os quais constituem estudos complementares. Além disso, os dois artigos caracterizam os objetivos específicos da dissertação tendo em vista responder às questões de pesquisa e ao objetivo geral, conforme descrito a seguir.

OBJETIVOS

Objetivo geral

- Analisar as vulnerabilidades em saúde de pessoas idosas residentes em cidades rurais a partir da avaliação sobre os serviços de saúde e da prevalência dos Transtornos Mentais Comuns.

Objetivos específicos

- Analisar a avaliação de pessoas idosas residentes em cidades rurais sobre os serviços de saúde.
- Analisar a prevalência de Transtornos Mentais Comuns em pessoas idosas residentes em cidades rurais.

Avaliação de pessoas idosas sobre os serviços de saúde em cidades rurais

Evaluation of Elderly people about to health services in rural cities

Victória Rayane Silva Freitas

Josevânia da Silva

Resumo: Esta pesquisa teve por objetivo analisar a percepção de pessoas idosas residentes em cidades rurais sobre o atendimento e o acesso aos serviços de saúde. Participaram 202 pessoas com idades igual ou superior a 60 anos. Foram utilizados como instrumentos de coleta de dados: a) Questionário sociodemográfico; b) Questionário de Avaliação dos Serviços de Saúde. Os dados foram analisados através de estatística descritiva. Os participantes avaliaram aspectos relativos à Organização, Vínculo e Atendimento, Resolutividade, Referência e Contra referência e ações de Prevenção realizadas nos serviços de saúde. A maioria dos participantes possui baixa renda familiar e até cinco anos de escolaridade. Os participantes avaliaram positivamente os serviços de saúde, sobretudo em relação às dimensões vínculo e atendimento. Contudo, estes serviços ainda apresentem fragilidades relativas à disponibilidade de medicamentos, de equipamentos necessários para o atendimento e de exames. Segundo os idosos, os profissionais de saúde não procuram saber sobre suas condições de vida, as quais colaboram para a disponibilidade ou não de recursos necessários para cuidado da própria saúde. Há que se considerar que a noção sobre o que vem a ser bom ou ideal está relacionada, em parte, a noção de direitos e cidadania que os usuários possuem.

Palavras chave: Idosos, Ruralidades, Acesso, Serviços de saúde.

Abstract: This reaserch aimed at analyzing the perception of elderly people living at rural cities concerning to the treatment and access to health services. Took part of this research 202 people in upper or equal to 60 years. As a data collection instruments were used: a) Sociodemographic questionnaire; b) Evaluation of health services questionnaire. The data were analyzed by the descriptive statistics. The participants measured aspects concerning to Organization, link and treatment, Reference and contra reference and prevent actions peformed in health services. The most participants hava low family income up to five years to schooling. The participants positively measures the health services, mainly about the link and treatment. However, these services present weaknesses concernig the medicines availability and needed aquipment for treatment and exams. Accordind to elderly, health professionals do not concern for their life conditions, that cooperate for availability or not of the needed resources for their own health care. One must take into consideration the knowledge about what is ideal or good, is part related to the right and citizenship particioants' notion.

Key words: Elderly, Rurality, Access, Health Services.

INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, o Sistema único de Saúde (SUS) apresentou avanços importantes, sobretudo em relação à sua cobertura territorial (Souza, Malta, França, & Barreto, 2018; Mendes, Carnut & Guerra, 2018). Sabe-se, no entanto, que ainda existem dificuldades para oferecer um atendimento que corresponda às necessidades das populações (Cecilio, & Reis, 2018; Melo, Mendonça, Oliveira, & Andrade, 2018; Mendes et al., 2018). Dentre as dificuldades, destaca-se o acesso aos serviços de saúde, uma vez que este varia conforme o local de moradia das pessoas, condições geográficas, contextos políticos e econômicos, dentre outros.

A adequada assistência à saúde, necessariamente, requer considerar o acesso enquanto dimensão que está pautada nos preceitos da humanização (Lima et al., 2016; Cruz, Almeida, Figueredo & Dos, 2017). Nesse sentido, ao se analisar as dificuldades de acesso, há que se considerar a dimensão geográfica e organizacional (Starfield, 2002).

Na dimensão geográfica, considera-se a distância percorrida pelos usuários para acessar os serviços de saúde (Starfield, 2002). Em contextos rurais, este aspecto é determinante, visto que em muitas cidades rurais os domicílios são distantes dos serviços de saúde, o que é agravado pela ausência de transporte público e de qualidade. Por sua vez, a dimensão organizacional considera a disponibilidade dos serviços de saúde (Starfield, 2002; Albuquerque, Lyra, Farias, Mendes & Martelli, 2014), os tipos de serviços existentes e em que medida correspondem às necessidades dos usuários. Ademais, é considerada a adequação dos profissionais conforme as demandas (Starfield, 2002).

A avaliação do acesso aos serviços por profissionais de saúde tem evidenciado fragilidades em relação à diversos aspectos, tais como: disponibilidade de insumos,

ausência da integralidade, disponibilidade de exames e medicamentos, entre outros (Albuquerque et al., 2014; Lima et al., 2016). Estudos que contemplam a percepção dos usuários idosos têm apresentado resultados na mesma direção (Alcântara & Lopes, 2012; Almeida, 2015; Garbaccio et al., 2018). Em geral, aspectos como resolutividade, referência e contrarreferência, apresentam fragilidades, as quais são acentuadas em contextos rurais (Costa, Silva, Soares, Borth, & Honnef, 2017).

Outros estudos (Albuquerque & Melo, 2010; Cruz, Parente, Mesquita, & Jerônimo, 2018; Moimaz, Lima, Garbin, Corrente, & Saliba, 2016), no entanto, apresentam avaliações positivas dos usuários sobre os serviços de saúde. Em parte, esta avaliação é proporcional ao entendimento que os usuários têm sobre seus direitos e o acesso às informações necessárias para compreender o SUS e o que determina seus princípios. Outra explicação diz respeito ao horizonte de referência que os usuários têm, sobretudo os idosos. Segundo Albuquerque e Melo (2010), antes da constituição de 1988, as pessoas ficavam às margens do acesso aos cuidados em saúde pública.

Os municípios de pequeno porte, os chamados contextos rurais, apresentam desafios em termos de assistência em saúde, a exemplo da rotatividade de profissionais, fragilidade nas condições de trabalho, explicada também pela dificuldade econômica em custear as demandas de saúde dessas populações (Miclos et al, 2017). É nesse contexto que tem ocorrido o aumento do número de famílias que possuem idosos em sua composição (Beltrão, Camarano & Mello, 2005), o que tem relação com o envelhecimento populacional no Brasil.

Seja em espaços rurais ou urbanos, as pessoas idosas, com o avançar da idade, estão mais vulneráveis ao adoecimento. A vulnerabilidade à determinado agravo pode ser compreendida como “o movimento de considerar a chance de exposição das pessoas ao adoecimento como a resultante de um conjunto de aspectos não apenas individuais,

mas também coletivos [e] contextuais” (Ayres, França Jr., Calazans & Saletti Filho, 2003, p.127). Trata-se de um processo que está relacionado com dimensões individuais, sociais e institucionais, o que inclui a análise de políticas públicas e o direcionamento de ações voltados às necessidades das populações.

Esta suscetibilidade, portanto, varia em razão das condições de vida das pessoas e seus recursos para enfrentamento não só na velhice, mas ao longo da vida. Contudo, as pessoas idosas residentes em contextos rurais vivenciam vulnerabilidade em um cenário de maior carência estrutural, de saneamento básico, de transportes, entre outros (Almeida, 2015; Garbaccio et al., 2018; Pedreira et al., 2016). Questões como pobreza, baixa escolaridade e acesso adequado a informações a respeito dos serviços de saúde e de sua própria saúde aparecem como barreiras para um envelhecimento saudável no meio rural (Silva, 2017).

O quadro teórico da vulnerabilidade colabora para a análise do acesso aos serviços de saúde pelos idosos de cidades rurais. A dimensão programática/institucional da vulnerabilidade está relacionada ao cumprimento dos próprios princípios de universalidade, equidade e integralidade (Ayres, Paiva & Buchalla, 2012), estabelecidos pela Lei Orgânica (Noronha, Lima, & Machado, 2012).

Estes princípios orientam a atuação do SUS, com destaque para a atenção à saúde a partir de estratégias que atendam às demandas sociais (Ayres et al., 2012). Assim, ao considerar os desafios em termos de assistência em saúde nos contextos rurais, se faz necessário verificar a percepção que as pessoas idosas possuem sobre os serviços de saúde. Deste modo, este estudo teve por objetivo analisar a avaliação de pessoas idosas residentes em cidades rurais sobre o atendimento e o acesso aos serviços de saúde.

MÉTODO

Tipo de estudo

Esta pesquisa se caracteriza como sendo exploratória, descritiva, transversal, com abordagem quantitativa.

Local da Pesquisa

A pesquisa foi realizada em cidades rurais paraibanas. Para a escolha das cidades, foi considerada a divisão regional adotada pela Secretaria Estadual de Saúde, tendo em vista a identificação das vulnerabilidades em saúde. Esta divisão regional corresponde a quatro macrorregiões de saúde (João Pessoa, Campina Grande, Patos e Sousa), as quais são formadas por 16 microrregiões, conforme demonstrado na figura 1.

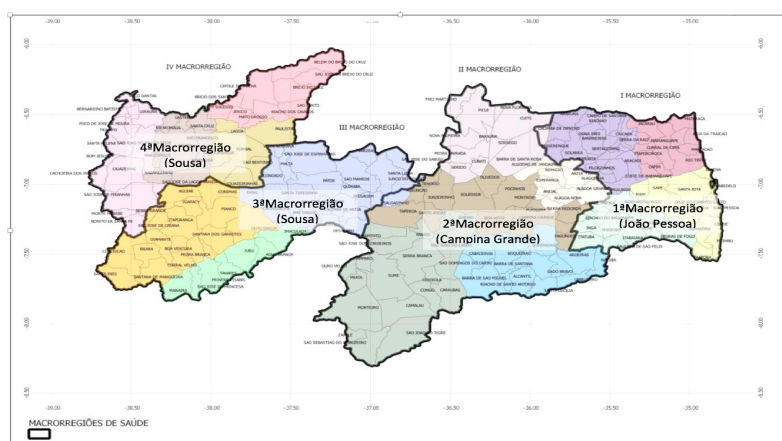


Figura 1. Mapa das Macrorregiões de saúde do estado da Paraíba, com seus municípios abrangentes.

No total, têm-se 223 municípios, dos quais 155 (69,5%) comportam menos de 10.000 habitantes, tendo sido esses municípios o lócus da pesquisa por caracterizarem-se como municípios de pequeno porte. Assim, para melhor caracterizar as cidades rurais, esta pesquisa foi realizada em municípios com população de 10.000 habitantes. Para tanto, foi sorteada quatro cidades em cada macrorregião de saúde para a coleta de dados, totalizando 16 cidades.

Participantes

Participaram, de forma não probabilística e acidental, 202 pessoas idosas com idades variando de 60 a 92 anos ($M=68,57$; $DP=6,52$), sendo a maioria do sexo feminino (67,8%). Foram adotados os seguintes critérios de inclusão: possuir idade igual ou superior a 60 anos; residir em cidade rural (com até 10 mil habitantes) da Paraíba; residir na cidade há, no mínimo, seis meses; participar de forma voluntária da pesquisa.

Instrumentos

Para a realização da coleta de dados foram utilizados os instrumentos que seguem: a) *Questionário sociodemográfico*, com questões versando sobre renda, escolaridade, cidade de residência, idade, religião, estado civil e sexo; b) *Questionário de Avaliação dos Serviços de Saúde*, este instrumento é formado por questões sobre a organização, vínculo e atendimento, resolutividade e ações de prevenção dos serviços de saúde. Trata-se de um instrumento objetivo, com escala de resposta dicotômica, do tipo sim ou não. Este questionário foi construído por Saldanha (2011) para pesquisas em diversos contextos, bem como já foi utilizado com pessoas de cidades rurais com idades iguais ou superior a 50 anos (Silva, 2015). Neste estudo, antes da aplicação do questionário na amostra definitiva, foi realizado um estudo piloto para verificar a compreensão dos participantes sobre os itens do instrumento e sobre a adequação da escala de resposta. O estudo piloto foi realizado em uma cidade rural definida através de sorteio, no qual participaram trinta pessoas, que foram escolhidas de forma não probabilística e acidental.

Procedimentos

A aplicação dos instrumentos ocorreu de forma individual por uma equipe de pesquisa, que foi anteriormente treinada para o procedimento de coleta de dados. Os participantes foram abordados em praças, logradouros, feiras públicas e residências. No momento da abordagem, foram explicitados os objetivos do estudo e o convite para participar. Antes da aplicação dos instrumentos, foi solicitado a cada participante que assinasse o “Termo de Consentimento Livre e Esclarecido”. Em seguida, seguiu-se com a aplicação dos instrumentos. O tempo médio de aplicação dos instrumentos de 20 minutos.

Análise de Dados

Os dados foram analisados através de estatística descritiva e de posição (frequência, porcentagem, média, Desvio Padrão). Para tanto, os dados foram processados através do software SPSS, versão 22.

Aspectos Éticos

Esta pesquisa foi apreciada e aprovada (CAAE: 79139817.3.0000.5187) pelo Comitê de ética da Universidade Estadual da Paraíba. Seguiram-se todos os procedimentos de acordo com a “Resolução nº 466/2012 Sobre Pesquisa Envolvendo Seres Humanos”. Os participantes foram informados sobre sua participação voluntária, a qual poderia deixar de ocorrer a qualquer momento da pesquisa assim como sobre a garantia de seu anonimato. Ainda, os pesquisadores se colocaram à disposição para prestar quaisquer esclarecimentos necessários durante e após a realização da pesquisa.

Resultados e Discussão

Em relação ao perfil sociodemográfico, a maioria dos participantes era sexo feminino, aposentada, casada e residindo em cidades rurais da macrorregião de Campina Grande. Observa-se ainda um baixo nível de escolaridade, além da renda familiar está entre um e dois salários para a maioria dos participantes. Estes e outros dados podem ser observados na tabela abaixo.

Tabela 1. Frequências e percentuais referentes aos dados sociodemográficos (n=202*).

Variáveis	f (%)
<i>Macrorregião de saúde</i> (n=202)	
Campina Grande	74 (36,6)
João Pessoa	52 (25,7)
Patos	42 (20,8)
Sousa	34 (16,8)
<i>Sexo</i> (n=202)	
Feminino	138 (67,8)
Masculino	65 (32,2)
<i>Escolaridade</i> (n=198)	
Sem escolarização	64 (31,7)
Fundamental I	82 (41,4)
Fundamental II	26 (13,1)
Médio	21 (10,6)
Superior	05 (2,5)
<i>Situação laboral</i> (n=147)	
Aposentado	124 (84,4)
Desemprego	13 (8,2)
Empregado	11 (7,5)
<i>Renda familiar mensal</i> (n=166)	
Menor que 1 salário	25 (15,1)
Entre 1 e 2 salários	125 (75,3)
Entre 3 e 4 salários	16 (9,6)
<i>Estado Civil</i> (n=201)	
Casado	125 (62,5)
Viúvo	39 (19,5)
Separado/divorciado	19 (9,5)
Solteiro	17 (8,5)
<i>Religião</i> (n=201)	
Católico	168 (84)
Evangélico	28 (14)
Espírita	01 (0,5)
Outras	03 (1,5)

f: frequência; n*: o n amostral foi de 202 participantes. Contudo, alguns participantes não responderam a todas as questões, por isso a diferença no número do n amostral em algumas variáveis.

Em face ao envelhecimento populacional, verifica-se a chamada feminização da velhice. Os resultados demonstram que, em cidades rurais, este aspecto também aparece. Contudo, a maior expectativa de vida nem sempre corresponde a melhores condições de saúde entre os idosos, sobretudo entre os que residem em contextos rurais (Souza, 2019).

Nestas localidades, são evidenciadas a baixa infraestrutura, ausência ou insuficiência de transporte público, pouco acesso a consultas médicas, dentre outras questões que estão diretamente relacionadas a maior suscetibilidade de indivíduos e populações ao adoecimento (Pedreira et al., 2016; Pitilin & Lentsck, 2015). Estes aspectos fazem parte do conjunto de elementos que apontam para a vulnerabilidade programática, o que é potencializada pela escassez de recursos pessoais e sociais (Silva et al., 2019).

Quando se considera as variáveis renda familiar e escolaridade, verifica-se que o perfil sociodemográfico das pessoas idosas das cidades rurais aponta para a vulnerabilidade social. Renda e escolaridade possuem relação com o acesso à informação e manutenção de condições necessárias para a qualidade de vida e saúde, à exemplo da alimentação, trabalho, condições de moradia, etc. a maior suscetibilidade ao adoecimento (Santos, Mesquita, Arruda & Gerhardt., 2018; Silva, Souza, Silva, Barbosa & Fonseca, 2018).

Resultados nesta direção foram evidenciados no estudo de Arruda, Maia e Alves (2018), que comparou variáveis sociodemográficas de moradores de contextos rurais e urbanos. Em relação ao nível de escolaridade, 9% dos residentes em espaços urbanos não possuíam escolaridade, já o número dos residentes em espaços rurais, sem escolaridade, foi de 24%. Numa perspectiva que considera os processos de vulnerabilidade em saúde, compreende-se que as discussões acerca da saúde e doença

deveriam partir da compreensão dos contextos socioculturais nos quais estão inseridas as pessoas.

É a partir deste cenário de vulnerabilidade individual, social e programática que as pessoas idosas avaliaram os serviços de saúde. Em geral, verificou-se avaliações positivas pela maioria dos participantes (ver tabela 2).

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

VARIÁVEIS	NÃO f (%)	SIM f (%)
Organização		
Tinha todos os medicamentos que você precisava?	100 (50,8)	97 (49,2)
Tinha todos os equipamentos necessários ao atendimento do seu problema de saúde?	91 (46,2)	106 (53,8)
Foram disponibilizados os exames solicitados?	90 (45,9)	106 (54,1)
Tinham os profissionais de saúde adequados ao seu atendimento?	52 (26,4)	145 (73,6)
Vínculo e atendimento		
Você sente que é bem recebido pelos profissionais de saúde?	14 (7,1)	184 (92,9)
Você sente que entende o que o profissional quer dizer?	21 (10,7)	176 (89,3)
Em geral, os profissionais explicam suas dúvidas?	27 (13,8)	168 (86,2)
Você recebe explicações sobre os medicamentos passados pelos profissionais?	41 (21,4)	151 (78,6)
Os profissionais pedem informações sobre suas condições de vida e da família?	140 (71,8)	55 (28,2)
Você sente que o tempo é suficiente para o profissional explicar bem as suas preocupações e tirar as suas dúvidas?	57 (28,9)	140 (71,1)
Quando você retorna ao serviço de saúde com os exames é examinado pelo mesmo profissional de saúde?	72 (38,1)	117 (61,9)
Você já se sentiu rejeitado pelos profissionais do serviço de saúde?	173 (88,3)	23 (11,7)
Você sente vergonha em falar sobre seus problemas com os profissionais de saúde?	157 (79,7)	40 (20,3)
Resolutividade		
Você costuma fazer os exames solicitados?	31 (15,6)	168 (84,4)
Você costuma retornar ao serviço de saúde quando o médico marca?	20 (10,0)	180 (90,0)
Os seus problemas são resolvidos no serviço de saúde?	48 (24,0)	152 (76,0)
Prevenção		
Você já foi convidado a participar de grupos sobre saúde no serviço saúde?	125 (63,1)	73 (36,9)
Existem campanhas/trabalhos educativos no serviço de saúde?	76 (38,2)	123 (61,8)
Já foi oferecido a você o teste de HIV/AIDS?	166 (86,0)	27 (14,0)
É feita distribuição de camisinhas no serviço de saúde?	40 (21,3)	148 (78,7)

Considerando a dimensão *Organização dos Serviços de Saúde*, foram avaliadas pelos idosos a disponibilidade de medicamentos, equipamentos e exames, bem como a presença de profissionais nas unidades básicas de saúde. Em relação aos medicamentos, pouco mais da metade dos idosos (50,8%) afirmaram não ter medicações disponíveis nos serviços. Esta percepção mediana vai de encontro aos princípios norteadores do SUS, que assume a garantia na Atenção Básica (AB) de uma atenção integral a saúde, incluindo os serviços de assistência farmacêutica, um dos pontos norteadores das políticas públicas de saúde (Álvares et al., 2017).

A literatura (Tavares et al., 2017; Oliveira et al., 2015; Nascimento et al., 2017; Álvares et al., 2017) tem evidenciado a escassez de medicamentos nas unidades de saúde, assim como usuários das cidades rurais ratificam a incipiência de medicamentos, além da ausência frequente dos profissionais nas Estratégias de Saúde da Família (ESF's). Os resultados encontrados diferem da avaliação encontrada no estudo de Pinto, Burille, Barbosa e Ferla (2015). Segundo o estudo dos pesquisadores, 57% dos usuários afirma obter os medicamentos prescritos na própria UBS. Ainda assim, 43% dos usuários apontaram para a não disponibilidade de medicamentos nos serviços de saúde (Pinto et al., 2015).

A política de saúde brasileira está pautada na Universalidade da assistência em saúde, o que inclui a disponibilidade de exames e equipamentos necessários para um atendimento de qualidade no território nacional. Todavia, 46,2% dos idosos afirmaram não existir os equipamentos necessários para o atendimento, e 45,9% apontaram a ausência da realização de exames. Estes achados estão de acordo com a literatura (Pimentel, Albuquerque & Souza, 2015; Vieira et al., 2016; Schimitt, Maia, Almeida & Adamy, 2015) que tem confirmado a incipiência de materiais e equipamentos, especialmente em cidades de pequeno porte.

Em relação à presença de profissionais nos serviços de saúde, a avaliação dos participantes foi positiva. Diferente dos resultados encontrados, o estudo realizado por Oliveira et al. (2015) apontou que os usuários entrevistados percebiam os profissionais ausentes nos serviços de saúde de forma constante. A ausência de profissionais, frequentemente, faz referência a algumas especialidades médicas. Vale ressaltar então que este estudo, a avaliação positiva sobre a presença dos profissionais versou sobre os profissionais em geral, como os enfermeiros, agentes comunitários de saúde e os técnicos de saúde.

Na dimensão *Vínculo e Atendimento*, os idosos pesquisados afirmaram que se sentem bem acolhidos nos serviços. A prática de acolhimento tem sido evidenciada em outros estudos (Frank et al., 2015; Lopes et al., 2015) como uma ferramenta de melhoria na relação profissional e usuário, bem como para o fortalecimento de vínculos, tendo em vista se tratar de instrumento de promoção de saúde e princípio norteador da Política Nacional de Humanização. A satisfação ou insatisfação com os serviços de saúde tem estado mais associada aos vínculos estabelecidos entre aquele que demanda e o que é demandado, e não necessariamente em razão do atendimento a determinada demanda de saúde (Pinto et al., 2015).

Em geral, a avaliação das pessoas idosas sobre o atendimento recebido nos serviços de saúde foi positiva. A avaliação menos positiva foi relativa ao retorno da consulta para o mesmo profissional, o que pode estar relacionado à rotatividade de profissionais nos serviços de saúde. Resultado semelhante foi encontrado em pesquisa realizada por Frank et al. (2015), na qual 76,4% dos usuários afirmaram compreender as explicações oferecidas pelos profissionais, 70,5% estavam satisfeitos com o tempo dos atendimentos, e 64,5% se sentiram à vontade para falar com os profissionais.

A única avaliação negativa na dimensão *Vínculo e Atendimento* diz respeito ao fato de os profissionais de saúde não procurarem informações sobre as condições de vida dos usuários. Nessa direção, em estudo realizado por Protasio, Gomes, Machado e Valença (2017), usuários ressaltaram a importância do questionamento dos profissionais em relação a assuntos como as condições de vida. O estudo apontou a relação significativa entre satisfação do usuário e tempo de consulta, evidenciando que estes se sentem satisfeitos quando os profissionais os deixam falar sem tempo estimado (Protasio et al., 2017). Estes resultados evidenciam que, além da dimensão clínica e patológica, as pessoas idosas demandam cuidados em saúde que abarquem aspectos sociais e subjetivos, o que colabora para o fortalecimento de vínculos nos serviços de saúde (Silva et al., 2017).

A satisfação dos idosos esteve relacionada ao esclarecimento de suas dúvidas e a construção de vínculos. Estes resultados estão pactuados com o que preconiza a Política nacional de Atenção Básica (PNAB) (2011/2017), que entende que a ESF é o local adequado para que a população tenha a maior parte de seus problemas de saúde resolvidos, contribuindo para o aumento da confiança e fortalecimento dos vínculos entre profissionais e usuários (Brasil, 2011; 2017).

Os usuários tendem a avaliar de forma positiva os profissionais de saúde que lhes oferecem possibilidade de diálogo de forma horizontal e se mostram interessados em conhecer suas histórias de vida (Santos, Souza & Cardozo, 2016). Ademais, o vínculo formado entre o usuário e os profissionais colabora para a permanência dos usuários nas ações da atenção básica. Em razão disto, são mais exitosas as ações em saúde voltadas para a redução das vulnerabilidades em saúde.

Quanto à *Resolutividade*, a maioria das pessoas idosas afirmou fazer os exames solicitados, retornarem ao serviço de saúde quando marcado e que seus problemas de

saúde foram resolvidos no serviço. Quanto à *Prevenção*, a maioria dos usuários afirmou que foi convidado para participar de grupos sobre prevenção em saúde, que existem campanhas/trabalhos educativos no serviço. As pessoas idosas afirmaram, em sua maioria, que receberam convite para realização do teste de HIV/Aids, bem como afirmam a disponibilidade de preservativos no serviço.

Em geral, os participantes avaliaram positivamente os serviços de saúde nas dimensões apresentadas. Estas avaliações apontam para a perspectiva dos usuários. Para verificar em que medidas estas avaliações correspondem à realidade seria necessária uma avaliação que abarcasse a análise dos serviços, o que não foi objetivo deste estudo.

Avaliações positivas sobre os serviços de saúde na perspectiva dos usuários também foram verificadas em outros estudos (Albuquerque & Melo, 2010; Cruz et al., 2018; Moimaz et al., 2016). Neste estudo, é importante considerar que se trata de pessoas idosas e residentes em contextos rurais, localidades que apresentaram melhorias na cobertura e nos atendimentos em saúde nas últimas décadas. Além disso, é possível que muitos dos participantes levem em conta suas experiências anteriores em outros períodos, nos quais a saúde da população em geral dependia da caridade de instituições religiosas.

Por fim, foi solicitado aos participantes que atribuíssem, numa escala de 0 a 10, uma nota para a equipe de saúde e para a estrutura do serviço de saúde do município. Em relação ao primeiro aspecto, as equipes de saúde receberam uma avaliação média de 7,65 (DP=2,92), já a avaliação da estrutura do serviço de saúde recebeu uma avaliação média de 6,95 (DP = 3,08), demonstrando avaliações moderadas por parte dos idosos.

A literatura (Almeida, 2015; Garbaccio et al., 2018; Pedreira et al., 2016) evidencia diferenças no tocante às iniquidades em saúde quando se compara os contextos rurais com os urbanos. Contudo, neste estudo, os serviços de saúde de cidades

rurais da Paraíba foram avaliados, em sua maioria, de forma positiva, embora ainda apresentando aspectos de fragilidade. Estes resultados são importantes na medida que servem como feedback sobre a percepção dos usuários atendidos pelas políticas públicas de saúde dos municípios.

Na atenção básica, a linha de cuidados direcionadas às pessoas idosas é norteadas por uma política pública ampla de cuidado, o que de certo modo colabora para que os serviços direcionem ações específicas para este grupo etário. Nessa direção, o documento “Diretrizes para o cuidado das pessoas idosas no SUS: proposta de Modelo de Atenção Integral”, publicado pela Coordenação de Saúde da Pessoa Idosa do Ministério da Saúde teve por objetivo “fomentar discussões sobre as diretrizes para o cuidado das pessoas idosas no SUS e propor um modelo de atenção integral que contribua na organização do cuidado ofertado pelos estados e municípios brasileiros” (Brasil, 2014, p.6).

Considerações Finais

Esta pesquisa evidenciou que a avaliação dos serviços de saúde em cidades rurais, na perspectiva dos idosos, pode ser compreendida a partir das dimensões propostas pelo quadro teórico da vulnerabilidade. Os resultados apontam para elementos individuais, sociais e programáticos.

Considerando a dimensão social da vulnerabilidade, a maioria dos participantes possui baixa renda familiar e até cinco anos de escolaridade. Estes aspectos aumentam a suscetibilidade dos idosos ao adoecimento, uma vez que tem relação com as condições de vida. Ademais, as pessoas idosas avaliaram de forma positiva os serviços de saúde, sobretudo em relação às dimensões vínculo e atendimento. Contudo, estes serviços ainda apresentem fragilidades relativas à disponibilidade de medicamentos, de

equipamentos necessários para o atendimento e de exames, apontando para dimensão programática/institucional da vulnerabilidade.

Outro item avaliado negativamente fazia referência ao interesse dos profissionais sobre a vida dos usuários. Ou seja, segundo os idosos, os profissionais não procuram saber sobre suas condições de vida. Contudo, as condições materiais e objetivas da vida (como trabalho, moradia, lazer, entre outros), em parte, colaboram para a disponibilidade ou não de recursos necessários para cuidado da própria saúde.

Ainda que sejam observadas avaliações positivas sobre os serviços de saúde em cidades rurais, deve-se considerar que esta avaliação é particularizada pela vivência dos usuários. Além disso, a noção sobre o que vem a ser bom ou ideal está relacionada, em parte, a noção de direitos e cidadania que os idosos possuem. Nesta direção, entende-se que este estudo oferece subsídios para a realização de reflexões que possibilitem o planejamento e execução de ações em saúde que atenda às reais demandas das pessoas idosas residentes em contextos rurais.

Referências

- Albuquerque, F., & de Freitas Melo, C. (2010). Avaliação dos serviços públicos de saúde em duas capitais nordestinas do Brasil. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 26(2), 323-330.
- Albuquerque, M. D. S. V. D., Lyra, T. M., Farias, S. F., Mendes, M. F. D. M., & Martelli, P. J. D. L. (2014). Acessibilidade aos serviços de saúde: uma análise a partir da Atenção Básica em Pernambuco. *Saúde em Debate*, 38, 182-194. DOI: 10.5935/0103-1104.2014S014.

- Alcântara, L. R., & Lopes, M. J. M., (2012). Estrutura de Serviços e Acesso a Consumos em Saúde por Idosos em um Contexto Rural do Sul do Brasil. *Revista do Desenvolvimento Regional - REDES*, 17 (1), 94-114.
- Almeida, A. N. (2015). O acesso aos serviços de saúde pelos idosos no Brasil com base na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) entre 1998 e 2008. *Jornal Brasileiro de Economia da Saúde*, 7(1), 43-52.
- Álvares, J., Guerra Junior, A. A., Araújo, V.E., Almeida, A. M., Dias, C.Z., Oliveira, B.A., Costa, E. A., Guibu, I. A., Soeiro, O. M., Leite, S. N., Karnikowski, M. G. O., Costa, K. S., Acurcio, F. A., (2017) Acesso aos medicamentos pelos usuários da atenção primária no Sistema Único de Saúde. *Rev Saude Publica*.51 Supl 2:20s. <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2017051007139>
- Arruda, N. M., Maia, A. G., & Alves, L. C. (2018). Desigualdade no acesso à saúde entre as áreas urbanas e rurais do Brasil: uma decomposição de fatores entre 1998 a 2008. *Cad. Saúde Pública* 34 (6) 2.
- Ayres, J. R., França Jr., I., Calazans, G. J., & Saletti Filho, H. C. (2003). O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios (116-138). In: Czeresnia, D.; Machado Freitas, C. (Org.). *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências* (116-138). Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Ayres, J. R. C. M., Paiva, V. & Buchalla, C. M. (2012). Direitos humanos e vulnerabilidade na prevenção e promoção da saúde: uma introdução. In. V. Paiva, J. R. C. M. Ayres, & C. M. Buchalla (Coor.), *Vulnerabilidade e Direitos Humanos: Prevenção e Promoção de Saúde* (p. 9-22). Curitiba: Juruá.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2014). Diretrizes para o cuidado das pessoas idosas no SUS. Proposta de modelo de atenção integral. In *XXX Congresso Nacional de Secretarias Municipais e Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde.

Beltrão, K. I; Camarano, A. A; Mello, J. L. Mudanças nas condições de vida dos idosos rurais brasileiro; resultados não esperados dos avanços da Seguridade rural. IPEA, Rio de Janeiro, 2005.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs). Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 22 Out. 2011.

Cecilio, L. C. D. O., & Reis, A. A. C. D. (2018). Apontamentos sobre os desafios (ainda) atuais da Atenção Básica à saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 34, e00056917.

Costa, M. C., Silva, E. B., Soares, J. S. F., Borth, L. C., & Honnef, F. (2017). Mulheres rurais e situações de violência: fatores que limitam o acesso e a acessibilidade à rede de atenção à saúde. *Rev Gaúcha Enferm.* 38(2):e59553. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2017.02.59553>

Cruz, J. D. S., De Almeida, P. F., Figueredo, A. H. F. H., & Dos, A. M. D. S. M. (2017). Avaliação do acesso à Estratégia Saúde da Família na perspectiva dos usuários no município de Santo Antônio de Jesus-Bahia, Brasil. *Revista de Salud Pública*, 19(5), 641-648.

Cruz, I. L. D. C. M., Parente, A. S., Mesquita, F. O. S., & Jerônimo, A. S. (2018). Satisfação dos usuários com os serviços do Sistema Único de Saúde-SUS em um

município do sertão de Pernambuco. *Id on Line Revista Multidisciplinar e de Psicologia*, 12(39), 142-163.

Frank, B.R. B. et al. Avaliação da longitudinalidade em unidades de Atenção Primária à Saúde. *Saúde debate* 39 (105) Apr-Jun 2015.
<https://doi.org/10.1590/0103110420151050002008>

Garbaccio, J. L., Tonaco, L. A. B., Estêvão, W. G. & Barcelos, B. J. (2018). Envelhecimento e qualidade de vida de idosos residentes da zona rural. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71(2), 724-732.

Lima, A., E., Sousa, A., Marabotti C, L., F., Lima, C., D., R., Nascimento, M., & Prim, C., C. (2016). Avaliação da Estratégia Saúde da Família na Perspectiva dos Profissionais de Saúde. *Esc. Anna Nery*. 20(2), 275-280.

Lopes, Et al. O acolhimento na Atenção Básica em saúde: relações de reciprocidade entre trabalhadores e usuários. *Saúde debate* 39 (104) Jan-Mar, 2015

Melo, E. A., Mendonça, M. H. M. D., Oliveira, J. R. D., & Andrade, G. C. L. D. (2018). Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. *Saúde em Debate*, 42, 38-51.

Mendes, Á., Carnut, L., & Guerra, L. D. D. S. (2018). Reflexões acerca do financiamento federal da Atenção Básica no Sistema Único de Saúde. *Saúde em Debate*, 42, 224-243.

Miclos, P.V. Calvo, M.C.M. Colussi, C. F. Avaliação do desempenho das ações e resultados em saúde da atenção básica. *Rev Saude Publica*. 2017.

Moimaz, S. A. S., Lima, A. M. C., Garbin, C. A. S., Corrente, J. E., & Saliba, N. A. (2016). Avaliação do usuário sobre o atendimento odontológico no Sistema Único de Saúde: uma abordagem à luz da humanização. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21, 3879-3887.

- Nascimento, R. C. R. M., Álvares, J., Guerra Junior, A. F., Gomes, I. C., Costa, E. A., Leite, S. N., Costa, K. S., Soeiro, O. M., Guibu, I. A., Karnikowiski, M. G. O., & Acurcio, F. A. (2017). Disponibilidade de medicamentos essenciais na atenção primária do Sistema Único de Saúde. *Rev Saude Publica*. 51 Supl 2:10s. <http://www.rsp.fsp.usp.br>.
- Noronha, J. C., Lima, L. D., & Machado, C. V. (2012). O sistema único de saúde-SUS. Em L. Giovanella, S. Escorel, L. V. Lobato, J. C. Noronha, & A. I. Carvalho, *Políticas e sistemas de saúde no Brasil* (pp. 365-394). Rio de Janeiro: FIOCRUZ
- Oliveira, E. M., Felipe, E. A., Santana, H. S., Rocha, I. H., Magnabosco, P., & Castro Figueiredo, M. A. (2015). Determinantes sócio-históricos do cuidado na Estratégia Saúde da Família: a perspectiva de usuários da área rural. *Saúde. Soc.* São Paulo. V 24. N 3. P. 901-913
- Pedreira, R. B. S., Andrade, C. B., Barreto, V. G. A., Junior, E. P. P., & Rocha, S. V. (2016). Autopercepção de saúde entre idosos residentes em áreas rurais. *Kairós Gerontologia. Revista da Faculdade de Ciências Humanas e Saúde*, 19(1), 103-119.
- Pimentel, F. C. Albuquerque, P. C., & Souza, W. V. A (2015). Estratégia Saúde da Família no estado de Pernambuco: avaliação da estrutura das equipes por porte populacional. *Saúde debate* 39 (104). <https://doi.org/10.1590/0103-110420151040138>.
- Pinto, H. A. Burille, A. Barbosa, M. G. Ferla, A. A. Avaliação da atenção básica: a ouvidoria ativa como estratégia de fortalecimento do cuidado e da participação social. *Saúde em Redes*. 1 (4): 15 – 26, 2015.

- Pitilin, É. de B., & Lentsck, M. H. (2015) Atenção Primária à Saúde na percepção de mulheres residentes na zona rural . *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 49, n. 5, p. 726-732, oct. ISSN 1980-220X.
- Protasio, A. P. L., Gomes, L. B., Machado, L. S., & Valença, A. M. G. (2017). Satisfação do usuário da Atenção Básica em Saúde por regiões do Brasil: 1º ciclo de avaliação externa do PMAQ-AB. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(6), 1829-1844. <https://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017226.26472015>
- Saldanha, A.A.W. Situações de Vulnerabilidade à Gravidez na Adolescência: Estilo de Vida e Comportamentos de Risco de Adolescentes Paraibanas. Relatório Final, Projeto Temático, Processo CNPq 551215/2007-0, Edital nº 22/2007- Saúde da Mulher. João pessoa, PB: Universidade Federal da Paraíba, 2011.
- Santos, A. A. M. T. D., Mesquita, M. O., Arruda, C. A. M., & Gerhardt, T. E. (2018). O mundo rural e a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas. *Saúde coletiva, desenvolvimento e (in) sustentabilidades no rural*. Porto Alegre: UFRGS, 2018. p. 161-80.
- Santos, M. A. M., Souza, E. G., & Cardoso, J. C. (2016). Avaliação da Qualidade da Estratégia Saúde da Família e do Programa Mais Médicos na Área Rural de Porto Velho, Rondônia. *Rev Eletr Gest Soc*. 10(26), 1327-46.
- Schmitt, M. D., Maia, J. C., Almeida, M. A., & Adamy, E. K. (2015). Obstáculos assinalados por enfermeiro da Atenção Básica em Saúde na realização da coleta de dados. *Rev Enfermagem UFPE*. Recife, 9 (Supl 3): 768894.
- Silva, J., Saldanha, A. A. W., Rabelo, D. F., Fernandes-Eloi, J., Araújo, L. F. (2019). Velhices em contextos rurais e processos de vulnerabilidades. Em Cerqueira-Santos, E., Maia, L.(orgs.). *Preconceito e exclusão social: estudos em psicologia no Brasil*, pp. 340-372. Teresina: EDUFPI.

- Silva, V. S. D., Souza, I., Silva, D. A. S., Barbosa, A. R., & Fonseca, M. D. J. M. D. (2018). Evolução e associação do IMC entre variáveis sociodemográficas e de condições de vida em idosos do Brasil: 2002/03-2008/09. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23, 891-901.
- Silva, K. B. (2017). Psicologia nas Políticas Sociais e Ruralidades: aproximações e desafios para a profissão (Dissertação de mestrado). Universidade Federal do Piauí.
- Silva, J. Envelhecimento e HIV/Aids: perfis de vulnerabilidade e atenção psicossocial na Paraíba. Relatório Final, Universal/CNPq 475272/2012-9, Edital nº 14/2012. Universidade estadual da Paraíba, Campina Grande, 2015.
- Souza, André Ricardo. Pluralidade cristã e algumas questões do cenário religioso brasileiro. *Revista USP*, 2019, 120: 13-22.
- Souza, M. D. F. M. D., Malta, D. C., França, E. B., & Barreto, M. L. (2018). Transição da saúde e da doença no Brasil e nas Unidades Federadas durante os 30 anos do Sistema Único de Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23, 1737-1750.
- Starfield, B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO; Ministério da Saúde, 2002.
- Tavares, R. E., de Jeuss, M. C. P., Machado, D. R., Braga, V. A. S., Tocantins, F. R., Merighi, M. A. B. (2017). Envelhecimento saudável na perspectiva de idosos: uma revisão integrativa. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 20(6), 889-900.
- Vieira, A.S.T., Miranda, M.S.L., Emmi, D.T., Pinheiro, H.H. C., Barroso, R. F.F., & Araújo. M. V. A. (2016). Percepção dos usuários de serviços de saúde da atenção básica no estado do Pará. *Rev. Bras. Pesq. Saúde*, Vitória, 18(3): 58-64

Transtornos Mentais Comuns em pessoas idosas residentes em cidades rurais

Common Mental Disorders in Elderly people living in rural cities

Victória Rayane Silva Freitas

Josevânia da Silva

Resumo: Esta pesquisa teve como objetivo analisar a prevalência de Transtornos Mentais Comuns em pessoas idosas residentes em cidades rurais. Participaram 202 pessoas com idades igual ou superior a 60 anos. Como instrumentos de coleta de dados foram utilizados um Questionário sociodemográfico e o *Self-Reporting Questionnaire* (SRQ-20). Os dados foram analisados através de estatística descritiva e bivariada. Como resultado, verificou-se a prevalência de TMC em 25,7% dos participantes (52 idosos). A prevalência de TMC foi maior entre as mulheres idosas quanto comparada aos homens ($\chi^2=11,241$; $p=0,000$). Em sua maioria, as pessoas idosas afirmaram vivenciar situações de estresse com frequência. A maioria dos idosos com TMC afirmaram que procuraram atendimento médico nos últimos seis meses em razão dos sintomas apresentados. Contudo, estes não receberam qualquer encaminhamento para atendimento psicológico ou psiquiátrico. Fato que pode decorrer da existência de uma naturalização dos sintomas relacionados aos TMC como sendo questões próprias da velhice. A identificação precoce de TMC em idosos é necessária tendo em vista a vivência de um envelhecimento bem-sucedido.

Palavras chave: Idosos; Ruralidades; Transtornos Mentais Comuns.

Abstract: This reaserch aimed at analyzing Common Mental Disorders prevalence in elderly people, living in rural cities. Took part of this research 202 people in upper or equal to 60 years. As a data collection instruments, were used a Sociodemographic and a *Self-Reporting Questionnaire* (SRQ-20) scale. The data were analyzed by the descriptive statistics and bivariate. As a result, checked Common Mental Disorders with a prevalence of 25,7% (52 elderly). The prevalence of CMD was bigger among elderly women, when compared to men ($\chi^2=11,241$; $p=0,000$). Most elderly assert living stress situations often. Most elderly with CMD assert seek for medical care in the last six months due to symptoms showed up. . However, they didn't receive any medical referral for psychological or psychiatric care. A fact that may take place from the CMD naturalization of symptoms as na old age features. CMD identification is required, aiming at a well succeed aging.

Key words: Elderly; Ruralities; Common Mental Disorders.

INTRODUÇÃO

A pirâmide etária brasileira passou por expressiva modificação com a elevação da expectativa de vida. Num período de 20 anos (entre os anos de 1980 de 2000) foi observado aumento de 45,9% da população idosa do país (Barreto, Carreira & Marcon, 2015). Em menos de 40 anos, o Brasil passou de um país que tinha alto índice de mortalidade e predomínio de uma população jovem, para um país longevo, com cerca de 650 mil novos idosos a cada ano.

Estas mudanças decorrem de melhorias nas condições de vida da população brasileira. Todavia, impõe a necessidade da oferta de políticas de saúde que atendam às necessidades específicas da população idosa, que considere a prevenção, a promoção do cuidado e a oferta integral de serviços de saúde (Barr, 2015). Parte das pessoas adentram aos 65 anos com diversas demandas de saúde, incluindo doenças crônicas e morbidades, que exigem cuidados permanentes, frequentes realizações de exames e o uso contínuo de medicações (Barreto et al., 2015). Contudo, o compromisso em termos de políticas públicas para um país longevo deve considerar a perspectiva de uma envelhecimento bem-sucedido.

O processo de envelhecimento é vivenciado de maneira particular por cada sujeito (Uchôa, Firmo & Lima-Costa, 2002; Dawalibi et al., 2013). Este modo particular tem a ver com as condições de vida das pessoas ao longo da vida, incluindo aspectos como trabalho, lugar de moradia, saneamento básico, escolaridade, renda, rede de apoio, relações familiares, entre outros (Silva, Pichelli & Furtado, 2017). Tais aspectos estão dialeticamente relacionados com a vivência de um envelhecimento mais saudável ou com menor ocorrência de patologias.

Existem diferenças em termos acesso à serviços de saúde, transporte e condições de moradia quando se considera, por exemplo, os contextos urbanos e rurais do

Nordeste brasileiro, sendo as cidades rurais as que apresentam maiores fragilidades (Silva et al., 2019). São regiões, majoritariamente, marcadas pela falta de investimento político, desde condições precárias de saneamento básico, até à ineficiência na oferta de água potável, educação e saúde de qualidade (Silva et al., 2017).

Caracterizar espaços rurais como aquilo que não é urbano (IBGE, 2017) pouco colabora para compreender os contextos rurais a partir de suas especificidades. Ao contrário, gera dicotomia e coloca o meio rural como arcaico em relação ao urbano, como aquele espaço que sobra e a ser conquistado pela urbanidade (Rua, 2005). Estes aspectos não favorecem uma política de valorização e investimentos nos contextos rurais. Não obstante, nestas localidades também tem ocorrido o envelhecimento populacional, o que demandará investimentos em políticas públicas que assistam as populações do campo de forma equânime, possibilitando melhores condições de vida (Araújo, Ribeiro & Paul, 2016; Cândica & Lourenço, 2017; Moser, 2019).

Uma das morbidades que aparecem de forma mais frequente com o avançar da idade, são as morbidades psíquicas (Silva, Rocha, dos Santos, Amorim & Vilela, 2018) sendo elas muitas vezes confundidas como se tratando de sintomas próprios da velhice. (Silva et al., 2017). Em contextos rurais, estudo tem evidenciado elevadas prevalências de Transtornos Mentais Comuns (TMC) em idosos (Furtado, Saldanha, Moleiro & Silva, 2019; Macedo, Dimenstein, Silva, Sousa & Costa, 2018; Silva et al., 2018).

Os TMC (Ribeiro, Gianini, Goldbaum & Cesar, 2018) se caracterizam como sintomas difusos que não preencherem os critérios necessários para se enquadrarem em diagnósticos formais de transtornos mentais. Todavia, ainda que não psicóticos, influenciam de forma direta no bem-estar das pessoas, visto que se caracterizam pela existência de sintomas como ansiedade, insônia, fadiga, irritabilidade, entre outros. Estes sintomas também podem levar ao isolamento social, o que repercute no exercício

das atividades diárias (Silva et al., 2018; autores (WHO & Calouste Gulbenkian Foundation, 2014; WHO, 2013). Trata-se de um sofrimento psíquico que tem acometido pessoas nas variadas faixas etárias e estão inseridos dentro das chamadas Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) (Furtado et al., 2019).

Dentre os sintomas que caracterizam os Transtornos Mentais Comuns, destacam-se a insônia, dificuldades concentração e memória, fadiga, irritabilidade, sintomas gástricos, dentre outros. Sintomas de ansiedade e depressão também são considerados, em conjunto com outros aspectos, indicativos de TMC. As pessoas podem se queixar de choro frequente, pensamentos suicidas e tristeza (Coutinho et al., 2014; Furtado et al., 2019; Souza et al., 2017).

Os Transtornos Mentais Comuns, em cidades rurais, são comumente chamados de “doença dos nervos” pelas pessoas do senso comum (Arôca, 2009; Macêdo, Dimenstein, Silva, Sousa, & Costa, 2018; Furtado et al., 2019). Estudos recentes (Furtado et al., 2019; Soares; Meucci, 2018; Silva et al., 2019) têm considerado o contexto social como um dos principais fatores relacionados na etiologia e no prognóstico dos TMC (Coutinho et al. 2014). As pessoas do sexo feminino, com baixa renda e pouca escolaridade têm sido os mais acometidos pelos sintomas (Borim, Barros, & Botega, 2013; Coutinho et al. 2014; Lucchese, Sousa, Bonfin, Vera, & Santana, 2014; Soares; Meucci, 2018), demonstrando a relação deste sofrimento psíquico com a vulnerabilidade social (Silva, Saldanha, Rabelo, Fernandes-Eloi & Araújo, 2019).

Contextos e condições de vida com maior vulnerabilidade econômica, física e social, podem impactar na saúde mental dos indivíduos e coletividades (WHO & Calouste Gulbenkian Foundation, 2014). Em cidades rurais, por exemplo, a dificuldade de acesso aos serviços de saúde e a escassez de profissionais especialistas em saúde mental são impeditivos para a identificação precoce e o cuidado necessário (Loureiro,

Costa & Santana, 2016). Segundo Loureiro et al. (2015, p.11) “Para além de fatores biológicos, genéticos e de circunstâncias pessoais, o(s) ambiente(s) (lugar(es) onde o indivíduo nasce, se desenvolve e envelhece) parece(m) condicionar a saúde e bem-estar mental”. Além disso, existe o preconceito relacionado à doença mental, em especial no contexto rural, o que dificulta a procura por cuidados em saúde mental (Loureiro et al., 2016).

Os Transtornos Mentais Comuns se apresentam como relevante fator a ser considerado pelas políticas públicas de saúde a fim de ofertar à população idosa uma atenção integral e eficaz. Contudo, se faz necessário estudos que forneçam dados pertinentes para a implantação de estratégias preventivas em saúde mental (Silva, Vargas, Moraes, Lucchese, Guimarães & Vera, 2019), considerando, em especial, as pessoas idosos residentes em cidades rurais. Assim, este estudo teve por objetivo analisar a prevalência de Transtornos Mentais Comuns em pessoas idosas residentes em cidades rurais.

MÉTODO

Tipo de estudo

Esta pesquisa se caracteriza como sendo exploratória, descritiva, transversal, com abordagem quantitativa.

Local da Pesquisa

A pesquisa foi realizada em cidades rurais paraibanas. Para a escolha das cidades, foi considerada a divisão regional adotada pela Secretaria Estadual de Saúde, tendo em vista a identificação das vulnerabilidades em saúde. Esta divisão regional

corresponde a quatro macrorregiões de saúde (João Pessoa, Campina Grande, Patos e Sousa), as quais são formadas por 16 microrregiões, conforme demonstrado na figura 1.

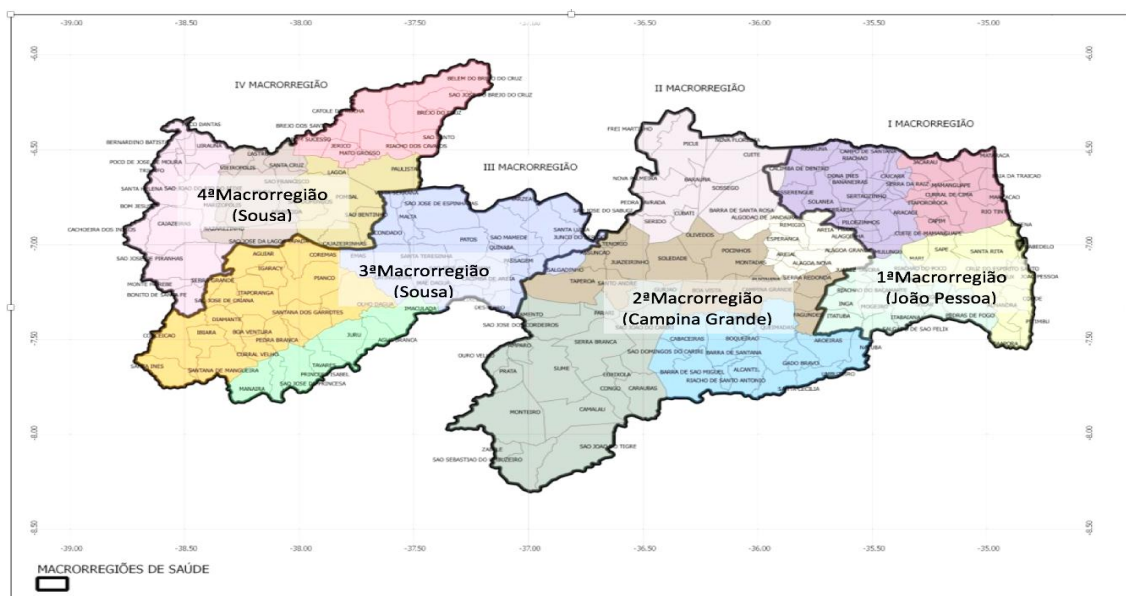


Figura 1. Mapa das Macrorregiões de saúde do estado da Paraíba, com seus municípios abrangentes.

No total, têm-se 223 municípios, dos quais 155 (69,5%) comportam menos de 10.000 habitantes, tendo sido esses municípios o lócus da pesquisa por caracterizarem-se como municípios de pequeno porte. Assim, para melhor caracterizar as cidades rurais, esta pesquisa foi realizada em municípios com população de 10.000 habitantes. Para tanto, foi sorteada quatro cidades em cada macrorregião de saúde para a coleta de dados, totalizando 16 cidades.

Participantes

Participaram, de forma não probabilística e acidental, 202 pessoas idosas com idades variando de 60 a 92 anos ($M=68,57$; $DP=6,52$), sendo a maioria do sexo feminino (67,8%). Foram adotados os seguintes critérios de inclusão: possuir idade igual ou superior a 60 anos; residir em cidade rural (com até 10 mil habitantes) da

Paraíba; residir na cidade há, no mínimo, seis meses; participar de forma voluntária da pesquisa.

Instrumentos

Para a realização da coleta de dados foram utilizados os seguintes instrumentos:

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

b) *Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20)* o qual possui 20 questões a serem respondidas de forma dicotômica (sim ou não). O SRQ-20 é um instrumento de pesquisa criado pela Organização Mundial de Saúde, tendo sido validado para utilização no Brasil, por Gonçalves, Stein, Kapczinski, (2008). Sendo através dele, possível identificar morbidades psiquiátricas não psicóticas, ou seja, os Transtornos Mentais Comuns. Cada resposta afirmativa pontua com o valor 1 para compor o escore final através do somatório destes valores. A presença de 8 ou mais desses sintomas está associada a morbidade psiquiátrica significativa.

Procedimentos

A aplicação dos instrumentos ocorreu de forma individual por uma equipe de pesquisa, que foi anteriormente treinada para o procedimento de coleta de dados. Os participantes foram abordados em ruas, praças, feiras públicas e residências. No momento da abordagem, foram explicitados os objetivos do estudo e o convite para participar da pesquisa. Antes da aplicação dos instrumentos, foi solicitado a cada participante que assinasse o “Termo de Consentimento Livre e Esclarecido”. Em

seguida, seguiu-se com a aplicação dos instrumentos. O tempo médio de aplicação dos instrumentos de 20 minutos.

Análise de Dados

Os dados foram analisados através de estatística descritiva e de posição (frequência, porcentagem, média, Desvio Padrão) e bivariada (Teste t de Student e Qui-quadrado). Para tanto, os dados foram processados através do software SPSS, versão 22.

Aspectos Éticos

Esta pesquisa foi apreciada e aprovada (CAAE: 79139817.3.0000.5187) pelo Comitê de ética da Universidade Estadual da Paraíba. Seguiram-se todos os procedimentos de acordo com a “Resolução nº 466/2012 Sobre Pesquisa Envolvendo Seres Humanos”. Os participantes foram informados sobre sua participação voluntária, a qual poderia deixar de ocorrer a qualquer momento da pesquisa assim como sobre a garantia de seu anonimato. Ainda, os pesquisadores se colocaram à disposição para prestar quaisquer esclarecimentos necessários durante e após a realização da pesquisa.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Considerando o perfil sociodemográfico (Tabela 1), a maioria dos participantes foi do sexo feminino, aposentada, casada e residente das cidades rurais da macrorregião de Campina Grande. Outro fator a ser pontuado é o baixo nível de escolaridade, uma vez que mais da metade dos idosos não possuía o ensino fundamental completo e

apenas 2,5% tinha ensino superior. Em relação à renda familiar, a maioria tinha rendimentos entre um e dois salários mínimos.

Iniquidades sociais, como baixa escolaridade e baixo nível econômico, tem sido associada com a ocorrência da ansiedade e depressão entre idosos (Massignam, Bastos & Nedel, 2015; Maximiano-Barreto, Aguiar, Martins, Buarque, & Fermoseli, 2019; Maximiano-Barreto & Fermoseli, 2017). Este grupo etário é também o mais presente nos serviços de saúde da rede pública quando comparado aos da rede privada (Maximiano-Barreto et al., 2019). Além do impacto na saúde, renda e escolaridade influenciam no acesso às informações necessárias para o cuidado da própria saúde, como também pode acarretar prejuízos para a qualidade de vida na velhice (Geib, 2012; World Health Organisation, 2010).

Tabela 1. Frequências e percentuais referentes aos dados sociodemográficos (n=202*).

Variáveis	f (%)
<i>Macrorregião de saúde</i> (n=202)	
Campina Grande	74 (36,6)
João Pessoa	52 (25,7)
Patos	42 (20,8)
Sousa	34 (16,8)
<i>Sexo</i> (n=202)	
Feminino	138 (67,8)
Masculino	65 (32,2)
<i>Escolaridade</i> (n=198)	
Sem escolarização	64 (31,7)
Fundamental I	82 (41,4)
Fundamental II	26 (13,1)
Médio	21 (10,6)
Superior	05 (2,5)
<i>Situação laboral</i> (n=147)	
Aposentado	124 (84,4)
Desemprego	13 (8,2)
Empregado	11 (7,5)
<i>Renda familiar mensal</i> (n=166)	
Menor que 1 salário	25 (15,1)
Entre 1 e 2 salários	125 (75,3)
Entre 3 e 4 salários	16 (9,6)

<i>Estado Civil</i> (n=201)	
Casado	125 (62,5)
Viúvo	39 (19,5)
Separado/divorciado	19 (9,5)
Solteiro	17 (8,5)
<i>Religião</i> (n=201)	
Católico	168 (84)
Evangélico	28 (14)
Espírita	01 (0,5)
Outras	03 (1,5)

f: frequência; n*: o n amostral foi de 202 participantes. Contudo, alguns participantes não responderam a todas as questões, por isso a diferença no número do n amostral em algumas variáveis.

Em muitas cidades rurais, além da vulnerabilidade social, as pessoas convivem com infraestrutura precária, ausência de transporte público, pouco acesso a consultas de especialidades médicas, dentre outras questões que suscetibilizam as pessoas ao adoecimento (Silva et al., 2019), incluindo o sofrimento psíquico. Neste estudo, as pessoas com TMC, em sua maioria, tinham baixa renda, escolaridade e eram do sexo feminino, corroborando outros estudos (Furtado et al., 2019; Pinto, Rocha, Viana, Rodrigues & Vasconcelos, 2014).

A identificação da prevalência dos Transtornos Mentais Comuns em pessoas idosas residentes em cidades rurais foi realizada a partir do SRQ-20, que é um instrumento de rastreamento para sintomas relacionados à presença de transtornos mentais comuns. Para tanto, considerou-se o ponto de corte de respostas afirmativas aos seus itens para índices iguais ou superiores a 8 (Mary & Williams, 1985; Gonçalves, 2008).

Os resultados evidenciaram que dentre as 202 pessoas idosas participantes, 52 apresentaram TMC, ou seja, uma prevalência de 25,7%. Sendo o resultado aqui encontrado mais semelhante ao estudo desenvolvidos em Feira de Santana – BA, no qual a prevalência foi de 29,6% (Rocha, Almeida, Araújo, Rodrigues, Santos & Junior,

2012). e em, no qual a prevalência foi de 29,7% (Borim, Barros & Botega, 2013), indicando a proximidade dos índices encontrados em cidades do interior brasileiro.

A prevalência de TMC encontrada neste estudo foi inferior a outros estudos que evidenciou prevalências de 29,6% em idosos de Campinas – SP (Rocha, Almeida, Araújo, Rodrigues, Santos & Junior, 2012) e 55,8% em idosos de Ibicuí–BA (Silva, Rocha, Santos, Amorim & Vilela, 2018). Contudo, é possível que as diferenças estejam relacionadas ao ponto de corte adotado para o SRQ-20, que foi a partir de cinco respostas afirmativas.

Na velhice, aspectos como abandono social, impossibilidade de se manter ativo em atividades produtivas, presença de comorbidades (Silva et al., 2018), doenças crônicas (Aragão, Campos, Portugal, Gonçalves, Mari & Fortes, 2018) e condições precárias de vida (Costa, Dimenstein & Leite, 2014) e condições subjetivas de saúde (Martins et al., 2016) são fatores que podem aumentar a exposição de idosos à TMC (Aragão et al., 2018). Além disso, a exclusão social e as vulnerabilidades em saúde podem ser potencializadas em decorrência da pouca ou nula oferta de serviços e equipamentos públicos que possam ofertar com qualidade serviços à saúde (Rodriguez, 2017).

Quando se considera a prevalência em razão do sexo, das 137 mulheres idosas participantes, 45 apresentaram TMC (32,8%). Já entre os 65 idosos, apenas sete (10,8%) apresentaram os sintomas. Portanto, os resultados demonstraram que a frequência de TMC foi maior entre as mulheres idosas quando comparada aos homens ($\chi^2=11,241$; $p=0,000$). Fato que condiz com os resultados obtidos por diversos estudos (Silva et al., 2018; Martins et al., 2016), os quais pontuam os sujeitos do sexo feminino como preponderantes na prevalência de TMC.

Fato pode estar associado à forma como as mulheres vivem em sociedade, uma vez que estas desempenham papéis distintos dos homens. Frequentemente, as mulheres vivenciam, ao longo da vida, uma tripla jornada de trabalho, além da sobrecarga advinda da responsabilidade de auxiliar nas despesas de casa, cuidar dos afazeres domésticos e educação dos filhos (Furtado et al., 2019). Esta realidade possibilita às mulheres uma maior probabilidade de sofrerem com estresse, cansaço e queixas somáticas (Martins et al., 2016). Além disso, em se tratando de pessoas com baixo nível de escolaridade e renda, a probabilidade de desenvolver TMC é aumentada (Souza et al., 2017; Rocha et al., 2011).

Tendo em vista identificar as maiores médias e compará-las em razão de grupos critérios (com TMC e sem TMC), foi realizada a comparação das médias (Teste t) para o SRQ-20 total e por fatores.

Tabela 2. Média global e por fatores no SRQ-20 apresentadas pelas participantes.

Fatores	Sem TMC (n=150)		Com TMC (n=52)		t(gl)*	P
	M	DP	M	DP		
Queixas somáticas	1,25	1,06	3,58	1,52	10,184 (200)	0,000
Humor depressivo/ansioso	0,83	0,02	2,83	0,94	12,318 (200)	0,000
Perda da energia vital	1,05	1,19	3,54	1,35	12,483 (199)	0,000
Pensamentos depressivos	0,24	0,52	1,56	1,05	8,636 (200)	0,000
SRQ-20 total	3,36	2,19	11,50	2,79	19,084 (200)	0,000

* Teste t de *Student*

A média total do SRQ-20 foi significativamente maior para o grupo dos participantes com sintomas relacionados ao TMC (M=11,50; 2,79), confirmando a

confiabilidade deste instrumento para o rastreamento dos transtornos mentais comuns na amostra estudada (Mary & Williams, 1985; Gonçalves, 2008). Observa-se que as pessoas com transtornos Mentais Comuns apresentam médias superiores em todos os fatores do SRQ-20, com diferenças estatisticamente significativas. Ademais, procurou-se identificar a frequência de respostas das pessoas idosas por item, tendo em vista verificar quais itens apresentaram maiores índices de frequência de resposta afirmativa por fator. Os dados estão apresentados na tabela abaixo.

Tabela 3. Frequência das respostas afirmativas dos participantes aos itens do SRQ-20 distribuídos por fatores.

Fator	Sem TMC (n=150)		Com TMC (n=52)	
	f	%	f	%
Queixas somáticas				
<i>Sensações desagradáveis no estômago</i>	30	20	36	69,2
<i>Dores de cabeça frequentes</i>	34	22,7	30	57,7
<i>Dorme Mal</i>	46	30,7	36	69,2
<i>Tremor nas mãos</i>	19	12,7	24	46,2
<i>Má digestão</i>	27	18	24	46,2
<i>Falta de apetite</i>	31	20,7	36	69,3
Humor Depressivo/ansioso				
<i>Tensa/preocupada</i>	35	23,3	47	90,4
<i>Tristeza</i>	37	24,7	45	86,5
<i>Fica com medo com facilidade</i>	25	16,7	29	55,8
<i>Choro frequente</i>	28	18,7	26	50,0
Perda da Energia Vital				
<i>Dificuldade em tomar decisões</i>	23	15,3	31	59,6
<i>Sensação de cansaço o tempo todo</i>	31	20,7	37	71,2
<i>Cansa com facilidade</i>	28	18,7	36	69,2
<i>Não consegue pensar com clareza</i>	36	24	31	59,6
<i>Trabalho diário como sofrimento</i>	10	6,7	24	46,2
<i>Insatisfação com a vida</i>	30	6,0	25	48,1
Pensamentos depressivos				

<i>Perda do interesse pelas coisas</i>	09	6,0	33	63,5
<i>Não se acha capaz de ter papel útil na vida</i>	14	9,3	18	34,5
<i>Sente-se inútil</i>	09	6,0	18	34,5
<i>Ideação suicida</i>	04	2,7	12	23,1

f = frequência; % = porcentagem.

Verifica-se que frequência de respostas afirmativas das pessoas com TMC é maior quando comparadas com a frequência de respostas das pessoas sem TMC em todos os fatores. Dentre as afirmativas relacionadas a “Queixas somáticas”, a que foi mais frequentemente assinalada por aqueles com TMC referem-se aos itens “sensações desagradáveis no estômago” (69,2%), “dorme mal” (69,2%) e “falta de apetite” (69,3%). As queixas somáticas são as morbidades psíquicas mais prevalentes, chegando a atingir cerca de um terço da população (Lucchese, Sousa, Bonfim, Vera & Santana, 2014).

No fator “Humor Depressivo”, o item que avalia a presença de tensão/preocupação foi assinalado por mais de 90% dos idosos. Em estudo realizado por Silva et al. (2018), a associação entre os sintomas “dormir mal” e “tensão/preocupação” aparecem como prevalentes na população idosa em geral. Nos quesitos relativos à “Perda de Energia Vital” e “Pensamentos Depressivos”, os mais assinalados referem-se à “sensação de cansaço o tempo todo” e “perda do interesse pelas coisas”.

Não obstante, torna-se imprescindível a necessidade de verificar a existência dessa sintomatologia precocemente, uma vez que esse conjunto de sintomas, afeta negativamente o dia-a-dia daqueles que são acometidos por eles (Santos, Lima, Messias, da Costa & Brito, 2017). E em se tratando do público idoso, muitas vezes esses sintomas são compreendidos como características próprias da velhice. Estes estereótipos que associam o envelhecimento como sinônimo de adoecimento e isolamento social (Faria, Lima & Pereira-Silva, 2019) pode vir a servir de naturalização dos sintomas dos TMC.

Os resultados evidenciaram que a maioria dos participantes com TMC procuraram atendimento médico nos últimos seis meses em razão dos sintomas percebidos, tendo a maioria afirmado a vivência frequente de situações de estresse. No entanto, a maioria dos participantes afirmou não receber qualquer atendimento de psicológicos ou psiquiatras, bem como não receberam qualquer encaminhamento, conforme apresentado abaixo.

Tabela 4 Atendimento/acompanhamento em saúde mental, antecedentes na família e vivência frequente de estresse.

Variável	f	%
<i>Procura por atendimento em razão dos sintomas percebidos.</i>		
Há menos de seis meses	44	84,6
Entre seis e 12 meses	02	3,8
Há mais de um ano.	06	11,5
<i>Vivencia situações de estresse frequentemente.</i>		
Sim	34	65,4
Não	18	34,6
<i>Antecedentes na família de transtornos mentais.</i>		
Sim	16	30,8
Não	36	69,2
<i>Recebeu algum atendimento psicológico.</i>		
Sim	07	13,5
Não	45	86,5
<i>Recebeu encaminhamento para atendimento psicológico.</i>		
Médico da Atenção Básica	06	11,5
Amigos	01	1,9
Procura espontânea	02	3,8
Não recebeu	43	82,7
<i>Recebeu algum atendimento psiquiátrico.</i>		
Sim	12	23,1
Não	40	76,9

Recebeu encaminhamento para atendimento psiquiátrico.

Médico da Atenção Básica	04	7,7
Procura espontânea	03	5,8
Não recebeu	45	86,5

f = frequência; % = porcentagem.

Mesmo com a procura pelos serviços de saúde em razão de queixas associadas aos TMC, as pessoas idosas não receberam encaminhamento pertinente por parte dos profissionais, o que evidencia que esses transtornos recebem pouca atenção, sobretudo quando se trata de pessoas idosas (Silva et al., 2019). Por ser considerado um sofrimento psíquico que não se enquadra nos critérios formais para a realização do diagnóstico de depressão e/ou ansiedade, os Transtornos Mentais Comuns por vezes são despercebidos pelos profissionais (Martins et al., 2016), acarretando na permanência do quadro sem encaminhamento para tratamento especializado. Este fato pode agravar o sofrimento psíquico e alcançar o patamar de cronicidade da doença e desencadear outras patologias (Goldberg, 2012).

Quadros clínicos de TMC tem estado associado a outras condições de saúde vivenciadas pelo sujeito em sofrimento psíquico (Martins et al., 2016). Nesse sentido, os resultados apontam para a importância de uma atuação atenta dos profissionais de saúde na detecção dos TMC, sobretudo na atenção básica. A identificação precoce favorece melhores prognósticos e qualidade de vida para as pessoas idosas acometidas pelos sintomas (Pedreira, Andrade, Barreto, Pinto Junior & Rocha, 2016).

Outro fator considerável é a predominância da não existência de antecedentes familiares com transtornos mentais, fato que expõe as condições de vida subjetiva como um dos fatores chave para ocorrência do sofrimento psíquico (Loureiro et al., 2016). Sendo assim, compreendendo que o processo de adoecimento, como é o caso do adoecimento psíquico, ocorre de forma dinâmica e envolve diversos fatores (biológicos,

comportamentais, sociais, psicossociais, técnicos e políticos), que possibilitam o surgimento deste, bem como a forma como o sujeito irá responder a ele (Ayres, Paiva & França, 2012).

Elevadas prevalências de TMC em populações que vivem em vulnerabilidade social demonstra que se trata de um fenômeno não apenas de saúde, mas também de condições de vida, o que exige o combate as iniquidades sociais e a promoção do bem-estar social das pessoas. Trata-se de sofrimento que, embora seja o indivíduo que sofre, a sua gênese é social, ou seja, um sofrimento ético-político (Sawaia, 2017).

Considerações Finais

A prevalência do Transtornos Mentais Comuns em idosos de cidade rurais corroborou resultados aproximados em outros estudos com idosos. As diferenças nos índices de prevalência do TMC em relação a outros estudos podem ser decorrentes do ponto de corte, no SRQ-20, adotado pelos pesquisadores. O ponto de corte para se considerar a presença de TMC apresenta diferenças na literatura, variando de cinco a oito afirmações positivas no instrumento.

Os Transtornos Mentais Comuns apontam para um sofrimento psíquico que tem relação com as condições de vida das pessoas. Aspectos relativos ao perfil sociodemográfico tem sido considerado nas análises. Neste estudo, a prevalência foi maior em mulheres. Os participantes com TMC, em sua maioria, possuíam baixo nível de escolaridade e renda.

Dentre os idosos que apresentaram TMC, as maiores médias com diferenças estatisticamente significativas em relação àqueles sem TMC, dizem respeito às “Queixas Somáticas”, “Pensamento Depressivo/Ansioso” e “Perda da Energia Vital”. Os itens mais frequentemente assinalados pelos participantes foram aqueles que

descreviam sintomas tais como: sensações desagradáveis no estômago, dormir mal, falta de apetite, tristeza, perda da energia vital e sensação de cansaço o tempo todo.

As pessoas idosas com TMC, em sua maioria, afirmaram vivenciar situações de estresse com frequência, bem como afirmaram que procuraram atendimento médico nos últimos seis meses em razão dos sintomas apresentados. Contudo, estes não receberam qualquer encaminhamento para atendimento psicológico ou psiquiátrico. Estes resultados evidenciam a lacuna entre a queixa apresentada pelo idoso e a resolução da demanda pelos profissionais de saúde. É possível que os TMC não recebam a devida atenção por parte dos profissionais de saúde, o que pode decorrer da naturalização dos sintomas como algo característico da velhice. Contudo, numa perspectiva do envelhecimento bem-sucedido, a identificação precoce de TMC e o cuidado em saúde mental colabora para evitar a cronicidade do quadro clínico e a promoção de qualidade de vida deste grupo etário.

Referências

- Aragão, E. I. S., Campos, M. R., Portugal, F. B., Gonçalves, D. A., Mari, J. J. & Fortes, S. L. C. L. (2018). Padrões de Apoio Social na Atenção Primária à Saúde: diferenças entre ter doenças físicas ou transtornos mentais. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(7):2339-2350.
- Araújo, L; Ribeiro, O; PAUL, C. Envelhecimento bem sucedido e longevidade avançada. *Actas de Gerontologia*, 2: 1-11, 2016.
- Arôca, S R S, et al. Qualidade de vida: comparação entre o impacto de ter transtorno mental comum e a representação do sofrimento dos nervos em mulheres. PhD Thesis, 2009.
- Ayres, J. R. C. M., Paiva, V., & França Jr., C. M. (2012). Conceitos e Práticas de

- Prevenção: da História Natural da Doença ao Quadro da Vulnerabilidade e Deireiros Humanos. In. V. Paiva, J. R. C. M. Ayres, & C. M. Buchalla (Coor.), *Vulnerabilidade e Direitos Humanos: Prevenção e Promoção de Saúde* (p. 71-94). Curitiba: Juruá.
- Barreto, M.S., Carreira, L., & Marcon, S. S. (2015). Envelhecimento populacional e doenças crônicas: Reflexões sobre os desafios para o Sistema de Saúde Pública. *Revista Kairós: Gerontologia*, 18(1), 325-339.
- Borim, F. S. A., Barros, M. B. D. A., & Botega, N. J. (2013). Transtorno mental comum na população idosa: pesquisa de base populacional no Município de Campinas, São Paulo, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 29, 1415-1426.
- Coutinho, L. M. S., Matijasevich, A., Scazufca, M., & Menezes, P. R. (2014). Prevalência de transtornos mentais comuns e contexto social: análise multinível do São Paulo Ageing & Health Study (SPAHS). *Cadernos de Saúde Pública*, 30, 1875-1883.
- Costa MGS, Dimenstein MDB, Leite JF. Condições de vida, gênero e saúde mental entre trabalhadoras rurais assentadas. *Estud Psicol*. 2014; 19(2):145-54.
- Dawalibi, N. W., Anacleto, G. M. C., Witter, C., Goulart, R. M. M., & de Aquino, R. C. (2013). Envelhecimento e qualidade de vida: análise da produção científica da SciELO. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 30(3), 393-403.
- Furtado, F. M. S. F; Saldanha, A. A. W; Moleiro, C. M. M. M; Silva, J. Transtornos Mentais Comuns em mulheres de cidades rurais: prevalência e variáveis correlatas. *Saúde e Pesquisa*, , 12.1: 129-140, 2019.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. (2017). Anuário Estatístico do Brasil. Anu. Estat. Brasil, Rio de Janeiro, v.77, p 1-1 – 8-47, 2017.

- Geib, L. T. C. (2012). Determinantes sociais da saúde do idoso. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(1), 123-33.
- Goldberg D. The *overlap between the common mental disorders – Challenges for classification*. *Int Rev Psychiatry* 2012; 24(6):549-555
- Gonçalves DM, Stein AT, Kapczinski F. Avaliação de desempenho do *Self-Reporting Questionnaire* como instrumento de rastreamento psiquiátrico: um estudo comparativo com *Structured Clinical Interview for DMS-VI-TR*. *Cad Saúde Pública* 2008; 24:380-90.
- Loureiro, A., Costa, C., e Santana, P. (2016). Determinantes contextuais da saúde mental. Em Dimenstein, M., Leite, J., Macedo, J. P., Dantas, C., (Orgs.). *Condições de vida e saúde mental em contextos rurais*, pp. 73-93. São Paulo: Intermeios.
- Lucchese, R., Sousa, K., Bonfin, S. P., Vera, I., & Santana, F. R. (2014). Prevalência de transtorno mental comum na atenção primária. *Acta Paulista de Enfermagem*, 27(3), 200-207.
- Macedo, J. P., Dimenstein, M., Silva, B. Í. D. B. D., Sousa, H. R. D., & Costa, A. P. A. D. (2018). Apoio social, transtorno mental comum e uso abusivo de álcool em assentamentos rurais. *Temas em Psicologia*, 26(3), 1123-1137.
- Martins, Andréa Maria Eleutério de Barros Lima et al. Associação entre transtornos mentais comuns e condições subjetivas de saúde entre idosos. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2016, vol.21, n.11, pp.3387-3398. ISSN 1413-8123. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320152111.07842015>.
- Massignam, F. M., Bastos, J. L. D., & Nedel, F. B. (2015). Discriminação e saúde: um problema de acesso. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 24(3), 541-544.

- Maximiano-Barreto, M. A., Aguiar, I. M., Martins, K. C., Buarque, D. C., & Fermoseli, A. F. D. O. (2019). Ansiedade e depressão e a relação com a desigualdade social entre idosos. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 20(1), 209-2019.
- Maximiano-Barreto, M. A., & Fermoseli, A. F. O. (2017). Prevalência de ansiedade e depressão em idosos de baixa escolaridade em Maceió - AL. *Psicologia, Saúde & Doença*, 18(3), 801-14.
- Moser, Antônio. O envelhecimento da população brasileira e seus desafios. *RevistaEclesiásticaBrasileira*, 2019, 70.277: 132-152.
- Pedreira, R. B. S., Andrade, C. B., Barreto, V. G. A., Junior, E. P. P., & Rocha, S. V. (2016). Autopercepção de saúde entre idosos residentes em áreas rurais. *Kairós Gerontologia. Revista da Faculdade de Ciências Humanas e Saúde*, 19(1), 103-119.
- Pinto, L L T; Rocha, S Va; Viana, H P S; Rodrigues, W K M; Vasconcelos, L R C. Nível de atividade física habitual e transtornos mentais comuns entre idosos residentes em áreas rurais. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.*, Rio de Janeiro; 17(4):819-828, 2014.
- Rocha, Saulo Vasconcelos et al . Atividade física no lazer e transtornos mentais comuns entre idosos residentes em um município do nordeste do Brasil. *J. bras. psiquiatr.*, Rio de Janeiro , v. 60, n. 2, p. 80-85, 2011
- Rua, J. (2005). A ressignificação do rural e as relações cidade-campo: uma contribuição geográfica. *Revista da ANPEGE*, 1(2), 45-66.
- Sawaia, B. (2017). *As artimanhas da exclusão: análise psicossocial e ética da desigualdade social*. Editora Vozes Limitada.
- Silva, J., Pichelli, A. A. W. S., & Furtado, F. M. S. (2017). O envelhecimento em cidades rurais e a análise das vulnerabilidades em saúde. In C. M. R. G. Carvalho,

& L. F. Araújo (Orgs.), *Envelhecimento e práticas gerontológicas* (pp. 291-310). Curitiba: CRV - coedição: Teresina: EDUFPI.

Silva et al., 2019 → Silva, J., Saldanha, A. A. W., Rabelo, D. F., Fernandes-Eloi, J., Araújo, L. F. (2019). Velhices em contextos rurais e processos de vulnerabilidades. Em Cerqueira-Santos, E., Maia, L.(orgs.). *Preconceito e exclusão social: estudos em psicologia no Brasil*, pp. 340-372. Teresina: EDUFPI

Silva, P A d S d; Rocha, S V; Santos, L B; Santos, C A D; Amorim, C R; Vilela, A B A. Prevalência de transtornos mentais comuns e fatores associados entre idosos de um município do Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, Ibitiú-BA, 23(2):639-646, 2018.

Silva, A. C., Vargas, L. S., Moraes, R. C. C., Lucchese, R., Guimarães, R. A. & Vera, I. (2019). Prevalência e fatores associados ao transtorno mental comum em assentados rurais. *Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool Drogas*. Jan.-Mar.;15(1):23-31.

Soares, P. S. M., & Meucci, R. D. (2018). Epidemiologia dos Transtornos Mentais Comuns entre mulheres na zona rural de Rio Grande, RS. *Cien Saude Colet* [periódico na internet]. Disponível: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/epidemiologia-dos-transtornos-mentais-comuns-entre-mulheres-na-zona-rural-de-rio-grande-rs/17044?id=17044>.

Souza, L. S., Barbosa, B., Silva, C. O., Souza, A., Ferreira, T. & Siqueira L. (2017). Prevalência de transtornos mentais comuns em adultos no contexto da Atenção Primária à Saúde. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 2017, 18: 59-66.

Uchôa, A. E., Firmo, J. O. A. & Lima-Costa, M.F.F. (2002). Envelhecimento e Saúde: experiência e construção cultural. Em M. C. Minayo, & C. E. Coimbra- Júnior, *Antropologia, saúde e envelhecimento* (pp. 25-35). Rio de Janeiro: FIOCRUZ.

World Health Organisation (WHO). (2010). *A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health. Geneve: Commission on Social Determinants of Health*. 1-75.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com o envelhecimento populacional acontecendo, são necessários estudos que colaborem para conhecimento sobre os diversos modos de envelhecer, seus contextos e desafios. Esta pesquisa teve como objetivo geral analisar as vulnerabilidades em saúde de pessoas idosas residentes em cidades rurais a partir da avaliação sobre os serviços de saúde e da prevalência dos Transtornos Mentais Comuns.

O quadro teórico da vulnerabilidade permite analisar os processos de saúde, doença e cuidado de forma ampla, dialética e levando em consideração as dimensões individuais, sociais e programáticas. Ou seja, considera que a suscetibilidade ao adoecimento, por exemplo, parte de um conjunto de fatores não apenas individuais, mas coletivos e contextuais, como fora pontuado no decorrer deste estudo.

Dentro deste cenário, destacando-se a saúde mental dos idosos e a importância dos acessos aos serviços de saúde em idosos residentes em cidades rurais, posto que estas localidades apresentam suas próprias peculiaridades, limitações e desafios, os quais impactarão no processo de envelhecimento. Nesse sentido, tendo em vista atender o objetivo geral da pesquisa, foram realizados dois estudos que seguiram com análises próprias e suas respectivas discussões acerca dos resultados obtidos.

O primeiro estudo teve por objetivo analisar a avaliação de pessoas idosas residentes em cidades rurais sobre os serviços de saúde. Os resultados evidenciaram aspectos individuais, sociais e programáticos que influenciam a perspectiva dos idosos quando na avaliação dos serviços de saúde. Foi percebido que há preponderância de aspectos relativos à vulnerabilidade social, uma vez que o perfil sociodemográfico destes expõe a realidade de baixa renda e escolaridade.

Em geral, as pessoas idosas avaliaram positivamente os serviços de saúde, especialmente em relação às dimensões vínculo e atendimento. Todavia, verificaram-se

fragilidades no que concerne à oferta de medicamentos e equipamentos necessários para o atendimento e realização de exames, o que infere a existência da vulnerabilidade programática/institucional, como fator de iniquidade no atendimento à saúde.

Outro aspecto que fora avaliado negativamente pelos idosos, dizia respeito ao interesse dos profissionais sobre suas condições de vida. Não obstante, as condições de vida do sujeito influenciam na disponibilidade ou não de recursos necessários para o próprio cuidado em saúde. Por fim, em relação a este estudo, deve-se compreender que a noção parte da compreensão desses a respeito de cidadania e do que lhe é de direito.

O segundo estudo que teve como objetivo analisar a prevalência de Transtornos Mentais Comuns em pessoas idosas residentes em cidades rurais. Os resultados apontaram a existência de prevalência significativa de TMC nos participantes. As pessoas idosas com TMC, em sua maioria, foram mulheres, com baixo nível de escolaridade e renda, fato que corrobora outros estudos.

Foram observadas diferenças estatisticamente significativas entre aqueles com TMC e os sem TMC em relação aos fatores “Queixas Somáticas”, “Pensamento Depressivo/Ansioso” e “Perda da Energia Vital”. Quanto aos sintomas, os participantes assinalaram com mais frequência “sensações desagradáveis no estômago”, “dorme mal” e “falta de apetite”; “triste”; e, “sensação de cansaço o tempo todo”, respectivamente.

Os resultados demonstraram que os idosos, em sua maioria, não recebeu encaminhamentos e acompanhamentos psicológicos e/ou psiquiátricos, ainda que estes tenham procurado, nos últimos seis meses, atendimento médico em decorrência dos sintomas percebidos. Este dado demonstra a ausência de diagnóstico precoce para o TMC na população idosa.

Não obstante, em resposta ao objetivo geral da pesquisa, os dois estudos evidenciaram, respectivamente, a existência de vulnerabilidades tanto nos aspectos

condizentes ao acesso dos serviços à saúde pelos idosos, ainda que estes tenham avaliado positivamente tais serviços, quanto uma prevalência estatisticamente significativa de Transtornos Mentais Comuns neste público – passando este fato, possivelmente, pela ineficiência diagnóstica. Fato acentuado quando consideradas as condições de vida daqueles que envelhecem no âmbito rural.

Os resultados obtidos não têm como pretensão oferecer uma compreensão generalista dos fatores observados nesta pesquisa para todas as regiões rurais paraibanas. Visto que a heterogeneidade é fator marcante no processo de envelhecimento humano, sugere-se que em estudos futuros a análise das variáveis estudadas a partir de estudo comparativo entre pessoas idosas residentes e contextos rurais e urbanos. Os achados desta dissertação oferecem subsídios para realização de reflexões que possibilitem o planejamento e execução de ações em saúde que atenda às reais demandas das pessoas idosas residentes em contextos rurais.

REFERÊNCIAS

- Alcântara, L. R., & Lopes, M. J. M., (2012). Estrutura de Serviços e Acesso a Consumos em Saúde por Idosos em um Contexto Rural do Sul do Brasil. *Revista do Desenvolvimento Regional - REDES*, 17 (1), 94-114.
- Almeida, A. N. (2015). O acesso aos serviços de saúde pelos idosos no Brasil com base na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) entre 1998 e 2008. *Jornal Brasileiro de Economia da Saúde*, 7(1), 43-52.
- Aroca, S. (2009). *Qualidade de vida: comparação entre o impacto de ter transtorno mental comum e a representação do sofrimento dos nervos em mulheres*. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca.
- Ayres, J. R., França Jr., I., Calazans, G. J., & Saletti Filho, H. C. (2003). O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios (116-138). In: Czeresnia, D., & Machado Freitas, C. (Org.). *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências* (116-138). Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Ayres, J. R. C. M., Paiva, V., & França Jr., C. M. (2012). Conceitos e Práticas de Prevenção: da História Natural da Doença ao Quadro da Vulnerabilidade e Direitos Humanos. In: V. Paiva, J. R. C. M. Ayres, & C. M. Buchalla (Coor.), *Vulnerabilidade e Direitos Humanos: Prevenção e Promoção de Saúde* (p. 71-94). Curitiba: Juruá.
- Borim, F. S. A., Barros, M. B. D. A., & Botega, N. J. (2013). Transtorno mental comum na população idosa: pesquisa de base populacional no Município de Campinas, São Paulo, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 29(1), 1415-1426.
- Borges, T. L., Hegadoren, K. M., & Miasso, A. I. (2015). Transtornos mentais comuns e uso de psicofármacos em mulheres atendidas em unidades básicas de saúde em um centro urbano brasileiro. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 38, 195-201.

- Coutinho, L. M. S., Matijasevich, A., Scazufca, M., & Menezes, P. R. (2014). Prevalência de transtornos mentais comuns e contexto social: análise multinível do São Paulo Ageing & Health Study (SPAH). *Cadernos de Saúde Pública*, 30, 1875-1883.
- Dawalibi, N. W., Anacleto, G. M. C., Witter, C., Goulart, R. M. M., & de Aquino, R. C. (2013). Envelhecimento e qualidade de vida: análise da produção científica da SciELO. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 30(3), 393-403.
- Ferreira, P. C. S., & Tavares, D. M. S. (2012). Prevalência e fatores associados ao indicativo de depressão entre idosos residentes na zona rural. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 47 (2), 401-407.
- Furtado, F. M. S. F; Saldanha, A. A. W; Moleiro, C. M. M. M; Silva, J. Transtornos Mentais Comuns em mulheres de cidades rurais: prevalência e variáveis correlatas. *Saúde e Pesquisa*, 12 (1), 129-140, 2019.
- Furtado, F. M. S. F. (2016). Vivendo à margem: prevalência e vulnerabilidade ao transtorno mental comum em mulheres residentes em cidades rurais paraibanas [Tese de Doutorado]. João Pessoa: Universidade Federal da Paraíba.
- Garbaccio, J. L., Tonaco, L. A. B., Estêvão, W. G. & Barcelos, B. J. (2018). Envelhecimento e qualidade de vida de idosos residentes da zona rural. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71(2), 724-732.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. (2010). Censos Demográficos. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home>>. Acessado em: Abr. 2018.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE (2018). Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home>>. Acessado em: Agosto de 2018.

- Loureiro, A., Costa, C., e Santana, P. (2016). Determinantes contextuais da saúde mental. Em Dimenstein, M., Leite, J., Macedo, J. P., Dantas, C., (Orgs.). *Condições de vida e saúde mental em contextos rurais*, pp. 73-93. São Paulo: Intermeios.
- Lucchese, R., Sousa, K., Bonfin, S. P., Vera, I., & Santana, F. R. (2014). Prevalência de transtorno mental comum na atenção primária. *Acta Paulista de Enfermagem*, 27(3), 200-207.
- Macedo, J. P., Dimenstein, M., Silva, B. Í. D. B. D., Sousa, H. R. D., & Costa, A. P. A. D. (2018). Apoio social, transtorno mental comum e uso abusivo de álcool em assentamentos rurais. *Temas em Psicologia*, 26(3), 1123-1137.
- Miranda, L. C. V., Soares, S. M., & Silva, P. A. B. (2016). Qualidade de vida e fatores associados em idosos de um Centro de Referência à Pessoa Idosa. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, 21(11), 3533-3544.
- Monteiro, R. A., Bahia, C. A., Paiva, E. A., Sá, N. N. B., & Minayo, M. C. S. (2015). Hospitalizações relacionadas a lesões autoprovocadas intencionalmente—Brasil, 2002 a 2013. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(3), 689-699.
- Pedreira, R. B. S., Andrade, C. B., Barreto, V. G. A., Pinto Junior, E. P., & Rocha, S. V. (2016). Autopercepção de saúde entre idosos residentes em áreas rurais. *Revista Kairós Gerontologia*, 19 (1), 103-119.
- Santos, A. A. M. T. D., Mesquita, M. O., Arruda, C. A. M., & Gerhardt, T. E. (2018). O mundo rural e a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas. *Saúde coletiva, desenvolvimento e (in) sustentabilidades no rural*. Porto Alegre: UFRGS, p. 161-80.
- Silva-Junior, J. S., & Fischer, F. M. (2015). Afastamento do trabalho por transtornos mentais e estressores psicossociais ocupacionais. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 18, 735-744.

- Silva, J. D. (2011). *O impacto da AIDS na Saúde Mental e Qualidade de Vida de pessoas na maturidade e velhice* (Tese de Doutorado). Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa-PB.
- Silva, J., Pichelli, A. A. W. S., & Furtado, F. M. S. (2017). O envelhecimento em cidades rurais e a análise das vulnerabilidades em saúde. In C. M. R. G. Carvalho, & L. F. Araújo (Orgs.), *Envelhecimento e práticas gerontológicas* (pp. 291-310). Curitiba: CRV - coedição: Teresina: EDUFPI.
- Silva, K. B. (2017). *Psicologia nas Políticas Sociais e Ruralidades: aproximações e desafios para a profissão* (Dissertação de mestrado). Universidade Federal do Piauí.
- Silva, J., Saldanha, A. A. W., Rabelo, D. F., Fernandes-Eloi, J., Araújo, L. F. (2019). Velhices em contextos rurais e processos de vulnerabilidades. Em Cerqueira-Santos, E., Maia, L.(orgs.). *Preconceito e exclusão social: estudos em psicologia no Brasil*, pp. 340-372. Teresina: EDUFPI.
- Soares, P. S. M., & Meucci, R. D. (2018). Epidemiologia dos Transtornos Mentais Comuns entre mulheres na zona rural de Rio Grande, RS. *Cien Saude Colet* [periódico na internet]. Disponível: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/epidemiologia-dos-transtornos-mentais-comuns-entre-mulheres-na-zona-rural-de-rio-grande-rs/17044?id=17044>
- Souza, L. S., Barbosa, B., Silva, C. O., Souza, A., Ferreira, T. & Siqueira L. (2017). Prevalência de transtornos mentais comuns em adultos no contexto da Atenção Primária à Saúde. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 18 (1), 59-66.
- Tavares, R. E., de Jeuss, M. C. P., Machado, D. R., Braga, V. A. S, Tocantins, F. R., Merighi, M. A. B. (2017). Envelhecimento saudável na perspectiva de idosos:

uma revisão integrativa. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 20(6), 889-900.

Travassos, C., & Viacava, F. (2007). Acesso e uso de serviços de saúde em idosos residentes em áreas rurais. *Caderno de Saúde Pública*, 23 (10), 2490-2502.

Tonezer, C. Pit, M. L., & Trzcinski, C. (2017). As vulnerabilidades da velhice rural: um estudo de casos múltiplos no Rio Grande do Sul. VIII Seminário Internacional sobre Desenvolvimento regional.

Uchôa, A. E., Firmo, J. O. A. & Lima-Costa, M.F.F. (2002). Envelhecimento e Saúde: experiência e construção cultural. Em M. C. Minayo, & C. E. Coimbra- Júnior, *Antropologia, saúde e envelhecimento* (pp. 25-35). Rio de Janeiro: FIOCRUZ.

Viacava, F., & Bellido, J. G. (2016). Condições de saúde, acesso a serviços e fontes de pagamento, segundo inquéritos domiciliares. *Revista Ciência e Saúde Coletiva*, 21(2), 351-370.

World Health Organization. (2005). *Envelhecimento ativo: uma política de saúde*. (S, Gontijo Trad.), Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde. 60p.

Ximenes, V., & Camurça, C. (2016). Novos cenários da pobreza e da seca na zona rural nordestina: suas implicações na saúde mental. In M. Dimenstein; J. Leite; J. Macedo & C. Dantas (Orgs.). *Condições de vida e saúde mental em contextos rurais* (pp. 175-194). Natal: UFRN.

APENDICE 1
Instrumento de pesquisa

Cidade:	Data: / /	Nº do Instrumento:
---------	-------------------	--------------------

1) PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO

Idade? _____

Sexo () masculino () Feminino

Escolaridade: _____

Atividade/Profissão: _____ () Empregado () Desempregado ()
Aposentado

Seu **emprego** é:

() Formal (CLT) () Informal () Autônomo - Renda Mensal : _____

Estado civil? () Casado/Mora junto () Solteiro () Separado/Divorciado ()
Viúvo ()

Religião: () Católica () Evangélica () Espírita () Outra:

Em uma escala de 0 a 10, o quanto você se considera **religioso**?

0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10

2) SELF-REPORTING QUESTIONNAIRE (SRQ-20)

Instruções: Estas questões são relacionadas a certas dores e problemas que podem ter lhe incomodado nos últimos 30 dias. Se você acha que a questão se aplica a você e você teve o problema descrito nos últimos 30 dias responda SIM. Por outro lado, se a questão não se aplica a você e você não teve o problema nos últimos 30 dias, responda NÃO

Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule a resposta que afirma o que o Sr(a) sente.

	Sim	Não
1) Sr.(a) tem dores de cabeça com frequência?		
2) Tem falta de apetite?		
3) O Sr.(a) dorme mal?		
4) O Sr.(a) fica com medo com facilidade?		
5) Suas mãos tremem?		

6) O Sr(a) se sente nervoso, tenso ou preocupado?		
7) Sua digestão não é boa ou sofre de perturbação digestiva?		
8) O Sr(a) não consegue pensar com clareza?		
9) Sente-se infeliz?		
10) O Sr(a) chora mais que o comum?		
11) Acha difícil apreciar (gostar de) suas atividades diárias?		
12) Acha difícil tomar decisões?		
13) Seu trabalho diário é um sofrimento? Tormento? Tem dificuldade em fazer seu trabalho?		
14) O Sr.(a) não é capaz de ter um papel útil na vida?		
15) O Sr.(a) perdeu interesse nas coisas?		
16) Acha que é uma pessoa que não vale nada?		
17) O pensamento de acabar com a sua vida já passou por sua cabeça?		
18) O Sr.(a) se sente cansado (a) todo o tempo?		
19) O Sr.(a) tem sensações desagradáveis no estômago		
20) Fica cansado com facilidade?		

Questões complementares sobre o TMC
(para as pessoas que atingiram o ponto de corte)

a) Há quanto tempo procurou por atendimento em saúde em razão dos sintomas percebidos?

b) Vivencia situações de estresse frequentemente?

Sim Não

Alguma observação: _____

c) Antecedentes na família de transtornos mentais.

Sim Não

Alguma observação: _____

d) Recebeu algum atendimento psicológico?

Sim Não

Alguma observação: _____

e) Recebeu encaminhamento para atendimento psicológico?Sim Não

Se sim, de quem? _____

f) Recebeu algum atendimento psiquiátrico?Sim Não

Alguma observação: _____

g) Recebeu encaminhamento para atendimento psiquiátrico?Sim Não

Se sim, de quem? _____

3) QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Qual a nota para o atendimento em saúde desta cidade?

0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10

Na cidade tem:

() postinho () hospital () médico todos os dias () equipamentos p/exames

O que falta?

Levando em conta suas últimas experiências, dê uma nota de 0 a 10 para as seguintes afirmativas, sabendo que 0 é igual ao menor valor e 10 ao maior valor:

– ORGANIZAÇÃO

Tinha todos os medicamentos que você precisava	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10
Tinha todos os equipamentos necessários ao atendimento do seu problema de saúde	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10
Foram disponibilizados os exames solicitados	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10
Tinham os profissionais de saúde adequados ao seu atendimento	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10

– VÍNCULO E ATENDIMENTO

O quanto você se sente bem recebido pelo	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10
--	--

profissional de saúde	
O quanto sente que ele entendeu o que vc falou.	0 -1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 -10
O quanto o profissional de saúde responde às suas perguntas de maneira clara	0 -1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 -10
O quanto você entende as explicações que o profissional dá	0 -1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 -10
O quanto o profissional de saúde explica sobre os medicamentos que vão ser utilizados	0 -1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 -10
O quanto o profissional do serviço de saúde pede informações sobre suas condições de vida e de sua família	0 -1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 -10
Os profissionais de saúde dão tempo suficiente para você explicar bem as suas preocupações e tirar as suas dúvidas	0 -1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 -10
Quando você retorna ao serviço de saúde com os exames, é examinado pelo mesmo profissional de saúde	0 -1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 -10
Os profissionais do serviço de saúde se relacionam bem com os usuários	0 -1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 -10
O quanto você já se sentiu rejeitado pelos profissionais do serviço de saúde	0 -1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 -10
O quanto você tem vergonha em falar sobre seus problemas com os profissionais de saúde.	0 -1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 -10

- PREVENÇÃO

Frequência com que você recebe informações acerca de outros problemas de saúde	0 -1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 -10
Frequência com que é convidado a participar de grupos de discussão por profissionais do serviço de saúde.	0 -1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 -10
Existência de propagandas/ campanhas/ trabalhos educativos realizados pelos profissionais do serviço de saúde	0 -1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 -10
Oferecimento do teste de HIV/AIDS	0 -1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 -10
Distribuição de camisinhas.	0 -1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 -10

- RESOLUTIVIDADE

Costuma fazer os exames solicitados	0 -1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10
Costuma retornar ao serviço de saúde quando o médico marca	0 -1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 -10
Seus problemas são resolvidos no serviço de saúde	0 -1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 -10
Nota que você dá para a equipe de saúde	0 -1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 10
Nota que você dá para a estrutura do serviço de saúde?	0 -1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 -10

APÊNCIDE 2

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido eu, _____, em pleno exercício dos meus direitos me disponho a participar da Pesquisa “*ENVELHECIMENTO EM CIDADES RURAIS: vulnerabilidades em saúde, atendimento e acesso a serviços de saúde no estado da Paraíba*”.

Declaro ser esclarecido e estar de acordo com os seguintes pontos:

- A referida pesquisa terá como objetivo geral: “Analisar as vulnerabilidades em saúde, o atendimento e acesso aos serviços de saúde, a saúde mental e as concepções de saúde e qualidade de vida de pessoas na maturidade e velhice residentes em cidades rurais do Estado da Paraíba”.
- Ao pesquisador caberá o desenvolvimento da pesquisa de forma confidencial; entretanto, quando necessário for, poderá revelar os resultados ao médico, indivíduo e/ou familiares, cumprindo as exigências da Resolução Nº. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde/ Ministério da Saúde.
- Ao participar desta pesquisa o participante não terá nenhum benefício direto. Entretanto, a partir desta pesquisa espera-se contribuir para a identificação de aspectos relacionados à vulnerabilidades em saúde de idosos e para promover a assistência integral à saúde da pessoa idosa no Estado da Paraíba. Isto possibilita, ainda, a formação de recursos humanos especializados para a área da saúde.
- Quanto aos riscos, esta pesquisa oferece riscos apenas do tipo “mínimo” aos participantes da mesma, ou seja, podendo ocorrer algum desconforto subjetivo durante a leitura dos itens. Ademais, anterior a aplicação do instrumento, o pesquisador informará que, caso haja algum desconforto subjetivo para responder às perguntas do questionário, o participante poderá deixar de participar a qualquer momento. Além disso, o pesquisador se colocará à disposição para quaisquer esclarecimentos que possam amenizar possíveis desconfortos e será colocado à disposição o contato do pesquisador responsável que também é psicólogo para uma escuta mais direcionada, caso o participante deseje.

O voluntário poderá se recusar a participar, ou retirar seu consentimento a qualquer momento da realização do trabalho ora proposto, não havendo qualquer penalização ou prejuízo para o mesmo.

- Será garantido o sigilo dos resultados obtidos neste trabalho, assegurando assim a privacidade dos participantes em manter tais resultados em caráter confidencial.
- Não haverá qualquer despesa ou ônus financeiro aos participantes voluntários deste projeto científico e não haverá qualquer procedimento que possa incorrer em danos físicos ou financeiros ao voluntário.
- Qualquer dúvida ou solicitação de esclarecimentos, o participante poderá contatar a equipe científica no número (083) 98873XXX. Ao final da pesquisa, se for do meu interesse, terei livre acesso ao conteúdo da mesma, podendo discutir os dados, como pesquisador, vale salientar que este documento será impresso em duas vias e uma delas ficará em minha posse.
- Desta forma, uma vez tendo lido e entendido tais esclarecimentos e, por estar em pleno acordo com o teor do mesmo, dato e assino este termo de consentimento livre e esclarecido.

Assinatura do Participante da pesquisa

Assinatura do pesquisador responsável

ANEXO

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA
PARAÍBA - PRÓ-REITORIA DE
PÓS-GRADUAÇÃO E



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ENVELHECIMENTO EM CIDADES RURAIS: vulnerabilidades em saúde, atendimento e acesso a serviços de saúde no Estado da Paraíba

Pesquisador: Josevânia da Silva

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 79139817.3.0000.5187

Instituição Proponente: Universidade Estadual da Paraíba - UEPB

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.383.486

Apresentação do Projeto:

O Projeto é intitulado “ Envelhecimento em cidades rurais: vulnerabilidade em saúde, atendimento e acesso a serviços de saúde no estado da Paraíba” . O Projeto é para fins de elaboração de Trabalho de Conclusão do curso de Psicologia, da Universidade Estadual da Paraíba.

Objetivo da Pesquisa:

A pesquisa tem como objetivo geral: Analisar as vulnerabilidades em saúde, o atendimento e acesso aos serviços de saúde mental e as concepções de saúde e qualidade de vida de pessoas na maturidade e velhice residentes em cidades rurais do estado da Paraíba.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os possíveis riscos estão previstos no projeto e os benefícios do estudo estão apresentados de forma esclarecedora

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Será realizado um estudo exploratório, transversal, com abordagem quantitativa e qualitativa.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos encontram-se anexados.

Recomendações:

Acrescentar no TCLE, o local para colocar a impressão dactiloscópica.

Endereço: Av. das Baraúnas, 351- Campus Universitário

Bairro: Bodocongó

CEP: 58.109-753

UF: PB

Município: CAMPINA GRANDE

Telefone: (83)3315-3373

Fax: (83)3315-3373

E-mail: cep@uepb.edu.br

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA
PARAÍBA - PRÓ-REITORIA DE
PÓS-GRADUAÇÃO E



Continuação do Parecer: 2.383.486

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto encontra-se bem elaborado, desta feita somos favoráveis à sua aprovação.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1014673.pdf	17/10/2017 18:05:34		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_de_Pesquisa.docx	17/10/2017 17:02:41	Josevânia da Silva	Aceito
Outros	INSTRUMENTO_DE_PESQUISA.pdf	17/10/2017 17:00:07	Josevânia da Silva	Aceito
Declaração de Pesquisadores	concordancia.pdf	17/10/2017 16:59:12	Josevânia da Silva	Aceito
Declaração de Pesquisadores	TERMO_DO_PESQUISADOR.pdf	17/10/2017 16:58:11	Josevânia da Silva	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	17/10/2017 16:55:01	Josevânia da Silva	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	17/10/2017 16:52:55	Josevânia da Silva	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CAMPINA GRANDE, 16 de Novembro de 2017

Assinado por:
Marconi do Ó Catão
(Coordenador)

Endereço: Av. das Baraúnas, 351- Campus Universitário
Bairro: Bodocongó **CEP:** 58.109-753
UF: PB **Município:** CAMPINA GRANDE
Telefone: (83)3315-3373 **Fax:** (83)3315-3373 **E-mail:** cep@uepb.edu.br