

## QUALIDADE DE VIDA E CAPACIDADE FUNCIONAL DE IDOSOS RESIDENTES NA ZONA RURAL\*

### QUALITY OF LIFE AND FUNCTIONAL CAPACITY OF ELDERLY PEOPLE RESIDENTS IN RURAL AREA

### CALIDAD DE VIDA Y CAPACIDAD FUNCIONAL DE ANCIANOS RESIDENTES EN AREA RURAL

Darlene Mara dos Santos Tavares<sup>1</sup>, Sebastião Augusto Gávea Junior<sup>2</sup>, Flávia Aparecida Dias<sup>3</sup>, Nilce Maria de Freitas Santos<sup>4</sup>, Paula Beatriz de Oliveira<sup>5</sup>

Inquérito domiciliar transversal que objetivou mensurar a qualidade de vida (QV) dos idosos rurais de Uberaba-MG, descrever a capacidade funcional e verificar seus fatores associados. Participaram 850 idosos. Utilizaram-se os instrumentos: semi-estruturado, WHOQOL-BREF e WHOQOL-OLD. Realizaram-se análise descritiva, teste qui-quadrado e regressão linear múltipla ( $p < 0,05$ ). Prevaleceu sexo masculino (52,8%), 60-70 anos (60,6%), casados (67,3%), 4-8 (36,7%) anos de estudo, renda individual de um salário mínimo (48,1%), aposentados por idade (39,6%), dona de casa (39,3%) e casa própria (68,9%). Os menores escores de QV estiveram no domínio meio ambiente (63,31) e faceta participação social (68,01). Para as atividades básicas de vida diária, 99,8% eram independentes. A ausência de escolaridade, a maior idade e o maior número de morbidades associaram-se à incapacidade funcional para a realização das atividades instrumentais de vida diária. Deve-se estimular a funcionalidade do idoso e criar estratégias de organização e ampliação das atividades sociais.

**Descritores:** Qualidade de Vida; Idoso; População Rural; Atividades Cotidianas; Atenção Primária à Saúde.

This is a cross sectional household survey that aimed to measure the quality of life (QOL) of rural elderly from Uberaba-MG. It describes the functional capacity and determines their associated factors. 850 elderly people participated in the survey in which semi-structured instruments WHOQOL-BREF and WHOQOL-OLD were used. We conducted a descriptive analysis: chi-square and multiple linear regressions ( $p < 0.05$ ). Most of the subjects were male (52.8%), 60-70 years old (60.6%), married (67.3%), 4-8 years of study, individual income of a minimum wage (48.1%), retired for age (39.6%), housewife (39.3%) and homeowners (68.9%). The QOL scores were lower in the environment domain (63.31) and social participation facet (68.01). As for the basic activities of daily living, 99.8% were independent. As for lack of schooling, the higher age and greater number of co morbidities were associated to functional disability to perform the instrumental activities of daily living. Functionality of the elderly must be stimulated and strategies for organization and expansion of social activities must be created.

**Descriptors:** Quality of Life; Aged; Rural Population; Activities of Daily Living; Primary Health Care.

Encuesta domiciliar con objetivo de medir la calidad de vida de ancianos rurales de Uberaba-MG, describir la capacidad funcional y verificar sus factores asociados. Participaron 850 ancianos. Se utilizaron los instrumentos semiestructurados, WHOQOL-BREF y WHOQOL-OLD. Se realizaron el análisis descriptiva, test chi cuadrado y regresión lineal múltiple ( $p < 0,05$ ). Predominó el sexo masculino (52,8%), 60-70 años (60,6%), casados (67,3%), 4-8 años de estudio, renta individual de un sueldo mínimo (48,1%), jubilados por edad (39,6%), ama de casa (39,3%) y casa propia (68,9%). Las puntuaciones menores de QV fueran en el dominio medio ambiente (63,31) y faceta participación social (68,01). Para las actividades básicas de la vida diaria, 99,8% eran independientes. La poca escolaridad, edad avanzada y mayor número de morbilidades se asociaron a la discapacidad funcional para realizar actividades instrumentales de vida diaria. Se debe estimular la funcionalidad del anciano y crear estrategias de organización y expansión de las actividades sociales.

**Descriptores:** Calidad de vida; Anciano; Población Rural; Actividades Cotidianas; Atención Primaria de Salud.

\* Pesquisa decorrente de projeto financiado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico — CNPq

<sup>1</sup> Doutor em Enfermagem. Professor Associado do Departamento de Enfermagem em Educação e Saúde Comunitária da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM). Uberaba, Minas Gerais, Brasil. E-mail: darlenetavares@enfermagem.uftm.edu.br.

<sup>2</sup> Discente do curso de graduação em Fisioterapia da UFTM. Uberaba, Minas Gerais, Brasil. E-mail: sagjr.fisio@gmail.com.

<sup>3</sup> Enfermeira. Mestre em Atenção à Saúde pela UFTM. Professor Substituto do Departamento de Enfermagem em Educação e Saúde Comunitária da UFTM. Uberaba, Minas Gerais, Brasil. E-mail: flaviadias\_ura@yahoo.com.br.

<sup>4</sup> Fisioterapeuta. Mestre em Atenção à Saúde pela UFTM. Uberaba, Minas Gerais, Brasil. E-mail: nilcemfsantos@hotmail.com.

<sup>5</sup> Enfermeira. Mestranda em Atenção à Saúde pela UFTM. Uberaba, Minas Gerais, Brasil. E-mail: paulabeatriz@yahoo.com.br.

Autor correspondente: Darlene Mara dos Santos Tavares

Endereço: Rua Jonas de Carvalho, 420. Bairro Olinda. CEP 38.055-440. Uberaba-MG. Brasil.

## INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é um fenômeno mundial, deixando de ser uma característica apenas de países desenvolvidos. No Brasil 14 milhões de pessoas (11,3%) são idosas, ou seja, estão com 60 anos ou mais<sup>(1)</sup>.

Apesar da maioria da população idosa residir na zona urbana (83,5%), tem-se a inquietação com o processo de envelhecimento na zona rural, local de residência de 16,5% dos idosos brasileiros<sup>(1)</sup>. As diferenças entre as zonas urbana e rural em especial no que se refere às carências estruturais básicas<sup>(2)</sup>, são questões que podem interferir na saúde e na qualidade de vida (QV) dos idosos. Ademais, a maioria dos estudos com idosos brasileiros é realizada na zona urbana<sup>(3)</sup>.

Neste contexto, este estudo tem como objeto a QV e a capacidade funcional (CF) dos idosos que residem na zona rural do município de Uberaba-MG. Destaca-se que os estudos populacionais contribuem para evidenciar a qualidade dos últimos anos de vida dos idosos bem como suas limitações<sup>(4)</sup>, contribuindo para o planejamento da atenção à saúde.

A QV, considerada subjetiva, multidimensional e com aspectos positivos e negativos foi conceituada por um grupo de estudiosos apoiado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como: “percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”<sup>(5:1405)</sup>.

Em relação à CF, esta é mensurada por meio da capacidade de realizar as atividades básicas de vida diária (ABVDs), que relacionam-se ao autocuidado, e atividades instrumentais de vida diária (AIVDs) que se referem à participação social<sup>(6)</sup>. O retardo no surgimento de incapacidade funcional possibilita auxiliar na reabilitação, redução da dependência e melhoria da QV<sup>(4)</sup>.

O que concerne à área rural, em estudo realizado com a população idosa brasileira, verificou-se que para aqueles da zona rural há maior dificuldade de acesso aos serviços de saúde, com destaque para a média complexidade<sup>(2)</sup>. Desse modo, as condições de saúde dos idosos podem ser agravadas predispondo as incapacidades funcionais e interferindo na sua QV.

A literatura científica nacional e internacional sobre QV e CF entre idosos que moram em áreas rurais é escassa. Investigação conduzida no Brasil observou que os escores da QV referente aos domínios social e psicológico são maiores entre os idosos da zona rural do que entre aqueles que residem na cidade, ocorrendo o inverso para

os domínios físico e meio ambiente<sup>(3)</sup>. Na comunidade rural da Turquia verificaram-se menores escores de QV nos domínios físico e psicológico entre idosos com doenças, viúvos, analfabetos e do sexo feminino<sup>(7)</sup>.

Quanto à funcionalidade, pesquisa realizada na zona rural do nordeste brasileiro observou percentuais elevados para dependência das ABVDs (78%) e AIVDs (65,3%)<sup>(8)</sup>. Já estudo realizado no interior do Rio Grande do Sul verificou que 35,3% dos idosos residentes em uma comunidade rural eram independentes e 52,9% possuíam dependência leve para as AVDs<sup>(9)</sup>. Esse fato pode estar relacionado às diferenças regionais, sociais, econômicas e culturais dessa população denotando a necessidade de estudos no país.

Nesta perspectiva alguns questionamentos nortearam esta pesquisa: quais aspectos tem sido mais impactados na QV do idoso que reside em meio rural? Que fatores estão associados as suas incapacidades funcionais para as AVDs?

Destaca-se que não foram observados estudos que avaliassem a QV de idosos residentes na zona rural utilizando-se de instrumento específico para esta faixa etária, como o WHOQOL-OLD, que deve ser associado ao WHOQOL-BREF. Além disso, a identificação dos fatores relacionados às limitações funcionais podem colaborar na elaboração de ações em saúde destinadas à manutenção da autonomia e QV de idosos da zona rural<sup>(8)</sup>, em especial na Atenção Primária à Saúde.

Assim, os objetivos do presente estudo foram descrever as características socioeconômicas e demográficas, a QV e a CF dos idosos residentes na zona rural de Uberaba e verificar os fatores associados à funcionalidade dos idosos.

## METODOLOGIA

Esta pesquisa faz parte de um estudo maior tipo inquérito domiciliar, transversal e observacional que foi desenvolvido na zona rural do município de Uberaba-MG.

Para a organização da atenção à saúde, o espaço rural do referido município está dividido em três Distritos Sanitários (DS) atendidos por quatro equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF), que cobrem 100% das áreas de abrangência: Borgico/Calcário (DSII); Baixa/Capelinha (DSII), Santa Rosa (DSIII) e Ponte Alta/Peirópolis (DSI).

Foram entrevistados 850 idosos do total de 1297 cadastrados na ESF. Foram excluídos do estudo: 105 (8,1%) não completaram pontuação no MEEM; 75 (5,8%) recusaram; 11 (3,8%) morreram; 57 (4,4%) não encontrados após três visitas; 117 (9%) mudaram de endereço; 3 (0,2%) hospitalização; 79 (6,1%) cancelados por outros motivos.

Os critérios de inclusão foram: morar na zona rural do município de Uberaba-MG; obter pontuação míni-

ma de 13 pontos na avaliação cognitiva e concordar em participar da pesquisa.

Os idosos foram entrevistados em domicílio e a localização da residência contou com a colaboração dos Agentes Comunitários de Saúde. Obteve-se a autorização da Secretaria Municipal de Saúde para esta atividade.

Antes de realizar a entrevista aplicou-se a avaliação cognitiva por meio do Mini Exame de Estado Mental (MEEM), traduzido e validado no Brasil. Os escores variam de 0 a 30 pontos, sendo os pontos de corte: 13 para analfabetos, 18 para escolaridade de 1 a 11 anos e 26 para escolaridade superior a 11 anos<sup>(10)</sup>.

Para a caracterização dos dados sociodemográficos, utilizou-se de instrumento estruturado baseado no questionário *Olders Americans Resources and Services* (OARS), adaptado à realidade brasileira<sup>(11)</sup>.

As variáveis socioeconômicas e demográficas foram: sexo; faixa etária (em anos); estado conjugal; escolaridade; renda individual (em salários mínimos); procedência de recursos financeiros; razão de aposentadoria; atividade profissional atual; satisfação das necessidades básicas em relação à situação econômica; comparação da situação econômica com outros idosos da mesma idade, moradia e arranjo domiciliar.

As variáveis para avaliação da QV do WHOQOL-BREF foram os quatro domínios: físico (dor e desconforto; energia e fadiga; sono e repouso; atividades da vida cotidiana; dependência de medicação ou tratamentos e capacidade de trabalho); psicológico (sentimentos positivos; pensar, aprender, memória e concentração; autoestima; imagem corporal e aparências; sentimentos negativos; espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais); relações sociais (relações pessoais; suporte social e atividade sexual); meio ambiente (segurança física e proteção; ambiente no lar; recursos financeiros; cuidados de saúde e sociais; disponibilidade e qualidade; oportunidade de adquirir novas informações e habilidades; participação e oportunidade de recreação/lazer; ambiente físico: poluição, ruído, trânsito, clima e transporte)<sup>(12)</sup>.

Já para o WHOQOL-OLD foram seis facetas, a saber: funcionamento dos sentidos (avalia o funcionamento sensorial e o impacto da perda das habilidades sensoriais na QV); autonomia (refere-se à independência na velhice, descreve até que ponto se é capaz de viver de forma autônoma e tomar suas próprias decisões); atividades passadas, presentes e futuras (descreve a satisfação sobre conquistas na vida e coisas a que se anseia); participação social (participação em atividades cotidianas, especialmente na comunidade); morte e morrer (preocupações, inquietações

e temores sobre a morte e morrer), e; intimidade (avalia a capacidade de se ter relações pessoais e íntimas)<sup>(13)</sup>.

As respostas dos idosos sobre a QV se referem às últimas duas semanas que antecederam a entrevista.

A CF foi avaliada por meio da realização das AVDs utilizando-se a Escala de Independência em Atividades da Vida Diária (Escala de Katz), elaborado por Katz (1963) e adaptado à realidade brasileira. Tal escala consta de seis itens que medem o desempenho da pessoa nas atividades de autocuidado: tomar banho, vestir-se, banheiro, transferência, controle de esfíncteres, alimentação<sup>(14)</sup>.

A caracterização das atividades instrumentais da vida diária (AIVDs) foi realizada através da Escala de AIVDs elaborado por Lawton (1969) e adaptado a realidade brasileira<sup>(15)</sup>. Ela avalia as habilidades do idoso para administrar o ambiente em que vive e inclui as seguintes ações: preparar refeições, fazer tarefas domésticas, lavar roupas, manusear dinheiro, usar o telefone, tomar medicações, fazer compras e utilizar os meios de transporte<sup>(15)</sup>.

Foi construído banco de dados eletrônico, no programa Excel®. Os dados das entrevistas, após a revisão e a codificação, foram processados em microcomputador, por duas pessoas, em dupla entrada. Ao término da digitação, procedeu-se à consistência entre os dois bancos de dados. Quando houve dados inconsistentes verificou-se na entrevista original e realizou-se a correção.

Procedeu-se também à análise estatística por meio de distribuição de frequência simples, média e desvio padrão. Os domínios do WHOQOL-BREF e facetas do WHOQOL-OLD foram analisados isoladamente. Os questionários foram consolidados no software SPSS, com as respectivas sintaxes.

Para verificar os fatores associados à funcionalidade dos idosos foi realizada análise bivariada preliminar através do teste qui-quadrado. As variáveis nominais foram recategorizadas de modo a tornarem-se dicotômicas: estado conjugal (sem ou com companheiro), escolaridade (sem ou com), renda (sem ou com), moradia (própria ou não), arranjo domiciliar (mora acompanhado ou não). Em relação à idade e número de morbidades foi utilizado teste *t*-Student. As variáveis que apresentaram  $p < 0,10$  foram incluídas no modelo de regressão linear múltipla com escalonamento reverso (método Backward). Consideraram-se como variáveis dependentes as incapacidades funcionais para ABVDs e AIVDs, individualmente, e, como predictoras o sexo, o estado conjugal, a escolaridade, a renda, a moradia, o arranjo domiciliar, a idade e o número de morbidades. Os testes foram considerados significativos quando  $p < 0,05$ .

Este projeto obteve aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, protocolo N° 1477. Os sujeitos foram contatados, em seus domicílios, aos quais se apresentaram os objetivos, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e oferecidas as informações pertinen-

tes. Somente após a anuência do entrevistado e assinatura do referido Termo foi conduzida a entrevista.

## RESULTADOS

Na Tabela 1, a seguir, encontram-se as características socioeconômicas e demográficas da população estudada.

**Tabela 1** — Distribuição de frequência das variáveis socioeconômicas e demográficas dos idosos. Uberaba, MG, Brasil, 2011

Variáveis		N	%
Sexo	Masculino	449	52,8
	Feminino	401	47,2
Faixa etária (em anos)	60-70	515	60,6
	70-80	261	30,7
	80 ou mais	74	8,7
		61	7,2
Estado Conjugal	Nunca se casou/morou com companheiro	572	67,3
	Casado	161	18,9
	Viúvo (a)	56	6,6
	Separado/desquitado/divorciado	209	24,5
Escolaridade (em anos)	Nenhum	256	30,1
	1-4	312	36,7
	4-8	29	3,4
	8 anos	44	5,2
	9 e mais	86	10,1
Renda Individual* (em salários mínimos)	Nenhuma	31	3,6
	< 1	409	48,1
	1	259	30,5
	1-3	46	5,4
	3-5	18	2,1
	>5	430	50,6
		169	19,8
Recursos financeiros	Somente aposentadoria	73	8,6
	Aposentadoria e outras fontes	14	1,6
	Somente pensão	6	0,7
	Pensão e outras fontes	62	7,3
	Doação	14	1,6
	Trabalho contínuo (formal ou não)	3	0,4
	Trabalho eventual	75	8,8
	Renda mensal vitalícia	197	23,9
	Aplicação financeira	337	39,6
	Sem rendimento próprio	69	8,1
Razão da aposentadoria	Tempo de serviço	243	28,6
	Idade	1	0,1
	Problema de saúde	334	39,3
	Não se aposentou	8	0,9
	Ignorado	22	2,6
Atividade profissional	Do lar	215	25,3
	Empregada doméstica	15	1,7
	Trabalhador braçal	21	2,5
	Trabalhador rural	2	0,2
	Profissional liberal	60	7
	Agricultor	172	20,2
	Empresário	129	15,2
	Outro	392	46,1
Satisfação necessidades	Não exerce	326	38,4
	Mal	2	0,2
	Regular	89	10,5
Situação econômica	Bom	421	49,5
	Ignorado	277	32,6
	Pior	61	7,2
	Igual	599	70,4
Moradia	Própria	68	8
	Paga aluguel	182	21,4
	Cedida- sem aluguel	136	16
Arranjo de moradia	Só	401	47,2
	Somente com cônjuge	79	9,3
	Com outros de sua geração (com ou sem cônjuge)	176	20,7
	Com filhos (com ou sem cônjuge)	36	4,2
	Com netos (com ou sem cônjuge)	22	2,6

\*O salário mínimo correspondia a R\$ 540,00.

Houve predomínio da população masculina (52,8%), na faixa etária de 60-70 anos (60,6%), casados (67,3%), com 4-8 anos de estudo (36,7%).

Prevaleceu a renda individual de um salário mínimo (48,1%), proveniente de aposentadoria (50,6%), por idade (39,6%).

Em relação à ocupação a maioria era do lar (39,3%) seguida por trabalhador rural (25,2%).

O maior percentual dos idosos referiu que satisfaz suas necessidades básicas de forma regular (46,1%) e boa (38,4%). Quando comparada sua situação econômica com outros idosos da mesma idade consideraram-na igual (49,5%) e melhor (32,6%).

A maioria da população reside em casa própria (70,4%), predominando os que vivem somente com cônjuge (47,2%).

Concernente à autoavaliação da QV o maior percentual de idosos a considerou boa (59,4%). Já em relação à autossatisfação com a saúde os idosos se consideraram satisfeitos (60,2%).

Na Tabela 2, a seguir, encontram-se os escores de QV dos idosos estudados.

**Tabela 2** — Distribuição dos escores de QV dos idosos, WHOQOL-BREF e WHOQOL-OLD. Uberaba, MG, Brasil, 2011

Escores de QV	Média	Desvio padrão
WHOQOL-BREF		
Físico	69,21	15,41
Psicológico	70,12	13,18
Relações sociais	73,87	12,81
Meio ambiente	63,31	11,71
WHOQOL-OLD		
Funcionamento dos sentidos	72,54	22,55
Autonomia	68,52	18,65
Atividades passadas, presentes e futuras	70,18	12,37
Participação social	68,01	12,37
Morte e morrer	72,88	24,65
Intimidade	74,27	16,75

Na avaliação da QV mensurada pelo WHOQOL-BREF, o maior escore médio foi encontrado no domínio relações sociais (73,87) e o menor no meio ambiente (63,31).

Considerando o WHOQOL-OLD verificou-se maior escore na faceta intimidade (74,27) e menores nas facetas participação social (68,01) e autonomia (68,52).

Concernente à funcionalidade a maioria dos idosos foi independente para realizar todas as ABVDs (99,8%). Dentre os que apresentaram incapacidades funcionais o maior percentual foi para tomar banho (0,5%) e se vestir (0,5%).

A dependência para realizar as AIVDs foi de 13,1% entre os idosos. Referente ao número de incapacidades funcionais para realizar as AIVDs prevaleceram 1-4 (10,7%) e 4 ou mais (2,4%). Os maiores índices de dependência foram para usar o telefone (6,7%) e lavar e passar roupas (6,1%).

Para verificar os fatores associados à funcionalidade realizou-se, inicialmente, a análise bivariada ( $p < 0,1$ ). Não foi possível verificar os fatores associados às incapacidades funcionais para realização das ABVDs, pois somente 1,2% (10 idosos) apresentaram-na. Enquanto para as AIVDs foram: o estado conjugal ( $\chi^2=11,600$ ;  $p < 0,001$ ); a escolaridade ( $\chi^2=31,408$ ;  $p < 0,001$ ), a idade ( $t=-6,822$ ;  $p < 0,001$ ) e o número de morbidades ( $t=-4,791$ ;  $p = 0,001$ ).

Na Tabela 3, a seguir, encontram-se os fatores associados à incapacidade funcional para AIVDs.

**Tabela 3** — Modelo de regressão dos fatores associados à incapacidade funcional para AIVDs, da população estudada. Uberaba, MG, Brasil, 2011

	Modelo inicial <sup>1</sup>			Modelo final <sup>2</sup>		
	$\beta$ padronizado*	IC (95%)	<i>p</i>	$\beta$ padronizado*	IC (95%)	<i>p</i>
<b>AIVDs</b>						
Estado conjugal						
Sem companheiro	1,54	0,99-2,39	0,053	-	-	-
Escolaridade						
Sem escolaridade	2,24	1,43-3,52	<0,001	2,28	1,46-3,56	<0,001
Idade	1,09	1,06-1,12	<0,001	1,09	1,06-1,12	<0,001
Número de morbidades	1,17	1,09-1,25	<0,001	1,17	1,09-1,25	<0,001

AIVD: <sup>1</sup>  $\chi^2=95,08$ ;  $p < 0,005$ ;

<sup>2</sup>  $\chi^2=91,391$ ;  $p < 0,005$ ;

Na análise multivariada, para as AIVDs, permaneceram como preditores a ausência de escolaridade, a maior idade ( $p < 0,001$ ) e o maior número de morbidades ( $\beta=1,17$ ), Tabela 3. A ausência de escolaridade ( $p < 0,001$ ) foi o fator que mais contribuiu para as incapacidades funcionais.



## DISCUSSÃO

A masculinização dos idosos residentes na zona rural pode ser entendida uma vez que no Brasil, a partir da década de 60, ocorreu o êxodo rural marcado pelo domínio da emigração da população jovem feminina<sup>(16)</sup>. A equipe da atenção primária deve implementar estratégias que melhorem a acessibilidade do homem idoso ao serviço de saúde rural, buscando conscientizá-lo e inserí-lo no cuidado a sua saúde.

Em relação à faixa etária encontrada, o percentual é semelhante ao observado para os idosos brasileiros (55,8%)<sup>(1)</sup>, assim como para aqueles que residem em uma comunidade rural do Rio Grande do Sul (55,9%)<sup>(9)</sup>.

Concernente ao estado conjugal, resultado divergente foi encontrado na zona rural do interior gaúcho, em que a maioria era viúva (62%)<sup>(17)</sup>. Esse fato pode estar relacionado ao grande percentual de idosos com 80 a 84 anos no estudo do Rio Grande do Sul. Além disso, na presente pesquisa a maioria era homem. Este dado remete a uma discussão de gênero e cultura, quando se observa que as mulheres idosas são, em geral, viúvas e os homens casados<sup>(17)</sup>.

Resultado divergente foi encontrado em relação à escolaridade em estudo conduzido na Turquia, em que o maior percentual da população idosa rural tinha o ensino superior (66,6%)<sup>(7)</sup>. Esse resultado pode estar relacionado às diferenças culturais existentes entre os dois países. Neste sentido, evidencia-se a dificuldade de acesso à escola pelos idosos da zona rural no Brasil, que, por sua vez, pode impactar nas condições de saúde e QV. Na atenção primária à saúde, espaço privilegiado para as atividades educativas, os profissionais devem considerar essa especificidade e propor estratégias diferenciadas para obter uma comunicação eficaz na orientação sobre o autocuidado.

Já em relação à renda os achados apresentaram percentual inferior ao obtido na zona rural de Mauriti-CE (81,3%)<sup>(18)</sup>. Porém, no presente estudo, a renda era proveniente de aposentadoria (50,6%), ao contrário do Ceará que era decorrente de atividades artesanais (68,8%) e a aposentadoria representava 12,5%<sup>(18)</sup>. Percentual superior também foi encontrado no interior gaúcho (94,2%) no que condiz à aposentadoria<sup>(17)</sup>. Destaca-se que as mudanças da legislação brasileira, relativas aos benefícios não-contributivos dirigidos à população idosa rural, têm impactado positivamente na renda familiar<sup>(17)</sup>.

No que concerne à atividade profissional o resultado corrobora com estudo realizado na Paraíba que relata que as mulheres, por terem vivido a juventude em uma época em que não encontravam espaço no mercado de trabalho, em sua maioria tornavam-se donas de casa, exercendo o cuidado aos filhos e maridos. Já os homens podem desfrutar sua velhice com mais tranquilidade e descanso, livres das preocupações e do estresse, relacionados ao trabalho, enquanto as mulheres continuam as atividades domésticas até quando existirem condições físicas e psicológicas para tal<sup>(3)</sup>. Contudo, os profissionais de saúde devem estar atentos às atividades desenvolvidas pelos homens idosos, uma vez que a ociosidade masculina pós-aposentadoria pode levar a possíveis agravos como, por exemplo, o alcoolismo.

A satisfação com a renda desempenha importante papel na saúde dos idosos. A falta de segurança que as pessoas sentem em relação ao poder aquisitivo de que dispõem, aumentam as chances de perda da autonomia<sup>(4)</sup>. Considerando que a maioria dos idosos, da presente pesquisa, recebe um salário mínimo que é proveniente de aposentadoria por idade, evidencia a relevância da política previdenciária para a população rural. Há de se destacar, ainda, a dependência dos idosos por serviços oferecidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS) para o acompanhamento de sua saúde.

Referente ao arranjo de moradia, observou-se resultado divergente da população brasileira, em que o maior percentual de idosos reside com filhos e/ou outros(43,2%)<sup>(1)</sup>. Esse fato pode estar relacionado à saída dos filhos do domicílio rural por motivos de estudo ou de trabalho.

Os dados obtidos acerca da autoavaliação da QV são favoráveis para os idosos. Sabe-se que as condições de vida a que o idoso foi submetido podem influenciar na sua QV, além de desgastar o organismo levando ao envelhecimento, para alguns, precoce. Estudo realizado com idosos, residentes na zona rural, verificou que a QV atual foi definida como um momento de maior liberdade em oposição a um passado de opressão na juventude<sup>(18)</sup>.

Já em relação a sua saúde na prática profissional verifica-se que, por vezes, os idosos a relacionam com a capacidade de se manterem ativos no trabalho, fato este evidenciado nesta pesquisa, uma vez que o maior percentual de idosos ainda exerce alguma atividade profissional.

No que condiz à QV mensurada pelo WHOQOL-BREF o maior escore no domínio das relações sociais

pode estar relacionado à existência de uma maior identidade entre as pessoas, favorecendo a manutenção de laços afetivos, o maior contato e rede de vizinhança, reforçando a interação social, aspectos estes avaliados neste domínio<sup>(12)</sup>.

O menor escore de QV no domínio meio ambiente pode estar associado, dentre outros fatores, à disponibilidade de cuidados de saúde e sociais, bem como ao transporte<sup>(12)</sup>. Fatores associados à distância dos serviços e às dificuldades de deslocamento restringem o acesso dos mais idosos. Entre aqueles residentes em áreas rurais, essas restrições tornam-se mais acentuadas pela dispersão territorial, além da dificuldade de localizar serviços próximos às suas residências<sup>(2)</sup>. Apesar de, nessas localidades, ter implantada a equipe de saúde da família, sua atuação, por vezes, fica restrita em decorrência da distância de determinadas fazendas e a carência de transporte, periódico, para deslocamento dos profissionais. Esse é um dos desafios a serem enfrentados pelos gestores da atenção primária no sentido de efetivar o princípio de universalidade e equidade do SUS.

Nesta perspectiva, os serviços de saúde rurais podem desenvolver atividades em localidades/residenciais estratégicas, facilitando a captação da população idosa e minimizando o impacto da dificuldade de acesso decorrente da distância.

O maior escore de QV, avaliado pelo WHOQOL-OLD, foi na faceta intimidade, que avalia as relações pessoais e íntimas<sup>(13)</sup>. Esse achado pode ser explicado pelo fato de que no contexto rural as relações interpessoais permanecem fortemente ancoradas nos laços de parentesco.

Mesmo verificando um escore elevado nesta faceta a equipe de saúde deve estimular os idosos à manutenção desse relacionamento de forma aberta, espontânea e respeitosa com os seus próprios desejos. Assim favorece a compreensão e escuta dos idosos para construção de estratégias de enfrentamento para as possíveis dificuldades vivenciadas<sup>(19)</sup>.

A faceta participação social apresentou o menor escore de QV, que avalia a participação em atividades cotidianas, especialmente na comunidade<sup>(13)</sup>. Tais resultados divergem do encontrado em estudo realizado com idosos residentes na zona rural no Ceará, que apresentou menor escore de QV para a autonomia<sup>(20)</sup>.

Apesar de o idoso considerar que possui boas relações sociais, as oportunidades de participação em atividades na sociedade deixam a desejar. Residir na zona

rural pode implicar em especificidades que impactam negativamente na QV. No meio urbano tem-se maior acesso a meios de comunicação, saúde, lazer e aquisição de bens de consumo, dentre outros<sup>(20)</sup>. Diferentemente, no meio rural, geralmente as propriedades são distantes dificultando o encontro social, justificando, assim, a possível escassez de oportunidades em participar de atividades comunitárias. O idoso necessita estar engajado em atividades que o façam sentir-se útil. A equipe de saúde da atenção primária deve investir em atividades que proporcionem prazer e felicidade ao idoso rural.

O fato de a maioria dos idosos do presente estudo serem independentes para as ABVDs, difere de estudos realizados na Bahia, no qual, somente, 22% da população rural era independente para a realização dessas atividades<sup>(8)</sup>, e no Rio Grande do Sul, onde 35,3% eram independentes, enquanto 52,9% necessitavam de ajuda para até três AVDs<sup>(9)</sup>. Resultado divergente também foi obtido em relação às AVDs que geravam incapacidades funcionais. Enquanto na presente pesquisa as incapacidades funcionais eram para tomar banho (0,5%) e se vestir (0,5%), na investigação conduzida entre idosos residentes na zona rural da Turquia estavam relacionados a comer (3,1%) e tomar banho (2,2%)<sup>(7)</sup>.

Estudo brasileiro verificou que a residência rural foi associada à redução na prevalência de incapacidade<sup>(21)</sup>. O cotidiano de quem vive e trabalha no campo torna as pessoas mais aptas a chegarem com mais funcionalidade às idades avançadas<sup>(21)</sup>.

Desse modo, os serviços de atenção primária à saúde devem tornar rotineiro o acompanhamento do desempenho dos idosos na realização das ABVDs, identificando, precocemente as possíveis dificuldades para o autocuidado e postergando a dependência do seu cotidiano.

Em relação ao número de incapacidades funcionais para as AIVDs, estudo realizado no Rio Grande do Sul apresentou percentual superior ao presente inquérito, sendo que 59,4% dos idosos apresentaram 1-4 incapacidades e 26,7% 4 ou mais<sup>(9)</sup>. Resultado divergente também foi encontrado quanto às AIVDs de maiores índices. Inquérito realizado na zona rural da Turquia verificou que os idosos apresentaram maior dependência para fazer compras (13,3%) e preparar as refeições (10,8%)<sup>(7)</sup>.

Esses dados remetem à necessidade de ações direcionadas ao contexto da população idosa rural. Podem ser estabelecidas atividades que promovam a melhoria da funcionalidade, considerando as especificidades e

dificuldades apresentadas. Visa-se a minimizar a dependência, que por sua vez, resulta em um processo de envelhecimento com melhor QV<sup>(8)</sup>.

Destaca-se que a ausência de escolaridade foi o preditor que apresentou cerca de duas vezes mais chances para a ocorrência da incapacidade funcional, para a realização das AIVDs, entre os idosos. Resultado semelhante foi obtido em estudo, porém, realizado na zona urbana de Pelotas-RS. A redução da escolaridade associou-se ao maior risco de incapacidade funcional para as AIVDs<sup>(6)</sup>.

A maior idade como preditor de incapacidade funcional, obtido neste estudo, corrobora com estudos nacionais e internacionais. Pesquisas conduzidas com idosos em uma comunidade rural no interior da Bahia<sup>(8)</sup> e na área urbana em Pelotas<sup>(6)</sup> observaram que quanto maior a idade, menor o desempenho nas AIVDs. Inquérito realizado na Turquia verificou que a dependência nas AIVDs, também esteve relacionada à faixa etária, ou seja, os idosos mais velhos apresentavam maior incapacidade funcional<sup>(7)</sup>.

A possibilidade de o idoso apresentar incapacidade funcional para a realização das AIVDs em decorrência do maior número de morbidades torna-se um desafio para os serviços de atenção primária à saúde.

Neste contexto, evidencia-se a necessidade de ações direcionadas à manutenção da funcionalidade do idoso que reside na zona rural considerando seus fatores associados. É mister a implementação da avaliação global do idoso na atenção primária de forma a identificar as necessidades de saúde, dessa população, e atuar em consonância com as suas especificidades.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

As ações em saúde devem ser implementadas com intuito de minimizar as dificuldades encontradas pelos idosos, residentes na zona rural, que afetam a sua saúde e a QV, com destaque para a participação social. É essencial a reflexão conjunta dos profissionais de saúde da atenção primária, idosos e familiares para a construção de estratégias que estimulem a organização e ampliação de atividades sociais, favorecendo a interação na comunidade.

Deve-se ainda, estimular a funcionalidade do idoso, enfocando a promoção da saúde e prevenção de doenças, além da valorização da comunicação eficaz para a educação em saúde. Assim, visa-se manter o idoso inde-

pendente para execução das AVDs e contribuir na reinserção social.

Destaca-se, como limitação deste estudo, que em virtude do delineamento transversal, não se pode assegurar relações implícitas de causalidade entre as variáveis estudadas.

## REFERÊNCIAS

1. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira, 2010 [citado 2010 nov 19]. Disponível em: [http://www.ibge.gov/home/estatistica/populacao/condicaoedevida/indicadoresminimos/sinteseindicsoais2010/SIS\\_2010.pdf](http://www.ibge.gov/home/estatistica/populacao/condicaoedevida/indicadoresminimos/sinteseindicsoais2010/SIS_2010.pdf).
2. Travassos C, Viacava F. Acesso e uso de serviços de saúde em idosos residentes em áreas rurais, Brasil, 1998 e 2003. *Cad Saúde Pública*. 2007; 23(10):2490-502.
3. Martins CR, Albuquerque FJB, Gouveia CNNA, Rodrigues CFF, Neves MTS. Avaliação da qualidade de vida subjetiva dos idosos: uma comparação entre os residentes em cidades rurais e urbanas. *Estud Interdiscip Envelhec*. 2007; 11:135-54.
4. Fiedler MM, Peres KG. Capacidade funcional e fatores associados em idosos do sul do Brasil: um estudo populacional. *Cad Saúde Pública*. 2008; 24(2):409-15.
5. World Health Organization. The World Health Organization Quality Of Life Assessment (WHOQOL): position paper from the world health organization. *Soc Sci Med*. 1995; 41(10):1403-9.
6. Del Duca GF, Silva MC, Hallal PC. Incapacidade funcional para atividades básicas e instrumentais da vida diária em idosos. *Rev Saúde Pública*. 2009; 43(5):796-805.
7. Arslantas D, Unsal A, Metintas S, Arslantas A. Life quality and daily life activities of elderly people in rural areas, Eskisehir (Turkey). *Arch Gerontol Geriatr*. 2009; 48(2):157-61.
8. Torres GV, Reis LA, Reis LA. Assessment of functional capacity in elderly residents of an outlying area in the hinterland of Bahia Northeast Brazil. *Arq Neuropsiquiatr*. 2010; 68(1):39-43.
9. Rigo II, Paskulin LMG, Morais EP. Capacidade funcional de idosos de uma comunidade rural do Rio Grande do Sul. *Rev Gaúcha Enferm*. 2010; 31(2):254-61.



10. Bertolucci PHF, Brucki SMD, Campacci SR, Juliano Y. O mini-exame do estado mental em uma população geral: impacto da escolaridade. *Arq Neuropsiquiatr*. 1994; 52:1-7.
11. Duke University Center for Tue Study of Aging and Human Development. Multidimensional functional assessment: the OARS methodology Duke University Center for the Study of Aging and Human Development. Durham, NC; 1978.
12. Fleck MPA, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L, et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida: "WHOQOL-bref". *Rev Saúde Pública*. 2000; 34(2):178-83.
13. Fleck MPA, Chachamovich E, Trentini C. Development and validation of the Portuguese version of the WHOQOL-OLD module. *Rev Saúde Pública*. 2006; 40(5):785-91.
14. Lino VTS, Pereira SEM, Camacho LAB, Ribeiro Filho ST, Buksman S. Adaptação transcultural da Escala de Independência em Atividades de Vida Diária (Escala de Katz). *Cad Saúde Pública*. 2008; 24(1):103-12.
15. Freitas EV, Miranda RD. Parâmetros clínicos do envelhecimento e avaliação geriátrica ampla. In: Freitas EV, Py L, Cançado FAX, Gorzoni ML, Doll J. *Tratado de geriatria e gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan; 2006. p. 900-9.
16. Weisheimer N. *Juventudes rurais: mapa de estudos recentes*. Brasília (DF): Ministério do Desenvolvimento Agrário; 2005.
17. Morais EP, Rodrigues RAP, Gerhardt TE. Os idosos mais velhos no meio rural: realidade de vida e saúde de uma população do interior gaúcho. *Texto Contexto Enferm*. 2008; 17(2):374-83.
18. Freitas MC, Queiroz TA, Sousa JAV. O significado da velhice e da experiência de envelhecer para os idosos. *Rev Esc Enferm USP*. 2010; 44(2):407-12.
19. Coelho DNP, Daher DV, Santana RF, Espírito Santo FH. Percepção de mulheres idosas sobre a sexualidade: implicações de gênero e no cuidado de enfermagem. *Rev Rene*. 2010; 11(4):163-73.
20. Alencar NA, Aragão JCB, Ferreira MA, Dantas EHM. A avaliação da qualidade de vida em idosas residentes em ambientes urbano e rural. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2010; 13(1):103-9.
21. Parahyba MI, Veras R, Melzer D. Incapacidade funcional entre as mulheres idosas no Brasil. *Rev Saúde Pública*. 2005; 39(3):383-91.

Recebido: 19/07/2011

Aceito: 30/08/2011