



QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS RURAIS E FATORES ASSOCIADOS
QUALITY OF LIFE OF RURAL ELDERLY AND ASSOCIATED FACTORS
CALIDAD DE VIDA DE LOS ADULTOS MAYORES RURALES Y FACTORES ASOCIADOS

*Darlene Mara dos Santos Tavares¹, Leticia Lima Santos², Flavia Aparecida Dias³,
Pollyana Cristina dos Santos Ferreira⁴, Elimar Adriana de Oliveira⁵*

RESUMO

Objetivo: verificar os fatores socioeconômicos e de saúde associados à qualidade de vida (QV) de idosos residentes na zona rural. **Método:** estudo transversal e observacional em que participaram 850 idosos residentes na zona rural de um município de Minas Gerais. Foram utilizados instrumentos estruturados para coleta de dados. Os dados foram analisados por meio do *software* SPSS®, a partir de análise descritiva e regressão linear múltipla ($p < 0,05$). O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, parecer 1477. **Resultados:** predominou o sexo masculino, 60-70 anos, casados, baixa renda e escolaridade, referiram boa QV e satisfação com sua saúde. Autopercepção negativa da saúde, maior número de doenças, ausência de renda, uso de medicações, ausência de companheiro e etilismo estiveram associados aos menores escores de QV. **Conclusão:** é relevante que os serviços de saúde identifiquem os aspectos que contribuem para piora da autopercepção de saúde bem como realize ações de acompanhamento das condições de saúde. **Descritores:** Idoso; Qualidade de Vida; População Rural; Enfermagem Geriátrica.

ABSTRACT

Objective: verifying the socioeconomic and health factors associated with quality of life (QoL) of elderly residents in the countryside. **Method:** Cross-sectional, observational study involving 850 elderly residents in the rural area of a municipality of Minas Gerais. There were used structured data collection instruments. Data were analyzed using the SPSS® software from descriptive analysis and multiple linear regression ($p < 0,05$). The project was approved by the Research Ethics Committee, Opinion 1477. **Results:** male gender prevailed, 60-70 years old, married, low income and Schooling, reported good QoL and satisfaction with their health. Negative self-perception of health, more number of diseases, lack of income, use of medications, no mates and drinking were associated with lower QoL scores. **Conclusion:** it is vital that health services identify the aspects that contribute to worsening of self-perception of health and conduct follow-up actions of health conditions. **Descriptors:** Elderly; Quality of Life; Rural Population; Geriatric Nursing.

RESUMEN

Objetivo: verificar los factores socio-económicos y de salud asociados con la calidad de vida (QOL) de ancianos en el campo. **Método:** este es un estudio transversal y observacional conducido con 850 ancianos residentes en la zona rural del municipio de Minas Gerais. Se utilizaron instrumentos de recolección de datos estructurados. Los datos fueron analizados utilizando el *software* SPSS®, del análisis descriptivo y de regresión lineal múltiple ($p < 0,05$). El proyecto fue aprobado por el Comité de Ética en la Investigación, Opinión 1477. **Resultados:** predominó el sexo masculino, 60-70 años, casados, de bajos ingresos y escolaridad, informó buena calidad de vida y la satisfacción con su salud. La autopercepción negativa de la salud, más enfermedades, la falta de ingresos, el uso de medicamentos, la ausencia de compañeros y beber se asociaron con las puntuaciones de calidad de vida más bajas. **Conclusión:** es importante que los servicios de salud a identificar los aspectos que contribuyen al empeoramiento de la auto-percepción de salud, bien como llevar a cabo las acciones de seguimiento de las condiciones de salud. **Descriptores:** Ancianos; Calidad de Vida; Población Rural; Enfermería Geriátrica.

¹Enfermeira, Professora Doutora em Enfermagem, Departamento de Enfermagem em Educação e Saúde Comunitária do Curso de Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Triângulo Mineiro/CGE/UFTM. Uberaba (MG), Brasil. E-mail: darlenetavares@enfermaegm.uftm.edu.br; ²Psicóloga, egressa Universidade Federal do Triângulo Mineiro/CGE/UFTM. Uberaba (MG), Brasil. E-mail: leticialima_19@hotmail.com; ³Enfermeira, Doutoranda, Programa de Pós-Graduação *Stricto sensu* em Atenção à Saúde, Universidade Federal do Triângulo Mineiro/CGE/UFTM. Uberaba (MG), Brasil. E-mail: flaviadiaz_ura@yahoo.com.br; ⁴Enfermeira, Doutoranda, Programa de Pós-Graduação *Stricto sensu* em Atenção à Saúde, Universidade Federal do Triângulo Mineiro/CGE/UFTM. Uberaba (MG), Brasil. E-mail: pollycris21@bol.com.br; ⁵Psicóloga, Professora Doutora em Psicologia Experimental, Departamento de Psicologia da Saúde e Processos Básicos, Universidade Federal do Triângulo Mineiro/CGE/UFTM. Uberaba (MG), Brasil. E-mail: elimar@psicologia.uftm.edu.br

INTRODUÇÃO

A população de idosos tem aumentado ao longo dos anos perfazendo, aproximadamente, 21 milhões de pessoas no Brasil. Entre esses, 83,5% residem na zona urbana e 16,5% na rural.¹ Na localidade em que se realizou esta pesquisa, Uberaba-MG, a população total corresponde a 295.988 habitantes, sendo que 97,77% residem na zona urbana e 2,23% na rural.² A proporção de idosos nesse município (12,09%) está acima da média nacional (10,2%).³ Entre as pessoas que residem na área urbana, 12,66% são idosos e, na rural, 10,96%.²

Destaca-se que os idosos da zona rural enfrentam alguns desafios em relação àqueles que residem no espaço urbano, a exemplo da menor oferta de recursos em saúde, cultura e lazer. Assim, utilizam menos os serviços de saúde o que pode ser reflexo do padrão de acesso⁴, podendo repercutir na sua qualidade de vida (QV).

Considerando que o envelhecimento deve estar acompanhado de QV, satisfação pessoal e felicidade⁵, faz-se necessário desenvolver pesquisas visando ampliar o conhecimento acerca desta temática. Desse modo, a presente pesquisa adotará o conceito de QV proposto por um grupo de estudiosos da Organização Mundial de Saúde (OMS), a saber, "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".^{6:1405}

A produção científica sobre esta temática tem aumentado nas últimas décadas. No entanto, é oportuno destacar que os idosos residentes nas zonas rurais, frequentemente, ficam à margem tanto da atenção à saúde como das pesquisas, tendo em vista as dificuldades de acesso. Nesse sentido, observa-se no Brasil que a maioria das investigações com idosos é conduzida na zona urbana.⁷ Nesse contexto, questionam-se quais fatores impactam mais na QV do idoso rural.

Considerando o desfecho QV, tem-se que a autopercepção da saúde pode contribuir para sua melhoria, pois favorece a participação na construção de decisões políticas e sociais.⁸ Ademais, a melhor percepção sobre a saúde entre idosos pode estar associada à menor presença de morbidades e ao uso de medicamentos para seu controle⁹, além da decisão de mudança de comportamento, como abandonar o hábito do tabagismo e etilismo.

A interação desses fatores pode impactar na QV de maneira positiva ou negativa,

dependendo das escolhas realizadas pelos idosos. Soma-se que a presença de doenças e o uso de medicamentos podem afetar o funcionamento dos sentidos¹⁰, aspecto que tem sido avaliado em instrumentos que mensuram a QV em idosos.¹¹ Nessa perspectiva, a presente investigação tem como escopo compreender como essas variáveis estão associadas à QV entre os idosos da área rural. Pretende-se, dessa maneira, contribuir para a construção de conhecimento que sustentem a formulação de ações e políticas públicas para a melhoria da QV dos idosos, de acordo com as especificidades daqueles que residem na zona rural.

Assim, este estudo objetiva verificar os fatores socioeconômicos e de saúde associados à qualidade de vida (QV) de idosos residentes na zona rural.

MÉTODO

Essa pesquisa faz parte de um estudo maior, tipo inquérito domiciliar, analítico, transversal e observacional, denominado "Saúde e qualidade de vida da população idosa da zona rural de Uberaba". A população foi constituída por 1.297 idosos cadastrados nas Equipes de Saúde da Família (ESF) da zona rural de Uberaba-MG, que cobrem 100% da população. A Secretaria Municipal de Saúde ofereceu as listas contendo os nomes e endereços dos idosos por ESF, em junho de 2010.

Estabeleceram como critérios de inclusão: idosos com 60 anos ou mais de idade; residentes na zona rural do município de Uberaba-MG; sem declínio cognitivo e que aceitaram participar da pesquisa. Foram excluídos 447 idosos, sendo que 117 (9%) tinham mudado de endereço, 105 (8,1%) apresentaram declínio cognitivo, 75 (5,8%) recusaram participar, 57 (4,4%) não foram encontrados após três tentativas do entrevistador, 11 (3,8%) tinham ido a óbito, três (0,2%) encontravam-se hospitalizados e 79 (6,1%) devido a outros motivos, como residir na cidade. Desse modo, ao final participaram 850 idosos.

As entrevistas foram realizadas por 14 entrevistadores, devidamente orientados e treinados quanto à maneira de abordar o entrevistado, o preenchimento correto do instrumento e sobre as questões éticas relacionadas à pesquisa. A coleta dos dados ocorreu no período de junho de 2010 a março de 2011. Contou-se com a colaboração dos Agentes Comunitários de Saúde, os quais acompanharam os entrevistadores até o domicílio do idoso.

As entrevistas foram revisadas por supervisores de campo, que verificaram questões incompletas e inconsistência das respostas. Quando necessário, a entrevista foi devolvida ao entrevistador para que fosse realizado o preenchimento adequado.

Antes de iniciar a entrevista aplicou-se o Mini Exame do Estado Mental (MEEM)¹² para verificar a capacidade cognitiva do idoso em responder às perguntas. Para a coleta dos dados referente ao perfil socioeconômico e de saúde do idoso, utilizou-se parte do Questionário Brasileiro de Avaliação Funcional e Multidimensional (BOMFAQ), adaptado à realidade brasileira¹³.

Aplicou-se, ainda, o *World Health Organization Quality of Life - BREF* (WHOQOL-BREF), validado no Brasil.¹⁴ O WHOQOL-BREF é composto por 26 questões, entre elas duas referem-se genericamente à QV e as demais se relacionam com quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente.¹⁴ Também foi utilizado o *World Health Organization Quality of Life Assessment for Older Adults* (WHOQOL-OLD), específico para avaliação da QV de idosos, validado no Brasil.¹¹ O WHOQOL-OLD possui 24 itens da escala Likert atribuídos a seis facetas: funcionamento dos sentidos; autonomia; atividades passadas, presentes e futuras; participação social, morte e morrer e intimidade.¹¹

Para o perfil socioeconômico foram selecionadas as variáveis: sexo (masculino, feminino); faixa etária, em anos (60-70, 70-80 e 80 ou mais); estado conjugal (nunca se casou ou morou com companheiro(a); mora com esposo(a) ou companheiro(a); viúvo(a); separado(a)/ desquitado(a)/ divorciado(a), ignorado); escolaridade, em anos de estudo (analfabetos, 1-8, 8, 9 ou mais); renda individual mensal, em salários mínimo (não tem renda, <1, 1, 1-3, 3-5, >5).

Referente à saúde utilizou-se: autopercepção da saúde atual (péssima/má, regular, boa/ótima); número de morbididades; uso regular de medicação (sim, não); internação (sim, não) e número de internações; hábito de fumo (sim, não), uso de álcool (sim, não). Para a QV foram analisados os domínios do WHOQOL-BREF e facetas do WHOQOL-OLD.

Foi construído banco de dados eletrônico, no programa Excel®, e os dados coletados foram processados em dupla entrada. Após, foi transportado para o *software Statiscal Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 17.0, para proceder à análise.

Cada domínio do WHOQOL-BREF e faceta do WHOQOL-OLD foram analisados isoladamente, com seus escores calculados de acordo com as sintaxes disponibilizadas pela OMS. O escore varia de 0 a 100, sendo que o maior número corresponde a maior QV.

Foi realizada análise descritiva e a análise bivariada, preliminar, utilizando-se os testes t-Student e ANOVA-F. As variáveis nominais foram recategorizadas, tornando-se dicotômicas: estado conjugal (sem ou com companheiro), escolaridade (sem ou com), renda (sem ou com). Para as variáveis numéricas (número de morbididades e de internação) foi utilizada correlação de Pearson de acordo com a normalidade dos dados. Os testes foram considerados significativos quando $p < 0,1$.

Foram incluídas no modelo de regressão linear múltipla, com escalonamento reverso (método Backward), apenas as variáveis que atenderam ao critério acima ($p < 0,1$). Neste modelo multivariado, o nível de significância (α) foi de 95%.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, parecer nº 1477. Os entrevistadores apresentaram aos idosos os objetivos da pesquisa e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Após a anuência do entrevistado e assinatura do termo procedeu-se à entrevista.

RESULTADOS

Observou-se predomínio de idosos do sexo masculino (52,8%), na faixa etária entre 60-70 anos (60,6%), seguido por 70-80 anos (30,7%), casados (67,3%), com 4-8 anos de estudo (36,7%) e renda individual mensal de um salário mínimo (48,1%).

A maioria dos idosos avaliou a QV como boa (59,4%) e estavam satisfeitos com a saúde (60,2%). No WHOQOL-BREF o maior escore foi observado no domínio das relações sociais (73,87) e o menor escore, no domínio meio ambiente (63,31). Quanto às facetas do WHOQOL-OLD, o maior escore esteve relacionado à intimidade (74,27) e o menor escore correspondeu à participação social (68,01).

Quanto aos fatores associados à QV, inicialmente realizou-se a análise bivariada para verificar quais variáveis atenderiam ao critério estabelecido ($p < 0,1$) de acordo com os domínios e facetas da QV. As variáveis que atenderam a esse critério estão descritas nas Tabelas 1 e 2.

Tabela 1. Análise multivariável dos fatores relacionados à QV, de acordo com o WHOQOL-BREF. Uberaba, 2012.

	Modelo inicial		Modelo final	
	B padronizado	p	B padronizado	p
WHOQOL-BREF				
Físico				
Escolaridade	0,092	0,007	0,105	0,001
Renda	0,073	0,030	-	-
Autopercepção de saúde péssima/má	-0,284	<0,001	-0,282	<0,001
Autopercepção de saúde regular	-0,295	<0,001	-0,290	<0,001
Uso de medicação	-0,159	<0,001	-0,183	<0,001
Tabagismo	0,061	0,069	-	-
Etilismo	0,105	0,002	0,116	0,001
Idade	-0,060	0084	-	-
Número de internações	-0,167	<0,001	-0,169	<0,001
Psicológico				
Estado conjugal	0,053	0,135	-	-
Escolaridade	0,095	0,008	0,098	0,002
Renda	0,031	0,391	-	-
Uso de medicação	0,008	0,835	-	-
Etilismo	0,133	<0,001	-	-
Número de morbidades	-0,153	<0,001	-0,193	<0,001
Número de internações	-0,069	0,055	-	-
Autopercepção de saúde péssima/má	-0,15	<0,001	-0,170	<0,001
Autopercepção de saúde regular	-0,234	<0,001	-0,232	< 0,001
Relações sociais				
Estado conjugal	0,090	0,020	0,104	0,002
Autopercepção de saúde péssima/má	-0,123	0,003	-	-
Autopercepção de saúde regular	-0,117	0,005	-0,143	<0,001
Uso de medicação	0,001	0,989	-0,160	<0,001
Etilismo	0,057	0,147	-	-
Idade	0,030	0,445	-	-
Número de morbidades	0,009	0,846	-	-
Número de internações	0,047	0,222	-	-
Meio ambiente				
Escolaridade	0,060	0,090	-	-
Renda	0,057	0,112	-	-
Autopercepção de saúde péssima/má	-0,194	<0,001	-0,208	<0,001
Autopercepção de saúde regular	-0,281	<0,001	-0,273	<0,001
Uso de medicação	0,060	0,125	-	-
Etilismo	0,041	0,258	-	-
Número de morbidades	-0,151	<0,001	-0,153	<0,001
Número de internações	-0,065	0,074	-	-

Tabela 2. Análise multivariável dos fatores relacionados à QV, de acordo com o WHOQOL-OLD. Uberaba, 2012.

	Modelo inicial		Modelo final	
	B padronizado	p	B padronizado	p
WHOQOL-OLD				
Funcionamento dos sentidos				
Renda	0,060	0,079	-	-
Autopercepção de saúde regular	-0,156	<0,001	-0,182	<0,001
Autopercepção de saúde péssima/má	-0,143	<0,001	-0,171	<0,001
Uso de medicação	-0,039	0,293	-	-
Etilismo	0,036	0,284	-	-
Idade	-0,057	0,094	-	-
Número de morbidades	-0,048	0,226	-	-
Autonomia				
Renda	0,172	<0,001	0,181	<0,001
Autopercepção de saúde regular	-0,138	0,001	-0,167	<0,001
Autopercepção de saúde péssima/má	-0,099	0,014	-0,124	0,001
Uso de medicação	-0,028	0,483	-	-
Etilismo	0,097	0,009	0,107	0,004
Número de morbidades	-0,077	0,072	-	-
Número de internações	-0,079	0,035	-0,092	0,014
Atividades passadas presentes e futuras				
Renda	0,086	0,020	0,088	0,008
Autopercepção de saúde regular	-0,157	<0,001	-0,151	<0,001
Autopercepção de saúde péssima/má	-0,153	<0,001	-0,160	<0,001
Uso e medicação	0,076	0,061	-	-
Etilismo	0,105	0,005	-	-
Número de morbidades	-0,135	0,002	-0,113	0,002
Número de internações	-0,020	0,597	-	-

Participação social				
Escolaridade	0,065	0,074	-	-
Renda	0,089	0,016	0,088	0,017
Autopercepção de saúde regular	-0,128	0,001	-0,129	0,001
Autopercepção de saúde péssima/má	-0,149	<0,001	-0,152	<0,001
Uso de medicação	0,019	0,643	-	-
Etilismo	0,145	<0,001	0,143	<0,001
Úmero de morbidades	-0,114	0,007	-0,109	0,007
Número de internações	0,081	0,030	-0,079	0,033
Morte e morrer				
Escolaridade	-0,073	0,036	-0,086	0,012
Renda	0,067	0,053	-	-
Autopercepção de saúde regular	-0,122	0,001	-0,122	0,001
Autopercepção de saúde péssima/má	-0,105	0,004	-0,107	0,003
Uso de medicação	-0,080	0,032	-0,080	0,022
Idade	0,050	0,160	-	-
Número de morbidades	-0,002	0,966	-	-
Intimidade				
Estado conjugal	0,203	<0,001	0,205	<0,001
Autopercepção de saúde regular	-0,115	0,001	-0,121	<0,001
Autopercepção de saúde péssima/má	-0,070	0,045	-0,075	0,029
Uso de medicação	-0,036	0,293	-	-
Etilismo	-0,041	0,224	-	-

Na análise multivariável, observou-se que no domínio físico permaneceram como preditores dos menores escores de QV a ausência de escolaridade ($p=0,001$), a autopercepção de saúde péssima/má ($p<0,001$) e regular ($p<0,001$), o uso de medicação ($p<0,001$), a ausência de etilismo ($p=0,001$) e o maior número de internações ($p<0,001$), Tabela 1. Os preditores que mais contribuíram com os menores escores de QV foram autopercepção de saúde regular ($\beta=-0,290$) e péssima/má ($\beta=-0,282$), Tabela 1.

No domínio psicológico associaram-se aos menores escores de QV a ausência de escolaridade ($p=0,002$), a autopercepção de saúde péssima/má ($p<0,001$), autopercepção de saúde regular ($p<0,001$) e o maior número de morbidades ($p<0,001$), Tabela 1. A autopercepção de saúde regular ($\beta=-0,232$) e o maior número de morbidades ($\beta=-0,193$) foram os preditores que mais contribuíram com os menores escores nesse domínio, Tabela 1.

Nas relações sociais permaneceram como preditores dos menores escores de QV a ausência de companheiro ($p=0,002$), a autopercepção de saúde regular ($p<0,001$) e o uso de medicação ($p<0,001$), Tabela 1. Os preditores que mais contribuíram com os menores escores de QV foram autopercepção de saúde regular ($\beta=-0,160$) e uso de medicação ($\beta=-0,143$), Tabela 1.

No domínio meio ambiente permaneceram como preditores dos menores escores de QV a autopercepção de saúde péssima/má ($p<0,001$), autopercepção de saúde regular ($p<0,001$), e ao maior número de morbidades ($p<0,001$), Tabela 1. Os preditores que mais contribuíram com os menores escores foram autopercepção de saúde regular ($\beta=-0,273$) e

autopercepção de saúde péssima/má ($\beta=-0,208$), Tabela 1.

Na faceta funcionamento dos sentidos permaneceram como preditores dos menores escores de QV a autopercepção de saúde péssima/má ($p<0,001$), autopercepção de saúde regular ($p<0,001$), Tabela 2. O preditor que mais contribuiu com o menor escore foi autopercepção de saúde regular ($\beta=-0,182$), Tabela 2.

Permaneceram como preditores dos menores escores de QV na faceta autonomia a ausência de renda ($p<0,001$), autopercepção de saúde péssima/má ($p=0,001$), autopercepção de saúde regular ($p<0,001$) e ausência de etilismo ($p=0,004$) Tabela 2. Os preditores que mais contribuíram com os menores escores foram a ausência de renda ($\beta=0,181$) e a autopercepção de saúde regular ($\beta=-0,167$), Tabela 2.

Na faceta atividades passadas, presentes e futuras permaneceram como preditores dos menores escores de QV a ausência de renda ($p=0,008$), a autopercepção de saúde regular ($p<0,001$), autopercepção de saúde péssima/má ($p<0,001$) e o maior número de morbidades ($p=0,002$), Tabela 2. Os preditores que mais contribuíram com os menores escores de QV foram autopercepção de saúde péssima/má ($\beta=-0,160$) e autopercepção de saúde regular ($\beta=-0,151$), Tabela 2.

Na participação social permaneceram como preditores dos menores escores de QV a ausência de renda ($p=0,017$), a autopercepção de saúde regular ($p=0,001$), a autopercepção de saúde péssima/má ($p<0,001$), a ausência de etilismo ($p<0,001$) e o maior número de morbidades ($p=0,007$), Tabela 2. Os preditores que mais contribuíram com os menores escores foram autopercepção de saúde

péssima/má ($\beta=-0,152$) e ausência de etilismo ($\beta=0,143$), Tabela 2.

Na faceta morte e morrer permaneceram como preditores dos menores escores de QV a ausência de escolaridade ($p=0,012$), a autopercepção de saúde regular ($p=0,001$), autopercepção de saúde péssima/má ($p=0,003$) e uso e medicação ($p=0,022$), Tabela 2. Os preditores que mais contribuíram com os menores escores foram autopercepção de saúde regular ($\beta=-0,122$) e autopercepção de saúde péssima/má ($\beta=-0,107$), Tabela 2.

Os preditores de menores escores de QV na faceta intimidade foram a ausência de companheiro ($p<0,001$), a autopercepção de saúde regular ($p<0,001$), autopercepção de saúde péssima/má ($p=0,029$), Tabela 2. Os preditores que mais contribuíram com os menores escores foram a ausência de companheiro ($\beta=0,205$) e a autopercepção de saúde regular ($\beta=-0,121$), Tabela 2.

DISCUSSÃO

Em relação ao predomínio de homens, resultado divergente foi encontrado em uma comunidade rural do Rio Grande do Sul, correspondendo a 55,9% para as mulheres.¹⁵

Referente à faixa etária, estudo conduzido com idosos em uma comunidade rural do Rio Grande do Sul condiz com os achados dessa pesquisa, em que 55,9% tinham 60-70 anos, seguido de 70-80 (35,3%).¹⁵ Quanto ao estado conjugal, a maioria de idosos casados assemelha-se à pesquisa realizada com idosos na zona rural de Viçosa-MG (69,2%).¹⁶

Em relação ao nível de escolaridade observou-se resultado divergente ao obtido em estudo realizado em Carlos Barbosa-RS, em que 72,4% dos idosos residentes na zona rural tinham até quatro anos de escolaridade.¹⁷

O predomínio da renda de um salário mínimo converge com o encontrado entre idosos de Viçosa-MG (72,3%).¹⁶ Destaca-se que a renda do idoso, apesar de representar um complemento, é considerada fator imprescindível para a subsistência das famílias rurais. Ademais, muitas vezes, é considerada como uma obrigação, como forma de agradecimento por estarem sendo amparados pela família no envelhecimento. Por outro lado, pode representar para o idoso a possibilidade de alcançar a liberdade e autonomia, uma vez que ao se aposentarem podem diminuir ou cessar as atividades laborais e dedicarem-se a outros projetos na vida.¹⁶

Em relação à QV mensurada pelo WHOQOL-BREF, os maiores escores no domínio relações

sociais pode estar relacionado à existência de uma maior identidade entre as pessoas na zona rural, favorecendo a manutenção de laços afetivos, o maior contato e rede de vizinhança e reforçando a interação social, aspectos estes avaliados nesse domínio.^{7,14}

Referente ao menor escore no domínio meio ambiente, resultados semelhantes foram encontrados em estudo com idosos da cidade de Teixeira-MG.¹⁸ Os profissionais de saúde devem se atentar para as questões ambientais, como dificuldade de locomoção e segurança dos idosos que residem em áreas rurais. Considerando que esse domínio avalia, dentre outros fatores, cuidados à saúde e sociais¹⁴ é necessário organizar a oferta de serviços de saúde à população idosa rural a fim de atender suas especificidades territoriais.

No WHOQOL-OLD, o maior escore obtido na faceta intimidade pode estar relacionado, embora não investigado, ao predomínio de idosos casados. A presença de um companheiro poderia representar melhoria das relações pessoais, favorecendo a sua QV.

Em relação ao menor escore na participação social, destaca-se que a menor participação nas atividades cotidianas tem sido observada entre idosos de regiões rurais.¹⁹ Esse fato pode estar relacionado à distância e dificuldades de acesso aos locais de referência para a socialização. Faz-se necessário buscar junto à comunidade, alternativas de atividades que possam ampliar a participação social do idoso.

No que condiz aos fatores associados aos menores escores de QV, a pior autopercepção de saúde contribuindo para os menores escores no domínio físico pode estar relacionada às morbidades e uso de medicação dentre os idosos do presente estudo, considerando que este domínio avalia, dentre outros fatores, a dependência de medicação e tratamentos de saúde.¹⁴ Esse resultado evidencia a necessidade de estabelecer ações que melhorem a autoestima do idoso, além do acompanhamento de suas condições de saúde. O acesso ao serviço de saúde precisa ser ampliado e pode ser viabilizado por meio de visitas domiciliares e atendimento periódico em locais estratégicos na comunidade.

No domínio psicológico, a autopercepção de saúde regular e o maior número de morbidades contribuindo para os menores escores de QV são condizentes com estudo com idosos da cidade de Botucatu, que evidenciou que o estado emocional dos idosos esteve relacionado com sua satisfação de saúde.²⁰ Infere-se que a autopercepção

negativa acerca da saúde pode contribuir para o advento de sentimentos negativos, constituindo-se em fator dificultador para o enfrentamento dos eventos da saúde. Supõe-se que o compartilhamento de sentimentos, angústias e experiências podem favorecer o enfrentamento destas questões.

Referentes ao domínio relações sociais, a autopercepção de saúde regular e uso de medicação como preditores que mais contribuíram para os menores escores de QV, sugere que as relações interpessoais estabelecidas pelos idosos¹⁴, estão fragilizadas pela sua condição e percepção de saúde. Desta maneira, o suporte social e familiar precisa ser fortalecido, entendendo-se, inclusive, as relações estabelecidas entre os membros.

No domínio meio ambiente, a relação com a autopercepção de saúde regular e péssima/má pode estar relacionado, embora não investigado, aos recursos financeiros dos idosos, o que poderia influenciar no acesso aos serviços de saúde considerando as dificuldades existentes na zona rural. Assim, é pertinente identificar as dificuldades relacionadas ao ambiente que estão favorecendo a pior autopercepção da saúde visando estabelecer medidas adaptativas que minimizem esses fatores.

Na faceta funcionamento dos sentidos, a literatura científica descreve que o funcionamento do sensorio pode ficar comprometido pela presença de doenças, uso de medicamentos e pelo próprio processo de envelhecimento.¹⁰ Nesse sentido, torna-se relevante identificar as perdas sensoriais e realizar o estabelecimento de medidas corretivas.

Referente à faceta autonomia, a relação com a ausência de renda e a autopercepção de saúde regular, destaca-se que considerando as dificuldades ambientais existentes na zona rural, somada à baixa renda dos idosos, depreende-se que a limitação de recursos financeiros pode estar dificultando a liberdade de decisão que, por conseguinte, diminui a autoestima e influencia negativamente na percepção da saúde, quando comprometida.

Na faceta atividades passadas, presentes e futuras destacaram-se a autopercepção de saúde péssima/má e regular como preditores dos menores escores de QV. Essa faceta mensura a satisfação com o que foi alcançado, a oportunidade para conseguir outras coisas na vida e o que pode esperar do futuro.¹⁴ Assim, a percepção ruim da saúde, pelo idoso, está relacionada a insatisfação com o contexto de ganhos no decorrer da vida e do

que se espera do futuro. A pouca perspectiva de aquisições futuras pode comprometer mais a saúde e a QV, caso o idoso permaneça passiva mediante as situações cotidianas.

Em relação à faceta participação social, relaciona-se com a participação em atividades junto à comunidade.¹¹ Assim, infere-se que a autopercepção negativa da saúde influencie na participação social, possivelmente pelas piores condições de saúde. Há de se considerar, ainda, que no espaço rural as oportunidades de participação em atividades da comunidade são escassas. A ausência de uso do álcool como fator que impacta negativamente na QV pode ser devido ao paradoxo da causalidade reversa, ou seja, o idoso que tem hábito alcoólico tenderia a buscar espaços para socialização, favorecendo a participação em atividades comunitárias.

Destaca-se, ainda, que na faceta morte e morrer, a pior autopercepção de saúde está contribuindo para ampliar o temor à morte, fazendo com que os idosos se sintam menos tranquilos em relação a esta questão. Pode-se buscar apoio junto às instituições religiosas que sejam compatíveis com as crenças do idoso, para que ele tenha a oportunidade de refletir sobre este aspecto e superar o temor frente à morte.

Referente à faceta intimidade ressalta-se que envolve a capacidade em estabelecer relações pessoais e íntimas.¹¹ A ausência de companheiro tem comprometido a QV do idoso. Por outro lado, inquérito realizado em Botucatu-SP verificou que a presença de relacionamentos pessoais contribuiu para maior satisfação com a saúde.²⁰ Nessa investigação os resultados demonstram a relação inversa, em que a percepção negativa da saúde associa-se com a pior QV relacionado ao estabelecimento de relações sociais.

Ressalta-se que a ESF representa um papel salutar na prática do cuidado em saúde por corresponder à porta de entrada do usuário com o serviço de assistência e devido à possibilidade de acompanhamento longitudinal e vínculo com a equipe. Nesse contexto, a utilização de instrumentos que mensurem a QV da população pelos profissionais de saúde pode funcionar como indicador das dimensões de vida mais comprometidas²¹ dos idosos e servir como subsídio para o desenvolvimento de ações específicas de saúde. Acredita-se que nessas ações o cuidado deva considerar a realidade do indivíduo, ouvindo-o em seus anseios e dúvidas proporcionado o compartilhamento de saberes e práticas.²² Nesse contexto, ressalta-

se a relevância da comunicação efetiva na relação profissional-idoso.²³

CONCLUSÃO

O presente estudo evidenciou na zona rural investigada predomínio de homens, na faixa etária entre 60-70 anos. A maioria possuía um companheiro e tinha baixa escolaridade e renda. De forma geral, os idosos avaliaram a QV como boa e estavam satisfeitos com a saúde. Na análise da QV verificou-se menor escore no WHOQOL-BREF para o domínio meio ambiente e no WHOQOL-OLD, na faceta participação social.

A autopercepção negativa da saúde, o maior número de doenças, a ausência de renda, o uso de medicações, a ausência de companheiro e a ausência de etilismo estiveram associados aos menores escores de QV entre os idosos residentes no espaço rural. Destaca-se que a autopercepção negativa da saúde foi a variável que mais esteve presente nos domínios e facetas que compõem a mensuração da QV. Novos estudos merecem ser conduzidos em outras localidades para verificar o impacto dessa variável na QV. Destaca-se que o recorte transversal, limitação deste estudo, não permite estabelecer relações de causalidade entre as variáveis investigadas. Contudo, essa pesquisa permitiu aprofundar o conhecimento sobre o perfil socioeconômico e a situação de saúde dos idosos residentes na zona rural, bem como os fatores que podem impactar a QV dessa população. Assim, esses resultados podem contribuir para o desenvolvimento de ações de saúde direcionadas a essa clientela.

FINANCIAMENTO

Estudo realizado com apoio financeiro da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais (FAPEMIG) e do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq)

REFERÊNCIAS

1. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Síntese de indicadores sociais uma análise das condições de vida da população brasileira [Internet]. Rio de Janeiro; 2010 [cited 2011 Dec 5]. Available from: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/indicadoresminimos/sinteseindicsoais2010/SIS_2010.pdf
2. Brasil. Ministério da Saúde. DATASUS [Internet]. Brasília; 2010 [cited 2012 Jun 12]. Available from: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?ibge/cnv/popmg.def>
3. Brasil. Ministério da Saúde. DATASUS [Internet]. Brasília; 2009 [cited 2011 Apr 27]. Available from: <http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/cadernos/cadernosmap.htm>
4. Travassos C, Viacava F. Acesso e uso de serviços de saúde em idosos residentes em áreas rurais, Brasil, 1998 e 2003. Cad Saúde Publica. 2007;2(10):2490-502.
5. Jôia CL, Ruiz T, Donalísio RM. Condições associadas ao grau de satisfação com a vida entre a população de idosos. Rev Saúde Publica. 2007;41(1):131-8.
6. WHOQOL Group. The world health organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the world health organization. Soc Sci Med. 1995;41(10):1403-9.
7. 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.
8. Martins AMEBL, Barreto SM, Silveira MF, Santa-Rosa TTA, Pereira RD. Autopercepção da saúde bucal entre idosos brasileiros. Rev Saúde Publica. 2010;44(5):912-22.
9. Oliveira BHD, Yassuda MS, Cupertino APFB, Neri AL. Relações entre padrão do sono, saúde percebida e variáveis socioeconômicas em uma amostra de idosos residentes na comunidade - Estudo PENSA. Ciênc saúde coletiva. 2010;15(3):851-60.
10. Ricci NA, Gazzola JM, Coimbra IB. Sistemas sensoriais o equilíbrio corporal dos idosos. Arq. bras. ciênc. saúde. 2009;34(2):94-100.
11. Fleck MP, Chachamovich E, Trentini C. Desenvolvimento e validação da versão em Português do módulo WHOQOL-OLD. Rev Saúde Pública. 2006;40:785-91.
12. 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.
13. Ramos LR. Growing old in São Paulo, Brazil. Assessment of health status and family support of the elderly of different socioeconomic strata living in the community. London: London School of Hygiene and Tropical; 1987.
14. 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.

15. Rigo II, Paskulin LMG, Moraes EP. Capacidade funcional de idosos de uma comunidade rural do Rio Grande do Sul. *Rev. gaúch. enferm.* 2010;31(2):254-61.
16. Tavares VO, Teixeira KMD, Wajnman S, Loreto MDS. Interface entre a renda dos idosos aposentados rurais e o contexto familiar. *Texto & contexto enferm.* 2011;10(1): 94-108.
17. Dal Pizzol TS, Pons ES, Hugo FN, Bozzetti MC, Sousa MLR, Hilgert JB. Uso de medicamentos entre idosos residentes em áreas urbanas e rurais de município no Sul do Brasil: um estudo de base populacional. *Cad Saúde Pública.* 2012;28(1):104-14.
18. Celich SLK, Creutzberg M, Goldim JR, Gomes I. Envelhecimento com qualidade de vida: a percepção de idosos participantes de grupos de terceira idade. *REME rev min enferm.* 2010;14(2):226-32.
19. Marcellini F, Giuli C, Gagliardi C, Papa R. Aging in Italy: Urban- rural differences. *Arch Gerontol Geriatr.* 2007; 44(3):243-60.
20. Jóia LC, Ruiz T, Donalísio MR. Grau de satisfação com a saúde entre idosos do município de Botucatu, Estado de São Paulo, Brasil. *Epidemiol. serv. saúde.* 2008; 17(3):187-94.
21. Chiesa AM, Fracolli LA, Zoboli ELPC, Maeda ST, Castro DFA, Barros DG, et al. Possibilities of the WHOQOL-Bref for health promotion in the Family Health Strategy. *Rev Esc Enferm USP.* 2011;45(Esp.2):1741-5.
22. Pinto BK, Soares DC, Cecagno D, Muniz RM. Promoção da saúde e intersetorialidade: um processo em construção. *REME rev min enferm.* 2012;16(4):487-93.
23. Marchiori GF, Dias FA, Tavares DMS. Quality of life among elderly with and without companion. *J Nurs UFPE on line [Internet].* 2011 [cited 2014 Apr 08];7(4):1098-106. Available from: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermage/index.php/revista/article/view/4053/pdf_2369

Submissão: 29/02/2014

Aceito: 21/08/2015

Publicado: 01/11/2015

Correspondência

Darlene Mara dos Santos Tavares

Rua Jonas de Carvalho, 420

Bairro Olinda

CEP 38055-440 – Uberaba (MG), Brasil