

ESTRUTURA DE SERVIÇOS E ACESSO A CONSUMOS EM SAÚDE POR IDOSOS EM UM CONTEXTO RURAL DO SUL DO BRASIL¹

Luciana Ruschel de Alcântara²

Marta Julia Marques Lopes³

RESUMO

Este estudo analisa o acesso e a utilização dos os serviços de saúde por idosos rurais, de um município da Metade Sul do RS. Busca-se descrever e traçar os fluxos de acesso aos serviços de saúde, levando-se em conta o contexto econômico, social, geográfico e cultural dos idosos entrevistados e das práticas utilizadas a partir dos problemas de saúde que os afetam. Trata-se de um estudo híbrido, com desenho epidemiológico descritivo com coleta e análise qualitativa dos dados obtidos por meio de entrevista com 30 idosos residentes no meio rural de Santana da Boa Vista. Quanto aos serviços de saúde, mais da metade dos idosos declarou utilizar habitualmente a Rede Municipal, em consequência dos problemas crônicos. As principais dificuldades na relação com os serviços de saúde estão relacionadas aos recursos financeiros insuficientes; à demora no atendimento; à ausência de transporte; ao uso de automedicação e ausência de profissionais médicos. Esses resultados expressam desigualdades sociais e de saúde, predominando as dificuldades de acesso funcional e geográfico, já que a maioria dos serviços de saúde encontra-se fora da área rural. A análise das trajetórias terapêuticas apontou para a diversidade de situações e estratégias de saúde desenvolvidas pelos usuários e pelo Município.

Palavras-chaves: envelhecimento, saúde da população rural, condições de vida, determinantes sociais e de saúde, utilização de serviços de saúde.

¹ Recorte da dissertação de mestrado da primeira autora "Idosos rurais: fatores que influenciam trajetórias e acesso a serviços de saúde no município de Santana da Boa Vista/RS" apresentada na Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) em 2009.

² Mestre em Enfermagem pela Saúde Coletiva, enfermeira do Serviço de Controle de Infecção da PUCRS, Professora substituta da disciplina Administração em Enfermagem da UFRGS. E-mail: lualcantara@terra.com.br

³ Doutora em Sociologia. Professora Titular em Saúde Coletiva da Escola de Enfermagem da UFRGS, atua no Bacharelado em Saúde Coletiva e nos Programas de Pós-Graduação, Mestrado e Doutorado, na EENF/UFRGS e no Programa de Desenvolvimento Rural. E-mail: marta@enf.ufrgs.br

INTRODUÇÃO

Este artigo busca analisar a rede e os fluxos de utilização de serviços de saúde em um Município da Metade Sul do RS, identificando as práticas utilizadas por idosos rurais e fatores que influenciam nos cuidados à saúde. Trata-se de uma pesquisa de mestrado desenvolvida no âmbito do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/UFRGS, focada nos fatores que influenciam trajetórias e acesso a serviços de saúde (ALCÂNTARA, 2009). Está inserida também em um projeto-base (GERHARDT et al., 2007) que objetiva a abordagem das interfaces entre os determinantes sociais (socioeconômicos, culturais e ambientais) e a mobilidade dos usuários, a partir da análise de fluxos e da utilização de serviços da Atenção Básica e de Média Complexidade de alguns municípios da região conhecida como “Metade Sul do RS”.

Ao considerar a área rural e os processos de desenvolvimento locais, a região escolhida para o desenvolvimento do estudo dos determinantes sociais vem sofrendo uma crescente desaceleração econômica quando comparada a outras regiões do Estado, com reflexos sociais visíveis (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL, 2000).

Devido à extensão da área citada, as pesquisas na Área da Saúde iniciaram pela caracterização da situação de saúde e pesquisas originárias de fontes primárias de oito municípios (Arambaré, Camaquã, Canguçu, Chувиска, Cristal, Encruzilhada do Sul, Santana da Boa Vista, São Lourenço do Sul). Além disso, os resultados preliminares de uma dissertação de Mestrado (ROESE, 2005), evidenciaram a necessidade de incorporar mais 5 Municípios, considerando a proximidade geográfica, totalizando 13 municípios que deram origem ao projeto-base, os quais foram: Amaral Ferrador, Dom Feliciano, Cerro Grande do Sul, Sentinela do Sul e Tapes, visto que a dinâmica dos serviços de saúde é desenvolvida e influenciada pelos demais Municípios do estudo (GERHARDT et al., 2007).

A escolha da zona rural do município de Santana da Boa Vista/RS justificou-se, primeiramente, por ser este um dos 13 municípios do campo empírico do projeto sobre os determinantes sociais. Está situado ao longo da rodovia (BR/392) e tem sua história produtiva caracterizada pela pecuária de corte e por pequenas áreas de subsistência. Atualmente, a principal atividade econômica do Município mantém-se na agropecuária, apesar de estar se constituindo em um polo turístico⁴ com forte potencial, devido a suas características naturais atrativas (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL, 2003).

Constatou-se, através do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2004), que o município de Santana da Boa Vista possui o maior contingente de idosos dos 13 municípios do estudo dos determinantes, com um índice de 14,9% de idosos (acima de 60 anos) em sua população, como mostra a Tab. 1, percentual maior que o de idosos no Estado do Rio Grande do Sul que é de 10,4%, configurando o processo de envelhecimento populacional presente no Município.

⁴ Santana da Boa Vista está no mapa turístico do Estado do RS desde 1998.

Tabela 1 - Porcentagem de idosos nos Municípios pertencentes ao projeto “Determinantes sociais e interface com a mobilidade de usuários: análise dos fluxos e utilização de serviços de saúde”, 2007. Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2004), elaborada pela autora, 2009.

Municípios	Idosos (n)	Idosos (%)	Total Geral (n)
Chuívisca	429	9,5	4.502
Cerro Grande do Sul	864	10,4	8273
Camaquã	6.698	11,1	60.383
Amaral Ferrador	645	11,2	5740
Tapes	1920	11,3	16.291
Dom Feliciano	1536	11,5	13.297
Cristal	796	12,0	6.632
Arambaré	513	13,1	3.917
Encruzilhada do Sul	3.174	13,3	23.906
Canguçu	6.924	13,6	51.447
Sentinela do Sul	673	13,7	4.892
São Lourenço do Sul	6.072	13,9	43.691
Santana da Boa Vista	1.293	14,9	8.691
Rio Grande do Sul	1.065.117	10,4	10.187.841

Os últimos índices divulgados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010) demonstram um aumento significativo da população de idosos em todos os Municípios do estudo, destacando-se Santana da Boa Vista com 22,9% de idosos, mantendo-se superior inclusive à média do Estado do Rio Grande do Sul que alcança 15,5%.

Diante dessa realidade pode-se considerar a relevância dessa discussão no debate atual por ser o envelhecimento populacional um fenômeno mundial em ascensão, atingindo tanto as áreas rurais, como urbanas.

A significativa aceleração no ritmo de crescimento da população idosa, em decorrência da baixa taxa de fecundidade e mortalidade, acentua o envelhecimento e a rapidez de sua manifestação, no Brasil (CARVALHO, GARCIA, 2003). Segundo as estatísticas mundiais de saúde, o Brasil passará a alcançar o 6º lugar no contingente populacional de idosos no mundo, com 32 milhões de idosos, no ano de 2025 (CAMARANO, 2002), configurando o envelhecimento como uma das transformações sociais mais importantes no País desde a metade do século passado.

Com o surgimento da epidemiologia social, durante o século XVIII e XIX surgem as associações entre o processo saúde-doença relacionadas às condições de vida (estilos de vida, condições de trabalho, hábitos de comportamento), contextualizadas no espaço onde se vive (NUNES, 2000). Nesse sentido, Netto (2002) afirma que o aumento acentuado do número de idosos trouxe

consequências para a sociedade e para os indivíduos que compõem esse segmento etário, apresentando a necessidade de se buscar os determinantes das condições de vida e saúde, enxergando além dos aspectos biofisiológicos, valorizando as condições ambientais, psicológicas, sociais, culturais e econômicas desse segmento. Embora seja muito difícil encontrar subsídios sobre o envelhecimento no meio rural da Região Sul do Brasil, algumas pesquisas explicam as mudanças significativas no cenário da população rural, especialmente com a fuga dos jovens camponeses para a cidade em busca de emprego, criando grande déficit de mão de obra no campo, permanecendo os homens velhos e as mulheres (SCHONS, PALMA, 2000).

A análise do material produzido por um grupo de pesquisadores do GESC/EENF/UFRGS (GERHARDT et al., 2008) permitiu a compreensão de uma diversidade de situações que influenciam, segundo os pesquisados, na mobilidade dos usuários idosos no município de Santana da Boa Vista, considerando os fluxos de utilização dos serviços de saúde⁵ e os possíveis fatores que influenciam na diversidade de situações de saúde encontradas.

As preocupações políticas com as consequências do envelhecimento populacional introduzem importantes modificações no sistema de saúde do País com a criação de políticas específicas à população idosa, objetivando garantir maior grau de equidade, aqui entendida como a "igualdade no acesso à saúde que deve ser provida como um direito de todo cidadão" (UNGLERT, 1990, p.445). Essas políticas são influenciadas pelas duas Assembleias das Nações Unidas, que ocorreram em Viena (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 1982), e em Madri (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2003), ressaltando-se, nesta última, o novo contexto social, cultural e tecnológico em curso em todo o mundo, incorporando o pleno acesso dos idosos à assistência e aos serviços de saúde - preventivo, curativo e de reabilitação - da mesma forma como é dado a outros grupos, independente de suas condições econômicas.

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

De fato, as decisões políticas, baseadas em modelos teóricos, nem sempre se apresentam adequadas a distintas realidades locais. Nesse sentido, concorda-se

⁵ Compreendido como "a busca por uma ação terapêutica e/ou a trajetória percorrida pelo usuário em busca do atendimento, estando este fluxo vinculado a todos os esforços realizados para alcançar a resolutividade" (ROESE, 2005, p. 46).

com Unglert (1990) quando aponta a heterogeneidade da distribuição geográfica da população e as características da mesma, como influências na equidade e na acessibilidade para a realidade concreta.

De certa forma, o acesso universal, além de ampliar a demanda da população em geral aos serviços de saúde, também poderá aumentar o consumo pelos idosos, que buscam a atenção básica.

Essas ideias sustentadas na bibliografia e a síntese da problemática sugerem a construção de uma questão de pesquisa que responde aos objetivos propostos para este estudo, que buscam conhecer e explorar a dinâmica de mobilidade dos usuários idosos e suas necessidades de saúde, por meio da análise da oferta de serviços no município de Santana da Boa Vista, das demandas individuais e das trajetórias terapêuticas.

. Acredita-se que compreender as necessidades de saúde e as dinâmicas de mobilidade, por meio da utilização dos serviços de saúde pelos idosos, requer a busca de elementos constitutivos dessa relação dentro do contexto e das dinâmicas sociais no Município em estudo. Dessa forma, tornou-se necessário identificar as formas de organização e de funcionalidade da rede de serviços de saúde na Atenção Básica e de Média Complexidade dos Municípios situados nessa área empírica, que apresentam proximidade local.

Métodos

Trata-se de um estudo híbrido, com desenho epidemiológico descritivo com coleta e análise qualitativa dos dados. A pluralidade metodológica foi construída pela necessidade de aproximação de uma realidade complexa, sobretudo no campo da saúde coletiva, o que conduziu ao diálogo entre abordagens quanti e qualitativas. A coleta dos dados foi feita a partir de fontes documentais e entrevista semiestruturada, combinando perguntas abertas e fechadas. Para a análise do perfil da população de idosos do Município, recorreu-se aos dados oficiais do IBGE e DATASUS. Para a análise qualitativa dos dados optou-se pelo conteúdo temático, proposta por Ghiglione e Matalon (1997, p.211), para os quais "consiste em isolar os temas presentes num texto com o objetivo de, por um lado, o reduzir a proporções utilizáveis e, por outro, permitir sua comparação com mais textos tratados da mesma maneira". A escolha dos participantes foi intencional, por meio de informantes qualificados que foram os próprios membros do sindicato rural e alguns idosos que já haviam sido entrevistados. Foram entrevistados 30 idosos residentes na área rural do município de Santana da Boa Vista, com 60 anos e mais, beneficiários da previdência, considerando-se a viabilidade e disponibilidade para participar da pesquisa e estavam incluídos na categoria de "agricultores familiares" e não patronal. A descrição visou identificar fatores que influenciam nas desigualdades de acesso, nos fluxos e na utilização dos serviços de saúde por essa população. A etapa qualitativa aprofundou o conhecimento sobre as trajetórias individuais e os cuidados de saúde.

Considerando a estrutura em serviços de saúde e sua oferta no Município, o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES/DATASUS) aponta 9

serviços de saúde distribuídos em centros e postos de saúde, clínicas especializadas, um hospital geral, unidade de apoio diagnóstico e terapia, uma unidade de vigilância em saúde e uma unidade móvel terrestre (BRASIL, 2008). A maioria dos serviços atende por demanda espontânea, são de administração pública municipal e somente um tem atendimento 24h (GERHARDT et al., 2008). Dentre os serviços específicos à população idosa, há apenas uma clínica particular para idosos, tipo asilar, com capacidade para 10 leitos, gerenciada por um médico do Município e localizada em área urbana.

A rede de serviços de saúde está concentrada na sede municipal, enquanto o meio rural dispõe de Unidades de Saúde com Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) em três localidades distintas da região, conforme ilustra a Fig. 1.

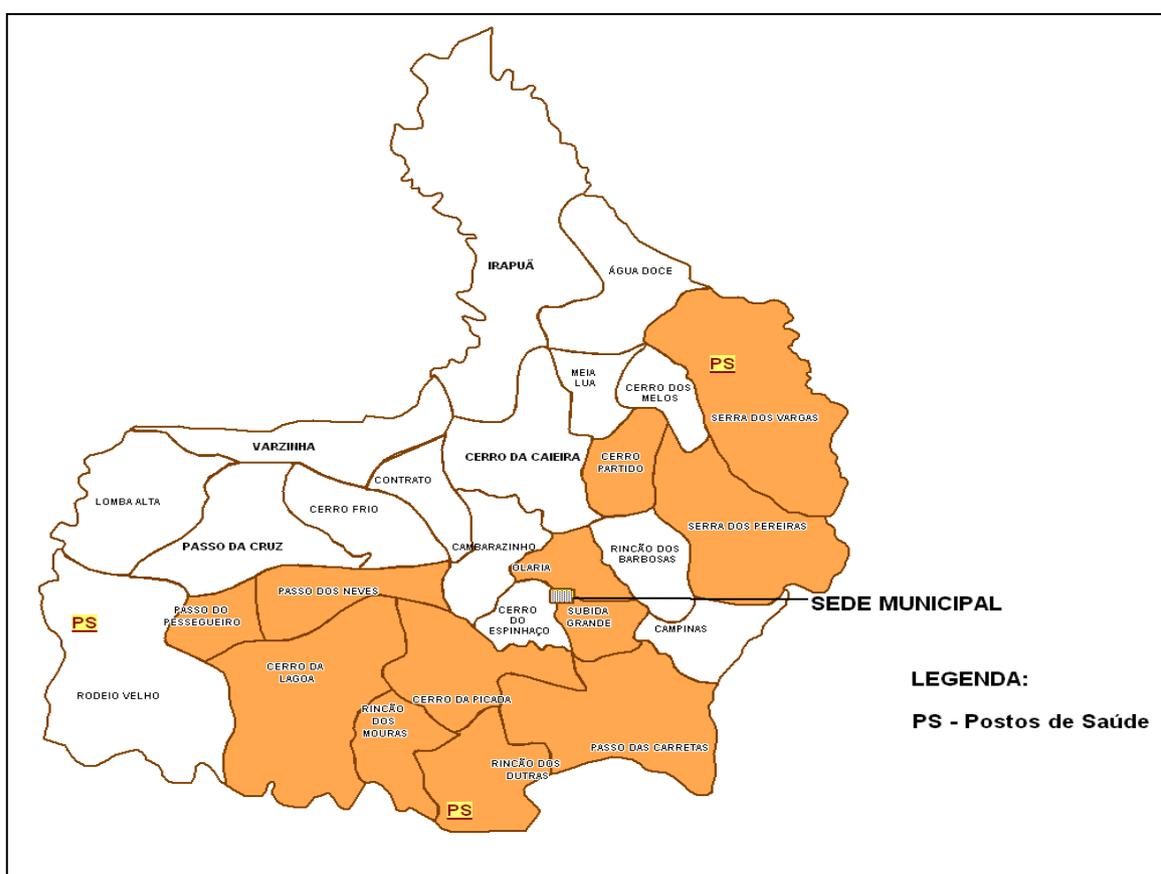


Figura 1 – Unidades de saúde e Sede Municipal de Santana da Boa Vista, RS, 2008.

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

Para as trajetórias terapêuticas, foram utilizados os relatos de oito entrevistados que declararam manifestar algum problema de saúde nos últimos 60 dias, no período mencionado.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, parecer nº 2007839. Os idosos participantes foram esclarecidos sobre os objetivos da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O estudo de Gerhardt et al. (2008) revelou a oferta e a demanda de serviços de saúde de Atenção Básica (AB) dos treze Municípios da Metade Sul do Estado, identificando a estrutura desses serviços a partir da interpretação de dados secundários, provenientes do Sistema de Informação em Saúde do Sistema Único de Saúde – DATASUS, associados a conceitos disponíveis em portaria específica e políticas públicas.

Em relação à oferta de atendimento na AB à saúde, o estudo demonstrou que Municípios de pequeno porte, como Santana da Boa Vista, apresentam somente a oferta de consultas básicas em clínica médica, uma vez que somente esse tipo de consulta foi notificado durante o período do estudo, de 2000 a 2005, não apresentando consultas básicas de urgência no período pesquisado. Somente em 2002 e 2005 o município obteve o maior número de notificações (2,29 cons./hab./ano e 2,39 cons./hab./ano, respectivamente), estando dentro dos parâmetros (2 a 3 cons./hab./ano), representando um valor mínimo em 2001 (6.077 consultas) com pico em 2005 (13.110 consultas) (GERHARDT *et al.*, 2008).

Essas informações, segundo Gerhardt *et al.* (2008), sugerem baixa diversidade de consultas básicas não urgentes entre os Municípios de menor porte e estrutura em serviços de saúde, indicando lacunas no processo de descentralização da AB em saúde. Segundo informações da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), a Prefeitura contabiliza cerca de 45 mil quilômetros/mês (automóvel e ambulância) em consultas fora do Município. Há, também, a disponibilidade de um micro-ônibus com 24 lugares, que percorre a rede de serviços de saúde, perfazendo de 7 a 8 consultas/dia pelo SUS e outras particulares.

Outro fato destacado pela SMS é que usuários provenientes de Municípios vizinhos, mas com propriedades rurais próximas a Santana da Boa Vista, solicitam consultas ou encaminhamentos a outras localidades, beneficiando-se, assim, do transporte da Prefeitura (gratuito), embora paguem consulta particular. Esses dados podem revelar serviços municipais de saúde despreparados para atender às demandas locais, ou mesmo o desvio dessas demandas para serviços de média complexidade (GERHARDT *et al.*, 2008).

Como a maioria dos serviços de saúde encontra-se na sede municipal, a população do meio rural e os idosos, em particular, encontram dificuldades de acesso e, conseqüentemente, desigualdade no atendimento aos problemas de

saúde, bem como de ações de promoção da saúde, como acesso à informação entre outras. Ao particularizar o rural, é provável que o acesso geográfico, funcional e cultural interfira na busca por serviços de saúde (GERHARDT et al., 2009), já que mais da metade da população idosa reside no meio rural.

A estrutura de estabelecimentos de saúde de Santana da Boa Vista particulariza as demandas voltadas à AB, com baixa diversidade em consultas predominando as consultas em clínica médica, e procedimentos voltados à saúde da mulher (pré-natal, ginecologia-obstetrícia), procedimentos clínicos ambulatoriais e procedimentos cirúrgicos básicos. A precariedade na infraestrutura municipal não possibilita abranger casos mais complexos, que são encaminhados a outros Municípios vizinhos com melhor estrutura em saúde, que se constituem na rede de serviços hierarquizada, conforme estabelecido no PDR/RS (RIO GRANDE DO SUL, 2002).

Os encaminhamentos para internação hospitalar são realizados por médico plantonista da sede municipal, inclusive aqueles que necessitam ser encaminhados para assistência de maior complexidade. Nesse caso, as referências são os municípios de Pelotas e Canguçu em que o acesso depende da ambulância ou de automóvel cedido pela prefeitura. Salienta-se que a população não sai do Município à procura de atendimento por iniciativa pessoal, sem encaminhamento, como ocorre em outras localidades e, apesar de haver outros profissionais médicos na cidade, somente um pode referenciar e internar (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL, 2003).

Quanto ao funcionamento e às dinâmicas dos serviços localizados na área urbana (sede) municipal, a SMS atende em turno integral a área urbana e rural do Município. Uma enfermeira realiza a triagem e os casos são encaminhados a um médico clínico. São dois médicos, clínicos gerais, que atendem em esquema de revezamento durante a semana, realizando cerca de 40 consultas/dia, por meio de agendamento e distribuição de fichas de atendimento à população.

A Policlínica oferece atendimento de psicologia, serviço social, fonoaudiologia, psicopedagogia, fisioterapia e arteterapia (voltada para recreação em saúde mental), por meio de convênio com a Prefeitura.

A Unidade Básica da sede municipal funciona durante cinco dias da semana, em turno integral, e oferece atendimento odontológico e de Ginecologia e Obstetrícia com um profissional, durante três dias da semana. Devido à intensa demanda para a especialidade odontológica, há necessidade de revezamento e distribuição dos horários de atendimento, uma semana para a área urbana e outra para a área rural. Conta com duas enfermeiras que também desenvolvem ações de Vigilância Epidemiológica e coordenam o trabalho dos agentes comunitários de saúde das microáreas urbanas e rurais. O quadro de enfermeiras no Município é de três na Saúde Pública e duas no Hospital geral.

O Hospital geral, localizado na sede municipal, dispõe de 30 leitos para atender, basicamente, situações consideradas de baixa gravidade e complexidade, como problemas respiratórios, infecciosos e parto normal, que são também as de maior frequência nas internações entre essa população. Nos três Postos de Saúde (PS) rurais realizam-se procedimentos básicos como verificação de pressão arterial, glicemia capilar, curativos e, também, agendamentos de consultas nos serviços de saúde da sede municipal. Somente um dos 3 PS tem uma auxiliar de enfermagem, os demais não têm equipe de saúde. O município conta com o PACS distribuído em 4 microáreas na cidade e 8 no interior do Município. No entanto, o programa atual não consegue atingir toda a população de Santana da Boa Vista, contemplando apenas 12 das 27 microrregiões, devido à escassez de recursos humanos. Somente nas campanhas de vacinação e nos encontros mensais, previamente agendados, com participação ativa de idosos nos grupos de diabéticos e de hipertensos, as equipes da sede são deslocadas às áreas rurais. A população procura principalmente o PS da sede quando necessita de atendimento, já que os PS rurais não oferecem muitos recursos. A escassez de transporte coletivo e a periodicidade de circulação no meio rural é uma realidade que dificulta o acesso dos moradores aos serviços de saúde. O transporte não é diário em várias localidades e, em alguma delas, somente ocorre uma vez por semana. A população fica dependente de estratégias individuais, transporte por amigos, vizinhos ou parentes que disponham de automóvel.

A rede de atendimento segue o que preconiza o Plano Diretor de Regionalização (PDR/RS) que distribui a região composta por Macrorregiões de atenção integral à saúde, que atendem aos casos mais complexos, e por Microrregiões em saúde, com hospitais de referência microrregional e unidades locais de saúde voltadas à baixa complexidade (RIO GRANDE DO SUL, 2002).

A Fig. 2 foi construída a partir de informações do gestor municipal, procurando demonstrar os fluxos intermunicipais de utilização e de acesso aos serviços de saúde.

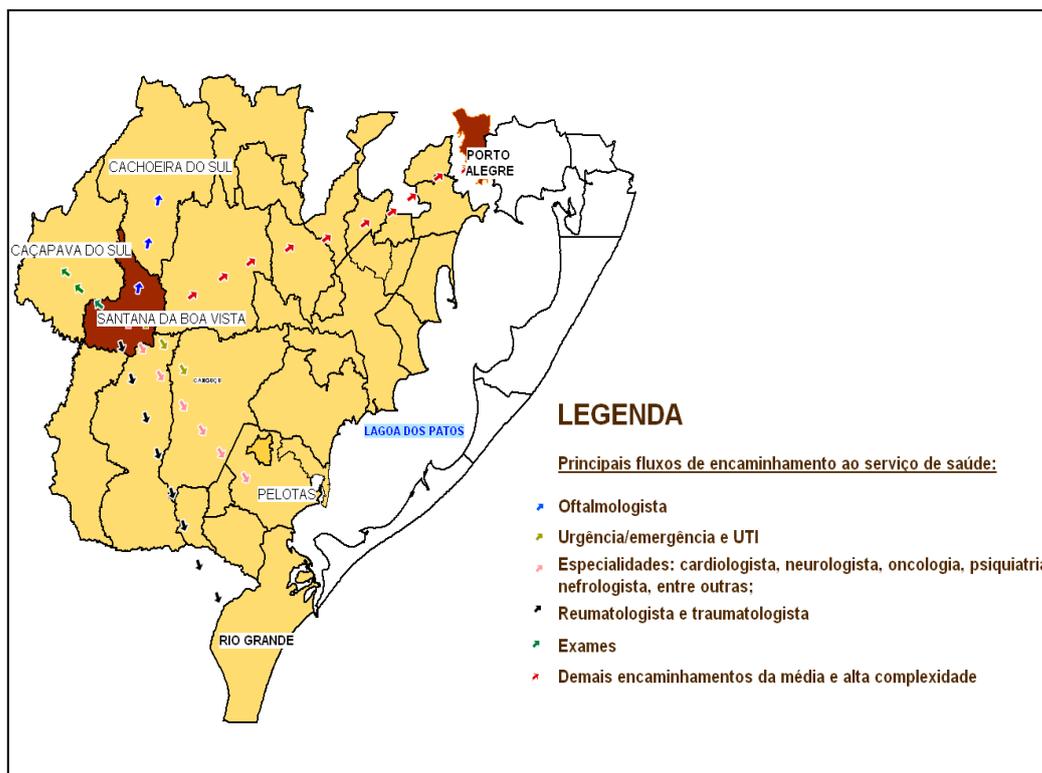


Figura 2 – Fluxos de utilização e acesso aos serviços de saúde pelos usuários do município de Santana da Boa Vista, 2008.

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

Diante dessa diversidade de situações e precariedade de oferta na AB em saúde no município de estudo, buscou-se conhecer as práticas terapêuticas utilizadas pelos idosos rurais entrevistados, considerando as dimensões socioeconômicas e culturais.

No estudo, quando questionados sobre o uso regular de algum tipo de serviço de saúde, 56,7% idosos responderam que buscam os serviços da rede municipal, relacionando seu uso às doenças crônicas. Dentre eles, 43,3% idosos responderam que só procuram os serviços em caso de necessidade, não havendo hábito. Nesse caso, a busca por serviços de saúde é condicionada à necessidade objetiva dos idosos, desencadeada em função da existência de um problema que demanda cuidados em saúde confrontado ou compatibilizado com a viabilidade de sua presença no serviço.

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

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

Segundo afirma a Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde a relação ao tipo de serviço utilizado aponta desigualdades entre a “porta de entrada” no sistema de saúde para a população usuária do SUS e os consumidores de planos de saúde (CNDSS, 2006).

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

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

Pinheiro *et al.* (2002) afirmam que o uso regular de um mesmo serviço de saúde pode ser interpretado como a “porta de entrada” ao sistema de saúde, sendo essa prática mais comum entre as mulheres, inclusive na região rural. Tal fato aponta que a facilidade de acesso e de uso de serviços de saúde contribui para o tempo e a frequência de utilização. Nesses casos, a frequência periódica condiciona-se à viabilidade de encontrar “portas abertas” e à qualidade e à resolutividade do atendimento recebido e para os usuários rurais a própria chance de deslocamento até o serviço.

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

No caso dos idosos rurais, os motivos relatados para utilizarem um serviço público de atenção básica mais frequente foram relacionados “ao acesso”, situado tanto no enfoque geográfico, como funcional e econômico, “a qualidade do serviço” e a “gratuidade no atendimento”. Esse estudo mostra que, nas áreas rurais, o diferencial de gênero não é claro, e o principal motivo de procura entre homens e mulheres é a “presença da doença”. Portanto, esse fato pode estar menos relacionado às culturas de gênero que à inviabilidade de acesso em qualquer situação. As mulheres rurais não são tão fortemente “medicalizadas” como as urbanas, onde o apelo ao consumo de atos terapêuticos e a responsabilização das mulheres por eles é maior e constante, tanto da parte dos serviços como da “mídia da saúde”. Portanto, sem hábitos arraigados de consumo e já que é difícil acessar, “só se vai ao serviço em caso de doença instalada”.

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

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

No entanto, identificaram-se situações em que o próprio usuário idoso consulta, por conta própria, fora do Município, principalmente aqueles que possuem algum tipo de convênio de saúde (cerca de 13%) e/ou acesso a consulta particular. Para os trabalhadores rurais, há o Sindicato dos Trabalhadores Rurais que oferece alguns benefícios como descontos nas consultas e na compra de medicamentos. O fato de ter um parente em municípios vizinhos facilita a utilização em primeira opção de outros serviços de saúde.

Neste estudo, a maioria dos idosos apresenta boas condições de saúde, porém não é homogênea no que diz respeito ao consumo de serviços de saúde. Segundo Gerhardt e Lopes (2007), os fatores sociais próprios do rural da área de estudo representam particularidades expressas na pobreza crescente, nas dificuldades de acesso às estruturas de cuidado à saúde, entre outros, que passam pelas relações entre as condições de vida que geram situações potenciais de risco. Nesse sentido, as escolhas realizadas pelos usuários idosos variam de acordo com o problema de saúde apresentado e com seu momento de vida, as escolhas sofrem influência de experiências individuais e coletivas que levam em conta o contexto socioeconômico e cultural nos quais estão inseridos. A partir disso, são produzidas diferentes situações de saúde da população, em que alguns idosos são mais vulneráveis que outros em função de suas condições de vida, o que os leva a desenvolver estratégias para administrar as situações de risco, que podem variar em um mesmo indivíduo.

As práticas informais de saúde, como a utilização de chás caseiros foram relatadas por todos os idosos como alternativas aos problemas considerados leves e, caso não resolvessem, procuravam por um serviço de saúde.

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

A partir das narrativas dos entrevistados pôde-se observar que “nem sempre” e “por qualquer coisa” vão consultar, atestando uma certa autonomia em buscar ou não o atendimento profissional ou do serviço de saúde. Pode-se dizer que existe certa independência do “regramento” e da “normatização” clássica dos procedimentos para se obter saúde ou ao contrário, para adoecer. Essa atitude

pode ser interpretada como sendo uma resistência à medicalização total do corpo e da velhice como sinônimo de doença e incapacidade.

Nesse sentido, a cultura rural parece favorecer essa independência em relação aos consumos em saúde, já que na região urbana é mais frequente o apelo aos consumos. Além disso, as desigualdades socioeconômicas indicam diferentes tempos e formas de adoecer, como também diferentes necessidades e capacidades de procurar e usar os serviços de saúde (LOUVISON *et al.*, 2008).

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

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

Normalmente, quando os idosos não têm seu problema de saúde resolvido no primeiro serviço procurado, seja ele costumeiro ou grave, a grande maioria dos entrevistados referiu procurar outro serviço de saúde ou outro médico.

Entretanto, alguns entrevistados relataram que quando o problema não é resolvido, estrategicamente, pedem encaminhamento para outro serviço de saúde ou utilizavam o mesmo serviço, em outro dia, quando troca o profissional médico, para consultar sobre o mesmo problema. Alguns idosos referiram retornar ao mesmo serviço, mesmo quando o problema não é resolvido.

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

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

Essa questão pode ser melhor compreendida quando se analisam as trajetórias terapêuticas relatadas pelos usuários entrevistados, quando questionados sobre os problemas apresentados nos últimos 60 dias. Analisaram-se as trajetórias referidas pelos idosos, desde o primeiro atendimento até a resolução dos problemas. Dessa forma, foi possível ilustrar os fluxos dos serviços procurados nesses momentos e o acesso a eles.

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

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

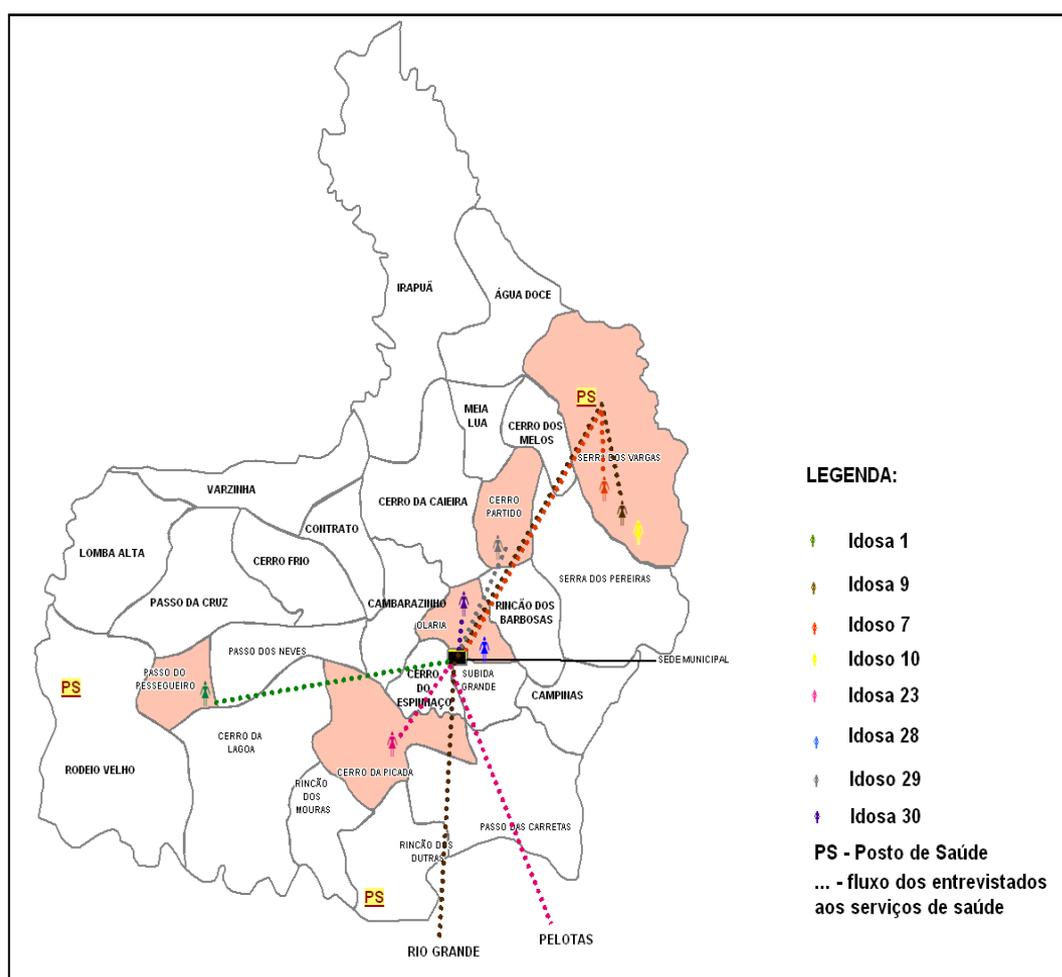


Figura 3 – Fluxos de utilização de serviços de saúde por oito usuários idosos entrevistados, Santana da Boa Vista, 2008.

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

De acordo com a Fig. 3, os idosos residentes no interior do Município buscaram diferentes tipos de atendimento, de acordo com o problema apresentado e a viabilidade de acesso aos serviços. Os diferentes tipos de atendimento vão desde o cuidado informal (repouso, automedicação, uso de chás

e ervas) até a procura de cuidados tradicionais em serviços de saúde de municípios vizinhos.

Houve dois casos em que os idosos não consultaram (idoso₁₀ e idosa₂₈), devido ao custo da consulta particular, a gastos com medicamentos ou por acharem que não havia necessidade. Estes idosos utilizaram-se de práticas informais, constituídas de cuidados e tratamentos com medicamentos adquiridos por conta própria, uso de chás, ervas e repouso, para conforto e alívio da dor, “[...] quando eu estou com um problema de prostatite eu não posso fazer nada. Tenho [crises], só fico quieto” (idoso₁₀).

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

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

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

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

No estudo de Moraes (2007), os idosos mais velhos de Encruzilhada do Sul procuraram nos últimos 12 meses, quando doentes, em primeiro lugar o atendimento particular em consultórios médicos, confirmando a “preferência” da maioria dos idosos por esse profissional e pela rapidez da consulta. Porém, a autora refere que é bem provável que não se trate de uma livre escolha ou de vínculo com o profissional, e sim de melhores possibilidades de transporte e de estratégias familiares, pois o deslocamento à sede municipal, onde se encontram a maior parte dos serviços de saúde, demanda tempo e disponibilidade de acompanhante.

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

“[...] sei eu se é a bexiga, eu sei que eu estava com infecção e, assim, estava chovendo, chovendo e o ônibus não vem para eu me consultar e eu me vali dos chás, tomo chás daquela “terramicina”, de malva, não sei se vocês sabem o que é [...] Eu entendo que é [infecção], aí eu fui lá que eu tinha consulta com o médico de novo, que era reconsulta e disse para ele que era infecção, aí que ele me deu aquele remédio, aquela caixa larga, que é 100 pila” (idosas₃₀).

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

Esse fato aponta para as queixas dos idosos frente às limitações no número de atendimentos disponibilizados na rede básica, onde a maioria não consegue fichas. Já outros conseguem agendar uma consulta, mas o problema de saúde não permite a espera, por vezes, de dias, conforme demonstra a seguinte fala:

“Ah é difícil mesmo, naquela prefeitura. Eu já digo assim, é uma “bicheira” lá, um dia desses, eu fiquei doente aí estava com pouco dinheiro, aí fui lá e as mulheres disseram assim: ‘ah! não tem, nem na semana que vem, tem que marcar para a outra semana’; eu disse assim: ‘então eu vou para o médico particular, porque se a gente está querendo morrer, vai esperar passar duas semanas; ah, se tinha que morrer já morreu’ [...]. Sim, por exemplo, com esta infecção, eu não podia nem urinar, esperar duas semanas, eu disse não, aí eu fui lá no particular” (idosas₃₀).

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

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

Dessa forma, evidenciam-se desvantagens no acesso aos serviços de saúde pelos indivíduos socialmente menos privilegiados. Entretanto, os idosos constroem

as estratégias de acordo com suas capacidades, histórias de vida e experiências individuais, que são adotadas pelas disponibilidades circunstanciais e socioculturais, na tentativa de solucionar problemas. Evidencia-se, ainda, que a trajetória terapêutica é diferenciada em função das queixas ou dos problemas de saúde considerados leves ou graves, destacando-se que, ao longo das trajetórias, parte dos problemas é solucionada.

O acesso aos benefícios previdenciários possibilitaram ampliar o leque de escolhas. Assim, pagar uma consulta “barata” tornou-se viável para eventualidades (TONEZER, 2009).

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

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo permitiu identificar as formas de organização e de funcionamento da rede de serviços municipais bem como os fatores que influenciam trajetórias e acesso a serviços de saúde pelos usuários idosos num contexto rural do Sul do País.

A espacialização da oferta de serviços de saúde e a distância de acesso aos mesmos pela população idosa revelaram diferentes dimensões quanto às práticas terapêuticas. A utilização de entrevistas permitiu identificar os fluxos terapêuticos dos usuários à procura por serviços de saúde e os limites geográficos intermunicipais. Evidenciou-se 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.

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

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

Nesse sentido, serviços e práticas profissionais precisam considerar a diversidade de comportamentos frente às situações de saúde e de doença, a fim de valorizar as potencialidades dos idosos rurais e estimular a autonomia, com estilo de vida que valorize e os torne mais independentes do consumo desenfreado.

Assim, esses são alguns elementos para a análise dos fluxos de utilização dos serviços de saúde e para entendimento da mobilidade dos usuários idosos. Esses elementos poderão contribuir para dar mais visibilidade às estratégias de

saúde desenvolvidas, tanto pelo poder público municipal, quanto àquelas determinadas pelas necessidades de saúde dos próprios usuários.

STRUCTURE OF SERVICES AND ACCESS TO HEALTH CONSUMPTIONS BY THE ELDERLY IN A RURAL SETTING IN SOUTHERN BRAZIL

ABSTRACT

This study examines the health services, access and use by the rural elderly, in a city of the southern half of the state of Rio Grande do Sul. It attempts to describe and trace the flow of access to health services taking into account the economic, social, geographical and cultural context of elderly interviewed, and the practices employed according to the health problems that affect them. This is a hybrid study with descriptive epidemiological design. Collection and qualitative analysis of data is obtained through interviews with 30 elderly residents in rural areas from Santana da Boa Vista. Regarding health services, more than half of seniors reported using the Municipal Service, as a result of chronic problems. The main difficulties in relation to health services are related to insufficient financial resources, delay in treatment, lack of transportation, use of self-medication, and lack of medical professionals. These results show social and health inequalities, overcoming the difficulties of functional and geographical access, as the majority of health services is outside the rural area. The analysis of therapeutic trajectories pointed to the diversity of situations and health strategies developed by users and the Municipality.

Keywords: aging, rural population's health, living conditions, social and health determinants, use of health services.

REFERÊNCIAS

ALCÂNTARA, L. R. Idosos rurais: fatores que influenciam trajetórias e acesso a serviços de saúde no município de Santana da Boa Vista/RS. 2009. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2009. 155f.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília 19 de setembro de 1990. Disponível em:

<http://portal.saude.gov.br/SAUDE/area.cfm?id_area=169>. Acesso em: 10 out. 2007.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.395/GM, de 10 de dezembro de 1999. Política Nacional de Saúde do Idoso. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/3idade/portaria1395gm.html>>. Acesso em: 10 out. 2007.

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

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

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

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

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

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

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

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

GERHARDT, T. E. et al. Estigma em uma comunidade rural: discutindo acesso, participação e visibilidade de usuários em situações de adoecimento crônico. *In*: PINHEIRO, R.; MARTINS, P. H. (Org.) Avaliação em saúde na perspectiva do usuário: abordagem multicêntrica. Ed. CPESC-IMS/UERJ/Editora Universitária UFPE-ABRASCO, RJ/RECIFE, 2009. p. 309-22.

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

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

_____. Censo demográfico 2010. IBGE, 2010. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 06 outubro 2011.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria de Estado da Saúde. Plano Diretor de Regionalização da Saúde, 2002.

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

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

SCHONS, C.R.; PALMA, L.T.S. Política social para a velhice: instrumento de integração ou marginalização social? Passo Fundo: UPF Editora, 2000.

TONEZER, C. Idosos rurais de Santana da Boa Vista-Rio Grande do Sul: efeitos da cobertura previdenciária. 2009. Dissertação (Mestrado em Desenvolvimento Rural)

– Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Ciências Econômicas, Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Rural, Porto Alegre, 2009. 166f.

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

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. Faculdade de Economia. Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Rural. Programa de Pesquisa Interdisciplinar “Evolução e diferenciação da agricultura, transformação do meio natural e desenvolvimento sustentável em espaços rurais do sul do Brasil”. Porto Alegre, 2000. 25f. Acordo CAPES-COFECUB nº 330/2000.

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