

## Homens idosos residentes na zona rural: aspectos relacionados à qualidade de vida

*Elderly men living in rural areas: quality of life-related aspects*

*Hombres mayores que viven en la zona rural: aspectos relacionados con la calidad de vida*

Darlene Mara dos Santos Tavares<sup>I</sup>; Ariana Barbosa Arduini<sup>II</sup>; Flavia Aparecida Dias<sup>III</sup>;  
Pollyana Cristina dos Santos Ferreira<sup>IV</sup>; Elimar Adriana de Oliveira<sup>V</sup>

### RESUMO

**Objetivo:** verificar os fatores socioeconômicos e de saúde associados à qualidade de vida (QV) de homens idosos rurais. **Método:** estudo descritivo, quantitativo com inquérito domiciliar e analítico realizado com 449 homens idosos da zona rural. Os dados foram coletados no período de junho de 2010 a março de 2011, em Uberaba-MG. Utilizaram-se os questionários: estruturado, Índice de Katz, Escala de Lawton e Brody, *World Health Organization Quality of Life – BREF* e *World Health Organization Quality of Life Assessment for Older Adults*. Realizou-se análise descritiva e regressão linear múltipla ( $p < 0,05$ ). **Resultados:** os menores escores nos domínios e facetas de QV apresentam diferentes preditores socioeconômicos e de saúde, a saber: as incapacidades funcionais; o uso de equipamentos de apoio; a insatisfação com o lazer; a renda inferior a um salário mínimo, e; a ausência de companhia. **Conclusão:** devem ser priorizadas ações que minimizem o impacto à QV relacionada aos fatores socioeconômicos e incapacidades.

**Palavras-chave:** Idoso; saúde do homem; qualidade de vida; população rural.

### ABSTRACT

**Objective:** to ascertain the socioeconomic and health-related factors associated with quality of life (QOL) of elderly men in rural areas. **Method:** quantitative, descriptive study based on an analytical home survey of 449 elderly rural men. Data were collected between June 2010 and March 2011 in Uberaba, Minas Gerais, using the following questionnaires: structured, Katz Index, Lawton and Brody Scale, *World Health Organization Quality of Life (BREF)* and *World Health Organization Quality of Life Assessment for Older Adults*. Descriptive analysis and multiple linear regression were performed ( $p < 0.05$ ). **Results:** the lowest QOL domains and facet scores show different socioeconomic and health predictors, viz.: functional disabilities; use of support equipment; dissatisfaction with leisure; income of less than one minimum wage; and lack of a companion. **Conclusion:** priority should be given to measures to minimize impact on QOL related to socioeconomic factors and disabilities.

**Keywords:** Aged; men's health; quality of life; rural population.

### RESUMEN

**Objetivo:** evaluar la calidad relacionada con la salud socio-económico y de vida (QOL) de los hombres mayores. **Método:** estudio analítico de 449 ancianos del campo. Los datos fueron recolectados en el período junio 2010 hasta marzo 2011 en Uberaba-MG. **Resultados:** se utilizaron cuestionarios: estructura, índice de Katz, Lawton y Brody escala, Calidad Mundial de la Salud Organización de la Vida - BREF y la Organización Mundial de la Salud de Calidad de la Evaluación de la Vida de los Adultos Mayores. Se realizó un análisis descriptivo y de regresión lineal múltiple ( $p < 0,05$ ). **Resultados:** las puntuaciones más bajas de dominios y facetas QV tienen diferentes predictores socioeconómicos y de salud, a saber: la incapacidad funcional; el uso de equipos de apoyo; la insatisfacción con el ocio; menos de un salario mínimo, y; ningún compañero. **Conclusión:** deben ser priorizadas acciones que minimicen el impacto en la QOL relacionada con factores socioeconómicos y la discapacidad.

**Palabras clave:** Anciano; salud del hombre; calidad de vida; población rural.

## INTRODUÇÃO

De acordo com dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), 11,3% da população brasileira é constituída por idosos: 21 milhões de pessoas; 83,5% residem na zona urbana e 16,5% na área rural<sup>1</sup>.

Os idosos residentes na zona urbana têm maiores possibilidades de acesso ao sistema de saúde, às atividades de lazer e ao convívio social sendo alvo do maior número de pesquisas, o que, por sua vez, contribui para melhorar

sua qualidade de vida (QV). Porém, 75% dos municípios no Brasil são classificados como ambiente rural, por apresentarem uma quantidade inferior a 25.000 habitantes<sup>2</sup>, o que impõe a necessidade de investigações para identificar as condições de vida dos idosos nessas localidades.

Deste modo, este estudo objetivou verificar os fatores socioeconômicos e de saúde associados à QV de homens idosos rurais.

<sup>I</sup>Doutora em Enfermagem. Professora Associada, Universidade Federal do Triângulo Mineiro. Uberaba, Minas Gerais, Brasil. E-mail: [darlene.tavares@uftm.edu.br](mailto:darlene.tavares@uftm.edu.br).

<sup>II</sup>Acadêmica do 8º período de Psicologia da Universidade Federal do Triângulo Mineiro. Uberaba, Minas Gerais, Brasil. E-mail: [arianabarbosa15@hotmail.com](mailto:arianabarbosa15@hotmail.com).

<sup>III</sup>Mestre. Doutoranda da Universidade Federal do Triângulo Mineiro. Uberaba, Minas Gerais, Brasil. E-mail: [flaviadias\\_ura@yahoo.com.br](mailto:flaviadias_ura@yahoo.com.br).

<sup>IV</sup>Mestre. Doutoranda da Universidade Federal do Triângulo Mineiro. Uberaba, Minas Gerais, Brasil. E-mail: [pollycris21@bol.com.br](mailto:pollycris21@bol.com.br).

<sup>V</sup>Doutora em Psicologia Experimental. Professora Adjunta, da Universidade Federal do Triângulo Mineiro. Uberaba, Minas Gerais, Brasil. E-mail: [elimar@psicologia.uftm.edu.br](mailto:elimar@psicologia.uftm.edu.br).

## REVISÃO DA LITERATURA

No ano de 2010, 52,6% da população rural brasileira era do sexo masculino<sup>1</sup>; destes aproximadamente 11% tinham 60 anos ou mais de idade. Na zona rural do município de Uberaba-MG, local de estudo desta pesquisa, dentre o total de idosos, os homens representam 63,3%<sup>3</sup>.

Destaca-se, que as políticas e ações de saúde têm privilegiado a atenção integral à saúde da mulher. Apenas recentemente as diferenças entre os gêneros têm sido analisadas, emergindo a discussão sobre a questão da masculinidade e o cuidado em saúde, sob a ótica das dificuldades de acesso do homem na assistência à saúde e os impasses vivenciados pelos serviços para atender a demanda desta clientela<sup>4</sup>.

Nesse sentido, foi criada a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, em 2008, a qual considera que diferenças como a idade, as condições socioeconômicas, o local de moradia, entre outros, são aspectos relevantes que devem ser considerados para a elaboração das estratégias de atenção à saúde direcionadas a este segmento populacional<sup>5</sup>.

A população rural por estar distante das cidades enfrenta maiores barreiras de acesso aos serviços de saúde<sup>6</sup>, podendo influenciar na sua saúde e QV. Assim, evidencia-se a necessidade de realizar estudos direcionados nestas localidades considerando a especificidade entre os sexos, com o intuito de conhecer os possíveis fatores que podem influenciar na QV do homem idoso que vive no ambiente rural.

No presente estudo será adotado o conceito de QV estabelecido por um grupo de estudiosos, apoiado pela Organização Mundial de Saúde, que a define como:

percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações<sup>7:1405</sup>.

Dentre idosos, em ambos os sexos, a QV tem sido impactada negativamente pela aposentadoria<sup>8</sup> e a autopercepção do estado de saúde, que restringem a sua participação em atividades sociais<sup>9</sup>. Destaca-se que entre homens idosos urbanos a ausência de companhia e de escolaridade, a baixa renda, o maior número de morbidades e presença de incapacidade funcional podem minimizar a QV<sup>10</sup>. Contudo, em relação ao idoso rural, a literatura científica evidencia que aqueles com menor renda apresentam menores escores de QV<sup>2</sup>. Deste modo, questiona-se como se encontra a saúde e o estilo de vida do homem idoso rural e como esses fatores se relacionam com sua QV.

## METODOLOGIA

Esta pesquisa faz parte de um estudo maior, tipo inquérito domiciliar, analítico e observacional, de natureza descritiva e quantitativa desenvolvido na zona rural do município de Uberaba-MG, que está dividida em três

distritos sanitários (DS) e que possui 100% de cobertura da estratégia saúde da família (ESF).

A população do estudo maior foi composta por todos os idosos residentes na zona rural do município de Uberaba-MG, cadastrados pela ESF em maio de 2010, totalizando 1.297. Destes foram excluídos 447 idosos, sendo que 117 (9%) haviam mudado de endereço, 105 (8,1%) apresentaram declínio cognitivo, 75 (5,8%) recusaram participar, 57 (4,4%) não foram encontrados após três tentativas do entrevistador, 11 (3,8%) tinham ido a óbito, três (0,2%) encontravam-se hospitalizados e 79 (6,1%) devido a outros motivos, como residir na cidade. Assim, foram entrevistados 850 idosos, dos quais 401 mulheres e 449 homens.

Para a presente pesquisa foram considerados como critérios de inclusão ser do sexo masculino; ter 60 anos ou mais de idade; residir na zona rural do município de Uberaba-MG; não possuir declínio cognitivo e aceitar em participar do estudo. Assim, participaram deste estudo 449 homens idosos.

A coleta dos dados foi realizada no período de junho de 2010 a março de 2011, no domicílio, por 14 entrevistadores, os quais foram devidamente orientados e treinados.

O declínio cognitivo foi avaliado pelo Mini Exame do Estado Mental (MEEM), versão traduzida e validada no Brasil<sup>11</sup>. Utilizou-se o Questionário Brasileiro de Avaliação Funcional Multidimensional (BOMFAQ), adaptado no Brasil empregado previamente em estudos com idosos residentes em São Paulo<sup>12</sup> para obtenção dos dados socioeconômicos e de saúde. Para avaliar a capacidade funcional nas atividades básicas de vida diária (ABVDs) usou-se o Índice de Katz<sup>13</sup> e nas atividades instrumentais da vida diária (AIVDs) a Escala de Lawton e Brody<sup>14</sup>, ambos validados no Brasil. O número de incapacidade funcional nas ABVDs e AIVDs foi categorizado em: nenhuma, 1-3 e quatro ou mais.

A QV foi mensurada pelos instrumentos *World Health Organization Quality of Life – BREF* (WHOQOL-BREF)<sup>15</sup> e o *World Health Organization Quality of Life Assessment for Older Adults* (WHOQOL-OLD)<sup>16</sup>, ambos validados no Brasil.

As variáveis estudadas foram: faixa etária, em anos; estado conjugal; escolaridade, em anos de estudo; renda individual mensal, em salários mínimos; aposentadoria; uso de equipamento de apoio; satisfação com o lazer; prática de atividade física; ABVDs; AIVDs, e QV.

Construiu-se um banco de dados eletrônico, no programa *Excel*®. Os dados coletados foram processados em dupla entrada e, posteriormente, validados para verificar a consistência entre as duas bases; em seguida, foi transportado para o *software Statiscal Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 17.0, para proceder a análise.

Utilizaram-se frequências absolutas e percentuais, média e desvio padrão. Para verificar os fatores socioeconômicos e de saúde associados à QV realizou-se análise bivariada preliminar pelo teste *t-Student*; as variáveis nominais foram recategorizadas, tornando-se dicotômicas. Para

as variáveis numéricas foi utilizada correlação de Pearson. Os testes foram considerados significativos quando  $p < 0,10$ .

Foram incluídas no modelo de regressão linear múltipla, com escalonamento reverso (método Enter), apenas as variáveis que atenderam ao critério de  $p < 0,10$ . Neste modelo multivariado, o nível de significância ( $\alpha$ ) foi de 95%.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, protocolo Nº 1477. Os idosos foram contatados nos domicílios, momento em que se apresentaram os objetivos, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e as informações necessárias. Somente após a anuência do entrevistado e assinatura do referido Termo, conduziu-se a entrevista. A Secretaria Municipal de Saúde de Uberaba autorizou a coleta de dados em parceria com a ESF.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

### Caracterização dos sujeitos

A maioria dos idosos rurais estava na faixa etária entre 60-70 anos, correspondendo a 263(58,6%) sendo que 330(73,5%) eram casados ou moravam com companheira, de acordo com a Tabela 1.

Observa-se que predominaram aqueles com 4-8 anos de estudo totalizando 165(36,8%) idosos e que recebiam um salário mínimo 187(41,6%), conforme mostra a Tabela 1. Tais achados são condizentes com inquérito no Líbano, no qual os homens idosos rurais eram mais jovens (57%), casados (44,2%) e tinham baixa renda (58,3%); no entanto, prevaleceram os analfabetos (59,4%), divergindo do presente inquérito<sup>17</sup>.

### Capacidade funcional, uso de equipamentos de apoio, lazer e atividade física

Em relação à capacidade funcional, 448(99,8%) idosos eram independentes para realizar as ABVDs, com percentual superior ao obtido em pesquisa realizada em outra região rural de Minas Gerais entre homens idosos (53,5%)<sup>18</sup>. Ressalta-se que a incapacidade funcional para as ABVDs pode ser influenciada pelo estilo de vida do idoso, infraestrutura do espaço de moradia e fatores culturais<sup>19</sup>. Observou-se durante a coleta de dados que muitos idosos continuavam a exercer atividades laborais no campo, mesmo em idades mais avançadas, o que pode ter contribuído para o menor impacto nas ABVDs.

Quanto às AIVDs, 397(88,4%) idosos eram independentes; entretanto, 46(10,2%) apresentaram incapacidade para uma a três atividades e 6 (1,3%) para quatro ou mais. A porcentagem de entrevistados que apresentou maior número de incapacidade funcional para as AIVDs foi superior às ABVDs. O fato também foi observado em estudo com idosos, de ambos os sexos, no Rio Grande do Sul<sup>19</sup>. Este resultado pode ser explicado pelo tipo de tarefa a ser executada nas ABVDs, uma vez que se tratam de atividades mais elementares. Por outro lado, as AIVDs referem-se a ações mais complexas que ampliam as questões abordadas nas ABVDs, e que, provavelmente, por esse motivo, os idosos encontram maiores dificuldades em realizá-las<sup>20</sup>. Nesse sentido, é relevante que a avaliação da capacidade funcional do idoso seja implementada nos serviços de saúde, tendo como foco suas principais necessidades de cuidado. Soma-se ainda, o conhecimento do cuidador para lidar

**TABELA 1:** Distribuição da frequência das variáveis socioeconômicas dos homens idosos rurais. Uberaba (MG), 2010-2011.

Variáveis		f	%
Faixa etária (em anos)	60-70	263	58,6
	70-80	143	31,8
	80 ou mais	43	9,6
Estado conjugal	Nunca se casou/morou com companheiro	38	8,5
	Mora com esposa/companheira	330	73,5
	Viúvo	45	10,0
	Separado/desquitado/divorciado	36	8,0
Escolaridade (em anos)	Nenhum	110	24,5
	1-4	135	30,1
	4-8	165	36,7
	8 anos	16	3,6
	9 ou mais	23	5,1
Renda individual(*) (em salários mínimos)	Nenhuma	15	3,3
	< 1	12	2,7
	1	187	41,6
	1-3	184	41,0
	3-5	36	8,0
	>5	14	3,1
	Não sabem	1	0,2

(\*)O salário mínimo variava entre R\$510,00 e R\$540,00(\*\*)

(\*\*)Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos (DIEESE). Cesta básica nacional. Salário mínimo nominal e necessário. [internet]. [citado 27 mar 2014]. Disponível em: <http://www.dieese.org.br/analisecestabasica/salarioMinimo.html>.

com as incapacidades e a qualificação acadêmica e profissional, valorizando não apenas o conteúdo, mas também sua aplicação na prática clínica<sup>21</sup>.

Em relação aos equipamentos de apoio, 248(55,2%) idosos utilizavam dentadura; e 171(38,1%) não utilizavam nenhum equipamento. Pesquisa realizada na zona rural de São Paulo encontrou que 67,3% dos idosos entre 65 a 74 anos utilizavam próteses superiores e 32,7% inferiores<sup>22</sup>, condizente com o presente estudo. É importante que haja políticas de prevenção voltadas para a saúde bucal em locais distantes dos centros urbanos, pois pode ocorrer maior dificuldade para esta população consultar um especialista, em casos de rotina.

A maioria dos entrevistados, 341(75,9%), referiu estar satisfeita com as suas atividades de lazer. Idosos residentes em uma região urbana de São Paulo também indicaram satisfação com as atividades de lazer (60%)<sup>23</sup>, porém com percentual inferior ao encontrado neste estudo.

Destaca-se que 327(72,8%) idosos não praticavam nenhuma atividade física. Em estudo com idosos, de ambos os sexos, urbanos e rurais, em Santa Catarina, encontrou resultado superior ao obtido nesta pesquisa (84,3%)<sup>24</sup>.

### Qualidade de vida

Referente à autoavaliação da QV, 273(60,8%) idosos consideraram-na boa, corroborando com pesquisa na área urbana de São Paulo (55,5%)<sup>24</sup> e divergindo de investigação nas zonas urbana e rural de Santa Catarina na qual prevaleceu a baixa QV (37,2%)<sup>24</sup>.

A maioria dos entrevistados, 282(62,8%), estava satisfeita com a sua saúde, percentual inferior foi obtido em estudo com idosos de São Paulo (42,1%)<sup>25</sup>.

Na mensuração da QV segundo o WHOQOL-BREF, o maior escore foi no domínio relações sociais (74,8), conforme mostra a Tabela 2. Na zona rural a qualidade das relações sociais pode ser considerada mais satisfatória, pois é um ambiente no qual mantem-se relações estáveis com vizinhos e amigos<sup>2</sup>.

O menor escore de QV ocorreu no domínio meio ambiente (64,7), de acordo com a Tabela 2. É característica do espaço rural a maior distância entre as localidades, dificultando o deslocamento e o acesso aos serviços de saúde. Soma-se que neste município as unidades de saúde rurais funcionam somente no período diurno. Tal fato pode gerar desamparo e insegurança, caso o idoso necessite de atendimento de urgência<sup>26</sup>. Destaca-se ainda, a baixa renda referida pelos idosos deste estudo, podendo potencializar esta situação pela impossibilidade de deslocar-se rapidamente para a cidade.

A avaliação da QV pelo WHOQOL-OLD obteve maior escore para a faceta morte e morrer (76,7), segundo a Tabela 2. Deste modo, pode-se considerar que no meio rural os idosos mantêm em menor proporção mitos e preconceitos sobre o envelhecimento<sup>27</sup>, que podem associar-se à percepção negativa acerca da morte. O resultado desta investigação evidencia, portanto, que estes aspectos não têm influenciado negativamente na QV do homem idoso rural.

O menor escore foi para a faceta participação social (69,4). A menor participação nas atividades cotidianas tem sido evidenciada entre idosos de regiões rurais<sup>28</sup>, podendo estar relacionado à distância e dificuldades de acesso aos locais de referência para a socialização.

### Fatores associados à QV

Os resultados do modelo de regressão linear múltipla são mostrados na Tabela 3.

Na análise bivariada, as variáveis que atenderam ao critério ( $p < 0,10$ ) para entrar no modelo de regressão logística foram: no domínio físico, a renda ( $p < 0,001$ ), os equipamentos de apoio ( $p = 0,002$ ), o lazer ( $p = 0,002$ ), a incapacidade nas AIVDs ( $p < 0,001$ ) e passatempo ( $p = 0,006$ ); no domínio psicológico, os equipamentos de apoio ( $p = 0,001$ ), lazer ( $p = 0,001$ ), atividade física ( $p = 0,082$ ), incapacidade nas AIVDs ( $p < 0,001$ ), e passatempo ( $p = 0,001$ ); nas relações sociais, o estado conjugal ( $p = 0,083$ ), equipamentos de apoio ( $p = 0,027$ ), lazer ( $p = 0,002$ ), incapacidade nas AIVDs ( $p = 0,01$ ) e passatempo ( $p = 0,056$ ); no domínio meio ambiente, a renda ( $p = 0,008$ ), equipamentos de apoio ( $p = 0,081$ ), lazer ( $p < 0,001$ ), atividade física ( $p = 0,057$ ), incapacidade nas AIVDs ( $p < 0,001$ ) e passatempo ( $p < 0,001$ ); na faceta funcionamento dos sentidos, a renda ( $p = 0,005$ ), equipamentos de apoio ( $p = 0,036$ ), lazer ( $p = 0,003$ ), atividade física ( $p = 0,066$ ) e incapacidade nas AIVDs ( $p = 0,003$ ); na autonomia, a renda ( $p = 0,005$ ), lazer ( $p = 0,002$ ), incapacidade nas AIVDs ( $p < 0,001$ ) e passatempo ( $p = 0,002$ ); nas atividades passadas, presentes e futuras, a renda ( $p = 0,048$ ), equipamentos de apoio ( $p = 0,088$ ), lazer ( $p < 0,001$ ), incapacidade nas AIVDs ( $p < 0,001$ ) e atividades de passatempo ( $p = 0,032$ ); na participação social, a renda ( $p = 0,01$ ), equipamentos de apoio ( $p = 0,004$ ), lazer ( $p < 0,001$ ), incapacidade nas AIVDs ( $p < 0,001$ ) atividades de passatempo ( $p = 0,015$ ); na morte e morrer, a renda ( $p = 0,002$ ), a escolaridade ( $p = 0,03$ ) e passatempo

**TABELA 2:** Distribuição dos escores de qualidade de vida dos idosos, WHOQOL-BREF e WHOQOL-OLD.

Escores de QV	Média	Desvio Padrão
<b>WHOQOL-BREF</b>		
Físico	72,2	15,1
Psicológico	72,8	11,8
Relações sociais	74,8	12,5
Meio ambiente	64,7	11,4
<b>WHOQOL-OLD</b>		
Funcionamento dos sentidos	74,7	21,5
Autonomia	70,4	14,1
Atividades passadas, presentes e futuras	71	12,4
Participação social	69,4	12,4
Morte e morrer	76,7	23,4
Intimidade	74,5	16,7

**TABELA 3:** Modelo de regressão linear múltipla dos fatores associados aos escores de QV do WHOQOL-BREF e WHOQOL-OLD da população estudada. Uberaba (MG), 2012.

	<b>Modelo inicial</b>		<b>Modelo final</b>	
	<b><math>\beta</math></b>	<b>p</b>	<b><math>\beta</math></b>	<b>p</b>
	<b>padronizado(*)</b>		<b>padronizado(*)</b>	
<b>WHOQOL-BREF</b>				
<b>Físico</b>				
Renda	0,188	<0,001	0,183	<0,001
Uso de equipamentos de apoio	-0,138	0,002	-0,134	0,002
Satisfação com lazer	0,11	0,012	0,108	0,014
Incapacidade AIVD	-0,284	<0,001	-0,302	<0,001
<b>Psicológico</b>				
Uso de equipamentos de apoio	-0,143	0,002	-0,147	0,001
Satisfação com lazer	0,128	0,06	0,136	0,003
Incapacidade AIVD	-0,152	0,001	-0,15	0,002
Passatempo	0,132	0,005	0,135	0,004
<b>Relações sociais</b>				
Uso de equipamentos de apoio	-0,102	0,029	-0,1	0,033
Satisfação com lazer	0,131	0,005	0,143	0,002
Meio ambiente				
Renda	0,136	0,002	0,125	0,005
Satisfação com lazer	0,196	<0,001	0,208	<0,001
Incapacidade AIVD	-0,156	0,001	-0,157	0,001
Passatempo	0,165	<0,001	0,163	<0,001
<b>WHOQOL-OLD</b>				
<b>Funcionamento dos sentidos</b>				
Renda	0,136	0,003	0,137	0,003
Uso de equipamentos de apoio	-0,101	0,03	-0,101	0,031
Satisfação com lazer	0,129	0,007	0,127	0,007
Incapacidade AIVD	-0,11	0,019	-0,11	0,018
<b>Autonomia</b>				
Renda	0,133	0,003	0,133	0,003
Satisfação com lazer	0,173	<0,001	0,173	<0,001
Incapacidade AIVD	-0,143	0,002	-0,143	0,002
Passatempo	0,123	0,008	0,123	0,008
<b>Atividades passadas, presentes e futuras</b>				
Satisfação com lazer	0,182	<0,001	0,18	<0,001
Incapacidade AIVD	-0,151	0,001	-0,176	<0,001
<b>Participação social</b>				
Renda	0,132	0,004	0,127	0,005
Uso de equipamentos de apoio	-0,139	0,002	-0,134	0,003
Satisfação com lazer	0,165	<0,001	0,162	<0,001
Incapacidade AIVD	-0,158	0,001	-0,178	<0,001
<b>Morte e morrer</b>				
Renda	0,141	0,003	0,145	0,002
<b>Intimidade</b>				
Estado conjugal	0,21	<0,001	0,243	<0,001
Passatempo	0,095	0,039	0,094	0,041

(\*)coeficiente de regressão.

( $p=0,039$ ); na intimidade, o estado conjugal ( $p<0,001$ ), arranjo domiciliar ( $p<0,001$ ) e passatempo ( $p=0,044$ ).

No modelo multivariado, o preditor que mais contribuiu com os menores escores no domínio físico foi o número de incapacidades nas AIVDs ( $\beta=-0,302$ ). Condizente com esta investigação, estudo realizado na Turquia, com idosos de ambos os sexos residentes na área rural, destacou que no domínio físico os menores

escores de QV foram entre os acamados (8,85), seguido daqueles que eram dependentes (11,83)<sup>29</sup>. Esses resultados evidenciam o impacto da dependência para as atividades cotidianas na piora da QV.

No domínio psicológico, os preditores que mais contribuíram com os menores escores foram o número de incapacidades nas AIVDs ( $\beta=-0,15$ ) e o uso de equipamentos de apoio ( $\beta=-0,147$ ), conforme mostra a Tabela

3. O idoso com dependência para executar as AIVDs pode apresentar problemas de autoestima e insatisfação consigo<sup>26</sup>, podendo tornar-se dependente, justificando este resultado. Infere-se ainda que a utilização de equipamentos de apoio, como dentadura, bengala, entre outros, pode afetar a imagem corporal e a aparência, pois alguns deles podem indicar a diminuição da funcionalidade do idoso gerando sentimentos negativos.

Os escores inferiores do domínio de relações sociais estiveram relacionados principalmente a insatisfação com o lazer ( $\beta=0,143$ ), segundo a Tabela 3. Este domínio relaciona-se com as relações pessoais, suporte e apoio social e atividade sexual<sup>15</sup>. Acredita-se que a partir das práticas de lazer é possível manter uma rede de relações sociais pelo encontro entre indivíduos com interesses distintos, favorecendo seu envolvimento com o meio em que vivem<sup>30</sup>.

Como a presente pesquisa evidenciou que as principais atividades de lazer eram realizadas no ambiente doméstico, pode-se inferir que esses momentos também são de reunião familiar ou social. O lazer tende a ser realizado juntamente com outras pessoas, como grupos sociais que se reúnem para realizar atividades de interesse comum que, geralmente, são descontraídas e divertidas, aproximando-os<sup>30</sup>. A insatisfação com o lazer pode indicar que em suas relações sociais, o idoso não encontra apoio e companhia para práticas satisfatórias.

O preditor que mais contribuiu com menores escores no meio ambiente foi a insatisfação com o lazer ( $\beta=0,208$ ), de acordo com a Tabela 3. Neste domínio são avaliadas a participação e oportunidades de recreação/lazer e a segurança<sup>15</sup> que podem estar prejudicados na zona rural. Estudo realizado na Itália observou que os idosos residentes em áreas rurais realizavam menos atividades de lazer, além de estarem menos satisfeitos com a região em que viviam e se sentirem menos seguros<sup>28</sup>. Assim, evidencia-se que o ambiente rural possivelmente apresenta *déficit* de infraestrutura adequada e segurança para as práticas de lazer.

Na faceta de funcionamento dos sentidos, os menores escores estiveram relacionados principalmente a renda inferior a um salário mínimo ( $\beta=0,137$ ). Ver Tabela 3. de acordo com a Tabela 3. Ressalta-se que, com o envelhecimento principalmente os sentidos da visão e audição apresentam diminuição de sua capacidade efetiva favorecendo a incapacidade funcional<sup>31</sup>.

Pode ocorrer assim, a necessidade de utilizar óculos para correção, ou ainda, usar aparelhos auditivos para manter os contatos sociais. Porém, estes itens exigem investimento financeiro, que pode ser dificultado considerando a renda dos idosos da zona rural, encontrada nessa pesquisa. Os profissionais da saúde podem rastrear estas perdas durante as consultas e visitas domiciliares na qual se tem a possibilidade de verificar este aspecto também junto aos familiares.

O preditor que mais contribuiu com os escores inferiores na autonomia foi a insatisfação com o lazer

( $\beta=0,173$ ), mostrado na Tabela 3. Entre idosos a autonomia relaciona-se a permanecer ativo dentro da capacidade funcional para AIVDs, ao lazer, bem como ser dono da própria vida sendo capaz de resolver problemas e agir como desejar<sup>32</sup>. Porém, há de se questionar a possibilidade de uma relação inversa, ou seja, o fato de não terem autonomia poderia gerar insatisfação, pela diminuição do poder de decisão acerca da participação em atividades de lazer que lhe agradem.

Os menores escores da faceta atividades passadas, presentes e futuras estiveram relacionados, principalmente, à insatisfação com o lazer ( $\beta=0,18$ ). Ver Tabela 3. Os idosos podem vivenciar sentimentos de incerteza pelo futuro, devido às dificuldades e doenças; também podem estar presentes sentimentos de solidão e medo de ficar sem alguém que lhe apoie e auxilie<sup>26</sup>.

Deste modo, os idosos que têm de lidar com insatisfação com o lazer podem ter dificuldade de lidar com suas perspectivas futuras, por não ter incentivo de atividades que lhe proporcionem prazer, distração e satisfação. Nesse sentido, é relevante que os profissionais de saúde sejam capazes de identificar os seus anseios e incentivar a busca por novas realizações.

Na faceta participação social, o preditor que mais contribuiu para os menores escores foi o maior número de incapacidade funcional para as AIVDs ( $\beta=-0,178$ ), como visto na Tabela 3. Quando há limitações nas AIVDs, os idosos podem deixar ou diminuir a frequência de sair de casa e encontrar com amigos, vizinhos bem como participar de grupos sociais na comunidade. Pode-se considerar, também, que as próprias AIVDs são formas de participação social, como, por exemplo, fazer compras e utilizar meios de transporte<sup>19</sup>.

A renda inferior a um salário mínimo permaneceu como preditor de menor escore de QV na faceta morte e morrer ( $p=0,002$ ), de acordo com a Tabela 3. Neste estudo, a renda obtida pelos idosos da zona rural pode gerar insegurança quanto à presença de doenças e preocupações com a morte devido a limitação financeira para atender suas necessidades. Ademais, a renda obtida pelos idosos residentes na zona rural pode repercutir em dependência direta ou indireta dos demais familiares, atuando como fator complementar à subsistência da família<sup>33</sup>. Assim, com o avançar da idade o idoso pode preocupar-se com o desamparo dos entes queridos na sua falta. Pode-se identificar junto aos idosos entrevistados, nas visitas domiciliares, como tem ocorrido o enfrentamento desta questão buscando alternativas junto aos seus familiares.

Os menores escores da faceta intimidade associaram-se mais fortemente à ausência de companhia ( $\beta=0,243$ ;  $p<0,001$ ), como visto na Tabela 3. A ausência do parceiro devido à viuvez, somado a ocorrência de doenças, ao uso de medicamentos e a mudanças na fisiologia sexual tem sido descritos como fatores importantes que influenciam na sexualidade dos idosos<sup>34</sup>.

Ressalta-se ainda, que na zona rural, devido a escassez de atividades sociais o homem idoso pode ter mais dificuldade de encontrar outra companhia. Assim, pode-se propor a ampliação de eventos sociais por meio da implementação de grupos da terceira idade a serem desenvolvidos em pontos estratégicos que facilitem o acesso dos idosos e contribuam para ampliar a sociabilidade. Além disso, a participação do idoso em diversas atividades como o lazer, pode contribuir com novos conhecimentos e busca pela melhoria perfil de saúde<sup>35</sup>.

## CONCLUSÃO

Os idosos pesquisados, em sua maioria, tinham 60-70 anos, eram casados ou moravam com companhia, referiram 4-8 anos de estudo, renda de um salário mínimo e eram aposentados.

Os menores escores de QV nos domínios físico e psicológico associaram-se ao maior número de incapacidade funcional para realizar as AIVDs e nos domínios relações sociais e meio ambiente, à insatisfação com o lazer.

Os menores escores de QV nas facetas funcionamento dos sentidos e morte e morrer estiveram associados à renda mensal inferior a um salário mínimo; nas facetas autonomia e atividades passadas, presentes e futuras, à insatisfação com o lazer; na faceta participação social, ao maior número de incapacidade funcional para realizar as AIVDs, e na faceta intimidade, à ausência de companhia.

Os resultados deste estudo reforçam a necessidade de incluir a avaliação da capacidade funcional nas rotinas dos serviços de atenção primária à saúde, objetivando a manutenção da funcionalidade entre os idosos e, consequentemente, a melhoria de sua QV. Deve-se ainda buscar novas opções de lazer considerando as dificuldades de acesso no ambiente rural. Pode-se, juntamente com a comunidade, identificar os anseios dos homens idosos e planejar ações conjuntas que contribuam para ampliação de atividades comunitárias e sociais.

## REFERÊNCIAS

1. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Síntese de indicadores sociais - uma análise das condições de vida da população brasileira 2010 [site da internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2010. [citado em 05 mar 2014]. Disponível em: [http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/indicadores-minimos/sinteseindicossociais2010/SIS\\_2010.pdf](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/indicadores-minimos/sinteseindicossociais2010/SIS_2010.pdf)
2. Martins CR, Albuquerque FJB, Gouveia CNNA, Rodrigues CFF, Neves MTS. Avaliação da qualidade de vida subjetiva dos idosos: uma comparação entre os residentes em cidades rurais e urbanas. *Estud. Interdiscip. envelhec.* 2007; 11:135-54.
3. Ministério da Saúde (Br). Datasus. Informações de saúde. População residente - Minas Gerais [site da internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2012. [citado em 11 mar 2014]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?ibge/cnv/popmg.def>.
4. Couto MT, Pinheiro TF, Valença O, Machin R, Silva GSN, Gomes R, et al. O homem na atenção primária à saúde: discutindo (in) visibilidade a partir da perspectiva do gênero. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação.* 2010; 14(33):257-70.
5. Ministério da Saúde (Br). Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem [site da internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2008. [citado em 14 mar 2014]. Disponível em <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2008/PT-09-CONS.pdf>.
6. Travassos C, Viacava F. Acesso e uso de serviços de saúde em idosos residentes em áreas rurais. *Cad. Saúde Pública.* 2007; 23(10):2490-502.
7. The Whoqol Group. The world health organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med.* 1995; 41(10):1403-9.
8. Pereira RJ, Cotta RMM, Franceschini SCC, Ribeiro RCL, Sampaio RF, Priore SE, et al. Influência de fatores socio sanitários na qualidade de vida dos idosos de um município do sudeste do Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva.* 2011; 16(6):2907-17.
9. Lee HY, Jang SN, Lee S, Cho S, Park EO. The relationship between social participation and self-rated health by sex and age: A cross-sectional survey. *International Journal of Nursing Studies.* 2008; 45(45):1042-54.
10. Tavares DMS, Dias FA, Santos NMF, Haas VJ, Miranzi SCS. Fatores associados com a qualidade de vida de homens idosos. *Rev Esc Enferm USP.* 2013; 47(3):678-85.
11. Bertolucci PHF, Brucki SMD, Campacci SR, Juliano Y. O mini-exame do estado mental em uma população geral: impacto da escolaridade. *Arq Neuropsiquiatr.* 1994; 52(1):1-7.
12. Ramos L, Toniolo N, Cendoroglo M, Garcia JT, Najas MS, Peracini M, et al. Two-year follow-up study of elderly residents in S. Paulo, Brazil: methodology and preliminary results. *Rev. Saúde Pública.* 1998; 32:397-407.
13. Lino VTS, Pereira SEM, Camacho LAB, Ribeiro Filho ST, Buksman S. Adaptação transcultural da Escala de Independência em Atividades de Vida Diária (Escala de Katz). *Cad. Saúde Pública.* 2008; 24:103-12.
14. Freitas EV, Miranda RD. Parâmetros clínicos do envelhecimento e avaliação geriátrica ampla. In: Freitas EV, Py L, Neri AL, Cançado FAXC, Gorzoni ML, Doll J. Tratado de geriatria e gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan; 2006. p. 900-9.
15. Fleck MPA, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L, et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref". *Rev. Saúde Pública.* 2000; 34(2):178-83.
16. Fleck MPA, Chachamovich E, Trentini CM. Development and validation of the Portuguese version of the WHOQOL-OLD module. *Rev. Saúde Pública.* 2006; 40(5):785-91.
17. Boulos C, Salameh P, Barberger-Gateau P. The AMEL study, a cross sectional population-based survey on aging and malnutrition in 1200 elderly Lebanese living in rural settings: protocol and sample characteristics. *BMC Public Health.* 2013; 13:573.
18. Rigo II, Paskulin LMG, Moraes EP. Capacidade funcional de idosos de uma comunidade rural do Rio Grande do Sul. *Rev Gaúcha Enferm.* 2010; 31(2):254-61.
19. Del Duca GF, Silva MC, Hallal PC. Incapacidade funcional para atividades básicas e instrumentais da vida diária em idosos. *Rev. Saúde Pública.* 2009; 43(5):796-805.
20. Maciel AC, Guerra RO. Influência dos fatores biopsicossociais sobre a capacidade funcional de idosos residentes no nordeste do Brasil. *Rev Bras Epidemiol.* 2007; 10(2):178-89.
21. Tavares DMS, Pereira GA, Iwamoto HH, Miranzi SSC, Rodrigues LR, Machado ARM. Incapacidade funcional entre idosos residentes em um município do interior de Minas Gerais. *Texto Contexto Enferm.* 2007; 16(1):32-9.
22. Saliba NA, Moimaz SAS, Saliba O, Tiano AVP. Perda dentária em uma população rural e as metas estabelecidas pela Organização Mundial de Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva.* 2010; 15(supl.1):1857-64.
23. Joia LC, Ruiz T, Donalísio MR. Condições associadas ao grau

de satisfação com a vida entre a população de idosos. *Rev. Saúde Pública*. 2007; 41(1):131-38.

24. Santos KA, Koszuoski R, Dias da Costa JS, Pattussi MP. Fatores associados com a incapacidade funcional em idosos do Município de Guatambu, Santa Catarina, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2007; 23(11):2781-88.

25. Gutierrez BAO, Auricchio AM, Medina MVJ. Mensuração da qualidade de vida de idosos em centros de convivência. *J Health Sci Inst*. 2011; 29:186-90.

26. Meirelles BHS, Arruda C, Simon E, Vieira FMA, Cortezi MDV, Natividade MSL. Condições associadas à qualidade de vida dos idosos com doença crônica. *Cogitare Enferm*. 2010; 15:433-40.

27. Freitas MC, Queiroz TA, Sousa JAV. O significado da velhice e da experiência de envelhecer para os idosos. *Rev Esc Enferm USP*. 2010; 44:407-12.

28. Marcellini F, Giuli C, Gagliardi C, Papa R. Aging in Italy: urban-rural differences. *Archives of Gerontology and Geriatric*. 2007; 44:243-60.

29. Arslantas D, Unsal A, Metintas S, Koc F, Arslantas A. Life

quality and daily life activities of elderly people in rural areas, Eskisehir (Turkey). *Archives of Gerontology and Geriatric*. 2009; 48(3):127-31.

30. Mori G, Silva LF. Lazer na terceira idade: desenvolvimento humano e qualidade de vida. *Motriz*. 2010; 16(4):950-57.

31. Fiedler MM, Peres KG. Capacidade funcional e fatores associados em idosos do sul do Brasil: um estudo de base populacional. *Cad. Saúde Pública*. 2008; 24(2):409-15.

32. Fonseca MGUP, Firmo JOA, Loyola Filho AI, Uchôa E. Papel da autonomia na auto-avaliação da saúde do idoso. *Rev. Saúde Pública*. 2010(1); 44:159-65.

33. Marinho E, Araújo J. Pobreza e o sistema de seguridade social rural no Brasil. *RBE*. 2010; 64(2):161-74.

34. Alencar DL, Marques APO, Leal MCC, Vieira JCM. Fatores que interferem na sexualidade de idosos: uma revisão integrativa. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2014; 19(8):3533-42.

35. Peregrino AAF, Schutz V, Marta CB, Pereira ACA, Silva GP, Nogueira LC. Buscando a inserção dos idosos nas ações de promoção social e de saúde. *Rev enferm UERJ*. 2012; 20(4):513-8.