

# RIASE

REVISTA IBERO-AMERICANA DE SAÚDE E ENVELHECIMENTO  
REVISTA IBERO-AMERICANA DE SALUD Y ENVEJECIMIENTO

**TÉCNICAS DE ANÁLISE ESPACIAL APLICADAS  
À CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO IDOSA  
PARA PLANEAR CUIDADOS DE ENFERMAGEM**

**TÉCNICAS DE ANÁLISIS ESPACIALES APLICADAS  
À LA CARACTERIZACIÓN DE ANCIANOS PARA LA  
PLANIFICACIÓN DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA**

**SPATIAL ANALYSIS TECHNIQUES APPLIED TO THE  
CHARACTERIZATION OF ELDERLY POPULATION  
FOR THE PLANNING OF NURSING CARE**

Maria Margarida da Palma Goes - Master of Science in Human Ecology. PhD Student in Centro de Investigação Interdisciplinar em Saúde - Universidade Católica Portuguesa

Henrique José Monteiro Oliveira - PhD in Electrical and Computing Engineering. Research Member at Multimedia Signal Processing Group. Instituto de Telecomunicações – Instituto Superior Técnico

Manuel José Lopes - PhD in Nursing. Universidade de Évora

## RESUMO

---

**Objectivo:** O estudo aponta uma metodologia para caracterizar factores geodemográficos condicionantes da acessibilidade geográfica a cuidados de enfermagem, numa das regiões mais envelhecidas de Portugal, a partir do uso de Sistemas de Informação Geográfica. Analisam-se dados provenientes dos censos de população relativos aos idosos. **Métodos:** Utilizam-se técnicas de estatística espacial, para além das técnicas de estatística clássica. Estuda-se a autocorrelação espacial dos valores de alguns índices demográficos, caracterizando estatisticamente a existência de aglomerados na zona de estudo, recorrendo ao Índice Global de Moran. Igualmente caracteriza-se a concentração de valores elevados e de valores baixos para cada um dos índices, recorrendo ao cálculo da estatística GI\*. **Resultados:** Identificam-se as regiões de maior envelhecimento, aquelas onde se perspectiva a maior utilização de recursos de Enfermagem por parte dos idosos. **Conclusões:** O estudo faz apelo à necessária gestão programática dos recursos materiais e humanos de enfermagem, perspectivando a minimização dos efeitos que a situação geodemográfica heterogénea condiciona.

**Palavras-chave:** Cuidados de Enfermagem; idosos; estatística espacial; sistemas de informação geográfica.

## RESUMEN

---

**Meta:** El estudio sugiere una metodología para caracterizar factores geodemográficos que limitan la accesibilidad geográfica a los cuidados de enfermería, en una de las regiones de mayor envejecimiento de Portugal, usando Sistemas de Información Geográfica. Se analizan datos de los censos de población de los ancianos. **Métodos:** Se utilizan técnicas estadísticas espaciales, además de las técnicas estadísticas clásicas. Estudiamos la autocorrelación espacial de los valores de algunos índices demográficos, para caracterizar estadísticamente los clústeres de ancianos en la zona de estudio, utilizando el Índice Global de Moran. También se caracteriza estadísticamente la concentración de valores altos y bajos valores para cada uno de los índices, mediante el cálculo de la estadística GI\*. **Resultados:** identifican-se de grupos que indican la presencia de un mayor número de ancianos (aquellas zonas de mayor pronóstico de una mayor necesidad de los recursos de enfermería) a residir en el mismo vecindario. **Conclusiones:** El estudio insta a la gestión programática necesaria de recursos materiales y humanos en enfermería, considerando la posibilidad de minimizar los efectos provocados pelo envejecimiento heterogéneo de la población.

**Palabras clave:** Cuidados de Enfermería; anciano; estadística espacial; sistemas de información geográfica.

## ABSTRACT

---

**Goal:** The study proposes a methodology to characterize geodemographic aspects causing constraints on the geographical accessibility of nursing care in one of the most aging regions of Portugal, using Geographic Information Systems. The proposed work analyzes data from population censuses of elderly people. Spatial statistical techniques, in addition to the classical statistical techniques, are used. **Methods:** The spatial autocorrelation of some demographic indexes values is studied, in order to characterize statistically the presence of clusters of elderly people in the study area, using the Global Index Moran. The clustering of high and low values for each of the indexes is also statistically characterized, using the calculation of GI\* statistics. **Findings:** Areas envisaging a more frequent usage of nursing cares are identified. **Conclusions:** The study calls for the necessary programmatic management of material and human resources in nursing, considering the possibility of minimizing the effects caused by the heterogeneous aging of the population.

**Keywords:** Nursing Care; Elderly; spatial statistics; geographic information systems.

## INTRODUÇÃO

---

A população Portuguesa está a envelhecer<sup>(1,2)</sup>. Em cinquenta anos (de 1960 a 2011), a percentagem de portugueses com idade igual ou superior a 65 anos passou de 7.8% da população total para cerca de 19%, evidenciando um crescimento de 4.5% ao ano. As estimativas europeias indicam para Portugal uma taxa do crescimento da população idosa, em cerca de 3.5% ao ano, até 2060<sup>(3)</sup>.

A região do Alentejo identifica-se como a mais envelhecida do país, com mais de 178 idosos (pessoas com 65 ou mais anos) por cada 100 jovens (pessoas com idades entre os 0 e os 14 anos). A região do Baixo Alentejo (RBA), uma sub-região da anterior, abrange uma área de 8.544,6 km<sup>2</sup>, correspondente a 10,8% do território nacional e apresenta uma densidade populacional de 14.7 hab/km<sup>2</sup>. A área média das freguesias que a compõem é de 102,9 km<sup>2</sup> (bastante superior à média nacional que é de 21,7 km<sup>2</sup>). A RBA, em superfície, é a maior do país, com a agravante de que tem uma forma alongada e é a que compreende a maior distância linear entre dois pontos.

Este fenómeno do envelhecimento da população está associado a uma maior longevidade e, conseqüentemente, a uma maior prevalência de doenças crónicas, multimorbilidade e alterações funcionais de ordem variada, que culminam em necessidades de saúde mais

complexas para os idosos. Por seu turno, o aumento destas necessidades de cuidados tem incrementado uma maior procura dos serviços de saúde, cuja utilização depende da disponibilidade e acessibilidade a estes recursos<sup>(4)</sup>.

Segundo Santana<sup>(5)</sup>, uma das bases para a utilização dos serviços de saúde e um dos garantidores da equidade do acesso é a acessibilidade, que se estrutura em duas dimensões: (i) acessibilidade organizacional, que engloba a procura dos serviços por uma população vulnerável de acordo com a sua necessidade de cuidados; (ii) acessibilidade geográfica, que abrange, entre outros aspectos, a influência das distâncias e tempo a percorrer para aceder aos cuidados de saúde. Estas duas dimensões interrelacionam-se, permitindo perceber: (i) qual a capacidade de produzir serviços e de responder às necessidades de saúde de uma determinada população; (ii) qual o grau de (des)ajuste entre as necessidades dessa população, os serviços e os recursos utilizados<sup>(6)</sup>. Deste modo, as distâncias a que se encontram bem como a possibilidade/capacidade que as pessoas têm em se deslocar, revelam-nos as possíveis desigualdades no acesso geográfico aos serviços de saúde e ainda a forma como a população e os recursos de saúde se encontram distribuídos no território<sup>(7)</sup>.

Segundo o Observatório Português dos Serviços de Saúde, estima-se que nos 3 869 188 agregados familiares existentes em Portugal, haverá 110 355 pessoas com défice de autocuidado nos domicílios, sendo que 43.9% serão pessoas acamadas. Assim, estas pessoas em Portugal representarão cerca de 53 160 episódios de internamentos e cerca de 129 508 episódios de recurso aos serviços de urgência<sup>(8)</sup>. Este cenário revela na população, idosos com estado de saúde debilitado e déficits no autocuidado, com maiores dificuldades em aceder aos serviços de saúde de forma autónoma, rápida e eficaz, tornando-se assim mais vulneráveis comparativamente a outras faixas etárias da população.

Segundo Gruneir *et al.*<sup>(9)</sup>, os idosos são os que procuram com mais frequência os serviços de urgência (SU) e a procura destes serviços tem sofrido um incremento significativo, devido ao acentuado envelhecimento populacional. Idosos frágeis, com polipatologias, que descompensam facilmente e que continuam a receber cuidados de saúde de forma fragmentada, reactiva e episódica nestes SU. A revisão da literatura efectuada pelos mesmos autores, que englobou 55 estudos de investigação, realizados no Canadá, Estados Unidos, Europa, Ásia, Austrália e Israel, permitiu aferir que a procura dos SU pelos idosos apresentou-se a maioria das vezes tanto inevitável, como única e viável quando ocorre um episódio agudo de saúde, porque o cuidador informal não sabe dar resposta no domicílio, sobretudo porque as complexas necessidades de saúde dos idosos não foram anteriormente satisfeitas através de uma adequada continuidade dos cuidados, culminando assim numa crise de saúde. De acordo com os mesmos autores, existem duas razões principais para que os idosos recorram aos SU: (i) a primeira diz respeito a lesões provocadas por quedas; (ii) a segunda refere-se aos

problemas relacionados com o autocuidado, tais como desidratação, desnutrição e indisposição. É ainda referido que a dependência funcional, conjuntamente com a falta de apoio no autocuidado, são o principal impulsor das idas ao SU, cenário que é mais notório para os idosos com 75 ou mais anos de idade.

Segundo directrizes emanadas pela Direcção Geral de Saúde (DGS) e dando mais enfoque à acessibilidade geográfica, uma dimensão considerada prioritária pela Organização Mundial de Saúde, o SU deve localizar-se estrategicamente, de modo a manter a equidade na necessidade de procura por parte da população idosa. Relativamente ao tempo de acesso utilizando transporte terrestre, o mesmo não deve exceder a uma hora<sup>(10)</sup>.

Assim, este estudo tem como objectivo enunciar as dificuldades no acesso geográfico ao SU do único Hospital Distrital existente no Baixo Alentejo, confrontando a localização da população idosa com os tempos de acesso ao SU, identificando situações de vulnerabilidade em termos de acessibilidade geográfica. Consideram-se as seguintes etapas:

- i. Descrever a evolução geográfica do envelhecimento da população da RBA, usando índices demográficos que melhor caracterizam a população idosa;
- ii. Proceder à identificação do tipo de padrão geográfico (agregado) do envelhecimento da população (disperso, aleatório ou aglomerado), caracterizando-o quantitativamente /qualitativamente com o recurso a técnicas de estatística espacial;
- iii. Caracterizar (em base geográfica) a localização do único hospital sediado na RBA – Hospital José Joaquim Fernandes (HJJF);
- iv. Registrar em forma de mapa os tempos de percurso em transporte terrestre dos agregados de população idosa ao HJJF, recorrendo a técnicas de análise de redes;
- v. Confrontar o padrão geográfico do envelhecimento da população com os tempos de percurso ao SU do HJJF, recorrendo a técnicas de estatística espacial/descriptivas.

## MÉTODOS

---

A população do estudo é constituída por pessoas com 65 ou mais anos de idade (idosos) residentes na RBA. A área de estudo, correspondente à RBA, é representada por 83 polígonos, cada polígono identificando uma Freguesia (sub-área da RBA). A representação geográfica das Freguesias é obtida a partir dos limites administrativos extraídos da Carta Administrativa Oficial de Portugal (CAOP), que regista o estado da delimitação e demarcação das circunscrições administrativas referentes a Portugal<sup>(11)</sup>.

Na descrição da evolução geográfica do envelhecimento utilizam-se os seguintes índices demográficos, cada um obtido para os censos da população Portuguesa de 1991, 2001 e 2011, por serem os usados pelo INE na caracterização do envelhecimento demográfico, nomeadamente:

- i. Índice de Dependência de Idosos (IDI) – quociente entre o número de idosos e o número de pessoas em idade activa, expresso por 100 pessoas com idade activa;
- ii. Índice de Envelhecimento (IE) – quociente entre o número de idosos e o número de jovens, expresso por 100 pessoas jovens;
- iii. Índice de Longevidade (IL) – quociente entre o número de mais idosos (pessoas com 75 ou mais anos) e o número de idosos, expresso por 100 pessoas idosas.

Os índices demográficos são representados geograficamente em nove cartogramas (três índices demográficos obtidos em três censos demográficos), usando a já mencionada representação geográfica das Freguesias. Para descrever a evolução geográfica do envelhecimento, por índice demográfico, recorre-se ao cálculo dos centros geográficos médios (*cgm*), analisando-se as distâncias em linha recta obtidas pelos três *cgm* referentes a cada índice demográfico.

A identificação do tipo de padrão geográfico global (disperso, aleatório ou aglomerado), apresentado pela distribuição geográfica de cada índice demográfico e por censos demográficos, obtém-se através da análise dos valores similares/dissimilares correspondentes a cada Freguesia (cálculo do coeficiente de autocorrelação espacial global), relativamente a uma determinada vizinhança geográfica (usa-se a adjacência em 1.<sup>a</sup> ordem, por ser a mais frequente no processamento de dados cuja geografia base é o polígono). A métrica utilizada é o Índice Global de Moran (IGM), por ser a mais empregue na estimação do padrão geográfico global de dados georreferenciados. Posteriormente, de modo a identificar a existência de padrões geográficos locais, recorre-se à estatística local  $G_i^*$  (de acordo com a formulação matemática desenvolvida por Getis and Ord), por ser também a mais utilizada para este tipo de cálculo<sup>(12)</sup>.

O SU do HJJF é caracterizado geograficamente como um ponto, sobreposto no mesmo cartograma que serve de base para representar a RBA. Posteriormente, e recorrendo à rede viária da RBA, calculam-se os tempos de percurso mínimos (em minutos) entre a sede de cada Freguesia e o SU, simulando a utilização de transporte terrestre. Com base nos resultados obtidos, elaboram-se um cartograma em que cada Freguesia é representada através do respectivo tempo de percurso mínimo obtido em cada deslocação.

Através da sobreposição dos cartogramas referentes à descrição do envelhecimento demográfico e dos tempos mínimos de percurso (método vulgarmente designado por *overlay*), identifica-se a população vulnerável em termos da acessibilidade geográfica, nomeadamente a que é a mais idosa e que simultaneamente se encontra a mais de 60 min de tempo de percurso (valor este de referência o referido nas directrizes emanadas pela DGS).

Todos os dados são processados recorrendo aos Sistemas de Informação Geográfica (SIG), nomeadamente em ambiente ArcGIS da ESRI, versão 10.2, pois têm estes constituem-se como um suporte adequado para o processamento de dados cuja localização é conhecida. Estes sistemas incorporam técnicas de análise espacial (análise de padrões geográficos/*clusters*, determinação de um trajecto óptimo entre dois locais, entre outras), que são uteis para gerar simulações sobre os fenómenos do mundo real<sup>(13)</sup>.

## RESULTADOS

---

As três primeiras linhas da Figura 1 mostram os cartogramas que representam a distribuição geográfica dos índices IDI, IE e IL. Observa-se uma distribuição irregular dos valores de IDI e IE, com a concentração de valores elevados e de valores baixos a sul e a norte da RBA, respectivamente. Relativamente ao IL, não se verifica assimetria na sua distribuição geográfica.

A última linha da Figura 1 mostra os resultados obtidos para o cálculo dos *cgm* (somente se representam os resultados para o IE e IL, pois os relativos ao IDI são semelhantes aos obtidos para o IE), representados em uma escala ampliada quando comparada com os restantes cartogramas da mesma figura (com base no limite administrativo referente ao Concelho de Beja, que é aproximadamente central na RBA e que corresponde à divisão administrativa hierárquica entre o limite administrativo da RBA e os das Freguesias), para melhor comparação visual entre os diferentes centros geográficos médios obtidos. Na análise dos resultados obtidos, verifica-se os centros geográficos médios do IE apresentam uma distribuição espacial irregular (os centros estão distanciados uns dos outros), quando comparados com os centros do IL (os centros estão muito próximos). A distribuição dos centros para caso do

IDI é também irregular, mas menos acentuada do que em relação ao IE, pois a distância euclidiana entre os três *cgm* é menor para o IDI, quando comparadas com as distâncias entre os *cgm* referentes ao IE.

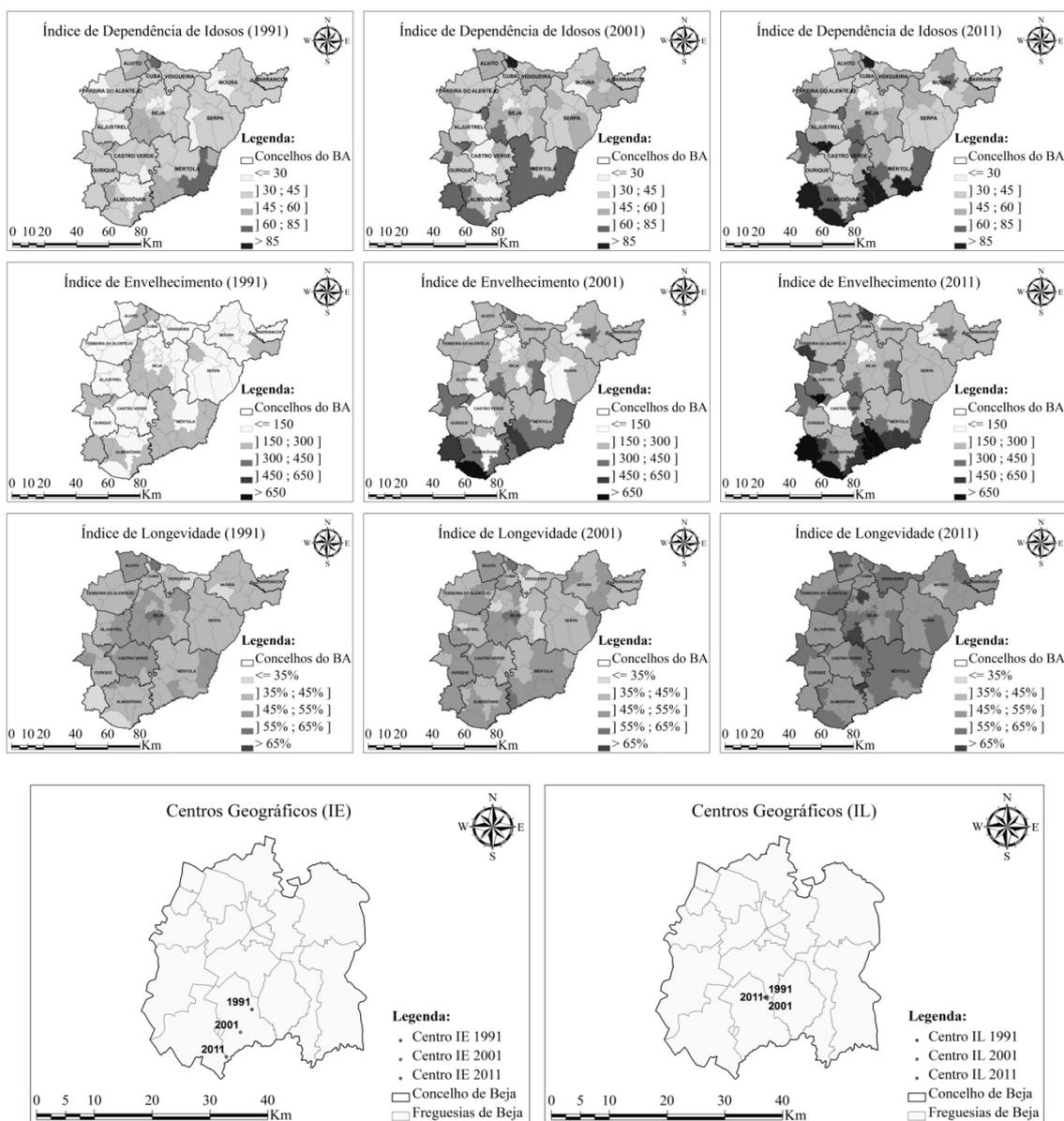


Figura 1 - Cartogramas dos índices IDI, IE e IL, para os censos de 1991, 2001 e 2011 (três primeiras linhas) e representação dos centros geográficos para IE e IL (última linha).

Relativamente à medida quantitativa global caracterizadora do padrão geográfico apresentado pela distribuição geográfica dos valores dos índices, na Tabela 1 listam-se os resultados obtidos para o IGM, respectivos  $Z_s$  e *valor-p*, para cada índice demográfico e por censos de população. Os resultados mostram valores estatisticamente significativos de um padrão geográfico considerado como aglomerado para os valores dos índices IDI e IE (Hipótese nula é rejeitada, pois *valor-p* é sempre inferior a 0.001 e simultaneamente  $IGM > 0$ , para os três censos), ao passo que o padrão geográfico relativo à distribuição espacial dos valores do IL é classificado como aleatório (Hipótese nula aceite para os três censos, pois *valor-p* > 0.05).

Tabela 1 - Valores da autocorrelação espacial para o IDI, IE e IL.

	Data do censo	IGM	$Z_s$	<i>valor-p</i>
IDI	1991	0.33	5.01	< 0.001
	2001	0.28	4.18	< 0.001
	2011	0.34	5.19	< 0.001
IE	1991	0.33	5.00	< 0.001
	2001	0.33	5.10	< 0.001
	2011	0.38	6.20	< 0.001
IL	1991	0.04	0.83	0.41
	2001	0.10	1.59	0.11
	2011	-0.06	-0.71	0.48

Relativamente à concentração local dos valores dos índices (determinação de pontos fortes e pontos fracos), através da estatística  $G_i^*$ , verifica-se, através dos resultados apresentados na Figura 2, que as Freguesias situadas maioritariamente a Sul da RBA apresentam uma concentração local de valores elevados dos índices de IDI e IE (estatisticamente significativa,  $Z_s > 1.96$ ). Por outro lado, é interessante notar que esta orientação, maioritariamente a Sul da RBA, é semelhante à obtida por uma linha que contém os *cgm* obtidos para o IE (ver última linha dos cartogramas representados na Figura 1, cujo resultado é semelhante para o caso do IDI). Já para o caso do IL, a localização da concentração de valores elevados e de valores baixos varia significativamente na RBA.

A Figura 3 apresenta um cartograma da distribuição geográfica dos tempos de percurso em minutos, entre a sede de cada Freguesia e o SU do HJJF, com base na rede viária da RBA, recorrendo a transporte terrestre. Na análise dos resultados, emergem 14 Freguesias (17%) em que o tempo de deslocação é superior a 60 minutos, o que caracteriza uma má acessibilidade de acordo com os escalões definidos por Remoaldo (acessibilidade óptima até 30 minutos; acessibilidade boa entre 31 e 45 minutos; acessibilidade média entre 46 e 60 minutos; acessibilidade má com tempo de percurso superior a 60 minutos)<sup>(14)</sup>.

Mediu-se a associação linear entre os diversos índices (IDI, IE e IL) e o tempo de percurso (utilizado como variável independente), através do cálculo do coeficiente de correlação de Spearman (calculados com recurso ao software SPSS, versão 22), cujos resultados se listam na Tabela 2 (todos os valores foram obtidos para *valor-p* < 0.05). Observa-se, que a associação linear entre os tempos de percurso para o IDI e IE aumentou ao longo das três décadas. Já para o IL, não se verifica qualquer tipo de associação linear estatisticamente significativa com os tempos de percurso.

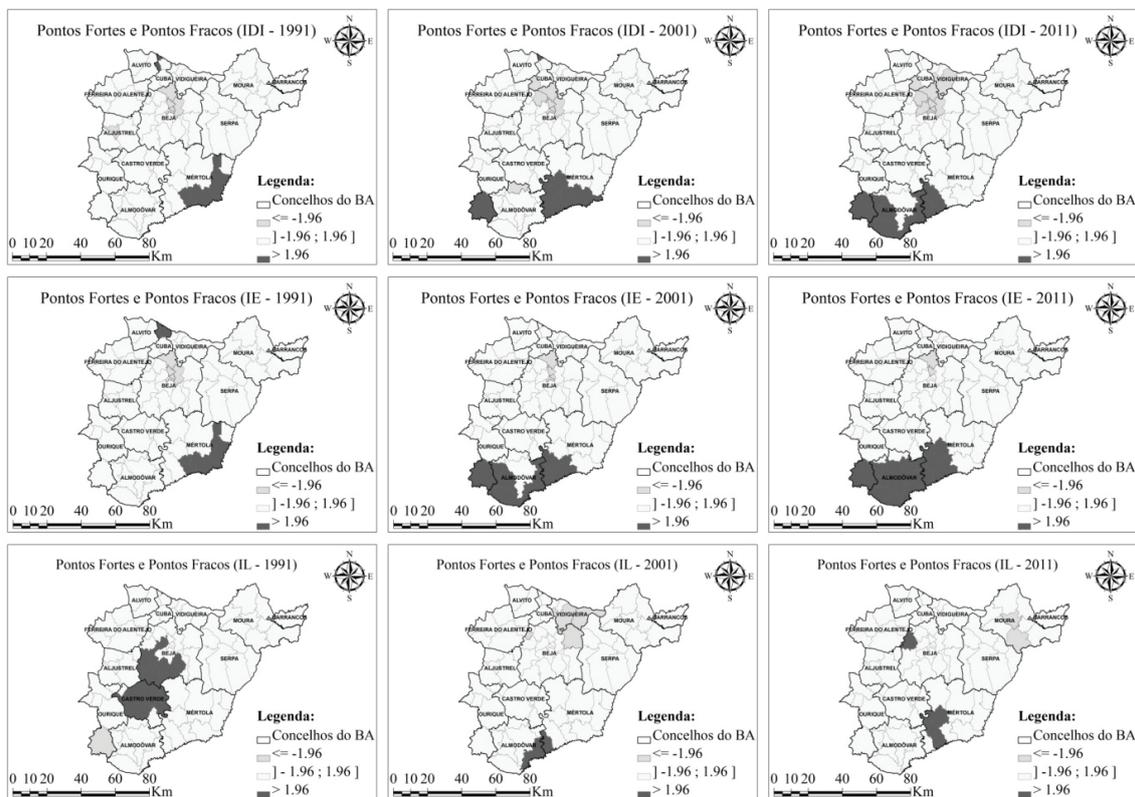


Figura 2 – Cartogramas da estatística  $G_i^*$ , com base nos valores de  $Z_s$  para IDI, IE e IL.

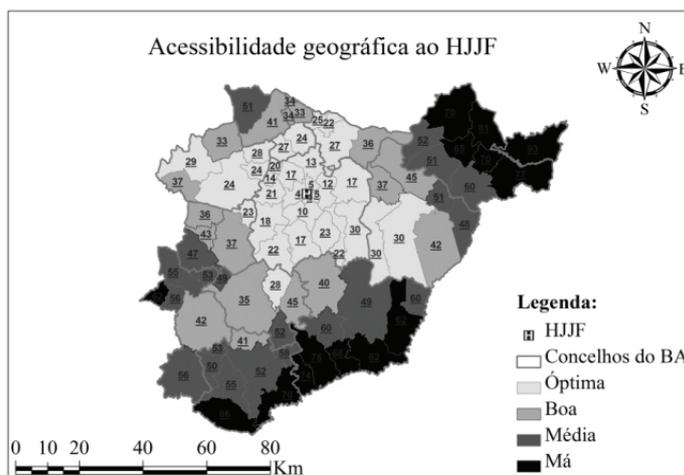


Figura 3 – Cartograma representando os tempos de percurso em minutos.

Tabela 2 - Resultados do cálculo do Coeficiente de correlação de Spearman.

Data do censo	IDI	IE	IL
1991	0.327	0.342	-0.222
2001	0.456	0.495	0.234
2011	0.525	0.502	-0.068

## DISCUSSÃO

---

Os resultados apresentados na secção anterior revelam que a RBA atravessa uma delicada, preocupante e heterogénea situação sociodemográfica de envelhecimento. Este cenário enuncia uma desigualdade na forma como os idosos se distribuem no território. Relativamente ao IL, não se verifica assimetria na sua distribuição espacial, depreendendo-se que a longevidade está generalizada ao longo de toda a zona estudo, o que leva a reflectir sobre a realocação de recursos de saúde a disponibilizar a esta faixa de população, centrada nas doenças crónicas, desenvolvendo sinergias entre a procura e a oferta de cuidados de saúde. Emerge a necessidade em promover uma oferta de cuidados, a mais adequada tanto quanto possível às necessidades reais dos idosos, no contexto onde vivem e reduzindo as desigualdades no seu acesso para esta zona de estudo, considerada maioritariamente como rural e potencialmente identificada como o local de residência de população idosa com menos acesso a cuidados de saúde, para além do facto de a zona de estudo integrar uma rede de transportes considerada como escassa e ineficiente<sup>(5)</sup>.

O aumento dos três índices estudados (estatisticamente significativo ao longo dos três censos da população) enuncia um envelhecimento acentuado em toda a RBA, fortemente marcado por uma diminuição da população jovem e activa. A diminuição destas duas camadas importantes da população residente é mais evidente para as Freguesias que se situam a sul da zona de estudo, pois tal é revelado pela localização dos pontos fracos obtidos com base no cálculo da estatística  $G_i^*$ , conforme apresentado na Figura 2.

Os centros geográficos médios encontram-se significativamente afastados para o caso do IE (ver última linha da Figura 1 e também para o caso do IDI), o que revela uma heterogeneidade na distribuição geográfica entre jovens e activos quando comparados com idosos. Sendo os idosos os que tendencialmente consomem mais cuidados de saúde quando comparados com outras faixas etárias de população, perspectiva-se uma maior pressão ao nível das exigências da complexidade e da qualidade dos cuidados, para as Freguesias a Sul da RBA, regiões estas indicadas como “pontos fortes” na Figura 2 e na direcção de uma linha que une os respectivos centros geográficos médios. Os tempos de percurso obtidos revelam (ver Figura 3), para o IDI e IE, o crescente afastamento relativamente ao HJJF. Alguns estudos revelam que a percentagem da utilização de serviços diferenciados (por exemplo, consultas externas e urgências hospitalares) diminui com o aumento da distância à unidade hospitalar<sup>(5)</sup>.

A associação linear, estatisticamente significativa, entre o IDI ou IE e o tempo de percurso, faz pressupor o agravamento da desigualdade na situação sociodemográfica da RBA, isto é, se por um lado os idosos tendem a manter a sua residência nos locais onde maioritariamente viveram a sua vida, os que já estão mais longe manter-se-ão mais longe e, por consequência, pressupõe-se um maior condicionamento na acessibilidade geográfica (ou física) que, neste caso concreto, se refere ao SU do HJJF, tornando esta faixa populacional ainda mais vulnerável.

## CONCLUSÕES

---

A análise de dados georreferenciados, em complemento com as técnicas da análise exploratória de dados, conforme efectuado neste tudo, permite desenhar uma estratégia de resposta com mais detalhe, em ordem a um planeamento adequado das necessidades dos cuidados de saúde a proporcionar aos idosos, devendo avaliar-se deste modo e de uma forma integrada, a relação entre os cuidados prestados e o espaço geosociodemográfico onde os idosos habitam, promovendo a tão almejada equidade em saúde. Uma vez que a saúde é resultante de um equilíbrio delicado entre as partes biológica, psíquica, social e espiritual do indivíduo, não podemos aceitar que as medidas de apoio adoptadas no campo da saúde não estejam interligadas, ou seja, que não exista uma complementaridade de acções que possibilitem, ao idoso, o acesso a um conjunto de recursos que promovam a sua qualidade de vida no contexto onde vivem.

O tempo do internamento hospitalar é cada vez menor, o que conduz a altas precoces com pessoas no domicílio ainda em fase de recuperação das suas doenças ou, em estágio terminal de vida, totalmente dependentes de cuidadores de idade idêntica, em exaustão e impreparados para responder às necessidades do familiar dependente, por falta de monitorização e acompanhamento do idoso bem como por deficiente capacitação deste mesmo cuidador. Estamos assim perante um cenário com o número de pessoas idosas em contexto domiciliário a aumentar, com a sua condição de saúde caracterizada pela dependência no autocuidado e onde uma parte substantiva dos cuidados continuará a ser prestada pelos familiares cuidadores, no domicílio, durante um período de tempo considerável. Petronilho<sup>(15)</sup> refere que “...sobre a preparação do regresso a casa, verificámos que “na maioria das situações, estes familiares face ao impacto, não estão preparados para dar resposta adequada às necessidades dos familiares dependentes, estando eles, no contexto familiar, em simultâneo, a viver também um processo de transição com a necessidade do exercício de um novo papel”.

Os resultados do presente estudo alertam para a relevância que os cuidados de proximidade podem ter, porque o recurso ao serviço de urgência não é solução, quer em termos da resolução dos problemas de saúde dos idosos conforme mencionado em Grunier *et al.*<sup>(9)</sup>, quer em termos de acessibilidade geográfica aos mesmos serviços (esta última dimensão constituída como o objecto de estudo neste artigo).

A Enfermagem é uma profissão ao serviço de uma política de saúde, que pode contribuir para o desenho de novas intervenções, numa lógica de deslocar os cuidados de saúde para o contexto onde as pessoas vivem, propondo intervenções que viabilizem a implementação de uma rede de cuidados de proximidade, permitindo que os idosos envelheçam com a qualidade (de)vida, no seu domicílio. Pensa-se que a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) constitui, actualmente, um recurso de saúde importante para toda a população, com o compromisso de não manter agravadas as situações de acessibilidade e de proteger as populações mais fragilizadas, nas várias dimensões que a própria rede incorpora, através da potenciação de serviços comunitários de proximidade. A RNCCI é o pilar da continuidade de cuidados com especial ênfase nas Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCI), face à natureza da sua missão, de maior proximidade de suporte às famílias após o regresso a casa dos dependentes, revelando-se deste modo como uma oportunidade para os enfermeiros demonstrarem a sua utilidade social por via de maiores ganhos em saúde, e com cuidados de grande proximidade com as famílias<sup>(15)</sup>.

Uma política de saúde reflectida com base nas necessidades reais da população idosa, no seu perfil epidemiológico e nas especificidades do território, que permitam ao idoso viver num melhor estado de saúde, contribuirá para uma menor utilização dos serviços e pode conduzir a uma redução dos gastos da despesa em saúde.

## REFERÊNCIAS

---

1. PORDATA (PT). Números de Portugal: Quadro-resumo [Internet]. PORDATA - Base de Dados Portugal Contemporâneo, [citado 2017 Feb 20]. Disponível em: <http://www.pordata.pt/>
2. Instituto Nacional de Estatística. Dados Estatísticos: Projecções da População Residente-2060 [Internet]. Instituto Nacional de Estatística: 2015. [citado 2015 Jan 05]. Disponível em: <http://www.ine.pt>
3. Lopes M, Escoval A, Mendas F, Pereira D, Pereira C, Carvalho P, Fonseca C. Violência, abuso, negligência e condição de saúde dos idosos: Relatório Final. Direcção Geral da Saúde (pt), Universidade de Évora, Universidade Nova de Lisboa, Escola Nacional de Saúde Pública; 2012.

4. Melo M, Souza A, Leandro E, Maurício H, Silva I, Oliveira J. A educação em saúde como agente promotor de qualidade de vida para o idoso. *Ciência e Saúde Colectiva*. 2009 Set-Out; 14 (s1): 1579-1586.
5. Santana P. *Introdução à Geografia da Saúde: Território, Saúde e Bem-Estar*. Imprensa Universidade de Coimbra; 2014. Santana P. *Introdução à Geografia da Saúde: Território, Saúde e Bem-Estar* [Internet]. Coimbra (PT): Imprensa da Universidade de Coimbra; 2014 [citado em 2017 Feb 14]. 192 p. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.14195/978-989-26-0727-6>
6. Sanchez RM, Ciconelli RM. Conceitos de acesso à saúde. *Revista Panam Salud Publica*. 2012;31(3):260-8. Sanchez RM, Ciconelli RM. Conceitos de acesso à saúde. *Rev Panam Salud Pública* [Internet]. 2012 Mar [citado em 2017 Mar 22];31(3):260-8. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1020-49892012000300012>
7. Delamater PL, Messina JP, Shortridge AM, Grady SC. Measuring geographic access to health care: raster and network-based methods. *International Journal of Health Geographics*, vol. 11, no. 15, 2012. Delamater PL, Messina JP, Shortridge AM, Grady SC. Measuring geographic access to health care: raster and network-based methods. *Int J Health Geogr* [Internet]. 2012;11(1):15. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/1476-072X-11-15>
8. Observatório Português dos Sistemas de Saúde. *Acesso aos cuidados de saúde: Um direito em risco? Relatório de Primavera 2015* [Internet]. Disponível em: <http://www.opss.pt/sites/opss.pt/files/RelatorioPrimavera2015.pdf>. Manuel Lopes, Felismina Mendes, Sofia Oliveira Martins, Pedro Lopes Ferreira, coordenadores. *Acesso aos cuidados de saúde. Um direito em risco? (Relatório Primavera 2015)* [Internet]. Observatório Português dos Sistemas de Saúde (PT); 2015 [citado em 2017 Jul 31]. 195 p. Disponível em: <http://www.opss.pt/sites/opss.pt/files/RelatorioPrimavera2015.pdf>
9. Gruneir A, Silver M, Rochon P. Review: Emergency Department Use by Older Adults: A Literature Review on Trends, Appropriateness, and Consequences of Unmet Health Care Needs. *Journal of Medical Care Research and Review*, DOI: 10.1177/1077558710379422 Gruneir A, Silver MJ, Rochon PA. Review: Emergency Department Use by Older Adults: A Literature Review on Trends, Appropriateness, and Consequences of Unmet Health Care Needs. *Med Care Res Rev* [Internet]. 2011 Apr 9;68(2):131-55. Disponível em: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1077558710379422>
10. Ministério da Saúde (PT), *Diário da República*, 2.ª série – N.º 153 – 11 de agosto de 2014 [Internet]. Disponível em: <http://www.sg.min-saude.pt/NR/rdonlyres/A110CE46-A607-4BD1-AB82-BE86B31314C3/40304/2067320678.pdf>

11. Direcção Geral do Território (PT). Carta Administrativa Oficial de Portugal [Internet]. Disponível em: [http://www.dgterritorio.pt/cartografia\\_e\\_geodesia/cartografia/carta\\_administrativa\\_oficial\\_de\\_portugal\\_\\_caop\\_/caop\\_\\_download\\_/](http://www.dgterritorio.pt/cartografia_e_geodesia/cartografia/carta_administrativa_oficial_de_portugal__caop_/caop__download_/)
12. Pfeiffer U, Robinson T, Stevenson M, Stevens K, Rogers D, Clements A. Spatial Analysis in Epidemiology. Oxford University Press (GB): 2008.
13. Mitchell A. The Esri Guide to GIS Analysis: Spatial Measurements & Statistics (Vol. 2). Esri Press: 2009.
14. Remoaldo P. Acessibilidade física, funcional e económica aos cuidados de saúde. In: IV Congresso da Geografia Portuguesa - Geografia: Territórios de Inovação, Out 2-4; Lisboa (PT, Portuga), 2001.
15. Petronilho F. A Alta Hospitalar do Doente Dependente no Autocuidado: Decisões, Destinos, Padrões de Assistência e de Utilização dos Recursos - Estudo Exploratório sobre o Impacte nas Transições do Doente e do Familiar Cuidador. Tese de Doutoramento em Enfermagem, Universidade de Lisboa (PT), 2013.

Correspondência: [margarida.goes@ipbeja.pt](mailto:margarida.goes@ipbeja.pt)