

## EVOLUÇÃO DO CUIDADO EM SAÚDE NA ÁREA RURAL A PARTIR DA PERSPECTIVA DA PESSOA IDOSA.

CARLA WEBER PETERS<sup>1</sup>; MARCOS AURÉLIO MATOS LEMÕES<sup>2</sup>; EDA SCHWARTZ<sup>3</sup>; JULIANA GRACIELA VESTENA ZILLMER<sup>4</sup>; LÍLIAN MUNHOZ FIGUEIREDO<sup>5</sup>; CELMIRA LANGE<sup>6</sup>

<sup>1</sup>Universidade Federal de Pelotas – [carlappeters@hotmail.com](mailto:carlappeters@hotmail.com)

<sup>2</sup>Universidade Federal de Pelotas – [enf.lemoes@gmail.com](mailto:enf.lemoes@gmail.com)

<sup>3</sup>Universidade Federal de Pelotas – [edaschwa@gmail.com](mailto:edaschwa@gmail.com)

<sup>4</sup> Universidade Federal de Pelotas - [juzillmer@gmail.com](mailto:juzillmer@gmail.com)

<sup>5</sup> Universidade Federal de Pelotas - [lilian.figueiredo@outlook.com](mailto:lilian.figueiredo@outlook.com)

<sup>6</sup>Universidade Federal de Pelotas – [celmira\\_lange@terra.com.br](mailto:celmira_lange@terra.com.br)

### 1. INTRODUÇÃO

De acordo com a Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural, o cuidado consiste na prestação de assistência, apoio e capacitação para ou por outra pessoa e também coletividade com necessidades manifestadas ou previstas. Isso, com a finalidade de melhoria de uma condição da vida humana. O cuidado é classificado em cuidado *emic* - conhecimentos e práticas de cuidado tradicionais ou locais, popularmente, aprendidas e transmitidas no contexto sociocultural em que as pessoas estão inseridas, e *etic* - conhecimentos e práticas de cuidado profissionais, cognitivamente, aprendidas em instituições de ensino (LEININGER; MCFARLAND, 2006).

Diante disso, entende-se que o conceito de cuidado em saúde está relacionado com os fatores socioculturais e, principalmente, subentendido nas interrelações pessoais de apoio. Nos dias que correm, esse conceito desenvolve-se, continua e progressivamente, com a qualificação das práticas de cuidado dos profissionais de saúde e da ampliação da oferta de serviços de saúde. Tal realidade, embora de maneira discreta, já é vivenciada e experienciada, inclusive, na área rural onde a dificuldade de acesso aos bens e serviços, sobretudo sociais e de saúde, interfere no modo de vida e no cuidado em saúde da população (PETERS, 2019).

Ao encontro disso, Viacava *et al.*, (2018) explicam que a ampliação da oferta de serviços e profissionais de saúde vinculados ao Sistema Único de Saúde e as mudanças nos padrões de utilização, como a diminuição da procura pelos serviços de saúde devido à presença de doenças e o aumento da procura pelos serviços de saúde com foco na promoção da saúde e na prevenção de doenças e agravos, estão entre os principais elementos responsáveis pela evolução do cuidado em saúde. No entanto, é pertinente a colocação de que os desafios históricos permanecem e que dentre os quais destacam-se a relação público-privado, as desigualdades regionais e o subfinanciamento na prestação pública do cuidado em saúde. Mais especificamente, em relação à população residente em área rural, Costa *et al.*, (2020) explanam que, mesmo diante a evolução do cuidado em saúde, existe um despreparo das equipes de Estratégia de Saúde da Família no que concerne à adentrarem os territórios e identificarem as necessidades e expectativas de saúde da população e, ainda, ao reconhecimento dos saberes populares e incorporação desse saberes no planejamento do cuidado em saúde.

Portanto, considerando que o número de pessoas residentes em área rural representa, aproximadamente, 16% da população brasileira (IBGE, 2010) e que, não raramente, depara-se com obstáculos de acesso geográfico, ausência ou insuficiência de serviços de saúde, em especial, que preste um cuidado culturalmente congruente, em outras palavras, que corresponda adequadamente às crenças, aos valores culturais e aos modos de vida das pessoas com vistas à saúde, ao bem-estar e/ou à prevenção de doença, agravos e morte (LEININGER; MCFARLAND, 2006; GARNELO *et al.*, 2018, PETERS, 2019), questiona-se: qual a evolução do cuidado em saúde na área rural a partir da perspectiva das pessoas idosas?

Esse recorte da pesquisa intitulada “Processo saúde-doença-cuidado do idoso residente em área rural”, possui como objetivo: descrever a evolução do cuidado em saúde na área rural a partir da perspectiva das pessoas idosas.

## 2. METODOLOGIA

Trata-se do recorte de uma pesquisa qualitativa, descritiva e exploratória à luz da Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural, proposta por Madeleine M. Leininger, acerca do processo saúde-doença-cuidado do idoso residente em área rural. Essa Teoria é considerada uma das teorias em enfermagem mais completas para a compreensão das práticas de cuidados com base nos fatores socioculturais dos diversos contextos em que as pessoas encontram-se inseridas em todo o mundo. Isso em razão de que a construção de novos conhecimentos e práticas de cuidado foram e são fundamentais para que o(a) enfermeiro(a) desenvolva suas funções laborais com qualidade em um mundo multicultural em rápida e constante transformação (LEININGER, 2002).

Essa pesquisa foi realizada nos meses de julho e agosto de 2018 nas localidades de Vila Nova, Cerrito Alegre e Grupelli da área rural do município de Pelotas-RS, Brasil. Participaram da pesquisa 19 idosos, selecionados com base nos seguintes critérios de inclusão: ter idade igual ou superior a 60 anos; ambos os sexos; residir em meio rural desde a infância<sup>1</sup>; ser cadastrado na Estratégia de Saúde da Família; compreender e falar o idioma português ou possuir um familiar que realize a tradução. Os critérios de exclusão foram: estar ausente após três visitas realizadas em horários e dias distintos e estar privado de liberdade por decisão judicial, institucionalizado ou hospitalizado. A coleta de dados se deu por meio de entrevistas semiestruturadas e observação simples. A análise dos dados foi realizada com base na análise de conteúdo de Bardin (2011).

O desenvolvimento da pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas (UFPEL) conforme parecer de número 2.686.932. Foram respeitadas as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos previstas nas resoluções Nº 466/2012 e Nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012; BRASIL, 2016).

## 3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Ao pesquisar o processo saúde-doença-cuidado do idoso residente em área rural percebeu-se a evolução do cuidado em saúde, não somente no que diz

---

<sup>1</sup>Faixa etária de 0 a 12 anos conforme a lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 que trata sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências (BRASIL, 1990).

respeito às pessoas com 60 ou mais. Mas, inclusive, às demais faixas etárias. Visto que, conforme verificado, quando questionados sobre como era realizado o cuidado na época em que eram mais novos, a maioria relatou a falta de serviços de saúde próximos do local em que residiam e a dificuldade de deslocamento para a área urbana em busca do atendimento de profissionais de saúde.

Naquele tempo não tinha Unidade Básica de saúde na colônia (área rural), era complicado. Consulta de rotina a gente não fazia. Era difícil o deslocamento para a cidade (área urbana) (E9-67 anos).

Se ficava doente e não melhorava procurava um enfermeiro. Naquela época era muito difícil procurar um enfermeiro porque na colônia (área rural) não tinha, só na cidade (área urbana). Naquele tempo a colônia (área rural) era pobre, depois começou a melhorar (E14-67 anos).

Nos dias que correm, existem Unidades Básicas de Saúde organizadas sob a forma de Estratégia de Saúde da Família, as quais são procuradas não somente em casos de doenças, mas também com a finalidade de promoção da saúde e a prevenção de doenças e agravos, como nos casos de controle de pressão arterial sistêmica e glicemia, realização de exames laboratoriais de rotina, citopatológico, mamografia e vacinação.

Sempre faço exames para ver como é que eu estou. Vou uma vez por mês (referindo-se a UBS) por causa do exame da urina que preciso fazer (devido ao uso de sonda vesical de demora). (E7- 79 anos).

Faço vacinas e exame da próstata todos anos (E10- 77 anos).

Fato esse que se torna relevante ao considerar que na área rural, a despeito da expansão da estratégia de saúde da Família, a dispersão populacional e a imensa dimensão territorial dificultam a cobertura completa e contribuem para uma Atenção Primária à Saúde pouco resolutiva (SHIMIZU, 2018).

Além disso, houve a melhoria das condições das estradas e a incorporação de linhas de transporte público e, em consequência, a facilitação do acesso tanto as Unidades Básicas de Saúde organizadas sob a forma de Estratégia de Saúde da Família (ESF), localizadas na área de abrangência da residência das pessoas residentes em área rural, quanto aos demais serviços de saúde localizados na área urbana.

Em termos de condições das estradas, quando era mais novo passamos dificuldade. Mas, depois que fizeram a estrada nova melhorou (referindo-se ao acesso aos serviços de saúde) (E 10-77 anos).

No entanto, de maneira semelhante aos resultados de pesquisa realizada sobre o acesso e a cobertura da Atenção Primária à Saúde (APS) para populações rurais e urbanas na região norte do Brasil em que as pessoas residentes em área rural relataram problemas de acesso e de não atendimento de suas demandas no que refere-se ao horário de funcionamento da unidade, ao tempo de espera e à oferta de visitas domiciliares (GARNELO, 2018). Observou-se que mesmo diante a evolução no cuidado em saúde na área rural no que concerne à qualificação dos profissionais de saúde e ampliação da oferta de serviços de saúde, ainda é preciso mais avanços, principalmente, com relação a prestação de um cuidado em saúde integral, humanizado e culturalmente congruente para contemplação de maneira absoluta das necessidades e expectativas de saúde da população.

A doença vem de uma hora para outra e quando precisa de consulta médica não tem. Precisa agendar (referindo-se a Unidade Básica de Saúde). Aonde vai? Canguçu ou Pelotas (área urbana) (E19- 69 anos).

Na verdade a Unidade Básica de Saúde deveria possuir sempre os medicamentos, mas a maior parte não tem. Na realidade somente a estrutura física está ali, Agora mesmo, nem dentista tem (E10- 77 anos).

O que corrobora com a ideia de que, mesmo diante a evolução no cuidado em saúde na área rural descrita anteriormente, o direito à saúde com base nos princípios de igualdade e equidade, persiste como motivo de luta constante das

peessoas que residem nesse espaço (COSTA *et al.*, 2020). Cabendo reforçar que conforme a Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, a saúde é um direito de todos os cidadãos e deve ser garantido pelo Estado. Porém, infelizmente, consiste em um direito, ainda, não exercido em sua plenitude para parte expressiva da população brasileira, acima de tudo, para aquelas pessoas em situação de vulnerabilidade e residentes em áreas rurais (GARNELO *et al.*, 2018).

#### 4. CONCLUSÕES

Os conhecimentos e as práticas de cuidado profissionais com a finalidade de promoção da saúde e prevenção doenças e agravos vêm sendo, pouco a pouco, incorporados ao cuidado em saúde das pessoas com 60 anos ou mais e, inclusive, nas demais faixas etárias residentes em área rural. De modo que, vislumbra-se, mesmo que distante, a (re)construção de políticas, programas e ações de saúde que rompam, verdadeiramente, com o modelo de saúde biomédico, centrado na doença. E, por seguinte, direcionem os enfermeiros e demais profissionais de saúde a considerarem as pessoas sob seus cuidados em sua integralidade no contexto social e cultural em que estão inseridos em busca de um cuidado culturalmente congruente e, portanto, mais eficaz e eficiente. Com isso, aumentando a qualidade de vida e satisfação da população rural e diminuindo o gasto de dinheiro público com o tratamento de doenças e agravos, potencialmente, evitáveis. Portanto, requer discussões e pesquisas mais aprofundadas nos meios acadêmicos e científicos.

#### 5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo**. 1.ed. São Paulo: Edições 70. 2011.

COSTA, L.A. da et al. Estratégia Saúde da Família rural: uma análise a partir da visão dos movimentos populares do Ceará. **Saúde em Debate**, v. 43, p. 36-49, 2020.

FEDERAL, Senado. **Constituição da República Federativa do Brasil**, 1988. 1998.

GARNELO, L. et al. Acesso e cobertura da Atenção Primária à Saúde para populações rurais e urbanas na região norte do Brasil. **Saúde em Debate**, v. 42, p. 81-99, 2018.

PETERS, C.W. **Processo saúde-doença-cuidado do idoso residente em área rural**. 2019. 215f. Dissertação (Mestrado em Ciência) – Programa de Pós Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Pelotas.

LEININGER, M.M. Culture Care Theory: A Major Contribution to Advance Transcultural Nursing Knowledge and Practices. **Journal of Transcultural Nursing**, vol. 13, n. 3, p. 189-192, 2002.

LEININGER, M.M; MCFARLAND M.R. **Culture Care Diversity and Universality: a worldwide nursing theory**. 2 ed. New York: McGraw-Hill, 2006. 413 p.

SHIMIZU, H.E *et al.* Avaliação do Índice de Responsividade da Estratégia Saúde da Família da zona rural. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 52, p. e03316-e03316, 2018.

VIACAVA, F. et al. SUS: oferta, acesso e utilização de serviços de saúde nos últimos 30 anos. **Ciência & saúde coletiva**, v. 23, p. 1751-1762, 2018.