

# CUIDAR IDOSOS NO DOMICÍLIO, EM CONTEXTO RURAL

## CARING FOR THE ELDERLY IN THEIR OWN HOME, IN A RURAL CONTEXT

INVESTIGADORA E DOUTORA EM BIOÉTICA PELO INSTITUTO  
BIOÉTICA DA UCP – CENTRO REGIONAL DO PORTO  
ENFERMEIRA, MESTRE EM CIÊNCIAS RELIGIOSAS/BIOÉTICA  
TEOLÓGICA, ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE  
NA COMUNIDADE, UNIDADE SAÚDE PÚBLICA DOURO 1,  
ACES DO DOURO 1 – MARÃO E DOURO NORTE - VILA  
REAL.  
E-MAIL: emiliasarmento25@hotmail.com  
esarmentosp.douro1@srsvreal.min-saude.pt

ENFERMEIRA, PH.D, INVESTIGADORA  
E-MAIL: ameliarego52@gmail.com

**Emília Sarmento**

**Amélia Rego**

### RESUMO

*Saber quem são e como vivem as populações rurais, nomeadamente como vivenciam as questões da situação de saúde, constituiu a razão deste estudo no qual são abordados três conceitos centrais, nomeadamente, a comunidade rural, a população idosa e os determinantes sociais de saúde.*

*O aumento progressivo da longevidade, observado de forma transversal em todas as sociedades, acompanhado de uma acentuada queda na fecundidade e mortalidade geral, tem conduzido a uma mudança significativa da pirâmide etária da população, aumentando de forma substancial as pessoas com idade superior a 65 anos.*

*Trata-se de um estudo exploratório e descritivo.*

*Tomámos uma amostra de conveniência, constituída por 777 habitantes, dos quais 64,1% são*

### INTRODUÇÃO

O modelo de povoamento da região que estudámos evoluiu no sentido de um reforço da componente urbana, tendo aumentado o grau de concentração territorial da população. Observou-se um crescimento da proporção de idosos que na região transmontana varia entre 14,1% e 31,9% (INE, 2002).

A esperança de vida aumentou nas últimas décadas. Hoje, a maioria das pessoas vive até mais tarde, sendo que “a vida humana prolongou-se no decurso das últimas décadas, em consequência não só dos progressos da medicina, mas também das transformações económicas, sociais e tecnológicas que vieram propiciar uma melhoria geral no bem-estar das pessoas” (Brito, 2001, p.15).<sup>(1)</sup>

O envelhecimento pode ser analisado sob duas grandes perspectivas: individualmente, em que assenta na maior longevidade dos indivíduos, ou seja, o aumento da esperança média de vida e sob o ponto de vista demográfico, o qual se define pelo aumento da proporção das pessoas idosas na população total. É um processo natural e universal que é inerente a todo o ser humano, pelo que entendê-lo significa “compreender de forma abrangente os aspectos individuais e colectivos da vida, desde os factores genéticos, biológicos, físicos, químicos e nutricionais aos aspectos psicológicos, sociológicos, económicos, comportamentais, ambientais, e sobretudo a pessoa” (DGS, 2001, p.1). Depreende-se, assim, que o envelhecimento é um processo irreversível a que todos estamos submetidos. Segundo a Direcção Geral de Saúde (DGS, 2001, p.1) o termo “idoso” significa, “pessoa que tem bastante idade”. A mesma entidade de saúde afirma ainda que é a partir dos sessenta e cinco anos de vida, inscritos no

*idosos, que preencheram os seguintes critérios de inclusão: habitar na área rural de um Concelho da região norte (NUT's III); aceitar participar da pesquisa e ter recorrido à unidade móvel no período em estudo, ou seja de Janeiro a Setembro de 2010. Consideramos esta tipificação a mais adequada aos objectivos deste estudo, uma vez que se procura conhecer o perfil de saúde da população idosa, de uma determinada área geográfica e conhecer alguns factores que influenciam esse perfil de saúde. Foram tidos em consideração todos os procedimentos éticos decorrentes de uma investigação científica com seres humanos, tendo sido obtido parecer favorável da Comissão de Ética para a Saúde, da ARS Norte (parecer nº 35/2009).*

*Para a recolha de dados utilizámos o inquérito por questionário e a observação participante.*

*Os resultados revelam que o interior vai tornar-se um enorme “lar de idosos” e os cuidados aos idosos em contexto domiciliário são uma tarefa de apoio das redes de vizinhança. Foi constatado que 62,9% não tinham auto vigilância de saúde adequada; 62,3% tinham uma adesão ao regime terapêutico prescrito, não demonstrado e 65,5% tinham uma gestão do regime terapêutico ineficaz.*

*Relativamente à situação de saúde verificou-se que 25,1% dos inquiridos sofrem de patologia cardiovascular, 20,7% de patologia osteoarticular e que 16,2% de patologia cardiovascular e metabólica, concomitantemente. No que se refere ao acesso às consultas médicas, 62,2% dos elementos da nossa amostra tiveram entre 0 e 5 consultas no seu médico de família, no ano anterior à aplicação do questionário.*

*O estudo contribui para dar visibilidade a essa parcela da população, reflectir a influência da cultura do meio rural na saúde das populações e ajudar a repensar a adequação das políticas públicas e a importância de utilizar estratégias de proximidade na elaboração de planos de saúde, visando proporcionar um cuidado adequado e equitativo. Os cuidados de proximidade serão aqueles que, efetivamente, minimizam*

cartão de cidadão que, convencionalmente, as pessoas são consideradas idosas.

O peso da população idosa não só continua a aumentar como, ainda, vem acompanhado do decréscimo da população jovem, constituindo o que se tem vindo a designar como a dupla base do “envelhecimento” da população: “A notória diferença entre as instituições que gerem a velhice e as que a tratam, as modificações relacionais entre gerações, são indicadores preocupantes relativamente à problemática dos idosos.

O envelhecimento é um fenómeno que acontece aos mais diversos níveis: biológico, porque se traduz por modificações do aspecto físico, pela forma de se deslocarem e pelas rugas que, pouco a pouco, sulcam a pele; social, com a mudança de estatuto provocada pela passagem à reforma; finalmente psicológico porque envolve as modificações das suas atividades intelectuais e das suas motivações. Considera-se relevante que ao aumento da longevidade corresponda, também, uma preocupação particular em relação aos idosos e ao processo de envelhecimento, pela sua dimensão e pelos problemas que levanta em termos epidemiológicos, assistenciais, de saúde e éticos. No nosso dia-a-dia profissional, deparamo-nos frequentemente com idosos que estão num estadio da sua adaptação à velhice muito diferente uns dos outros. Embora a idade cronológica seja a mesma, não raras vezes, os idosos reagem de formas muito diferentes à mesma situação. Compreender melhor o processo que leva pessoas diferentes a reagirem de forma diferente à mesma situação, como lidar com estas diferentes sensibilidades, como gerir os recursos que temos à nossa disposição, como potenciar as capacidades destes idosos e como potenciar os nossos recursos e os da sociedade são preocupações a considerar respondendo a questões tais como: Que sabemos nós da comunidade rural? Que conhecimento existe acerca da população idosa em contexto rural? E o acesso desta população aos cuidados de saúde faz-se de forma equitativa ou persistem iniquidades?

É neste contexto que definimos como objetivos deste estudo dar maior visibilidade a esta parcela da população, descrevendo e analisando os seus dados demográficos e as suas condições de saúde

*as dificuldades identificadas, decorrentes do isolamento geodemográfico e do acesso aos cuidados de saúde por deficit de conhecimentos e reduzida rede de suporte social e familiar.*

---

**PALAVRAS-CHAVE:**

COMUNIDADE RURAL, IDOSOS,  
DETERMINANTES SOCIAIS DE SAÚDE

---

**ABSTRACT**

*Knowing who the rural populations are and how they live, particularly how they have experienced the issues of health status, was the reason for this study that addressed three main concepts, namely the rural community, the elderly population and social determinants of health.*

*The progressive increase of longevity, observed across the board in all societies, accompanied by a sharp drop in general fertility and mortality, has been leading to a significant change in the population's age pyramid, with a substantial increase of the citizens over 65 years of age. This is an exploratory and descriptive study. We took a convenience sample of 777 inhabitants, of whom 64,1% are elderly, who met the following inclusion criteria: living in the rural area of a municipality in the northern region (NUT's III); consenting to participate in the research; and having resorted to the mobile unit during the study period, i.e. January to September 2010. We consider this the most appropriate classification for the objectives of this study, since it seeks to understand the health profile of the elderly population in a given geographical area and find out some of the factors that influence that health profile. All ethical procedures arising from research on humans have been taken into account, with favorable opinion from the Ethics Committee for Health, the ARS North (opinion n.º 35/2009).*

*To collect data, we used the survey questionnaire and participant observation.*

*Results show that the interior will become a huge "retirement home" and that care for the*

e foram sistematizados da seguinte forma: (i) Caracterizar a comunidade rural de dez freguesias de um Concelho do Interior Norte (NUT's III); (ii) Tornar possível, uma contextualização do envelhecimento enquanto fenómeno major nessa população rural; e (iii) Compreender a relação entre os determinantes sociais de saúde e o posicionamento da saúde, na distribuição de recursos de proximidade. Pensamos poder contribuir para favorecer a integração e participação dos idosos na tomada de decisão sobre o seu próprio destino, reposicionando-o no conjunto do sistema de relações intergeracionais constituindo esta questão, na nossa perspectiva, um desafio que as sociedades envelhecidas enfrentam e na qual os profissionais de saúde podem e devem ter uma papel ativo.

## COMUNIDADE RURAL E POPULAÇÃO IDOSA

Falar de comunidade rural implica necessariamente fazer referência à pobreza a ela associada, pois tal como refere Mota (2010, p. 22) "mais do que nunca, o contraste entre o crescimento vertiginoso das riquezas e a persistência/ ampliação do pauperismo é assustador" e difere substancialmente entre as comunidades rurais onde persistem os idosos, não raras vezes, sós. Esta circunstância decorre de diferentes razões, entre as quais podemos enumerar a dispersão dos agregados populacionais, as condições de acessibilidade existentes e o deficiente aproveitamento das terras numa agricultura de subsistência, onde as terras são de baixa produtividade. Entre os seus habitantes podemos encontrar maioritariamente idosos, cujos familiares mais jovens migraram na procura de melhores condições de vida. O fenómeno da exclusão social, na perspectiva de Clavel (2005, p.25), tem um "aspecto multidimensional e multiforme da pobreza, que não se reduz a uma falta de recursos" Este facto é uma realidade na população em estudo.

As mudanças estruturais das economias e sociedades (mutações tecnológicas, transformações do mercado de trabalho, fragilização das estruturas familiares, tendências para a fragmentação social, evolução dos fenómenos migratórios, mutações nos sistemas de valor, entre outros.) influenciam

*elderly in domestic context is a task in support of neighborhood networks. It was found that 62,9% did not have adequate self-health monitoring; 62,3% had an adherence to the prescribed treatment regimen not shown; and 65,5% had an ineffective management of therapeutic regimen. Regarding the health situation, it was found that 25,1% of respondents suffer from cardiovascular disease, 20,7% have an osteoarticular pathology and 16,2% suffer concurrently from cardiovascular and metabolic disease. In what concerns to access to medical consultations, 62,2% of the subjects of our sample had between 0 and 5 appointments in their family doctor in the year prior to the questionnaire.*

*The study contributes to give visibility to this part of the population, it reflects the cultural influence of the health of rural populations and helps to rethink the suitability of public policies and the importance of using proximity strategies in the preparation of health plans, in order to provide proper and equal care. The local care will be those that effectively minimize the difficulties encountered as a result of geo-demographic isolation and access to health care derived from knowledge deficit and a reduced social and familiar support network.*

---

**KEYWORDS:**

RURAL COMMUNITY, ELDERLY, SOCIAL DETERMINANTS OF HEALTH

---

a zona Nordeste de Portugal, uma zona essencialmente rural e com características muito próprias (Peres, 2011).

No que concerne à saúde preconiza-se um aumento da cobertura do atendimento aos idosos e, por essa via, uma diminuição do isolamento, o que está de acordo com o Plano Nacional de Saúde para 2011-2016, apresentado para discussão pública, que, nas orientações estratégicas para um envelhecimento activo, privilegia nesta fase do ciclo vital a intervenção a diferentes níveis, considerando que “o acesso aos cuidados de saúde é essencialmente uma questão de permitir o acesso das pessoas ao seu potencial de saúde e, por consequência, deve ser analisado à luz das necessidades em saúde e dos contextos económicos e culturais dos diferentes grupos da sociedade” (Fortado & Pereira, 2010, p.52). A família deve ser potenciada e capacitada para a prestação de cuidados informais que já exerce de uma forma natural, para promover a manutenção da funcionalidade, autonomia e independência dos seus familiares idosos; os centros de saúde e os hospitais devem promover a identificação de critérios de fragilidade e de cuidados antecipatórios; fornecendo a prestação de cuidados curativos, paliativos, de reabilitação e de recuperação globais em internamento, em ambulatório e no domicílio se e quando necessário (DGS, 2001). O envelhecimento da população, atualmente generalizado, foi utilizado pela primeira vez no século XX, no contexto de um estudo apresentado em 1928 por Alfred Sauvy (Hortelão, 2003). O aumento progressivo da longevidade, observado de forma transversal em todas as sociedades, acompanhado de uma acentuada queda na fecundidade e mortalidade geral, tem conduzido a uma mudança significativa da pirâmide etária da população, aumentando de forma substancial as pessoas com idade superior a 65 anos, assim como as pessoas com mais de 80 anos. “O envelhecimento da população mundial é um facto incontestável e verifica-se tanto nos países desenvolvidos como naqueles em desenvolvimento” (Marino, Moraes & Santos, 1999, p.15). Existem dois tipos de envelhecimento, na base e no topo, sendo que o primeiro acontece quando a percentagem de jovens começa a diminuir como resultado de um menor número de nas-

cimentos; o segundo é a consequência do aumento da esperança de vida, pois há cada vez mais pessoas com 65 anos ou mais, e ambos se encontram intimamente ligados.

## DETERMINANTES DA SAÚDE

Hoje, temos uma oportunidade única de melhorar a saúde nas comunidades mais pobres e mais vulneráveis atuando sobre as causas das desigualdades de saúde e doença. As mais importante dessas causas são as condições sociais nas quais as pessoas vivem e trabalham, à qual a Organização Mundial de Saúde deu o nome de determinantes sociais da saúde.

Reconhece-se como interdependente a relação entre as condições sociais e as condições de saúde, sendo que é importante o conhecimento efetivo da realidade local, numa perspectiva de proximidade e efetividade, de forma a estabelecer uma oportunidade de promoção das políticas de saúde que combatam as raízes sociais das iniquidades existentes e evitáveis.

A dimensão social da saúde, referida insistentemente na Constituição da OMS de 1948, não teve grande adesão permanecendo algo “esquecida”, pela fase que se seguiu na saúde pública e que realizava programas mais baseados na tecnologia. Era necessário, por uma questão económica, dar visibilidade rápida e efectiva aos ganhos em saúde decorrentes dos programas implementados, por exemplo a saúde da mulher grávida, a saúde da criança, etc. Os determinantes sociais da saúde e a necessidade de implementação de acções intersectoriais ressurgiram, mais tarde, no movimento Saúde para Todos, liderado por Halfdan Mahler (Director Geral da OMS, eleito em 1973), que considerava, com muita oportunidade, que a saúde está interrelacionada com as condições sócio económicas que vão muito além do meramente técnico de saúde e requer uma parceria entre todos de forma a potenciar recursos e otimizar potencialidades. Essa atuação será tanto mais efetiva e eficaz se as políticas de saúde, para além das diretivas nacionais tiverem uma vertente local e de proximidade, conhecendo e reconhecendo a realidade, num compromisso efectivo de intercooperação.

Nas zonas urbanas, os idosos têm várias possibilidades de atividades, organizam-se em forma de rede, praticam actividade física, fazem artesanato, frequentam a universidade sénior, estabelecem-se redes de parcerias. Na zona rural, o lazer dos idosos consiste, basicamente, em frequentar a igreja e eventos religiosos, visitas a familiares ou vizinhos (Paúl, 2005). A realidade das regiões do interior virarem um asilo, onde os mais velhos ficam sós, e, quando necessitam de cuidados, têm como suporte de apoio a rede de vizinhança, que sendo importante é manifestamente insuficiente uma vez que não raras vezes constatamos que são idosos que cuidam de idosos. As “intervenções sobre os determinantes sociais da saúde com vista a diminuir as iniquidades relacionadas à estratificação social, além de obrigarem a uma actuação coordenada, intersectorial, abarcando diversos níveis da administração pública, devem estar também acompanhadas por políticas mais gerais de carácter transversal que busquem fortalecer a coesão e ampliar o capital social das comunidades vulneráveis, e promover a participação social do desenho e implementação de políticas e programas (CSDH, 2006).

Para Fonseca (2008, p. 214), numa “perspetiva preventiva, revela-se importante atuar sobre os estilos de vida e sobre o contexto de vida do idoso ...” mas só isso será insuficiente pelo que também é importante, simultaneamente, “o reforço da capacidade de coping, tendo em vista amortecer ao máximo o impacto das fontes de stress e dos recursos disponíveis para lidar com problemas significativos” (Idem, p. 215). Para cumprir tal desiderato os profissionais de saúde precisam de ter oportunidade de atualização. Corroboramos, por isso, a afirmação de Castro (2007, p.18) ao referir que “o envelhecimento da população faz com que os profissionais de saúde cada vez mais tenham que ter saberes que permitam uma intervenção adequada às necessidades da população idosa. Uma vez que esses profissionais cada vez mais vão cuidar de idosos, é importante a sua sensibilização e preparação para melhor desempenharem as suas funções, de forma a melhorarem a qualidade de vida deste grupo etário”.

## MATERIAL E MÉTODOS

Apresentamos um estudo exploratório e descritivo, sob o paradigma quantitativo, que se desenvolveu num concelho rural da região norte (NUT's III).

Para se identificar o perfil de saúde da população idosa, bem como alguns factores que possam influenciar esse perfil, optou-se por um questionário construído a partir da literatura consultada, dos objectivos do estudo, da experiência e de acordo com as questões de partida. O questionário utilizado é um instrumento de auto-relato. Dado tratar-se de um instrumento não testado e aferido, antes da sua aplicação procedemos a pré-teste. Na sua construção, as questões foram estruturadas e pré-codificadas: dados sociodemográficos; percepção das capacidades de saúde/acesso a esses cuidados e o quadro patológico. Para análise estatística, foi utilizado o software Statistical Package for the Social Sciences for Windows, versão 17.0 (SPSS 17).

Considera-se esta tipificação a mais adequada aos objectivos deste estudo, uma vez que se procura conhecer o perfil de saúde da população idosa de uma determinada área geográfica e conhecer alguns factores que influenciam o perfil de saúde do idoso dessa comunidade. Foram considerados todos os procedimentos éticos decorrentes de uma investigação científica com seres humanos (parecer nº 35/2009 da Comissão de Ética para a Saúde, da ARS Norte).

A população foi esclarecida sobre os objectivos do estudo, tendo sido obtido o seu consentimento para a colheita, análise, tratamento e divulgação, sob anonimato, dos dados obtidos. A aplicação do questionário decorreu entre janeiro e abril de 2010

## AMOSTRA

Da população total residente em 10 freguesias rurais da área de abrangência da unidade de saúde (Cuidados de Saúde Primários) onde actua a Unidade Móvel de Saúde, num total de 10.037 habitantes (INE, 2002: Censos 2001), foi considerada uma amostra de conveniência, de 777 habitantes que reuniram os seguintes critérios de inclusão:

morar na área rural; aceitar participar da pesquisa; ter recorrido à unidade móvel no período em estudo (janeiro a setembro de 2010).

Dos 777 elementos da amostra 64,1% são idosos (499) com 65 ou mais anos, 68,1% eram do sexo feminino, 64,9% referiram ser casados, sendo que 63,8 % referiram viver em famílias nucleares. Da amostra 92,8% referem não ter qualquer tipo de habilitações académicas ou ter apenas a frequência do 1º ciclo.

Quando abordados sobre os recursos financeiros para fazer face às despesas 76,1% referem receber mensalmente menos do que o equivalente ao ordenado mínimo nacional.

Tais resultados são coincidentes com os dados fornecidos pelo INE onde a expansão demográfica na região Norte decorreu entre 1991 e 2001 (INE, 2002) a um ritmo claramente superior ao do período intercensitário precedente e foi maioritariamente causada pelo movimento natural da população, cabendo contudo aos comportamentos migratórios um importante papel complementar na explicação do dinamismo demográfico regional.

Relativamente aos recursos financeiros verifica-se um acentuado défice que é sublinhado por Fortado e Pereira (2010, p.12) com base nos resultados do estudo de Van Doorslaer e Koolman. Estes autores salientam que “embora as desigualdades no estado de saúde em função do rendimento existam na maioria dos países europeus, a desigualdade é mais marcante em Portugal.”

A nossa amostra é manifestamente envelhecida, maioritariamente vive em famílias nucleares de dois elementos, onde velhos cuidam de velhos, com alta iliteracia quer a nível de instrução quer a nível de recursos de saúde, com condições habitacionais degradadas (fracas condições higio sanitárias) e reduzidos recursos económicos.

## RESULTADOS

A rede viária é uma infra-estrutura que condiciona o acesso aos cuidados de saúde. Relativamente ao tipo de transporte utilizado pelos inquiridos verificamos que 46,0% utilizavam os transportes públicos (autocarros) para se deslocar ao centro

de saúde, sendo que 62,2% referiram ter ido entre 0 e 5 vezes ao centro de saúde no ano anterior ao questionário, muitos deles verbalizando dificuldades de transporte e/ou deslocação (motoras). Quando questionados sobre a vigilância em saúde, 62,9% reconheceram que não tinham autovigilância adequada, 62,3% tinham uma adesão ao regime terapêutico prescrito não demonstrado e 65,5% tinham uma gestão do regime terapêutico ineficaz.

Quadro n.º 1- Acesso aos cuidados de saúde/ percepção das capacidades de saúde

TIPO DE TRANSPORTE	FR	%
AUTOCARRO	358	46,0
CARRO PRÓPRIO	100	12,9
CARRO DE FAMILIAR	132	17,0
A PÉ	38	4,9
TÁXI	149	19,2
N.º DE CONSULTAS NA UNIDADE DE SAÚDE		
0-5	483	62,2
6-10	223	28,7
11-15	57	7,3
16-20	11	1,4
>20 V	3	,4
AUTO VIGILÂNCIA		
ADEQUADO	288	37,1
NÃO ADEQUADO	489	62,9
ADESÃO AO REGIME TERAPÊUTICO		
DEMONSTRADO	293	37,7
NÃO DEMONSTRADO	484	62,3
GESTÃO DO REGIME TERAPÊUTICO		
EFICAZ	268	34,5
INEFICAZ	509	65,5

Quanto ao Quadro Patológico encontramos, através da consulta do sistema de informação de saúde: Cardiovascular 25,1%; Dermatológico 0,5%; Gastrointestinal 2,4%; Geniturinário 0,9%; Hematológico 0,6%; Metabólico 4%; Neoplásico 2,4%; Neurológico 1,4%; Oftálmico 0,8%; Osteoarticular 20,7%; Psiquiátrico 5,3%; Respiratório 2,2%, Comportamentos aditivos 0,6%; Cardiovascular e metabólica, concomitantemente 16,2%; Cardiovascular e osteoarticular 8,5%; Metabólico e osteoarticular 3%; Cardiovascular, metabólico e osteoarticular 5,4%.

Foram referenciados para os serviços de enfermagem (acompanhamento de proximidade – Unidade móvel e/ou enfermeiro de família) 87,9% dos inquiridos, tendo sido referenciados 8,9% por agudização de sintomatologia. Foram ainda referenciados para a Visitação Domiciliária 2,7%; Médico de família 8,9% e Assistente Social 0,4%.

## DISCUSSÃO

Relativamente ao acesso aos cuidados de saúde/ percepção das capacidades de saúde, quando o cuidado ao idoso é necessário, acaba por ser uma tarefa solitária, não existindo organização nas famílias para complementação, daí que, atendendo ao item gestão do regime terapêutico, 65,5% da amostra demonstrava uma gestão ineficaz e 62,3% não demonstrava uma adesão ao regime terapêutico prescrito, tendo sido observado que 62,9% dos casos mantinham autovigilância não adequada.

Face a estes resultados o sistema de saúde deve dispor, numa perspectiva individual, de uma rede de prestação de cuidados de saúde (com serviços integrados, centrados em equipas multidisciplinares e com cuidadores informais devidamente treinados), com uma componente de recuperação global e de acompanhamento das pessoas idosas, designadamente através da rede de cuidados de proximidade, de forma a combater as crenças erróneas e potenciar a autovigilância e consequentes ganhos em saúde da população.

Uma boa saúde é essencial para que as pessoas mais idosas possam manter uma qualidade de vida aceitável e possam continuar a assegurar os seus contributos na sociedade. Pessoas idosas ativas e saudáveis, para além de se manterem autónomas, constituem um importante recurso para as suas famílias, comunidades e até para a economia do país. Num estudo de âmbito nacional, Pereira (2002) evidencia desigualdades na doença em função do nível socioeconómico, utilizando indicadores relacionados com o nível de instrução e com o rendimento, o que vem de encontro aos resultados encontrados.

Relativamente à autovigilância, adesão ao regime terapêutico prescrito verifica-se que, efetivamente, a taxa de adesão é francamente inferior àquilo que

seria desejável. Segundo a Taxonomia da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, a Adesão ao regime terapêutico corresponde a “desempenhar actividades para satisfazer as exigências terapêuticas dos cuidados de saúde; aceitação do decurso de tratamento prescrito como prestador de cuidado” (ICN, 2006), considerando que se reconhece à pessoa um desempenho pró activo para a qual deve ser tido em conta todo o seu historial cultural e de vida, potenciando as suas capacidades no sentido de que por ele percepcione a necessidade de aderir ao regime terapêutico. Neste sentido são importantes os serviços de proximidade, devendo motivar para a adesão que será “sinónimo de concordância, compreendendo a aceitação e intervenção activa e voluntária do doente que partilha a responsabilidade do tratamento com a equipa de profissionais de saúde que o segue” (Bugalho & Carneiro, 2004, p. 9-10).

É uma grande vantagem reverter estes números de forma a potenciar a pró atividade da população na gestão e adesão ao regime terapêutico numa lógica de proximidade que potencia a confiança, o reconhecimento da realidade social e a optimização da gestão de recursos, promovendo a obtenção de ganhos em saúde da população vulnerável.

Existe evidência de “um gradiente social favorecendo os grupos socioeconómicos superiores para os vários indicadores de morbi mortalidade, através de vários estudos já realizados. Estas desigualdades poderão ser explicadas por dificuldades no acesso aos meios de prevenção e tratamento” (Fortado & Pereira, 2010, p.52).

O isolamento de determinados grupos populacionais específicos e de sectores mais desfavorecidos da sociedade, que habitualmente não recorrem aos serviços de saúde convencionais, justifica que se privilegie uma maior equidade no acesso a esses mesmos cuidados, para que a intervenção dos cuidados de proximidade assumam uma função útil no suporte a essas populações e constitua uma boa estratégia de aproximação à comunidade, pelo melhor conhecimento dos contextos locais, valorizando as diferentes culturas existentes.

Embora o nosso estudo se dirija aos idosos, fazemos um paralelismo sobre a preocupação no que diz respeito ao abandono do meio rural pelos mais jovens, trazendo consequências directas para a

gestão em saúde na comunidade, pois só os mais velhos permanecem.

Efetivamente, a situação socioeconómica influencia a saúde dos idosos. A média de rendimento dos velhos da área rural é consistentemente menor que a dos urbanos; os serviços de saúde são escassos, pouco acessíveis e mais dispendiosos que em área urbana; o transporte público é mais necessário, mas muito menos disponível do que na área urbana. Estes factos sugerem a existência de grandes desigualdades sociais e políticas, principalmente no meio rural.

A vida com qualidade nunca é uma questão privada que possa avaliar-se pela utilidade individual, nunca é o bem de alguém individualmente. É, pois, uma questão de responsabilidade ética que a sociedade tem para com os idosos que não são um grupo exterior à própria sociedade, mas que fazem parte integrante dessa mesma sociedade, sendo obrigação individual e colectiva dar-lhes o lugar que é deles por direito e proporcionar-lhes as condições necessárias para que usufruam de uma vida com qualidade.

Vulnerável é a vida humana. Mas há situações especialmente apelantes na população idosa, em que a vulnerabilidade passa de eventual acontecimento a permanente realidade. Assim, com este artigo disponibilizamos a oportunidade de refletir sobre problemas do concreto quotidiano, que exigem um olhar ético e um empenhamento no reconhecimento e na defesa da dignidade e integridade dos mais vulneráveis membros da família humana. É, por isso, importante que se repense o actual sistema de assistência social e de saúde “*em toda a sua amplitude, em todo o seu trajecto, de modo pluridisciplinar e interdisciplinar, criando uma verdadeira política de envelhecimento, um plano gerontológico nacional, da família, habitação, do mercado de trabalho, ocupação dos tempos livres, do apoio domiciliário e outras formas assistenciais dirigidas às necessidades dos idosos*” (Fernandes, 2002, p.15).

## CONCLUSÃO

Envelhecer é, cada vez mais, um desafio, para quem envelhece e para quem apoia o envelhecimento. A nível organizacional, é fundamental que surjam novas formas de entreaajuda, de apoio e de

prestação de cuidados, particularmente nos casos em que, por isolamento social ou doença, os recursos estabelecidos não são suficientes nem eficazes para prevenir a dependência, o abandono e a solidão. A proximidade para os cuidados de saúde aos idosos rurais no contexto domiciliário é, pois, um desafio, porque o agir humano não se deve reduzir apenas à estrutura do fazer de um comportamento, cujo valor se institui exclusivamente em função do efeito que se deseja alcançar. Deve ser um agir de forma totalmente conforme com a realização de um bem, pelo qual se movem, não só uma parte do homem, mas toda a sociedade.

Neste estudo, efetivamente, procurou-se dar maior visibilidade a esta parcela populacional descrevendo e tentando analisar os dados demográficos, socioeconómicos e as condições de saúde dos idosos presentes na realidade do meio rural, chamando à atenção da iniquidade existente no tratamento das situações e da importância de analisar o processo saúde/doença de forma holística. Deste modo, dar-se-á importância aos determinantes sociais da saúde que são relevantes para obter ganhos em saúde de uma franja da população não raramente negligenciada.

É necessário implementar uma rede de apoio efetiva, pois, as famílias, de momento, só podem

contar com a vizinhança. No entanto, compreendemos que é preciso repensar uma nova proposta para combater esta realidade com um olhar mais amplo, frente ao contexto família e o idoso, incluindo-se, assim, todo o sistema familiar. Os cuidados de proximidade serão uma boa opção, mas devem existir parcerias efetivas de resolução de problemas concretos das populações. É importante repensar uma estratégia que devolva ao meio rural a sua população com condições semelhantes às da cidade. Repensar a rede social e apoiar a habitabilidade das casas rurais de forma a melhorar os acessos viários, entre outras soluções.

Sugerimos o estabelecimento de acordos de cooperação com as autarquias locais e até com as associações, os quais contribuirão para o aprofundamento do relacionamento entre as instituições, no sentido de otimizar recursos financeiros, materiais e humanos. Se, através dos cuidados de proximidade se conseguir reduzir algumas dessas taxas de morbidade, nomeadamente neste grupo populacional, poder-se-ão aumentar os ganhos em saúde da população portuguesa e, por consequência, reduzir a necessidade de internamentos em cuidados de saúde diferenciados, aumentando a qualidade de vida das populações rurais.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Brito, L. (2001). *A saúde mental dos prestadores de cuidados a familiares idosos*. Coimbra: Quarteto Editora, p. 15.
- Bugalho, A. & Carneiro, A. (2004). Intervenções para aumentar a adesão terapêutica em patologias crónicas. Lisboa Centro de Estudos de medicina Baseada na Evidência – Faculdade de medicina de Lisboa.
- Castro, Cristina M.V. (2007). «Representações Sociais dos Enfermeiros face ao Idoso, em contexto de prestação de cuidados». Dissertação de Mestrado em Comunicação em Saúde. Orientadora: Prof.ª Doutora Natália Ramos. Universidade Aberta. Lisboa. Disponível em [www: URL: http://repositorioaberto.univ-ab.pt/handle/10400.2/705](http://repositorioaberto.univ-ab.pt/handle/10400.2/705).
- Clavel, G. (2005). A sociedade de exclusão – Compreendê-la para dela sair. Porto Editora, Porto. *Commission on Social Determinants of Health (CSDH). A conceptual framework for action on social determinants of health*. Disponível em [www.determinantes.fiocruz.br](http://www.determinantes.fiocruz.br)
- Conselho Internacional de Enfermeiros. (2006). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem CIPE/ICNP*. Versão 1.0. Lisboa: IGIF.
- Direção Geral de Saúde (2001). *Autocuidados na saúde e na doença: guias para pessoas idosas*. Lisboa: DGS.
- Fernandes, P. (2002). *A depressão no idoso*. Coimbra: Quarteto Editora, p.15.
- Fonseca, A.M. (2008). *Psicologia do envelhecimento e vulnerabilidade*. In Carvalho, A. S. (coord). *Bioéticas e vulnerabilidade (195-218)*. Coimbra: Edições Almedina.
- Fortado, C. & Pereira, J. (2010). *Equidade e Acesso aos cuidados de Saúde*. Escola Nacional de Saúde Pública. Universidade Nova de Lisboa. Lisboa. Julho, Documento de trabalho.
- Hortelão, A.P.S. (2003). *Qualidade de vida e envelhecimento. Estudo comparativo de idosos residentes em comunidade e idosos institucionalizados na região de Lisboa*. Lisboa: Dissertação de mestrado em Comunicação em saúde, Universidade Aberta.
- Instituto Nacional de Estatística (2002). *Recenseamento Geral da População Portuguesa, 2001-2002*. Lisboa: INE.
- Marino, M. C. A.; Moraes, E. N. & Santos, A. G. R. (1999). Avanços e perspectivas em geriatria. In: PETRO ANU, A. & Pimenta, L.G. *Clínica e cirurgia geriátrica*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Mota, Ana Elizabete (org) (2010). *O Mito da Assis-tência Social: ensaios sobre Estado, política e sociedade*. 4ª ed. São Paulo: Cortez.
- Paúl, Constança (2005). «*Envelhecimento Activo e Redes de Suporte Social*», in *Sociologia*, 15, pp. 275-287.
- Pereira J. (2002). *Prestação de cuidados de acordo com as necessidades? Um estudo empírico aplicado ao sistema português*. In: Piola, SF. & Vianna, SM. (ed). *Economia da Saúde: conceitos e contribuição para a gestão da saúde*. 3ª ed. Brasília, IPEA; p.141-16
- Peres, M. A. de C. (2011). Velhice e analfabetismo, uma relação paradoxal: a exclusão educacional em contextos rurais da região Nordeste. Soc. estado. [online], 26, 3, pp.631-662. ISSN 0102-6992. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-69922011000300011>