

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL – UFRGS
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO ACADÊMICO

GISELE GAMBIN

QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS DO MEIO RURAL USUÁRIOS DA
ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Porto Alegre
2013

GISELE GAMBIN

**QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS DO MEIO RURAL USUÁRIOS DA
ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

Dissertação de Mestrado vinculada junto a área de concentração Políticas e Práticas em Saúde e Enfermagem e a linha de pesquisa Promoção, Educação e Vigilância em Saúde e Enfermagem do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul(UFRGS) como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Prof^a Dr^a Lisiane Manganelli Girardi Paskulin.

Porto Alegre
2013

CIP - Catalogação na Publicação

Gambin, Gisele
Qualidade de vida de idosos do meio rural
usuários da estratégia de saúde da família / Gisele
Gambin. -- 2013.
128 f.

Orientadora: Lisiane Manganelli Girardi Paskulin.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do
Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Programa de
Pós-Graduação em Enfermagem, Porto Alegre, BR-RS, 2013.

1. Qualidade de vida. 2. Idoso. 3. População
rural. 4. Atenção Primária à Saúde. 5. Estudos
transversais. I. Paskulin, Lisiane Manganelli
Girardi, orient. II. Título.

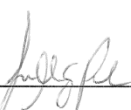
GISELE GAMBIN

Qualidade de vida entre idosos do meio rural usuários da Estratégia de Saúde da Família.

Dissertação apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Aprovada em Porto Alegre, 02 de abril de 2013.

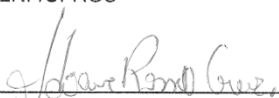
BANCA EXAMINADORA



Profa. Dra. Lisiane M. G. Paskulin
Presidente da Banca – Orientadora
PPGENF/UFRGS



Profa. Dra. Eliane Pinheiro de Moraes
Membro da banca
PPGENF/UFRGS



Profa. Dra. Idiane Rosset Cruz
Membro da banca
EENF/UFRGS



Profa. Dra. Elizeth Paz da Silva Heldt
Membro da banca
PPGENF/UFRGS

Dedico esta dissertação...
... e amor profundo e verdadeiro
ao meu marido Flávio José Albarello;
...e todos os dias da minha vida
ao meu filho que logo irá nascer,
Murilo Gambin Albarello.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por guiar meus passos e acolher minhas preces.

Aos idosos que participaram deste estudo, por terem aberto as portas das suas casas contribuindo para que este estudo fosse concluído. Muito obrigada!

Ao meu amor, Flávio José Albarello, por todo apoio, dedicação e força nos momentos difíceis que tivemos de superar juntos.

À minha orientadora, Lisiane Manganelli Girardi Paskulin, pelo carinho, pela confiança e por todos os ensinamentos dessa trajetória.

Aos meus pais, Leonides e Odete, e a minha irmã Ediana, por terem me apoiado incondicionalmente e oportunizado o alcance dos objetivos.

Às minhas tias Lourdes e Nelci, agradeço pelo acolhimento, apoio e incentivo.

À minha amiga Juciane Furlan Inchauspe, por todos os momentos compartilhados, pelo acolhimento das minhas lágrimas e pela nossa eterna amizade.

Às minhas amigas mais que amigas, Scheila, Grasiela e Camila Jacondino: é muito bom sentir a força da nossa amizade. Vocês moram no meu coração!

Aos meus amigos Gilson e Kelin, agradeço pelo incentivo, pela compreensão nos momentos difíceis e pela descontração quando foi necessário.

Aos amigos especiais da Secretaria Municipal de Saúde, que não mediram esforços para que este sonho fosse realizado.

À equipe da Estratégia de Saúde da Família, que soube compreender a minha ausência e sempre me ajudou nos momentos de dificuldades.

À equipe de coleta de dados, Carla Basso, Rosa Maria Zanatta, Caroline André e Fernanda Fengler, agradeço pela parceria. Sem vocês, teria sido muito difícil cumprir as metas desejadas.

As professoras que participaram da minha banca de qualificação e defesa de mestrado: Izabel Echer, Elizeth Heldt, Idiane Rosseti Cruz e Eliane Pinheiro de Moraes.

Aos integrantes do NEESFAC, pelo incentivo e pelas contribuições.

Aos professores da pós-graduação, pela formação que recebi.

Meus sinceros agradecimentos a todos que contribuíram com o resultado deste trabalho.

De coração: muito obrigada!

RESUMO

O objetivo deste estudo foi analisar a qualidade de vida (QV) entre idosos do meio rural do município de Taquaruçu do Sul, vinculados à Estratégia de Saúde da Família. Foi realizado um estudo de base populacional transversal. A amostra foi composta por 197 idosos do meio rural e da área de abrangência da Estratégia de Saúde da Família, e que apresentaram condições cognitivas medidas através do mini-exame do estado mental. Para a coleta de dados, foram utilizados: um questionário contendo variáveis socioeconômicas, demográficas, de saúde e hábitos de vida; e escalas sobre capacidade funcional e qualidade de vida. Foi realizada análise estatística descritiva e analítica. O nível de significância adotado foi de 5% ($p \leq 0,05$). Entre os respondentes, 50,8% eram do sexo masculino e 55,8% estavam na faixa etária de 60 a 69 anos. Quanto à escolaridade, 53,3% tinham de 4 a 7 anos de estudo. A maioria era aposentada por idade (93,4%) e vivia com cônjuge ou companheiro (86,3%). A morbidade mais prevalente foi a hipertensão arterial (58,4%), sendo que 46,7% tinham de uma a duas morbidades. A maioria dos idosos era independente para as atividades básicas de vida diária (ABVDs) (85,3%) e tinha um escore alto para as atividades instrumentais de vida diária (AIVDs) ($25,5 \pm 2,1$). A maior média obtida nos instrumentos de QV foi, no WHOQOL-BREF, o domínio “relações sociais” ($74,5 \pm 11,4$) e, no módulo WHOQOL-OLD, a faceta “morte e morrer” ($80,2 \pm 16,2$). Ser independente, ter melhor renda individual e familiar, ter maior escolaridade, apresentar menor número de morbidades, não ter sofrido quedas no último ano, ter menor tempo de exposição tabágica, viver com cônjuge ou companheiro e não ter referido depressão foram os fatores associados a melhor percepção de QV. Através da análise realizada, observa-se que a média dos escores de QV do meio rural foram inferiores à de outros estudos realizados no meio urbano. Já os fatores associados à QV foram semelhantes, embora pareçam influenciar a QV de modo diverso em função das peculiaridades inerentes ao meio rural. Evidencia-se a necessidade de ações pela ESF direcionadas à melhoria da QV dos idosos do meio rural.

Palavras-chaves: Qualidade de vida. Idoso. População rural. Atenção Primária à Saúde. Estudos transversais.

ABSTRACT

The objective of this study was to analyze the quality of life (QOL) among elders linked to a Strategy of Family Health, in the rural environment of the city of Taquaruçu do Sul. A cross-sectional, population-based study was realized. The sample was composed of 197 elders from the rural environment and from the Strategy of Family Health area of scope, which presented cognitive conditions measured through a mini-mental state exam. Data collection was made through: a questionnaire of health and living habits, containing socioeconomic, demographic variables and scales of functional capacity and quality of life. Statistical, descriptive and analytical analyses were performed. The adopted significance level was of 5% ($p \leq 0.05$). Among the respondents, 50.8% were male and 55.8% were in the age range between 60 to 69 years. In regards to education, 53.3% had 4 to 7 years of studies. Most were retired based on their age (93.4%) and lived with their spouses or companions (86.3%). The most prevalent morbidity was of arterial hypertension (58.4%), being that 46.7% had from one to two morbidities. Most of the elders were independent towards Basic Activities of Daily Living (ADL) (85.3%) and had a high score towards Instrumental Activities of Daily Living (IADLs) (25.5 ± 2.1). The highest average obtained through the QOL instruments was in the "social relationships" domain (74.5 ± 11.4) from WHOQOL-BREF, and the facet "death and dying" (80.2 ± 16.2) from the WHOQOL-OLD module. Being independent, having better individual and family income, having higher education, presenting fewer number of morbidities, not having suffered falls in the last year, having less time-based exposure to smoking, living with a spouse or companion and not having referred depression, were the factors associated with a better perception of the QOL. It can be observed, through the analysis performed, that the average rural environment QOL scores were lower than those in other studies performed in the urban environment. Even though they seem to influence the QOL in different ways because of the inherent environmental features in the rural environment, factors associated with QOL were similar. It is evident that there is a need for the Strategy of Family Health to take action directed towards the improvement in the QOL of elders in the rural environment.

Keywords: Quality of life. Aged.Rural population. Primary health care. Cross-sectional studies.

RESUMEN

El objetivo de este estudio fue analizar la calidad de vida (CV) entre los ancianos del medio rural del municipio de Taquaruçu do Sul, vinculados a la Estrategia de Salud de la Familia. Se realizó un estudio de base poblacional transversal. La muestra estuvo compuesta por 197 ancianos del medio rural y del área de cobertura de la Estrategia de Salud de la Familia y que presentaron condiciones cognitivas analizadas a través de un pequeño examen sobre el estado mental. Para la colecta de datos, se usaron: un cuestionario que traía las variables socioeconómicas, demográficas, de salud y hábitos de vida; y escalas sobre la capacidad funcional y la calidad de vida. Se realizó un análisis estadístico descriptivo y analítico. El nivel de significancia adoptado fue de 5% ($p \leq 0,05$). Entre los que participaron, 50,8% eran del sexo masculino y el 55,8% estaban en el grupo etario 60 y los 69 años. En relación a la escolaridad, 53,3% tenían de 4 a 7 años de estudio. La mayoría estaba jubilada por edad (93,4%) y vivía con el cónyuge o pareja (83,3%). La morbilidad más frecuente fue la hipertensión arterial (58,4%), siendo que 46,7% tenían una o más morbilidades. La mayoría de los ancianos eran independientes para las actividades básicas de la vida diaria (ABVDs) (85,3%) y tenían un alto puntaje para las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVDS) ($25,5 \pm 2,1$). El promedio mayor obtenido en los instrumentos de CV fue, en el WHOQOL-BREF, el dominio "relaciones sociales" ($74,5 \pm 11,4$) y, en el módulo WHOQOL-OLD, la faceta "muerte y morir" ($80,2 \pm 16,2$). Ser independiente, tener la mejor renta individual y familiar, tener un alto nivel de escolaridad, presentar un menor número de morbilidades, no haber sufrido caídas en el último año, haber tenido un menor tiempo de exposición al tabaco, vivir con el cónyuge o pareja y no haber sufrido de depresión fueron los factores asociados a una mejor percepción de CV. A través del análisis realizado, se observa que el promedio de los puntajes de la CV del medio rural fueron inferiores al de otros estudios realizados en el medio urbano. Ya los factores asociados a la CV fueron semejantes, aunque parecen influenciar la CV de otra manera en función de las peculiaridades inherentes al medio rural. Se nota la necesidad de acciones por parte de la ESF direccionadas a la mejoría de la calidad de vida de los ancianos del medio rural.

Descriptor: Calidad de vida. Anciano. Población rural. Atención primaria de salud. Estudios transversales.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 -	Localização da cidade de Taquaruçu do Sul-RS.....	35
Quadro 1 -	Index de Independência nas Atividades Básicas de Vida Diária (ABVDs) de Katz e tipo de classificação.....	40
Quadro 2 -	Domínios e facetas do WHOQOL-BREF	42
Quadro 3 -	Facetas e ítems do módulo WHOQOL-OLD.....	43
Quadro 4 -	Síntese dos modelos de regressão quanto aos fatores associados a uma melhor QV dos idosos do meio rural. Taquaruçu do Sul, RS, 2012.....	62

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Distribuição da população de pessoas com 60 anos ou mais residentes no meio rural, conforme gênero, grupo etário e microárea. Taquaruçu do Sul, maio de 2012.....	36
Tabela 2 -	Distribuição da amostra de pessoas com 60 anos ou mais residentes no meio rural, conforme gênero, grupo etário e microárea. Taquaruçu do Sul, maio de 2012.....	37
Tabela 3 -	Características socioeconômicas e demográficas dos idosos do meio rural. Taquaruçu do Sul, RS, 2012.....	48
Tabela 4 -	Arranjo familiar dos idosos do meio rural. Taquaruçu do Sul, RS, 2012.....	49
Tabela 5 -	Condições de saúde dos idosos do meio rural. Taquaruçu do Sul, RS, 2012.....	50
Tabela 6 -	Hábitos de vida dos idosos do meio rural. Taquaruçu do Sul, RS, 2012.....	51
Tabela 7 -	Distribuição da frequência para dependência e independência das atividades básicas de vida diária dos idosos do meio rural. Taquaruçu do Sul, RS, 2012	52
Tabela 8 -	Classificação geral das atividades básicas de vida diária dos idosos do meio rural. Taquaruçu do Sul, RS, 2012.....	52
Tabela 9 -	Distribuição da frequência para a classificação sem ajuda, com ajuda parcial e não consegue para as atividades instrumentais de vida diária. Taquaruçu do Sul, RS, 2012	53
Tabela 10 -	Valores obtidos nos domínios e na qualidade de vida geral dos idosos do meio rural através do instrumento WHOQOL-BREF. Taquaruçu do Sul, RS, 2012	53
Tabela 11 -	Valores obtidos nas facetas e no escore total da qualidade de vida dos idosos do meio rural através do módulo WHOQOL-OLD. Taquaruçu do Sul, RS, 2012	54
Tabela 12 -	Associação dos domínios da qualidade de vida, qualidade de vida geral do WHOQOL-BREF e escore total do módulo WHOQOL-OLD, segundo variáveis de interesse categóricas. Taquaruçu do Sul, RS, 2012	55

Tabela 13 -	Correlação entre os domínios da qualidade de vida, qualidade de vida geral do WHOQOL-BREF e escore total do módulo WHOQOL-OLD, segundo variáveis de interesse contínuas. Taquaruçu do Sul, RS, 2012	58
Tabela 14 -	Resultados de regressão linear multivariada para os domínios de qualidade de vida, qualidade de vida geral, escore total do WHOQOL-OLD e variáveis de interesse. Taquaruçu do Sul, RS, 2012.....	61

LISTA DE SIGLAS

ABVDs	Atividades Básicas da Vida Diária
AIVDs	Atividades Instrumentais da Vida Diária
AVC	Acidente Vascular Cerebral
DM	Diabetes Mellitus
DPOC	Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia de Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
LOAS	Lei Orgânica da Assistência Social
MEEM	Mini-Exame do Estado Mental
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
PEPI	<i>Programs for Epidemiologists</i>
PNI	Política Nacional do Idoso
PNSPI	Programa Nacional de Saúde da População Idosa
PSF	Programa de Saúde da Família
QV	Qualidade de Vida
RMV	Renda Mensal Vitalícia
SABE	Projeto Saúde Bem-Estar e Envelhecimento
SESC	Serviço Social do Comércio
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFRGS	Universidade Federal do Rio Grande do Sul
UNITI	Universidade para Terceira Idade
WHOQOL	<i>World Health Organization Quality of Life</i>
WHOQOL-BREF	<i>World Health Organization Quality of Life – BREF</i>
WHOQOL-OLD	<i>World Health Organization Quality of Life – OLD</i>

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	15
2	OBJETIVOS	19
2.1	OBJETIVO GERAL.....	19
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	19
3	REVISÃO DE LITERATURA	20
3.1	POLÍTICAS DE SAÚDE DO IDOSO.....	20
3.2	ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA E A POPULAÇÃO IDOSA	23
3.3	QUALIDADE DE VIDA	26
3.4	QUALIDADE DE VIDA DO IDOSO.....	28
3.5	INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DA OMS	29
3.6	ESTUDOS SOBRE IDOSO DO MEIO RURAL	31
4	MÉTODOS	34
4.1	TIPO DE ESTUDO	34
4.2	CAMPO DE ESTUDO	34
4.4	INSTRUMENTOS PARA A COLETA DE DADOS.....	38
4.4.1	Mini-Exame do Estado Mental	38
4.4.2	Questionário Socioeconômico, Demográfico, de Saúde e Hábitos de Vida	38
4.4.3	Instrumento de Avaliação das Atividades Básicas de Vida Diária (ABVDs)	40
4.4.4	Instrumento de Avaliação das Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVDs)	41
4.4.5	Instrumento WHOQOL-BREF	41
4.4.6	Instrumento WHOQOL-OLD	42
4.5	COLETA DE DADOS	44
4.6	ANÁLISE DOS DADOS	45
4.7	ESTUDO-PILOTO.....	45
4.8	ASPECTOS BIOÉTICOS	46
5	RESULTADOS	47

5.1	CARACTERIZAÇÃO SOCIOECONÔMICA, DEMOGRÁFICA, DE SAÚDE E HÁBITOS DE VIDA DA POPULAÇÃO IDOSA DO MEIO RURAL	47
5.2	AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE FUNCIONAL DOS IDOSOS DO MEIO RURAL	51
5.3	AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DOS IDOSOS DO MEIO RURAL	53
5.4	FATORES ASSOCIADOS À QUALIDADE DE VIDA DOS IDOSOS DO MEIO RURAL.....	54
6	DISCUSSÃO	63
6.1	CARACTERIZAÇÃO SOCIOECONÔMICA, DEMOGRÁFICA, DE SAÚDE E HÁBITOS DE VIDA DA POPULAÇÃO IDOSA DO MEIO RURAL	63
6.2	AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE FUNCIONAL DOS IDOSOS DO MEIO RURAL	71
6.3	QUALIDADE DE VIDA DOS IDOSOS DO MEIO RURAL.....	73
6.4	FATORES ASSOCIADOS À QUALIDADE DE VIDA DOS IDOSOS DO MEIO RURAL.....	76
7	CONCLUSÕES	80
	REFERÊNCIAS	83
	APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO SOCIOECONÔMICO, DEMOGRÁFICO, DE SAÚDE DE HÁBITOS DE VIDA	95
	APÊNDICE B – MANUAL DE ORIENTAÇÃO PARA COLETA DE DADOS	99
	APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (AUXILIARES DE PESQUISA)	110
	APÊNDICE D – TERMO DE COMPROMISSO PARA UTILIZAÇÃO DE DADOS INSTITUCIONAIS	111
	APÊNDICE E – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (PARTICIPANTES)	112
	ANEXO A – MINI EXAME DO ESTADO MENTAL (MEEM)	113
	ANEXO B – AVALIAÇÃO DAS ATIVIDADES BÁSICAS DE VIDA DIÁRIA (AVDS)	115
	ANEXO C – AVALIAÇÃO DAS ATIVIDADES INSTRUMENTAIS DA VIDA DIÁRIA (AIVDS)	117
	ANEXO D – WHOQOL-BREF	118
	ANEXO E – WHOQOL-OLD	121

ANEXO F – DECLARAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE.....	126
ANEXO G – CARTA DE APROVAÇÃO DA COMISSÃO DE PESQUISA DA	127
ANEXO H – CARTA DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA	128

1 INTRODUÇÃO

A população idosa está aumentando de forma gradativa. Há vários fatores associados a esse aumento, tais como a redução da incidência de doenças infectocontagiosas, o declínio dos níveis de mortalidade e a diminuição das taxas de natalidade e fecundidade (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2009). No Brasil, há mais de 20 milhões de idosos, os quais correspondem a aproximadamente 11% da população total. Esse número pode chegar a 28 milhões nos próximos 20 anos, perfazendo 13,67% da população (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010).

Essa transição demográfica reflete mudanças importantes para a qualidade de vida (QV), já que a longevidade pode ser acompanhada de declínio funcional, emergência de doenças crônicas, maior dependência, isolamento social e perda da autonomia (DUARTE; DIOGO, 2005; ELIOPOULUS, 2011). Sabe-se que alterações funcionais podem ser superadas ou adaptadas ao estilo de vida de cada pessoa, ou seja, a pessoa não necessita da totalidade de sua reserva funcional para viver bem e com qualidade.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define a QV como: “[...] a 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.” (THE WHOQOL GROUP, 1998, p. 1405). Nota-se que a QV do idoso é marcada por outras situações que vão além das alterações funcionais, como a trajetória de vida e a maneira como percebe a sua QV.

Os estudos sobre a qualidade de vida de idosos no Brasil geralmente avaliam a sua relação com doenças crônicas e grupos de convivência ou verificam a percepção e os fatores que a influenciam (PASCHOAL, 2000; TRENTINI, 2004; VECCHIA et al., 2005; PASKULIN; VIANNA; MOLZHAN, 2009). Essas pesquisas, entretanto, enfocam apenas a área urbana e descrevem o contexto que envolve tal ambiente.

As investigações direcionadas para estudos com idosos do meio rural são escassas e objetivam caracterizar a população residente nesse meio, dificuldades de acesso aos serviços de saúde, baixa escolaridade e *status* socioeconômico além das influências que o meio exerce na saúde das pessoas (MORAIS, 2007; ALCÂNTARA, 2009; TONEZER, 2009). A qualidade de vida do idoso do meio rural já foi explorada em poucos estudos internacionais, como os realizados na Tanzânia, no Vietnã e na Indonésia (HOI; CHUC; LINHOLM, 2010; MWANYANGALA et al., 2010; NG et al., 2010). Observa-se, nesses estudos, que a percepção da QV encontra-se significativamente reduzida nessa etapa da vida.

Na Tanzânia, a população idosa representava 4% da população total de 34 milhões em 2002. Pesquisa realizada na região de Morogoro, nesse país, verificou que a QV diminuiu com o aumento da idade e que ter uma melhor QV estava associado a ser homem casado, além de não pertencer ao grupo dos idosos mais velhos (MWANYANGALA et al., 2010).

No Vietnã, a população idosa correspondia em 2006 a 9,2% da população, sendo que 72,6% da mesma residia no meio rural e a expectativa de vida no país era de 72 anos. Um estudo realizado nesse país aplicou o EQ-5D, desenvolvido pelo grupo Euroqol, instrumento que avalia QV relacionada à saúde. Essa investigação foi realizada através de inquérito domiciliar. Na população estudada, os autores verificaram que ser chefe de família, continuar trabalhando, apresentar melhor nível educacional e melhor renda esteve associado a uma melhor percepção de QV (HOI; CHUC; LINHOLM, 2010).

Na Indonésia, onde os idosos correspondiam a 8,4% da população total em 2005, foi realizado um estudo que avaliou QV, por meio do instrumento WHOQOL, em idosos residentes no meio rural no distrito de Purworejo. Os pesquisadores identificaram que os idosos que pertenciam a grupos com pior condição socioeconômica e nível educacional tinham 3,4 vezes mais chances de se perceber com pior QV do que os que pertenciam aos grupos com melhor condição socioeconômica e nível educacional (NG et al., 2010).

Publicações sobre a avaliação da QV no meio rural são escassos no Brasil, ou seja, esse meio ainda necessita ser explorado, dadas as particularidades inerentes a ele e as influências que estas exercem na vida das pessoas que optaram por viver em tal ambiente (TAVARES et al., 2012; BELTRAME et al., 2012).

A distribuição da população de idosos no Brasil insere-se no contexto do processo de urbanização em que se observa uma redução na proporção dos que vivem na área rural. De acordo com dados do IBGE (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2000; 2010), os idosos residentes em área rural passaram de 23,3% em 1991 para 15,6% em 2010. No Rio Grande do Sul, esse índice é um pouco maior, se comparado com dados do Brasil, correspondendo a 17% em 2010 (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010).

Desse modo, entende-se que há muitas pessoas no Brasil, dentre elas os idosos, residindo no meio rural, cujas influências são singulares, na medida em que a história, os hábitos de vida e a estrutura familiar interferem na QV. Os estudos brasileiros direcionados ao idoso do meio rural apontam, por um lado, para as dificuldades de acesso aos serviços de saúde e, por outro, para a presença de uma rede social de apoio mais bem-estruturada e

melhor capacidade funcional (SEQUEIRA; SILVA, 2002; CAMARANO; PASINATTO, 2004; MORAIS, 2007).

A hipótese desse estudo foi que ser idoso jovem, ter maior escolaridade, melhor renda, ser responsável pelo domicílio, viver com cônjuge ou companheiro seriam fatores associados a melhor QV.

Em municípios de pequeno porte, observa-se que o contingente populacional rural ainda é expressivo. Nesse sentido, o município de Taquaruçu do Sul, no interior do Estado do Rio Grande do Sul, também apresenta dados significativos, se comparado com dados do Brasil e do Estado, sendo a população idosa maior no meio rural e correspondendo a 60,8% em 2010 (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010). De acordo com Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2011), meio urbano é definido como áreas urbanizadas ou não, internas ao perímetro urbano das cidades ou vilas, ou as áreas urbanas isoladas conforme definido por lei municipal vigente enquanto que o meio rural caracteriza-se por toda a área fora dos limites urbanos.

No contexto dos serviços de saúde desse município, insere-se a Estratégia de Saúde da Família (ESF), que tem como atribuições desenvolver atividades de promoção, prevenção em saúde com foco no sujeito, na família e na comunidade em que vive, além de ações voltadas para o tratamento de agravos e reabilitação. Além disso, propõe ações voltadas para atender às necessidades de saúde da população idosa e planeja suas atividades com um olhar diferenciado, visto que tem aumentado o índice de idosos parcial e totalmente dependentes, sobretudo no caso de idosos longevos.

Diante de tal realidade, nesse município são realizadas consultas de enfermagem e médicas, além de outras atividades de promoção em saúde. A equipe interdisciplinar realiza oficinas terapêuticas, participa dos grupos da terceira idade e dedica-se à orientação dos cuidadores. O processo de orientação dos cuidadores ocorre tanto de forma individual (nos domicílios) quanto em grupo (nas comunidades), com o objetivo de trocar experiências, compartilhar as dificuldades e as possibilidades do cuidado diário, bem como adquirir os conhecimentos transmitidos pela equipe de saúde.

Portanto, a ESF ocupa papel de destaque, em especial ao desenvolver atividades assistenciais, educativas, de promoção e recuperação da saúde (MARTINS et al., 2007). Logo, acredita-se que conhecer a percepção de QV nessa região proporcionará subsídios para (re)pensar a assistência e o cuidado que estão sendo dispensados a esses usuários.

O enfermeiro, profissional integrante da ESF, deve estar atento às questões que envolvem o envelhecimento a fim de articular saberes que possam nortear a sua prática e

possibilitar a melhoria da assistência prestada. Avaliar a QV, nessa perspectiva, é fundamental para o desenvolvimento de ações específicas voltadas à promoção de saúde. Estudos relacionados à QV poderão resultar em mudanças nas práticas assistenciais e na consolidação de novos paradigmas do processo saúde-doença, o que pode ser de grande valia para a superação de modelos de atendimento eminentemente biomédicos, que negligenciam aspectos socioeconômicos, psicológicos e culturais relevantes nas ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação em saúde (SEIDL; ZANNON, 2004).

A análise da QV dos idosos é um importante caminho para se conhecer melhor aqueles a quem se presta o cuidado, permitindo a proposição de intervenções para além do tratamento das doenças. Além disso, tal informação pode ser utilizada como indicador na avaliação em saúde (PASKULIN; VIANNA; MOLZHAN, 2009).

Assim, conhecendo e caracterizando esse grupo etário, será possível o desenvolvimento de ações voltadas à prática do envelhecimento saudável, contribuindo para que os idosos vivam de maneira autônoma e independente.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar a qualidade de vida dos idosos no meio rural do município de Taquaruçu do Sul (RS).

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) descrever o perfil socioeconômico, demográfico, de saúde e hábitos de vida dos idosos do meio rural;
- b) investigar a percepção acerca da qualidade de vida desses idosos;
- c) identificar as variáveis de interesse associadas a uma melhor percepção de QV dos idosos do meio rural.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 POLÍTICAS DE SAÚDE DO IDOSO

À medida que as sociedades envelhecem, os problemas de saúde entre os idosos desafiam os sistemas de saúde e de seguridade social, emergindo, assim, a necessidade do desenvolvimento de políticas públicas focadas na população idosa. A trajetória para a construção dessas políticas iniciou-se há poucas décadas e continua em aprimoramento para que cada vez mais se atenda às necessidades desse público.

Considera-se que as políticas públicas de saúde têm o objetivo de assegurar atenção a toda a população. Por meio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, tenta-se garantir a integralidade da atenção, o que vai ao encontro das diferentes realidades e necessidades de saúde da população e dos indivíduos (BRASIL, 2010).

Para Camarano e Pasinato (2004), a construção das políticas de envelhecimento no Brasil foi iniciada com a criação da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia em 1961. Em 1976, foi elaborado um documento federal, resultado de três seminários regionais ocorridos em São Paulo, Belo Horizonte e Fortaleza, além de um seminário nacional, que tiveram como finalidade identificar as condições de vida do idoso brasileiro e verificar o apoio assistencial existente para atender às suas necessidades.

O marco inicial para o estabelecimento de uma agenda internacional de políticas públicas para a população idosa foi a Primeira Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento, ocorrida em Viena em 1982. Esse evento foi considerado como o primeiro fórum global intergovernamental centrado na questão do envelhecimento populacional e resultou na aprovação de um plano global de ação. O Plano Internacional de Ação adotado na Primeira Assembleia Mundial foi estruturado em forma de 66 recomendações para os estados membros, referentes a sete áreas: “[...] saúde e nutrição, proteção ao consumidor idoso, moradia e meio ambiente, família, bem-estar social, previdência social, trabalho e educação.” (ASAMBLEA MUNDIAL SOBRE EL ENVEJECIMIENTO, 1982).

A Constituição Federal Brasileira, aprovada em 1988, sofreu influências dos movimentos de reforma sanitária ocorridos no Brasil no que tange à área da saúde. Nesse sentido, legitimou a saúde como direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem não só à redução do risco de doença e de outros agravos, mas também ao acesso universal e igualitário a ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação, assim como salário mensal ao idoso desprovido de recursos para sua

própria manutenção (BRASIL, 1988). Com isso, introduziu-se o conceito de seguridade social, fazendo com que a rede de proteção social deixasse de estar vinculada apenas ao contexto estritamente social-trabalhista e assistencialista, passando a adquirir uma conotação de direito de cidadania (CAMARANO; PASINATTO, 2004).

Os direitos dos idosos assegurados na Constituição de 1988 foram regulamentados através da Lei nº 8.742/93, chamada Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS). Por meio dessa lei, instituiu-se o Benefício de Prestação Continuada, que consiste no repasse de um salário-mínimo mensal dirigido às pessoas idosas e portadoras de deficiência que não tenham condições de sobrevivência. Esse benefício tem como princípio central de elegibilidade a incapacidade para o trabalho (BRASIL, 1993).

A criação da Política Nacional do Idoso (PNI), instituída pela Lei nº 8.842/94, regulamentada em 3 de junho de 1996 através do Decreto nº 1.948/96, ampliou significativamente os direitos dos idosos. Essa política é norteada por cinco princípios que objetivam envolver a família, a sociedade e o Estado em ações que visam a assegurar os direitos dos idosos. Destacam-se, nessa política, alguns critérios a serem observados em sua implementação, como diferenças econômicas, sociais, regionais e, em particular, as contradições entre o meio rural e o urbano do Brasil (BRASIL, 1994).

No âmbito dessa política, estão incluídas ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde, além das responsabilidades do governo na área da saúde que consistem em fiscalizar as instituições geriátricas e hospitalares, treinar profissionais para desenvolver a gerontologia e realizar estudos epidemiológicos de determinadas doenças do idoso, com vistas ao desenvolvimento de ações estratégicas voltadas para a saúde dessas pessoas (BRASIL, 1994).

A acessibilidade foi outro aspecto observado na criação de políticas do idoso. As Leis nº 10.048/2000 e nº 10.098/2000 asseguram o atendimento prioritário de idosos em estabelecimentos públicos e a promoção da acessibilidade aos portadores de deficiência ou pessoas com mobilidade reduzida, respectivamente (BRASIL, 2000a; 2000b). Entende-se que, para execução plena da lei, é necessária a conscientização da sociedade no sentido de contribuir com o processo de socialização do idoso.

A Segunda Assembleia Mundial sobre Envelhecimento aconteceu em Madri no ano de 2002. Os temas discutidos nesse evento envolveram a participação do idoso na sociedade, as questões relacionadas à saúde, a criação de medidas para o desenvolvimento do bem-estar na velhice e o envelhecimento saudável (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2003). A Assembleia de Madri influenciou o desenvolvimento de políticas dirigidas ao idoso em todo o

mundo, especialmente nos países em desenvolvimento, que se encontravam diante de uma população idosa crescente e necessitada de atenção diferenciada.

O Brasil estava entre esses países e acatou as proposições da assembleia. Entre outras medidas, foi proposta inicialmente a implantação de redes estaduais de assistência à saúde do idoso e, alguns anos mais tarde, a criação de critérios para o cadastramento dos centros de referência em atenção à saúde do idoso, conforme a Portaria GM/MS nº 702/2002 (BRASIL, 2002).

O Estatuto do Idoso foi criado e regulamentado por meio da Lei nº 10.741/2003. Esse instrumento garante ao idoso gozar de seus direitos fundamentais, incluindo a saúde física e mental e o direito de viver em sociedade. O documento reforça que a família, a sociedade e o poder público exercem papéis fundamentais para a efetivação do direito à vida, à saúde, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária (BRASIL, 2003).

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) foi criada em 2006 com a finalidade de ampliar a atenção aos idosos. As diretrizes enfatizam ações direcionadas ao envelhecimento saudável, à assistência integral à saúde, à formação de profissionais capacitados, ao controle social, ao desenvolvimento de estudos e pesquisas, bem como à divulgação nacional da PNSPI. Essa iniciativa baseia-se nas recomendações previstas no Plano de Madri, elaborado em 2002, durante a Assembléia Mundial para o Envelhecimento.

A PNSPI enfrentou dificuldades em sua implementação, principalmente pela falta de sensibilização dos gestores diante dos problemas enfrentados pela população idosa. Em consequência disso, foi estabelecido o Pacto pela Saúde, com o objetivo de responsabilizar os gestores a executar ações, estabelecer metas e cumpri-las em diversas áreas, inclusive na que está sendo abordada. Assim, a implantação da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, o Manual de Atenção Básica à Saúde da Pessoa Idosa, a implantação do acolhimento ao idoso nas Unidades de Saúde, a assistência farmacêutica e a instituição da atenção domiciliar ao idoso foram algumas das metas estabelecidas pelo Pacto pela Saúde (BRASIL, 2006).

Do mesmo modo, como parte da Política Nacional de Atenção ao Idoso, foi instituído um comitê para assessorar políticas de prevenção e promoção dos cuidados de osteoporose e quedas (BRASIL, 2007), além de um protocolo clínico contendo as diretrizes terapêuticas para o tratamento da doença de Alzheimer (BRASIL, 2010). A elaboração de políticas de saúde direcionadas à população idosa está sendo um marco para a saúde, visto que muitas ações já foram implantadas e vários direitos foram conquistados. Entretanto, muitas ações ainda precisam ser elaboradas e implantadas nas diversas áreas, havendo a necessidade de

formar gestores comprometidos e profissionais capacitados para atender os indivíduos que se encontram nessa fase da vida.

3.2 ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA E A POPULAÇÃO IDOSA

O Programa Saúde da Família (PSF) surgiu em 1994, como parte das políticas de saúde criadas no Brasil, e apoiou-se na atenção básica para implementar ações de saúde centradas tanto na promoção, prevenção, recuperação, reabilitação de danos e agravos mais frequentes quanto na manutenção da saúde da comunidade (BRASIL, 2012). Essa estratégia busca atender à população em todas as fases da vida, inclusive o idoso, que demanda uma assistência diferenciada em virtude das alterações físicas, psíquicas e da prevalência de doenças crônico-degenerativas que surgem com o envelhecimento (BRASIL, 2010).

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) é considerada a porta de entrada do usuário e o espaço privilegiado para a atenção integral à saúde, pois a sua forma de atuação permite uma aproximação com a realidade do idoso e dele para com o sistema de saúde (OLIVEIRA; TAVARES, 2010). Dessa forma, é possível elaborar e executar ações que atendam às reais necessidades dos idosos e contribuir para um envelhecimento com qualidade, autonomia, independência e respeito aos direitos desses cidadãos.

O Ministério da Saúde (MS) elaborou o Caderno de Atenção Básica, em 2006, intitulado “Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa”, a fim de guiar as ações da atenção básica e da ESF. Esse documento destaca que a atenção à saúde do idoso deve constituir-seem um processo multidimensional, englobando a avaliação do ambiente, a relação do profissional de saúde/idoso e do profissional de saúde/familiares, além da história clínica (BRASIL, 2006). As competências, habilidades e atribuições da ESF voltadas para a pessoa idosa (BRASIL, 2006, p. 27) incluem:

[...] conhecimento da realidade da família; identificação dos problemas de saúde e situações de risco; vigilância da saúde da pessoa idosa; estabelecimento de vínculo com a família e o idoso; visitas domiciliares; prestação de assistência integral e continuada; garantia de acesso em um sistema de referência e contra-referência; coordenação e organização de grupos de saúde; promoção de ações intersetoriais para o enfrentamento de problemas.

Segundo Piccini et al. (2006), a ESF poderá caracterizar os idosos por meio de indicadores sociodemográficos, hábitos de vida, conhecimentos sobre hábitos saudáveis, percepção acerca da própria saúde, limitações na autonomia, cuidados domiciliares regulares, prevalência de hipertensão arterial e diabetes mellitus. Posteriormente a isso, será necessário o

desenvolvimento de ações direcionadas para redução de danos e agravos, promoção do autocuidado, envolvimento dos familiares e cuidadores nesse processo para que eles também contribuam para um envelhecimento mais saudável com menor sofrimento físico e/ou mental (GIACOMIN; SARTINI; GESTEIRA, 2005).

Nesse contexto, a família assume grande importância frente ao cuidado com o idoso. Portanto, cabe à equipe de saúde identificar como as famílias estão respondendo às necessidades dessas pessoas, já que comumente são observadas dificuldades em lidar com as incapacidades funcionais, sobretudo por estarem envolvidos em relações afetivas pautadas na história de cada família (SOUZA; SKUBS; BRETAS, 2007). Diante disso, a ESF tem o papel de capacitar e orientar os cuidadores para que exerçam essa função com maior segurança, reduzindo danos e cuidando do idoso com melhor qualidade (PORTELLA, 2010). O atendimento continuado do idoso e das famílias deve ser estabelecido para conhecer profundamente os problemas, firmar vínculos de confiança e responsabilidade com os indivíduos, as famílias e as comunidades (BRASIL, 2006).

O cuidado do idoso no contexto domiciliar é uma estratégia facilitadora a ser utilizada pela equipe de saúde da família e vem ao encontro dos princípios norteadores da PNSPI (BRASIL, 2006). Para Duarte e Diogo (2005), o atendimento domiciliar permite à equipe de saúde acompanhar o idoso dependente, aquele em situação de pós-alta hospitalar, a fim de evitar reinternações, possibilitar a reabilitação e instruir a família nos cuidados.

De acordo com Borges e Telles (2010), alguns entraves ainda precisam ser superados pelas equipes de saúde que realizam o atendimento domiciliar. Segundo os autores, a atuação dos profissionais ainda prioriza o modelo tradicional das Unidades Básicas de Saúde (UBS), com ações de caráter curativista, segmentado e com foco nas patologias agudas ou crônicas, de modo que o cuidado domiciliar é realizado quando estes já se encontram em situação de dependência avançada.

A ESF pode realizar a avaliação da capacidade funcional, a aplicação da escala de depressão geriátrica e do Mini-Exame do Estado Mental (MEEM), além de rastrear possíveis problemas comuns nessa fase da vida (GIACOMIN; SARTINI; GESTEIRA, 2005). A PNSPI reconhece que a funcionalidade ainda é um paradigma em termos de saúde do idoso e requer um olhar diferenciado por parte dos serviços de saúde para que sejam estabelecidas as possíveis intervenções.

A ESF também pode intervir sobre o ambiente onde vive o idoso. Para Duarte e Diogo (2005), um ambiente inadequado favorece quedas, traumas e isolamento social, já que o processo de envelhecimento traz consigo dificuldades cognitivas, de mobilidade e de visão.

As mudanças relacionadas ao ambiente devem ocorrer tanto no domicílio quanto nos estabelecimentos públicos como a UBS. Na atenção básica, a ESF pode utilizar o Manual de Estrutura Física das Unidades Básicas de Saúde para adequação ou construção de uma nova UBS e, assim, diminuir as barreiras arquitetônicas, facilitando o acesso dos idosos (BRASIL, 2008).

Outro aspecto a ser abordado e priorizado pela ESF é o envelhecimento saudável, também destacado na PNSPI. O processo de conscientização sobre hábitos saudáveis, modificações no estilo de vida, controle de doenças crônicas, estímulo à socialização por meio de grupos de convivência, além do preparo do idoso para a cessação das atividades que até então desempenhava, estão entre as atividades essenciais para um envelhecimento saudável.

Sabe-se que o processo de envelhecimento e o idoso são singulares; portanto, os profissionais de saúde precisam desenvolver a capacidade de discernir entre o envelhecimento patológico e fisiológico a fim de que possam realizar um diagnóstico adequado da situação de saúde da sua população-alvo e intervir de maneira eficiente (HORTA; FERREIRA; ZHAO, 2010; MELO et al., 2009).

O enfermeiro é um dos profissionais que constituem a ESF e deve estar devidamente capacitado para atuar na atenção ao idoso por meio das consultas de enfermagem, grupos de saúde e visitas domiciliares, pois tais medidas favorecem a compreensão do espaço social dos sujeitos e familiares, facilitam a assistência e permitem a construção do vínculo com os cuidadores que desenvolvem uma atenção privilegiada (DUARTE; DIOGO, 2005; OLIVEIRA; TAVARES, 2010).

Segundo Rodrigues et al. (2007), o enfermeiro ocupa papel fundamental na atenção à saúde dos idosos, visto que geralmente é o primeiro profissional de saúde a entrar em contato com eles quando ocorre algum problema nessa área. A partir desse atendimento, cabe ao enfermeiro comunicar-se efetivamente com o idoso e sua família, realizar a avaliação multidimensional do paciente e elaborar o plano de cuidados juntamente com toda a equipe.

O cuidado de enfermagem em relação aos idosos tem como metas principais: a promoção de uma vida mais saudável, a compensação de limitações e incapacidades, a oferta de tratamento ou cuidados específicos e a facilitação no processo de cuidar (GONÇALVES; ALVAREZ, 2006). Assim, a ESF, o enfermeiro e os demais profissionais de saúde desempenham importante papel na implementação da PNSPI a fim de analisar o idoso no contexto individual, familiar e social, assegurando que seus direitos sejam cumpridos e atendidos na integralidade.

3.3 QUALIDADE DE VIDA

O termo “condição de vida” é utilizado desde os séculos XVIII e XIX para se referir à qualidade de vida (QV). Nesse período, com o surgimento da medicina social, tiveram início investigações sistemáticas que passaram a referendar uma relação direta com a saúde e forneceram subsídios para o desenvolvimento de políticas públicas e movimentos sociais (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000).

A expressão “qualidade de vida” foi empregada pela primeira vez em 1964 por Lyndon Johnson, então presidente dos Estados Unidos, ao declarar que “[...] os objetivos não podem ser medidos através do balanço dos bancos, ou seja, eles só podem ser medidos através da qualidade de vida que proporcionam às pessoas.” (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1998b). Inicialmente, esse conceito foi partilhado por cientistas sociais, filósofos e políticos, sendo posteriormente utilizado na área da saúde, mais precisamente a partir da década de 1960.

A partir disso, observa-se que um prolongamento na expectativa de vida surgiu à medida que doenças anteriormente letais tornaram-se passíveis de ser curadas, de ter seus sintomas controlados ou, ainda, de sofrer retardo em seu curso natural (PANZINI et al., 2007). Com isso, tornou-se relevante dispor de meios capazes de mensurar a forma como as pessoas vivem esses anos a mais.

Na tentativa da elaboração de um conceito de QV, um grupo de especialistas de diferentes culturas concluiu que esta pode ser influenciada por três aspectos: a subjetividade, a multidimensionalidade e a presença de dimensões positivas e negativas (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1998b). Com base nisso, foi elaborado o conceito de QV da OMS, citado anteriormente.

Estudiosos do tema relatam que o conceito de QV passou a ampliar-se, englobando o não só o desenvolvimento socioeconômico e humano, mas também a percepção das pessoas a respeito de sua vida (PASCHOAL, 2000; TAMAI, 2010). Em virtude de sua relevância, tal conceito foi incorporado a políticas sociais como indicador de resultados, em adição ou substituição a outros significados semelhantes, tais como boa vida, felicidade e bem-estar.

A QV pode ser descrita com base em três referências: histórica (em determinada época, existe um parâmetro de QV que pode ser diferente de outra época para a mesma sociedade), cultural (valores e necessidades são diferentes nos diferentes povos) e padrões de bem-estar (estratificados entre as classes sociais, com desigualdades bastante acentuadas, em

que a idéia de QV relaciona-se ao bem-estar das camadas superiores) (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000).

O conceito de QV é relativamente recente e decorre, em parte, dos novos paradigmas que têm influenciado as políticas e práticas do setor da saúde nas últimas décadas. Os determinantes e condicionantes do processo saúde-doença são multifatoriais e complexos, de modo que saúde e doença configuram-se como processos relacionados tanto aos aspectos econômicos e socioculturais quanto à experiência pessoal e aos estilos de vida. Assim, a melhoria da QV passou a ser um dos resultados esperados das práticas assistenciais e das políticas públicas para o setor nos campos da promoção da saúde e da prevenção de doenças (SCHUTTINGA, 1995).

Uma preocupação constante do ser humano que se constitui em compromisso pessoal é a busca pela QV. Nesse sentido, observa-se que a busca pelo bem-estar associado às condições do modo de vida, como saúde, moradia, educação, lazer, transporte e trabalho, aparecem como condições essenciais. Para Buss (2000), é um desafio demonstrar que a qualidade e as condições de saúde afetam a saúde e influenciam fortemente a QV.

Saúde é um produto de amplo conjunto de fatores relacionados com a QV, incluindo o padrão adequado de alimentação e nutrição, habitação, saneamento, boas condições de trabalho, oportunidades de educação ao longo da vida, ambiente físico limpo, apoio social para as famílias e os indivíduos, estilo de vida responsável e um espectro adequado de cuidadores de saúde (BUSS, 2000).

Uma noção eminentemente humana de QV tem sido aproximada ao grau de satisfação observado na vida familiar, amorosa, socioambiental e à própria estética existencial. Pressupõe a capacidade de efetuar uma síntese cultural de todos os elementos que determinada sociedade considera como seu padrão de conforto e bem-estar. O termo abrange vários significados, que refletem conhecimentos, experiências e valores de indivíduos e coletividades que a ele se reportam em épocas, espaços e histórias diferentes, sendo, portanto, uma construção social com a marca da relatividade cultural (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000). Para reforçar essa ideia, a QV foi incorporada às políticas sociais como indicador de resultados e ampliada para significar crescimento econômico, desenvolvimento social e crescimento individual (PASCHOAL, 2000).

A QV boa ou excelente é aquela que oferece um mínimo de condições para que os indivíduos possam desenvolver o máximo de suas potencialidades, vivendo, sentindo ou amando, trabalhando, produzindo bens ou serviços, fazendo ciência ou artes, ou simplesmente existindo (RUFFINO, 1992). Sob o aspecto temporal, é vista como a vivência em que

determinada situação pode ou não proporcionar QV momentânea ou durante um período mais longo. Por isso, quem pode definir a QV de uma pessoa é ela própria ao viver e interconectar seu interior com o exterior (LENTZ et al., 2000).

Do ponto de vista espiritual e religioso, a QV pode vir a tornar-se mediadora das questões da saúde, facilitando o desenvolvimento de intervenções em saúde fundamentadas espiritualmente devido a, no mínimo, duas razões: porque é uma área de conhecimento mais recente e porque o conceito de QV é amplo e multidimensional, exigindo o engajamento de profissionais de diferentes áreas do conhecimento, o que o torna transdisciplinar (PANZINI et al., 2007).

3.4 QUALIDADE DE VIDA DO IDOSO

Atualmente, tem crescido o interesse pela QV por parte da sociedade e dos trabalhadores de saúde, tendo em vista a responsabilidade destes em proporcionar melhores condições de saúde para que a população alcance longevidade (CELICH et al., 2010; SOUZA, 2007).

Segundo Vecchia et al. (2005), a QV do idoso engloba situações referentes a relacionamentos interpessoais, equilíbrio emocional e boa saúde, ou seja, é o idoso quem prioriza a questão afetiva e a família. Além disso, hábitos saudáveis, lazer, bens materiais, espiritualidade, trabalho, caridade, conhecimento e ambientes favoráveis são prioridades para o idoso e têm relação direta com a QV. Portanto, alcançar QV significa colocar em prática um ideário de vida.

Para Neri (1999), a QV do idoso pode sofrer alterações por diversos fatores, sejam eles de natureza biológica, psicológica ou socioestrutural. Dentre eles, destacam-se os seguintes: longevidade, saúde física e mental, nível de satisfação, controle cognitivo, competência social, produtividade, atividade, eficácia cognitiva, *status* social, renda, continuidade de papéis familiares e ocupacionais e continuidade de relações informais com amigos.

Avaliar a QV do idoso exige a compreensão de que os aspectos que envolvem o envelhecimento são heterogêneos, ou seja, as pessoas vivem e percebem essa fase da vida de modo diferente, influenciados pela cultura e pelo ambiente em que vivem (PASCHOAL, 2000). Por isso, entende-se que cada idoso é um ser único que, ao longo de sua trajetória de vida, foi influenciado por eventos de natureza fisiológica, patológica, psicológica, social, cultural, ambiental e econômica (CELICH et al., 2010).

É importante destacar que a família e o ambiente familiar exercem influência direta sobre a QV dos idosos. Assim, onde predomina uma atmosfera saudável e harmoniosa entre as pessoas, há o crescimento de todos, pois todos exercem funções, papéis, lugares e posições. Além disso, as diferenças entre cada um são respeitadas e levadas em consideração. Por outro lado, onde há desarmonia, falta de respeito e não reconhecimento de limites, o relacionamento é carregado de frustrações, com indivíduos deprimidos e agressivos (CELICH et al., 2010).

As questões que envolvem a dependência e a autonomia podem interferir nos aspectos ligados à QV dos idosos por estarem associadas a relações sociais e familiares, como, por exemplo, sistema de apoio, aceitação pela comunidade, afetividade, descrição positiva do casamento e condições familiares que reforçam a percepção do convívio social e familiar (JOIA; RUIZ; DONALISIO, 2007).

A relação entre QV e doenças crônico-degenerativas retrata a necessidade de o idoso poder viver bem mesmo na presença de condições adversas de saúde. Dito de outro modo, saúde ruim não significa necessariamente pior QV, já que alguns indivíduos são capazes de superar as limitações de uma doença específica e adaptar-se na busca de seus objetivos (WIKMAN; WARDLE; STEPTOE, 2011). O grande desafio da longevidade é conseguir uma sobrevivência cada vez melhor, em que os anos vividos a mais sejam plenos de significado, levando a uma vida digna e respeitosa, que valha a pena ser vivida (PASCHOAL, 2000).

O conhecimento dos fatores relacionados à QV na velhice, em suas formas objetivas e subjetivas, reveste-se de grande relevância científica e social. A possibilidade de encontrar respostas frente à contradição de envelhecimento e bem-estar talvez aponte caminhos que conduzam à melhor compreensão do envelhecimento, dos limites e possibilidades do desenvolvimento humano, além de indicar meios que possibilitem uma melhor QV entre as pessoas na terceira idade (FLECK; CHACHAMOVICH; TRENTINI, 2003).

3.5 INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DA OMS

A expressão “qualidade de vida” já era utilizada, há algumas décadas, pela literatura médica, mas sem dispor de um conceito definido ou de um instrumento internacional que pudesse medi-la. Por isso, a OMS, por meio do Grupo de Qualidade de Vida (The WHOQOL Group) desenvolveu um projeto multicêntrico a fim de elaborar um instrumento genérico que avaliasse a QV. A construção de tal ferramenta ocorreu em quatro etapas, a saber: esclarecimento do conceito de QV, estudo-piloto qualitativo, desenvolvimento de um piloto e, por fim, teste de campo (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1998b).

O primeiro instrumento foi construído em 1995 e denominou-se *World Health Organization Quality of Life-100* (WHOQOL-100). Foi realizado um teste-piloto em 15 centros: Tailândia, Espanha, Reino Unido, Israel, Índia, Zimbábue, Austrália, Panamá, França, Rússia, Estados Unidos, Holanda, Japão, Croácia e Suíça. No total, foram entrevistadas 45.000 pessoas em todos os países e, então, foram definidos os domínios e as facetas do WHOQOL (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1995).

O WHOQOL-100 contém 100 questões que estão formuladas para uma escala do tipo Likert, com uma escala de intensidade (nada-extremamente), ou capacidade (nada-completamente), ou frequência (nunca-sempre) e avaliação (muito insatisfeito-muito satisfeito; muito ruim-muito bom). As 100 questões compõem seis domínios (físico, psicológico, nível de independência, relacionamentos sociais, meio ambiente e espiritualidade), sendo cada domínio constituído por facetas (compostas por quatro itens). Portanto, o instrumento é composto por 24 facetas específicas e uma faceta geral, que inclui questões de avaliação global de QV (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1998a).

O Grupo WHOQOL permitiu a admissão de outros centros desde que a metodologia proposta fosse aplicada: tradução do instrumento; teste-piloto discutido através de grupos focais com pacientes, população em geral e profissionais da área da saúde; desenvolvimento de uma escala de resposta e administração do piloto com 300 pessoas adultas (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1998b). No Brasil, a versão em português do instrumento WHOQOL-100 foi desenvolvida no Centro WHOQOL pelo Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1998a).

O WHOQOL-BREF é a forma abreviada do WHOQOL-100. Foi criado em 1998, devido à necessidade de instrumentos breves que demandassem menor tempo para o seu preenchimento. Esse instrumento é composto por 26 questões, sendo duas gerais de qualidade de vida, enquanto as demais representam cada uma das 24 facetas que compõem o instrumento original. No WHOQOL-BREF, cada faceta é avaliada por apenas uma questão. Esse instrumento é composto por quatro domínios: físico, psicológico, de relações sociais e de meio ambiente (THE WHOQOL GROUP, 1998).

O desenvolvimento do módulo WHOQOL-OLD teve seu início em 1999, com o objetivo de se criar e testar um módulo específico de avaliação da qualidade de vida em idosos com propriedades transculturais. O módulo WHOQOL-OLD é composto por 24 itens com resposta por escala tipo Likert de 1 a 5, divididos em seis facetas. Cada faceta é composta por quatro itens, gerando escores que variam de 4 a 20 pontos. Os escores das seis

facetadas combinadas com as respostas também geram um escore total (*overall*). As facetadas que compõem esse módulo são: funcionamento dos sentidos, autonomia, atividades passadas, presentes e futuras, participação social, morte e morrer e intimidade. O módulo WHOQOL-OLD pode ser utilizado como adicional tanto ao WHOQOL-100 quanto ao WHOQOL-BREF (CHACHAMOVICH, 2005).

Esses instrumentos baseiam-se nos pressupostos de que a QV é uma construção subjetiva (percepção do indivíduo em questão), multidimensional e composta por elementos positivos (por exemplo, mobilidade) e negativos (dor). Além disso, avaliam-na de modo global, observando os aspectos físico, social, psicológico e espiritual (FLECK et al., 1999; MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000).

3.6 ESTUDOS SOBRE IDOSO DO MEIO RURAL

O idoso tem características peculiares que, associadas a alterações físicas, psicológicas e sociais, podem ser atenuadas ou incrementadas pelo contexto no qual se inscreve. Assim, à medida que o idoso envelhece, as suas capacidades de adaptação vão diminuindo, tornando o meio um ambiente relevante na promoção de seu bem-estar.

Conforme Sequeira e Silva (2002), o meio rural pode ser visto como um lugar privilegiado para o idoso, pois as mudanças ocorrem gradualmente, proporcionando tempo suficiente para uma melhor adaptação. Esse ambiente também se torna privilegiado pela promoção de redes sociais, em que cada indivíduo conhece o nome, a vida e a saúde dos outros membros da comunidade, reduzindo-se assim a possibilidade de anonimato e alienação.

Nesse contexto insere-se a família, que pode ou não estar convivendo diretamente com o idoso. O contato com os parentes revela-se importante em termos de satisfação com a vida, através de atitudes mais positivas frente ao próprio envelhecimento (MISSIO; PORTELLA, 2003). Para Camarano e Pasinato (2004), a presença de cônjuge e filhos na vida do idoso proporciona maior segurança, enquanto o inverso faz emergir a tristeza sentida pelas casas vazias, refeições a sós, saudade e temor diante da possível situação de doença ou dependência.

A família é fator protetor do envelhecimento no meio rural e principal fonte de recurso e apoio, uma vez que os serviços sociais e de saúde praticamente inexistem, deixando os idosos em situação de risco (MORAIS; RODRIGUES; GERHARDT, 2008). Outro estudo com idosos do meio rural constatou ainda que mulheres, analfabetos, viúvos ou solteiros e

idosos com renda entre um e dois salários mínimos têm maior probabilidade de apresentar inadequações de apoio social e familiar (PINTO et al., 2006).

No que se refere às questões de gênero, observa-se uma variação nos resultados de estudos realizados em diferentes locais do Rio Grande do Sul. Em municípios como Encruzilhada do Sul, por exemplo, as mulheres compõem a maioria, principalmente por causa da mortalidade diferencial por gênero e da migração rural-urbana nas fases produtivas da vida (MORAIS; RODRIGUES; GERHARDT, 2008). Em Santana da Boa Vista, por sua vez, há predominância de homens no meio rural devido à maior migração de mulheres para a área urbana em busca de serviços e melhores condições de vida (ALCÂNTARA, 2009).

Em relação às condições econômicas, os idosos que percebem a sua situação como ruim revelam maiores níveis de solidão do que aqueles com melhor situação econômica (SEQUEIRA; SILVA, 2002). Os idosos rurais, que muitas vezes residem com seus filhos ou filhas, contribuem com a renda familiar através da aposentadoria e, assim, contribuem para reduzir o cenário de pobreza nesse meio (CAMARANO; PASINATTO, 2004; ALCÂNTARA, 2009;).

A aposentadoria pode ocorrer por idade, tempo de serviço ou invalidez. As idosas recebem as pensões deixadas por seus cônjuges, pois, uma vez viúvas, passam a receber a pensão e a aposentadoria do esposo. Na maioria das vezes, realiza-se o inventário, cabendo à viúva a metade das terras, que passa a ser arrendada para os filhos (MORAES; WITTER, 2007; ALCÂNTARA, 2009). Os aposentados do meio rural, porém, continuam trabalhando e mantendo os mesmos hábitos que sempre tiveram quando as condições físicas permitiam-lhes. A venda de excedentes de produtos agrícolas e pecuários complementa a renda familiar (MORAIS, 2007).

Conforme Morais (2007), o acesso aos serviços de saúde é uma das questões que envolvem a saúde dos idosos residentes no meio rural, já que a distância entre a moradia e o atendimento implica a procura por esse serviço e, então, torna-se um fator que influencia negativamente a saúde dos idosos. A autora destaca que as questões que envolvem o acesso aos serviços de saúde da população que reside no meio rural, especialmente os idosos, remetem às distâncias até as Unidades de Saúde, que geralmente se localizam na zona urbana, o que impõe a essa população a dificuldade de transporte, bem como a desigualdade no atendimento e nas ações de promoção em saúde.

Há poucos estudos sobre QV do idoso rural, conforme comentado anteriormente. Costa (2010), em seu trabalho de conclusão de graduação, analisou por meio de estudo qualitativo a percepção da QV em idosos mais velhos do meio rural e elencou os principais

fatores relacionados à QV: saúde, bem-estar, sentimentos positivos, dinheiro, lazer, alimentação, ato de trabalhar, ter relações pessoais e morar no interior. A relação entre saúde e QV, para os idosos entrevistados, refere-se à possibilidade de continuar trabalhando e à ausência de doenças.

Para Missio e Portella (2003), a velhice no meio rural vista de maneira negativa é aquela considerada como a fase em que ocorre o declínio físico, representando um obstáculo para a vida cotidiana. As autoras também comparam os idosos do meio rural com aqueles que vivem no meio urbano. No meio urbano, os idosos organizam-se em forma de rede, praticam atividade física, fazem artesanato, participam de gincanas e bailes promovidos em parceria com outros grupos. Já para os idosos do meio rural, o lazer consiste basicamente em frequentar a igreja e eventos religiosos, visitar familiares e vizinhos.

A população idosa rural está envelhecendo, à semelhança da que vive nas zonas urbanas; contudo, é possível observar nessa população que as diferenças vão além dos aspectos quantitativos e dimensionais, apontando para uma realidade na qual predomina a pobreza, o isolamento, os baixos níveis educacionais, as residências mais precárias, as limitações de transporte, os problemas crônicos de saúde e a distância dos recursos sociais e de saúde (MISSIO; PORTELLA, 2003; MORAIS; RODRIGUES; GERHARDT, 2008).

4 MÉTODOS

4.1 TIPO DE ESTUDO

Este é um estudo epidemiológico analítico de base populacional com desenho transversal. O estudo analítico tem o objetivo de investigar em profundidade a associação entre dois eventos a fim de estabelecer explicações para uma eventual relação observada entre eles (PEREIRA, 2006). No estudo transversal, todas as medições são feitas em um único momento, sem período de acompanhamento (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

4.2 CAMPO DE ESTUDO

O estudo foi realizado no município de Taquaruçu do Sul, situado a noroeste do estado do Rio Grande do Sul, pertencente à região do Alto Uruguai (Figura 1). Historicamente, pertencia a área rural do município de Frederico Westphalen. Recebeu descendentes de imigrantes italianos por volta de 1919 onde estabeleceram o cultivo da terra e a criação de gado. Emancipou-se em nove de maio de 1988.

É atualmente constituído por uma área de 77,74 Km² e localiza-se a uma distância de 420 Km da capital. Os municípios com os quais faz divisa são Frederico Westphalen, Palmitinho, Vista Alegre, Seberi e Erval Seco.

O município de Taquaruçu do Sul possui uma boa infra-estrutura na parte da produção agropecuária. No comércio e na indústria ainda existe uma grande dependência e relação com o município de Frederico Westphalen, o qual é considerado pólo regional. Sua economia está voltada basicamente à agropecuária com destaque para a suinocultura, produção de leite e a cultura de fumo.

A produção de grãos vem perdendo espaço devido as constantes estiagens e em substituição surge a cultura de citrus, como a laranja. O meio rural é constituído por 19 comunidades. Em cada uma destas comunidades estão organizadas áreas de lazer (sede social e clube de futebol), a maioria tem estruturada capela para pratica religiosa e, na maior comunidade, a Linha Fátima, há uma escola que atende o ensino fundamental.

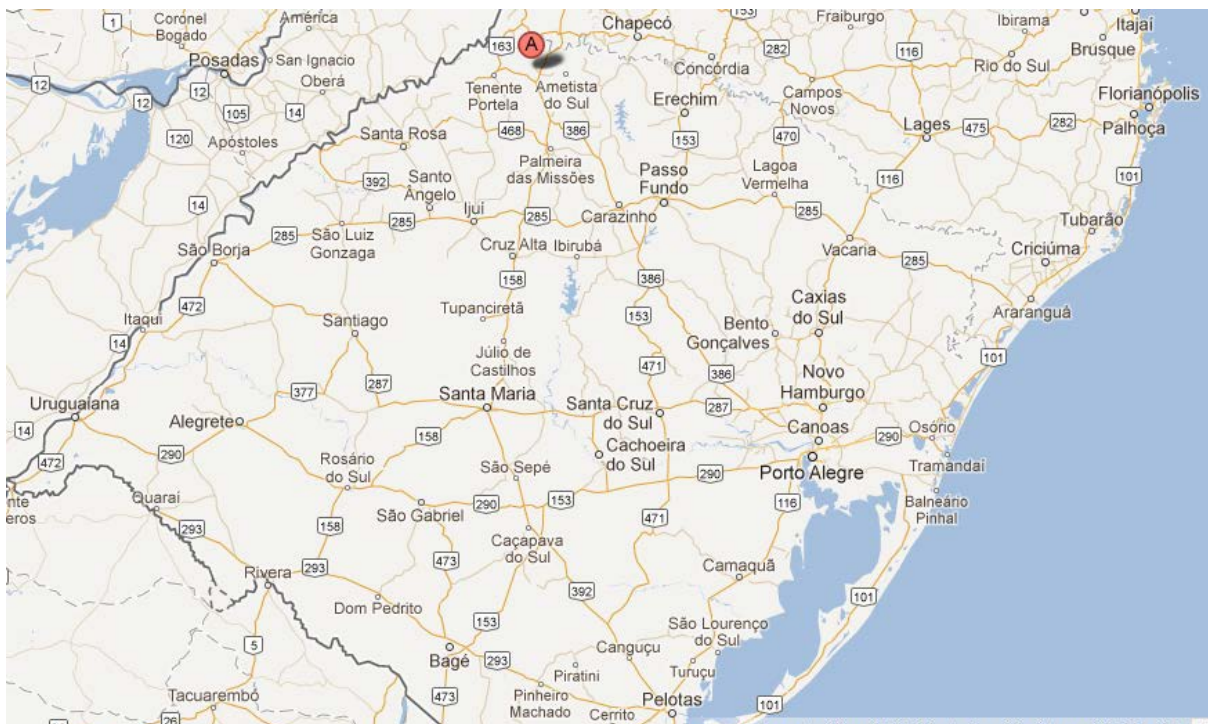
Em 2010, a população do município era de 2.966 habitantes, sendo constituída por 937 famílias. Quanto à distribuição geográfica, grande parte (60,8%) vivia no meio rural. Os idosos correspondiam a 17,8% do total da população, dos quais 64% viviam no meio rural (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010).

O estudo ocorreu no meio rural deste município. Definiu-se meio rural aquele situado externamente ao perímetro urbano de um distrito, composta por setores nas seguintes situações de setor: rural - extensão urbana; rural - povoado; rural - núcleo; rural, outros aglomerados; rural - exclusive aglomerados (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2011). Além disso o meio rural também foi definido através da Lei municipal nº 404 de 24 de novembro de 1997 alterada através da Lei nº 1194 de 04 de julho de 2012 que dispõe sobre o perímetro urbano do município, onde a área rural fica estabelecida como toda aquela externa as delimitações urbanas (TAQUARUÇU DO SUL, 2012).

O Sistema de Saúde de Taquaruçu do Sul conta com os seguintes serviços de saúde: um hospital de pequeno porte, uma Unidade Básica de Saúde, uma Unidade de Estratégia Saúde da Família (ESF) e uma Equipe de Saúde Bucal (ESB). Conta ainda com psicólogo, fisioterapeuta, nutricionista, fonoaudióloga, médico ginecologista, assistente social e agentes comunitários de saúde. A ESF e ESB têm uma cobertura de 100%. A área de abrangência é composta por sete microáreas, sendo duas pertencentes à zona urbana e cinco pertencentes à zona rural.

O município insere-se na Gestão Plena da Atenção Básica e, portanto, é responsável por oferecer à população todos os serviços básicos de saúde e referenciar os serviços de média e alta complexidade.

Figura 1 - Localização da cidade de Taquaruçu do Sul-RS



Fonte: Google Maps, (c2012).

4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população do estudo foi composta por idosos com 60 anos ou mais, vinculados às cinco microáreas da ESF que abrangem o meio rural. O Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) é o principal instrumento que avalia e monitora as ações da ESF. Agrega instrumentos de coleta de dados referentes ao cadastramento das famílias, às condições socioeconômicas, às ações de atenção à saúde desenvolvidas pela equipe e às situações de risco prioritárias (MOTA; CARVALHO, 2003). Permite ainda a produção de relatórios, os quais auxiliam as equipes e os gestores a acompanhar o trabalho e avaliar a sua qualidade (BRASIL, 1998).

O cálculo da amostra foi realizado a partir da identificação pelo SIAB e da Ficha de Cadastramento Familiar (Ficha A) dos idosos residentes no meio rural do município. Em um levantamento realizado no mês de maio de 2012, havia 341 idosos que completariam 60 anos até 31 de julho de 2012, sendo 173 do sexo masculino e 168 do sexo feminino. No quadro 1, é apresentada a distribuição de idosos conforme microárea, sexo e faixa etária. As microáreas representadas estão enumeradas em 2, 3, 4, 5 e 6, pois são aquelas que abrangem a área rural da ESF no município.

Tabela 1 - Distribuição da população de pessoas com 60 anos ou mais residentes no meio rural, conforme gênero, grupo etário e microárea. Taquaruçu do Sul, maio de 2012

Grupo etário	Microárea 2 (N=61)	Microárea 3 (N=70)	Microárea 4 (N=53)	Microárea 5 (N=81)	Microárea 6 (N=76)
60 a 69 anos	30	40	27	51	38
Homens (N=99)	16	21	15	29	18
Mulheres (N=87)	14	19	12	22	20
70 a 79 anos	20	16	21	20	26
Homens (N=47)	10	7	11	09	10
Mulheres (N=56)	10	9	10	11	16
≥80 anos	11	14	5	10	12
Homens (N=27)	4	9	3	4	07
Mulheres (N=25)	7	5	2	6	05

Fonte: SIAB, (2012).

O cálculo do tamanho da amostra foi realizado no *Programs for Epidemiologists* (PEPI), versão 4.0, baseado no SIAB. Para um nível de confiança de 95%, uma população da área rural estimada em 341 idosos e uma margem de erro de 5%, obteve-se um total mínimo

de 182 idosos, com base nas proporções populacionais de cada faixa etária, sexo e microáreas da área rural do município (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010; BRASIL, 2010).

Os **critérios de inclusão** foram os seguintes: pessoas com 60 anos ou mais completados até 31 de julho de 2012, residentes no meio rural de abrangência da ESF do município em estudo, que apresentem condições cognitivas para responder à pesquisa, sem auxílio de outra pessoa, avaliada por meio do Mini-Exame do Estado Mental (MEEM).

Os **critérios de exclusão** foram os seguintes: não estar em casa após três tentativas de visita em dias e horários diferentes.

Dos 227 idosos contatados, participaram do estudo 197 idosos, dos quais 100 eram homens e 97 eram mulheres, distribuídos em gênero, faixa etária e microárea, conforme tabela 2. Não atenderam aos critérios de inclusão 27 idosos, sendo 18 mulheres e 9 homens, por não atingirem a pontuação mínima do MEEM. Três idosos não aceitaram participar do estudo. Para atender à amostra mínima calculada em cada microárea, foram remanejados seis idosos de outras microáreas de acordo com sexo e faixa etária, o que não interferiu na análise dos dados realizada posteriormente.

Tabela 2 - Distribuição da amostra de pessoas com 60 anos ou mais residentes no meio rural, conforme gênero, grupo etário e microárea. Taquaruçu do Sul, maio de 2012

Faixa etária	Microárea 2 (n=37)	Microárea 3 (n=38)	Microárea 4 (n=32)	Microárea 5 (n=46)	Microárea 6 (n=44)
60 a 69 anos	20	22	17	29	22
Homens (n=56)	11	11	8	15	11
Mulheres (n=54)	9	11	9	14	11
70 a 79 anos	11	9	12	12	16
Homens (n=30)	6	5	6	6	7
Mulheres (n=30)	5	4	6	6	9
≥80 anos	6	7	3	5	6
Homens (n=14)	3	4	2	2	3
Mulheres (n=13)	3	3	1	3	3

Fonte: GAMBIN, G.,(2013).

4.4 INSTRUMENTOS PARA A COLETA DE DADOS

4.4.1 Mini-Exame do Estado Mental

Inicialmente, como critério para inclusão dos idosos no estudo, foi aplicado o Mini-Exame do Estado Mental (MEEM), o qual (ANEXO A) foi elaborado por Folstein, Folstein e McHugh (1975) e validado no Brasil por Bertolucci (1994). Esse instrumento tem sido utilizado para avaliação de funções cognitivas específicas, como orientação temporal e espacial, capacidade de linguagem, memória imediata, recordação, atenção, cálculo e capacidade construtiva visual, além de ser utilizada para rastreamento de demências.

O MEEM é constituído por onze itens e dividido em duas seções: na primeira, são necessárias respostas verbais para as questões de orientação, memória e atenção; na segunda, a leitura e resposta escrita avaliam a habilidade de nomeação, a capacidade de seguir os comandos verbais e a escrita. Nessa parte, a pessoa também deve escrever uma frase e copiar um desenho (FOLSTEIN; FOLSTEIN; MCHUGH, 1975). O escore pode variar de 0 a 30 pontos, em que zero indica o maior grau de comprometimento cognitivo e 30 a melhor capacidade cognitiva dos indivíduos.

Os pontos de corte sugeridos pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2006) para indicar capacidade cognitiva são:

- a) analfabetos = 19;
- b) 1 a 3 anos de escolaridade = 23;
- c) 4 a 7 anos de escolaridade = 24;
- d) mais de 7 anos de escolaridade = 28.

4.4.2 Questionário Socioeconômico, Demográfico, de Saúde e Hábitos de Vida

O questionário (APÊNDICE A), constituído por questões que englobam variáveis demográficas, socioeconômicas, de saúde e hábitos de vida, foi igualmente aplicado. As variáveis e suas categorias, apresentadas a seguir, foram construídas a partir dos instrumentos propostos pelo IBGE e por estudos sobre a QV dos idosos do meio rural (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1992; PEREIRA, 2006; MORAIS, 2007; BRASIL, 2010).

- a) data de nascimento: a data considerada foi aquela registrada em documentos oficiais, como carteira de identidade, carteira de trabalho e cadastro de pessoas físicas;
- b) sexo: masculino e feminino;
- c) tempo de residência no meio rural: menos de um ano; de 1 a 10 anos; mais de 10 anos;
- d) escolaridade (em anos de estudos concluídos): nenhum; de 1 a 3 anos; de 4 a 7 anos; de 8 a 11 anos; mais de 12 anos;
- e) aposentadoria: avalia se o idoso é ou não aposentado por tempo de serviço, invalidez ou idade;
- f) responsável pelo domicílio: avalia se a pessoa responsável pelo domicílio é o próprio idoso, o cônjuge ou outras pessoas;
- g) ajuda econômica: avalia se o idoso recebe ou não ajuda econômica de outras pessoas, como cônjuge, filhos e amigos;
- h) renda mensal individual (salários mínimos): até 1; de 1 a 2; de 2 a 3; de 3 a 5; de 5 a 10; de 10 a 20; mais de 20; sem rendimento;
- i) renda familiar (em salários mínimos): até 1; de 1 a 2; de 2 a 3; de 3 a 5; de 5 a 10; de 10 a 20; mais de 20; sem rendimento;
- j) dependentes da renda mensal familiar: número de dependentes;
- k) estado conjugal: vive com companheiro ou cônjuge atualmente; não vive com companheiro ou cônjuge atualmente, mas já viveu; nunca viveu com companheiro ou cônjuge;
- l) arranjo domiciliar: quem reside atualmente com o idoso: esposo(a), filho(a), neto(a), outros;
- m) número de filhos: descreve o número de filhos dos idosos;
- n) cuidados ao idoso: descreve se existe alguém para efetuar os cuidados ao idoso, como cônjuge, algum membro da família ou outras pessoas.

Quanto a aspectos de saúde/doença, os idosos responderam se eram portadores de doenças crônicas ou se já tiveram algumas doenças comuns nessa faixa etária, como doenças cardíacas, diabetes mellitus (DM), hipertensão arterial sistêmica (HAS), depressão, artrose, infarto do miocárdio, acidente vascular cerebral (AVC), colelitíase, pneumonia (no último ano), doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), osteoporose, quedas (ocorridas nos

últimos 12 meses), fraturas (após os 60 anos), câncer ou outras doenças referidas. Também relataram o uso ou não de tabaco e álcool no quesito sobre dependência química.

4.4.3 Instrumento de Avaliação das Atividades Básicas de Vida Diária (ABVDs)

O *Index* de Independência nas Atividades Básicas de Vida Diária de Katz é o instrumento mais utilizado para avaliar ABVDs (ANEXO B). Ele avalia a independência no desempenho de seis funções: tomar banho, vestir-se, ir ao banheiro, transferência, continência e alimentação, classificando as pessoas como independentes ou dependentes (KATZ, 1963; DUARTE; ANDRADE; LEBRÃO, 2007). Esse instrumento, apresentado no Quadro 1, é composto por uma escala de classificação das independências e evidencia a instalação da incapacidade no processo de envelhecimento, tornando-se útil para estabelecer diagnósticos, avaliar as demandas assistenciais, determinar a efetividade de tratamentos e contribuir para o ensino do significado de “ajuda” em reabilitação (BRASIL, 2007).

Neste estudo os idosos que foram independentes para todas as atividades foram classificados como “independentes” e os idosos que apresentaram dependência para uma ou mais atividades foram classificados como “dependentes”.

Quadro 1 - Index de Independência nas Atividades Básicas de Vida Diária (ABVDs) de Katz e tipo de classificação

<i>Index</i> de AVDs (Katz)	Tipo de classificação
A	Independente para todas as atividades
B	Independente para todas as atividades, exceto uma
C	Independente para todas as atividades, exceto tomar banho e mais uma adicional
D	Independente para todas as atividades, exceto tomar banho, vestir-se e mais uma adicional
E	Independente para todas as atividades, exceto tomar banho, vestir-se, ir ao banheiro e mais uma adicional
F	Independente para todas as atividades, exceto tomar banho, vestir-se, ir ao banheiro, transferência e mais uma adicional
G	Dependente para todas as atividades
Outro	Dependente em pelo menos duas funções, mas que não se classificam em C, D, E, F.

Fonte: DUARTE, (2007).

Para fins deste estudo foram considerados independentes aqueles idosos classificados em “A”, no *Index* das AVDs e dependentes os idosos que obtiveram as classificações “ B; C; D; E; F; G ou Outro”.

4.4.4 Instrumento de Avaliação das Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVDs)

A Escala de Lawton (ANEXO C) é utilizada para avaliar o desempenho funcional do idoso em termos de atividades instrumentais, ou seja, atividades de convívio na comunidade, o que lhe possibilita manter uma vida independente (BRASIL, 2006). Assim, o desempenho apresentado através das AIVDs determina se uma pessoa é ou não capaz de manter uma vida independente. Na Escala de Lawton, os idosos são classificados como independentes ou dependentes no desempenho de nove funções: usar o telefone, ir a um lugar distante usando algum meio de transporte, fazer compras, preparar as próprias refeições, arrumar a casa, fazer trabalhos manuais como pequenos reparos, lavar e passar roupas, tomar remédios na hora e na dose certa e cuidar das finanças.

A pontuação varia de 1 a 3, sendo que a menor pontuação corresponde a não conseguir realizar atividades sozinho, a pontuação intermediária corresponde a realizar as atividades com ajuda parcial e a maior pontuação consegue realizar as atividades sozinho. O escore total varia de 9 a 27 pontos e, quanto maior a pontuação, mais os idosos são independentes.

4.4.5 Instrumento WHOQOL-BREF

Também foram aplicados o instrumento WHOQOL-BREF e o módulo WHOQOL-OLD, escalas utilizadas internacionalmente para avaliação da QV.

O WHOQOL-BREF (ANEXO D) consta de 26 questões, sendo que duas questões gerais de qualidade de vida e as 24 restantes representam cada uma das 24 facetas que compõem o instrumento original (WHOQOL-100), em que cada uma das 24 facetas é avaliada por uma questão. O WHOQOL-BREF é composto por quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente (FLECK et al., 1999). Os domínios e facetas do WHOQOL-BREF estão apresentados no Quadro 2.

O WHOQOL-BREF não gera um escore total, pois o grupo de pesquisa WHOQOL acredita que a variância entre os domínios indica qual delas mais influenciou a QV. Quanto maior o escore, melhor a percepção de QV, não havendo, portanto, ponto de corte para classificar a QV (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL, 1998). Os

escores são calculados pela soma das respostas das questões por domínio, gerando um escore bruto (4-20) que pode ser transformado para um escore de 0 a 100 através de sintaxe fornecida pelo grupo WHOQOL.

Quadro 2 - Domínios e facetas do WHOQOL-BREF

DOMÍNIOS	FACETAS
D1 – Físico	01 Dor e desconforto 02 Energia e fadiga 03 Sono e repouso 09 Mobilidade 10 Atividades da vida cotidiana 11 Dependência de medicação ou de tratamentos 12 Capacidade de trabalho
D2 – Psicológico	04 Sentimentos positivos 05 Pensar, aprender, memória e concentração 06 Autoestima 07 Imagem corporal e aparência 08 Sentimentos negativos 24 Espiritualidade, religião, crenças pessoais
D3 – Relações sociais	13 Relações pessoais 14 Suporte (apoio) social 15 Atividade sexual
D4 – Meio ambiente	16 Segurança física e proteção 17 Ambiente do lar 18 Recursos financeiros 19 Cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade 20 Oportunidade de adquirir novas informações e habilidades Participação em oportunidade de recreação/lazer 21 Ambiente físico (poluição/ruído/trânsito/clima) 22 Transporte 23

Fonte: FLECK, (1999).

4.4.6 Instrumento WHOQOL-OLD

OWHOQOL-OLD (ANEXO E) consiste em 24 itens da escala Likert, sendo composto por seis facetas: funcionamento sensorial, autonomia, atividades passadas, presentes e futuras, participação social, morte e morrer e intimidade (Quadro 3). Para cada faceta, o escore pode

oscilar de 4 a 20 pontos; somado aos 24 itens, ele gera um escore bruto. Portanto, os escores dessas seis facetas ou os valores dos 24 itens podem ser combinados para produzir um escore total (global) para a QV em idosos (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2005; CHACHAMOVICH; FLECK, 2008). Segundo ao autor, o escore da escala em porcentagem pode ser encontrado transformando-se o escore bruto em Escore Transformado da Escala (ETE), obtendo-se valores de 0 (valor mais baixo) a 100 (valor mais alto possível).

Quadro 3 - Facetas e ítems do módulo WHOQOL-OLD

FACETAS	ITENS
F1 – Funcionamento dos sentidos	01 Perdas nos sentidos afetam a vida diária
	02 Avaliação do funcionamento dos sentidos
	03 Perda de funcionamento dos sentidos afeta a participação em atividades
	04 Problemas com o funcionamento dos sentidos interferem na habilidade de interagir
F2 – Autonomia	05 Tem liberdade para tomar as próprias decisões
	06 Sente que controla seu futuro
	07 Consegue fazer as coisas que gostaria de fazer
	08 Pessoas ao seu redor respeitam a sua liberdade
F3 – Atividades passadas, presentes e futuras	09 Feliz com as coisas que pode esperar daqui para frente
	10 Satisfeito com as oportunidades para continuar alcançando suas realizações
	11 Recebeu o reconhecimento que merece na vida
	12 Satisfeito com aquilo que alcançou em sua vida
F4 – Participação social	13 Satisfeito com a maneira como usa seu tempo
	14 Satisfeito com seu nível de atividade
	15 Tem o suficiente para fazer em cada dia
	16 Satisfeito com as oportunidades para participar de atividades na comunidade
F5 – Morte e morrer	17 Preocupação com a maneira pela qual irá morrer
	18 Medo de não poder controlar sua morte
	19 Medo de morrer
	20 Teme sofrer dor antes de morrer
F6 – Intimidade	21 Tem um sentimento de companheirismo em sua vida
	22 Sente amor em sua vida
	23 Tem oportunidade para amar
	24 Tem oportunidades para ser amado

Fonte: CHACHAMOVICH,(2005).

4.5 COLETA DE DADOS

Os dados foram coletados durante os meses de outubro, novembro e dezembro de 2012.

A coleta de dados foi dividida nas etapas descritas a seguir.

- 1) Foram convidados estudantes e profissionais da área da saúde para aplicação dos instrumentos de pesquisa e digitação do banco de dados. Os auxiliares de pesquisa receberam treinamento prévio, realizado pela pesquisadora, por meio de reuniões que objetivaram apresentar o projeto e capacitá-los para aplicação dos instrumentos de pesquisa, coleta de dados, preenchimento do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) e digitação dos dados. As orientações fornecidas aos auxiliares de pesquisa foram reunidas em um manual, elaborado para facilitar o entendimento e o preenchimento do instrumento para coleta e digitação dos dados (APÊNDICE B).
- 2) Os idosos selecionados a partir da ficha A da ESF foram organizados em uma planilha com nome, data de nascimento e endereço. Posteriormente, foi realizado sorteio dos idosos pela pesquisadora e estratificados conforme gênero, faixa etária e microárea.
- 3) Foi organizado um *kit* para cada auxiliar de pesquisa, contendo cópias dos instrumentos de pesquisa, quadro com nome e endereço dos idosos sorteados, caneta, lápis, folhas em branco (para aplicação do MEEM) e almofada para carimbo (impressão digital do idoso analfabeto no TCLE).
- 4) Os auxiliares de pesquisa realizaram as entrevistas no domicílio do idoso. O deslocamento dos auxiliares de pesquisa para a área rural do município foi realizado através do veículo da pesquisadora.
- 5) No domicílio, o pesquisador ou os auxiliares de pesquisa primeiramente se apresentaram, explicando aos idosos o motivo da visita e do projeto, os objetivos e a importância de estarem participando do estudo. A partir do interesse declarado, foi assinado o TCLE e, em seguida, realizada a avaliação cognitiva através da aplicação do MEEM para atender aos critérios de inclusão do estudo.
- 6) Para aqueles que tiverem a função cognitiva preservada (de acordo com os pontos de corte já apresentados), foram aplicados o questionário socioeconômico, demográfico e de saúde, as escalas de Katz e de Lawton, o instrumento WHOQOL-BREF e o módulo WHOQOL-OLD. Para os instrumentos de avaliação da QV,

optou-se pela entrevista direta na aplicação dos referidos instrumentos, que pode ser autoaplicável, em razão da possível dificuldade de leitura, dos problemas visuais e do analfabetismo entre idosos.

4.6 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados do estudo foram duplamente digitados no programa Excel e transferidos para o programa *Statistical Package for the Social* (SPSS) versão 18.0. As variáveis contínuas foram descritas por média e desvio padrão ou mediana e amplitude interquartílica. As variáveis categóricas foram descritas por frequências absolutas e relativas. Para comparar médias entre os grupos, foram aplicados os testes t-student ou a análise de variância (ANOVA) one-way com post-hoc de Tukey. As associações entre as variáveis contínuas e ordinais foram avaliadas pelos coeficientes de correlação de Pearson ou Spearman. As variáveis que apresentaram um $p < 0,20$ na análise bivariada foram inseridas em um modelo de regressão linear multivariado com método de extração Stepwise para controle de fatores confundidores. O nível de significância adotado foi de 5% ($p \leq 0,05$).

Os quatro escores dos domínios do WHOQOL-BREF, a QV geral e o escore total do módulo WHOQOL-OLD foram utilizados como variáveis dependentes. As seguintes variáveis foram utilizadas como variáveis independentes ou de interesse: grupo etário, sexo, pessoa responsável pelo domicílio, viver com cônjuge ou companheiro(a), viver sozinho(a), depressão, quedas, fraturas, *status* tabágico, consumo de bebida alcoólica, ABVDs, AIVDs, idade, escolaridade, renda mensal individual, renda familiar, número de dependentes da renda, número de filhos, número de morbidades, tempo de uso do tabaco e tempo de cessação tabágica.

4.7 ESTUDO-PILOTO

Inicialmente, foi realizado um estudo-piloto com cinco idosos residentes do meio urbano, a partir do qual foram adequadas algumas questões do instrumento de caracterização sociodemográfica, de saúde e hábitos de vida, de modo que estivessem compreensíveis para a população em estudo. Os idosos que participaram do teste piloto não foram incluídos na amostra do estudo.

4.8 ASPECTOS BIOÉTICOS

Conforme preconiza a Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996) para as pesquisas com seres humanos, foram respeitados os aspectos éticos. Foi explicada ao idoso a possibilidade de ocorrer algum desconforto devido ao tempo despendido em realizar a entrevista. Explicou-se também que os benefícios do estudo consistem no retorno dos resultados da pesquisa para o aprimoramento das políticas locais destinadas à melhoria da QV entre idosos.

Para assegurar os aspectos éticos, foram elaborados e assinados os seguintes documentos:

- a) ofício ao gestor municipal de saúde para o consentimento da realização do estudo no município (ANEXO F);
- b) termo de consentimento livre e esclarecido para auxiliares de pesquisa (APÊNDICE C), com a finalidade de garantir o comprometimento e a participação voluntária, sem vínculo empregatício dos auxiliares de pesquisa;
- c) termo de compromisso para utilização de dados ao gestor (APÊNDICE D);
- d) termo de consentimento livre e esclarecido (APÊNDICE E) para participantes da pesquisa, assinado em duas vias, sendo que uma ficou com o idoso e a outra com a pesquisadora.

A coleta de dados somente foi realizada após a aprovação da Comissão de Pesquisada Escola de Enfermagem (ANEXO G) e do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul sob o protocolo nº04843012.0.0000.5347 (ANEXO H), conforme cartas de aprovação em anexo. Os dados da pesquisa serão armazenados pela pesquisadora por cinco anos e, após esse período, serão destruídos.

5 RESULTADOS

5.1 CARACTERIZAÇÃO SOCIOECONÔMICA, DEMOGRÁFICA, DE SAÚDE E HÁBITOS DE VIDA DA POPULAÇÃO IDOSA DO MEIO RURAL

Dentre os idosos entrevistados, 50,8% eram do sexo masculino, 55,8% estavam na faixa de 60 a 69 anos e 30,5% estavam na faixa entre 70 a 79 anos, conforme a tabela 3. Com referência à escolaridade, 53,3% tinham de 4 a 7 anos de estudo. De modo geral, o responsável pelo domicílio foi relatado como sendo o próprio entrevistado(54,3%) ou o cônjuge(24,4%). A maioria estava aposentado por idade(93,4%), não recebia ajuda econômica de outras pessoas(95,4%) e grande parte recebia até um salário mínimo(71,6%). A renda familiar de três a cinco salários mínimos foi constatada em 35,6% dos domicílios, com uma média de 3,11 (DP 1,48 dependentes).

Tabela 3 - Características socioeconômicas e demográficas dos idosos do meio rural. Taquaruçu do Sul, RS, 2012.

Variáveis	n=197
Idade (anos) – média ± desvio padrão	69,7 ± 7,5
Grupo etário – n(%)	
60-69	110 (55,8)
70-79	60 (30,5)
80 ou mais	27 (13,7)
Sexo – n(%)	
Masculino	100 (50,8)
Feminino	97 (49,2)
Escolaridade – n(%)	
Nenhum	23 (11,7)
De 1 a 3 anos	61 (31,0)
De 4 a 7 anos	105 (53,3)
De 8 a 11 anos	7 (3,6)
12 ou mais anos	1 (0,5)
Aposentadoria – n(%)	
Não	1 (0,5)
Sim, por tempo de serviço	9 (4,6)
Sim, por invalidez	3 (1,5)
Sim, por idade	184 (93,4)
Pessoa responsável pelo domicílio – n(%)	
Idoso	107 (54,3)
Cônjuge	48 (24,4)
Outra	42 (21,3)
Ajuda econômica de outra pessoa – n(%)	
Sim	9 (4,6)
Não	188 (95,4)
Renda mensal individual – n(%)	
Até 1 salário mínimo	141 (71,6)
De 1 a 2 salários mínimos	46 (23,4)
De 2 a 3 salários mínimos	8 (4,1)
De 3 a 5 salários mínimos	2 (1,0)
Renda familiar – n(%)	
Até 1 salário mínimo	6 (3)
De 1 a 2 salários mínimos	62 (31,5)
De 2 a 3 salários mínimos	50 (25,4)
De 3 a 5 salários mínimos	72 (36,5)
De 5 a 10 salários mínimos	7 (3,6)
Nº de dependentes da renda – média ± DP	3,11 ± 1,48

Fonte:GAMBIN, G., (2013).

Observou-se que 86,3% dos idosos viviam com cônjuge companheiro, 53,8% moravam junto com outros familiares e 6,6 % viviam sozinhos. Os idosos tinham mediana de 4(3-7) filhos. No que se refere a ter alguém para cuidar do idoso, a maioria (98,5%) relatou que o filho (92,9%) poderia exercer esses cuidados (tabela 4).

Tabela 4 - Arranjo familiar dos idosos do meio rural. Taquaruçu do Sul, RS, 2012

Variáveis	n=197
Nº de filhos – mediana(P25-P75)	4 (3-7)
Cuidador* – n(%)	
Sim	194 (98,5)
Não	3 (1,5)
Quem cuida** – n(%)	
Cônjuge ou companheiro(a)	14 (7,1)
Filho(a)	183 (92,9)
Irmão(ã)	2 (1,0)
Vizinhos	4 (2,0)
Outros	20 (10,2)
Estado Conjugal	
Vive em companhia de cônjuge ou companheiro(a)	170 (86,3)
Não	27 (13,7)
Mora com – n(%)	
Esposo(a)	170 (86,3)
Familiars	106 (53,8)
Outros	36 (18,3)
Sozinho	13 (6,6)

Fonte:GAMBIN, G., (2013).

*Se o idoso necessitasse, haveria alguém para exercer os cuidados.

**Quem poderia cuidar do idoso.

Com relação à presença de morbidades, conforme a tabela 5, a mais referida pelos idosos foi hipertensão arterial sistêmica(58,4%), seguida de artrose(35%) e doença pulmonar obstrutiva crônica(26,9%). Quanto ao número de morbidades, 46,7% dos respondentes relataram ter de uma a duas doenças e 35% dos entrevistados afirmaram ser portadores de três a cinco morbidades. Observou-se que 20,8% dos idosos sofreram quedas no último ano e 23,9% sofreram fraturas após os 60 anos.

Tabela 5 - Condições de saúde dos idosos do meio rural. Taquaruçu do Sul, RS, 2012

Variáveis	n=197
Morbidades* – n(%)	
HAS	115 (58,4)
Artrose	69 (35,0)
Cardiopatias	64 (32,5)
DPOC	53 (26,9)
Osteoporose	29 (14,7)
Colelitíase	25 (12,7)
DM	22 (11,2)
Depressão	22 (11,2)
Câncer	15 (7,6)
Infarto	9(4,6)
AVC	2(1,0)
Outras	80 (40,6)
Nº de morbidades – mediana (P25-P75)	2 (1-4)
Nenhuma	19 (9,6)
1-2	92 (46,7)
3-5	69 (35,0)
6 ou mais	17 (8,6)
Quedas** – n(%)	
Sim	41 (20,8)
Não	156 (79,2)
Fraturas*** – n(%)	
Sim	47 (23,9)
Não	150 (76,1)

Fonte: GAMBIN, G., (2013).

*DM=diabetes mellitus. HAS= hipertensão arterial sistêmica. AVC=acidente vascular cerebral. DPOC= doença pulmonar obstrutiva crônica

**Quedas referidas nos últimos 12 meses

*** Fraturas ocorridas após os 60 anos de idade.

Quanto ao *status* tabágico, 14,7% referiram ser fumantes e o tempo médio de uso do tabaco foi de 43,4 anos (DP 12,3 anos). Quanto ao consumo de bebidas alcoólicas, 37,1% relataram não fazer uso. A bebida mais consumida foi cerveja(44,7 %), seguida de vinho(31,5%) e destilados como cachaça, whisky e vodca(8,6%). A tabela 6 apresenta os hábitos de vida dos idosos do meio rural.

Tabela 6 - Hábitos de vida dos idosos do meio rural. Taquaruçu do Sul, RS, 2012

Variáveis	n=197
<i>Status</i> tabágico – n(%)	
Fumante	29 (14,7)
Não fumante	127 (64,5)
Ex-fumante	41 (20,8)
Tempo de uso do tabaco (anos) – média ± DP	43,4 ± 12,3
Tempo de cessação tabágica (anos) – md (P25-P75)	20 (9-30)
Consumo de bebida alcoólica – n(%)	
Não bebe	73 (37,1)
Já bebeu no passado	3 (1,5)
Bebe eventualmente/raramente	72 (36,5)
Bebe até 3 a 7 x/semana	49 (24,9)
Vinho	
< 240 ml	47 (23,9)
> 240 ml	15 (7,6)
Cerveja	
< 300 ml	50 (25,4)
> 300 ml	38 (19,3)
Outro destilado (cachaça, whisky, vodca, etc.)	
< 60 ml	10 (5,1)
> 60 ml	7 (3,5)
Outra bebida	3 (1,5)

Fonte: GAMBIN, G., (2013).

5.2 AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE FUNCIONAL DOS IDOSOS DO MEIO RURAL

Na avaliação de capacidade funcional para ABVDs, a maioria(85,3%) era independente para todas as atividades. Com relação às seis funções avaliadas, a continência foi aquela em que os idosos apresentaram maior dependência(14,2%), seguida de tomar banho(1,5%), vestir-se e transferir-se de um local para outro(0,5%). A alimentação e o uso do vaso sanitário apresentaram 100% de independência. A distribuição da frequência e a classificação geral das ABVDs estão apresentadas nas tabelas 7 e 8, respectivamente.

Tabela 7 - Distribuição da frequência para dependência e independência das atividades básicas de vida diária dos idosos do meio rural. Taquaruçu do Sul, RS, 2012

ABVDs	Dependente n(%)	Independente n (%)
Tomar banho	3 (1,5)	194 (98,5)
Vestir-se	1 (0,5)	196 (99,5)
Uso do vaso sanitário	0 (0,0)	197 (100)
Transferência	1 (0,5)	196 (99,5)
Continência	28 (14,2)	169 (85,8)
Alimentação	0 (0,0)	197 (100)

Fonte:GAMBIN, G., (2013).

Tabela 8 - Classificação geral das atividades básicas de vida diária dos idosos do meio rural. Taquaruçu do Sul, RS, 2012

<i>Index ABVDs</i>	n(%)
A - Independente para todas as atividades	168 (85,3)
C - Independente para todas as atividades, exceto tomar banho e uma adicional	27 (13,7)
D - Independente para todas as atividades, exceto tomar banho, vestir-se e mais uma adicional	1 (0,5)
OUTRO - Dependente em pelo menos duas funções, as quais não se classificavam em c, d, e, f.*	1 (0,5)

Fonte:GAMBIN, G., (2013).

*c= independente todas as funções exceto para tomar banho e mais uma adicional; d= independente para todas as funções exceto para tomar banho, vestir-se e mais uma adicional; e= independente para tomar banho, vestir-se, ir ao banheiro e mais uma adicional; f= independente para todas as atividades exceto para tomar banho, vestir-se, ir ao banheiro, transferência e mais uma adicional.

As AIVDs, apresentadas na tabela 9, foram avaliadas através da escala de Lawton e obtiveram uma média de 25,5 pontos (DP 2,1 pontos). Dentre atividades que os idosos relataram conseguir realizar sem ajuda, destacam-se preparar as próprias refeições(95,9%), cuidar das finanças(94,9%) e tomar os medicamentos(92,4%). As atividades realizadas com ajuda parcial ou total mais frequentes foram utilizar transporte para se deslocar a um lugar distante correspondendo a 19,8 % e 8,6 % e utilizar o telefone, correspondendo a 8,6% e 4,1%, respectivamente.

Tabela 9 - Distribuição da frequência para a classificação sem ajuda, com ajuda parcial e não consegue para as atividades instrumentais de vida diária. Taquaruçu do Sul, RS, 2012

AIVDs	Sem ajuda n (%)	Com ajuda parcial n (%)	Não consegue n (%)
Usar o telefone	127 (64,5)	53 (26,9)	17 (8,6)
Usar os meios de transporte	150 (76,1)	39 (19,8)	8 (4,1)
Fazer compras	177 (89,8)	16 (8,1)	4 (2,0)
Preparar as próprias refeições	189 (95,9)	8 (4,1)	0 (0,0)
Arrumar a casa	174 (88,3)	21 (10,7)	2 (1,0)
Fazer trabalhos manuais domésticos	176 (89,3)	17 (8,6)	4 (2,0)
Lavar e passar a roupa	163 (82,7)	26 (13,2)	8 (4,1)
Tomar os remédios	182 (92,4)	14 (7,1)	1 (0,5)
Cuidar das finanças	187 (94,9)	9 (4,6)	1 (0,5)

Fonte: GAMBIN, G. (2013).

5.3 AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DOS IDOSOS DO MEIO RURAL

Na avaliação da QV, realizada através do instrumento WHOQOL-BREF está apresentada na tabela 10. Observa-se que o domínio com escore mais alto foi o das relações sociais, com uma média de 74,5 pontos (DP 11,4 pontos). O domínio com menor escore foi o físico, com uma média de 63,5 pontos (DP 12,2 pontos). A QV geral apresentou um escore médio de 67,3 pontos (DP 12,1 pontos).

Tabela 10 - Valores obtidos nos domínios e na qualidade de vida geral dos idosos do meio rural através do instrumento WHOQOL-BREF. Taquaruçu do Sul, RS, 2012

Domínios	Média	DP	Mediana	Mínimo	Máximo
D1 – Físico	63,5	12,2	64,3	25,0	89,3
D2 – Psicológico	67,3	9,2	66,7	41,7	95,8
D3 - Relações Sociais	74,5	11,4	75,0	50,0	100
D4 - Meio Ambiente	64,7	8,3	65,6	37,5	93,8
QV Geral	67,3	12,1	62,5	37,5	100

Fonte: GAMBIN, G. (2013).

Na avaliação da QV através do módulo WHOQOL-OLD, conforme apresentado na tabela 11, as facetas que apresentaram maiores escores para QV foram morte e morrer, com uma média de 80,2 pontos (DP 16,2 pontos), intimidade, com uma média de 70,7 (DP 14,2 pontos), e atividades passadas presentes e futuras, com uma média de 69,1 (DP 11,8 pontos), enquanto as facetas com os menores escores foram habilidades sensoriais, com uma média de 68,2 (DP 16,3 pontos), participação social, com uma média de 67,4 (DP 12,3 pontos), e autonomia, com uma média de 62,3 (DP 10,9 pontos). O escore total do WHOQOL-OLD teve uma média de 69,7 pontos (DP 8,5 pontos).

Tabela 11 - Valores obtidos nas facetas e no escore total da qualidade de vida dos idosos do meio rural através do módulo WHOQOL-OLD. Taquaruçu do Sul, RS, 2012

Facetas	Média	DP	Mediana	Mínimo	Máximo
F1 - Habilidades Sensoriais	68,2	16,3	68,8	25,0	100
F2 – Autonomia	62,3	10,9	62,5	31,3	93,8
F3 - Passado-Presente-Futuro	69,1	11,8	68,8	37,5	100
F4 - Participação Social	67,4	12,3	68,8	37,5	100
F5 - Morte e Morrer	80,2	16,2	81,3	25,0	100
F6 – Intimidade	70,7	14,2	75,0	18,8	100
Escore Total	69,7	8,5	68,8	51,0	93,8

Fonte: GAMBIN, G., (2013).

5.4 FATORES ASSOCIADOS À QUALIDADE DE VIDA DOS IDOSOS DO MEIO RURAL

Na análise bivariável, as variáveis de interesse categóricas associadas (considerando $p < 0,20$) aos domínios QV geral do WHOQOL-BREF e escore total do WHOQOL-OLD foram: grupo etário, sexo, consumo de bebidas alcoólicas, viver em companhia do cônjuge ou companheiro(a), depressão e quedas (Tabela 12).

Os idosos do grupo etário de 60-69 anos apresentaram melhor escore de QV no domínio físico do que aqueles do grupo etário acima de 70 anos. Os idosos reportaram melhor percepção de QV do que as idosas no mesmo domínio, assim como os participantes do estudo que referiram fazer uso de bebidas alcoólicas.

Já os idosos que viviam em companhia do cônjuge ou companheiro(a) tiveram melhores escores no domínio das relações sociais no escore total do módulo WHOQOL-OLD do que aqueles que não tinham companheiro. Os sujeitos independentes para as ABVDs apresentaram maiores escores de QV no domínio físico e QV geral do WHOQOL-BREF quando comparados aos dependentes.

Por outro lado, os participantes do estudo que referiram depressão tiveram menores escores de QV nos domínios físico, na QV geral e no escore total do módulo WHOQOL-OLD do que os sem depressão. Aqueles que sofreram quedas no último ano também apresentaram menores escores de QV no domínio psicológico e na QV geral do WHOQOL-BREF quando comparados aos que não referiram quedas.

As variáveis categóricas que não apresentaram associação com a QV foram ser responsável pelo domicílio, receber ajuda econômica de outra pessoa, viver sozinho, ter referido fraturas *estatus* tabágico.

Tabela 12 - Associação dos domínios da qualidade de vida, qualidade de vida geral do WHOQOL-BREF e escore total do módulo WHOQOL-OLD, segundo variáveis de interesse categóricas. Taquaruçu do Sul, RS, 2012

Variáveis	WHOQOL-BREF*					WHOQOL-OLD*
	Físico	Psicológico	Relação Social	Meio Ambiente	Geral	Escore total
Grupo etário (anos)						
60-69	66,3 ± 11,0 ^b	68,8 ± 8,6 ^b	75,4 ± 10,9	65,7 ± 8,2	68,2 ± 11,8	70,9 ± 8,6
70-79	60,3 ± 12,9 ^a	65,3 ± 9,0 ^a	73,3 ± 10,9	63,0 ± 7,4	65,8 ± 13,0	68,3 ± 7,5
80 ou mais	59,7 ± 12,7 ^a	65,6 ± 11,0 ^{ab}	73,8 ± 14,0	64,5 ± 10,1	67,1 ± 11,0	67,7 ± 9,3
Sexo						
Masculino	65,7 ± 12,2**	68,1 ± 9,8	74,8 ± 11,6	65,1 ± 9,1	68,6 ± 12,5	69,6 ± 8,9
Feminino	61,3 ± 11,8	66,4 ± 8,5	74,2 ± 11,2	64,3 ± 7,3	66,0 ± 11,5	69,8 ± 8,0
Pessoa responsável pelo domicílio						
Idoso	64,5 ± 12,2	66,4 ± 9,6	73,8 ± 11,6	64,1 ± 8,6	68,9 ± 12,8	69,2 ± 8,4
Cônjuge	64,0 ± 12,0	69,2 ± 9,2	76,4 ± 9,6	65,7 ± 7,7	65,4 ± 11,0	71,6 ± 9,0
Outra	60,6 ± 12,2	67,4 ± 7,8	74,2 ± 12,5	65,3 ± 8,2	65,5 ± 11,0	68,7 ± 7,9
Ajuda econômica de outra pessoa						
Sim	58,3 ± 16,9	67,6 ± 6,5	72,2 ± 15,6	62,2 ± 6,9	63,9 ± 9,8	67,5 ± 5,9
Não	63,8 ± 11,9	67,3 ± 9,3	74,6 ± 11,2	64,8 ± 8,3	67,5 ± 12,2	69,8 ± 8,6
Vive em companhia de cônjuge ou companheiro(a)						
Sim	64,2 ± 12,3	67,7 ± 9,2	75,5 ± 10,9**	65,1 ± 8,3	67,4 ± 12,0	70,2 ± 8,5**
Não	59,4 ± 10,3	64,4 ± 8,5	68,2 ± 12,2	62,5 ± 7,9	66,7 ± 12,5	66,4 ± 7,5
Vive sozinho(a)						
Sim	59,9 ± 11,0	63,8 ± 9,7	69,9 ± 15,0	60,9 ± 9,8	70,2 ± 12,0	67,4 ± 9,7
Não	63,8 ± 12,2	67,5 ± 9,1	74,9 ± 11,0	65,0 ± 8,1	67,1 ± 12,1	69,8 ± 8,4
Depressão						
Sim	56,7 ± 11,9**	63,8 ± 6,3	73,1 ± 12,8	61,7 ± 6,2	61,4 ± 10,1**	65,1 ± 6,8**
Não	64,4 ± 12,0	67,7 ± 9,4	74,7 ± 11,2	65,1 ± 8,4	68,1 ± 12,1	70,3 ± 8,5

Continua na próxima página.

Continuação da Tabela 12.

Variáveis	WHOQOL-BREF**					WHOQOL-OLD**
	Físico	Psicológico	Relação Social	Meio Ambiente	Geral	Escore total
Quedas						
Sim	63,4 ± 10,5	64,4 ± 8,7*	74,2 ± 12,9	62,7 ± 7,9	63,7 ± 11,1*	67,5 ± 8,4
Não	63,6 ± 12,6	68,0 ± 9,2	74,6 ± 11,0	65,3 ± 8,3	68,3 ± 12,2	70,3 ± 8,4
Fraturas						
Sim	62,3 ± 13,1	67,6 ± 6,7	72,5 ± 11,0	64,3 ± 7,5	67,6 ± 12,7	69,5 ± 8,5
Não	63,9 ± 11,9	67,2 ± 9,9	75,2 ± 11,4	64,9 ± 8,5	67,3 ± 11,9	69,7 ± 8,5
Status tabágico						
Fumante	65,3 ± 12,6	67,4 ± 8,0	78,4 ± 10,3	64,7 ± 8,8	65,5 ± 13,2	69,8 ± 8,1
Não fumante	63,6 ± 12,2	66,8 ± 9,2	73,6 ± 10,8	64,4 ± 7,6	68,1 ± 11,9	70,4 ± 8,2
Ex-fumante	62,2 ± 12,0	68,8 ± 10,1	74,6 ± 13,2	65,5 ± 9,9	66,2 ± 11,9	67,4 ± 9,3
Consome bebida alcoólica						
Sim	65,1 ± 12,6*	68,2 ± 8,6	74,0 ± 11,4	65,4 ± 8,5	68,2 ± 12,8	69,7 ± 8,2
Não	61,0 ± 11,1	65,8 ± 9,9	75,4 ± 11,3	63,6 ± 7,8	66,0 ± 10,7	69,7 ± 8,9
ABVDs						
Independente em todas as atividades	65,0 ± 11,6*	67,3 ± 9,3	74,2 ± 11,6	65,2 ± 8,5	68,3 ± 11,8*	70,0 ± 8,4
Dependente em pelo menos uma atividade	55,3 ± 12,5	67,0 ± 8,7	76,4 ± 9,7	62,2 ± 6,6	61,6 ± 12,0	68,0 ± 8,7

Fonte: GAMBIN, G., (2013).

^{a,b} Letras iguais não diferem pelo teste de Tukey a 5% de significância;

* Dados apresentados em média e desvio padrão **diferença estatisticamente significativa pelo teste t-student a 5% de significância.

As variáveis de interesse contínuas que apresentaram associação com os domínios do WHOQOL-BREF, QV geral e escore total do módulo WHOQOL-OLD foram as seguintes: idade, escolaridade, renda mensal individual, renda familiar, número de filhos, número de morbidades, tempo de uso do tabaco, tempo de cessação tabágica e AIVDs, conforme a tabela 13.

Os idosos com maior renda familiar apresentaram melhores escores de QV em todos os domínios do WHOQOL-BREF, QV geral e escore total do WHOQOL-OLD, enquanto os idosos com maior renda mensal apresentaram escores maiores para o domínio meio ambiente e QV geral.

Os idosos independentes para as AIVDs apresentaram maiores escores de QV do que os idosos dependentes para os domínios do WHOQOL-BREF, QV geral e escore total do WHOQOL-OLD, exceto para o domínio relações sociais.

Os idosos com maior escolaridade tiveram escores maiores de QV para todos os domínios do WHOQOL-BREF e escore total do WHOQOL-OLD, exceto para QV geral, quando comparados aos idosos com menor escolaridade.

A maior renda mensal individual esteve associada a melhor QV nos domínios meio ambiente e QV geral do WHOQOL-BREF. Os idosos que tiveram maior tempo de cessação tabágica apresentaram melhor escore de QV para o escore total do módulo WHOQOL-OLD.

Por outro lado, os idosos mais velhos tiveram menores escores de QV para os domínios físico, psicológico do WHOQOL-BREF e escore total do módulo WHOQOL-OLD do que os idosos mais jovens. Aqueles com mais filhos tiveram menores de QV para o domínio físico do WHOQOL-BREF do que aqueles com menos filhos.

Os idosos com maior número de morbidades apresentaram menores escores de QV para os domínios físicos, psicológicos e QV geral. Os idosos com maior tempo de uso de tabaco também apresentaram menores escores de QV para os domínios físicos, relações sociais e meio ambiente do que aqueles fumavam há menos tempo.

A variável número de dependentes não apresentou associação com a QV.

Tabela 13 - Correlação entre os domínios da qualidade de vida, qualidade de vida geral do WHOQOL-BREF e escore total do módulo WHOQOL-OLD, segundo variáveis de interesse contínuas. Taquaruçu do Sul, RS, 2012

Variáveis	WHOQOL-BREF					WHOQOL-OLD
	Físico	Psicológico	Relações Sociais	Meio Ambiente	QV Geral	Escore total
Idade (anos)	- 0,285***	- 0,184**	-0,083	- 0,133	- 0,076	- 0,200**
Escolaridade	0,208**	0,252***	0,256***	0,278***	0,079	0,159*
Renda mensal individual	0,110	0,010	0,030	0,180*	0,207**	0,080
Renda familiar	0,176*	0,169*	0,155*	0,257***	0,147*	0,173*
Nº de dependentes da renda	- 0,017	0,084	0,027	0,080	- 0,083	0,014
Nº de filhos	- 0,155*	- 0,133	- 0,022	- 0,089	0,008	- 0,043
Nº de morbidades	- 0,434***	- 0,176*	- 0,015	- 0,116	- 0,266***	- 0,140
Tempo de uso do tabaco (anos)	- 0,381*	- 0,233	- 0,380*	- 0,433*	- 0,155	- 0,245
Tempo de cessação tabágica (anos)	0,132	0,234	- 0,074	0,180	0,142	0,349*
AIVDs ****	0,439***	0,247***	0,104	0,235**	0,225**	0,305***

Fonte: GAMBIN, G., (2013).

* p<0,05; ** p<0,01; *** p<0,001

A tabela 14 apresenta a análise de regressão linear multivariada realizada pelo método Stepwise para identificar os fatores independentes associados aos domínios do WHOQOL-BREF, QV geral e escore total do módulo WHOQOL-OLD. Compuseram o modelo de análise multivariável as 21 variáveis de interesse que apresentaram uma significância máxima de $p < 0,20$ na análise bivariável.

No modelo de regressão com o domínio físico, as variáveis de interesse incluídas foram: idade, sexo, receber ajuda econômica de outra pessoa, viver com cônjuge ou companheiro(a), depressão, consumo de bebidas alcoólicas, ABVDs, AIVDs, escolaridade, renda mensal individual e familiar, número de filhos e tempo de uso do tabaco. As variáveis que mantiveram associação com esse domínio foram: ABVDs($p=0,015$), AIVDs($p < 0,001$), renda familiar($p=0,029$), número de morbidades($p < 0,001$) e tempo de uso do tabaco($p=0,035$), ou seja, os idosos com maior independência, melhor renda familiar e menor número de morbidades reportaram melhores escores de QV. A variável que mais contribuiu para esse modelo foi o tempo de uso do tabaco, seguida das AIVDs. Esse modelo explicou 34,45% da variância da QV da amostra estudada.

No domínio psicológico, as variáveis de interesse independentes incluídas foram: idade, sexo, viver com cônjuge ou companheiro(a), depressão, escolaridade, consumo de bebidas alcoólicas, renda familiar, número de morbidades, número de filhos, quedas, AIVDs e tempo de cessação tabágica. As variáveis que apresentaram associação com esse domínio de QV foram: escolaridade($p < 0,001$), número de morbidades($p=0,024$) e quedas($p=0,047$), ou seja, os idosos com maior escolaridade, menor número de morbidades e sem relato de quedas no último ano apresentaram melhores escores de QV. A variável que mais contribuiu nesse modelo de regressão foi a escolaridade. Esse modelo explicou 11,6% da variância da QV da amostra estudada.

No modelo de regressão com o domínio relações sociais, as variáveis de interesse incluídas foram: viver sozinho, escolaridade, viver com cônjuge ou companheiro(a), *status* tabágico, tempo de uso do tabaco, fraturas, renda familiar e AIVDs. As variáveis que apresentaram associação com a QV foram: escolaridade($p=0,004$), viver com cônjuge ou companheiro(a) ($p=0,044$) e tempo de uso do tabaco($p=0,043$) ou seja, os idosos que tinham maior escolaridade, viviam com cônjuge ou companheiro(a) e tinham menor tempo de uso do tabaco reportaram melhores escores de QV. As variáveis que mais contribuíram nesse modelo de regressão foram tempo de uso do tabaco e escolaridade. Esse modelo explicou 32,4% da variância da QV amostra estudada.

No modelo de regressão com o domínio meio ambiente, as variáveis de interesse incluídas foram: idade, viver com cônjuge ou companheiro(a), viver sozinho, renda familiar, ABVDs, depressão, AIVDs, escolaridade, quedas, consumo de bebidas alcoólicas, tempo de uso do tabaco e número de morbidades. As variáveis que apresentaram associação com a QV foram: AIVDs ($p=0,021$), escolaridade($p=0,001$), renda familiar($p=0,001$) e tempo de uso do tabaco($p=0,021$), ou seja, os idosos mais independentes, com maior escolaridade e menor tempo de uso do tabaco apresentaram melhores escores de QV. As variáveis que mais contribuíram nesse modelo de regressão foram tempo de uso do tabaco e escolaridade. Esse modelo explicou 18,8% da variância da QV da amostra estudada.

No modelo de regressão com a QV geral, as variáveis de interesse incluídas foram: sexo, ser responsável pelo domicílio, depressão, renda mensal individual e familiar, quedas, ABVDs, número de morbidades e AIVDs. As variáveis que apresentaram associação com a QV foram: renda mensal individual($p=0,020$) e número de morbidades($p=0,006$), ou seja, os idosos com maior renda mensal individual e menor número de morbidades apresentaram melhores escores de QV. A variável que mais contribuiu nesse modelo de regressão foi o número de morbidades. Esse modelo explicou 11,4% da variância da QV da amostra estudada.

No modelo de regressão com o escore total do módulo WHOQOL-OLD, as variáveis de interesse incluídas foram: idade, AIVDs, renda familiar, depressão, ser responsável pelo domicílio, viver com cônjuge ou companheiro(a), quedas, *status* tabágico, escolaridade, número de morbidades e tempo de cessação tabágica. As variáveis que apresentaram associação com a QV foram: AIVDs ($p=0,001$), renda familiar($p=0,013$) e depressão($p=0,015$), ou seja, os idosos mais independentes, com maior renda familiar e não ter relatado de depressão apresentaram melhores escores de QV. A variável que mais contribuiu nesse modelo de regressão foram as AIVDs. Esse modelo explicou 14,7% da variância da QV amostra estudada.

Tabela 14 - Resultados de regressão linear multivariada para os domínios de qualidade de vida, qualidade de vida geral, escore total do WHOQOL-OLD e variáveis de interesse. Taquaruçu do Sul, RS, 2012

Variáveis dependentes/independentes	B	IC 95%	β	p	R²*
Domínio Físico					
ABVDs**	5,16	1,02 a 9,31	0,151	0,015	34,5%
AIVDs***	1,92	1,20 a 2,63	0,332	<0,001	
Renda familiar	1,56	0,16 a 2,97	0,131	0,029	
Nº de morbidades	-1,84	-2,68 a -0,99	-0,277	<0,001	
Tempo de uso do tabaco	-0,36	-0,69 a -0,03	-0,353	0,035	
Domínio Psicológico					
Escolaridade	2,91	1,30 a 4,52	0,243	<0,001	11,6%
Nº de morbidades	-0,78	-1,46 a -0,11	-0,156	0,024	
Quedas	-3,09	-6,13 a -0,05	-0,137	0,047	
Domínio Relações Sociais					
Escolaridade	3,15	1,01 a 5,29	0,213	0,004	32,4%
Viver com cônjuge ou companheiro(a)	4,91	0,14 a 9,67	0,149	0,044	
Tempo de uso do tabaco	-0,29	-0,57 a -0,01	-0,344	0,043	
Domínio Meio Ambiente					
AIVDs	0,64	0,10 a 1,19	0,164	0,021	18,8%
Escolaridade	2,51	0,99 a 4,04	0,231	0,001	
Renda familiar	1,84	0,77 a 2,90	0,227	0,001	
Tempo de uso do tabaco	-0,32	-0,59 a -0,05	-0,433	0,021	
QV Geral					
Renda mensal individual	3,89	0,61 a 7,18	0,201	0,020	11,4%
Nº de morbidades	-1,65	-2,82 a -0,47	-0,237	0,006	
Escore total WHOQOL-OLD					
AIVDs	1,19	0,65 a 1,72	0,291	<0,001	14,7%
Renda familiar	1,39	0,30 a 2,48	0,168	0,013	
Depressão	-4,39	-7,93 a -0,85	-0,164	0,015	

Fonte:GAMBIN, G., (2013).

*Coeficiente de determinação (o quanto as variáveis em conjunto explicam o desfecho).

** Atividades Básicas da Vida Diária

*** Atividades Instrumentais da Vida Diária.

O quadro 4 apresenta um resumo dos modelos construídos para cada domínio de QV, QV geral do WHOQOL-BREF e escore total do modulo WHOQOL-OLD, ou seja, as categorias das variáveis de interesse associadas à percepção de melhor QV de idosos residentes no meio rural de Taquaruçu do Sul.

Quadro 4 - Síntese dos modelos de regressão quanto aos fatores associados a uma melhor QV dos idosos do meio rural. Taquaruçu do Sul, RS, 2012

Domínio 1- Físico	Domínio 2 – Psicológico	Domínio 3- Relações sociais	Domínio 4- Meio ambiente	QV geral – WHOQOL-BREF	Escore total WHOQOL-OLD
Independência para ABVDs	Maior escolaridade	Viver com cônjuge ou companheiro	Maior escolaridade	Maior renda mensal individual	Maior renda familiar
Independência para AIVDs	Menor número de morbidades	Maior escolaridade	Maior renda familiar	Menor número de morbidades	Independência para AIVDs
Maior Renda familiar	Não ter referido quedas	Menor tempo de uso do tabaco	Independência para AIVDs		Não ter referido depressão
Menor número de morbidades			Menor tempo de uso do tabaco		
Menor tempo de uso do tabaco					

Fonte: GAMBIN, G., (2013).

6 DISCUSSÃO

6.1 CARACTERIZAÇÃO SOCIOECONÔMICA, DEMOGRÁFICA, DE SAÚDE E HÁBITOS DE VIDA DA POPULAÇÃO IDOSA DO MEIO RURAL

Pouco mais da metade dos idosos residentes no meio rural do município de Taquaruçu do Sul eram do sexo masculino. Essa tendência foi observada nos resultados do censo demográfico brasileiro, no qual a população masculina de idosos do meio rural (53,48%) é maior do que a população de mulheres (46,52%) (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010).

Bercovich (1993) explica que isso ocorre porque as mulheres geralmente buscam sua fonte de renda no meio urbano e acabam migrando para as cidades. Para Camarano e Abramovay (1999), há predominância do fluxo migratório de origem rural por mulheres e, em consequência, disso ocorreu a crescente masculinização do meio rural brasileiro. O homem, por sua vez, fica atrelado ao trabalho rural e acaba passando a vida toda nesse meio (TONEZER, 2009).

Outra justificativa foi encontrada no estudo realizado por Froehlich et al. (2011), que analisaram a distribuição populacional e sua evolução em 27 cidades da região central do Rio Grande do Sul. Para os autores, o processo de masculinização consolida-se nessa região e as condições de vida do meio rural, dominado pelo trabalho agrícola, podem ser incompatíveis com o trabalho e as necessidades da mulher rural idosa.

Apesar de observarmos o predomínio de homens no meio rural, a diferença em relação às mulheres não foi significativa. Isto pode ser explicado pela diminuição do fluxo migratório das mulheres rurais a partir dos anos 90 e a formação das famílias pelos homens que ali residiam.

A faixa etária predominante neste estudo foi a de 60-69 anos. Esse achado foi encontrado também em outros estudos com idosos brasileiros, caracterizado como de idosos jovens (PINTO et al., 2006; FALLER et al., 2010; LIMA et al., 2011; TAVARES et al., 2012).

Quanto à escolaridade, predominou o tempo de estudo de 4 a 7 anos. De modo diferente, a escolaridade dos idosos foi menor nas investigações realizadas no meio rural por Tonezer (2009) e Tavares et al.(2012). Este estudo encontrou um percentual inferior de analfabetismo quando comparado a outros estudos brasileiros e internacionais com idosos do meio rural (MORAIS, 2007; MWANYANGALA et al., 2010; NG et al., 2010). A baixa

escolaridade pode ser atribuída às dificuldades de acesso ao ensino quando jovens e à necessidade dos pais de manterem seus filhos em casa para exercerem os trabalhos rurais e os serviços domésticos (TONEZER, 2009).

A escolaridade pode interferir na compreensão do processo de envelhecimento do idoso e no entendimento das condutas terapêuticas diante do surgimento de doenças comuns nesta fase da vida. É necessário que o profissional de saúde tenha uma comunicação eficaz, usando linguagem compreensível e objetiva no que se refere aos cuidados preventivos, curativos e de promoção em saúde. A possibilidade de atuar na ESF com idosos que têm maior escolaridade pode permitir a compreensão do processo saúde-doença e tornar-se um fator de proteção para eles na prevenção de morbidades específicas desse grupo etário.

A maioria dos idosos do meio rural deste estudo recebia a aposentadoria por idade. Esse dado foi encontrado em outros estudos com idosos rurais no sul do Brasil (MORAIS, 2007; TONEZER, 2009). No meio urbano, há uma menor prevalência de aposentados, como foi observado em dois estudos realizados no Rio Grande do Sul (PASKULIN, 2006; SOUZA; MORAIS; BARTH, 2006).

Tal diferença pode ocorrer porque os idosos do meio rural, diferentemente dos idosos do meio urbano, estão amparados pela Lei Previdenciária nº 8213, de 24 de julho de 1991. Essa lei prevê que as pessoas que residem no meio rural possam requerer aposentadoria por idade, desde que os homens tenham idade igual ou superior a 60 anos, as mulheres tenham idade igual ou superior a 55 anos e comprovem com documentos 180 meses de atividade rural (BRASIL, 1991).

Para Tonezer (2009), a aposentadoria serve como fonte para os idosos adquirirem bens que antes acreditavam não poder comprar, como a melhoria das condições de moradia e transporte, a garantia das necessidades básicas para os idosos e os diversos membros da família (filhos e netos). Além disso, segundo a autora, a aposentadoria rural permite aos idosos continuar trabalhando, realidade vivenciada de modo diferente pelos idosos aposentados do meio urbano. Representa ainda um meio de sentirem-se valorizados pela possibilidade de ajudar financeiramente os filhos e os vizinhos devido à precariedade do setor agrícola.

Por outro lado, cabe salientar que a aposentadoria pode tornar-se um motivo para que o indivíduo distancie-se da vida produtiva, assegurando renda permanente até a morte. No início, pode haver sentimentos de satisfação diante da possibilidade de descanso. Todavia, com o decorrer do tempo, os idosos podem perceber a sua vida como triste e inútil, sentindo-se marginalizados e isolados socialmente (MENDES et al., 2005).

Tendo isso em vista, torna-se necessária a implementação de ações que visem ao preparo das pessoas do meio rural para a fase pós-aposentadoria e a instituição de atividades que tenham a finalidade de inserir o idoso socialmente a fim de recriar uma rede de apoio e indiretamente prevenir o surgimento de doenças psiquiátricas.

A responsabilidade do domicílio era dos idosos entrevistados ou de seu cônjuge ou companheiro. Esse dado é superior ao encontrado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), o qual identificou que apenas 23,3% dos idosos rurais declararam-se como responsáveis pelo domicílio (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2008). Entende-se, assim, que os idosos que fizeram parte do estudo mantêm um papel importante nas decisões pessoais e nas condutas familiares. Quanto às funções que envolvem a responsabilidade pelo domicílio, incluem-se os aspectos econômicos que envolvem a vida, as relações sociais e familiares dos idosos. Neste estudo, a maioria dos idosos relatou não receber ajuda econômica de outras pessoas, mas ter uma renda mensal individual menor que um salário mínimo.

A renda familiar de três a cinco salários mínimos foi a prevalente neste estudo, seguida da renda de um a dois salários mínimos. Esses resultados são semelhantes aos do estudo de Pinto et al. (2006), realizado em Taquarituba (SP), no qual 36,5% dos idosos do meio rural recebiam de um a dois salários mínimos, enquanto 28% receberam mais que três salários. Observa-se que, tal como na escolaridade, a renda familiar os idosos que fizeram parte do presente estudo também é um pouco mais elevada.

Salienta-se que não há complementação significativa da renda por outros componentes da família nos domicílios onde residem esses idosos. Além disso, pode-se inferir que os idosos que vivem com cônjuge ou companheiro totalizam a renda familiar em dois salários mínimos em muitos domicílios em virtude da aposentadoria rural, considerando-se ainda que a atividade agrícola propicia o suprimento de várias necessidades básicas.

A renda familiar do domicílio é geralmente dividida por apenas três pessoas, reforçando a ideia de que o provimento dos recursos financeiros é quase exclusivamente oriundo da aposentadoria dos idosos.

A caracterização da família é de profunda importância para que se entenda a existência ou inexistência de um conjunto de relações nesse âmbito e também se conheçam os pontos principais que podem influenciar positiva ou negativamente o envelhecimento das pessoas que ali estão constituídas.

Com relação ao estado conjugal dos idosos, na maior parte dos estudos, sejam urbanos ou rurais, também prevaleceu viver com cônjuge ou companheiro (PASKULIN, 2006; SANTOS, 2008; LIMA et al., 2009; MARTINS et al., 2009; PEREIRA, 2011).

As famílias dos idosos do meio rural tinham uma mediana de quatro filhos. A maioria vivia com cônjuge ou companheiro, seguida de outros familiares. Os idosos que moravam sozinhos corresponderam a 6,6%.

No estudo de Moraes (2007), realizado com idosos do meio rural, a média de filhos foi semelhante, embora tenha sido realizada com idosos com 80 anos ou mais. Já em estudo com idosos do meio urbano, a média de filhos foi inferior (PASKULIN, 2006). Supõe-se, então, que os idosos do meio rural têm uma média superior de filhos que os do meio urbano.

Quanto ao arranjo familiar, os resultados deste estudo apresentaram-se de modo diverso aos de outros estudos com idosos do meio rural realizados no sul do Brasil, no quais prevaleceram as famílias constituídas por idosos, filhos e netos (SILVA, 2005; BERTUZZI; PASKULIN; MORAIS, 2012).

Uma menor proporção de idosos que moravam sozinhos foi encontrada neste estudo quando comparado com outros estudos rurais, pois nesses estudos a maioria dos idosos morava com o cônjuge ou com outros familiares (SILVA, 2005; BERTUZZI; PASKULIN; MORAIS, 2012; TAVARES et al., 2012).

No que tange aos arranjos domiciliares, é importante salientar que morar com outras pessoas, para os idosos do meio rural, constitui-se em uma importante rede de apoio, principalmente considerando a dificuldade de acesso para atividades comunitárias, bem como a distância entre as moradias. As redes sociais de apoio permeiam um conjunto de relações estabelecidas pelos idosos para que continuem vivendo de forma saudável e integrada.

Nessa rede, a relação é considerada saudável, havendo harmonia entre as pessoas e uma atmosfera que possibilita o crescimento de todos, inclusive do idoso, com funções, papéis, lugares e posições. Além disso, as diferenças são respeitadas e levadas em consideração (MENDES et al., 2005).

Por outro lado, as relações familiares podem estar fragilizadas quando o idoso perde a posição de comando e as decisões que estava acostumado a exercer. Nesse caso, as relações entre pais e filhos modificam-se e os papéis invertem-se: os filhos passam a ser responsáveis pelos pais. No entanto, pode ocorrer uma falha dos filhos em não ouvir as necessidades de seus pais, havendo quebra da rede de apoio, perda da autonomia e isolamento, visto que os idosos ficam à mercê das decisões dos filhos (MENDES et al., 2005).

A rede de apoio pode significar para o idoso um meio de sentir-se seguro, amparado por outros diante de suas necessidades ou de ter alguém para cuidá-lo quando há ocorrência de adoecimento. Neste estudo, quando perguntado ao idoso se havia alguém para cuidá-lo caso houvesse necessidade, a maioria respondeu positivamente. As pessoas indicadas para exercer esses cuidados foram o(a) filho(a), seguidas do cônjuge ou companheiro(a).

Esse dado é semelhante ao obtido por Moraes (2007), no qual a primeira pessoa que assume a principal responsabilidade de prestar os cuidados era o filho, seguido do cônjuge ou companheiro. Segundo o autor, nas famílias em que há cônjuge, este é o primeiro a exercer os cuidados, desde que esteja saudável e não seja idoso; depois dele, são os filhos adultos que não são casados e, por fim, os filhos casados cujo papel de cuidador é geralmente assumido pelas noras.

De modo geral, pode-se inferir que os idosos deste estudo, apesar de residirem em sua maioria com cônjuge ou companheiro(a), podem manter uma proximidade com os domicílios dos filhos que se tornarão os seus cuidadores em caso de necessidade, constituindo-se uma importante rede de apoio do idosos do meio rural.

O envelhecimento traz consigo alterações funcionais que podem propiciar o surgimento de uma ou mais doenças crônicas e afetar diretamente a condição de saúde dos idosos. Neste estudo, as doenças crônicas mais prevalentes foram, respectivamente, hipertensão arterial sistêmica, artrose, doenças do coração, doença pulmonar obstrutiva crônica, osteoporose, diabetes mellitus e depressão.

A hipertensão arterial sistêmica foi a doença mais citada pelos idosos na maior parte dos estudos urbanos e/ou rurais (SILVA, 2005; CAMPOLINA; DINI; SANTOS, 2008; CICONELLI, 2011; BRAVO FILHO et al., 2012; MACEDO et al., 2012). Estudos com idosos do meio urbano identificaram a artrose e a DPOC como doenças mais prevalentes (SANTOS, 2008; CAMPOLINA; DINI; CICONELLI, 2011; MACEDO et al., 2012).

De modo geral, foi possível observar nesses estudos que as doenças cardíacas, endócrinas, osteomusculares e pulmonares foram as que mais ocorreram. Esse dado vem ao encontro dos achados do presente estudo com idosos do meio rural.

O número médio de morbidades deste estudo foram duas, variando de uma a quatro. Os idosos que não referiram morbidades representaram um décimo da amostra estudada. Para Tonezer (2009), eles podem apresentar problemas de saúde não diagnosticados nos serviços de saúde por não buscar serviços de saúde, por dificuldades de acesso ou por problemas financeiros. Segundo o autor, os problemas de visão, audição, saúde bucal e depressão muitas vezes ficavam ocultos, pois os idosos estavam desassistidos pelos serviços de saúde.

O número de morbidades apresentadas por idosos não foi abordado de forma detalhada em nenhum estudo no meio rural no Brasil, pois geralmente os resultados descrevem quais foram as morbidades mais prevalentes.

Diante disso, esse dado foi comparado a dois estudos internacionais com idosos do meio rural. Na Tailândia, na caracterização dos idosos do meio rural quanto às morbidades, os pesquisadores também constataram que 10% não tinham morbidades, 42% tinham de uma a duas, 29% referiam de três a quatro doenças e 19% tinham cinco ou mais (SUDNONGBUA; GROW; BODDY, 2010), achados semelhantes aos do presente estudo. Entretanto, em outro estudo realizado em Taiwan, todos os idosos apresentaram morbidades, sendo que 70% tinham de uma a duas e 30% tinham mais de três morbidades (LIANG et al., 2009). Provavelmente, para além das características do meio rural, as condições de vida de cada país influenciaram esses resultados.

Quando comparado a estudos com idosos do meio urbano brasileiro, observou-se uma realidade diferente ao do presente estudo, nos quais foi identificado um percentual maior de idosos sem morbidades (PASKULIN, 2006; SOUZA; MORAIS; BARTH, 2006; CAMPOLINA; DINI; CICONELLI, 2011; LIMA et al., 2011;).

Comparando-se os estudos do meio rural e urbano, observa-se que os idosos do meio urbano apresentam menos morbidades que os idosos do meio rural. Tal achado pode ser explicado pela baixa escolaridade, que dificulta a assimilação de modos de vida saudáveis, pela procura tardia pelos serviços de saúde, quando a doença já está instalada, e pela dificuldade de acesso aos serviços de saúde.

As quedas ocorridas entre os idosos devem receber atenção especial devido à possibilidade de ocasionar fraturas e ser uma das principais causas de morte nessa população. A ocorrência de quedas no último ano foi relatada por 20,8% dos idosos, enquanto as fraturas após os 60 anos foram relatadas por 24,3% dos idosos neste estudo. No que se refere a quedas, percentuais superiores foram observados em estudo com idosos mais velhos do meio rural (MORAIS, 2007). Estas diferenças podem estar relacionadas ao fato de que no estudo citado anteriormente os idosos eram octagenários e apresentavam maior debilidade no sistema osteomuscular. As quedas no meio rural podem estar relacionadas aos aspectos geográficos, ao trabalho agrícola e às doenças osteomusculares que afetam esses idosos.

Os estudos sobre quedas em idosos vêm aumentando devido à possibilidade de afetar negativamente a vida do idoso e ser uma das principais causas de mortalidade. Os dados sobre a frequência das quedas pode ser observado em um estudo que analisou as consequências desse fato para a qualidade de vida de idosos residentes em uma comunidade de baixa renda o

município do Rio de Janeiro (RIBEIRO et al., 2008). Segundo os pesquisadores, constatou-se que 70,4% dos idosos haviam sofrido uma queda e outros 29,6% haviam sofrido mais de uma queda no último ano. As consequências das quedas mais citadas foram as fraturas, o medo de cair, o abandono de atividades, a modificação de hábitos e a imobilização.

Para Fabricio, Rodrigues e Costa Junior (2004), as consequências das quedas afetam a realização de atividades como deitar-se, levantar-se, caminhar em superfície plana, cortar as unhas dos pés, tomar banho, cuidar de finanças, fazer comprar, utilizar o transporte coletivo e subir escadas. Para Nicolussi et al. (2012), o medo de cair ocorreu mais naqueles idosos que já haviam caído anteriormente e que reportavam uma menor qualidade de vida.

Um estudo de seguimento de dois anos, realizado com 1.667 idosos residentes em São Paulo, identificou os fatores associados a quedas e as quedas recorrentes (PERRACINI; RAMOS, 2002). As quedas no último ano ocorreram em 31% dos idosos e cerca de 11% tiveram duas ou mais quedas. As quedas recorrentes ocorreram mais entre aqueles idosos que não tinham cônjuge, não tinham o hábito da leitura, apresentavam história de fratura e dificuldade para as AVDS, bem como naqueles idosos com visão comprometida.

Há uma associação de fatores que podem levar a quedas, causando uma série de consequências para vida dos idosos, como elevados índices de morbimortalidade, dificuldades para execução das atividades de vida de diária, perda da independência e da autonomia (BRASIL, 2006). Diante dessa problemática, os profissionais de saúde podem reorientar a sua prática, informar os pacientes e seus familiares sobre ambiente seguro e uso de medicamentos, entre outros, com a finalidade de se tentar evitar quedas, principalmente dentro do domicílio.

A depressão é outro problema a ser enfrentado, porque pode repercutir sobretudo na vida social dos idosos. Tal condição foi referida por um décimo dos idosos do presente estudo. Dado semelhante foi encontrado por Ferreira(2011) em seu estudo com 850 idosos do meio rural de Uberaba (MG), onde 22% dos idosos apresentaram depressão após aplicação da escala de depressão geriátrica.

Já os estudos realizados no Mato Grosso, em Santa Catarina e no Rio Grande do Sul com idosos do meio urbano, a prevalência de depressão foi superior (ALVARENGA; OLIVEIRA; FACCENDA, 2012; BORGES; DALMOLIN, 2012; GRASEL; URNAU; MARQUES, 2012).

Os sintomas depressivos nem sempre são relatados aos profissionais de saúde, o que pode levar a um subdiagnóstico da doença. Isso pode ser agravado no meio rural quando a realidade vivenciada pelos idosos é marcada pelo isolamento, pelas dificuldades de transporte e pela distância dos recursos sociais e de saúde (MORAIS; RODRIGUES; GERHARDT, 2008).

No Rio de Janeiro, uma pesquisa sobre prevalência de depressão em idosos foi realizada com idosos que frequentavam a Universidade para Terceira Idade (UNITI), residentes em lares e residentes em asilos (CARNEIRO et al., 2007). Nesse estudo, usando-se a escala de depressão geriátrica (GDS-15), detectou-se que, entre os idosos que moravam em asilos e em lares, a ocorrência de depressão foi maior do que entre aqueles que eram frequentadores da UNITI. Entende-se que os idosos que tinham vida comunitária ativa apresentaram menos riscos de ter depressão.

Os sentimentos depressivos podem ser causados pelas habilidades sensoriais, pela presença de doenças crônicas e estar associado a perdas de companheiro ou filhos (ALVARENGA; OLIVEIRA; FACENDA, 2012; TONEZER, 2009). Em consonância com esses achados, Hegadoren et al. (2009) relatam que os sintomas depressivos em idosos estão associados a declínios cognitivos e funcionais, a falta ou perda de contato social, viuvez, eventos estressantes, baixa escolaridade, uso de medicamentos e falta de atividade social.

Nesse conjunto de fatores que envolvem a saúde dos idosos, emerge a necessidade de conhecer os seus hábitos de vida e de verificar como esses aspectos interferem no processo de envelhecimento. Os hábitos de vida investigados neste estudo foram o uso de tabaco e o consumo de bebidas alcoólicas.

A prevalência de idosos tabagistas nos estudos brasileiros é heterogênea. Dados semelhantes aos resultados do presente estudo foram encontrados no Rio Grande do Sul, onde 11,7% dos idosos eram fumantes (MORAIS, 2007). A prevalência de tabagismo foi superior em estudos realizados com idosos do meio urbano em São Paulo, Minas Gerais e Paraná (SANTOS, 2008; PEREIRA, 2011; FREITAS et al., 2012).

O hábito de fumar pode levar ao surgimento de doenças cardiovasculares e pulmonares, o que nos faz considerar os elevados percentuais de hipertensão, doenças cardíacas e DPOC neste estudo.

Com relação aos idosos ex-fumantes, os estudos realizados tanto com idosos do meio urbano quanto do meio rural apontam para percentuais superiores ao do presente estudo (PASKULIN, 2006; PEIXOTO; FIRMO; LIMA-COSTA, 2006; MORAIS, 2007; SANTOS, 2008; LIMA et al., 2011). Cabe ressaltar que, no estudo Bambuí, os ex-fumantes apresentaram piores condições de saúde, menor capacidade para atividades de vida diária e maior procura pelos serviços de saúde (PEIXOTO; FIRMO; LIMA-COSTA, 2006; FREITAS; QUEIROZ; SOUSA, 2010). Assim, pode-se inferir que os motivos que levaram os idosos a abandonar o cigarro foram o surgimento de doenças e, por isso, apresentam pior percepção de saúde.

Os idosos deste estudo apresentam alto consumo de bebidas alcoólicas quando comparados a outro estudo realizado com idosos do meio rural (SILVA, 2005; MORAIS, 2007). Além disso, quando comparado ao estudo de Morais (2007), o abandono do consumo de bebidas alcoólicas pelos idosos neste estudo mostra-se inferior, o que nos leva a supor que os idosos do presente estudo têm a tendência a continuar bebendo.

Com relação ao tipo e à frequência da bebida mais consumida, a cerveja foi a mais prevalente. Diferente do estudo realizado por Silva (2005) com idosos do meio rural onde o vinho foi a bebida mais consumida. De acordo com este autor, há de se considerar o teor alcoólico das bebidas, como os destilados, que podem gerar danos à saúde. O consumo de álcool está relacionado ao surgimento de doenças crônicas cardiovasculares e a problemas sociais (BRASIL, 2006).

Conforme esses achados, conclui-se que os hábitos de fumar e consumir bebidas alcoólicas pela população idosa podem contribuir para a piora da saúde e da QV, sendo um dos principais aspectos a ser enfrentado pelos profissionais de saúde e devendo ser alvo de políticas públicas de vigilância, controle de riscos e danos e promoção da saúde.

6.2 AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE FUNCIONAL DOS IDOSOS DO MEIO RURAL

A avaliação funcional mede de forma objetiva o quanto uma pessoa é capaz de desempenhar determinadas atividades em diferentes áreas nas quais utiliza de habilidades diversas para executar tarefas cotidianas, interagir socialmente, realizar atividades de lazer, etc. (DUARTE; ANDRADE; LEBRÃO, 2007). Quando a pessoa apresenta dificuldade no desempenho das atividades da vida cotidiana, ou mesmo impossibilidade de desempenhá-las, denomina-se esse quadro de incapacidade funcional (ROSA et al., 2003).

Nessa perspectiva, o conhecimento das alterações funcionais possibilita aos profissionais de saúde o desenvolvimento de estratégias e intervenções que objetivem a melhora da qualidade de vida do idoso.

Neste estudo, foi aplicada a Escala de Katz para avaliar as ABVDs em seis atividades: banhar-se, vestir-se, uso do vaso sanitário, transferência, continência e alimentação. A maioria dos idosos foi classificada como independentes para todas as ABVDS e uma minoria apresentou dependência. Dados semelhantes ao deste estudo foram encontrados nos estudos de Macedo et al. (2012) e Gonçalves et al. (2011) com idosos do meio urbano, em que ocorreu dependência em 14,9% e 13%, respectivamente.

No presente estudo, continência e tomar banho foram as atividades que os idosos tiveram mais dificuldade para executar. Quanto à avaliação de cada ABVD, controlar as funções de urinar e evacuar e tomar banho também foram as atividades em que os idosos apresentaram maior dependência em outros estudos (DUCA; SILVA; HALLAL, 2009; GONÇALVES et al., 2011; FREITAS et al., 2012).

No que se refere a “tomar banho”, nota-se que uma minoria apresentou dependência para essa atividade. Possivelmente a dificuldade ocorreu em idosos mais velhos devido a alterações funcionais do envelhecimento, sequelas de doenças crônicas ou dificuldade de acesso ao banheiro por haver degraus ou por localizar-se fora do domicílio.

A “continência” foi a ABVDs em que os idosos apresentaram maior dependência. É possível que as alterações fisiológicas urinárias comumente encontradas em idosos, uso de medicamentos e à dificuldade de acesso ao banheiro estejam relacionados às perdas urinárias.

Alguns estudos identificaram os principais fatores associados à dependência funcional dos idosos: ser do sexo feminino, ser mais velho, viver só ou estar viúvo, apresentar morbidades, isolamento social, sedentarismo, baixa escolaridade, baixa renda, pior percepção de saúde e ter sofrido hospitalização nos últimos 12 meses (ROSA et al., 2003; GIACOMIN et al., 2008; NUNES et al., 2009; LOURENÇO et al., 2012).

A realidade observada nos estudos sobre envelhecimento mostra a exposição dos idosos a muitos desses fatores. É preciso compreender que, embora alguns fatores sejam não modificáveis, outros podem sofrer mudanças se forem vistos pelos profissionais de saúde e, por conseguinte, modificados no sentido de melhorar a vida desses idosos.

Diante disso, entende-se que a avaliação funcional pode estar inserida no processo de trabalho da ESF, com o objetivo de identificar a capacidade funcional do idoso no desempenho das atividades cotidianas. Dentre as ações que podem ser desenvolvidas, destacam-se: identificação das situações de risco; conhecimento das áreas de disfunção/necessidade; monitoramento do declínio funcional do idoso; planejamento dos cuidados adequado às demandas assistenciais identificadas; estabelecimento de uma rede de atendimento em saúde e de elos para a compreensão multidimensional dos casos (DUARTE; DIOGO, 2005).

A realização das atividades instrumentais permite ao idoso inserir-se na comunidade em que vive e participar das atividades sociais, rompendo com o estigma do isolamento nessa fase da vida. Através da Escala de Lawton, este estudo identificou um escore próximo da pontuação máxima, significando que, quanto maior o escore, maior a independência. Neste estudo, nenhum idoso obteve pontuação mínima de nove pontos, o que caracteriza restrição ao

domicílio e dependência total de um cuidador. Assim, compreende-se que os idosos deste estudo apresentam alto escore para AIVDs e continuam a realizar suas atividades sociais com a ajuda de outras pessoas, sobretudo de seus familiares. Provavelmente, esse resultado está associado ao fato de que o grupo estudado era formado principalmente por idosos mais jovens. Não foram encontrados outros estudos que utilizaram o escore total para AIVDs na avaliação da capacidade funcional de idosos.

As atividades que os idosos realizaram com ajuda ou não conseguiam realizar mais prevalentes foram as seguintes: utilizar o telefone, utilizar um meio de transporte para ir a um lugar distante e lavar e passar roupa. No estudo de Costa, Nakatani e Bachion (2006), realizado com idosos do meio urbano, dentre essas atividades destacam-se: cuidar das finanças, utilizar meios de transporte, realizar trabalhos domésticos e utilizar o telefone. O uso do telefone e dos meios de transporte também foram as atividades em que os idosos do meio urbano apresentaram dependência em outros dois estudos (FREITAS et al., 2012; OLIVEIRA et al., 2012).

Desse modo, supõe-se que, no presente estudo, as dificuldades encontradas para a execução das AIVDs pelos idosos devem-se ao fato de a maioria estar no grupo etário mais jovem, à distância do meio urbano (que dificulta o deslocamento) e à baixa escolaridade.

Portanto, conclui-se que são vários os fatores que podem interferir na execução das AVDs e que, neste estudo, a maioria dos idosos era independente para a realização dessas atividades.

6.3 QUALIDADE DE VIDA DOS IDOSOS DO MEIO RURAL

A qualidade de vida dos idosos do meio rural, verificada através do WHOQOL-BREF, mostrou maior escore para o domínio relações sociais e um menor escore para o domínio físico. Esse achado também foi encontrado no estudo realizado com idosos portadores de osteoporose do meio rural no Sudeste do Brasil (TAVARES et al., 2012). Em Taiwan, os idosos do meio rural tiveram como menor escore para QV o domínio relações sociais (LIANG et al., 2009). Para os autores, isso ocorre porque os idosos viviam isolados em uma sociedade conservadora e existiam diferenças entre homens e mulheres quanto aos itens avaliados nesse domínio. As relações sociais eram facilitadas para os homens devido aos aspectos culturais, enquanto as mulheres ficavam restritas ao ambiente familiar e ao convívio com os parentes, quadro esse agravado com a emergência da viuvez (LIANG et al., 2009). É possível que, para os idosos deste estudo, viver com cônjuge ou companheiro, manter relações de vizinhança e

proximidade com a residência de filhos, além de ter a possibilidade de participar das atividades comunitárias, tenha influenciando a melhor percepção de QV.

No estudo de Tonezer (2009) com idosos do meio rural, o bem-estar foi relatado especialmente pelas relações sociais. Observou-se que, apesar de o número de vizinhos ser limitado, devido à distância entre as propriedades, os idosos atribuíram grande importância a essas relações. As relações de vizinhança eram caracterizadas pela ajuda mútua através do empréstimo de dinheiro, do auxílio no trabalho agrícola e, até mesmo, das caronas para o meio urbano.

As relações sociais estabelecidas pelos idosos exercem a função de proteção. Para Brito e Pavarini (2012), a rede de apoio social representa a teia de relacionamentos sociais que cada um mantém, incluindo relacionamentos mais próximos (familiares e amigos íntimos) e relacionamentos mais formais (outros indivíduos e grupos).

O domínio físico do instrumento WHOQOL-BREF é caracterizado pelas questões que envolvem a saúde, como tratamento médico, sono, capacidade física para o trabalho e execução das atividades diárias. Diante disso, pode-se inferir que a saúde física dos idosos esteja comprometida devido ao surgimento de doenças crônicas, ao trabalho agrícola executado por longo período e até mesmo à dificuldade de acesso aos serviços de saúde. A própria prevalência de artrose referida pelos idosos também pode influenciar a capacidade para o trabalho e demais atividades do dia a dia.

Em consonância com tal achado, para os idosos do meio rural, a possibilidade de se manter trabalhando está atrelada à percepção de saúde e, conseqüentemente, à QV. Por outro lado, a incapacidade para o trabalho é percebida como doença e pode interferir de modo negativo na QV (TONEZER, 2009).

Os idosos do meio rural do sudeste do Brasil apresentaram menor escore de QV para o domínio físico (Tavares et al., 2012). Provavelmente, isso ocorreu porque o estudo foi realizado com idosos que autorreferiram osteoporose e, por conseguinte, uma condição de saúde desfavorável.

Molzhan et al.(2010), ao avaliar a importância das questões referentes às facetas do WHOQOL-100 e do módulo WHOQOL-OLD para os idosos de 22 países, identificaram que muitos aspectos físicos, como falta de energia, ausência de dor, capacidade para as AVDs e locomoção, foram os aspectos mais importantes para a QV dos idosos. Segundo os autores, existem vários aspectos subjacentes à falta de energia, tais como problemas de saúde física e mental, doenças crônicas, desnutrição, depressão, declínio cognitivo e funcional, diminuição da participação social, maiores taxas de internação e morte.

Diante disso, a atenção primária pode engajar os idosos em atividades de promoção à saúde, melhoria das condições de acesso aos serviços sociais e de saúde, além da prevenção e tratamento das morbidades com o objetivo de melhorar o bem-estar físico e mental desses idosos.

Comparando-se os escores dos domínios de QV e QV geral do WHOQOL-BREF do presente estudo com os mesmos escores de um estudo realizado no sul do Brasil com idosos do meio urbano, observa-se que os idosos do meio urbano tiveram escores médios de QV mais elevados em todos ou na maioria dos domínios e na QV geral do que os idosos do meio rural (RIBEIRO et al., 2008; PASKULIN; VIANNA; MOLZHAN, 2009).

Na QV avaliada através do WHOQOL-OLD, a faceta morte e morrer foi a que mais contribuiu positivamente, apresentando a maior média. A QV foi avaliada em 39 centros de lazer para idosos de Medellín, na Colômbia, onde se evidenciaram maiores escores para tal faceta (ESTRADA et al., 2011). Em Minas Gerais, os idosos do meio rural apresentaram maior média para essa mesma faceta, reforçando os resultados do presente estudo (TAVARES et al., 2012).

Para esses idosos, a morte é vista como algo natural: eles percebem e admitem a morte como uma certeza (FRUMI; CELICH, 2006). Segundo os autores, a presença de crenças e valores espirituais possibilita ao idoso a compreensão de sua existência e da morte. Além disso, a valorização da história de vida com respeito e amor promove um sentido no envelhecer, possibilitando o enfrentamento da morte.

Em outro estudo, realizado no Chile, os idosos do meio urbano tiveram escores baixos para a faceta morte e morrer interferindo negativamente na QV (URZUA et al., 2011). Percebe-se que esses idosos têm uma visão diferente da morte com o envelhecimento, demonstrando preocupação com o modo como vão morrer, com a incapacidade de controlar a morte e com o medo de sentir dor antes de morrer. Nesse sentido, é importante avaliar as preocupações, as inquietações e o temor do sofrimento no processo de morrer, pois, à medida que os anos passam, aumenta o medo da morte (CHACHAMOVICK; FLECK, 2008).

No presente estudo, a autonomia foi a faceta que obteve menor escore para QV dos idosos do meio rural. Esses dados reforçam os achados de outros estudos e demonstram a relação da QV com a capacidade de tomar decisões e executar as AVDs pelos idosos (ESTRADA et al., 2011; TAVARES et al., 2012; VITORINO; PASKULIN; VIANA, 2012).

A autonomia do idoso está pautada na capacidade de realizar AIVDs, ser dono da própria vida, ser capaz de resolver problemas e poder agir como desejar (FONSECA et al., 2010). Para Flores et al. (2010), a autonomia é fundamental para a QV e a preservação da

dignidade; contudo, a perda da autonomia está vinculada ao desrespeito às decisões, à dependência econômica, à incapacidade funcional, ao fato de o idoso sentir-se desvalorizado e excluído da família e da sociedade.

6.4 FATORES ASSOCIADOS À QUALIDADE DE VIDA DOS IDOSOS DO MEIO RURAL

As variáveis ABVDs, AIVDs, renda mensal individual, renda familiar, número de morbidades, tempo de uso do tabaco, escolaridade, quedas no último ano, viver com cônjuge ou companheiro e ter depressão estiveram associadas com um ou mais domínios de QV, QV geral do WHOQOL-BREF e/ou escore total do módulo WHOQOL-OLD para idosos do meio rural que participaram deste estudo.

Os idosos que reportaram independência total para as ABVDs tiveram melhor QV no domínio físico do que os dependentes. A maior independência para AIVDS também apresentou relação positiva com a QV nos domínios físico, ambiente e escore total do módulo WHOQOL-OLD. Resultados similares foram observados em um estudo com idosos do meio rural na Turquia, no qual a dependência funcional estava relacionada a menores escores de QV em todos os domínios e QV geral, especialmente entre mulheres portadoras de doenças crônicas (ARSLANTAS et al., 2009). Os autores relacionam tal achado às baixas condições socioeconômicas da população estudada, o que afetaria a capacidade funcional.

Um estudo comparativo com os resultados da pesquisa do grupo WHOQOL, realizado em 22 países, também constatou que, em países subdesenvolvidos, os idosos com dependência funcional apresentaram piores escores de QV no domínio físico (MOLZHAN et al., 2011). Já na Áustria, em um estudo que utilizou o instrumento SF-36, o item pontuado como sendo de maior importância para a QV de idosos, independentemente de gênero e faixa etária, foram as atividades de vida diária (KIRCHENGAST; HASLINGER, 2008), embora os aspectos econômicos não tenham sido avaliados.

Por outro lado, em estudo realizado com idosos residentes em áreas da ESF do interior do nordeste brasileiro, os pesquisadores não encontraram diferença estatisticamente significativa entre comprometimento nas ABVDs e QV (TORRES et al., 2009), ao passo que, em outra investigação (PASKULIN; VIANNA; MOLZHAN, 2009) com idosos residentes no meio urbano no sul do Brasil, identificou-se associação entre maior independência para atividades básicas e instrumentais e melhor percepção de QV nos domínios físico e psicológico.

Supõe-se que, para o idoso do meio rural, a independência para AIVDs e ABVDs tenha maior importância para continuar exercendo o trabalho agrícola, participar de atividades comunitárias e religiosas e facilitar o deslocamento em busca de bens, serviços de saúde e atividades de lazer. Também se identifica que os idosos deste estudo referiram um número inferior de doenças crônicas se comparados a outros estudos no meio urbano (CAMPOLINA; DINI; CICONELLI, 2011; GONÇALVES et al., 2011), o que interfere diretamente na capacidade funcional. Investigação comparativa entre idosos do meio rural e do meio urbano também observou que os idosos do grupo rural relataram menor número de patologias do que os do meio urbano. Outros estudos já identificaram que os idosos do meio rural são menos dependentes do que os idosos do meio urbano (AIRES; PASKULIN; MORAIS, 2010), o que pode gerar maior expectativa entre os idosos dessa região de viver com maior independência

O número de morbidades teve relação negativa com os escores dos domínios físico, psicológico e QV geral. Resultados semelhantes foram identificados em todos os domínios de QV e QV geral do WHOQOL-BREF realizado com idosos na zona rural da Turquia (ARSLANTAS et al., 2009). A presença de morbidades pode levar a pior percepção do estado de saúde e à dependência funcional dos idosos, o que pode gerar sentimentos de impotência e insatisfação consigo mesmo, resultando em isolamento social e depressão.

A renda mensal individual dos idosos teve associação positiva com a QV geral, enquanto a renda familiar teve associação com os domínios físico, ambiente e escore total do módulo WHOQOL-OLD. Estudo realizado no Brasil com idosos do meio urbano identificou que idosos com renda superior a cinco salários mínimos tiveram melhor percepção de QV no domínio meio ambiente (ALEXANDRE; CORDEIRO; RAMOS, 2009). Via de regra, os idosos do meio rural dispõem de itens básicos para subsistência, principalmente no que se refere à alimentação, e utilizam a renda para outros fins, como serviços de saúde e lazer. No meio urbano, a renda dos idosos tem de ser maior, pois tornam-se altos os custos com moradia e alimentação, entre outras necessidades. Parece que os idosos do meio urbano necessitam de uma renda maior que os do meio rural para ter uma melhor percepção de QV.

Na Espanha, a situação financeira foi o terceiro fator mais importante a influenciar a QV de idosos, ficando atrás da família e da saúde (MARTIN et al., 2012). Cabe destacar que os idosos deste estudo, em sua maioria, recebiam complementação financeira de outros componentes do grupo familiar, o que também pode ter influenciando a percepção de QV de modo positivo.

No México, os idosos do meio urbano com maior renda relataram facilidades no acesso aos serviços de saúde preventivos e curativos e uma melhor percepção de QV

(GALLEGOS-CARRILO et al., 2008). Nos Estados Unidos, os pesquisadores concluíram que a população idosa rural, por ter uma renda inferior à da população urbana, tinha uma pior QV, tendo em vista que o custo com a saúde é maior devido à procura tardia para tratamento e às dificuldades de acesso (WALLACE et al., 2010). Esses resultados ilustram as diversidades dos achados, mas devem levar em consideração, além das diferenças econômicas, os sistemas de saúde de cada país e o acesso aos serviços.

O tempo de uso do tabaco teve relação negativa com os domínios físico, relação social e meio ambiente. A média de tempo de uso do tabaco na população estudada foi de $43,4 \pm 12,3$ anos, e esse fato pode ter ocasionado o surgimento de doenças crônicas ao longo dos anos e, conseqüentemente, a diminuição da capacidade física para o trabalho, levando a uma pior percepção nas relações sociais e na execução das atividades diárias. Não há estudos que avaliem o tempo de uso do tabaco com a QV. Porém, de forma similar, foram identificadas pesquisas que apresentaram associação entre ser fumante e ter pior percepção de QV (LIMA et al., 2011; ZHOU et al., 2011).

A escolaridade teve associação positiva com a QV nos domínios psicológico, relações sociais e meio ambiente. Na Índia, entre idosos rurais, a escolaridade também apresentou associação com os domínios físico e psicológico (MUDEY et al., 2011). Os autores inferem que, nesse meio, os idosos alfabetizados têm melhor compreensão do processo de envelhecimento e melhor adaptação às mudanças no estilo de vida. Acredita-se ainda que, no contexto rural, associado à maior renda, mais anos de estudo podem refletir na capacidade para realizar investimentos na agricultura e na pecuária, possibilidades para atividades de lazer e de transporte e melhores condições de moradia. A escolaridade também pode favorecer a participação nas atividades comunitárias, já que as pessoas com mais anos de estudo ocupam cargos nas diretorias das comunidades, na igreja, nas associações e nos conselhos municipais.

Ter sofrido quedas no último ano apresentou associação negativa com o domínio psicológico. A queda pode causar sentimentos negativos de insegurança, deixando o idoso insatisfeito consigo mesmo. Por outro lado, doenças mentais, como a depressão, podem levar ao uso de medicamentos que favoreçam as quedas. Um estudo realizado com idosas no complexo Manguinhos, no Rio de Janeiro, avaliou a repercussão da ocorrência de quedas na QV. Os pesquisadores identificaram piores escores de QV no domínio psicológico entre aquelas idosas que haviam sofrido quedas devido à possível ocorrência de fraturas e, por conseguinte, dependência para AVDS, restrição para atividades laborais e perdas financeiras (RIBEIRO et al., 2008).

Viver com cônjuge ou companheiro apresentou associação positiva com QV no domínio relação social. Em investigação com idosos paulistas, não ter vida conjugal implica melhor percepção no domínio social (ALEXANDRE; CORDEIRO; RAMOS, 2009). Em países como Turquia, Indonésia e Vietnã, os idosos rurais que viviam sem companheiro, principalmente as mulheres, tinham menores escores de QV (ARSLANTAS et al., 2009; MWANYANGALA et al., 2010; NG et al., 2010). No meio rural, viver com cônjuge ou companheiro pode ser mais importante do que nas áreas urbanas, considerando-se a distância entre as moradias, o que dificulta as relações de vizinhança e amizade.

Ter referido depressão foi um fator preponderante para pior percepção de QV por meio do escore total do WHOQOL-OLD. É possível que pessoas com depressão tenham diminuição na habilidade e no apoio social, percebendo os fatores que envolvem a vida e a QV mais negativamente do que as outras (CARNEIRO et al., 2007). A QV pode estar associada à gravidade dos sintomas depressivos, havendo sobreposição entre os construtos de depressão e os aspectos avaliados no WHOQOL-OLD, como afetividade, falta de companheirismo, viver sozinho, sentir-se só e ter expectativas negativas em relação ao futuro (ALEXANDRE; CORDEIRO; RAMOS, 2009).

Este estudo apresentou algumas limitações. Devido ao fato de ter caráter transversal e não medir a relação entre causa e efeito, não avaliou a relação temporal que as variáveis exercem na QV dos idosos do meio rural. Aspectos referentes à questão de gênero também poderiam revelar diferenças importantes entre o grupo estudado e vir a ser analisados em outra investigação.

7 CONCLUSÕES

O presente estudo permitiu identificar o perfil socioeconômico, demográfico, de saúde e hábitos de vida dos idosos do meio rural do município de Taquaruçu do Sul. Além disso, permitiu estabelecer associações entre a QV e as principais variáveis de interesse deste estudo.

Predominaram neste estudo, idosos do sexo masculino, que tinham em média 69,7 anos (DP 7,5 anos) e encontravam-se na faixa etária de 60 a 69 anos. Quanto à escolaridade, prevaleceram os idosos com 4 a 7 anos de estudo. A maioria era aposentada por idade, e esta foi identificada como a principal fonte de renda. Preponderou entre os participantes do estudo uma renda mensal de um a dois salários mínimos e uma renda familiar de dois a três salários mínimos. Identificou-se que os respondentes tinham, em média, 3,11 dependentes (DP 1,48 dependentes).

Quanto ao arranjo domiciliar, a maioria vivia com cônjuge ou companheiro(a), seguida de outros familiares. Tinham em média quatro filhos. A maioria referiu ter um cuidador em caso de necessidade, e este cuidador poderia ser um filho, seguido do cônjuge ou companheiro(a).

A morbidade mais referida foi hipertensão arterial sistêmica, seguida de artrose. Os idosos que referiram de uma a duas morbidades representaram 46,7% do total. As quedas no último ano foram relatadas por 20,8% dos idosos.

Quanto aos hábitos de vida, os idosos apresentaram um consumo significativo de tabaco e bebidas alcoólicas. Em geral, o uso de tabaco iniciou-se na adolescência. Os idosos relataram um tempo médio de uso de tabaco de 43,4 anos (DP 12,3 anos). Os ex-fumantes tinham em média 20 anos de cessação tabágica. O consumo de álcool foi relatado pela maioria dos idosos, mesmo que eventualmente. A cerveja foi a bebida mais consumida, seguida do vinho.

A maioria dos idosos apresentou independência funcional para as ABVDs e um escore alto para as AIVDs. As ABVDs que os idosos tiveram mais dificuldades para desempenhar foram a continência e tomar banho; usar o telefone e ir a um lugar distante utilizando algum transporte foram as mais citadas entre as AIVDs.

Considerando o perfil do idoso no meio rural, é necessário que os profissionais de saúde da atenção básica, principalmente aqueles trabalhadores da Estratégia de Saúde da Família, avaliem esses aspectos sistematicamente e direcionem ações em saúde de modo a manter a independência funcional e estimular a autonomia, propiciando o envelhecimento

ativo desses idosos. A avaliação funcional precisa ser realizada na perspectiva de atender ao idoso em sua integralidade, buscando detectar as incapacidades e estabelecer um plano de cuidados baseado na interdisciplinaridade das ações.

Os escores de qualidade de vida dos idosos do meio rural foram maiores no domínio relações sociais do WHOQOL-BREF e na faceta morte e morrer do módulo WHOQOL-OLD. De modo diverso, a QV apresentou menores escores no domínio físico do WHOQOL-BREF e na faceta autonomia do módulo WHOQOL-OLD.

Esses dados reforçam a necessidade de manutenção da capacidade funcional e parecem demonstrar que estes idosos percebem-se com bom apoio social, ainda que tal apoio esteja mais relacionado à família. Associado a isso, na ocorrência de um envelhecimento bem-sucedido, as questões que envolvem a morte e o morrer são encaradas como processo natural do envelhecimento, cujo foco de vida volta-se para o presente, sobretudo nas relações familiares e comunitárias, e para o planejamento de conquistas futuras.

As questões que envolvem o estado físico dos idosos mostraram-se fragilizadas e infere-se que as condições físicas – provavelmente para continuar trabalhando – têm peso importante para esse grupo. Diante disso, a equipe de saúde precisa dar atenção aos problemas de saúde advindos do envelhecimento e aos surgidos como consequência do trabalho rural, buscando alternativas de atividades para os idosos a fim de que eles se percebam com melhor QV nesse domínio.

A melhor percepção de QV dos idosos do meio rural está associada a aspectos com independência funcional, melhor renda individual e familiar, maior escolaridade, menor número de morbidades, não ter sofrido quedas no último ano, menor tempo de exposição tabágica, viver com cônjuge ou companheiro e não ter referido depressão.

As variáveis sexo, grupo etário, arranjo familiar, ser responsável pelo domicílio, número de dependentes da renda, receber ajuda econômica, viver sozinho, ter sofrido fraturas e *status* tabágico não mantiveram associação com a QV após análise multivariável.

Diferentemente de estudos internacionais que avaliaram a QV dos idosos do meio rural, não foi identificada associação entre a QV e as variáveis sexo, grupo etário e ser responsável pelo domicílio. Através da análise realizada, observa-se que os fatores associados à QV são semelhantes aos identificados nos estudos realizados no meio urbano. Contudo, parecem influenciar a QV de modo diverso pelos aspectos culturais e peculiaridades inerentes ao meio rural.

Estudos longitudinais são necessários a fim de avaliar possíveis mudanças na QV durante o envelhecimento dos idosos do meio rural e identificar outras variáveis que possam estar associadas à QV e que não foram investigadas neste estudo.

Os enfermeiros que atuam na atenção básica devem desenvolver ações voltadas para prevenção de doenças crônicas e manutenção da saúde física dos idosos, de modo que possam continuar o exercício do trabalho agrícola, considerado importante para a QV dos idosos do meio rural. Além disso, o enfermeiro deve atuar diante da situação de dependência funcional do idoso, buscando alternativas para que ele possa lidar com a própria dependência, assim como preparar os cuidadores para prestar os cuidados básicos, fortalecendo as redes de apoio e proporcionando uma melhor QV.

Os hábitos de vida também precisam de atenção diferenciada, pois estão associados à QV dos idosos do meio rural. Devem ser desenvolvidas atividades que estimulem a cessação do uso de tabaco e que possam ser abordadas em grupos específicos, associadas com a avaliação integral do idoso, a fim de identificar e intervir sobre os problemas de saúde identificados. O consumo de bebidas alcoólicas também deve ser avaliado, devido aos graves danos à saúde e aos problemas causados nas relações familiares e sociais.

Este estudo teve o objetivo de ampliar o conhecimento científico, com o propósito de beneficiar os idosos do meio rural. Assim, os resultados desta investigação podem ser usados no direcionamento de políticas públicas que se destinem à melhoria da saúde desse grupo, da sua QV e também na definição das prioridades dos serviços a serem prestados.

REFERÊNCIAS

- AIRES, M.; PASKULIN, L. M. G.; MORAIS, E. P. Functional capacity of elder elderly: comparative study in three regions of Rio Grande do Sul. **Rev. Lat. Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 18, n. 1, p. 11-17, 2010.
- ALCÂNTARA, L. R. **Idosos rurais**: fatores que influenciam trajetórias e acesso a serviços de saúde no município de Santana da Boa Vista/RS. 2009. 156 f. Dissertação (Mestrado)– Escola de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2009.
- ALEXANDRE, T. S.; CORDEIRO, R. C.; RAMOS, L. R. Factors associated to quality of life in active elderly. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo v. 43, n. 4, p. 613-621, 2009.
- ALVARENGA, M. R. M.; OLIVEIRA, M. A. C.; FACCENDA, O. Sintomas depressivos em idosos: análise dos itens da Escala de Depressão Geriátrica. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 25, n. 4, p. 497-503, 2012.
- ARSLANTAS, D. et al. Life quality and daily life activities of elderly people in rural areas, Eskisehir (Turkey). **Arch. Gerontol. Geriatr.**, Amsterdam, v. 48, p. 127-131, 2009.
- ASAMBLEA MUNDIAL SOBRE EL ENVEJECIMIENTO, 1., 1982, Viena. **Plan de acción internacional de Viena sobre el envejecimiento**. Viena: ONU, 1982. 47 p. Disponível em: <<http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/asamblea-planvienna-01.pdf>>. Acesso em: 14 jun. 2012.
- BELTRAME, V. et al. Qualidade de vida de idosos da área urbana e rural do município de Concordia, SC. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v.15,n.2, p. 223-231, 2012.
- BERCOVICH, A. M. Características da população idosa no Brasil. **Rev. Bras. Estud. Popul.**, Campinas, v. 10, n. 1/2, p.125-143, 1993.
- BERTOLUCCI, P. H. F. O mini exame do estado mental em uma população geral: o impacto da escolaridade. **Arq. Neuropsiquiatr.**, São Paulo, v. 52, n. 1, p. 1-7, 1994.
- BERTUZZI, D.; PASKULIN, L. M. G.; MORAIS, E. P. Arranjos e redes de apoio familiar de idosos que vivem em uma área rural. **Texto & Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 21, n. 1, p. 158-166, 2012.
- BORGES, D. T.; DALMOLIN, B. M. Depressão em idosos de uma comunidade assistida pela Estratégia de Saúde da Família em Passo Fundo, RS. **Rev. Bras. Med. Fam. Comunidade**, Florianópolis, v. 7, n. 23, p. 75-82, 2012.
- BORGES, M. M. M. C.; TELLES, J. L. O cuidado do idoso no contexto familiar: percepção da equipe de saúde da família. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 349-360, 2010.
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**: seção II: da saúde. Brasília, 1988. Disponível em:

<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/constituicao_saude_idoso.pdf>. Acesso em: 15 mar. 2012.

BRASIL. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da família**. [2012]. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/atencao_basica.php>. Acesso em: 15 mar. 2012.

BRASIL. Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991. Lei de benefícios da Previdência Social. Dispõe sobre os planos de benefícios da Previdência Social e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 25 jul. 1991. Seção 1, p. 14809. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8213cons.htm#art138>. Acesso em: 10 fev. 2013.

BRASIL. Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993. Lei orgânica da assistência social. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 08 dez. 1993. Seção 1, p. 18769. Disponível em: <<http://www81.dataprev.gov.br/sislex/paginas/42/1993/8742.htm>>. Acesso em: 15 mar. 2012.

BRASIL. Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994. Lei da política nacional do idoso. Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 05 jan. 1994. Seção 1, p. 77. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8842.htm>. Acesso em: 15 mar. 2012.

BRASIL. Lei nº 10.048, de 8 de novembro de 2000. Lei do atendimento prioritário. Dá prioridade de atendimento às pessoas que especifica, e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 09 nov. 2000a. Seção 1, p. 1. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L10048.htm>. Acesso em: 15 mar. 2012.

BRASIL. Lei nº 10.098, de 19 de dezembro de 2000. Lei da acessibilidade. Estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida, e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 dez. 2000b. Seção 1, p. 2. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L10098.htm>. Acesso em: 15 mar. 2012.

BRASIL. Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. Estatuto do Idoso. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 03 out. 2003. Seção 1, p. 1. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.741.htm>. Acesso em: 15 mar. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 702, de 12 de abril de 2002**. Cria mecanismos para a organização e implantação de Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso. Brasília, DF, 2002. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/atos_normativos/legislacao-sanitaria/estabelecimentos-de-saude/atencao-ao-idoso/Portaria_702.pdf>. Acesso em: 15 mar. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006**. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília, DF, 2006. Disponível em:

<<http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/1363-2528.html?q=>>. Acesso em: 15 mar. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.213, de 20 de dezembro de 2007**. Institui Comitê para assessorar políticas de prevenção e promoção dos cuidados da osteoporose e de quedas na população idosa. Brasília, DF, 2007. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt3213_20_12_2007.html>. Acesso em: 15 mar. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde: saúde da família**. 2. ed. Brasília, 2008. (Série A. Normas e manuais técnicos).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Portaria nº 491, de 23 de setembro de 2010**. Aprova, na forma do anexo desta portaria, o protocolo clínico e diretrizes terapêuticas - doenças de Alzheimer. Brasília, 2010. Disponível em: <<http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/sas/105590-491.html>>. Acesso em: 15 mar. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília, 2007.

BRASIL. Secretaria de Políticas de Saúde. **SIAB: manual do sistema de informação de atenção básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.

BRAVO FILHO, V. T. F. et al. Impacto do déficit visual na qualidade de vida em idosos usuários do Sistema Único de Saúde vivendo no Sertão de Pernambuco. **Arq. Bras. Oftalmol.**, São Paulo, v. 75, n. 3, p. 161-165, 2012.

BRITO, T. R. P.; PAVARINI, S. C. L. Relação entre apoio social e capacidade funcional de idosos com alterações cognitivas. **Rev. Lat. Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 20, n. 4, 2012.

BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciên. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 163-177, 2000.

CAMARANO, A. A.; ABRAMOVAY, R. **Êxodo rural, envelhecimento e masculinização do Brasil: panorama dos últimos 50 anos**. Brasília: IPEA, 1999. (IPEA. Texto para discussão, 621).

CAMARANO, A. M.; PASINATTO, M. T. **O envelhecimento populacional na agenda das políticas públicas**. Rio de Janeiro: IPEA, 2004.

CAMPOLINA, A. G.; DINI, P. S.; CICONELLI, R. M. Impacto da doença crônica na qualidade de vida de idosos da comunidade em São Paulo (SP, Brasil). **Ciên. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 6, p. 2919-2925, 2011.

CARNEIRO, R. S. et al. Qualidade de vida, apoio social e depressão em idosos: relação com habilidades sociais. **Psicol. Reflex. Crit.**, Porto Alegre, v. 20, n. 2, p. 229-237, 2007.

CELICH, K. L. S. et al. Envelhecimento com qualidade de vida: a percepção de idosos participantes de grupos da terceira idade. **Reme, Rev. Min. Enferm.**, Belo Horizonte, v. 14, n. 2, p. 226-232, 2010.

CHACHAMOVICH, E. **Qualidade de vida em idosos: desenvolvimento e aplicação do módulo WHOQOL-OLD e teste de desempenho do instrumento WHOQOL-BREF em uma amostra de idosos brasileiros.** 2005. 194 f. Dissertação (Mestrado)–Faculdade de Medicina, Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2005.

CHACHAMOVICH, E.; FLECK, A. P. M. Desenvolvimento do WHOQOL-BREF. In: FLECK, A. P. M. et al. **A avaliação de qualidade de vida: guia para profissionais da saúde.** Porto Alegre: Artmed, 2008.p. 74-82.

COSTA, E. C.; NAKATANI, A. Y. K.; BACHION, M. M. Capacidades de idosos da comunidade para desenvolver atividades de vida diária e atividades instrumentais de vida diária. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 19, n. 1, p. 35-43, 2006.

COSTA, F. M. **A opinião dos idosos mais velhos sobre qualidade de vida.** 2010. 57 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) – Curso de Enfermagem, Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2010.

DUARTE, Y. A. O.; ANDRADE, C. L.; LEBRÃO, M. L. O índice de Katz na avaliação da funcionalidade dos idosos. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 41, n. 2, p. 317-325, 2007.

DUARTE, Y. A. O.; DIOGO, M. **Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico.** São Paulo: Atheneu, 2005.

DUCA, G. F. D.; SILVA, M. C.; HALLAL, P. C. Incapacidade funcional para as atividades básicas e instrumentais da vida diária em idosos. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 5, p. 796-805, 2009.

ECHER, I. C. et al. Prevalência do tabagismo em funcionários de um hospital universitário. **Rev. Lat. Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 1, p. 179-186, 2011.

ELIOPOULUS, C. **Enfermagem gerontológica.** 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

ESTRADA, A. et al. Calidad de vida de los adultos mayores de Medellín. **Biomedica**, Bogotá, v. 31, p. 492-502, 2011.

FABRICIO, S. C. C.; ROGRIGUES, R. A. P.; COSTA JUNIOR, M. L. Causas e conseqüências de quedas de idosos atendidos em hospital público. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 38, n. 1, p. 93-99, 2004.

FALLER, J. W. et al. Qualidade de vida de idosos cadastrados na Estratégia de Saúde da Família de Foz do Iguaçu-PR. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 803-810, 2010.

FERREIRA, P.C.S. **Prevalência e fatores associados ao indicativo de depressão em idosos residentes na zona rural.** 2011. 103 f. Dissertação(Mestrado) - Curso de Pós-Graduação em Atenção à Saúde, Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba, MG, 2011.

- FLECK, M. P. A. et al. Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 21, n. 1, p. 19-28, 1999.
- FLECK, M. P. A.; CHACHAMOVICH, E.; TRENTINI, C. M. Projeto WHOQOL-OLD: método e resultados de grupos focais no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 37, n. 6, p. 793-799, 2003.
- FLORES, G. C. et al. Cuidado intergeracional com o idoso: autonomia do idoso e presença do cuidador. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 31, n. 3, p. 467-474, set. 2010.
- FOLSTEIN, M. F.; FOLSTEIN, S. E.; MCHUGH, P. R. Mini mental state: a practical for grading the cognitive state of patient for the clinicians. **J. Psychiatr. Res.**, Oxford, v. 12, n. 3, p. 139-198, 1975.
- FONSECA, M. G. U. et al. Papel da autonomia na auto-avaliação de saúde do idoso. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 44, n. 1, p. 159-165, 2010.
- FREITAS, M. C.; QUEIROZ, T.A.; SOUSA, J.A.V. O significado da velhice e da experiência de envelhecer para idosos. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 44, n. 2, p. 407-412, 2010.
- FREITAS, R. S. et al. Capacidade funcional e fatores associados em idosos: estudo populacional. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 25, n. 6, p. 933-939, 2012.
- FROEHLICH, J. M. et al. Êxodo seletivo, masculinização e envelhecimento da população rural da região central do RS. **Cienc. Rural**, Santa Maria, v. 41, n. 9, p. 1674-1680, 2011.
- FRUMI, C.; CELICH, K. L. S. O olhar do idoso frente ao envelhecimento e a morte. **RBCEH**, Passo Fundo, v. 3, n. 2, p. 92-100, 2006.
- GALLEGOS-CARRILLO, K. et al. Health care utilization and health-related quality of life perception in older adults: a study of the Mexican Social Security Institute. **Salud Publica Méx.**, Ciudad de México, v. 50, n. 3, p. 207-217, 2008.
- GIACOMIN, K. C. et al. Estudo de base populacional dos fatores associados à incapacidade funcional entre idosos na região metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 6, p. 1260-1270, 2008.
- GIACOMIN, K. C.; SARTINI, C. M.; GESTEIRA, S. M. Modelo de atenção à saúde da pessoa idosa na Rede SUS-BH. **Pensar BH, Polit. Soc.**, Belo Horizonte, n. 13, p. 3-9, 2005.
- GONÇALVES, S. X. et al. Capacidade funcional de idosos adscritos à Estratégia de Saúde da Família no município de João Pessoa-PB. **Rev. Bras. Cienc. Saúde**, João Pessoa, v. 15, n. 3, p. 287-294, 2011.
- GONÇALVEZ, L. H. T.; ALVAREZ, A. M. O cuidado da enfermagem gerontogeriatrica: conceito e pratica. In: FREITAS, E. (Org.). **Tratado de geriatria e gerontologia**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. p. 1010-1016.

GOOGLE MAPS. **Taquaruçu do Sul- RS**. c2012. Disponível em: <http://maps.google.com.br/maps?q=mapa+taquaru%C3%A7u+do+sul&oe=utf-8&rls=org.mozilla:pt-BR:official&client=firefox-a&channel=np&um=1&ie=UTF-8&ei=gNLDT6XVEYX-8ASl6cmTCw&sa=X&oi=mode_link&ct=mode&cd=3&ved=0CEcQ_AUoAg>. Acesso em: 14 jun. 2012.

GRASEL, C. E.; URNAU, G.; MARQUES, L. Z. Prevalência de depressão em idosos participantes de grupos da terceira idade de uma cidade do meio-oeste catarinense. **Unoesc & Ciência-ACBS**, Joaçaba, v. 3, n. 2, p. 155-164, 2012.

HEGADOREN, K. et al .The many faces of depression in primary care.**Texto & Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 18, n. 1, p. 155-164, 2009.

HOI, L. V.; CHUC, N. T.; LINHOLM, L. Health-related quality of life, and its determinants, among older people in rural Vietnam. **BMC Public Health**, London, v. 10, p. 549-559, 2010.

HORTA, A. L. M.; FERREIRA, D. C. O.; ZHAO, L. M. Envelhecimento, estratégias de enfrentamento do idoso e repercussões na família. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 63, n. 4, p. 523-528, 2010.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa nacional por amostra de domicílios**. Rio de Janeiro: IBGE, 2008.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira 2000**. Rio de Janeiro: IBGE, 2000.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira 2009**. Rio de Janeiro: IBGE, 2009.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira 2010**. Rio de Janeiro: IBGE, 2010.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Síntese de indicadores sociais: uma análise dos resultados do universo do censo demográfico de 2010**. Rio de Janeiro: IBGE, 2011.

JOIA, L. C.; RUIZ, T.; DONALISIO, M. R. Condições associadas ao grau de satisfação com a vida entre a população de idosos. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n. 1, p. 131-138, 2007.

KATZ, S. et al. Studies of illness in the aged, The index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. **JAMA**, Chicago, v. 185, n. 12, p. 914-919, 1963.

KIRCHENGAST, S.; HASLINGER, B. Gender differences in health-related quality of life among healthy aged and old-aged Austrians: cross-sectional analysis. **Gend. Med.**, Hillsborough, v. 5, n. 3, p.270-278, 2008.

LENTZ, R. A. et al. O profissional de enfermagem e a qualidade de vida: uma abordagem fundamentada nas dimensões propostas por Flanagan. **Rev. Lat. Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 4, p. 7-14, 2000.

LIANG, W-M. et al. Psychometric evaluation of the WHOQOL-BREF in community-dwelling older people in Taiwan using rasch analysis. **Qual. Life Res.**, Dordrecht, v.18,p. 605-618, 2009.

LIMA, M. G. et al. Health-related behavior and quality of life among the elderly: a population-based study. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 3, p. 485-493, 2011.

LIMA, M. G. et al. Qualidade de vida relacionada a saúde em idosos avaliada com o uso do SF-36 em estudo de base populacional. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 10, p. 2159-2167, 2009.

LOURENÇO, T. M. et al. Capacidade funcional no idoso longevo: uma revisão integrativa. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 33, n. 2, p. 176-185, 2012.

MACEDO, A. M. J. et al. Avaliação funcional de idosos com déficit cognitivo. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 358-363, 2012.

MARTIN, P. M. et al. Components and determinants of quality of life in community-dwelling older adults. **Eur. J. Ageing**, Berlin, v. 9, p. 255-263, 2012.

MARTINS, J. J. et al. Influência do processo de envelhecimento na qualidade de vida do ser humano(re)desvelando significados. **Reme, Rev. Min. Enferm.**, Belo Horizonte, v. 11, n. 3, p. 265-271, 2007.

MARTINS, J. J. et al. Quality of life among elderly people receiving home care services. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 22, n. 3, p. 265-271, 2009.

MELO, M. C. et al. A educação em saúde como agente promotor de qualidade de vida para o idoso. **Ciê. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 14, supl. 1, p. 1579-1586, 2009.

MENDES, M. R. S. S. et al. A situação social do idoso no Brasil: uma breve consideração. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 18, n. 4, p. 422-426, 2005.

MINAYO, M. C. S.; HARTZ, Z. M. A.; BUSS, P. M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciê. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 7-31, 2000.

MISSIO, M.; PORTELLA, M. R. Atenção aos idosos rurais no contexto da família: um desafio para a equipe do Programa Saúde da Família. **Bol. Saúde**, Porto Alegre, v. 17, n. 2, p. 25-36, 2003.

MOLZHAN, A. E. et al. Comparing the importance of different aspects of quality of life to older adults across diverse cultures. **Age Ageing**, Oxford, v. 40, n. 2, p. 192-199, 2011.

MOLZHAN, A. E. et al. The importance of facets of quality of life to older adults: an international investigation. **Qual. Life Res.**, Dordrecht, v. 19, p. 293-298, 2010.

MORAES, N. A. S.; WITTER, G. P. Velhice: qualidade de vida intrínseca e extrínseca. **Bol.Psicol.**, São Paulo, v.57, n. 127, p. 215-238, 2007.

MORAIS, E. P. **Envelhecimento no meio rural**: condições de vida, saúde e apoio dos idosos mais velhos de Encruzilhada do Sul/RS. 2007. 215 f. Tese (Doutorado)– Curso de Doutorado em Enfermagem Fundamental, Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007.

MORAIS, E. P.; RODRIGUES, R. A. P.; GERHARDT, T. E. Os idosos mais velhos no meio rural: realidade de vida e saúde de uma população do interior gaúcho. **Texto & Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 17, n. 2, p. 374-383, 2008.

MOTA, E.; CARVALHO, D. M. T. Sistemas de informação em saúde. In: ROUQUAYROL, M. **Epidemiologia e saúde**. 6. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2003.

MUDEY, A. et al. Assesment of quality of life among rural and urban elderly population of Wardha District, Maharashtra, India. **Ethno Med.**, Delhi, v. 5, n. 2, p. 89-93, 2011.

MWANYANGALA, M. A. et al. Health status and quality of life among older adults in rural Tanzania. **Glob. Health Action**, Häggeby, v. 3, supl. 2, p. 36-44, 2010.

NERI, A. L. **Qualidade de vida e idade madura**. Campinas: Papirus, 1999.

NG, N. et al. Health and quality of life among older rural people in Purworejo District, Indonésia. **Glob. Health Action**, Häggeby, v. 3, supl 2, p. 78-87, 2010.

NICOLUSSI, A.C. et al. Qualidade de vida em idosos que sofreram quedas: revisão integrativa de literatura. **Ciên. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 723-730, 2012.

NUNES, M. C. R. et al. Influencia das características sociodemograficas e epidemiológicas na capacidade funcional de idosos residentes em Ubá, Minas Gerais. **Rev. Bras. Fisioter.**, São Carlos, v.13, n. 5, p. 376-382, 2009.

OLIVEIRA, B. L. C. A. et al. Avaliação das atividades instrumentais de vida diária em idosos da periferia de São Luis, Maranhão. **J. Manag. Prim. Health Care**, Olinda, v. 3, n.1, p. 43-47, 2012.

OLIVEIRA, J. C. A.; TAVARES, D. M. S. Atenção ao idoso na Estratégia Saúde da Família: atuação do enfermeiro. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 44, n. 3, p. 774-781, 2010.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Plano de ação internacional contra o envelhecimento, 2002**. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2003. (Série institucional em direitos humanos, 1).

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Versão em português dos instrumentos de avaliação de qualidade de vida (WHOQOL) 1998**: desenvolvimento da versão em português do WHOQOL-100. Porto Alegre: UFRGS, 1998a. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/psiq/whoqol2.html>>. Acesso em: 15 mar. 2012.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Versão em português dos instrumentos de avaliação de qualidade de vida (WHOQOL) 1998**: desenvolvimento do WHOQOL. UFRGS, 1998b. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/psiq/whoqol1.html#1>>. Acesso em: 15 mar. 2012.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **WHOQOL-OLD**: manual. [2005]. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/psiq/WHOQOL-OLD%20Manual%20Portugues.pdf>>. Acesso em: 31 maio 2012.

PANZINI, R. G. et al. Qualidade de vida e espiritualidade. **Rev. Psiquiatr. Clin.**, São Paulo, v. 34, supl. 1, p. 105-115, 2007.

PASCHOAL, S. M. P. **Qualidade de vida do idoso**: elaboração de um instrumento que privilegia sua opinião. 2000. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000.

PASKULIN, L. M. G. **Fatores associados à qualidade de vida dos idosos de um distrito sanitário na região de Porto Alegre/RS**. 2006. 255 f. Tese (Doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2006.

PASKULIN, L.; VIANNA, L.; MOLZHAN, A. E. Factors associated with quality of life of Brazilian older adults. **Int. Nurs. Rev.**, Oxford, v. 56, p. 109-115, 2009.

PEIXOTO, S. V.; FIRMO, J. O. A.; LIMA-COSTA, M. F. Condições de saúde e tabagismo entre idosos residentes em duas comunidades brasileiras (Projetos Bambuí e Belo Horizonte). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 9, p. 1925-1934, 2006.

PEREIRA, J. C.; BARRETO, S. M.; PASSOS, V. M. A. O perfil de saúde cardiovascular dos idosos brasileiros precisa melhorar: estudo de base populacional. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 91, n. 1, p. 1-10, 2008.

PEREIRA, M. G. **Epidemiologia**: teoria e prática. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

PEREIRA, R. J. Influência de fatores sociossanitários na qualidade de vida dos idosos de um município do Sudeste do Brasil. **Ciê. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 6, p. 2907-2917, 2011.

PERRACINI, M. R.; RAMOS, L. R. Fatores associados a quedas em uma coorte de idosos residentes na comunidade. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 36, n. 6, p. 709-716, 2002.

PICCINI, R. X. et al. Necessidades de saúde comuns aos idosos: efetividade na oferta e utilização em atenção básica à saúde. **Ciê. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 657-667, 2006.

PINTO, J. L. G. et al. Características do apoio social oferecido a idosos de área rural assistida pelo Programa de Saúde da Família. **Ciê. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 753-764, 2006.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004. p. 177.

PORTELLA, M. R. Atenção integral no cuidado familiar do idoso: desafios para a enfermagem gerontológica no contexto da estratégia saúde da família. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 501-506, 2010.

RIBEIRO, A. P. et al. A influência das quedas na qualidade de vida de idosos. **Ciê. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, p. 1265-1273, 2008.

RODRIGUES, R. A. P. et al. Política nacional de atenção ao idoso e a contribuição da enfermagem. **Texto & Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 16, n. 3, p. 536-545, 2007.

ROSA, T. E. C. et al. Fatores determinantes da capacidade funcional em idosos. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 37, n. 1, p. 40-48, 2003.

RUFFINO, A. N. Qualidade de vida: compromisso histórico da epidemiologia. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 35, p. 63-67, 1992.

SANTOS, M. A. B. **Condições de vida e saúde da população idosa do município de Guaramiranga - CE**. 2008. 65 f. Dissertação (Mestrado)–Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2008.

SCHUTTINGA, J. A. Quality of life from a federal regulatory perspective. In: DIMSDALE, J. E.; BAUM, A. (Ed.). **Quality of life in behavioral medicine research**. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, 1995. p. 31-42.

SEIDL, E. M. F.; ZANNON, C. M. L. C. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 580-588, 2004.

SENGER, A. E. V. et al. Alcoolismo e tabagismo em idosos: relação com ingestão alimentar e aspectos socioeconômicos. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 713-719, 2011.

SEQUEIRA, A.; SILVA, M. N. O bem estar da pessoa idosa em meio rural. **Anál. Psicol.**, Lisboa, v. 3, n. 20, p. 505-516, 2002.

SILVA, J. L. A. **O idoso do município de Arambaré-RS: um contexto rural do envelhecimento**. 2005. 177 f. Dissertação(Mestrado) – Programade Pós-Graduação em Enfermagem, Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2005.

SOUZA, L. M. **Trabalho voluntário, saúde e qualidade de vida em idosos**. 2007. Dissertação (Mestrado) - Programade Pós-Graduação em Enfermagem, Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2007.

SOUZA, L. M.; MORAIS, E. P.; BARTH, Q. C. M. Características demográficas, socioeconômicas e situação de saúde de idosos de um programa de saúde da família de Porto Alegre, Brasil. **Rev. Lat. Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 6, p.79-85, 2006.

- SOUZA, R. F.; SKUBS, T.; BRETAS, A. C. P. Envelhecimento e família: uma nova perspectiva para o cuidado de enfermagem. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 60, n. 3, p. 263-267, 2007.
- SUDNONGBUA, S.; GROW, S.; BODDY, J. Feelings of abandonment and quality of life among older persons in rural northeast Thailand. **J. Cross Cult. Gerontol.**, Dordrecht, v. 25, p. 257-269, 2010.
- TAMAI, S. A. B. **Avaliação de um programa de promoção de saúde na qualidade de vida e no estado de bem estar em idosos**. 2010. 140 f. Tese (Doutorado)– Programa de Patologia, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2010.
- TAQUARUÇU DO SUL (Município). **Lei nº 1194 de 04 de julho de 2012**. Altera o perímetro urbano do Município de Taquaruçu do Sul definido pela Lei nº 404/97 e dá outras providências. Taquaruçu do Sul: Prefeitura Municipal, 2012. Disponível em: <http://www.pmtaquarucudosul.com.br/novo_site/atos_oficiais/leis/2012/20120806110535.pdf>. Acesso em: 04 fev. 2013.
- TAVARES, D. M. S. et al. Fatores associados a qualidade de vida de idosos com osteoporose residentes na zona rural. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 371-378, 2012.
- TAVARES, D. M. S.; DIAS, F. A. Capacidade funcional, morbidades e qualidade de vida de idosos. **Texto & Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 21, n. 1, p. 112-120, 2012.
- THE WHOQOL GROUP. Development of the World Health Organization WHOQOL-bref. Quality of Life Assessment 1998. **Psychol. Med.**, London, v. 28, p. 551-558, 1998.
- TONEZER, C. **Idosos rurais de Santana da Boa Vista-Rio Grande do Sul: efeitos da cobertura previdenciária**. 2009. 166 f. Dissertação (Mestrado)– Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Rural, Faculdade de Ciências Econômicas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2009.
- TORRES, G.V. et al. Qualidade de vida e fatores associados em idosos dependentes em uma cidade do interior do nordeste. **J. Bras. Psiquiatr.**, Rio de Janeiro, v. 58, n. 1, p. 39-44, 2009.
- TRENTINI, C. M. **Qualidade de vida em idosos**. 2004. 224 f. Tese (Doutorado)– Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas: Psiquiatria, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2004.
- UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. **Procedimentos de aplicação do WHOQOL**. Porto Alegre: UFRGS; HCPA, 1998. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/psiquiatria/psiq/whoqol4.html>>. Acesso em: 02 fev. 2013.
- URZUA, A. et al. Factores vinculados a la calidad de vida em la adultez mayor. **Rev. Med. Chil.**, Santiago, v. 139, p. 1006-1014, 2011.
- VECCHIA, R. D. et al. Qualidade de vida na terceira idade: um conceito subjetivo. **Rev. Bras. Epidemiol.**, São Paulo, v. 8, n. 3, p. 246-252, 2005.

VITORINO, L. M.; PASKULIN, L. M. G.; VIANA, L. A. C. Qualidade de vida de idosos em instituição de longa permanência. **Rev. Lat. Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 20, n. 6, p. 1186-1195, 2012.

WALLACE, A. E. et al. A longitudinal analysis of rural and urban veterens health-related quality of life. **J. Rural Health**, Oxford, v. 26, p. 156-163, 2010.

WIKMAN, A.; WARDLE, J.; STEPTOE, A. Quality of life and affective well-being in middle-aged and older people with chronic medical illness: a cross-sectional population based study. **Plos One**, San Francisco, v. 6, n. 4, e18952, 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Field trial WHOQOL-100**. Geneva: WHO, 1995. Disponível em: <http://www.who.int/mental_health/who_qol_field_trial_1995.pdf>. Acesso em: 06 fev. 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Guidelines for the conduct os the tobacco smoking surveys of the general population**: report of a meeting. Geneva: WHO, 1992. (N/WHO/SMO/83.4).

ZHOU, B. et al. Quality of life and related factores in the older rural and urban chinese populations in the Zhejiang Province. **J. Appl. Gerontol.**, Tampa, v. 30,n.2, p. 199-225, 2011.

APÊNDICE A – Questionário socioeconômico, demográfico, de saúde de hábitos de vida

INSTRUMENTO PARA COLETA DOS DADOS

<p>Universidade Federal do Rio Grande do Sul Mestrado em Enfermagem Linha de Pesquisa: Promoção, Educação e Vigilância em Saúde e Enfermagem</p> <p><i>“Qualidade de vida entre idosos do meio rural usuários da Estratégia de Saúde da Família”</i></p> <p>Questionário Socioeconômico, Demográfico e de Saúde</p>	
<p>1. Número do questionário: _____</p> <p>2. Numero da microárea: (1)Microárea 2(2) Microárea 3(3) Microárea 4(4) Microárea 5 (5) Microárea 6</p>	<p>NQUEST:_____</p> <p>NMICRO:_____</p>
<p>3. Coletador(a)_____</p> <p>Data da entrevista: __/__/__</p> <p>Horário da entrevista: __:__</p>	<p>DATA: __/__/__</p>
<p>4. Qual o seu nome?_____</p> <p>Qual o seu endereço?_____</p> <p>Qual o seu telefone/contato?_____</p>	
<p>5. Qual a sua idade? _____</p> <p>6. Qual a sua data de nascimento? __/__/__</p>	<p>IDADEI:_____</p> <p>DATDMA:_____</p>
<p>7. Sexo (1) Masculino (2) Feminino</p>	<p>SEXOID: _____</p>
<p>8. Há quanto tempo o Sr(a) vive no meio rural? (1) <1 ano (2) 1 a 10 anos (3) mais de 10 anos (99) NSR</p>	<p>RESRURAL: _____</p>
<p>9. Até que série ou ano completou? (em anos de estudos concluídos) (1) nenhum (2) de 1 a 3 anos (3) de 4 a 7 anos (4) de 8 a 11 anos (5) 12 e mais (99) NSR</p>	<p>SERAC:_____</p>
<p>10. O Sr(a) é aposentado(a)? (0) Não (1) Sim, por tempo de serviço (2) Sim, por invalidez (3) Sim, por idade (99)NSR</p>	<p>DAPOSE:_____</p>
<p>11. Quem é a pessoa responsável pelo domicílio?</p>	<p>RESDOM: _____</p>

(1) Sr(a) (2) Cônjuge (3) Outro (99)NSR	
12. O Sr(a) recebe ajuda econômica de outra pessoa (cônjuge, filho, amigo)? (1) Sim (2) Não (99) NSR	AJUDFI: _____
13. Qual a sua renda mensal? (1) Até 1salário mínimo (2) Mais de 1 a 2 salários mínimos (3) Mais de 2 a 3 salários mínimos (4) Mais de 3 a 5 salários mínimos (5) Mais de 5 a 10 salários mínimos (6) Mais de 10 a 20 salários mínimos (7) Mais de 20 salários mínimos (8) Sem rendimento (99)Sem declaração	RENDAM: _____
14. Qual a renda mensal da família? (1) Até 1salário mínimo (2) Mais de 1 a 2 salários mínimos (3) Mais de 2 a 3 salários mínimos (4) Mais de 3 a 5 salários mínimos (5) Mais de 5 a 10 salários mínimos (6) Mais de 10 a 20 salários mínimos (7) Mais de 20 salários mínimos (8) Sem rendimento (99)Sem declaração	RENDAF: _____
(9) Quantas pessoas dependem da renda mensal- incluindo o Sr(a)? _____	DEPREND: _____
(10) Vive em companhia de cônjuge ou companheiro? (1)Sim (2) Não, mas viveu (3) Nunca viveu (99) NSR	NCONJ: _____
(11) Atualmente, quem mora junto com o Sr(a)? (1) Esposo(a) (2) Filho(a) (3) Netos(as) (4) Outros	MORAID: _____
(12) O Sr(a) tem filhos? (0) Não () Numero de filhos	NFIL: _____
(13) Se precisar de cuidados tem alguém que possa lhe cuidar? (0) Não (1) Sim (99)NSR	DCUID: _____
(14) Quem é essa pessoa que cuida ou poderia cuidar do(a) Sr(a)?	PESCUI: _____

<p>(88) NSA</p> <p>(0) esposo ou companheiro</p> <p>(1) filho(a)</p> <p>(2) irmão (ã)</p> <p>(3) pais</p> <p>(4) vizinho/amigo</p> <p>(5) pessoa contratada</p> <p>(6) outros quem? _____</p> <p>(99) NSR</p>	
<p>(13) O sr(a) tem doenças do coração? (0) Não (1) Sim (2)NSR</p> <p>(14) O Sr(a) tem diabetes? (0) Não (1) Sim (2)NSR</p> <p>(15) O Sr(a) tem pressão alta? (0) Não (1) Sim (2)NSR</p> <p>(16) O Sr(a) tem depressão? (0) Não (1) Sim (2)NSR</p> <p>(17) O Sr(a) tem desgaste nos ossos(artrose)? (0) Não (1) Sim (2)NSR</p> <p>(18) O Sr(a) teve infarto? (0) Não (1) Sim (2)NSR</p> <p>(19) O Sr(a) teve derrame cerebral? (0) Não (1) Sim (2)NSR</p> <p>(20) O Sr(a) teve ou tem calculo na vesicula biliar? (0) Não (1) Sim (2)NSR</p> <p>(21) O Sr(a) teve pneumonia? (0) Não (1) Sim (2)NSR</p> <p>(22) O Sr(a) tem bronquite ou enfisema? (0) Não (1) Sim (2)NSR</p> <p>(23) O Sr(a) tem osteoporose? (0) Não (1) Sim (2)NSR</p> <p>(24) O Sr (a) já sofreu quedas(nos último ano)? (0) Não (1) Sim (2)NSR Qto tempo: _____ anos</p> <p>(25) O Sr(a) já sofreu fraturas? (0) Não (1) Sim (2)NSR</p> <p>(26) O Sr(a) tem ou teve câncer? (0) Não (1) Sim (2)NSR</p> <p>(27) O sr(a) tem algum outro problema de saúde? (0) Não (1) Sim (2)NSR</p> <p>26.a Caso tenha, qual? _____</p> <p>(28) O Sr(a) Fuma? (1) Não (2) Sim (3) ex-fumante (99) NSR</p> <p>27.a Caso respónda sim, fuma há quanto tempo? _____ anos</p> <p>27. b Qual o tipo de cigarro?</p> <p>27.c Caso seja ex-fumante, há quanto tempo não fuma? _____ anos</p> <p>(29) Com que frequência costuma beber álcool?</p> <p>(0) Não bebe</p> <p>(1) Já bebeu no passado</p> <p>(2) Bebe eventualmente/raramente</p> <p>(3) Bebe até três vezes por semana</p> <p>(4) Bebe de 4 a 7 vezes na semana</p> <p>(99) NSR</p>	<p>DOECOR: _____</p> <p>DOEDM: _____</p> <p>DOEHAS: _____</p> <p>DOEDEPRE: _____</p> <p>DOEART: _____</p> <p>DOEINF: _____</p> <p>DOEAVC: _____</p> <p>DOECOLE: _____</p> <p>DOEPNEU: _____</p> <p>DOEENFI: _____</p> <p>DOEOST: _____</p> <p>DOEQUED: _____</p> <p>DOEFRAT: _____</p> <p>DOECANCER: _____</p> <p>DOEOUT: _____</p> <p>IFUMA: _____</p> <p>TFUMA: _____</p> <p>TIPOCIG: _____</p> <p>TEMPEXFU: _____</p> <p>BEBALC: _____</p>

<p>(30) Caso responda das opções 1 a 4 pergunte: Qual o tipo de bebida o sr(a) ingere e qual quantidade?</p> <p>(0) vinho menos que 240 ml(1 taça)</p> <p>(1) Vinho mais que 240 ml(1 taça)</p> <p>(2)cerveja menos que 300 ml(1/2 garrafa)</p> <p>(3) cerveja mais que 300ml(1/2 garrafa)</p> <p>(4) cachaça ou whisky ou vodka ou outro destilado mais que 60 ml(duas doses)</p> <p>(5)) cachaça ou whisky ou vodka ou outro destilado menos que 60 ml(duas doses)</p> <p>(6) outra bebida_____quantidade:_____</p> <p>unidade_____</p>	BEBQTD:_____
--	--------------

APÊNDICE B – Manual de orientação para coleta de dados

Este manual é composto por informações que objetivam conduzir a entrevista durante a aplicação do questionário da pesquisa: **“Qualidade de vida entre idosos do meio rural: usuários da Estratégia Saúde da Família”**.

Os critérios de inclusão: pessoas com 60 anos ou mais completados até julho de 2012, residentes na área rural de abrangência da Estratégia Saúde da Família, ter condições cognitivas de responder a pesquisa, idosos que apresentam após a avaliação do estado cognitivo do mini exame do estado mental conforme o escore: a) analfabetos: ≥ 19 ; b) 1 a 3 anos de escolaridade: ≥ 23 ; c) 4 a 7 anos de escolaridade: ≥ 24 e maior que 7 anos de escolaridade: ≥ 28 .

Os critérios de exclusão: não estar em casa após três tentativas de visita em dias e horários diferentes.

Este manual deve estar sempre com o auxiliar de pesquisa, pois em caso de dúvidas pode consultá-lo. É importante reler este manual periodicamente. Consulte este manual sempre que necessário, inclusive durante a entrevista.

Ao iniciar a abordagem no domicílio, apresente-se, dizendo o seu nome, o porque você está ali e pergunte se há na casa uma pessoa com 60 anos ou mais de idade. Explique a importância da participação do idoso, os objetivos do estudo: analisar a qualidade de vida dos idosos no meio rural de Taquaruçu do Sul; identificar o perfil socioeconômico e demográfico da população idosa além de investigar a percepção da qualidade de vida entre estes idosos.

Desejando participar do estudo o idoso deverá assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, em duas vias, e que neste contém o telefone e os contatos em caso de dúvidas.

Mantenha seu celular desligado enquanto estiver entrevistando.

Não masque chicletes, nem coma, nem beba algum alimento durante a entrevista.

Ao iniciar a entrevista, tente concluí-la sem interrupções.

Preencha o questionário à caneta.

Preencha o questionário com letra legível.

Não faça codificações durante a entrevista.

Em caso de dúvida anote tudo no questionário e busque esclarecer com o pesquisador responsável.

Carregue sempre consigo: crachá de identificação, manual de instruções, instrumento de coleta de dados, Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, além de caneta, borracha, prancheta e almofada para carimbo.

Sempre que for se dirigir ao entrevistado, chame-o pelo nome. Como por exemplo “Sr. fulano...”.

Não demonstre aprovação, surpresa, espanto diante das respostas. Lembre-se que o propósito da entrevista é coletar informações e não influenciar condutas ou julgar as respostas. Assim, a postura do entrevistador(a) deve ser neutra em relação às respostas do participante.

O entrevistador não pode influenciar ou sugerir respostas.

Instrução para aplicação Mini Exame do Estado Mental (MEEM)

Inicie dizendo ao idoso que será aplicado um teste cuja finalidade é avaliar a possibilidade de responder aos próximos questionários. Peça ao idoso se frequentou a escola e, se frequentou, quantos anos de estudo. Anote no instrumento: zero anos de estudo ou analfabeto; 1 a 3 anos de estudo; 4 a 7 anos de estudo; e 7 ou mais anos de estudo.

Item 1- Pergunte ao idoso: Qual ano estamos? Se a resposta estiver correta pontue na coluna do instrumento com a nota 01; se a resposta estiver incorreta pontue com a nota 0. E assim sucessivamente para avaliar: semestre, mês, dia e dia da semana.

Item 2 – Pergunte ao idoso: Em que Estado moramos? Se a resposta estiver correta pontue na coluna do instrumento com a nota 01; se a resposta estiver incorreta pontue com a nota 0. Assim sucessivamente para: Cidade, Bairro, Rua, Local.

Item 3 – Peça ao idoso para repetir as palavras: **CANECA, TIJOLO E TAPETE**. Faça isso até que o idoso consiga repetir em no máximo 5 tentativas. Se o idoso conseguir repetir em cinco ou menos tentativas pontue com a nota 01; caso contrário, se o idoso não conseguir repetir as três palavras, pontue com a nota 0.

Item 4 – Peça ao idoso se ele sabe fazer cálculos ou contas de matemática. Se a resposta for **sim** se dirija à questão 4A e, se a resposta for **não**, se dirija a questão 4B.

Item 4A – Pergunte ao idoso: se o Sr(a) tivesse R\$ 100,00 e fossem tirados R\$7,00 quanto restaria? Se a resposta estiver correta pontue na coluna do instrumento com a nota 01; se a resposta estiver incorreta pontue com a nota 0. Note no instrumento que são 5 contas de

subtração sucessivas (100-7=93; 93-7=86; 86-7=79; 79-7=72; 72-7= 65) e para cada conta será necessário pontuar: 01 para resposta correta e 0 para resposta incorreta.

Item 4B – Peça ao idoso para soletrar a palavra **MUNDO** de trás para frente. Neste caso para cada letra correta será pontuado com a nota 01. As letras não soletradas serão pontuadas com a nota 0.

Item 5 – Peça ao idoso para repetir as três palavras ditas anteriormente: **CANECA; TIJOLO E TAPETE**. Para cada palavra lembrada, independente da ordem citada são pontuados com a nota 01. A(s) palavra(s) não citadas serão pontuadas com a nota 0.

Item 6 – Tenha em mãos um relógio e uma caneta. Peça ao idoso para nomear os dois objetos. Para cada objeto nomeado corretamente pontue com a nota 01 e, para os objetos não nomeados ou nomeados incorretamente pontue com a nota 0.

Item 7 – Peça ao idoso para repetir a frase: **NEM AQUI, NEM ALI, NEM LÁ**. Pontue com a nota 01 se o idoso conseguir repetir de forma clara a frase e, pontue com a nota 0 se o idoso não conseguir repetir a frase.

Item 8 – Coloque um papel em cima da mesa e peça ao idoso: 1) pegue o papel com a mão direita; 2) dobre o papel ao meio e 3) coloque no chão. Para cada tarefa executada corretamente pontue com a nota 01 e, para as tarefas não executadas ou executadas incorretamente pontue com a nota 0.

Item 9 – Escreva em um papel a frase: **FECHE OS OLHOS**. Peça ao idoso para ler e executar a ordem. Caso o idoso não saiba ler, peça para executar a ordem: “feche os olhos”. Se o idoso ler e executar a ordem ou apenas executar a ordem pontue com a nota 01; caso contrário pontue com a nota 0.

Item 10 – Ofereça um papel e uma caneta ao idoso e peça ao idoso para que escreva uma frase completa. Caso o idoso escreva a frase pontue com a nota 01 e e caso o idoso não consiga escrever a frase pontue com a nota 0.

Item 11 – Ofereça uma caneta e um papel com o desenho do pentágono e peça ao idoso para que tente reproduzir o desenho no espaço ao lado. Caso o idoso consiga reproduzir o desenho pontue com a nota 01 e, caso contrário, pontue com a nota 0.

Ao término da aplicação do MEEM faça a soma dos pontos e inclua o idoso que atenda os seguintes critérios:: a) analfabetos: ≥ 19 ; b) 1 a 3 anos de escolaridade: ≥ 23 ; c) 4 a 7 anos de escolaridade: ≥ 24 e maior que 7 anos de escolaridade: ≥ 28 .

Instrução para preenchimento do questionário socioeconômico e demográfico

Questão01 – **Número do questionário**: preencher cada questionário com um número de identificação, composto por três dígitos. O primeiro inicia com a numeração 001 e assim por diante.

Questão02 – **Número da microárea**: verificar na ficha A da Estratégia Saúde da Família a qual microárea o idoso pertence.

Questão 03 – **Nome do coletador**, preencher a data **da realização da entrevista**, o horário **de início e o horário de término da entrevista** (modo 24 horas – exemplo: 02:30 da tarde, deve ser registrada como 14:30).

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO IDOSO

Questão 04 – **Nome do idoso**:anotar o nome completo e por extenso, e explicar a ele que o nome é somente para controle, que será mantido sigilo e anonimato conforme o termo de consentimento livre e esclarecido.

Endereço: preencher o endereço do idoso da forma mais precisa possível.

Telefone/contato: preencha o número de telefone residencial ou celular do idoso ou de algum membro da família, caso não existir, registrar como “não tem”.

Questão 05–**Idade**: perguntar a idade e registrar em anos.

Questão 06 – **Data de nascimento**: solicitar ao idoso um documento oficial com foto (carteira de identidade, carteira de motorista, carteira de trabalho) para registrar.

Questão 07 – **Sexo**: masculino ou feminino.

Questão 08 – **Tempo que reside na zona rural**. O tempo que o idoso reside na zona rural independente de ser o lugar que reside atualmente. No caso do idoso ter residido na zona urbana por algum tempo, soma-se somente os anos vividos no meio rural.

ESCOLARIDADE

Questão 09 –**O sr(a) sabe ler ou escrever?** Assinalar o que o idoso referir neste caso: sim, não ou se somente assina o nome.

Questão 10 – **Até que série e ano completou?** Registrar o que foi referido pelo idoso em anos. A opção NSR é para aqueles idosos que não sabem ler ou escrever.

RENDA

Questão 11 – **O Sr(a) é aposentado?** Se aposentado, perguntar ao idoso o motivo da sua aposentadoria.

Questão 12 – **O Sr(a) recebe ajuda econômica de outra pessoa (filho, amigo)?** Perguntar ao idoso se existem outras pessoas que ajudam ele financeiramente.

Questão 13 – **Quem é a pessoa responsável pelo domicílio?** Registrar se o idoso entrevistado é o responsável ou outra pessoa. No caso de ser outra pessoa registrar o grau de parentesco com o idoso.

Questão 14 – **Qual a sua renda mensal?** Registrar a renda individual declarada pelo idoso.

Questão 15 – **Qual a renda mensal da família?** Registrar o somatório da renda do idoso e das outras pessoas que vivem com o idoso.

Questão 16 – **O sr(a) tem outra renda?** Perguntar ao idoso se a resposta for sim na questão anterior.

Questão 17 – **Quantas pessoas dependem da renda mensal família?** Registrar o número de pessoas que utilizam a renda familiar independente de residir ou não com a família.

COMPOSIÇÃO FAMILIAR

Questão 18 – **O Sr(a) vive em companhia de cônjuge ou companheiro?:** registrar independente da condição civil “sim” (mora com companheiro ou cônjuge); “não, mas já viveu” (atualmente não mora com companheiro, mas já viveu); “nunca viveu” (nunca morou com companheiro ou cônjuge porque nunca teve ou porque não reside no mesmo domicílio); IGN (ignorado – não se enquadra em nenhuma das opções acima) descrever a condição referida pelo idoso.

Questão 19 – **Atualmente quem mora junto com o Sr(a)?:** registrar todos os referidos: esposo(a); filho(a); netos(as) e os outros como por exemplo: nora, genro, irmão(ã) etc.

Questão 20 – **O Sr(a) tem filhos?:** em caso positivo, registrar o número de filhos e, caso não tenha filhos, marcar “não”.

VARIÁVEIS DE SAÚDE/DOENÇA

Questão 21 – **Se precisar de cuidados tem alguém que possa lhe cuidar?**: registrar se há ou não alguém que possa cuidar do idoso.

Questão 22 – **Quem é essa pessoa que cuida ou poderia cuidar do(a) sr(a)?** Assinalar a opção NSA em caso negativo na questão anterior e, para as demais, assinalar aquela referida pelo idoso por ex: esposo(a) ou compeheiro(a); filho(a); irmão(ã), pais; vizinho; pessoa contratada; outros(neste caso citar o parentesco ou o tipo de relação familiar).

Questão 23;24;25: perguntar ao idoso se ele é portador de doenças do coração, diabetes mellitus e hipertensão arterial, respectivamente.

Questão 26: **O sr(a) tem outros problemas de saúde?** Em caso positivo, registrar quais são os problemas de saúde.

Questão 27: **Tabagismo**: perguntar ao idosos se atualmente ele está fazendo uso do cigarro. De acordo com Echer et al. (2011) considera-se fumante a pessoa que faz uso regular do cigarro, um ou mais cigarros por dia, ou que deixou de fumar a menos de seis meses. Considera-se ex-fumante a pessoa que já fumou regularmente e não fuma há mais de seis meses. O não-fumante é considerado aquele que nunca fumou ou apenas experimentou fumo mas não se tornou dependente.

Questão 28: Caso sim, **há quanto tempo?** Registrar o tempo que o idoso fuma.

Questão 29: **Com que frequência o sr(a) costuma beber álcool?** Registrar a frequência com que o idoso costuma beber álcool, se não tem o hábito de beber, ou seja, não usa bebida de álcool.

Questão 30: **O sr(a) considera a sua saúde**: leia as opções descritas no instrumento (muito bom , bom, regular, muito ruim e ruim) e assinale de acordo com a resposta do idoso.

Instrução para aplicação do instrumento de avaliação das atividades básicas de vida diária

O instrumento para avaliação das atividades de vida diária é o de KATZ. Avalia as seguintes funções: banhar-se, vestir-se, ir ao banheiro, transferência, continência e alimentação. As funções estão descritas a seguir:

Banho: a avaliação da atividade “banhar-se” é realizada em relação ao uso do chuveiro, da banheira ou o ato de esfregar-se em qualquer uma dessas situações. Nessa função, além do padronizado para todas as outras, também são considerados independentes os idosos que recebem algum auxílio para banhar uma parte específica do corpo, por exemplo a região dorsal ou uma das extremidades.

O instrumento é composto por três alternativas. Pergunte ao idoso:

- 1) O sr(a) toma banho sozinho?
- 2) O sr(a) recebe assistência para tomar banho? Esta pessoa ajuda o(a) senhor(a) a lavar alguma parte do corpo? Quais?

Assinale a primeira alternativa se o idoso toma banho sozinho, a segunda se recebe auxílio de outra pessoa para lavar uma parte do corpo, ou a terceira se recebe auxílio para lavar mais que duas partes do corpo.

Vestir: para avaliar a função “vestir-se” considera-se o ato de pegar as roupas no armário, bem como o ato de vestir-se propriamente dito. Como roupas são compreendidas roupas íntimas, roupas externas, fechos e cintos. Calçar sapatos está excluído da avaliação. A designação de dependência é dada as pessoas que recebem alguma assistência pessoal ou que permanecem parcial ou totalmente despidos.

Pergunte ao idoso:

- 1) O sr(a) se veste sozinho?
- 2) Recebe ajuda para amarrar os sapatos?
- 3) Recebe ajuda para pegar as roupas ou para vestir-se ou permanece parcial ou totalmente despido?

Assinale apenas uma alternativa, a que corresponde mais adequadamente à resposta do idoso.

Banheiro: a função “ir ao banheiro” compreende o ato de ir ao banheiro para excreções, higienizar-se e arrumar as próprias roupas. Os idosos considerados independentes podem ou não utilizar algum equipamento ou ajuda mecânica para desempenhar a função sem que isso altere a sua classificação. Dependentes são aqueles que recebem qualquer auxílio direto ou que não desempenham a função. Aqueles que utilizam papagaio ou comadres também são considerados dependentes.

- 1) O sr(a) vai ao banheiro, despe-se e higieniza-se sozinho?
- 2) Recebe ajuda para ir ao banheiro?
- 3) Não vai ao banheiro para urinar ou evacuar?

Assinale apenas uma alternativa, a que corresponde mais adequadamente à resposta do idoso.

Transferência: a função “transferência” é avaliada pelo movimento desempenhado pelo idoso para sair da cama e sentar-se na cadeira ou vice-versa. Como na função anterior, o uso de equipamentos ou suporte mecânico não altera a classificação de independência para a função. Dependentes são as pessoas que recebem qualquer auxílio em qualquer das transferências ou que não executam uma ou mais transferências.

- 1) O sr(a) recebe ajuda para levantar-se da cama ou da cadeira?
- 2) O sr(a) nunca sai da cama?

Continência: refere-se ao ato autocontrolado de urinar ou defecar. A dependência está relacionada à presença de incontinência total ou parcial em qualquer das funções. Qualquer tipo de controle externo como enemas, cateterização ou uso regular de fraldas classifica a pessoa como dependente.

- 1) O sr(a) tem eventuais perdas urinárias ou fecais?
- 2) O sr(a) utiliza cateter para urinar ou fraldas por ser incontinente?

Assinale apenas uma alternativa, a que corresponde mais adequadamente à resposta do idoso.

Alimentação: a função “alimentação” relaciona-se ao ato de dirigir a comida do prato (ou similar) à boca. O ato de cortar os alimentos ou prepará-los está excluído da avaliação. Dependentes são as pessoas que recebem qualquer assistência pessoal. Aqueles que não se alimentam sem ajuda ou que utilizam sondas para se alimentarem são considerados dependentes.

- 1) O sr(a) recebe ajuda para alimentar-se?
- 2) O sr(a) precisa de ajudar para cortar a carne ou para passar manteiga no pão?
- 3) O sr(a) recebe ajuda para se alimentar, tem sonda de alimentação?

Assinale apenas uma alternativa, a que corresponde mais adequadamente à resposta do idoso.

Instrução para aplicação do instrumento de avaliação das atividades instrumentais de vida diária (AIVDs)

A Escala de Lawton é o instrumento utilizado para avaliar as atividades instrumentais de vida diária. No instrumento são apresentadas as questões, a avaliação da atividade executada pelo idoso bem como a pontuação para cada avaliação. A avaliação é composta por

três alternativas: **sem ajuda, com ajuda parcial e não consegue** sendo que a pontuação é **1, 2 e 3** respectivamente.

Faça as perguntas de forma pausada e clara para que o idoso possa compreender o que se está perguntando e assinale a alternativa correspondente. Ao final do instrumento faça a soma dos pontos.

Instrução para preenchimento do WHOQOL-Bref

O WHOQOL-Bref é um instrumento autoaplicável. Entretanto, no caso do idoso não lê-lo, o instrumento será aplicado pelo pesquisador e/ou auxiliares de pesquisa. É importante que o auxiliar faça a leitura de forma clara, pausada e se possível em local com pouco ruído para facilitar a compreensão das perguntas pelo idoso e a aplicação dos instrumentos.

Inicialmente o auxiliar de pesquisa fará a leitura das instruções que constam no instrumento original. Pergunte ao idoso se compreendeu as instruções, caso não tenha entendido repita a leitura. A pergunta não pode ser modificada caso o idoso não entenda. Repita pausadamente da mesma maneira que está escrita. Anote o horário de início e término da aplicação do instrumento.

Caso o idoso não consiga responder ao instrumento sozinho proceda da seguinte forma:

Faça a primeira pergunta: Como você avaliaria a sua QV? Leia as opções que aparecem no instrumento: muito ruim; ruim; nem ruim nem boa; boa; muito boa; e, em seguida, assinale a resposta do idoso na escala numérica correspondente.

Pergunta 02 – Peça ao idoso: Quão satisfeito você está com a sua vida? Leia as opções que aparecem no instrumento: muito insatisfeito; insatisfeito; nem satisfeito nem insatisfeito; satisfeito; muito insatisfeito. Assinale na escala numérica correspondente a resposta do idoso.

Diga ao idoso que as questões seguintes se referem **ao quanto ele tem sentido** algumas coisas nas últimas duas semanas.

Pergunta 03 – Em que medida você acha que sua dor (física) impede de fazer o que você precisa? Leia as opções: nada; muito pouco; mais ou menos; bastante e extremamente. Assinale a resposta na escala numérica correspondente. Realize as perguntas subsequentes até a questão número nove (9).

Posteriormente, diga ao idoso que as questões seguintes perguntam sobre **o quanto completamente tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas** nestas últimas duas semanas.

Pergunta 10 – Você tem energia o suficiente para seu dia a dia? Leia as opções: nada; muito pouco; médio; muito; completamente. Assinale a resposta na escala numérica correspondente.

Faça as perguntas subsequentes até a questão de número quatorze (14).

Em seguida diga ao idoso que as próximas questões perguntam sobre **quão bem ou satisfeito você sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida** nas últimas duas semanas.

Pergunta 15 – Quão bem você é capaz de se locomover? Leia as opções: muito ruim; ruim; nem ruim; bom; muito bom. Assinale a resposta na escala numérica correspondente.

Pergunta 16 – Quão satisfeito você está com seu sono? Leia as opções: muito insatisfeito; insatisfeito; nem satisfeito nem insatisfeito; satisfeito, muito insatisfeito. Assinale a resposta na escala numérica correspondente e assim sucessivamente até a questão de número vinte e cinco (25).

Por último diga ao idoso que as questões seguintes referem-se a **com que frequência você sentiu ou experimentou certas coisas** nas últimas duas semanas.

Pergunta 26 – Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão? Leia as opções: nunca; algumas vezes; frequentemente; muito frequentemente; sempre. Assinale a resposta na escala numérica correspondente.

Anote no final do instrumento o nome do auxiliar de pesquisa que aplicou o instrumento e o tempo de duração da aplicação do instrumento WHOQOL-Bref. Registre se o instrumento foi lido pelo idoso ou por você.

Instrução para aplicação do instrumento WHOQOL-OLD

O módulo WHOQOL-OLD é um instrumento autoaplicável. Entretanto, no caso do idoso não lê-lo, o instrumento será aplicado pelo pesquisador e/ou auxiliares de pesquisa. É importante que o auxiliar faça a leitura de forma clara, pausada e se possível em local com pouco ruído para facilitar a compreensão das perguntas pelo idoso e a aplicação dos instrumentos.

Caso o idoso não consiga ler e responder ao instrumento proceda da seguinte forma: inicie fazendo a leitura das instruções sobre o instrumento e na sequência pergunte ao idoso se compreendeu, caso seja necessário, repita a leitura das instruções.

Explique ao idoso que as questões a seguir perguntam sobre o **quanto tem sentido certos sentimentos** nas últimas duas semanas.

Pergunta 01 – Até que ponto as perdas nos seus sentidos (por exemplo: audição, visão, paladar, olfato, tato) afetam a sua vida diária? Leia as opções: nada; muito pouco; mais ou menos; bastante; extremamente. Assinale a resposta na escala numérica correspondente. Realize as perguntas até a questão de número nove (9).

Em seguida, diga ao idoso que as próximas questões se referem ao **quão completamente você fez ou se sentiu apto a fazer algumas coisas** nas duas últimas semanas.

Pergunta 10 – Até que ponto o funcionamento dos seus sentidos (por exemplo: audição, visão, paladar, olfato, tato) afeta sua capacidade de interagir com outras pessoas? Leia as opções: nada; muito pouco; médio; muito; completamente. Assinale a resposta na escala numérica correspondente. Realize as perguntas até a questão de número quatorze (14).

As questões seguintes pedem que o idoso diga o **quanto se sentiu satisfeito, feliz ou de bem sobre vários aspectos de sua vida** nas últimas duas semanas.

Pergunta 15 – Quão satisfeito você está com aquilo que alcançou na sua vida? Leia as opções: muito insatisfeito; insatisfeito; nem satisfeito nem insatisfeito; satisfeito; muito satisfeito. Assinale a resposta na escala numérica correspondente. Continue as questões até a pergunta de número vinte (20).

Para finalizar, diga ao idoso que as questões seguintes se **referem a qualquer relacionamento íntimo que possa ter**. É importante explicar ao idoso que estas questões referem-se a um companheiro ou uma pessoa próxima com a qual ele possa compartilhar sua intimidade mais do que com qualquer outra pessoa na vida.

Pergunta 21 – Até que ponto você tem um sentimento de companheirismo em sua vida? Leia as opções: nada; muito pouco; mais ou menos; bastante; extremamente. Assinale a resposta na escala numérica correspondente.

Pergunte ao idoso se ele tem mais algum comentário sobre o questionário.

APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (auxiliares de pesquisa)

O projeto de pesquisa intitulado “Qualidade de vida entre idosos do meio rural: usuários da Estratégia Saúde da Família” tem como objetivo analisar a qualidade de vida entre os idosos do meio rural, usuários da Estratégia Saúde da Família de Taquaruçu do Sul. A justificativa da realização deste estudo é fornecer subsídios para elaboração de ações em saúde que visem a melhoria da qualidade de vida destes idosos.

A participação dos auxiliares de pesquisa dar-se-á na etapa de coleta dos dados através da realização das entrevistas nos domicílios dos idosos selecionados. Os auxiliares receberão capacitação prévia a fim de não interferir nas respostas e obter melhor qualidade nos dados coletados.

O trabalho de auxiliar de pesquisa caracteriza-se como trabalho voluntário, ou seja, sem remuneração. Apenas as despesas de locomoção e alimentação serão pagas pelo pesquisador discente. Além disso, os auxiliares de pesquisas não têm direitos autorais com relação aos dados coletados, possui autonomia para decidir participar ou não da pesquisa e desistir quando julgar necessário.

Declaro que fui informado de forma clara e detalhada, livre de qualquer constrangimento e coerção, do trabalho a ser executado como auxiliar de pesquisa. Este projeto foi aprovado pelo Comitê de ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Qualquer dúvida ou esclarecimento pode ser feito pelo telefone: (051)33084085.

Profa. Dra. Lisiane Manganelli Girardi Paskulin

Pesquisadora Responsável

Contato: (051) 33085425

e-mail: paskulin@orion.ufrgs.com.br

Mda. Gisele Gambin

Pesquisadora Discente

Contato: (055)37391064

e-mail: gigambin@yahoo.com.br

Nome do auxiliar de pesquisa: _____

Telefone: _____

Assinatura do auxiliar de pesquisa

Taquaruçu do Sul, ___/___/___.

APÊNDICE D – Termo de compromisso para utilização de dados institucionais**Título do Projeto: QUALIDADE DE VIDA ENTRE IDOSOS RURAIS:USUÁRIOS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

Os pesquisadores do presente projeto se comprometem a preservar as informações institucionais que serão coletadas em bases de dados da Estratégia Saúde da Família de Taquaruçu do Sul. Concordam, igualmente, que estas informações serão utilizadas única e exclusivamente para execução do presente projeto. As informações somente poderão ser divulgadas em atividades acadêmicas e científicas, no contexto do projeto de pesquisa aprovado.

Taquaruçu do Sul, ____ de _____ de ____.

Nome dos Pesquisadores	Assinatura
Gisele Gambin	
Lisiane Manganelli Girardi Paskulin	

APÊNDICE E – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (participantes)

Instituição de Origem: Escola de Enfermagem da UFRGS

Projeto de pesquisa: Qualidade de vida entre idosos do meio rural: usuários da Estratégia Saúde da Família

Pesquisadora discente: Mestranda Gisele Gambin

Pesquisadora responsável: Profa. Dra. Lisiane Manganelli Girardi Paskulin

O sr(a) está sendo convidado para participar da pesquisa “Qualidade de vida entre idosos do meio rural usuários da Estratégia Saúde da Família”, cujo objetivo é conhecer melhor sobre o que o sr(a) pensa sobre a qualidade de vida do idoso do meio rural. Este estudo fornecerá subsídios para elaboração de ações em saúde pelos profissionais de saúde que o atendem.

Assim, convidamos para responder algumas questões feitas pelo entrevistador. O tempo estimado para responder ao questionário é de uma hora aproximadamente. A sua participação é livre e o sr(a) pode desistir a qualquer momentomesmo sem ter respondido a todas as perguntas. Sua desistência não traz prejuízos no seu atendimento em saúde no município. A sua participação em responder a esta pesquisa pode trazer algum risco e/ou desconforto em função de serem feitas perguntas sobre a sua vida pessoal e em decorrência do tempo dispendido para a entrevista (aproximadamente uma hora). A pesquisadora se compromete em manter os riscos e desconfortos ao mínimo.

O presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será preenchido e assinado em duas vias: uma destinada à pesquisadora e outra ao participante. Asseguramos que a sua privacidade será preservada e a sua identidade não será revelada em momento algum da pesquisa. Além disso, poderá receber respostas sobre o andamento do projeto e sobre as dúvidas referentes a pesquisa com a pesquisadora responsável: Lisiane Manganelli Girardi Paskulin através do telefone (051)33085425 ou com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul pelo telefone (051)33084085. Os dados serão armazenados por 05 anos pelo pesquisador discente e depois destruídos.

Este trabalho tem finalidade acadêmica, e se destina à elaboração de uma pesquisa do curso de Mestrado da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul(UFRGS).

Profa. Dra. Lisiane Manganelli Girardi Paskulin

Pesquisadora Responsável

Mda. Gisele Gambin

Pesquisadora Discente


Nome e assinatura do participante: _____

Impressão digital: _____

Taquaruçu do Sul, ____/____/____.

ANEXO A – Mini Exame do Estado Mental (MEEM)

1. Orientação temporal (0 a 5 – pontos)	Em que dia estamos?	Ano (1)	
		Semestre(1)	
		Mês (1)	
		Dia (1)	
		Dia da semana(1)	
2. Orientação espacial (0 a 5 – pontos)	Onde estamos?	Estado(1)	
		Cidade(1)	
		Bairro(1)	
		Rua(1)	
		Local (1)	
3. Repita as palavras (0 a 3 pontos)	Peça ao idoso para repetir as palavras depois de dizê-las. Repita todos os objetos até que o entrevistado o aprenda (Máximo 5 repetições)	Caneca(1)	
		Tijolo(1)	
		Tapete(1)	
4. Cálculo	O(a) Sr(a) faz cálculos?	Sim(vá para 4 a) Não(vá para 4 b)	
4 a.Cálculo (0 a 5 – pontos)	Se de R\$100,00 fossem tirados R\$7,00 quanto restaria? E se tirarmos mais R\$7,00? (total de 5 subtrações)	93(1)	
		86(1)	
		79(1)	
		72(1)	
		65(1)	
4 b.	Soletre a palavra	O(1)	

	MUNDO de trás para frente	D(1)	
		N(1)	
		U(1)	
		M(1)	
5. Memorização	Repita as palavras que disse há pouco		
6. Linguagem (0 a 3 pontos)	Mostre um relógio e uma caneta e peça ao idoso para nomeá-los	Relógio (1)	
		Caneta(1)	
7. Linguagem (1 ponto)	Repita a frase:	NEM AQUI, NEM ALI, NEM LÁ (1)	
8. Linguagem (0 a 2 pontos)	Siga a ordem dos três estágios	Pegue o papel com a mão direita(1)	
		Dobre-o meio(1)	
		Ponha-o no chão(1)	
9. Linguagem (1 ponto)	Escreva em um papel: “feche os olhos”. Peça ao idoso para que leia a ordem e a execute	FECHE OS OLHOS(1)	
10. Linguagem (1 ponto)	Peça ao idoso para escrever uma frase completa		
11. Linguagem (1 ponto)	Copie o desenho:		
12. Soma total dos pontos			<u> </u> / 30

ANEXO B – Avaliação das atividades básicas de vida diária (AVDs)

Nome:		Data da avaliação:
<i>Para cada área de funcionamento listada abaixo assinale a descrição que melhor se aplica. A palavra assistência significa supervisão, orientação ou auxílio pessoal.</i>		
<i>Banho: a avaliação da atividade “banhar-se” é realizada em relação ao uso do chuveiro, da banheira ou o ato de esfregar-se em qualquer uma dessas situações. Nessa função, além do padronizado para todas as outras, também são considerados independentes, os idosos que recebem algum auxílio, para banhar uma parte específica do corpo, por exemplo a região dorsal ou uma das extremidades.</i>		
Não recebe assistência (entra e sai da banheira sozinho se essa é usualmente utilizada para banho) <input type="checkbox"/>	Recebe assistência para banho somente para uma parte do corpo (como costas ou uma perna) <input type="checkbox"/>	Recebe assistência para banho para mais de uma parte do corpo <input type="checkbox"/>
<i>Vestir: para avaliar a função “vestir-se” considera-se o ato de pegar as roupas no armário, bem como o ato de vestir-se propriamente dito. Como roupas são compreendidas roupas íntimas, roupas externas, fechos e cintos. Calçar sapatos está excluído da avaliação. A designação de dependência é dada às pessoas que recebem alguma assistência pessoal ou que permanecem parcial ou totalmente despidos.</i>		
Pega as roupas e se veste completamente sem assistência <input type="checkbox"/>	Pega as roupas e se veste sem assistência exceto para amarrar os sapatos <input type="checkbox"/>	Recebe assistência para pegar as roupas ou para vestir-se ou permanece parcial ou totalmente despido <input type="checkbox"/>
<i>Banheiro: a função “ir ao banheiro” compreende o ato de ir ao banheiro para excreções, higienizar-se e arrumar as próprias roupas. Os idosos considerados independentes podem ou não utilizar algum equipamento ou ajuda mecânica para desempenhar a função sem que isso altere a sua classificação. Dependentes são aqueles que recebem qualquer auxílio direto ou que não desempenham a função. Aqueles que utilizam papagaio ou comadres também são considerados dependentes.</i>		
Vai ao banheiro, higieniza-se veste após as eliminações sem assistência (pode utilizar objetos de apoio como	Recebe assistência para ir ao banheiro, para higienizar-se, para vestir-se após as eliminações ou para usar	Não vai ao banheiro para urinar ou evacuar

bengala, andador, barras de apoio ou cadeira de rodas e pode utilizar comadre ou urinol à noite esvaziando por si mesmo pela manhã) <input type="checkbox"/>	urinol ou comadre à noite <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Transferência: a função “transferência” é avaliada pelo movimento desempenhado pelo idoso para sair da cama e sentar-se na cadeira ou vice-versa. Como na função anterior, o uso de equipamentos ou suporte mecânico não altera a classificação de independência para a função. Dependentes são as pessoas que recebem qualquer auxílio em qualquer das transferências ou que não executam uma ou mais transferências.</i>		
Deita-se e levanta-se da cama ou da cadeira sem assistência (pode utilizar um objeto de apoio como bengala ou andador) <input type="checkbox"/>	Deita-se ou levanta-se da cadeira com auxílio <input type="checkbox"/>	Não sai da cama <input type="checkbox"/>
<i>Continência: refere-se ao ato autocontrolado de urinar ou defecar. A dependência está relacionada à presença de incontinência total ou parcial em qualquer das funções. Qualquer tipo de controle externo como enemas, cateterização ou uso regular de fraldas classifica a pessoa como dependente.</i>		
Tem controle sobre as funções de urinar e evacuar <input type="checkbox"/>	Tem “acidentes” ocasionais *acidentes= perdas urinárias ou fecais <input type="checkbox"/>	Supervisão para controlar urina e fezes; utiliza cateterismo ou é incontinente <input type="checkbox"/>
<i>Alimentação: a função “alimentação” relaciona-se ao ato de dirigir a comida do prato(ou similar) à boca. O ato de cortar os alimentos ou prepará-los está excluído da avaliação. Dependentes são as pessoas que recebem qualquer assistência pessoal. Aqueles que não se alimentam sem ajuda ou que utilizam sondas para se alimentarem são considerados dependentes.</i>		
Alimenta-se sem assistência <input type="checkbox"/>	Alimenta-se sem assistência, exceto para cortar carne ou passar manteiga no pão <input type="checkbox"/>	Recebe assistência para se alimentar ou é alimentado parcial ou totalmente por sonda enteral ou parenteral <input type="checkbox"/>

ANEXO C – Avaliação das atividades instrumentais da vida diária (AIVDs)

ATIVIDADE		AValiação	
1	O(a) Sr(a) consegue usar o telefone?	Sem ajuda	3
		Com ajuda parcial	2
		Não consegue	1
2	O(a) Sr(a) consegue ir a locais distantes, usando algum transporte, sem necessidade de planejamentos especiais?	Sem ajuda	3
		Com ajuda parcial	2
		Não consegue	1
3	O(a) Sr(a) consegue fazer compras?	Sem ajuda	3
		Com ajuda parcial	2
		Não consegue	1
4	O(a) Sr(a) consegue preparar as suas próprias refeições?	Sem ajuda	3
		Com ajuda parcial	2
		Não consegue	1
5	O(a) Sr(a) consegue arrumar a casa	Sem ajuda	3
		Com ajuda parcial	2
		Não consegue	1
6	O(a) Sr(a) consegue fazer trabalhos manuais domésticos como pequenos reparos?	Sem ajuda	3
		Com ajuda parcial	2
		Não consegue	1
7	O(a) Sr(a) consegue lavar e passar a sua roupa?	Sem ajuda	3
		Com ajuda parcial	2
		Não consegue	1
8	O(a) Sr(a) consegue tomar seus remédios na dose e horário correto?	Sem ajuda	3
		Com ajuda parcial	2
		Não consegue	1
9	O(a) Sr(a) consegue cuidar das suas finanças?	Sem ajuda	3
		Com ajuda parcial	2
		Não consegue	1
TOTAL		PONTO	

ANEXO D – WHOQOL-Bref

WHOQOL - ABREVIADO**Versão em Português****Instruções**

Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. Por favor, responda a todas as questões. Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha.

Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as duas últimas semanas. Por exemplo, pensando nas últimas duas semanas, uma questão poderia ser:

	nada	muito pouco	médio	muito	completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número que melhor corresponde ao quanto você recebe dos outros o apoio de que necessita nestas últimas duas semanas. Portanto, você deve circular o número 4 se você recebeu "muito" apoio, como abaixo.

	nada	muito pouco	médio	muito	completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número 1 se você não recebeu "nada" de apoio.

Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule no número e lhe parece a melhor resposta.

		muito ruim	Ruim	nem ruim nem boa	boa	muito boa
1(G1)	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

		muito insatisfeito	Insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
2(G4)	Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As questões seguintes são sobre **o quanto** você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
3(F1.4)	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
4(F11.3)	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
5(F4.1)	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6(F24.2)	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7(F5.3)	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8(F16.1)	Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9(F22.1)	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão completamente** você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	médio	muito	completamente
10(F2.1)	Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
11(F7.1)	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
12(F18.1)	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
13(F20.1)	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
14(F21.1)	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão bem ou satisfeito** você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.

		muito ruim	ruim	nem ruim	bom	muito bom
15(F9.1)	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5

		muito insatisfeito	Insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
16(F3.3)	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
17(F10.3)	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18(F12.4)	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19(F6.3)	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
20(F13.3)	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
21(F15.3)	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22(F14.4)	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23(F17.3)	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24(F19.3)	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25(F23.3)	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

As questões seguintes referem-se a com que frequência você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

		nunca	Algumas vezes	freqüentemente	muito freqüentemente	sempre
26(F8.1)	Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

Alguém lhe ajudou a preencher este questionário?.....
 Quanto tempo você levou para preencher este questionário?.....

OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO!

ANEXO E – WHOQOL-OLD

WHOQOL-OLD

Instruções

ESTE INSTRUMENTO NÃO DEVE SER APLICADO INDIVIDUALMENTE, MAS SIM EM CONJUNTO COM O INSTRUMENTO WHOQOL-BREF

Este questionário pergunta a respeito dos seus pensamentos, sentimentos e sobre certos aspectos de sua qualidade de vida, e aborda questões que podem ser importantes para você como membro mais velho da sociedade.

Por favor, responda todas as perguntas. Se você não está seguro a respeito de que resposta dar a uma pergunta, por favor escolha a que lhe parece mais apropriada. Esta pode ser muitas vezes a sua primeira resposta.

Por favor tenha em mente os seus valores, esperanças, prazeres e preocupações. Pedimos que pense na sua vida **nas duas últimas semanas**.

Por exemplo, pensando nas duas últimas semanas, uma pergunta poderia ser:

O quanto você se preocupa com o que o futuro poderá trazer?

Nada 1	Muito pouco 2	Mais ou menos 3	Bastante 4	Extremamente 5
-----------	------------------	--------------------	---------------	-------------------

Você deve circular o número que melhor reflete o quanto você se preocupou com o seu futuro durante as duas últimas semanas. Então você circularia o número 4 se você se preocupou com o futuro “Bastante”, ou circularia o número 1 se não tivesse se preocupado “Nada” com o futuro.

Por favor leia cada questão, pense no que sente e circule o número na escala que seja a melhor resposta para você para cada questão.

Muito obrigado(a) pela sua colaboração!

As seguintes questões perguntam sobre o quanto você tem tido certos sentimentos nas últimas duas semanas.

old_01 Até que ponto as perdas nos seus sentidos (por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato), afetam a sua vida diária?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

old_02 Até que ponto a perda de, por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato, afeta a sua capacidade de participar em atividades?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

old_03 Quanta liberdade você tem de tomar as suas próprias decisões?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

old_04 Até que ponto você sente que controla o seu futuro?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

old_05 O quanto você sente que as pessoas ao seu redor respeitam a sua liberdade?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

old_06 Quão preocupado você está com a maneira pela qual irá morrer?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

old_07 O quanto você tem medo de não poder controlar a sua morte?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

old_08 O quanto você tem medo de morrer?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

old_09 O quanto você teme sofrer dor antes de morrer?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

As seguintes questões perguntam sobre **quão completamente** você fez ou se sentiu apto a fazer algumas coisas nas duas últimas semanas.

old_10 Até que ponto o funcionamento dos seus sentidos (por exemplo, audição, visão, paladar,olfato, tato) afeta a sua capacidade de interagir com outras pessoas?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

old_11 Até que ponto você consegue fazer as coisas que gostaria de fazer?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

old_12 Até que ponto você está satisfeito com as suas oportunidades para continuar alcançando outras realizações na sua vida?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

old_13 O quanto você sente que recebeu o reconhecimento que merece na sua vida?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

old_14 Até que ponto você sente que tem o suficiente para fazer em cada dia?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

As seguintes questões pedem a você que diga o quanto você se sentiu **satisfeito, feliz ou bem** sobre vários aspectos de sua vida nas duas últimas semanas.

old_15 Quão satisfeito você está com aquilo que alcançou na sua vida?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

old_16 Quão satisfeito você está com a maneira com a qual você usa o seu tempo?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

old_17 Quão satisfeito você está com o seu nível de atividade?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

old_18 Quão satisfeito você está com as oportunidades que você tem para participar de atividades da comunidade?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

old_19 Quão feliz você está com as coisas que você pode esperar daqui para frente?

Muito infeliz	Infeliz	Nem feliz nem infeliz	Feliz	Muito feliz
1	2	3	4	5

old_20 Como você avaliaria o funcionamento dos seus sentidos (por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato)?

Muito ruim	Ruim	Nem ruim nem boa	Boa	Muito boa
1	2	3	4	5

As seguintes questões se referem a qualquer relacionamento íntimo que você possa ter. Por favor, considere estas questões em relação a um companheiro ou uma pessoa próxima com a

qual você pode compartilhar (dividir) sua intimidade mais do que com qualquer outra pessoa em sua vida.

old_21 Até que ponto você tem um sentimento de companheirismo em sua vida?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

old_22 Até que ponto você sente amor em sua vida?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

old_23 Até que ponto você tem oportunidades para amar?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

old_24 Até que ponto você tem oportunidades para ser amado?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

VOCÊ TEM ALGUM COMENTÁRIO SOBRE O QUESTIONÁRIO?

OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO!

ANEXO F – Declaração de autorização da Secretaria Municipal de Saúde de Taquaruçu do Sul



Estado do Rio Grande do Sul

PREFEITURA MUNICIPAL DE TAQUARUÇU DO SUL

Rua do Comércio, 1424 - CEP 98410-000 - Fone/Fax.: (55) 3739-1080
www.pmtaquarucudosul.com.br - E-mail: rs041008@pro.via-rs.com.br - CNPJ: 92.403.567/0001-27

TAQUARUÇU DO SUL - RS



Taquaruçu do Sul, 20 de fevereiro de 2012.

Declaração

Declaramos para fins de pesquisa em mestrado acadêmico na Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) que Gisele Gambin, portadora do RG: 9078211498, CPF: 9078211498 e orientanda da pesquisadora Lisiane Manganelli Girardi Paskulin está autorizada a utilizar dados da Estratégia Saúde da Família bem como do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) para realização da pesquisa intitulada: "Qualidade de vida entre idosos do meio rural: usuários da Estratégia Saúde da Família.

Certos de vossa atenção, subscrevemo-nos.

Atenciosamente.

Jair Antonio Zancan
Secretario Municipal de Saúde

**ANEXO G – Carta de aprovação da Comissão de Pesquisa da
Escola de Enfermagem da UFRGS/COMPESQ**



**COMISSÃO DE PESQUISA DA ESCOLA DE ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL**

DECLARAÇÃO

Projeto: PG Mestre 20/ 2012

Pesquisadores: Gisele Gambin e Profa. Lisiane Manganelli Girardi Paskullin

Título: QUALIDADE DE VIDA ENTRE IDOSOS DO MEIO RURAL:
USUÁRIOS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA.

A Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (COMPESQ), no uso de suas atribuições, declara que CERTIFICA o projeto em tela, já submetido e aprovado pelo Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem. Toda e qualquer alteração deverá ser comunicadas à Comissão.

Porto Alegre, 08 da Agosto de 2012.

Profª Dra Eliane Pinheiro de Moraes

Coordenadora da COMPESQ

Eliane Pinheiro de Moraes
Coordenadora Compesq
Coordenadora UFRGS
EEEN - UFRGS

**ANEXO H – Carta de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da
Universidade Federal do Rio Grande do Sul/UFRGS**



PRÓ-REITORIA DE PESQUISA

**COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
CARTA DE APROVAÇÃO**

O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul analisou o projeto:

Título : Qualidade de vida entre idosos do meio rural usuários da estratégia da saúde da família.

Número CAAE: 04843012.0.0000.5347

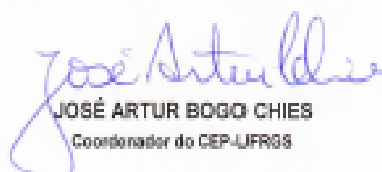
Pesquisador (es)

NOME
LISIANE MANGANELLI GIRARDI PASKULIN

PARTICIPAÇÃO
PESQUISADOR RESPONSÁVEL

O mesmo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFRGS, em avaliação pelo Sistema Plataforma Brasil, em reunião do dia 11/10/12, sala 01 de reuniões do Gabinete do Reitor, 6º andar do Prédio da Reitoria, por estar adequado ética e metodologicamente e de acordo com a Resolução 196/96 e complementares do Conselho Nacional de Saúde.

Porto Alegre, 10 de janeiro de 2013


JOSÉ ARTUR BOGO CHIES
Coordenador do CEP-UFRGS