

**ENQUADRAMENTO DOS CUIDADOS DE SAÚDE A IDOSOS EM CONTEXTO RURAL
FRAMEWORK FOR HEALTH CARE FOR THE ELDERLY IN A RURAL CONTEXT***Emília Sarmiento¹**Maria Monteiro²**Daniel Serrão¹*¹Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Bioética²Universidade Trás-os Montes e Alto Douro, Escola Superior de Enfermagem, Vila Real¹(Jubilado da Faculdade de Medicina do Porto) Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Bioética**RESUMO****INTRODUÇÃO**

Os cuidados de saúde a idosos em contexto rural constituem um tema pertinente e atual, devido às alterações demográficas, configurando uma população envelhecida e só. É neste enquadramento que se analisa a saúde tendo em conta a autonomia, a justiça e equidade, numa estreita ligação do homem com seu contexto.

OBJETIVO

Torna-se, portanto, necessário um conhecimento mais aprofundado dos cuidados de saúde a idosos em contexto rural orientado pelos seguintes objetivos:

- (i) apresentar o retrato sociodemográfico da população idosa;
- (ii) caracterizar sumariamente o estado de saúde do idoso;
- (iii) avaliar a perceção da qualidade de vida do idoso.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo e correlacional, utilizando a escala de perceção da qualidade de vida (WHOQOL-Bref) e Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE), numa amostra de 339 participantes idosos residentes em freguesias rurais de um concelho do interior norte do país.

RESULTADOS

Dos resultados constata-se uma amostra maioritariamente feminina, casada (55,5%), que vive só (41,3%) e com baixo grau de instrução (60,2%). Predominam as doenças osteoarticulares (75,2%), e 87,3% toma medicação, mais de 5 fármacos, predominando o grupo farmacológico dos cardiovasculares (92,4%) e analgésicos (91,8%). Os idosos percecionam a qualidade de vida como boa, sendo superior nos homens (58,2%), e o sexo feminino evidencia mais sentimentos de solidão e pior perceção de qualidade de vida.

CONCLUSÕES

Torna-se imperativo redimensionar a práxis dos profissionais de saúde na implementação de programas e ações concretas que tomem em consideração noções de literacia e acessibilidade em saúde e modelos de ação mais intersetoriais e (co) participativos.

PALAVRAS-CHAVE

Ruralidade, Idosos, Qualidade de vida.

ENQUADRAMENTO DOS CUIDADOS DE SAÚDE A IDOSOS EM CONTEXTO RURAL

ABSTRACT

INTRODUCTION

Health care of elderly people in the rural context constitutes a relevant and current topic due to demographic change, setting an aging and lonely population. It's in this framework, which analyzes the health caring into account of the autonomy, justice and equity, on a narrow connection with the environment.

OBJECTIVES

It is therefore necessary to further our knowledge of health care for the elderly in rural context guided by the following objectives:

- (i) present the socio-demographic portrait of the elderly;
- (ii) briefly describe the health status of the elderly;
- (iii) to assess the perception of the elderly's quality of life.

METHODS

This is a descriptive and correlational study, using the perception of the scale of quality of life (WHOQOL-Bref) and Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE), a sample of 339 elderly living in rural villages.

RESULTS

The results show mostly a female sample, married (55.5%), living alone (41.3%) with a low level of education (60.2%). We witness the predominance of Osteoarticular disorder (75.2%), and 87.3% of our sample take medication, more than 5 drugs, predominantly the pharmacological class of cardiovascular (92.4%) and analgesics (91.8%).

Older people perceive the quality of life as good, being higher in men (58.2%), and the female shows more feelings of loneliness and worse perception of quality of life.

CONCLUSIONS

It is imperative reshape the practice of healthcare professionals in implementing concrete programs and actions that take into account notions of literacy and accessibility in health and intersectional action models and (co) participating.

KEYWORDS

Rurality, Elderly, Quality of Life.

INTRODUÇÃO

Segundo o Censos de 2011¹ a taxa da população com 65 ou mais anos ronda os 19,1%. Constitui um enorme ganho de saúde em Portugal e tem conduzido ao aumento de pessoas idosas na nossa sociedade. De facto, o índice de envelhecimento do país é de 129, o que significa que, por cada 100 jovens, Portugal tem hoje 129 idosos. A agravar este quadro, as previsões demográficas indicam que Portugal será, em 2050, um dos países da União Europeia com maior percentagem de idosos (32%)¹.

É reconhecida a importância da prestação de cuidados ao idoso, de preferência, no seio familiar, mas, hoje em dia, as famílias deparam-se com uma variedade de transformações sociais complexas e problemáticas que provocam dificuldades na prestação de cuidados sistemáticos ao idoso². Esta temática não é recente, pois já foi objeto de reflexão por diversos autores^{2,3,4}. Num contexto de depressão e envelhecimento demográfico, é importante disponibilizar às entidades e profissionais um perfil de saúde, com dados concretos para a elaboração de estratégias que visem a promoção de cuidados em contexto rural, numa lógica de proximidade no sentido de: (i) potenciar os laços intergeracionais; (ii) promover a articulação entre os serviços de saúde e sociais, numa lógica de confiança e complementaridade; (iii) garantir valores e equidade de recursos. Nesta perspetiva, é

possível conjugar as dimensões estruturantes para assegurar a qualidade de vida (QV) que se impõe como uma interpretação de âmbito multidisciplinar e multidimensional^{5,6,7}. Neste sentido, pode revestir-se de um forte condicionalismo cultural que, no limite, reconhece que cada ser humano pode construir um conceito próprio de QV.

O presente estudo desenvolve-se na população idosa residente em contexto rural num concelho do interior norte de Portugal, e orienta-se pelos seguintes objetivos: (i) apresentar o retrato sociodemográfico da população idosa; (ii) caracterizar sumariamente o estado de saúde do idoso; (iii) avaliar a perceção da QV do idoso.

A escolha deste tema tem como motivação o contributo para o debate sobre a problemática da justiça distributiva, da equidade e da acessibilidade na perspetiva dos idosos, tendo em conta a interpretação pessoal de QV.

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Portugal, de acordo com o Censos de 2011, apresenta um quadro de envelhecimento demográfico bastante acentuado, com uma população idosa de 19,15%, uma população jovem de 14,89% e uma esperança média de vida à nascença de 79,2 anos. Em 2050, prevê-se que se acentue a tendência de involução da pirâmide

ENQUADRAMENTO DOS CUIDADOS DE SAÚDE A IDOSOS EM CONTEXTO RURAL

etária, com 35,72% de pessoas com 65 e mais anos e 14,4% de crianças e jovens, apontando a longevidade para os 81 anos¹.

Nas regiões do interior norte, essa evidência é muito significativa devido ao êxodo da população ativa para as grandes cidades, situação que se agravou em 28%, nos últimos anos, como se pode visualizar na Figura 1.

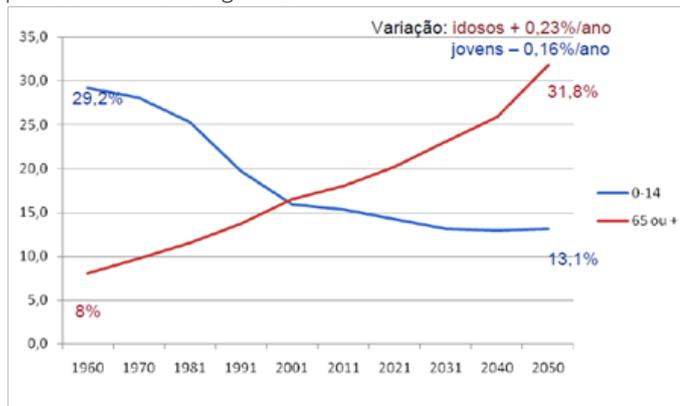


Figura 1. Evolução da proporção da população jovem e idosa no total da população (%), Portugal, 1960-2050³⁴

Apesar do aumento contínuo da esperança média de vida, persistem as diferenças socioeconómicas na mortalidade e morbilidade, com evidências de que a magnitude dessas diferenças é crescente^{8,9,10}.

A definição do estado de saúde de um indivíduo não é um conceito bem definido, no entanto, é seguro afirmar que depende da interação multidimensional de vários fatores¹¹. Cada fator pode ser analisado individualmente, no entanto, só por si é insuficiente para descrever a sua influência no estado de saúde subjetivo do indivíduo.

A análise dos seus determinantes poderá contribuir para a minimização das desigualdades em saúde, para subsidiar a elaboração de políticas e de programas, ao considerar-se necessário monitorizar os fatores que condicionam positiva ou negativamente o estado de saúde. Intrinsecamente relacionado está o conceito de QV.

Na década de noventa, verificou-se consenso entre os investigadores relativamente a aspetos conceptuais da QV, como um fenómeno multidimensional, subjetivo e multifatorial, isto é: (i) integra domínios relacionados com o bem-estar, relações interpessoais e felicidade; (ii) contém várias dimensões que se relacionam e influenciam entre si¹²; (iii) integra fatores externos relacionados com a interação com o ambiente, e fatores internos como os valores culturais, a atividade intelectual, a autoestima, a experiência de vida e a religiosidade^{13,14}; (iv) apresenta-se como um conceito dinâmico, que se altera ao longo da vida em função das experiências e acontecimentos. Em suma, caracteriza-se por uma grande variabilidade intra e inter-sujeitos, que se baseia na perceção individual, ou seja, tem significado diferente para pessoas diferentes^{12,15}.

MATERIAL E MÉTODOS

Neste estudo, a variável dependente é a qualidade de vida percebida pelos idosos residentes em freguesias rurais de um concelho do interior norte do país (Vila Real). Em função dos objetivos delineados, o estudo é de tipo exploratório, descritivo e analítico.

Por questões de operacionalidade, foram considerados como critérios de inclusão, ser residente numa das 15 freguesias rurais do concelho, com 20% ou mais de população com idade ≥ 65 anos e aceitar participar no estudo.

Foi critério de exclusão de participação no estudo, os idosos que, através do Mini Mental State Examination (Folstein, Folstein & McHugh, 1975¹⁶; versão portuguesa de Guerreiro et al., 1994¹⁷), apresentassem deterioração cognitiva severa, ou seja, pontuação total, igual ou inferior a 15 pontos, como também os que não cedessem o seu consentimento para a realização do questionário ou cuja situação de saúde não permitisse participar por impossibilidade de comunicação verbal/escrita.

A amostra é constituída por 339 participantes idosos de ambos os sexos de idosos residentes em freguesias rurais.

Dada a natureza da problemática em estudo, optou-se por utilizar como instrumento de recolha de dados um questionário, que integra variáveis de natureza quantitativa, e do qual consta: caracterização sociodemográfica, escala de perceção da QV - WHOQOL-Bref¹⁸, versão portuguesa¹⁹, e Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE)²⁰.

Os dados foram analisados com o Statistical Package for the Social Science (SPSS), versão 20,0 for Windows, e apresentam-se em tabelas.

Previamente e durante a realização do estudo foram assegurados todos os procedimentos éticos, no que concerne à autorização para realização do estudo e consentimento informado dos participantes.

APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Quanto às principais características sociodemográficas dos participantes, 60,5% da amostra é do sexo feminino, 39,2% tem entre 65 e 70 anos, sendo seguidos de perto, com 23,3%, pelos idosos que têm entre 77 e 82 anos. Quanto ao estado civil, 55,5% estão casados e 34,5% são viúvos.

A maioria dos idosos (87,0%) tem baixo nível de instrução, sendo que 26,8% não tem qualquer grau académico e 60,2% completou apenas o ensino básico. A pensão de reforma é para 90,9% o principal meio de subsistência.

Quanto à avaliação multidimensional da adaptação ao processo de envelhecimento, a representação mental da condição individual e do bem-estar é variável no tempo e cada pessoa procura o equilíbrio em cada momento, de acordo com os desafios que cada situação lhe coloca, pelo que a saúde é reflexo de um processo dinâmico e contínuo. Os dados relativos aos problemas de saúde referidos pelos idosos, nos últimos seis meses, apresentam-se na Tabela 1.

ENQUADRAMENTO DOS CUIDADOS DE SAÚDE A IDOSOS EM CONTEXTO RURAL

Tabela 1 - Problemas de saúde, nos últimos seis meses, referidos pelos idosos

	Sim		Não	
	n	%	n	%
Dores de costas, joelhos, ancas ou outra articulação	255	75,2	84	24,8
Problemas de coração, dores no peito durante a realização de exercício físico	93	27,4	246	72,6
Dificuldade em respirar	90	26,5	249	73,5
Tosse persistente	60	17,7	279	82,3
Pernas inchadas em edemas	141	41,6	198	58,4
Dificuldade em dormir	158	46,6	181	53,4
Quedas	90	26,5	249	73,5
Medo de cair	143	42,2	196	57,8
Tonturas, desmaios ou desfalecimento	81	23,9	258	76,1
Problemas de estômago ou intestino	102	30,1	237	69,9
Incontinência ou perda involuntária de urina	79	23,3	260	76,7
Fadiga	166	49,0	173	51,0
Nenhuma	46	13,6	293	86,4
Outros sintomas que não foram mencionados	25	7,4	314	92,6

Quando questionados sobre quais os problemas de saúde que mais os incomodava, foram mencionados como mais relevantes: dor de costas, joelhos, ancas ou outras articulações (75,2%), fadiga (49,0%), dificuldades em dormir (46,6%), medo de cair (42,2%) e pernas inchadas e edemas (41,6%).

O acréscimo da prevalência de doenças crônicas, como resultado de uma maior longevidade e de uma maior procura de cuidados de saúde tem aumentado exponencialmente a utilização de fármacos como se pode analisar na Tabela 2.

Tabela 2 - Consumo semanal de medicamentos referido pelos idosos

	Sim		Não	
	n	%	n	%
Medicamentos para o colesterol elevado	148	43,7	191	56,3
Medicamentos para a tensão arterial elevada	186	54,9	153	45,1
Medicamentos para doenças coronárias ou cerebrovasculares	63	18,6	276	81,4
Medicamentos para outras doenças do coração	64	18,9	276	81,4
Medicamentos para a asma	18	5,3	321	94,7
Medicamentos para a diabetes	89	26,3	250	73,7
Medicamentos para as dores ou inflamação das articulações	168	49,6	171	50,4
Medicamentos para outras dores (p.ex: dor de cabeça, dores de costas...)	143	42,2	196	57,8
Medicamentos para a dificuldade de dormir	119	35,1	220	64,9
Medicamentos para a ansiedade ou depressão	61	18,0	278	82,0
Medicamentos hormonais para a osteoporose	61	18,0	278	82,0
Medicamentos para a sensação de estômago a queimar	83	24,5	256	75,5
Medicamentos para a bronquite crónica	25	7,4	314	92,6
Nenhum medicamento	43	12,7	296	87,3

No que se refere ao consumo de medicamentos, verificou-se que 54,9% refere tomar medicamentos para a controlo da tensão arterial, 91,8% toma medicação para as dores, 43,7% toma medicamentos para o colesterol e 35,1% relata tomar medicação indutora do sono. Embora com valor percentual

mais reduzido é de salientar que 18,0% toma medicação para a ansiedade ou depressão. Apenas 12,7% dos idosos refere não tomar qualquer medicação.

No que respeita à avaliação da percepção sobre a qualidade de vida, é de realçar que 51,4% dos homens e 63,0% das mulheres têm uma percepção negativa da qualidade de vida global. Quando confrontados com a pergunta sobre o grau de satisfação com a sua saúde, 72,2% das mulheres percecionam de forma pouco positiva a sua saúde, comparativamente aos homens (58,2%). Para melhor compreensão da realidade percecionada pelos idosos residentes em contexto rural, verifica-se que a qualidade de vida diminui à medida que aumentam os gastos com os medicamentos e consultas médicas.

A solidão é uma realidade frequentemente abordada na literatura sobre o envelhecimento e, de modo particular na promoção do envelhecimento ativo, e neste sentido pretende-se conhecer a relação entre vivência de sentimentos de solidão e o sexo bem como com a percepção da QV (tabela 3 e 4).

Tabela 3 - Correlação entre os sentimentos de solidão e o sexo

	Masculino		Feminino	
	n	Média Ordens	n	Média Ordens
Valores da escala	134	189,85	205	157,02

U=11074,500; W=32189,500; p=0,001

Constata-se que a média de ordem relativa à questão “com que frequência diria que se sentiu sem companhia” (SHARE), e sendo que quanto maior a sua pontuação menor é o sentimento de solidão, são as mulheres que apresentam mais sentimentos de solidão comparativamente aos homens (p=0,001).

É consensual aceitar-se que a percepção da QV, apesar de ser determinada pelo contexto cultural e social é um importante indicador de saúde e bem-estar.

Tabela 4 - Percepção da QV em todos os domínios e sentimentos de solidão

QV/ Sentimentos de solidão	Correlação (p)	p
QV Global	0,372**	0,000
Domínio Físico	0,349**	0,000
Domínio Psicológico	0,405**	0,000
Domínio Social	0,347**	0,000
Domínio Ambiental	0,339**	0,000

Relativamente à QV, verificou-se que existe significância estatística para a relação entre os diferentes domínios da qualidade de vida e os sentimentos de solidão, ou seja, a correlação positiva evidencia que, à medida que aumenta a QV, diminuem os sentimentos de solidão.

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Dos resultados relativos à caracterização sociodemográfica dos participantes é de sublinhar o predomínio do sexo feminino, o baixo nível de instrução e a pensão de reforma (inferior a

ENQUADRAMENTO DOS CUIDADOS DE SAÚDE A IDOSOS EM CONTEXTO RURAL

500 euros) constituir a principal fonte de rendimento, que se confirma na literatura existente^{1, 21, 22}. Este retrato social acentua as desigualdades sociais, os problemas de saúde e compromete a acessibilidade aos cuidados de saúde desta população.

Constata-se que a perceção do modelo existente para a assistência aos idosos não se adequa à satisfação das suas necessidades em saúde, uma vez que, apesar de recorrerem com maior frequência aos cuidados de saúde, continuam a persistir as suas queixas, nomeadamente a nível do sistema osteoarticular e cardíaco. Sendo a maioria dos problemas identificados de carácter crónico, é importante assegurar mecanismos de gestão das doenças crónicas, que apesar das limitações instaladas, não devem comprometer os direitos de participar numa verdadeira cidadania.

Relativamente aos dados apresentados, verifica-se que os idosos consomem cada vez mais os recursos do sistema de saúde, situação que não se tem revertido em melhoria percecionada pelos próprios relativamente aos seus problemas de saúde, de que é exemplo o consumo de medicamentos, acrescido das adversidades da polimedicação.

Estudos efetuados mostram que a percentagem de pessoas com reações adversas aumenta aproximadamente 10%, quando o utente toma apenas um fármaco e para quase 100% quando são utilizados dez medicamentos²³, e a incidência das reações farmacodinâmicas e farmacocinéticas aumenta proporcionalmente com a idade²⁴. Os fármacos mais consumidos são os do grupo cardiovascular (92,4%), o que também se verifica em outros estudos²⁵.

Considerando que a perceção da QV é, ao longo do tempo, um construto modificável, que no nosso estudo não é alheio à matriz da ruralidade que a enforma, verifica-se, no entanto, a conformidade com resultados de outros estudos. Alguns autores (Aguilar, Navarro, Farina & Martin, 2009²⁶; Martinelli et al., 2008²⁷; Vuillemin et al., 2005²⁸) afirmam que os homens apresentam uma perceção mais positiva da QV em relação às mulheres, tal como evidenciado nos resultados deste estudo.

Na verdade, constata-se que o envelhecimento coexiste com comorbilidades associadas e com uma panóplia de intercorrências farmacológicas que ocultam sintomatologia e dificultam o estabelecimento de diagnósticos diferenciais. Neste sentido, a idade tem sido referida como um dado importante na previsão do recurso a medicamentos, aumentado a probabilidade do seu uso a partir da quarta década de vida (Bardel, Wallander & Svärdsudd, 2000²⁹).

São os idosos que expressam menos sentimentos de solidão que têm melhor perceção da QV. Vários autores corroboram a teoria de que existe uma relação entre os fatores: idade avançada, sexo feminino, baixo nível de escolaridade e não ter companheiro e baixos níveis de perceção de QV^{30, 31, 32}.

É importante afirmar que a avaliação da QV não é restrita à autonomia, pois pode mesmo comprometer o seu sentido mais lato, que corresponde às condições de vida com dignidade, em que o indivíduo pode afirmar “faço parte, eu conto!”³³.

CONCLUSÕES

Abordar a temática do enquadramento dos cuidados de saúde a idosos em contexto rural reveste-se de alguma complexidade. Dos resultados sobressai o nível de instrução baixo e um rendimento substantivamente diminuto, que acentuam os problemas de saúde associados à vulnerabilidade e ao aumento das desigualdades sociais. Também estas características, condicionam o processamento da informação na vida quotidiana, na escolha da tomada de decisão e na procura de cuidados de saúde.

Não é alheia a esta situação, a clássica discussão em torno da prescrição terapêutica, como o número de medicamentos, a escolha dos fármacos, as embalagens excessivamente dimensionadas.

Compreender os resultados deste estudo, obriga necessariamente a visitar as raízes socioculturais da diferenciação entre géneros que continua a reservar para as mulheres uma menor participação e ligação às redes de apoio social ou de suporte informal que perdura no contexto das áreas rurais do interior do país.

A configuração rural oferece desafios especiais para o fornecimento de cuidados de saúde. As comunidades rurais são identificadas não somente pela sua baixa densidade populacional e distância para o ambiente urbano, mas também por uma combinação de condições sociais, geográficas e fatores culturais. A ação dos profissionais de saúde, por si só, não elimina as desigualdades em saúde, pelo que esta problemática deve ser encarada de forma mais abrangente, recomendando-se:

- A melhoraria na gestão dos recursos dos cuidados de saúde primários, com o incentivo aos cuidados comunitários e de proximidade;
- A articulação entre os recursos comunitários através de parcerias interinstitucionais efetivas, duradouras e complementares, quer a nível autárquico quer a nível social;
- A participação ativa das pessoas idosas, mesmo quando, por via da maior longevidade, apresentem, concomitantemente, doenças crónicas, baixos níveis de literacia e débeis recursos económicos, que comprometem a manutenção plena da autonomia e da independência.

Exige-se o incremento de políticas e programas intersetoriais e integradores e a emergência de uma intervenção profissionalizada, que se demarquem de uma visão economicista e avulsa e que não descurem o desiderato da continuidade do ciclo de vida e da QV.

ENQUADRAMENTO DOS CUIDADOS DE SAÚDE A IDOSOS EM CONTEXTO RURAL

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 Instituto Nacional de Estatística. (2012). Censos 2011: Resultados definitivos. Lisboa: Autor.
- 2 Mah, S., Gonçalves, A. T., & Garcia, O. (1999). Jovens e idosos: Contextos, interações e redes de suporte com enfoque no exemplo metropolitano de Cascais. *Revista de Intervenção Social*, 9 (20), 57-78.
- 3 Imaginário, C. (2004). O idoso dependente em contexto familiar. Coimbra: Formasau.
- 4 Sarmiento, E., Pinto, P., & Monteiro, S. (2010). Cuidar do idoso: Dificuldades dos familiares. Coimbra: Formasau.
- 5 Neri, A. L. (2004). Qualidade de vida na velhice: In J. R. Rebelatto & J. G. S. Morreli, *Fisioterapia geriátrica: A prática da assistência ao idoso* (pp. 1-36). São Paulo: Manole.
- 6 Ramos, H. V. (2001). Qualidade de vida e envelhecimento. In L. Archer, J. Biscais, W. Osswald & M. Renaud (Coords.), *Novos desafios à bioética* (pp. 225-231). Porto: Porto Editora.
- 7 Squire, A. (2005). Saúde e bem-estar para pessoas idosas. Loures: Lusociência.
- 8 Feldman, J. J., Makuc, D. M., Kleinman, J. C., & Cornoni-Huntley, J. (1989). National trends in educational differentials in mortality. *American Journal of Epidemiology*, 129 (5), 919-933. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2705434>
- 9 Marmot, M. G., Kogevinas, M., & Elston, M. A. (1987). Social-economic status and disease. *Annual Review of Public Health*, 8, 111-135. doi:10.1146/annurev.pu.08.050187.000551
- 10 Williams, D. R. (1990). Socioeconomic differentials in health: A review and redirection. *Social Psychology Quarterly*, 53 (2), 81-99. Retrieved from <http://www.isr.umich.edu/williams/All%20Publications/DRW%20pubs%201990/Socioeconomic%20differentials%20in%20health.%20a%20review%20and%20redirection.pdf>
- 11 Baron-Epel, O., & Kaplan, G. (2001). General subjective health status or age-related subjective health status: Does it make a difference? *Social Science & Medicine*, 53 (10), 1373-1381. doi:10.1016/S0277-9536(00)00426-3
- 12 Bowling, A. (1994). *Measuring health: A review of quality of life measurement scales*. Buckingham: Open University Press.
- 13 Bowling, A., Gabriel, Z., Dykes, J., Dowding, L., Evans, O., Fleissig, A., ... Sutton, S. (2003). Let's ask them: A national survey of definitions of quality of life and its enhancement among people aged 65 and over. *International Journal of Aging Human Development*, 56 (4), 269-306. doi: 10.2190/BF8G-5J8L-YTRF-6404
- 14 Velarde-Jurado, E., & Avila-Figueroa, C. (2002). Evaluación de la calidad de vida. *Salud Pública de México*, 44 (4), 349-361. Retirado de <http://www.scielosp.org/pdf/spm/v44n4/14023.pdf>
- 15 Hughes, B. (1990). Quality of life. In S. M. Peace (Ed.), *Researching social gerontology: Concepts, methods and issues* (pp. 46-58). London: Sage Publications.
- 16 Folstein, M.F., Folstein, S., & McHugh, P.R. (1975). "Mini-mental state": A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J. Psychiat. Res.*, 12 (3), 189-198. doi:10.1016/0022-3956(75)90026-6
- 17 Guerreiro, M., Silva, A.P., Botelho, M.A., Leitão, A., Castro-Caldas, A., & Garcia, C. (1994). Adaptação à população portuguesa da tradução do Mini-Mental State Examination (MMSE). *Revista Portuguesa de Neurologia*, 1 (9), 9-10.
- 18 WHOQOL Group. (1995). World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization. *Social Science & Medicine*, 41 (10), 1403-1409. doi:10.1016/0277-9536(95)00112-K
- 19 Canavarró, M.C., Vaz Serra, A., Pereira, M., Simões, M.R., Quintais, L., Quartilho, ... Paredes, T. (2006). Desenvolvimento do instrumento de avaliação da qualidade de vida da organização mundial de saúde (WHOQOL-100) para português de Portugal. *Psiquiatria Clínica*, 27 (1), 15-23.
- 20 Börsch-Supan, A., & Jürges, H. (Eds.). (2005). *The survey of health. Ageing and retirement in Europe: Methodology*. Mannheim: Mannheim Research Institute for the Economics of Aging. Retrieved from http://www.share-project.org/uploads/tx_sharepublications/SHARE_BOOK_METHODODOLOGY_Wave1.pdf
- 21 Coelho Filho, J. M., & Ramos, L. R. (1999). Epidemiologia do envelhecimento no nordeste brasileiro: Resultados de inquérito domiciliar. *Revista de Saúde Pública*, 33 (5), 445-453. Retirado de <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v33n5/0629.pdf>
- 22 Eurostat. (2013). Retirado de <http://epp.eurostat.ec.europa.eu>

ENQUADRAMENTO DOS CUIDADOS DE SAÚDE A IDOSOS EM CONTEXTO RURAL

- 23 Katzung, B. G. (2006). *Farmacologia básica e clínica* (9a ed.). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- 24 Duarte, Y. A. O., & Diogo, M. J. D. (2005). *Atendimento domiciliário: Um enfoque gerontológico*. São Paulo: Atheneu.
- 25 Cima, C. I. F., Freitas, R. S. A., Lama, M. C. M., Mendes, C. A. S. C., Neves, A. C., & Fonseca, C. (2011). Consumo de medicação crónica. Avaliação da prevalência no Norte de Portugal. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 27 (1), 20-27.
- 26 Aguilar, P.S., Navarro, S.R.M., Farina, Y. R., & Martin, M.MN-T. (2009). Obesity and health: Related quality of life in the general adult population of the canary island. *Quality of Life Research*, 18 (2), 171- 177. doi:10.1007/s11136-008-9427-1
- 27 Martinelli, L.M.B., Mizutani, B.M., Mutti, A., D'elia, M.P., Coltro, R.S., Matsubara, B.B. (2008). Quality of life and its association with cardiovascular risk factors in a community healthcare program population. *Clinical Science*, 63 (6), 783-788. doi:10.1590/S1807-59322008000600013.
- 28 Vuillemin, A., Boini, S., Bertrais, S., Tessier, S., Oppert, J.M., Hereberg, S., ... Briançon, S. (2005). Leisure time physical activity and health: Related quality of life. *Preventive Medicine*, 41 (2), 562-569. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15917053>.
- 29 Bardel, A., Wallander, M., & Svärdsudd, K. (2000). Reported current use of prescription drugs and some of its determinants among 35 to 65- year-old women in mid-Sweden: A populationbased study. *Journal of Clinical Epidemiology*, 53 (6), 637-643. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10880784>
- 30 Sprangers, M. A., De Regt, E. B., Andries, F., van Agt, H. M., Bijl, R. V., De Boer, J.B., ... Haes, H.C. (2000). Which chronic conditions are associated with better or poorer quality of life? *J Clin Epidemiol.*, 53 (9), 895-907. doi:10.1016/S0895-4356(00)00204-3
- 31 Suurmeijer, T. P., Reuvekamp, M.-F., & Aldenkamp, B.P. (2001). Social functioning, psychological functioning, and quality of life in epilepsy. *Epilepsy*, 42 (9), 1160-1168. doi:10.1046/j.1528-1157.2001.37000.x
- 32 Arnold, R., Ranchor, A.V., Sanderman, R., Kempen, G.I., Ormel, J., & Suurmeijer, T.P. (2004). The relative contribution of domains of quality of life to overall quality of life for different chronic diseases. *Quality of Life Research*, 13 (5), 883-896. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15233502>
- 33 Magalhães, V. (2001). *Novos desafios à bioética: Qualidade de vida, desafio e ambiguidades*. Porto: Porto Editora.
- 34 Santana, P., & Costa, C. (2012). A variação demográfica [Comunicação]. In X Curso Pós-Graduado sobre Envelhecimento, Coimbra, 21 de setembro.