



PROCESSO SAÚDE-DOENÇA-CUIDADO DO IDOSO RESIDENTE EM ÁREA RURAL: PERSPECTIVA DE UM CUIDADO CULTURALMENTE CONGRUENTE

Carla Weber Peters¹ 

Celmira Lange¹ 

Marcos Aurélio Matos Lemões¹ 

Juliana Graciela Vestena Zillmer¹ 

Eda Schwartz¹ 

Patricia Mirapalheta Pereira de Llano² 

¹Universidade Federal de Pelotas, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil.

²Institut de Cardiologie de Montréal-Canadá. Montréal, Canadá.

RESUMO

Objetivo: compreender o processo saúde-doença-cuidado do idoso residente em área rural.

Método: pesquisa qualitativa na perspectiva da Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural de Madeleine Leininger, realizada com a participação de 19 idosos residentes na área rural de um município da Região Sul do Brasil. A coleta de dados se deu nos meses de julho e agosto de 2018 por meio de entrevistas semiestruturadas e observação simples. E a análise de dados, mediante a proposta de Análise de Conteúdo de Laurence Bardin.

Resultados: as concepções de saúde e doença dos idosos residentes em área rural encontram-se, principalmente, relacionadas à capacidade e incapacidade de realização das atividades da vida diária e do trabalho, sobretudo, com a terra e os animais. Destacam-se as práticas de cuidado dos idosos residentes em área rural no que diz respeito ao uso de medicamentos, ao consumo de alimentos e à prática de exercícios físicos. Além, da noção sobre sua condição de saúde e da capacidade de autogestão e adaptação frente aos desafios do processo saúde-doença-cuidado.

Conclusão: o processo-saúde-doença-cuidado dos idosos residentes em área rural é influenciado por fatores sociais e culturais do contexto em que estão inseridos. O que sugere o planejamento, a implementação, o desenvolvimento, a avaliação e a (re)formulação de políticas, programas e ações de saúde com foco na prestação de um cuidado culturalmente congruente, que compreenda mais do que as singularidades da área rural, no sentido da dicotomia em relação à área urbana.

DESCRITORES: Idoso. Saúde do idoso. Zona rural. População rural. Cultura. Enfermagem. Pesquisa qualitativa.

COMO CITAR: Peters CW, Lange C, Lemões MAM, Zillmer JGV, Schwartz E, Llano PMP. Processo saúde-doença-cuidado do idoso residente em área rural: perspectiva de um cuidado culturalmente congruente. Texto Contexto Enferm [Internet]. 2021 [acesso MÊS ANO DIA]; 30:e20190302. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2019-0302>

HEALTH-DISEASE-CARE PROCESS IN OLDER ADULTS LIVING IN RURAL AREAS: PERSPECTIVE OF CULTURALLY COHERENT CARE

ABSTRACT

Objective: to understand the health-disease-care process of the older adult living in rural areas.

Method: a qualitative research study from the perspective of Madeleine Leininger's Theory of Diversity and Universality of Cultural Care, carried out with the participation of 19 older adults living in the rural area of a municipality in southern Brazil. Data collection took place in July and August 2018 by means of semi-structured interviews and simple observation. And data analysis was performed following Laurence Bardin's Content Analysis proposal.

Results: the conceptions of health and disease of the older adult living in rural areas are mainly related to the ability and inability to perform the activities of daily living and work, especially with the land and animals. We highlight the care practices of older adults living in rural areas with regard to the use of medications, food consumption and the practice of physical exercise. In addition, the notion about their health condition and the capacity for self-management and adaptation to the challenges of the health-disease-care process.

Conclusion: the health-disease-care process of older adults living in rural areas is influenced by social and cultural factors of the context in which they are inserted. This suggests the planning, implementation, development, evaluation and (re)formulation of health policies, programs and actions focused on providing culturally congruent care, which encompasses more than the singularities of the rural area, in the sense of dichotomy in relation to the urban area.

DESCRIPTORS: Aged. Health of the elderly. Rural area. Rural population. Culture. Nursing. Qualitative research.

PROCESO DE SALUD-ENFERMEDAD-ATENCIÓN DE ANCIANOS RESIDENTES EN ZONAS RURALES: LA PERSPECTIVA DE UNA ATENCIÓN CULTURALMENTE CONGRUENTE

RESUMEN

Objetivo: comprender el proceso de salud-enfermedad-atención de ancianos residentes en zonas rurales.

Método: investigación cualitativa desde la perspectiva de la Teoría de la Diversidad y Universalidad de la Atención Cultural de Madeleine Leininger, realizada con la participación de 19 ancianos en la zona rural de un municipio de la Región Sur de Brasil. Los datos se recolectaron en los meses de julio y agosto de 2018 por medio de entrevistas semiestructuradas y observación simple. El análisis de los datos se efectuó mediante la propuesta de Análisis de Contenido de Laurence Bardin.

Resultados: las concepciones de salud y enfermedad de los ancianos residentes en zonas rurales están principalmente relacionadas a la capacidad e incapacidad de realizar las actividades de la vida diaria y del trabajo, especialmente, con la tierra y los animales. Las prácticas de atención a ancianos residentes en zonas rurales se destacan con respecto al uso de medicamentos, al consumo de alimentos y a la práctica de ejercicio físico; además de la noción sobre su estado de salud y de la capacidad de autogestión y adaptación frente a los desafíos del proceso de salud-enfermedad-atención.

Conclusión: el proceso de salud-enfermedad-atención para los ancianos residentes en zonas rurales se ve influenciado por factores sociales y culturales del contexto en el que se encuentran. Eso sugiere planificación, implementación, desarrollo, evaluación y (re)formulación de políticas, programas y acciones de salud enfocadas en proporcionar atención culturalmente congruente, que comprenda no solamente las singularidades de la zona rural, en el sentido de la dicotomía en relación con el área urbana.

DESCRIPTORES: Anciano. Salud del anciano. Zona rural. Población rural. Cultura. Enfermería. Investigación cualitativa.

INTRODUÇÃO

O processo de envelhecimento populacional e o aumento da esperança de vida que se sucedem ocasionam novas necessidades e expectativas de saúde da população idosa em diferentes lugares do mundo, inclusive, nas áreas rurais das diversas regiões do Brasil. Tais necessidades e expectativas indicam a imprescindibilidade de um novo modelo de cuidado, em que as práticas de cuidado não se limitem ao modelo de cuidado biomédico e, mais do que isso, levem em consideração as concepções sobre saúde e doença dos idosos e os fatores sociais e culturais do contexto em que estão inseridos.

Comumente a velhice é compreendida nas diferentes sociedades como sinônimo de incapacidades, por vezes, consideradas indicadores de saúde,¹ e de exclusão da vida social,² provocando uma inquietação em relação ao processo saúde-doença-cuidado com vistas à qualidade e satisfação de vida dos que vivem essa fase do ciclo vital, principalmente, quando residentes em área rural. Porque, diferentemente da área urbana, caracteriza-se por uma realidade em que predominam a baixa renda e baixo grau de escolaridade, a precariedade das residências e das estradas, bem como, a insuficiência de transporte público e, portanto, conseqüentemente, o isolamento social e a dificuldade de acesso aos serviços sociais e de saúde, fazendo com que as desigualdades sociais e de saúde aumentem progressivamente.³

Ainda, com base em revisão de literatura no que concerne às pesquisas que contemplam o processo saúde-doença-cuidado do idoso residente em área rural, foi identificado que estas ainda são incipientes, uma vez que, foram poucas as publicações científicas encontradas. Essa lacuna possibilita a justificativa do desenvolvimento de novas pesquisas com a finalidade de compreendê-lo nos diferentes contextos sociais e culturais e, assim sendo, de contribuição para o planejamento, a implementação, o desenvolvimento, a avaliação e a (re)formulação de políticas, programas e ações de saúde com vistas à prestação de um cuidado culturalmente congruente. Em outras palavras, um cuidado que corresponda adequada e significativamente às crenças, às culturas e aos modos de vida das pessoas com vistas à promoção da saúde e à prevenção de doenças, agravos e mortes.⁴

Com base no exposto, considera-se ainda o conceito de processo saúde-doença-cuidado como a diferenciação do processo saúde-doença com apoio na contribuição prática da enfermagem como profissão e ciência sobre o processo de cuidado, e não simplesmente a inclusão do cuidado em si.⁵ Ademais, mesmo diante da ideia de que culturas de diferentes lugares do mundo compartilham características em comum, é relevante a ponderação de que, ao mesmo passo, essas culturas conhecem, compreendem e praticam cuidados diferenciados,⁴ as quais devem ser valorizadas quando se pensa o processo saúde-doença-cuidado.

Posto isso, a presente pesquisa teve como objetivo compreender o processo saúde-doença-cuidado do idoso residente em área rural.

MÉTODO

Pesquisa qualitativa na perspectiva da Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural de Madeleine Leininger (TDUCC). Uma vez que se considera a influência dos fatores sociais e culturais, como os religiosos, de parentesco, de valores, de modos de vida, os econômicos e os educacionais contemplados na mesma sobre o objeto de pesquisa.⁴

A coleta de dados foi realizada nos meses de julho e agosto de 2018, por meio de entrevista semiestruturada e observação simples realizadas pela autora da pesquisa na residência dos participantes, em dias e horários previamente agendados. Os participantes foram sorteados a partir de listas de pessoas com 60 anos ou mais, durante reuniões realizadas com as equipes de saúde de Unidades Básicas de Saúde organizadas sob a forma de Estratégia de Saúde da Família (ESF) responsáveis por três áreas de abrangências subdivididas em 19 microáreas localizadas na área rural

de um município da Região Sul do Brasil. As quais foram determinadas em razão de que possuíam o maior número de idosos cadastrados. Para cada microárea foram sorteados um idoso participante e dois idosos suplentes com vistas a possíveis perdas em razão de negativas, desistências ou exclusões.

Foram registradas uma recusa, uma desistência, duas exclusões, pelo motivo de que os idosos sorteados não residiam desde a infância em área rural, e 19 participações que contemplaram o número de áreas de abrangência das UBS organizadas sob a forma de ESF e de suas respectivas microáreas em sua integralidade considerando o respeito no que se refere a características históricas, sociais e culturais de cada localidade.

Os critérios de inclusão definidos foram: ter idade igual ou superior a 60 anos; ambos os sexos; residir em meio rural desde a infância; ser cadastrado na Estratégia de Saúde da Família; compreender e falar o idioma português ou possuir um familiar que realize a tradução. E de exclusão: estar ausente após três visitas realizadas em horários e dias diferentes; estar privado de liberdade por decisão judicial, institucionalizado ou hospitalizado. E o número exato dos participantes foi definido no momento em que os objetivos da pesquisa foram obtidos, porquanto uma amostra qualitativa ideal é a que reflete, em quantidade e intensidade, as múltiplas dimensões de determinado fenômeno e busca a qualidade das ações e das interações em todo o decorrer do processo.⁶

Os dados coletados por meio das entrevistas semiestruturadas foram analisados mediante a proposta de Análise de Conteúdo de Laurence Bardin,⁷ respeitando as etapas de pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados e interpretação. De modo que, primeiramente, foi realizada a leitura flutuante dos áudios transcritos em documento no formato Word®, para compreensão dos dados coletados. E, em seguida, a leitura de linha por linha, a partir da qual, com base na descoberta dos núcleos de sentido e frequência de aparecimento dos mesmos, foram identificadas as seguintes unidades de registro: fatores sociais e culturais, saúde, doença e práticas de cuidado profissionais e populares. E, por conseguinte, elaboradas as categorias.

Enquanto, a partir dos dados coletados por meio da observação simples, foi realizada a construção de um diário de campo que contribuiu para uma reflexão mais profunda e fidedigna acerca do objeto de pesquisa. Muitas falas dos participantes relacionadas ao processo saúde-doença-cuidado do idoso residente em área rural foram constatadas durante a observação simples.

Para o desenvolvimento da pesquisa respeitaram-se as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. O convite para participação dos idosos selecionados foi precedido de uma explanação sobre os objetivos, relevância, desenvolvimento, riscos e benefícios da pesquisa, e solicitação para uso de gravador de voz digital durante a entrevista. Na concordância em participar do estudo, foram entregues e assinadas duas vias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Com a finalidade de anonimato, os participantes foram identificados por códigos. Sendo "E" de entrevistado, seguido pelo número arábico correspondente à ordem de entrevista, como, por exemplo: E1, E2, E3, e assim sucessivamente.

RESULTADOS

Todos os participantes da pesquisa residiam em área rural desde o nascimento ou a infância, vivenciando e experienciando o processo saúde-doença-cuidado durante todas as fases da vida no contexto social e cultural da mesma. O qual, é caracterizado pela sua formação histórica, social e cultural a partir da colonização predominantemente de origem alemã, italiana e francesa, conforme as seguintes falas:

Meu avô era francês. Minha mãe é italiana (E1).

[...] o falecido, meu avô, veio da Alemanha (E3).

Os participantes da pesquisa possuíam entre 63 anos e 87 anos. Na maioria eram mulheres, recebiam aposentadoria rural com renda mensal de um salário-mínimo e tinham ensino fundamental

incompleto. No que concerne ao diagnóstico de doenças, os 19 participantes referiram viverem com pelo menos uma doença crônica. Dentre as quais se destacaram: hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus, hipercolesterolemia, artrose e hérnia de disco.

As falas dos idosos residentes em área rural permitiram a conclusão de que o processo saúde-doença-cuidado dos mesmos é influenciado pelos fatores sociais e culturais do contexto em que estão inseridos. Resultando em concepções de saúde e doença e em práticas de cuidados próprias, como está descrito nas seguintes categorias: concepções de saúde e doença do idoso residente em área rural; e práticas de cuidados do idoso residente em área rural.

Concepções de saúde e doença do idoso residente em área rural

Em relação à concepção de saúde dos idosos residentes em área rural, foi constatado que se encontra diretamente relacionada à capacidade de realização das atividades da vida diária e do trabalho, sobretudo, com a terra e os animais.

A minha saúde era boa, mas ainda está sendo boa apesar do que tenho. Porque tenho leucemia, mas não tomo nada. Nunca me abalou, porque sinto que se ainda posso trabalhar é sinal de que estou bem (E13).

Saúde é dormir bem, sem dor de cabeça, sem dor de barriga, sem dor nos ossos. Levantar disposto de manhã. Passar o dia fazendo a lida da casa e cuidando dos animais ou ir para lavoura. É trabalhar o dia inteiro (E19).

A concepção de saúde, ainda, foi relatada como a capacidade de participação social em momentos de entretenimento com familiares e membros da comunidade, no contexto em que estavam inseridos, bem como a boa relação interpessoal.

Saúde é passear. Ir numa festinha e num futebol na comunidade, gosto muito. É churrasqueira em casa, parentes que vêm visitar. É sempre ter gente em volta (E1).

Eu me considero saudável. Estou sempre numa boa. Não tenho problema com nada, com ninguém (E3).

Ao encontro disso, para os idosos residentes em área rural, o diagnóstico de doença não significa necessariamente ser ou estar doente. Provavelmente porque os problemas de saúde são naturalizados no processo de envelhecimento, como se observa na seguinte fala:

Quando não sinto nada, é que estou bem. Mas, claro que, por causa da idade, sempre tenho uma coisinha e outra. É a mesma coisa que um carro velho, coloca uma peça e estraga a outra. É difícil dizer que estou doente. Estou bem (E2).

Desse modo, no que diz respeito à concepção de doença desses idosos, se constatou que se encontrava voltada aos momentos da vida em que existe a impossibilidade ou limitação da manutenção de sua rotina diária, devido a problemas de saúde, principalmente, diante da necessidade de repouso na cama e da dor, respectivamente.

Acho que, no dia em que dizer que estou doente, é porque vou morrer. Digo para elas [referindo-se às filhas e vizinhas] que, o dia em que essa velha ficar na cama e dizer que está doente, pode contar que está doente (E7).

Me considerei doente somente quando me ataquei do ciático, por causa da dor. Não dava para ajudar as pessoas. Não dava para fazer nada e ainda incomodava quem estava trabalhando (E16).

Por fim, a concepção de doença dos idosos residentes em área rural refere-se, ainda, aos sentimentos de medo e de tristeza frente à agudização de problemas de saúde. Tais sentimentos são ocasionados pelo desconhecido, o que faz com que tenham a sensação de morte iminente.

Me senti doente quando rebentou a úlcera. No princípio era gastrite, mas quando rebentou a úlcera me considerei doente. Já que, como se fala na giria, achava que iria empacotar [referindo-se a morrer] (E11).

Estar doente é quando dá uma tristeza. Hoje os médicos não escondem nada e gosto disto. Mas, quando o médico disse: 'Tem uma infecção no estômago e está sangrando' foi um choque. Quase chorei. Ele disse: 'Não se apavora, fica calma que vamos fazer a biópsia' [...] depois, quando veio o resultado disse: 'Não é nada'. Essa tristeza é devido ao medo, porque a gente acha que vai morrer e quer viver mais com a família (E15).

Na categoria seguinte descrevem-se as práticas de cuidado no processo saúde-doença-cuidado do idoso residente em área rural. Conhecê-las é o ponto de partida para a reflexão e a discussão sobre a construção de um cuidado culturalmente congruente, com foco na melhoria da qualidade e satisfação de vida dessa população.

Práticas de cuidados do idoso residente em área rural

Os idosos residentes em área rural possuem conhecimentos e práticas de cuidado no processo saúde-doença-cuidado, principalmente no que diz respeito ao uso de medicamentos, ao consumo de alimentos e à prática de exercícios físicos. No entanto, os conhecimentos e as práticas de cuidado supracitados são decorrentes de orientações de profissionais de saúde sobre mudanças de estilo de vida diante do diagnóstico de doenças crônicas, com foco no controle das mesmas e na prevenção de agravos.

É só o tratamento medicamentoso mesmo e mais nada [referindo-se aos medicamentos com prescrição médica]. Eu não compro mais nada, a minha turma usa de vez em quando outros remedinhos que compram na farmácia e no supermercado. Eu não faço isso (E1).

Não é assim comer, comer. Não posso comer quase direito. Por causa do diabetes não posso usar açúcar e o pão tem que ser com aquela farinha preta. Depois que comecei a consultar e descobri que era diabética, comecei a cuidar da alimentação (E12).

Agora no inverno não, mas antes eu caminhava uma meia hora todos os dias de manhã. Agora não, porque é escuro às seis e meia, sete horas, e chove muito. Quando chove eu não caminho, senão eu caminho todos os dias uma meia hora. Não faz muito tempo que caminho. A médica que disse que era bom, visto que somos hipertensos [referindo-se também ao esposo] (E4).

Já as práticas de cuidado relacionadas à exposição solar mais presentes nas falas dos participantes da pesquisa foram o uso de roupas longas e chapéus de aba larga. Tais práticas se encontravam voltadas aos conhecimentos populares repassados de geração em geração, mais do que a orientações de profissionais de saúde.

Eu me cuido do sol. Coloco um chapéu bom e não vou ao sol muito quente (E3).

Eu me sinto bem, só não saio e não me sento no sol sem nada na cabeça, sempre é o costume. Sempre coloco um boné ou um chapéu, esteja em qualquer lugar (E4).

Somado a isso, os idosos residentes em área rural demonstraram noção sobre suas condições de saúde ao reconhecerem sinais e sintomas de possíveis doenças e agravos. Assim como limitações e restrições relacionadas ao processo de envelhecimento ou saúde-doença-cuidado.

Caminhada eu faço um pouquinho, quinze minutos por dia. Mais não me arrisco por causa do meu joelho, qualquer coisa parece que me desequilibra (E6).

Tive arritmia cardíaca e o médico me pediu para não fazer muito esforço, então, o que posso fazer eu faço. Tem vezes que dou uma caminhada, mas, se sinto que aquilo não vai me fazer bem, paro. O cardiologista me disse: 'Tu caminhas, mas, quando sentires o que parece um aperto na região do peito, paras'. Então, só caminho mais em volta da casa. Quando eu caminho mais longe, eu não vou sozinha (E15).

Outra questão relevante é a capacidade de autogestão e de adaptação frente aos desafios do processo saúde-doença-cuidado em relação às práticas de cuidado dos idosos residentes em

área rural. Também expressa no relato de E7, que necessitava de cateterismo vesical intermitente diariamente, devido a sequela de isquemia vascular cerebral.

Um dia fui para cima da cama e disse: Não vou ficar incomodando, seja o que Deus quiser. [...] tem um espelho grande que coloquei em cima da cama, me escorei e fiz minha higiene toda, direitinho. Eu disse: Deus todo poderoso, o senhor vai me achar esse buraquinho e eu vou aprender. Meu senhor, eu quero aprender. Jesus me colocou na cabeça e eu fui devagarinho olhando no espelho, puxando direitinho com a luvinha e coloquei. Até hoje eu estou tirando meu xixi, graças a Deus (E7).

Constata-se, nas falas desses idosos, que costumavam frequentar a ESF das localidades em que residiam e outros serviços de saúde com o intuito de prevenção de doenças e agravos. Para isto, iam às consultas médicas, realizavam exames de rotina, como exames de sangue, urina; quando mulheres, rastreamento do câncer de colo do útero e mama, e, quando homens, rastreamento do câncer de próstata. Entretanto, atividades de educação em saúde raramente foram relatadas.

De rotina é o pré-câncer e a mamografia, essas coisas que a gente faz de seis em seis meses, de ano em ano, conforme o médico orienta a gente fazer. Então, de seis em seis meses, de ano em ano, tem que fazer exame para saber se está tudo bem. (E4).

A última vez foi aqui no postinho, quando fiz a vacina contra a gripe, em maio. Ela [referindo-se à médica] marcava para fazer exames e eu fazia e levava para ela, que dizia o que é que tinha, como estava. Se tinha colesterol, se tinha isso, se tinha aquilo (E17).

Diante desse contexto, observa-se uma evolução histórica das práticas de cuidado da população que reside em área rural, inclusive das pessoas com 60 ou mais. Visto que os participantes da pesquisa, quando questionados sobre o cuidado com a saúde no passado, relataram que não dispunham de serviços de saúde próximos de suas residências, como as Unidades Básicas de Saúde organizadas sob a forma de Estratégia de Saúde da Família existentes nos dias atuais, e as práticas de cuidado eram baseadas, acima de tudo, em conhecimentos populares. Uma vez que frequentavam serviços de saúde somente em casos de doenças considerados graves, em razão de dificuldades de acesso e da insuficiência de meios de transportes automotores individuais e coletivos.

Minha mãe fazia chá para nós, porque não tinha muito recurso naquela época. A gente perdeu bastante irmãos pela falta de recurso. Não tinha recursos, não tinha médicos. Tinha senhoras que benziam, davam chá e mandavam embora (E4).

Naquele tempo não tinha postinho de saúde, era mais complicado. Graças a Deus, na minha família não tinha problema de saúde. Somente depois que meus pais foram para o hospital. Mas consulta naquela época a gente não costumava fazer, porque era muito difícil o acesso (E9).

Porém, foram constatadas, na maioria das entrevistas realizadas, práticas de cuidado profissionais em que predominava o trinômio saúde-doença-cuidado em termos de fatores biológicos, sem levar em consideração os valores, as crenças, as normas e o modo de vida desses idosos, com a finalidade de que a velhice seja vivenciada e experienciada com autonomia, independência e participação social, conseqüentemente, com mais qualidade de vida e satisfação. E o cuidado culturalmente congruente foi identificado nas falas de somente dois participantes da pesquisa.

Eu me trato muito com o médico do posto de saúde, é um bom médico. Quando estava consultando com o médico particular especialista em problema de urina e rim, ele me disse: 'Dona E7, a senhora compra os remédios e às vezes tem aqui [referindo-se à UBS]. A senhora não quer passar seu tratamento para cá e eu faço?'. Então, eu disse: O senhor me desculpe. Mas o senhor não é desse problema de urina e rim como o outro doutor. E ele disse: 'Mas o tratamento que ele faz para a senhora eu também posso fazer'. Entrei em acordo e continuei com ele já faz anos (E7).

Isso já faz [referindo-se ao diagnóstico de leucemia] quase três anos que eu estou no médico, mas não tomo nada. Nunca me abalou, porque que, se ainda posso trabalhar, é sinal que eu estou bem (E13).

Além disso, percebeu-se que, apesar de os idosos residentes em área rural frequentarem a ESF em diversos momentos, negavam a utilização desse serviço de saúde. Essa contradição é vista, por exemplo, nas falas do participante E1, em que, no primeiro momento, afirmou utilizar somente serviços de saúde particulares e, em seguida, relatou situações em que buscou a ESF.

Tudo particular. Eu estive no posto de saúde com a médica quando apareceu o problema de pressão. [...] e ela me mandou para outro médico, porque não acertava minha pressão. Então peguei com o doutor particular na cidade (E1).

Vou no posto de saúde para fazer a vacina da gripe (E1).

A médica me deu os pontos no posto de saúde mesmo (E1).

E finalmente, mas não menos importante, destaca-se que os participantes da pesquisa raramente mencionaram o enfermeiro como protagonista do cuidado durante as entrevistas realizadas, inclusive quando mencionavam as funções de competência desse profissional. Como o exemplo de E3, que relatou que ia mensalmente ao médico da UBS para controle da glicemia, mas, quando questionado sobre como ocorria o atendimento, relatou que passava somente pela equipe de enfermagem para realização do hemoglicoteste e as devidas orientações.

DISCUSSÃO

Em relação às características dos participantes, no que se refere à idade, ao sexo, à renda e à escolaridade, se mostraram semelhantes a pesquisa realizada com idosos residentes no Triângulo Sul Mineiro.⁸ No entanto, sublinha-se que ao pensar o processo saúde-doença-cuidado numa perspectiva de homogeneidade é insatisfatório para o planejamento, a implementação e o desenvolvimento de um modelo de cuidado culturalmente congruente que faça sentido aos idosos residentes em área rural. Visto que suas concepções de saúde e de doença se encontram diretamente relacionadas aos fatores sociais e culturais do contexto em que residem e compreendê-las possibilita aproximar-se das necessidades e expectativas de saúde individuais e coletivas com vistas à melhoria das práticas de cuidado. Fazendo-se necessário que os gestores e os profissionais de saúde tenham uma visão ampliada que compreenda além de dados epidemiológicos voltados aos fatores biológicos.⁹

De maneira semelhante aos resultados desta pesquisa, achados recentes na literatura correlatam a autopercepção negativa ou positiva do idoso residente em área rural sobre sua condição de saúde com a (in)capacidade de realização das atividades da vida diária e do trabalho. Por certo, em decorrência de que a funcionalidade nos processos de envelhecimento e saúde-doença-cuidado refere-se basicamente à manutenção da autonomia e da independência das pessoas idosas e, de modo consequente, à representatividade que possuem tanto na família, por causa da renda extra proveniente do trabalho como complemento da aposentadoria, quanto na sociedade em razão de se sentirem exultantes com o cumprimento de suas responsabilidades.⁹⁻¹⁰

Diante disso, sublinha-se que, independentemente da aposentadoria e da profissão que os participantes da pesquisa exerciam no passado, em sua totalidade possuíam um modo de vida marcado pela continuidade das atividades da vida diária e do trabalho, sobretudo, com a terra e os animais. Assim, preservando sua responsabilidade produtiva social e culturalmente respeitada e valorizada na área rural e, ao mesmo passo, autogerindo e adaptando-se aos desafios dos processos de envelhecimento e saúde-doença-cuidado. Indo ao encontro dos resultados da pesquisa realizada sobre os preditores de qualidade de vida subjetiva em idosos residentes em áreas urbanas e rurais da Província de Guayas no Equador, que confirma a influência da economia, dentre outros fatores sociais e culturais, na qualidade de vida e, paralelamente, a concepção de saúde dos idosos residentes em áreas rurais. De maneira que, diferentemente do que para os idosos residentes em área urbana, a continuidade do trabalho, mesmo quando aposentados, representa uma renda adicional e, ainda, a manutenção da autonomia e da independência dessa população.¹¹

Outros achados na literatura corroboram com a concepção de saúde descrita como a capacidade de participação em momentos de entretenimento e de interação social e a qualidade da relação interpessoal com membros da família e da comunidade. Pesquisa desenvolvida em Sri Lanka acerca da participação social entre idosos residentes em área rural destaca, a partir de seus resultados, o quanto ela é fundamental para a manutenção da saúde, qualidade e satisfação de vida dessa população. Além disso, reforça a importância da aproximação com a realidade de cada contexto social e cultural, no sentido de que as pessoas com 60 anos ou mais se sintam motivadas no que se refere à participação nesses momentos de entretenimento e de interação social e, logo, ao enfrentamento de problemas.¹² Afinal, essas atividades sofrem influência social e cultural que varia de região para região, conforme os modos de vida da população local, assim como de idade para idade, de acordo com as mudanças que ocorrem com o passar dos anos nas diferentes dimensões da vida humana.¹³

As relações interpessoais destacam-se como importante mecanismo de apoio para uma velhice com saúde, pois contribuem para que as pessoas idosas se sintam reconhecidas por suas vivências e experiências, seguras e participativas na comunidade à qual pertencem.¹⁴ Quando inexistentes a participação social, conseqüentemente, torna-se prejudicada, formando-se um ciclo de impacto negativo na vida dessas pessoas em fase da vida mais avançada.² O que remete à importância da manutenção do sentimento de ser e pertencer social e culturalmente representativo dos modos de vida das pessoas que residem em área rural, principalmente, com 60 ou mais, por meio da evidênciação das relações interpessoais de confiança, de cooperação e de reciprocidade entre familiares, amigos e vizinhos identificadas nesta pesquisa.

A promoção da saúde ultrapassa o cuidado com foco nas doenças e agravos e se expande ao conceito mais amplo de saúde que demanda da enfermagem, como ciência do cuidado, a mobilização de recursos individuais, coletivos e institucionais disponíveis.¹⁵ Tornando-se fundamental que as redes sociais informais sejam reconhecidas como mecanismo de apoio no processo-saúde-doença-cuidado do idoso residente em área rural pelas diferentes pessoas implicadas no cuidado de si e dos outros, ou seja, os próprios idosos e demais membros da sociedade, inclusive, os profissionais de saúde.² Porém, a exemplo de pesquisa desenvolvida sobre as vulnerabilidades da velhice rural, os momentos de entretenimento e interação social dessa população são resultantes, na maioria das vezes, da mobilização de recursos individuais e coletivos da mesma, pois, comumente, se encontra desassistida pelos serviços sociais e de saúde no que concerne ao assunto.¹⁶

Ao encontro da concepção de doença descrita como a presença de dores e de sentimentos negativos e de medo da morte nesta pesquisa, investigação sobre a autopercepção de saúde entre idosos residentes em áreas rurais discorre que as dores no corpo influenciam na qualidade de vida dos idosos, contribuindo para a intensificação do comprometimento funcional. E, por conseguinte, para aumento da dependência na realização das atividades da vida diária e dos sentimentos negativos e referentes ao medo da morte, concomitantemente, causando insatisfação com suas condições de saúde e a própria vida.¹⁷ De modo que o fato de os idosos continuarem trabalhando depois da aposentadoria também corresponde a um mecanismo de enfrentamento dos sentimentos negativos e do medo da morte,¹³ pois, como já discutido, o trabalho possibilita a preservação de sua representatividade familiar e social.

Segundo os resultados da pesquisa, as práticas de cuidado relacionadas ao processo saúde-doença-cuidado do idoso residente em área rural revelaram a necessidade de fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS) no sentido de (re)organização dos serviços de saúde com vistas a um modelo de cuidado culturalmente congruente, direcionado de fato à promoção da saúde e à prevenção de doenças e agravos dessa população. Pois, quando se trata dos fatores sociais e culturais, dos problemas e das soluções em saúde, verifica-se uma desconformidade entre a visão de mundo das pessoas que residem em área rural e a visão de mundo do Estado e da ciência, resultando na visibilidade do contexto em que estão inseridos e na invisibilidade do rural.¹⁸

Tanto que, mesmo com a implementação de Unidades Básicas de Saúde organizadas sob a forma de Estratégia de Saúde da Família nas localidades de realização da pesquisa, predomina o modelo de cuidado biomédico, com foco na saúde em termos de fatores biológicos, desconsiderando a influência dos fatores sociais e culturais no processo saúde-doença-cuidado do idoso residente em área rural. Semelhantemente, pesquisa sobre o índice de responsividade da Estratégia de Saúde da Família rural, desenvolvida no Distrito Federal, explana sobre a necessidade de modelos de cuidado que rompam com o modelo de cuidado biomédico, em outras palavras, curativista e medicocentrado, e que reduzam as iniquidades em saúde. Assim como salienta a carência de políticas públicas para o rural que pensem as questões de saúde, doença e cuidado de maneira culturalmente congruente.¹⁹ Possivelmente em razão de que, historicamente, e ainda nos dias atuais, mostram-se, sobretudo, direcionadas aos interesses econômicos dos projetos de desenvolvimento rural que dependem de força de trabalho saudável e, conseqüentemente, pontuais, fragmentadas e excludentes em relação às singularidades dessa população.¹⁸

Ainda que com a expansão do quantitativo de unidades de Estratégia de Saúde da Família em localidades geograficamente isoladas, como as rurais, e, isto posto, com a redução da dificuldade de acesso aos serviços de saúde, com toda a certeza não houve a oportuna reorientação do modelo de cuidado biomédico.²⁰ Tornando-se imediata a necessidade do planejamento dinâmico e constante das ações de saúde com base nos dados epidemiológicos, em consonância com o contexto social e cultural da área de abrangência da Estratégia de Saúde da Família e, igualmente, com as necessidades e expectativas de saúde que se revelam a partir das vivências e experiências cotidianas individuais e coletivas.²¹

Para isso, uma possibilidade de mudança consiste na reconstrução da perspectiva e da postura profissional fundamentadas no conhecimento quase que exclusivamente dos fatores biológicos em direção ao (re)conhecimento das pluralidades das áreas rurais, com vistas à inclusão dos fatores sociais e culturais nas práticas de cuidado por meio de uma relação de iguais entre a população a ser cuidada e dos profissionais de saúde e demais setores, como, por exemplo, de meio ambiente e desenvolvimento rural, em busca da identificação das fragilidades e potencialidades do processo saúde-doença-cuidado.²²

Com base nisso, ousa-se a sugestão de que a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta²³ e a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa²⁴ sejam (re) pensadas de maneira conjunta, levando em consideração a diversidade e a universalidade cultural do cuidado de cada região do Brasil. Tendo como uma de suas finalidades o incentivo à prestação de um cuidado culturalmente congruente, que respeite os diferentes modos de vida e permita aos idosos residentes em área rural vivenciarem e experienciarem a velhice com qualidade de vida e satisfação.

Como expresso na própria Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta, para melhoria da qualidade do cuidado e do acesso ao SUS é crucial levar em consideração as diferenças e as semelhanças desses grupos populacionais e seus processos de produção e reprodução social e cultural. Assim como o compartilhamento de conhecimentos e experiências com programas e políticas públicas de diferentes setores, com vistas aos princípios de equidade, universalidade e integralidade.²³ Além disso, para a construção de uma vida digna dos idosos residentes em área rural é fundamental a proposição de atividades de educação em saúde voltadas para a superação de suas fragilidades e ao reconhecimento de suas potencialidades, bem como ao desenvolvimento da capacidade de (re)formularem suas possibilidades de vida frente ao processo saúde-doença-cuidado na qualidade de sujeitos críticos e reflexivos que são.²⁵

Por fim, salienta-se que, embora a enfermagem seja essencial para a Estratégia de Saúde da Família na reorientação do modelo de cuidado em saúde nas diversas regiões do Brasil, já que representa uma possibilidade de produção de um modelo de cuidado a partir do contexto em que

as pessoas estão inseridas,²⁶ em outras palavras, culturalmente congruente, percebe-se nas falas dos participantes da pesquisa que o médico possui papel principal, e o enfermeiro, técnicos de enfermagem e demais profissionais de saúde que formam as equipes de saúde da família possuem papel coadjuvante no que se refere às práticas de cuidado do idoso residente em área rural. O que possivelmente esteja relacionado à preponderância da visão biomédica, considerada um impasse para a eficácia e efetividade do cuidado prestado aos idosos.²⁷ E ao fato de que, dentre as competências do exercício profissional do enfermeiro, destaca-se a de coordenação e de gerenciamento da equipe. Dessarte, as ações de promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos comumente não são desenvolvidas com base na identificação das expectativas e necessidades da população. O que aponta para a imprescindibilidade da construção de novos conhecimentos e de empoderamento profissional, político e social com vistas à melhoria do exercício da profissão neste campo de atuação.²⁶

Sabe-se da importância do papel do enfermeiro no cuidado aos idosos residentes em área rural e considera-se fundamental que caminhe em direção ao seu crescimento e reconhecimento como protagonista do cuidado, por meio de uma atuação mais ativa e próxima dessa população. Porquanto a presença do enfermeiro no processo saúde-doença-cuidado suscita no idoso a confiança paciente-profissional e a curiosidade e interesse pelas práticas de cuidado, colaborando para a promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos e, assim sendo, para o envelhecimento ativo e saudável.²⁷

Da mesma forma, pesquisa com objetivo de compreender a prática de cuidado integral ao idoso, sob o olhar dos profissionais da ESF e do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), constatou a necessidade de caminhar em direção a um novo modelo de organização dos serviços de saúde em razão de que as práticas de cuidado ainda se encontram voltadas para o modelo curativista e medicocentrado. E, por isso, distantes da realidade vivenciada e experienciada pelo idoso.²⁸ Sendo fundamentais a sensibilização, a capacitação e a instrumentalização dos enfermeiros e demais profissionais de saúde para identificação e atendimento das necessidades e expectativas de saúde da população em questão, considerando suas singularidades e respeitando a atenção e proteção básica focadas, sobretudo, em idosos residentes em áreas com vulnerabilidade social,²⁸⁻²⁹ dentre elas a rural.

Considera-se que a limitação desta pesquisa consiste no recorte regional, com características específicas de um município localizado na Região Sul do Rio Grande do Sul, de modo que os resultados, diante as diversidades regionais do Brasil, dentre elas sociais, culturais, ambientais e de desenvolvimento rural, não podem ser generalizados nacionalmente. Portanto, espera-se que outras pesquisas sejam realizadas e venham a complementar essa lacuna no conhecimento sobre o processo saúde-doença-cuidado do idoso residente em área rural. Visto que a realidade vivenciada e experienciada cotidianamente no contexto social e cultural dos mesmos não é inteiramente contemplada pelas ações, programas e políticas nacionais de saúde direcionados à população rural, na qual destaca-se o número crescente de pessoas idosas. Além do mais, que a presente pesquisa sirva de comparação com dados futuros.

Em relação à contribuição para o setor da enfermagem, se pensa que conhecer o processo saúde-doença-cuidado do idoso residente em área rural sob a luz da Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural de Madeleine Leininger (TDUCC) contribuiu para a construção do corpo de conhecimentos e a motivação de novas pesquisas com vistas ao estado da arte no que se refere ao cuidado culturalmente congruente, prestado pelos enfermeiros e demais profissionais de saúde. O movimento realizado com a pesquisa possibilita a reflexão e discussão baseadas em evidências sobre a relevância de práticas de cuidado profissionais que levem em consideração o contexto social e cultural em que as pessoas residem e, mais do que isso, que as constiui como seres humanos individuais e coletivos, com necessidades e expectativas de saúde sem iguais, no enfrentamento das iniquidades sociais e de saúde.

CONCLUSÃO

O processo-saúde-cuidado do idoso residente em área rural é influenciado por fatores sociais e culturais. O que sugere o planejamento, a implementação, o desenvolvimento, a avaliação e a (re)formulação de políticas, programas e ações de saúde com foco na prestação de um cuidado culturalmente congruente que compreenda mais do que as singularidades da área rural, no sentido da dicotomia em relação à área urbana, muitas vezes generalizadas.

Ou seja, com foco na prestação de um cuidado culturalmente congruente que compreenda a diversidade e a universalidade cultural do cuidado das áreas rurais de diversas Regiões do Brasil, respeitando os modos de vida produzidos e reproduzidos ao longo do tempo e permeados de subjetividades individuais e coletivas, como crenças e valores. Por conseguinte, proporcionando que os idosos que residem em área rural vivam com mais autonomia e independência por meio da construção do conhecimento e do empoderamento quanto aos seus deveres e direitos na democratização das políticas públicas, a partir da valorização das demandas trazidas e traduzidas pelos mesmos e da conscientização sobre a seriedade da participação popular, respectivamente.

Destaca-se, ainda, a importância da Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural para a orientação de novas práticas de cuidado profissionais, com a finalidade de promoção da saúde e de prevenção de doenças e agravos desses idosos. Porquanto existem uma diversidade e uma universalidade cultural do cuidado que necessitam ser conhecidas e reconhecidas pelos enfermeiros e demais profissionais de saúde, ao encontro de um modelo de cuidado culturalmente congruente realmente direcionado para as necessidades e expectativas de saúde do idoso residente em área rural, de maneira integral e humanizada.

REFERÊNCIAS

1. Pereira LC, Figueiredo MLF, Beleza CMF, Andrade EMLR, Silva MJ, Pereira AFM. Predictors for the functional incapacity of the elderly in primary health care. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2017 [acesso 2020 Abr 10];70(1):106-12. Available from: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0046>
2. Guedes MBOG, Lima KC, Caldas CP, Veras RP. Social support and comprehensive health care for the elderly. *Physis* [Internet]. 2017 [acesso 2019 Jul 18];27(04):1185-1204. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s0103-73312017000400017>
3. Gonçalves H, Tomasi E, Tovo-Rodrigues L, Bielemann RM, Machado AKF, Ruivo ACO, et al. Population-based study in a rural area: methodology and challenges. *Rev Saude Pública* [Internet]. 2018 [acesso 2020 Abr 10];52(Suppl 1):3s. Available from: <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2018052000270>
4. Leininger MM. *Culture Care Diversity and Universality: A Theory of Nursing*. New York (US): National League for Nursing Press; 1991.
5. Fernandes CR. *Fundamentos do processo saúde-doença-cuidado*. Rio de Janeiro, RJ(BR): Águia Dourada; 2010.
6. Minayo MCS. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. *Rev Pesq Qualitativa* [Internet]. 2017 [acesso 2020 Abr 10];5(7):1-12. Available from: <https://editora.sepq.org.br/index.php/rpq/article/view/82/59>
7. Bardin L. *Análise de Conteúdo*. São Paulo, SP(BR): Edições 70; 2011.
8. Molina NPFM, Tavares DMS, Haas VJ, Rodrigues LR. Religiosity, spirituality and quality of life of elderly according to structural equation modeling. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2020 [acesso 2020 Mai 06];29:e20180468. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2018-0468>

9. Ferraz L, Alves J, Ferretti F. Work vulnerability of the elderly in rural areas. *Saude Transf Soc [Internet]*. 2017 [acesso 2020 Abr 10];8(1):1-14. Available from: <http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/saudeetransformacao/article/view/4165>
10. Macedo E, Ulrich V, Bós AMG, Bós AJG. Factors related to the self-perception of health status in older adults living in the rural environment of Brazil. *Sci Med [Internet]*. 2018 [acesso 2019 Ago 10];28(3):ID29698. Disponível em: <https://doi.org/10.15448/1980-6108.2018.3.29698>
11. Avecillas DA, Game C, Lozano CP, Wong N. Predictores de la Calidad de Vida Subjetiva en Adultos Mayores de Zonas Urbanas y Rurales de la Provincia del Guayas, Ecuador. *Información Tecnológica [Internet]*. 2019 [acesso 2020 Abr 06];30(5):271-82. Available from: <https://doi.org/10.4067/S0718-07642019000500271>
12. Marsh C, Agius PA, Jayakody G, Shajehan R, Abeywickrema C, Durrant k, et al. Factors associated with social participation amongst elders in rural Sri Lanka: a crosssectional mixed methods analysis. *Public Health [Internet]*. 2018 [acesso 2020 Abr 06];18(636):636. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12889-018-5482-x>
13. Silva M de O, Santos A da S, Angelott LCZ, Andrade VS de, Tavares GS. Work, leisure activities and family support: factors to protect quality of life of elderly. *Rev Ter Ocup Univ São Paulo [Internet]*. 2017 [acesso 2019 Ago 12];28(2):163-72. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/issn.2238-6149.v28i2p163-172>
14. Meira SS, Vilela ABA, Casotti CA, Silva DM da. Self-esteem and factors associated with social conditions in the elderly. *J Res Fundam Care [Internet]*. 2017 [acesso 2019 Jul 18];9(3):738-44. Disponível em: <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2017.v9i3.738-744>
15. Leininger MM, MC Farland MR. *Culture Care Diversity and Universality: A Worldwide Nursing Theory*. 2a ed. New York(US): McGraw-Hill; 2006.
16. Tonezer C, Trzcinski C, Dal Magro MLPD. As Vulnerabilidades da velhice rural: um estudo de casos múltiplos no Rio Grande do Sul. *Desenvolvimento em questão [Internet]*. 2017 [acesso 2019 Jul 14];40(15):7-38. Disponível em: <https://doi.org/10.21527/2237-6453.2017.40.7-38>
17. Pedreira RBS, Andrade CB, Barreto VGA, Pinto EP Junior, Rocha SV. Self-rated health among elderly living in rural areas. *Rev Kairós [Internet]*. 2016 [acesso 2019 Ago 08];19(1):103-10. Disponível em: <http://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/28676/20130>
18. Ruiz ENF, Gerhardt TE. O adoecer crônico no rural e o cuidado na forma de respostas do social: apreensões a partir da Teoria da Dádiva. In: Gerhardt TE, Lopes MJM (eds). *O rural e a saúde: compartilhando teoria e método*. Porto Alegre: Editora da UFRGS; 2015. p. 29-56.
19. Shimizu HE, Trindade JS, Mesquita MS, Ramos MC. Evaluation of the Responsiveness Index of the Family Health Strategy in rural areas. *Rev Esc Enferm USP [Internet]*. 2018 [acesso 2019 Jul 16];52:e03316. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s1980-220x2017020203316>
20. Ruiz ENF, dos Santos VE, Gerhardt TE. Mediações na atenção à saúde sob a ótica da Teoria da Dádiva: a saúde da população rural em destaque. *Physis [Internet]*. 2016 [acesso 2019 Jul 18];26(3):829-52. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312016000300007>
21. Borges FA, Ogata MN, Feliciano AB, Fortuna CM. Gerenciamento em saúde: o olhar de trabalhadores da saúde da família rural. *Ciênc Cuid Saúde [Internet]*. 2016 [acesso 2019 Ago 08];15(3):466-73. Disponível em: <https://doi.org/10.4025/ciencucuidsaude.v15i3.31531>
22. Silva EM, Portela RA, Medeiros ALF, Cavalcante MCW, Costa RTA. Os desafios no trabalho da enfermagem na estratégia saúde da família em área rural: revisão integrativa. *Hygeia [Internet]*. 2018 [acesso 2020 Abr 06];14(28):1-12. Disponível em: <https://doi.org/10.14393/Hygeia142801>
23. Ministério da Saúde (BR). *Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta*. Brasília, DF(BR): Editora do Ministério da Saúde [Internet]. 2013 [acesso 2019 Dez 18]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_populacoes_campo.pdf

24. Ministério da Saúde (BR). Portaria 2.528 de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília, DF(BR). [Internet]. 2006 [acesso 2019 Dez 18]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html
25. Winckler M, Boufleuer TR, Ferretti F, Sá CA. Elderly in rural areas: an integrative review. *Estud interdiscip envelhec REME* [Internet]. 2016 [acesso 2020 Abr 05];21(2):173-94. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/riipsa/resource/pt/biblio-912070?lang=en>
26. Corrêa VAF, Acioli S, Tinoco TF. The care of nurses in the Family Health Strategy: practices and theoretical foundation. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2018 [acesso 2020 Abr 06];71(Suppl 6): 2767-74. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0383>
27. Brito RFSLV, Leal M da CP, Aragão JA, Maia VLLB, Lago EC, Figueiredo LS. Elderly in the family health strategy: nursing practice during active ageing. *Rev Interd* [Internet]. 2015 [acesso 2019 Dez 18];8(4):99-108. Disponível em: <https://doi.org/10.5205/reuol.9881-87554-1-EDSM1011201626>
28. Santos SC, Tonhom SFR, Komatsu RS. Elderly health: some thoughts on the care completeness. *Rev Bras Promoç Saúde* [Internet] 2016 [acesso 2019 Dez 18];29(Suppl):118-27. Disponível em: <https://doi.org/10.5020/18061230.2016.sup.p118>
29. Jesus ITM de, Diniz MAA, Lanzotti RB, Orlandi F de S, Pavarin SCI, Zazzetta MS. Frailty and quality of elderly living in a context of social vulnerability. *Texto Contexto Enferm* [Internet] 2018 [acesso 2019 Dez 20];27(4):e4300016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0104-07072018004300016>

NOTAS

ORIGEM DO ARTIGO

Extraído da dissertação - Processo saúde-doença-cuidado do idoso residente em área rural, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal de Pelotas, em 2019.

CONTRIBUIÇÃO DE AUTORIA

Concepção do estudo: Peters CW, Lange C, Lemões MAM.

Coleta de dados: Peters CW.

Análise e interpretação dos dados: Peters CW.

Discussão dos resultados: Peters CW.

Redação e/ou revisão crítica do conteúdo: Peters CW, Lange C, Lemões MAM, Zillmer JGV, Schwartz E, Llano PMP.

Revisão e aprovação final da versão final: Peters CW, Lange C, Lemões MAM, Zillmer JGV, Schwartz E, Llano PMP.

FINANCIAMENTO

Bolsa CAPES - Demanda Social

APROVAÇÃO DE COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas, parecer n. 2.686.932/2018, Certificado de Apresentação para Apreciação Ética 89943718.1.0000.5317.

CONFLITO DE INTERESSES

Não há conflito de interesse.

EDITORES

Editores Associados: Selma Regina de Andrade, Gisele Cristina Manfrini, Laura Cavalcanti de Farias Brehmer, Monica Motta Lino

Editor-chefe: Roberta Costa

HISTÓRICO

Recebido: 20 de janeiro de 2020.

Aprovado: 19 de maio de 2020.

AUTOR CORRESPONDENTE

Carla Weber Peters

carlappeters@hotmail.com

