

COMPARAÇÃO DAS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS RURAIS SEGUNDO SEXO

COMPARISON OF THE SOCIODEMOGRAPHIC, HEALTH AND QUALITY OF LIFE CHARACTERISTICS OF RURAL ELDELY INDIVIDUALS ACCORDING TO THEIR SEX

COMPARACIÓN DE CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS, DE SALUD Y CALIDAD DE VIDA DE ANCIANOS DE ZONA RURAL SEGÚN SU SEXO

Darlene Mara dos Santos Tavares¹, Leticia Lima Santos², Flavia Aparecida Dias³, Pollyana Cristina dos Santos Ferreira⁴, Elimar Adriana de Oliveira Feliciano⁵, Janaína Santos Nascimento Mesquita⁶.

Fontes de Financiamento: CNPq (Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico) e FUNEPU (Fundação de Ensino e Pesquisa de Uberaba).

RESUMO

Objetivou-se comparar as características sociodemográficas, econômicas, de saúde e a qualidade de vida (QV) de idosos residentes na zona rural segundo o sexo. Trata-se de inquérito domiciliar e transversal. Foram entrevistados 850 idosos no domicílio com os instrumentos: parte do Questionário Brasileiro de Avaliação Funcional Multidimensional, *World Health Organization Quality of Life – BREF* e *World Health Organization Quality of Life Assessment for Older Adults*. Utilizaram-se os testes qui quadrado e *t*-Student ($p < 0,05$). Em ambos os grupos prevaleceram aqueles com 60 a 69 anos, casados, 4 a 7 anos de estudo e renda média de um salário mínimo. As mulheres autorreferiram maior número de morbidades e menores escores de QV do que os homens. Os profissionais de saúde podem contribuir nestes aspectos por meio de ações direcionadas ao monitoramento da saúde e identificação dos fatores que têm contribuído para a menor QV entre as mulheres.

Descritores: Idoso; Saúde da População Rural; Qualidade de Vida.

ABSTRACT

The objective of this study was to compare the sociodemographic, economical, health and quality of life (QOL) characteristics of elderly individuals living in the rural area, according to their sex. This is a cross-sectional home survey. Home interviews were conducted with a total of 850 individuals using the following instruments: part of the Brazilian Multidimensional Functional Assessment Questionnaire, *World Health Organization Quality of Life – BREF* and *World Health Organization Quality of Life Assessment for Older Adults*. The Chi-square and Students-t test ($p < 0.05$) were used. In both groups, most subjects between

¹ Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Associada do Departamento de Enfermagem em Educação e Saúde Comunitária do Curso de Graduação em Enfermagem. Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM). E-mail: darlenetavares@enfermagem.uftm.edu.br.

² Acadêmica do Curso de Graduação em Psicologia - UFTM. E-mail: leticialima_19@hotmail.com;

³ Enfermeira. Mestre em Atenção à Saúde. UFTM. E-mail: flaviadias_ura@yahoo.com.br;

⁴ Enfermeira. Mestre em Atenção à Saúde. UFTM. E-mail: pollycris21@bol.com.br;

⁵ Psicóloga. Doutora em Psicologia Experimental. Professora Adjunto do Departamento de Psicologia da Saúde e Processos Básicos. UFTM. E-mail: elimar@psicologia.uftm.edu.br;

⁶ Terapeuta Ocupacional. Mestranda em Atenção à Saúde. UFTM. E-mail: mesquita_jana@yahoo.com.br.

60 and 69 years of age, married, had between 4 and 7 years of education and an income of one minimum salary. Women self-reported a higher number of morbidities and lower QOL scores compared to men. Health care professionals could contribute regarding these aspects by means of activities aimed at monitoring health and identifying the factors that have contributed with a lower QOL among women.

Descriptors: Aged; Rural Health; Quality of Life.

RESUMEN

Se objetivó comparar las características sociodemográficas, económicas, de salud y la calidad de vida (QV) de ancianos residentes en zona rural según su sexo. Averiguación domiciliaria transversal. Fueron entrevistados 850 ancianos en su domicilio con los siguientes instrumentos: parte del Cuestionario Brasileño de Evaluación Funcional Multidimensional, *World Health Organization Quality of Life – BREF* e *World Health Organization Quality of Life Assessment for Older Adults*. Se utilizaron los tests de Chi-cuadrado y *t*-Student ($p < 0,05$). En ambos grupos prevalecieron individuos de 60 a 69 años, casados, con 4 a 7 años de escolarización, ingresos promedios equivalentes a un salario mínimo. Las mujeres refirieron mayor número de morbilidades y menores puntajes de QV que los hombres. Los profesionales de salud pueden contribuir en estos aspectos mediante acciones enfocadas al monitoreo de la salud e identificación de los factores que contribuyeron a la menor QV entre las mujeres.

Descriptor: Anciano; Salud Rural; Calidad de Vida.

INTRODUÇÃO

A população de idosos brasileiros tem aumentado ao longo dos anos, perfazendo, aproximadamente, 23 milhões de pessoas no país. No total, a proporção de idosos em 1999 correspondia a 9,1%, elevando-se para 12,1 em 2011⁽¹⁾. Ressalta-se que 84,1% residem na zona urbana e aproximadamente 16% na rural⁽¹⁾. Destaca-se que municípios rurais são aqueles que possuem menos de 25.000 habitantes e representam 75% no Brasil⁽²⁾.

O aumento da população idosa vem indicando a necessidade de mudanças na sociedade de forma a garantir uma longevidade digna e com qualidade de vida (QV)⁽³⁾. Esta pode ser influenciada por aspectos fisiológicos, patológicos,

psicológicos, sociais, culturais, ambientais e econômicos⁽⁴⁾.

Deste modo, a presente pesquisa adotará o conceito de QV proposto por um grupo de estudiosos da Organização Mundial de Saúde (OMS), a saber: "percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações"^(5:1405).

Destaca-se que cada idoso vivencia o envelhecimento de modo particular, sendo influenciado por eventos diversos, culturais, sociais, dentre outros⁽⁴⁾, podendo apresentar divergências entre os sexos. A literatura científica tem evidenciado entre as idosas maior proporção de morbididades^(6,7) e uso de

medicação⁽⁸⁾. Porém, os homens fumam e bebem mais do que as mulheres⁽⁹⁾. Quanto à percepção de saúde não tem sido observado consenso^(3,9).

Referente à QV, estudos conduzidos nas zonas urbana e rural evidenciam-na melhor para os homens idosos^(10, 11). Já inquérito conduzido na zona urbana observou maiores escores para o sexo feminino na autonomia, atividades passadas, presentes e futuras e participação social⁽³⁾.

A produção científica sobre saúde e QV tem aumentado nas últimas décadas. No entanto, é oportuno destacar que os idosos residentes nas zonas rurais frequentemente ficam à margem tanto da atenção à saúde como das pesquisas, tendo em vista as dificuldades de acesso. Nesse sentido, observa-se, no Brasil que a maioria das investigações com idosos é conduzida na zona urbana⁽²⁾. Assim, faz-se necessário o desenvolvimento de pesquisas que visem identificar estes aspectos em áreas rurais, considerando as suas especificidades territoriais, a fim de auxiliar no fortalecimento da gestão melhorando a QV destes idosos.

Deste modo o objetivo deste estudo foi comparar as características sociodemográficas e econômicas, de saúde e a QV de idosos residentes na zona rural segundo o sexo.

MÉTODOS

A presente pesquisa faz parte de um estudo maior, tipo inquérito domiciliar, analítico, transversal e observacional, denominado “Saúde e qualidade de vida da população idosa da zona rural de Uberaba”. A coleta de dados foi realizada no período de junho de 2010 a março de 2011.

Nesta pesquisa, a população foi composta por todos os idosos cadastrados pelas Equipes de Saúde da Família (ESF) em julho de 2010 que moravam na zona rural do município de Uberaba-MG. As ESFs são distribuídas em três Distritos Sanitários e oferecem 100% de cobertura na zona rural. Totalizaram 1.297 idosos segundo as listas oferecidas por cada ESF no referido período. Destes, foram excluídos 447 idosos, dos quais 117 tinham mudado de endereço, 105 apresentaram declínio cognitivo, 75 recusaram participar, 57 não foram encontrados após três tentativas do entrevistador, 11 tinham ido a óbito, três encontravam-se hospitalizados e 79 devido a outros motivos, como residir na cidade ou não possuir condições físicas ou psicológicas para responder. Desse modo, participaram do estudo 850 idosos.

O instrumento foi aplicado na residência do idoso. Para realização das entrevistas contou-se com a colaboração dos Agentes Comunitários de Saúde, os quais acompanharam os entrevistadores até o domicílio do idoso. Participaram da coleta

14 entrevistadores devidamente treinados e orientados.

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

Antes de iniciar a entrevista foi aplicado o Mini Exame do Estado Mental (MEEM), versão traduzida e validada no Brasil⁽¹²⁾, para realizar a avaliação cognitiva do idoso e verificar se o mesmo apresentava condições de responder o instrumento. Caso o idoso apresentasse declínio cognitivo, de acordo com o MEEM, a entrevista era encerrada.

Para coletar os dados relacionados às variáveis de saúde foi utilizado parte do instrumento estruturado baseado no Questionário Brasileiro de Avaliação Funcional Multidimensional (BOMFAQ)⁽¹³⁾. A QV foi analisada por meio do *World Health Organization Quality of Life – BREF* (WHOQOL-BREF) composto por quatro domínios⁽¹⁴⁾ e *World Health Organization Quality of Life Assessment for Older Adults* (WHOQOL-OLD) que apresenta seis facetas⁽¹⁵⁾.

As características sociodemográficas e econômicas foram investigadas segundo as variáveis: sexo; faixa etária, em anos; estado conjugal; escolaridade, em anos de estudo; renda individual mensal, em

salários mínimos. As características de saúde foram verificadas por meio das variáveis: autopercepção da saúde atual; comparada há 12 meses; comparada a outras pessoas da mesma idade; morbidades e número de morbidades; uso regular de medicação; hábito de fumo e hábito de álcool. A QV foi avaliada pelos domínios físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente do WHOQOL-BREF⁽¹⁴⁾ e facetas funcionamento dos sentidos, autonomia, atividades passadas, presentes e futuras, participação social e morte e morrer e intimidade do WHOQOL-OLD⁽¹⁵⁾.

Para realizar a análise, 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 Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS). Para comparação entre os sexos, as variáveis categóricas foram submetidas ao teste qui-quadrado e as numéricas ao *t*-Student. O nível de significância (α) foi de 95%.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, sob parecer nº1477. Todos os idosos que aceitaram participar assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A entrevista foi conduzida somente após a assinatura do Termo e anuência do entrevistado.

RESULTADOS

Dentre os participantes a maioria era do sexo masculino (52,8%). A faixa etária predominante entre as mulheres (62,8%) e homens (58,6%) idosos foi de 60 a 69 anos ($\chi^2=1,871$; $p=0,392$).

No tocante ao estado conjugal a maioria dos homens (73,5%) e mulheres (60,3%) era casada ou morava com o companheiro. Porém, a proporção de viúvos entre as mulheres (28,9%) foi significativamente superior comparada aos homens (10%) ($\chi^2=50,56$; $p < 0,001$).

Em relação ao nível de escolaridade observou-se que a maior proporção dos idosos estudou de 4 a 7 anos para ambos os sexos (36,7%) seguido de 1 a 3 anos para homens (30,1%) e mulheres (30,2%) ($\chi^2=0,074$; $p=0,999$).

Prevaleceu a renda de um salário mínimo para os homens (41,7%) e mulheres (55,4%). No entanto, evidencia-se que a proporção de homens idosos com renda de 2 a 3 salários (41,1%) foi superior às mulheres (18,7%). Ressalta-se que a proporção de mulheres idosas (17,7%) sem renda foi significativamente superior aos homens (3,3%) ($\chi^2=104,884$; $p < 0,001$).

Quanto à autopercepção de saúde, evidenciou-se que a maior proporção de idosos do sexo masculino considerou como boa (43%), diferente do sexo feminino (49,1%) que considerou como regular ($\chi^2=17,615$; $p=0,001$). A proporção de

mulheres (36,9%) que autorreferiu que sua saúde piorou nos últimos 12 meses foi significativamente superior aos homens (25,5%) ($\chi^2=32,988$; $p < 0,001$). Com relação à saúde comparada com a de outras pessoas da mesma idade, tanto os homens (52,0%) quanto as mulheres (49,5%) consideraram sua saúde melhor. Porém, evidenciou-se que a proporção de mulheres (13%) que considerou sua saúde pior que outras pessoas foi significativamente superior aos homens (6,1%) ($\chi^2=11,174$; $p=0,004$).

Em relação ao uso regular de remédios a maioria dos homens (61,7%) e mulheres (83,3%) utilizava-os com receita médica. Entretanto, a proporção de homens idosos (33,2%) que não tomava medicação regularmente foi significativamente superior às mulheres (14,5%) ($\chi^2=52,912$; $p < 0,001$).

A maioria dos homens (76,7%) e das mulheres (86,5%) não era fumante. Contudo, a proporção de homens idosos (23,3%) tabagistas foi significativamente superior às mulheres (13,5%) ($\chi^2=13,263$; $p < 0,001$).

Quanto ao hábito alcoólico a maioria dos idosos do sexo masculino (58,3%) e feminino (80,5%) não fazia uso de álcool. Entretanto, os homens (41,7%) ingeriam mais álcool do que as mulheres (19,5%) ($\chi^2=48,964$; $p < 0,001$).

Na Tabela 1, a seguir, encontram-se as morbidades da população estudada.

Tabela 1. Distribuição de frequência das morbidades autorreferidas da população estudada. Uberaba, 2011.

Morbidades		Masculino		Feminino		χ^2	p
		N	%	N	%		
Reumatismo	Não	332	77,4	283	74,7	0,818	0,366
	Sim	97	22,6	96	25,3		
Artrite/Artrose	Não	364	84,3	221	58,6	66,093	<0,001
	Sim	68	15,7	156	41,4		
Osteoporose	Não	418	94,8	286	74,3	68,613	<0,001
	Sim	23	5,2	99	25,7		
Asma/Bronquite	Não	413	92,4	367	91,5	0,218	0,64
	Sim	34	7,6	34	8,5		
Tuberculose	Não	44	99,6	401	100	2,59	0,11
	Sim	2	0,4	-	-		
Embolia	Não	438	98,4	387	97,5	0,55	0,46
	Sim	7	1,6	9	2,3		
Hipertensão arterial	Não	235	52,5	151	37,7	18,692	<0,001
	Sim	213	47,5	250	62,3		
Problemas de circulação	Não	373	83,3	207	52	96,475	<0,001
	Sim	75	16,7	191	48		
Problemas cardíacos	Não	342	77,2	278	70	5,577	0,018
	Sim	101	22,8	119	30		
Diabetes	Não	309	91,9	331	83	15,607	<0,001
	Sim	36	8,1	68	17		
Obesidade	Não	409	91,3	319	79,8	23,184	<0,001
	Sim	39	8,7	81	20,2		
Derrame	Não	234	96,7	388	96,8	0,006	0,936
	Sim	15	3,3	13	3,2		
Parkinson	Não	438	98,6	391	98,5	0,038	0,845
	Sim	6	1,4	6	1,5		
Incontinência urinária	Não	408	90,9	346	86,3	4,443	0,035
	Sim	41	9,1	55	13,7		
Incontinência fecal	Não	444	98,9	393	98	1,093	0,296
	Sim	5	1,1	8	2		
Prisão de ventre	Não	410	91,3	328	81,8	16,775	<0,001
	Sim	39	8,7	73	18,2		
Problemas para dormir	Não	342	76,2	193	48,1	71,398	<0,001
	Sim	107	23,8	208	51,9		
Catarata	Não	345	79,7	306	78,7	0,128	0,721
	Sim	88	20,3	83	21,3		
Glaucoma	Não	416	97,4	365	93,4	7,842	0,005
	Sim	8	1,8	10	2,5		
Problemas de visão	Não	223	49,7	146	36,5	14,92	<0,001
	Sim	235	52,3	250	62,5		
Problema renal	Não	387	87,2	338	85,4	0,579	0,447
	Sim	57	12,8	58	14,6		
Sequela acidente/trauma	Não	383	85,3	370	92,5	10,933	<0,001
	Sim	66	14,7	30	7,5		
Tumores malignos	Não	440	98,2	397	99	0,943	0,331
	Sim	8	1,8	4	1		
Tumores benignos	Não	439	98,2	391	97,5	0,504	0,478
	Sim	8	1,8	10	2,5		
Problemas de coluna	Não	214	47,7	150	37,5	8,918	0,003
	Sim	235	52,3	250	62,5		

A proporção de idosos que autorreferiram ter artrite/artrose ($\chi^2=66,093$; $p<0,001$), osteoporose ($\chi^2=68,613$; $p<0,001$), hipertensão arterial sistêmica ($\chi^2=18,692$; $p<0,001$), problemas de circulação ($\chi^2=96,475$; $p<0,001$), problemas cardíacos ($\chi^2=5,577$; $p=0,018$), diabetes mellitus ($\chi^2=15,607$; $p<0,001$), obesidade ($\chi^2=23,184$; $p<0,001$), incontinência urinária ($\chi^2=4,443$; $p=0,035$), prisão de ventre ($\chi^2=16,775$; $p<0,001$), problemas para dormir ($\chi^2=71,398$; $p<0,001$), glaucoma ($\chi^2=7,842$; $p=0,005$), problemas de visão ($\chi^2=14,92$; $p<0,001$) e problemas de coluna ($\chi^2=8,918$; $p=0,003$) foi significativamente superior ao sexo masculino (Tabela 1).

Entre os idosos do sexo masculino a proporção que referiu sequelas de acidentes

ou traumas foi significativamente superior ao sexo feminino ($\chi^2=10,933$; $p<0,001$) (Tabela 1).

A maior proporção de homens idosos autorreferiu uma a três doenças e o sexo feminino sete ou mais ($\chi^2=90,573$; $p<0,001$).

No que concerne a QV a maioria dos idosos avaliou-a como boa, sendo 60,8% para o sexo masculino e 57,9% para o feminino. Referente à satisfação com a sua saúde a maioria dos idosos informou estar satisfeita, sendo 62,8% para o sexo masculino e 57,4% para o feminino.

Na Tabela 2, a seguir, encontram-se os escores de QV dos domínios do WHOQOL-BREF e das facetas do WHOQOL-OLD da população estudada.

Tabela 2. Distribuição dos escores de QV dos domínios do WHOQOL-BREF e das facetas do WHOQOL-OLD da população estudada. Uberaba, 2011.

Escore de QV	Masculino	Feminino	T	p
	Média	Média		
Domínios				
Físico	72,20	65,88	6,091	<0,001
Psicológico	72,81	67,12	6,360	<0,001
Relações sociais	74,81	72,82	2,273	0,023
Meio ambiente	64,71	61,74	3,717	<0,001
Facetas				
Funcionamento dos sentidos	74,68	70,15	2,920	0,004
Autonomia	70,43	66,38	3,180	0,002
Atividades passadas, presentes e futuras	71,03	69,23	2,157	0,031
Participação social	69,42	66,44	3,522	<0,001
Morte e morrer	76,75	68,55	4,910	<0,001
Intimidade	74,49	74,03	0,392	0,695

O maior escore obtido tanto pelos homens quanto pelas mulheres no WHOQOL-BREF refere-se ao domínio das

relações sociais (Tabela 2). Já em relação ao menor escore obtido em ambos os grupos, foi no domínio meio ambiente (Tabela 2).

Nos domínios físicos ($t=6,091$; $p<0,001$), psicológico ($t=6,36$; $p<0,001$), relações sociais ($t=2,273$; $p=0,023$) e meio ambiente a média obtida pelas mulheres idosas foi inferior aos homens ($t=3,717$; $p<0,001$) (Tabela 2).

Em relação às facetas do WHOQOL-OLD, os maiores escores obtidos entre os homens idosos foi para morte e morrer e para as mulheres na intimidade (Tabela 2). Os menores escores estiveram na participação social para os homens e autonomia para as mulheres (Tabela 2).

As mulheres apresentaram escores inferiores nas facetas funcionamento dos sentidos ($t=2,92$; $p=0,004$), autonomia ($t=3,18$; $p<0,002$), atividades passadas, presentes e futuras ($t=2,157$; $p=0,031$), participação social ($t=3,522$; $p<0,001$) e morte e morrer ($t=4,91$; $p<0,001$) (Tabela 2).

DISCUSSÃO

No presente estudo a maior proporção de homens foi divergente ao encontrado em uma comunidade rural do Rio Grande do Sul, que obteve predomínio de mulheres (55,9%)⁽¹⁶⁾.

A maior proporção de homens nas faixas etárias mais avançadas diverge de estudo com idosos da zona rural de Encruzilhada do Sul-RS em que a proporção de mulheres nas faixas etárias avançadas foi maior do que para os homens⁽⁹⁾.

Quanto ao estado conjugal, o resultado foi divergente ao obtido em inquérito com idosos da zona rural de Encruzilhada do Sul-RG em que o predomínio de casados foi maior entre os homens (70%) e condizente relacionado à viuvez entre as mulheres (80%)⁽⁹⁾. Esta divergência pode estar relacionada às especificidades da população do referido estudo, idosos octogenários⁽⁹⁾.

O nível de estudo apresentou proporção divergente à investigação conduzida em uma comunidade rural do Rio Grande do Sul que encontrou maior escolaridade entre as idosas (47,4%), sugerindo que o trabalho físico rural contribui para desestimular o estudo entre os homens⁽¹⁶⁾.

A prevalência da renda mensal de um salário mínimo obtida nesta pesquisa foi divergente ao encontrado na zona rural em Nova Roma do Sul-RS, na qual a maior proporção dos idosos (94,1%) recebia acima de um salário mínimo, por conta da aposentadoria e da continuação do trabalho⁽¹⁶⁾. Ressalta-se que a maior renda entre os homens pode ter relação com o trabalho devido a carência de recursos provenientes de aposentadoria e por fatores culturais. Por tradição, no campo, interromper suas atividades pode significar o prenúncio da decadência física⁽⁹⁾.

No que tange à saúde, os dados corroboram parcialmente os resultados encontrados entre os idosos da comunidade

rural do município de Nova Roma do Sul-RS, evidenciando que as mulheres tendem a apresentar pior autopercepção de saúde⁽¹⁶⁾.

Os resultados encontrados em relação à saúde comparada há 12 meses corroboram outra pesquisa realizada entre os idosos rurais de Encruzilhada do Sul-RS, na qual a proporção de mulheres que referiram piora foi superior aos homens, porém sem diferença significativa ($p=0,178$)⁽⁹⁾. O mesmo se observou para a saúde comparada com a de outras pessoas da mesma idade em que a proporção de mulheres que referiram saúde ruim foi superior aos demais, porém sem diferença significativa ($p=0,178$)⁽⁹⁾.

A preponderância do uso regular de remédios com receita médica entre os idosos de ambos os sexos é semelhante ao encontrado em estudo com idosos residentes (72,3%) em áreas urbanas e rurais de município de Carlos Barbosa-RS⁽⁸⁾. Destaca-se que nesse estudo a proporção de mulheres que fazia uso regular de medicação também foi superior⁽⁸⁾. Este dado pode justificar a pior autopercepção encontrada no presente estudo, evidenciando que as mulheres necessitam proporcionalmente de mais medicação decorrente, possivelmente, dos seus agravos em saúde.

Referente ao tabagismo, estudo realizado com idosos na zona rural em Encruzilhada do Sul-RS, assim como nesta pesquisa, evidenciou que os homens idosos

fumam ($p<0,001$) e ingerem mais álcool ($p<0,001$) do que as mulheres⁽⁹⁾. Este fato pode estar relacionado com a maior prevalência de comportamentos de risco para a saúde na população masculina, assim como uma forma de aliviar o estresse e o cansaço ocasionado pelas suas atividades laborais, que continuam a ser realizadas mesmo em idades avançadas. Considerando os prejuízos que o tabagismo e alcoolismo causam ao organismo, é necessário que os serviços de saúde desenvolvam ações que incentivem a sua cessação, principalmente direcionada ao sexo masculino.

Quanto às morbidades, investigação realizada na comunidade rural do município de Nova Roma do Sul-RS também encontrou maior proporção de artrite/artrose entre as idosas (68,4%)⁽¹⁶⁾. Desta forma, faz-se necessário o reconhecimento precoce da doença para que seja estabelecido o acompanhamento pela equipe de saúde.

Concernente à osteoporose, os dados encontrados entre idosos da zona urbana de Ribeirão Preto-SP estão em consonância com tais resultados, no qual a presença desta doença foi superior entre as mulheres (47%)⁽⁷⁾. O sexo feminino é considerado um fator de risco para esta morbidade devido ao ritmo de aceleração de perdas ósseas associada aos distúrbios hormonais do período pós-menopausa⁽¹⁷⁾. Assim, principalmente as idosas devem ser orientadas, visando à detecção, tratamento

precoce e a prevenção de fraturas⁽¹⁷⁾ e outros danos à saúde.

A hipertensão arterial também apresentou proporção superior entre as mulheres idosas (68,4%) em relação aos homens (33,3%) na comunidade rural do município de Nova Roma do Sul-RS⁽¹⁶⁾. Em relação aos problemas de circulação, resultado semelhante foi obtido em estudo com idosos na zona urbana de Ribeirão Preto-SP, o qual evidenciou que a má circulação prevaleceu entre as mulheres (35,3%)⁽⁷⁾. Em relação aos problemas cardíacos, proporção superior à desta investigação foi encontrada entre as mulheres idosas (41,6%)⁽⁷⁾.

O predomínio de diabetes mellitus entre as mulheres também foi verificado em um estudo realizado entre idosos da zona urbana de Ribeirão Preto-SP (44,4%)⁽⁷⁾. É importante que a ESF que atende a zona rural realize o diagnóstico da doença e estabeleça a terapêutica e o acompanhamento destes idosos, visando controlar e postergar o aparecimento de complicações e comorbidades.

Quanto à obesidade, resultado semelhante foi encontrado em pesquisa com idosos urbanos e rurais no Rio Grande do Sul, evidenciando proporção superior entre as mulheres idosas ($p < 0,001$)⁽⁶⁾. Esta morbidade é considerada fator predisponente para o desenvolvimento de outras doenças e a sua menor frequência no

sexo masculino pode estar relacionada à maior prática de atividade física ligada a atividades laborais e aos deslocamentos percorridos e a fatores hormonais relacionados ao sexo feminino⁽⁶⁾.

Ademais, a possível dificuldade de transporte, acesso restrito aos locais em que possam praticar atividade física e carência de profissionais capacitados para orientá-los pode contribuir para desestimular esta prática, favorecendo a presença de obesidade. Este fato demonstra a necessidade de intervenções que considerem as especificidades territoriais, culturais e sociais do referido grupo e incentive a atividade física além dos cuidados domésticos e o trabalho.

Ressalta-se ainda que a prevalência de problemas cardiovasculares entre as idosas do estudo em questão pode estar associada ao excesso de peso. Este fato sugere a necessidade da ESF verificar o estado nutricional através do índice de massa corporal, principalmente entre as idosas, a fim de detectar aquelas que apresentam risco elevado para doenças cardiovasculares⁽⁶⁾.

A presença de incontinência urinária também foi predominante no sexo feminino em Ribeirão Preto-SP (42,8%)⁽⁷⁾. Este dado evidencia que os profissionais de saúde devem desenvolver estratégias de detecção precoce a fim de prevenir a incontinência urinária por meio da educação em saúde de

forma contínua, contribuindo para a redução dos agravos.

A maior proporção de idosas que relataram ter prisão de ventre pode estar relacionada às alterações hormonais próprias do sexo feminino, que apresenta o tempo de trânsito intestinal mais prolongado⁽¹⁸⁾. Neste caso, deve ser estimulado o cultivo de hortas e pomares, a fim de incentivar e facilitar o consumo destes alimentos, visando contribuir para a melhoria do funcionamento do intestino.

O predomínio de problemas para dormir entre as mulheres também foi verificado em pesquisa realizada com idosos da cidade de Ribeirão Preto-SP⁽⁷⁾. Este fato pode estar associado ao número de morbidades referidas pelas idosas, impactando negativamente o sono, além do costume de dormir e acordar cedo no ambiente rural.

O glaucoma e os problemas de visão podem estar relacionados à maior ocorrência de diabetes mellitus e hipertensão arterial entre as mulheres idosas deste estudo, considerando que estas morbidades constituem-se fator de risco para o seu desenvolvimento⁽¹⁹⁾.

Referente aos problemas de coluna, estudo em Ribeirão Preto-SP obteve resultados superiores, sendo esta uma das morbidades predominantes no sexo feminino (47,4%)⁽⁷⁾.

As sequelas podem estar relacionadas à maior proporção de acidentes no sexo masculino independente de sua relação com o envelhecimento. De acordo com os dados do anuário estatístico da previdência social, no ano de 2011 a quantidade de aposentadorias por invalidez rurais acidentárias concedidas aos homens (73,6%) foi superior às mulheres (26,4%)⁽²⁰⁾. Estes dados evidenciam a necessidade de atividades preventivas, principalmente em idades mais jovens, visando minimizar os riscos e os prejuízos ocupacionais resultantes das atividades realizadas no ambiente rural.

Em relação ao número de comorbidades, resultado condizente foi encontrado em estudo entre idosos da comunidade rural do município de Nova Roma do Sul⁽¹⁶⁾. Este dado pode ter relação com o fato de que embora entre os idosos as mulheres vivam mais anos do que os homens, as mesmas também vivenciam maior incidência de doenças crônicas nesse período da vida, requerendo assim maior atenção⁽⁷⁾. Soma-se o fato das mulheres buscarem mais assistência à saúde do que os homens, o que facilita o diagnóstico e o tratamento precoce das doenças. Tal achado é relevante para a ESF que poderá acompanhar e monitorar as condições de saúde da população idosa rural, com destaque para as mulheres, por meio de consultas periódicas em pontos estratégicos

na comunidade e de visitas domiciliares pela equipe de saúde.

No que se refere à QV, no envelhecimento esta pode ser afetada pelo estado de saúde, condições socioeconômicas e fatores do meio onde os idosos vivem⁽³⁾. Desta forma, o equilíbrio entre estes aspectos se torna essencial para garantir uma boa QV nesse período.

Os resultados relacionados à satisfação com a sua saúde foram semelhantes ao obtido em inquérito com idosos da zona urbana de Erechim-RS, que apresentaram avaliação positiva da QV independente do sexo⁽³⁾.

A maior pontuação no domínio das relações sociais no WHOQOL-BREF pode estar relacionada à existência de uma maior identidade entre as pessoas na zona rural, favorecendo a manutenção de laços afetivos, o maior contato e rede de vizinhança, reforçando a interação social, aspectos estes avaliados neste domínio^(2,14). No entanto, o menor escore no domínio meio ambiente é divergente do estudo realizado com idosos de uma comunidade rural da Turquia⁽¹⁰⁾. Este fato pode estar relacionado às divergências culturais indicando que no presente estudo os idosos possam estar vivenciando maiores dificuldades de locomoção e segurança. Os profissionais de saúde devem estar atentos a esta situação. Considerando que este domínio avalia, entre outros fatores, cuidados à saúde e sociais⁽¹⁴⁾

é necessário organizar a oferta de serviços de saúde à população idosa rural a fim de atender suas especificidades territoriais.

O menor escore no domínio físico entre as mulheres é semelhante ao encontrado em investigação entre idosos de uma comunidade rural da Turquia ($p < 0,0001$)⁽¹⁰⁾. Este domínio pode estar mais impactado entre as idosas pelo maior número de morbidades e uso de medicação.

Resultado condizente também foi obtido no domínio psicológico, em que a média de escore foi superior para os homens idosos ($p < 0,0001$)⁽¹⁰⁾. Este fato pode estar relacionado à maior proporção de viúvos entre as mulheres, podendo contribuir para o advento de sentimentos negativos em relação ao processo de envelhecimento e por permanecerem mais tempo em casa, podendo se sentir sozinhas⁽³⁾.

No que refere às relações sociais, resultado concordante foi obtido em estudo realizado entre idosos de uma comunidade rural da Turquia, em que os homens apresentaram escores superiores ao das mulheres ($p < 0,64$), porém sem diferença significativa⁽¹⁰⁾. A presença de escore significativamente inferior pelas idosas neste domínio, no presente estudo, pode estar relacionado à pouca oportunidade que as mesmas possuem de se relacionar com outras pessoas devido ao tempo dedicado aos cuidados domésticos, pela dificuldade

de transporte e acesso restrito aos serviços sociais, como grupo de convivência.

Quanto ao meio ambiente, os homens obtiveram maiores escores do que as mulheres ($p < 0,0001$) em uma comunidade rural da Turquia⁽¹⁰⁾, resultado que concorda com este estudo. Este fato pode estar relacionado à menor renda entre as idosas, além do maior número de morbidades, considerando que este domínio avalia, dentre outros fatores, recursos financeiros e cuidados de saúde e sociais⁽¹⁴⁾.

Em relação às facetas do WHOQOL-OLD os resultados encontrados nesta pesquisa foram semelhantes para os homens idosos em Erechim-RS, que obtiveram maiores escores para morte e morrer (72,7) e divergente para as mulheres, que apresentaram maior média na participação social (72,2)⁽³⁾. Os menores escores encontrados foram divergentes, sendo que o sexo masculino obteve menor escore na autonomia (64,8) e o feminino, morte e morrer (66,2)⁽³⁾.

Na faceta funcionamento dos sentidos os resultados corroboram com pesquisa realizada com idosos da zona urbana de Foz do Iguaçu-PR, na qual o escore obtido pelo sexo feminino (75,5) foi inferior ao sexo masculino (81,9), embora sem diferenças significativas ($p = 0,296$)⁽¹¹⁾. Esta informação indica que as idosas estão apresentando maior impacto das perdas sensoriais do que os homens, sendo assim, relevante que os

serviços de saúde sejam capazes de identificar se estas alterações são oriundas do processo fisiológico do envelhecimento ou se estão relacionadas às morbidades.

Na autonomia o escore obtido pelo sexo feminino (64,3) também foi inferior ao sexo masculino (74,5) em Foz do Iguaçu-PR, porém sem diferença significativa ($p = 0,159$)⁽¹¹⁾. Este fato pode estar relacionado a aspectos culturais em que o homem era o responsável por tomar as decisões, comprometendo a liberdade das mulheres gerenciarem a sua própria vida⁴.

Nas atividades passadas, presentes e futuras os resultados obtidos no estudo da cidade de Erechim-RS foram divergentes desta investigação, sendo o escore obtido pelos idosos do sexo masculino (66,7) inferior ao feminino (69,5) ($p = 0,035$)⁽³⁾. Este achado pode ser reflexo da maior participação das mulheres do estudo em grupos de convivência, em outras atividades sociais e de lazer⁽³⁾. Neste estudo, o maior escore entre os homens nesta faceta pode estar relacionado à maior renda entre eles e ao menor número de morbidades, considerando que este domínio abrange a satisfação com realizações na vida e com objetivos a serem alcançados⁽¹⁵⁾.

Em relação à participação social o resultado foi condizente com o estudo urbano realizado na cidade de Foz do Iguaçu-PR, em que as mulheres idosas obtiveram escores inferiores (71,4) aos

homens. Contudo, não houve diferença significativa ($p=0,092$)⁽¹¹⁾. A menor oportunidade de participação entre as idosas pode estar relacionada ao acúmulo de funções e a menor autonomia, resultado evidenciado no presente estudo. Os serviços de saúde podem contribuir nestes aspectos por meio de ações que incentivem a ampliação de atividades na comunidade, em locais estratégicos que facilitem o deslocamento e sejam agradáveis ao idoso e que possibilitem a reflexão sobre a necessidade de respeito às suas decisões.

Concernente à faceta morte e morrer o resultado foi semelhante ao encontrado entre os idosos em Foz o Iguaçu-PR, sendo que as mulheres idosas apresentaram escores inferiores (81,6) aos homens (90,4), sem diferença significativa ($p=0,098$)⁽¹¹⁾. Este fato pode estar relacionado, embora não investigado, à maior proporção de morbidades e pior autopercepção de saúde entre as mulheres deste estudo. Infere-se que estes aspectos podem estar contribuindo para impactar negativamente a reflexão acerca desta temática.

CONCLUSÃO

Os dados obtidos pelo estudo sugerem que o sexo feminino apresenta pior autopercepção de saúde, mais morbidades e maior uso de medicação. Deste modo, é mister repensar estratégias a fim de contribuir para melhoria da sua saúde na

zona rural. O uso de fumo e álcool entre os homens indica a necessidade de ações direcionadas à melhoria dos hábitos relacionados à sua saúde.

Os menores escores de QV entre as mulheres evidenciam a necessidade de identificar quais fatores têm contribuído para estes resultados. Os profissionais de saúde podem contribuir a estes aspectos por meio de ações direcionadas ao monitoramento e acompanhamento das condições de saúde e QV, bem como estímulo de hábitos de vida saudáveis. Pode-se junto à comunidade, buscar apoio à realização destas atividades.

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

REFERÊNCIAS

1. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Síntese de indicadores sociais uma análise das condições de vida da população brasileira. Rio de Janeiro; 2012. [Acesso em 13 Abr 2013]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/indicadoresminimos/sinteseindicsoais2012/default.shtm>.
2. Martins CR, Albuquerque FJB, Gouveia CNN.; Rodrigues, CFF.; Neves, MTS. Avaliação da qualidade de vida subjetiva dos idosos: uma comparação entre os residentes em cidades rurais e urbanas. Estudo Interdisciplinar do envelhecimento. 2007; 11(1): 135-154.
3. Celich KLS, Goldim JR. Qualidade de vida dos idosos participantes de grupos da

- terceira idade. Nursing (São Paulo); 2010; 147 (2), p. 400-405, 2010.
4. Celich SLK, Creutzberg M, Goldim JR, Gomes I. Envelhecimento com qualidade de vida: a percepção de idosos participantes de grupos de terceira idade. *Revista Mineira de Enfermagem*. 2010; 14 (2): p.226-232.
 5. The 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. Scherer F, Viera JLC. Estado nutricional e sua associação com risco cardiovascular e síndrome metabólica em idosos. *Revista Nutricional de Campinas*. 2010; 23 (3): p.347-355.
 7. Rodrigues RAP, Pedrazzi EC, Schiaveto FV. Morbidade referida e capacidade funcional de idoso. *Ciência, Cuidado e Saúde*. 2007; 6 (4): p. 407-413.
 8. Dal Pizzol TS, Pons ES, Hugo FN, Bozzetti MC, Sousa MLR, Hilgert JB. Uso de medicamentos entre idosos residentes em áreas urbanas e rurais de município no Sul do Brasil: um estudo de base populacional. *Caderno de Saúde Pública*. 2012; 28 (1): 104-114.
 9. Morais EP, Rodrigues RAP, Gerhardt TE. Os idosos mais velhos no meio rural: realidade de vida e saúde de uma população do interior gaúcho. *Texto Contexto Enfermagem*. 2008; 17 (2): 374-83.
 10. Arslantas D, Unsal A, Metintas S, Arslantas A. Life quality and daily life activities of elderly people in rural areas, Eskisehir (Turkey). *Arch Gerontol Geriatr*. 2009; 48(2):157-61.
 11. Faller JW, Melo WA, Versa GLGS, Maarlon SS. Qualidade de Vida de Idosos cadastrados na Estratégia Saúde da Família de Foz do Iguaçu-PR. *Escola Anna Nery, Rio de Janeiro*. 2010; 14 (4): 803-810.
 12. Bertolucci PHF, Brucki SMD, Campacci S, Juliano Y. O mini-exame do estado mental em uma população geral: impacto da escolaridade. *Arquivo de Neuropsiquiatria*. 1994; 52 (1): 1-7.
 13. 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. London, England, Theses (Doctor) London School of Hygiene and Tropical Medicine. London, 1987. 327p.
 14. Fleck MPA, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida “WHOQOL-bref”. *Revista de Saúde Pública*. 2000; 34 (2): 178-83.
 15. Fleck MPA, Chachamovich E, Trentini C. Development and validation of the Portuguese version of the WHOQOL-OLD module. *Revista de Saúde Pública*. 2006; 40 (5): 785-91.
 16. Rigo II, Paskulin LMG, Morais EP. Capacidade funcional de idosos de uma comunidade rural do Rio Grande do Sul. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 2010. 31 (2): 254-262.
 17. Yazbek MA, Marques Neto JF. Osteoporose e outras doenças metabólicas no idoso. *Einstein*. 2008; 6 (1): 74-78.
 18. Collete VL, Araujo CL, Madruga SW. Prevalência e fatores associados à constipação intestinal: um estudo de base populacional em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil, 2007. *Caderno de Saúde Pública*. 2010; 26 (7): 1391-1402.
 19. Pinto LC, Ricardo ED, Leitão CB, Kramer, CK, Zanatta C M, Gross JL. Controle inadequado da pressão arterial em pacientes com diabetes mellitus tipo 2. *Arquivo Brasileiro de Cardiologia*; 2010. 94(5): 651-655.
 20. Anuário Estatístico da Previdência Social/Ministério da Previdência Social, Empresa de Tecnologia e Informações da Previdência Social – Ano 1 (1988/1992) – Brasília: MPS/DATAPREV, 2011.

Artigo recebido em 05/05/2013

Aprovado para publicação em 11/06/2013.