

PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO, CAPACIDADE FUNCIONAL E QUALIDADE DE VIDA DE HOMENS IDOSOS RESIDENTES NA ZONA RURAL**THE SOCIODEMOGRAPHIC PROFILE, FUNCTIONAL CAPACITY AND QUALITY OF LIFE OF OLDER MEN LIVING IN THE RURAL AREA****PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO, CAPACIDAD FUNCIONAL Y CALIDAD DE VIDA DE HOMBRES ANCIANOS RESIDENTES EN ZONAS RURALES**

Darlene Mara dos Santos Tavares¹, Ariana Barbosa Arduini², Flavia Aparecida Dias³, Pollyana Cristina dos Santos Ferreira⁴, Elimar Adriana de Oliveira⁵

RESUMO

Objetivou-se com este trabalho descrever as características sociodemográficas, a capacidade funcional e a qualidade de vida (QV) dos homens idosos residentes na zona rural. Trata-se de inquérito domiciliar, transversal, observacional e descritivo. Foram entrevistados 449 homens idosos no domicílio com instrumento estruturado. Os dados foram submetidos à análise descritiva. O maior percentual tinha entre 60-70 anos, morava com companheira em casa própria, possuía de 4-8 anos de estudo, renda de um salário mínimo, não apresentava incapacidades funcionais para realizar as atividades básicas e instrumentais da vida diária, assistia à TV e ouvia rádio como passatempo, estavam satisfeitos com o lazer e era sedentário. O maior escore de QV foi no domínio relações sociais e na faceta morte e morrer, e os menores foram para o meio ambiente e participação social. Melhorias de infraestrutura, acesso aos serviços de saúde e ampliação da possibilidade de atividades sociais podem contribuir para melhoria da QV dos homens idosos.

Descritores: Saúde do homem; Idoso; População rural; Enfermagem geriátrica.

ABSTRACT

The objective was to describe the sociodemographic characteristics, functional capacity and quality of life (QL) of older men living in the rural area. This is a cross-sectional, observational and descriptive household survey. Home interviews were performed with 449 older men, using a structured instrument. The data were submitted to descriptive analysis. Most men were aged between 60 to 70 years and lived with a partner in their own home; they had 4 to 8 years of education; an income of one minimum salary; and did not show any functional incapacities in performing basic and instrumental activities of daily living. As a

¹ Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Associada do Departamento de Enfermagem em Educação e Saúde Comunitária do Curso de Graduação em Enfermagem, Instituto de Ciências da Saúde, na Universidade Federal do Triângulo Mineiro. Endereço para correspondência: Av. Getúlio Guaritá, 107, Uberaba/MG, Brasil. E-mail: darlenetavares@enfermagem.uftm.edu.br.

² Acadêmica do Curso de Psicologia da Universidade Federal do Triângulo Mineiro.

³ Enfermeira, Mestre em Atenção à Saúde. Professora Substituta do Departamento de Enfermagem em Educação e Saúde Comunitária do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Triângulo Mineiro.

⁴ Enfermeira. Mestre em Atenção à Saúde. Professora Substituta do Departamento de Medicina Social da Universidade Federal do Triângulo Mineiro.

⁵ Doutora em Psicologia, Professor Adjunto do Curso de Psicologia da Universidade Federal do Triângulo Mineiro

pastime, they watched TV and listened to the radio, were fulfilled regarding leisure and led a sedentary lifestyle. The highest QL score was observed in the social relationships domain and in the facet death and dying, while the lowest scores were for environment and social participation. Enhancements in infrastructure, facilitating access to health services, and increasing the possibility of social activities are actions that may contribute to improving the QOL of older men.

Descriptors: Men's health; Aged; Rural population; Geriatric Nursing.

RESUMEN

Se objetivó describir características sociodemográficas, capacidad funcional y calidad de vida (QV) de hombres ancianos residentes en zona rural. Encuesta domiciliaria, transversal, observacional, descriptiva. Fueron entrevistados 449 hombres ancianos en domicilio con instrumento estructurado. Datos sometidos a análisis descriptivo. El porcentaje mayor tenía entre 60 y 70 años, vivían con compañera en casa propia, poseía 4 a 8 años de escolarización, renta equivalente a un salario mínimo, no presentaban incapacidades funcionales para actividades básicas e instrumentales del cotidiano, veían televisión y oían radio como pasatiempo, estaban satisfechos con el ocio y eran sedentarios. El mayor puntaje de QV se encontró en el dominio relaciones sociales y en la faceta muerte y morir; y los menores correspondieron a medio ambiente y participación social. Mejoras estructurales, acceso a servicios de salud y ampliación de posibilidades de actividades sociales pueden contribuir a la mejora de la QV de los hombres ancianos.

Descriptores: Salud del hombre; Anciano; Población rural; Enfermería Geriátrica.

Fonte de Financiamento: CNPq e FUNEPU.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é uma realidade no país. De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 2009, 11,3% da população brasileira era composta por idosos, sendo que 83,5% residiam na zona urbana e 16,5% na rural⁽¹⁾. Destaca-se que no Brasil 75% dos municípios são classificados como ambiente rural por apresentarem uma quantidade inferior a 25 mil habitantes⁽²⁾, o que torna necessário conhecer as condições de vida desse ambiente.

Além disso, diferente do que ocorre na área urbana, o percentual de homens idosos é maior no espaço rural. No ano de 2010, dentre o total de idosos residentes na zona rural 52,8% eram homens⁽³⁾, fato que evidencia a necessidade de realizar estudos direcionados a essa população considerando a especificidade dos sexos.

Por outro lado, os idosos que se estabelecem na zona rural podem ter maiores barreiras de acesso aos serviços de saúde⁽⁴⁾, pela distância das cidades, o que pode influenciar na manutenção da capacidade funcional e na qualidade de vida (QV).

Para o presente inquérito foi adotado o conceito de QV estabelecido por um grupo de estudiosos, apoiado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) 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”⁽⁵⁾.

Assim, questionam-se quais são as características demográficas, a capacidade funcional e a QV do homem idoso da zona rural. Inquérito realizado na zona rural no Rio Grande do Sul verificou que o maior percentual dos homens idosos era independente para realizar as atividades básicas de vida diária (ABVD)⁽⁶⁾. Para manter-se nesse ambiente, que apresenta especificidades territoriais, o idoso necessita estar em boas condições de funcionalidade. A literatura científica reforça que a taxa de utilização de serviços de saúde não é compatível com as necessidades dos idosos, além do cuidado prestado não oferecer boa qualidade⁽⁴⁾.

Soma-se, ainda, que na zona rural os idosos encontram maiores dificuldades para realizar atividades de lazer⁽⁷⁾ e não praticam atividade física⁽⁸⁾, fatores que podem impactar negativamente na QV. Investigação conduzida no Sul do Brasil observou que entre os idosos de ambos os sexos da zona rural a QV apresenta menores escores no meio ambiente⁽²⁾. Na

comunidade rural da Turquia verificaram-se menores escores de QV entre os homens idosos nas relações sociais⁽⁹⁾. No entanto, a escassez de estudos rurais, utilizando instrumentos específicos para a faixa etária, denota a necessidade de ampliar o conhecimento acerca da temática, visando contribuir para a atenção à saúde do homem idoso rural.

Logo, este estudo teve como objetivo descrever as características sociodemográficas, a capacidade funcional e a qualidade de vida (QV) dos homens idosos residentes na zona rural.

MÉTODOS

Esta pesquisa fez parte de um estudo maior, tipo inquérito domiciliar, transversal e observacional, desenvolvido na zona rural do município de Uberaba-MG, que está dividida em três Distritos Sanitários (DS) e que possui cobertura da Estratégia Saúde da Família (ESF).

A população do estudo maior foi composta pelos idosos residentes na zona rural do município de Uberaba-MG, cadastrados pela ESF em maio de 2010, totalizando 1.297 idosos. 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 falecidos, 3

(0,2%) encontravam-se hospitalizados e 79 (6,1%) não participaram por outros motivos, tal como residir na cidade. Então, participaram 850 idosos.

Foram considerados critérios de inclusão para a presente pesquisa: ser do sexo masculino; ter 60 anos ou mais; residir na zona rural do município de Uberaba-MG; não possuir declínio cognitivo e aceitar participar do estudo. Atenderam aos critérios estabelecidos 449 homens idosos.

A coleta dos dados foi realizada por meio de entrevistas estruturadas, entre junho de 2010 e março de 2011, por 14 entrevistadores, os quais foram devidamente orientados e treinados. O entrevistador teve como referencial as listas oferecidas pelas ESFs contendo o nome e endereço dos idosos. Os dados foram coletados na residência do idoso. As entrevistas foram revisadas por supervisores de campos e quando houve necessidade a entrevista foi devolvida ao entrevistador para que ele realizasse o preenchimento adequado.

Para avaliar a presença de declínio cognitivo no idoso, aplicou-se a versão do Mini Exame do Estado Mental (MEEM), traduzida e validada no Brasil⁽¹⁰⁾.

Utilizou-se parte do Questionário Brasileiro de Avaliação Funcional Multidimensional (BOMFAQ), adaptado no Brasil⁽¹¹⁾ para caracterização sociodemográfica da população. As

variáveis analisadas foram: faixa etária (em anos), estado conjugal, escolaridade (em anos de estudo), renda individual mensal (em salários mínimos), satisfação com a situação econômica para suprir as necessidades básicas, posse/propriedade da casa, arranjo de moradia, uso de equipamentos de apoio, atividades de passatempo, número de atividades de passatempo, satisfação com lazer e prática de atividade física.

Para avaliar a capacidade funcional do idoso para a realização de ABVDs utilizou-se o Índice de Katz validado no Brasil⁽¹²⁾, e para o desempenho de atividades instrumentais da vida diária (AIVDs) aplicou-se a versão adaptada no Brasil da Escala de Lawton e Brody⁽¹³⁾. Considerou-se como incapacidade funcional quando o idoso referiu não conseguir realizar atividades da vida diária. Obteve-se, ainda, o número de ABVDs e AIVDs que o idoso apresentava incapacidade funcional.

Para a avaliação da QV, utilizaram-se os instrumentos *World Health Organization Quality of Life – BREF* (WHOQOL-BREF)⁽¹⁴⁾ e o *World Health Organization Quality of Life Assessment for Older Adults* (WHOQOL-OLD), ambos validados no Brasil⁽¹⁵⁾.

O WHOQOL-BREF é composto por 26 questões, entre elas duas referem-se genericamente à QV e as demais se referem

aos quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente⁽¹⁴⁾. O WHOQOL-OLD possui 24 itens da escala Likert atribuídos a seis facetas: funcionamento dos sentidos; autonomia; atividades passadas, presentes e futuras; participação social; morte e morrer; e intimidade⁽¹⁵⁾.

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

Utilizou-se análise descritiva por meio das frequências simples, média e desvio padrão. Cada domínio do WHOQOL-BREF e faceta do WHOQOL-OLD foram analisados isoladamente, com seus escores calculados de acordo com as sintaxes disponibilizadas pela OMS. O escore varia de 0 a 100, sendo que o maior número corresponde a maior QV.

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, protocolo N^o 1477. Somente após a anuência do entrevistado e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido é que se conduziu a entrevista.

A Secretaria Municipal de Saúde de Uberaba autorizou a coleta de dados em parceria com a Estratégia Saúde da Família.

RESULTADOS

A maioria dos idosos estava na faixa etária entre 60-70 anos (58,6%); era casado ou morava com companheira (73,5%) e possuía 4-8 anos de estudo (36,7%), seguido de 1-4 anos (30,1%), Tabela 1.

Predominaram os idosos que recebiam um salário mínimo (41,6%); que estavam satisfeitos de forma regular com as suas necessidades básicas, de acordo com situação financeira (45%); que viviam em casa própria e quitada (65,7%); e que moravam somente com o cônjuge (50,3%), Tabela 1. A Tabela 1, a seguir, apresenta a distribuição e a frequência das variáveis socioeconômicas.

Prevaleceram os homens idosos que utilizavam dentadura (55,2%), sendo que 38,1% não usavam equipamento algum. Quanto às atividades de passatempo, 82,2% assistiam à TV e 68,6% ouviam rádio, com maior percentual para a satisfação com o lazer (75,9%). Destaca-se que 72,8% não praticavam atividade física.

Tabela 1. Distribuição de frequência das variáveis socioeconômicas e demográficas dos idosos. Uberaba, 2012.

Variáveis		N	%
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
Satisfação das necessidades	Mal	64	14,3
	Regular	202	45,0
	Bom	182	40,5
Moradia	Própria – quitada	295	65,7
	Própria – paga prestação	8	1,8
	É de parente – paga aluguel	3	0,7
	Estranho – paga aluguel	40	8,9
	Cedida – sem aluguel	103	22,9
Arranjo de moradia	Só	83	18,5
	Somente com cônjuge	226	50,3
	Com outros de sua geração (com ou sem cônjuge)	35	7,8
	Com filhos (com ou sem cônjuge)	79	17,6
	Com netos (com ou sem cônjuge)	15	3,3
	Outros arranjos	11	2,4

*O salário mínimo correspondia entre R\$ 510,00 e R\$ 540,00⁽¹⁷⁾.

A maioria dos idosos (99,8%) não apresentou incapacidade funcional para realizar as ABVDs e apenas um idoso apresentou de 1 a 3 incapacidades. Entretanto, durante o banho 0,9% dos idosos necessitam de assistência para uma parte do corpo; na hora de se vestir 1,8% não conseguem amarrar os sapatos; quanto

à transferência 0,7% necessitam de auxílio para deitar e levantar da cama; e na continência 7,1% apresentam perdas ocasionais.

A Tabela 2, a seguir, apresenta a capacidade funcional nas ABVDs dos homens idosos.

Tabela 2. Distribuição de frequência da capacidade funcional dos homens idosos para realizar as ABVDs. Uberaba, 2012.

Área de funcionamento	N	%
<i>Banho</i>		
Não recebe assistência	445	99,1
Recebe assistência no banho somente para uma parte do corpo	4	0,9
<i>Vestir</i>		
Pega as roupas e se veste completamente	440	98,0
Pega as roupas e se veste sem assistência, exceto para amarrar os sapatos	8	1,8
Recebe assistência para pegar as roupas ou para vestir-se ou permanece parcial ou totalmente despido	1	0,2
<i>Banheiro</i>		
Vai ao banheiro, higieniza-se e se veste após as eliminações sem assistência	448	99,8
Recebe assistência para ir ao banheiro ou para higienizar-se ou para vestir-se após as eliminações ou para usar o urinol ou comadre à noite.	1	0,2
<i>Transferência</i>		
Deita-se e levanta-se da cama ou cadeira sem assistência	446	99,3
Deita-se e levanta-se da cama ou cadeira com auxílio	3	0,7
<i>Continência</i>		
Tem controle sobre as funções urinar e evacuar	416	92,7
Tem “acidentes” ocasionais	32	7,1
Supervisão para controlar a urina e fezes, utiliza cateterismo ou é incontinente	1	0,2
<i>Alimentação</i>		
Alimenta-se sem assistência	448	99,8
Alimenta-se sem assistência, exceto para cortar carne ou passar manteiga no pão	1	0,2

Também se verificou que o maior percentual de homens idosos possuía capacidade funcional (88,4%) para realizar as AIVDs. O número de AIVDs com incapacidade funcional representou 10,2% para 1 a 3 e 1,3% para 4 ou mais. As AIVDs com maiores percentuais de

incapacidade funcional foram: lavar e passar roupa (7,3%), utilizar o telefone (5,6%) e arrumar a casa (2,9%), Tabela 3.

Na Tabela 3 pode-se observar a frequência da capacidade funcional para as AIVDs.

Tabela 3. Distribuição de frequência da capacidade funcional dos homens idosos para realizar as AIVDs. Uberaba, 2012.

AIVDs	Não consegue		Com ajuda parcial		Sem ajuda	
	N	%	N	%	N	%
Usar telefone	25	5,6	33	7,3	391	87,1
Ir a locais distantes, usando algum transporte	5	1,1	27	6	417	92,9
Fazer compras	5	1,1	23	5,1	421	93,8
Preparar suas próprias refeições	10	2,2	4	0,9	435	96,9
Arrumar a casa	13	2,9	9	2	427	95,1
Fazer trabalhos manuais domésticos	6	1,3	15	3,3	428	95,3
Lavar e passar sua roupa	33	7,3	16	3,6	400	89,1
Tomar seus remédios na dose e horários corretos	1	0,2	16	3,6	432	96,2
Cuidar de suas finanças	6	1,3	21	4,7	422	94,0

Referente à autoavaliação da QV, os homens idosos consideraram-na como boa (60,8%) e estavam satisfeitos com a sua saúde (62,6%).

Na mensuração da QV, pelo WHOQOL-BREF, o maior escore foi no domínio relações sociais (74,8) e o menor, no meio ambiente (64,7), Tabela 4. A avaliação da QV pelo WHOQOL-OLD

evidenciou maior escore para a faceta morte e morrer (76,75) e o menor para a participação social (69,41), Tabela 4.

A Tabela 4, a seguir, apresenta os escores de QV dos homens idosos residentes na zona rural.

Tabela 4. Distribuição dos escores de QV dos idosos, WHOQOL-BREF e WHOQOL-OLD. Uberaba, 2012.

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

DISCUSSÃO

Na presente investigação, aproximadamente a metade dos homens idosos que residem na zona rural está na faixa etária mais jovem, divergindo de estudo realizado com idosos de ambos os sexos do Rio Grande do Sul (33,3%)⁽¹⁶⁾. Tal achado é valioso para a Equipe de Saúde da Família que poderá priorizar ações promocionais de saúde e preventivas de doenças com intuito de manter esses idosos na sua localidade, com independência o maior tempo possível.

Assim como nesta pesquisa, na zona rural de Nova Roma do Sul-RS também predominaram os homens idosos casados (66,7%)⁽⁶⁾. Fato que propicia aos

profissionais de saúde trabalhar o apoio familiar no cuidado ao idoso e a manutenção de boas relações interpessoais.

A escolaridade apresentou percentual semelhante ao estudo conduzido em comunidade rural do Sul do país (46,7%)⁽⁶⁾. Presume-se que, no espaço rural, na época em que os atuais idosos eram jovens e deveriam estar na escola, o trabalho físico possuía uma valorização maior em detrimento da escolaridade⁽⁶⁾.

A baixa renda obtida nesta pesquisa foi divergente de estudo realizado na zona rural do Rio Grande do Sul, em que mais da metade dos idosos, de ambos os sexos, possuía renda mensal maior que um salário mínimo⁽¹⁶⁾. Destaca-se que essa diferença

pode se relacionar ao complemento da renda pela venda de produtos excedentes da agricultura na referida investigação⁽¹⁶⁾. O predomínio de idosos que relataram satisfazer às necessidades básicas de maneira regular, neste estudo, pode estar relacionado à baixa renda dos idosos, que por sua vez, limitado o seu acesso. Em muitas famílias a renda dos idosos é a principal fonte financeira, contribuindo de forma positiva na redução da pobreza nas famílias rurais⁽¹⁶⁾.

Os resultados encontrados sobre moradia própria e quitada corrobora com outra pesquisa feita com idosos, de ambos os sexos, de uma comunidade rural (93,3%)⁽¹⁶⁾. O mesmo se observou para o arranjo de moradia em que predominaram homens idosos casados (66,7%)⁽⁶⁾. Ressalta-se que na zona rural a mudança dos jovens para as cidades em busca de novas oportunidades⁽¹⁶⁾ pode contribuir para o presente arranjo de moradia.

A preponderância do uso de dentadura entre os homens idosos é semelhante à pesquisa realizada na zona rural de São Paulo. Verificou-se que 67,3% dos idosos com 65 a 74 anos utilizavam próteses superiores e 32,7%, inferiores⁽¹⁹⁾. É essencial que haja políticas de prevenção voltadas para a saúde bucal em locais distantes dos centros urbanos. A dificuldade de acesso a esse serviço pode ser um dos

fatores que influenciam o edentulismo e o consequente uso de prótese dentária.

Em relação às atividades de passatempo, destaca-se que a zona rural, muitas vezes, é considerada um ambiente para a realização do trabalho braçal sendo desprovido de espaços para a realização de atividades culturais⁽⁷⁾. Pode-se questionar, ainda, sobre os fatores que fazem com que os idosos da atual pesquisa realizem mais atividades de lazer que envolvem eletroeletrônicos do que aquelas que envolvem o próprio ambiente em que vivem, como pescar e participar de festas comunitárias. Isso pode estar relacionado à necessidade de estar inserido e atualizado sobre os fatos que ocorrem no país e no mundo. Por outro lado, pode estar relacionado à escassez de opções.

O predomínio de sedentários também foi verificado em investigação com idosos, de ambos os sexos, urbanos e rurais de Santa Catarina (84,3%)⁽⁸⁾. O incentivo à prática de atividade física deve ser estendido às comunidades rurais, considerando as preferências e afinidades do idoso.

Referente à capacidade funcional para realizar ABVDs, estudo realizado em região rural de Minas Gerais, assim como esta pesquisa, evidenciou que os homens idosos eram, em sua maioria (53,5%), independentes⁽⁶⁾. Porém, divergente deste resultado, investigação na zona rural da

Turquia obteve maior percentual de incapacidades funcionais nas ABVDs comer (3,1%) e tomar banho (2,2%)⁽⁹⁾. Ressalta-se que a incapacidade funcional é influenciada pelo estilo de vida do idoso, pela infraestrutura das cidades e pelos fatores culturais⁽¹⁸⁾. Assim, supõe-se que idosos residentes na zona rural podem apresentar menor perda da funcionalidade por se manterem ativos por um período maior. Uma situação que contribui para isso é a migração dos jovens para as cidades⁽¹⁶⁾, possivelmente aumentando a carência de mão de obra. Logo, o trabalho continua até que o idoso considere que não possui mais capacidade física para tal⁽¹⁶⁾.

Em relação às ABVDs, destaca-se na presente investigação o percentual de idosos que referiram perdas ocasionais de urina, corroborando com estudo realizado com homens e mulheres idosos em Pelotas-RS (18,1%)⁽¹⁸⁾. As perdas ocasionais de urina são muitas vezes interpretadas como parte do processo natural do envelhecimento⁽¹⁸⁾. Nesse sentido, cabe à equipe de saúde estar atenta a essas queixas e investigar precocemente a presença de incontinência urinária entre os idosos, identificando suas causas e propondo intervenções conjuntas.

A manutenção da capacidade funcional pelo idoso lhe garante que tenha condições de desempenhar atividades diárias sem que dependa diretamente de

outras pessoas para o seu autocuidado. A equipe de Saúde da família pode contribuir por meio da avaliação rotineira da capacidade funcional, bem como pela criação de grupos educativos que viabilizem a troca de experiências e incentivem a independência.

Destaca-se que o percentual de idosos que apresentou incapacidade funcional para as AIVDs foi maior do que para as ABVDs. Fato que também pode ser observado no estudo com idosos, de ambos os sexos, no Rio Grande do Sul⁽¹⁸⁾. Contudo, as AIVDs divergem entre as investigações, pois no referido inquérito a incapacidade funcional apresentou maior percentual para as seguintes atividades: lavar roupas (13,2%), fazer compras (11,9%) e usar meio de transporte (11,7%)⁽¹⁸⁾. Ressalta-se que os itens nos quais os idosos apresentaram maior percentual de incapacidade funcional (lavar e passar roupa e arrumar a casa) são atividades culturalmente destinadas às mulheres. Esse fato pode explicar, em parte, os achados.

O achado referente à autoavaliação da QV diverge de estudo conduzido nas zonas urbana e rural de Santa Catarina. A maioria dos idosos (37,2%) consideraram sua QV baixa⁽⁸⁾. Já os resultados sobre a satisfação com a saúde convergem com investigação de idosos em áreas urbanas de São Paulo, que estavam satisfeitos (42,1%)⁽²⁰⁾.

Na mensuração da QV no WHOQOL-BREF o maior escore médio no domínio das relações sociais pode estar relacionado à qualidade destas, que na zona rural são consideradas mais satisfatórias, por fazerem parte de um ambiente no qual se mantêm relações estáveis com vizinhos e amigos⁽²⁾.

Quanto ao menor escore de QV, no WHOQOL-BREF, no domínio meio ambiente, é possível compreender que a distância entre as localidades é maior, o que dificulta o deslocamento e o acesso aos serviços de saúde, por exemplo. Destaca-se ainda, a baixa renda referida pelos idosos deste estudo, considerando que o domínio meio ambiente avalia, entre outros fatores, os recursos financeiros⁽¹⁴⁾. Além disso, embora não tenha sido objetivo principal deste estudo, observou-se durante a coleta de dados que a falta de policiamento na zona rural foi considerada como fator que trazia insegurança para os idosos.

O maior escore de QV mensurado pelo WHOQOL-OLD foi para morte e morrer. Salienta-se que nessa faceta são analisadas questões como preocupações e temores com a morte⁽¹⁵⁾. Desse modo, pressupõe-se que na zona rural investigada os idosos não apresentam determinados mitos e preconceitos em relação à finitude da vida, que poderiam associar-se à percepção negativa sobre a morte. Portanto, o resultado desta investigação evidencia

que esses aspectos não têm influenciado negativamente na QV do homem idoso rural.

Verificou-se que o menor escore no WHOQOL-OLD foi para a faceta participação social. Esta faceta avalia a participação nas atividades cotidianas, especialmente na comunidade⁽¹⁵⁾. É possível que o resultado obtido apresente relação com a distância e as dificuldades de acesso aos locais de referência para a socialização, muitas vezes inexistentes em ambientes rurais.

CONCLUSÃO

Os homens idosos eram, em sua maioria, jovens, moravam com esposa ou companheira, tinham de 4 | 8 anos de estudo, renda de um salário mínimo, satisfaziam suas necessidades básicas de forma regular, moravam em casa própria apenas com o cônjuge, usavam prótese dentária, estavam satisfeitos com as atividades de passatempo (assistir à televisão e ouvir rádio) e não realizavam atividade física.

Prevaleceram os idosos com capacidade funcional para realizar as ABVDs e AIVDs. A maior parte dos idosos estavam satisfeitos com sua saúde e avaliaram a QV como boa. O maior escore de QV foi para o domínio relações sociais e para a faceta morte e morrer, enquanto os

menores foram para meio ambiente e participação social.

Este estudo contribui para a caracterização dos homens idosos que vivem no meio rural, subsidiando a atenção à saúde. Nesta perspectiva, é mister a ampliação do acesso aos serviços de saúde, às atividades que oportunizam a participação social e o lazer, bem como, o investimento na segurança do ambiente.

REFERÊNCIAS

1. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Síntese de indicadores sociais uma análise das condições de vida da população brasileira. Rio de Janeiro; 2010. [Acesso em 05/12/2011] Disponível em http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaoodevida/indicadoresminimos/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; 11:135-154.
3. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Sinopse dos resultados do Censo 2010. Rio de Janeiro; 2012. [Acesso em 07/02/2012] Disponível em: http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse/webservice/default.php?cod1=0&cod2=&cod3=&frm=pr_hom_mul.
4. 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.
5. Whoqol Group. The development of the World Health Organization Quality of Life Assessment Instrument (the WHOQOL). In: Orley J, Kuyken W. *Quality of life assessment: international perspectives.* Heidelberg: Springer Verlag; 1994. p. 41-60.
6. Rigo II, Paskulin LMG, Morais EP. Capacidade funcional de idosos de uma comunidade rural do Rio Grande do Sul. *Rev Gaúcha Enferm.* 2010; 31(2):254-61.
7. Thies VG, Peres E. Quando a escrita ressignifica a vida: diários de um agricultor: uma prática de escrita “masculina”. *Rev. Bras. Educ.* 2009; 14(41):216-31.
8. 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.
9. 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 Geriatrics.* 2009; 48(2):127-31.
10. Bertolucci PHF, Brucki SMD, Campacci SR, Juliano Y. O mini-exame do estado mental em uma população geral: impacto da escolaridade. *Arquivo de Neuropsiquiatria.* 1994; 52:1-7.
11. Ramos LR. Growing old in São Paulo, Brazil. Assessment of Health status and family support of the elderly of different socio-economic strata living in the community. [theses doctor]. England: London School of Hygiene and Tropical Medicine; 1987. 327 p.
12. Lino VTS, Pereira SEM, Camacho LAB, Ribeiro Filho ST, Buksman S. Adaptação transcultural da Escala de Independência em Atividades de Vida Diária (Escala de Katz). *Cad Saúde Pública.* 2008; 24(1):103-12.
13. 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.
14. Fleck MPA, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, et al. Aplicação da versão em português do instrumento

abreviado de avaliação da qualidade de vida “WHOQOL-bref”. Rev Saude Publica. 2000; 34(2):178-83.

15. Fleck MPA, Chachamovich E, Trentini CM. Desenvolvimento e validação da versão em Português do módulo WHOQOL-OLD. Rev. Saúde Pública. 2006; 40(5):785-91.

16. Alcântara LR. Idosos rurais: fatores que influenciam trajetórias e acesso a serviços de saúde no município de Santana da Boa Vista/RS [dissertação de mestrado]. Porto Alegre (RS): Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul/UFRS; 2009. 156 p.

17. Departamento Intersindical de Estatística e estudos Socioeconômicos (DIEESE) [Internet]. Salário mínimo nominal e necessário. [Acesso em 03/02/2012] Disponível em:

<http://www.dieese.org.br/rel/rac/salminMenu09-05.xml>.

18. 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.

19. 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.

20. Gutierrez BAO, Auricchio AM, Medina MVJ. Mensuração da qualidade de vida de idosos em centros de convivência. J Health Sci Inst. 2011; 29(3):186-90.

Artigo recebido em 28/08/2012.

Aprovado para publicação em 10/10/2012.