

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

FRANCINE MELO DA COSTA

**OPINIÃO DOS IDOSOS *MAIS VELHOS* DO MEIO RURAL SOBRE
QUALIDADE DE VIDA**

Porto Alegre

2010

FRANCINE MELO DA COSTA

**OPINIÃO DOS IDOSOS *MAIS VELHOS* DO MEIO RURAL SOBRE QUALIDADE
DE VIDA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial à obtenção do título de Enfermeiro.

Orientadora: Prof^a Dr.^a Eliane Pinheiro de Moraes

**Porto Alegre
2010**

Dedico este trabalho à minha avó Mabília. Meu exemplo de idoso mais velho, que supera as dificuldades e vive com alegria.

AGRADECIMENTOS

Agradeço aos idosos participantes desta pesquisa, pois apesar de não tê-los conhecido, tornaram este estudo possível.

Agradeço aos professores e estudantes do Núcleo de Estudos em Educação e Saúde na Família e Comunidade (NEESFAC) pelas oportunidades de aprendizado e crescimento acadêmico. À professora Eliane Pinheiro de Moraes, por ter apostado em mim como sua aluna, pelos ensinamentos e momentos de dedicação à orientação deste estudo. À professora Lisiane Manganeli Girardi Paskulin, por ter iniciado minha trajetória acadêmica em pesquisa e pelos inúmeros ensinamentos que me proporcionou. À Daiany Borghetti Valer, pela parceria em pesquisas na iniciação científica e pelos aprendizados.

À Ceres Oliveira, não só pela análise estatística deste trabalho, mas também pelos ensinamentos em estatística e horas de conversa.

Aos meus pais, pelo sempre incentivo a uma educação de qualidade, pelo apoio incondicional às minhas atividades, e o imenso orgulho que sentem pelas minhas conquistas. Aos meus irmãos, por serem meus companheiros me apoiarem e vibrarem com minhas realizações. Ao meu namorado, por me apoiar nesta fase de conclusão de curso sendo amigo, companheiro e aprendendo, inclusive, a trabalhar com o *software* SPSS.

RESUMO

Esta pesquisa foi realizada com base em uma investigação sobre as condições de vida, saúde e apoio dos idosos *mais velhos* de Encruzilhada do Sul (RS). Os objetivos foram conhecer e analisar a opinião dos idosos *mais velhos* que vivem na área rural deste município sobre qualidade de vida (QV), bem como caracterizar as condições socioeconômicas, demográficas e de saúde, e relacioná-las com as opiniões sobre QV. Trata-se de um estudo exploratório, descritivo, de abordagem quali-quantitativa. Foram utilizados os dados do banco do estudo de base, onde os idosos preencheram um instrumento multidimensional, e responderam a uma pergunta aberta: “o que significa QV para você?”. Foram utilizados para análise dos dados os *softwares* QSR NVivo 2.0 e SPSS 17.0. Este estudo foi aprovado pela Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da UFRGS. Os resultados mostraram que a maioria dos idosos opinou que QV era ter saúde. Em seguida, as categorias mais representativas foram: bem-estar, sentimentos positivos e ter dinheiro. Dos 95 idosos participantes, a maioria eram mulheres (63,2%), a faixa etária predominante foi de 80-84 anos, quanto ao estado civil predominaram os viúvos (60%), sendo que houve associação significativa entre os idosos casados que opinaram sentimentos positivos como QV ($p=0,008$), confirmando esta associação, também houve significância ($p=0,002$), entre os idosos que moravam com o cônjuge e esta mesma opinião. Predominou a auto-avaliação de saúde regular, mas dentre aqueles que se avaliaram com ótima saúde houve associação ($p=0,049$) com a opinião ter dinheiro. Os problemas de saúde mais prevalentes foram os cardiovasculares e os músculo - esqueléticos, e os idosos que não referiram estes problemas se associaram significativamente ($p=0,038$) com a opinião bem-estar. A maioria dos idosos não referiu dificuldade nas atividades diárias (85,3%), entretanto aqueles que referiram se associaram ($p=0,046$) com a opinião sentimentos positivos. Este estudo contribui para dar maior visibilidade a uma parcela da população que possui muitas particularidades, pois constituem um grupo naturalmente fragilizado pela idade avançada e pelo meio que vivem. A obtenção de dados de caracterização da qualidade de vida destes idosos, do ponto de vista dos próprios, é fundamental para elaborar políticas que atendam suas singularidades.

Descritores: População Rural; Idoso de 80 Anos ou mais; Qualidade de Vida.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Tabela 1 -	Caracterização socioeconômica e demográfica dos idosos <i>mais velhos</i> de Encruzilhada do Sul, RS, 2007.	21
Tabela 2 -	Condições de saúde e hábitos de vida dos idosos <i>mais velhos</i> de Encruzilhada do Sul, RS, 2007.	23
Tabela 3 -	Dificuldade nas Atividades Básicas da vida diária (ABVD) dos idosos <i>mais velhos</i> de Encruzilhada do Sul, RS, 2007.	25
Tabela 4 -	Serviços de saúde utilizados pelos idosos <i>mais velhos</i> de Encruzilhada do Sul, RS, 2007.	27
Gráfico 1 -	Opiniões sobre qualidade de vida dos idosos <i>mais velhos</i> de Encruzilhada do Sul, RS, 2007.	28
Tabela 5 -	Distribuição da frequência das variáveis segundo a opinião “Saúde” sobre qualidade de vida dos idosos <i>mais velhos</i> de Encruzilhada do Sul, RS, 2007.	35
Tabela 6 -	Distribuição da frequência das variáveis segundo a opinião “Bem-Estar” sobre qualidade de vida dos idosos <i>mais velhos</i> de Encruzilhada do Sul, RS, 2007.	37
Tabela 7 -	Distribuição da frequência das variáveis segundo a opinião “Sentimentos Positivos” sobre qualidade de vida dos idosos <i>mais velhos</i> de Encruzilhada do Sul, RS, 2007.	39
Tabela 8 -	Distribuição da frequência das variáveis segundo a opinião “Dinheiro” sobre qualidade de vida dos idosos <i>mais velhos</i> de Encruzilhada do Sul, RS, 2007.	42

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	7
2	OBJETIVOS	10
2.1	Geral	10
2.2	Específicos	10
3	CONTEXTUALIZAÇÃO TEÓRICA	11
4	METODOLOGIA	15
4.1	Tipo de estudo	15
4.2	Campo de estudo	15
4.3	População e amostra	16
4.4	Coleta dos dados	16
4.5	Análise dos dados	17
4.6	Aspectos éticos	18
5	ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	19
5.1	Caracterização dos idosos <i>mais velhos</i>	19
5.2	Opiniões sobre qualidade de vida dos idosos <i>mais velhos</i>	27
5.3	Associação das variáveis de interesse com as opiniões sobre qualidade de vida	34
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	44
	REFERÊNCIAS	47
	ANEXO A - Parte do Instrumento de Coleta de Dados do Estudo de Base: “Envelhecimento no meio rural: condições de vida, saúde e apoio dos idosos <i>mais velhos</i> de Encruzilhada do Sul – RS”	52
	ANEXO B - Carta de aprovação do Comitê de Ética da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da USP para o estudo de base	54
	ANEXO C - Autorização da Prefeitura do Município de Encruzilhada do Sul - RS para realização do estudo de base	55
	ANEXO D - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido do estudo de base	56
	ANEXO E - Carta de Aprovação da Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da UFRGS	57

1 INTRODUÇÃO

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (2005) o número de pessoas com 80 anos ou mais, também chamados de idosos *mais velhos* (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2005) chega a 69 milhões, sendo o segmento da população que mais cresce atualmente. Estudos salientam que o número de pessoas com mais de 85 anos está crescendo e tende a crescer nos próximos anos mais do que quando comparado com o crescimento da população de 65 anos (FRIES *et al*, 2000; ORB, 2004; MARÍN LARRAIN *et al.*, 2004; AHN E KIM, 2004).

A realidade demográfica do envelhecimento brasileiro acompanha este crescimento, verificado nos estudos, quando afirmam que a população mais idosa também está se elevando a nível nacional, o que altera a composição etária dentro do próprio grupo, ou seja, a população de idosos também está mais envelhecida (CARVALHO E GARCIA, 2003; CAMARANO *et al.*, 2005).

A população brasileira, no período de 1997 a 2007, apresentou um crescimento relativo de 21,6%. Entre a população com 60 anos ou mais de idade o incremento foi bem mais acelerado: 47,8%. O segmento populacional de 80 anos ou mais de idade possui um valor ainda superior, 86,1%. Este crescimento se deve, principalmente, ao adiamento da mortalidade em função dos avanços da medicina e dos meios de comunicação (IBGE, 2008).

Embora os octogenários, nonagenários e centenários sejam atualmente um grupo ainda reduzido, estão em expansão acelerada, aumentando assim sua importância e delineando um desafio de saúde pública. Dentro deste contexto, outras investigações (TREVIÑO; PELCASTRE; MÁRQUEZ, 2006; ZANG, 2006, MORAIS, 2007) ressaltam a necessidade de mais estudos que tenham essa população como alvo.

Em relação à distribuição urbano-rural da população de idosos brasileira, de acordo com a Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2002) a mesma está inserida no mesmo processo de urbanização crescente que apresenta o Brasil, em que a proporção de idosos nas áreas rurais passou de 23,3%, em 1991, para 18,6%, em 2000. Atualmente as taxas de urbanização da população idosa acompanham as da população total, 83% vivia nas cidades, em 2007 (IBGE, 2008).

No entanto, a OMS (2005, p. 27) afirma que “deve-se dar uma atenção especial aos idosos que moram em áreas rurais, onde os tipos de doenças podem ser diferentes em função das condições do ambiente e da falta de ajuda disponível”. Além disso, esses são cerca de

60% no mundo todo. Acrescenta-se que a preocupação com o envelhecimento rural está em ascensão, pois o envelhecimento populacional e todas as suas consequências nas comunidades urbanas e rurais, como já foi visto anteriormente, pode ser considerado um dos maiores desafios da atualidade (WOORTMANN; WOORTMANN, 1999; HECK; LANGDON, 2002).

Analisando esse cenário é importante salientar que a vida da população rural é acrescida de dificuldades que no meio urbano não são observadas. Para Rogers (2000), as pesquisas já realizadas sugerem temas principais da diferença entre urbano e rural, como: os idosos rurais apresentam diferentes características socioeconômicas e de concentração geográfica; eles aparentemente são mais pobres que os urbanos; existe disparidade significativa em relação aos serviços de saúde, pois nas áreas rurais os serviços são reduzidos, com poucas alternativas disponíveis e são menos acessíveis. Gómez Montes e Curcio Borrero (2004) reforçam esses aspectos ao afirmarem que o fato de os idosos residirem em áreas rurais faz com que suas vulnerabilidades sejam naturalmente acentuadas.

Frente o crescente envelhecimento populacional e a existência de idosos cada vez mais envelhecidos e, considerando as diferenças entre os meios urbano e rural, questiona-se como é a qualidade de vida desses idosos *mais velhos* que vivem no meio rural, enfrentando essas dificuldades que a população urbana não tem.

A QV é interpretada de diferentes formas e utilizada em várias disciplinas. É exatamente o seu uso multidisciplinar um dos principais fatores que determinam a falta de consenso para conceituá-la (FARQUHAR, 1995). Apesar das diferentes conceituações para o termo, existe concordância entre grande parte dos autores de que, para avaliar QV, é necessária a utilização de uma abordagem multidimensional (FERRANS, 1996) e a utilização de parâmetros objetivos e subjetivos (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000). Além dessas questões, outro aspecto que parece ser consenso na literatura é que a QV deve ser interpretada com base na percepção pessoal (FRY, 2000).

O grupo *World Health Organization Quality of Life Assessment* definiu QV como "a percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, no contexto da cultura e dos sistemas de valores nos quais ele vive, e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações" (THE WHOQOL GROUP, 1995, p. 1405). O conceito adotado pela Organização Mundial da Saúde, além de demonstrar a preocupação com o aspecto subjetivo da QV, relaciona aspectos individuais aos contextos cultural, social e ambiental em que as pessoas estão inseridas, conforme destacam Paskulin *et al* (2010). Este conceito será adotado no presente estudo.

Para estes autores há uma ausência de estudos na realidade nacional que forneçam subsídios para implementar ações e avaliações da atenção aos idosos. Por isso, é importante conhecer a opinião desses indivíduos sobre sua qualidade de vida a partir da realidade local em que estão inseridos, indo além de dados demográficos e de morbidade.

Na minha experiência como bolsista de iniciação científica tive oportunidade de trabalhar com os temas “envelhecimento” e “qualidade de vida”, assuntos que despertam-me grande interesse, além de ser uma área de conhecimento que tem emergido no cenário científico devido ao crescente processo de envelhecimento populacional mundial. Na minha atuação como acadêmica participei de um estudo que avaliou a percepção de qualidade de vida de idosos de um distrito sanitário do município de Porto Alegre.

Minha aproximação com a temática “população rural” se deu a partir do momento em que tive uma nova orientação nas minhas atividades de iniciação científica. Minha orientadora dedica seus estudos a explorar essa temática, mais especificamente tratando-se de pessoas idosas, para isso ela desenvolveu uma investigação intitulada “Envelhecimento no meio rural: condições de vida, saúde e apoio dos idosos *mais velhos* de Encruzilhada do Sul – RS” (MORAIS, 2007). Através desta nova vivência acadêmica, despertou o meu interesse por outra população que também sofre com o envelhecimento e parece não ser alvo de muitos estudos, os idosos rurais. Para tal, o presente estudo se propõe a analisar alguns dados coletados nesta investigação realizada no ano de 2007.

Unindo essas experiências pessoais, além das considerações a respeito do crescente número de idosos *mais velhos*, a existência dessa população na região rural que enfrenta dificuldades específicas desse meio, não observadas em regiões urbanas, somando-se a isso a aparente ausência de estudos que tratem especificamente desse grupo e de sua qualidade de vida, surge o interesse em conhecer as opiniões dos idosos *mais velhos* residentes no meio rural sobre qualidade de vida.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

Conhecer e analisar a opinião dos idosos *mais velhos* de uma área rural do Rio Grande do Sul sobre qualidade de vida.

2.2 Específicos

Os objetivos específicos do estudo foram:

- a) Caracterizar os sujeitos do estudo quanto aos dados socioeconômicos e demográficos, e os relativos à: apoio familiar; hábitos de vida; condições de saúde; capacidade funcional (atividades básicas da vida diária); auto-avaliação de saúde; e uso e acesso de serviços de saúde.
- b) Identificar e analisar as opiniões dos idosos sobre qualidade de vida.
- c) Relacionar as variáveis do estudo com as opiniões dos idosos sobre qualidade de vida.

3 CONTEXTUALIZAÇÃO TEÓRICA

O envelhecimento é, hoje, uma realidade nas sociedades desenvolvidas e em desenvolvimento, tornando-se temática relevante do ponto de vista científico e de políticas públicas, mobilizando discussões a respeito do desafio que a longevidade humana representa para as sociedades (MORAIS; RODRIGUES; GERHARDT, 2008).

Dentre os idosos, o subgrupo dos idosos *mais velhos*, é o que aumenta mais rapidamente, além de concentrar as maiores fragilidades do ponto de vista físico e social. Eles podem apresentar maiores problemas de saúde, diminuição das capacidades funcionais diárias e transtornos mentais, requerendo maior apoio familiar (MARÍN LARRAIN *et al.*, 1997).

Soma-se o fato de os idosos *mais velhos* serem mais vulneráveis para reverter problemas que contribuem com o aparecimento e agravamento das incapacidades, segundo Ahn e Kim (2004), além de dificilmente possuírem apenas uma doença crônica. Zang (2006) e Sun e Liu (2006), ressaltam as consequências do rápido crescimento dessa faixa etária, que pode significar grande quantidade de pessoas com deficiências cognitivas e funcionais, resultando numa sobrevida marcada por incapacidade e dependência.

Enfatiza-se que as considerações sobre a maior fragilidade dessa parcela da população são possivelmente acrescidas de maior preocupação quando considerado que esses idosos residam em locais que contribuem para o aumento dessa fragilidade, como por exemplo, os idosos que vivem em regiões rurais.

Como já descrito anteriormente, a vida da população rural é acrescida de dificuldades que no meio urbano não são observadas. Para se compreender essas dificuldades, se faz necessária a compreensão do meio rural, para que, como destaca Morais (2007), seja possível entender as questões dos idosos e de sua qualidade de vida, através do entendimento de suas relações com o meio em que vivem.

Para essa autora o envelhecimento rural tem recebido pouca atenção na literatura quanto à proporção de pessoas idosas que vivem em áreas rurais. Para Veiga (2003), o Brasil é menos urbano do que se calcula, segundo o autor é incoerente o grau de 81,2% de urbanização no Brasil em 2000, quando, na análise da configuração territorial brasileira, municípios com menos de 2 mil habitantes têm estatuto legal idêntico ao atribuído aos núcleos que formam as regiões metropolitanas.

De acordo com a Síntese dos Indicadores Sociais de 2008 (IBGE, 2008), os idosos nas seis regiões metropolitanas brasileiras somam 6,3 milhões de pessoas. Na região sul a

proporção de idosos nas áreas urbanas é ligeiramente inferior à das rurais, com 11% e 13,2%, respectivamente. No Brasil 1,4% dos idosos tem 80 ou mais, e no estado do Rio Grande do Sul 1,6% dos idosos tem 80 ou mais, sendo que dos idosos que residem na região urbana 1,3% possui 80 ou mais, e dos que residem na região rural, 1,4% possui 80 ou mais anos.

Apesar desses valores, o processo de urbanização está cada vez mais evidente nos pequenos municípios, como é o caso de Encruzilhada do Sul (RS). Analisando a população rural em relação à população total, foi constatado que em 1950 era de 89%, reduzindo-se para 78% em 1970, para 52% em 1991, e para 38% em 2000 (RIBAS, 2004).

Encruzilhada do Sul é um dos municípios mais antigos do RS, e teve sua história marcada por constantes mudanças nas condições socioeconômicas, com predominância de estrutura fundiária concentrada e produção voltada à pecuária extensiva de corte. Para Ribas e Miguel (2004) estes fatos sugerem a existência de grandes desigualdades sociais e políticas, principalmente no meio rural do município.

Logo, é possível afirmar, novamente, que o fato dos idosos residirem em áreas rurais torna-os “naturalmente” mais vulneráveis, principalmente tratando-se dos idosos *mais velhos*. Um estudo sobre os idosos de uma área rural colombiana, afirma esse fato ressaltando que existem algumas características comuns, tanto em países desenvolvidos quanto em desenvolvimento, dentre eles o Brasil, sobre o envelhecimento rural, que são as seguintes:

[...] a média de rendimento dos velhos da área rural é consistentemente menor que os urbanos; os da área rural tem maiores problemas de saúde e tendem a ser mais severos que os urbanos; os da área rural consomem maior quantidade de álcool; ao mesmo tempo que os problemas de saúde mental não são facilmente tratados; os serviços de atenção a saúde são escassos, inacessíveis e mais custosos que em área urbana; o transporte público é mais necessário, mas muito menos disponíveis do que na área urbana, tanto intra como inter regional (GÓMEZ MONTES; CURCIO BORRERO, 2004, p.153).

No Brasil, a Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2008), reforça esses aspectos ao mostrar que as disparidades são significativas quando se comparam os idosos urbanos e os rurais. Os percentuais de baixa instrução são de 55% nas áreas rurais contra 27,5% nas áreas urbanas. No entanto o Sul se destaca, sendo a única região onde as diferenças urbano/rural são menores, 20,5% e 25,5% respectivamente.

Outro aspecto a se salientar é o rendimento domiciliar *per capita*, que é um importante indicador para mensuração do nível de bem-estar. No Brasil, em 2007, os domicílios que poderiam ser considerados em situação de pobreza (rendimento médio mensal *per capita* inferior a ½ salário mínimo) representavam 12,6%. Na área rural, da Região Sul, os idosos nesta classe de rendimento são 7,1% contra 6,3% nas áreas urbanas. Estes resultados confirmam que as diferenças entre a renda monetária disponível nos setores rurais e urbanos são expressivas para a população idosa (IBGE, 2008).

Somando-se todas as considerações sobre o envelhecimento no meio rural questiona-se sobre a qualidade de vida da parcela idosa da população residindo nesse meio. A cidade de Encruzilhada do Sul - RS chegou ao ano 2000 com o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), referente à qualidade de vida, de 0,76 valor este que, segundo o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento de 2003, reflete o padrão de desenvolvimento médio, quando comparado com grande parte dos municípios gaúchos, que já apresentam valores considerados de elevado desenvolvimento (RIBAS, 2004). O IDH foi elaborado pela Organização das nações Unidas e engloba a avaliação de três atributos: renda, educação e saúde.

Paschoal (2000), em seu estudo sobre a elaboração de um instrumento para avaliação de qualidade de vida em idosos, relata que, historicamente, após a Segunda Guerra Mundial, a qualidade de vida se tornou um constructo importante, significando melhoria do padrão de vida. Ao longo dos anos, este conceito foi ampliado, englobando o estado de bem-estar relacionado aos aspectos de desenvolvimento sócio-econômico e humano, sendo posteriormente englobada a percepção das pessoas a respeito de suas vidas.

A QV na velhice para Neri (2000, p.38) depende não só de questões macroestruturais objetivas como educação e renda, mas também, de valores e atitudes. Para a autora, vários indicadores são apontados na literatura para avaliação da QV: “longevidade, saúde, satisfação, condições socioeconômicas, capacidade cognitiva, atividade, produtividade, continuidade de papéis familiares e ocupacionais, manutenção de rede de amizade”. Observa-se nas questões apontadas pela autora que o meio em que o idoso vive parece refletir de forma importante na sua QV.

Minayo, Hartz e Buss (2000), ressaltam essa afirmação, ao salientar que os parâmetros subjetivos que compõe o construto seriam o bem-estar, a felicidade e a realização pessoal, e os objetivos seriam os relacionados à satisfação das necessidades básicas criadas em uma estrutura social.

Além disso, outra questão que parece ser consenso na literatura, de acordo com Paskulin (2006), é que a avaliação subjetiva da QV, baseada na opinião pessoal do sujeito, tem maior acurácia na maioria das situações. Essa perspectiva subjetiva embasa o conceito proposto pela Organização Mundial da Saúde, que definiu QV tendo por base a opinião do indivíduo de sua posição na vida, como já citado anteriormente, sendo esse o conceito usado neste estudo.

A partir desse ponto, é possível concluir, como afirmam Gómez Montes e Curcio Borrero (2004, p. 34), que tanto no mundo desenvolvido quanto no em desenvolvimento, os idosos de áreas rurais “apresentam uma grande quantidade de necessidades e problemas que devem ser investigados e mais importante, solucionados”. Paskulin (2006, p.4) afirma em seu estudo sobre os fatores associados à QV de idosos de Porto Alegre, que:

[...] identificando fatores que são considerados importantes para as pessoas dessa faixa etária sobre sua QV, é possível promover a construção das relações entre o idoso e sua família, e a sociedade, numa perspectiva de respeito, autonomia e de satisfação em viver mais.

Além disso, proporciona aos profissionais de saúde, que atendem a população idosa, subsídios para elaborar condutas e políticas, alocar recursos e planejar serviços, visando sobrevida melhor (SOUZA *et al*, 2003).

No entanto, são poucos os estudos que se dedicam a explorar a QV dos idosos a partir do ponto de vista dos próprios. É possível encontrar no cenário científico investigações que avaliam a QV de vida de idosos *mais velhos* (INOUE; PEDRAZZANI; PAVARINI, 2008) e idosos residentes no meio rural (MARTINS *et al*, 2007), a partir de instrumentos quantitativos, porém, estudos com essa população que tenham por objetivo considerar a opinião dos indivíduos, não são facilmente encontrados.

Algumas investigações podem ser destacadas na literatura por considerar as opiniões ou percepções dessa população. Estudo que avaliou a QV e bem-estar de idosos portugueses com mais de 75 anos residentes nos meios urbano e rural, utilizou um instrumento que avalia a percepção dos idosos em relação às suas capacidades (SOUZA *et al*, 2003). Outra investigação, realizada no município de Porto Alegre, avaliou a percepção de idosos sobre o significado de QV (PASKULIN *et al*, 2010).

4 METODOLOGIA

O presente estudo foi realizado com base na investigação “Envelhecimento no meio rural: condições de vida, saúde e apoio dos idosos *mais velhos* de Encruzilhada do Sul – RS” (MORAIS, 2007), que se caracterizou por ser um estudo transversal que teve por objetivo descrever e analisar as condições de vida e saúde dos idosos com 80 anos ou mais residentes no meio rural do município de Encruzilhada do Sul, Rio Grande do Sul (Brasil).

4.1 Tipo de estudo

A presente investigação trata-se de um estudo exploratório, descritivo, de abordagem quali-quantitativa (POLIT; HUNGLER, 1995). Este delineamento se caracteriza por ser um estudo que se propôs a descrever, analisar e relacionar alguns dados selecionados do banco do estudo de base (MORAIS, 2007) com a opinião dos idosos sobre qualidade de vida. Optou-se por utilizar uma abordagem quali-quantitativa visando a integração de diferentes modos de análise para, como afirma Polit e Hungler (1995), reduzir as deficiências de um único método.

4.2 Campo de estudo

O estudo de base, de onde as informações foram retiradas, foi realizado na área rural do município de Encruzilhada do Sul que está localizado na Região Sudeste do Rio Grande do Sul, à 150 km de Porto Alegre, capital do Estado.

Encruzilhada do Sul possui sete subdistritos, delimitados pelo IBGE: ao norte e noroeste, Capitão Noronha; ao norte e nordeste, Cerro Partido, onde se encontra a Sede¹ (cidade); ao sul e sudeste, Coronel Prestes (ou Vau dos Prestes); ao sudeste, Maria Santa; a sudoeste, Pompeu Machado; na região central, Santa Bárbara.

¹ Sede do município é considerada a parte urbana onde se encontram a Prefeitura, hospitais, postos de saúde, bancos, etc.

Em 2007, o município contava com, 10 (dez) enfermeiros, 3 (três) pediatras, 2 (dois) obstetras, 1 (um) ginecologista, 1 (um) cirurgião, 6 (seis) clínicos, 1 (traumatologista), 5 (cinco) psicólogos, 2 (dois) nutricionistas e 3 (três) dentistas. As áreas rurais do município eram assistidas por uma equipe de saúde itinerante, que visitava as comunidades.

O município de Encruzilhada do Sul era a segunda região com maior proporção de idosos da Metade Sul do estado. O município possuía, na época da coleta de dados do estudo de base, 23.902 habitantes, sendo que 14.841 residiam na zona urbana e 9.061, na zona rural. O número total de idosos do município era de 3174, e no meio rural viviam 1454 idosos. Destes, 155 possuíam 80 anos ou mais de idade (AIRES; PASKULIN; MORAIS, 2010).

4.3 População e amostra

A população constituiu-se de 137 idosos (87 mulheres e 50 homens) com 80 anos ou mais que participaram do estudo de base. Os critérios de inclusão da investigação de base foram: morar na área rural; ter 80 anos ou mais de idade; aceitar participar da pesquisa; estar em microáreas (24) atendidas por agentes comunitários de saúde e estar cadastrado no Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Como critérios de exclusão foram considerados: não estar em casa após a terceira tentativa de visita, falecer nos meses da coleta dos dados, mudar-se de residência para a cidade. Para a presente investigação foi acrescentado como critério de inclusão ter respondido a pergunta “o que significa qualidade de vida para você?”.

Dos 137 idosos entrevistados, 42 não responderam à pergunta acima, sendo assim, a amostra do presente estudo foi de 95 idosos.

4.4 Coleta dos dados

Foram utilizados os dados do banco do estudo de base. Essa coleta ocorreu através de inquérito domiciliar, onde os sujeitos do estudo responderam a um instrumento multidimensional (ANEXO A) sobre variáveis sócio-demográficas e dados relativos à condições de moradia composição familiar; apoio familiar; apoio social; condições de saúde;

hábitos de vida; auto-avaliação de saúde; e uso e acesso de serviços de saúde. Este inquérito ocorreu entre março e maio de 2006, conduzido pelos Agentes Comunitários de Saúde que atuam no meio rural de Encruzilhada do Sul, previamente treinados pela pesquisadora responsável. Ao final do preenchimento do instrumento multidimensional, pelos agentes comunitários de saúde, os sujeitos, responderam a uma pergunta aberta: “o que significa qualidade de vida para você?” No caso dos idosos que não conseguiram escrever suas respostas, os entrevistadores registravam no instrumento as respostas dos mesmos, utilizando as mesmas palavras e expressões referidas pelos respondentes.

4.5 Análise dos dados

Os dados referentes à caracterização da amostra foram obtidos a partir do banco de dados do estudo de base e foram processados no programa SPSS 17.0. A análise foi realizada através de estatística descritiva (frequência absoluta e relativa para as variáveis categóricas, e médias e desvio padrão para as variáveis contínuas). Após, foi realizado teste qui-quadrado de Pearson, teste exato de Fisher ou teste qui-quadrado com correção de Yates, para relacionar as variáveis de caracterização da amostra com as opiniões dos idosos sobre QV, o nível de significância adotado foi de 5% ($p \leq 0,05$). Para as associações, optou-se por relacionar apenas as opiniões dos idosos sobre qualidade de vida que no mínimo 10 sujeitos tivessem referido, para obter maior poder estatístico, sendo elas: *saúde*; *bem-estar*; *sentimentos positivos* e *dinheiro*. As variáveis de caracterização dos idosos relacionadas foram: sexo; faixa etária; estado civil; aposentadoria; com quem mora; auto avaliação de saúde; problemas de saúde e dificuldade nas ABVD.

Os dados referentes às opiniões do idosos sobre QV foram processados através do *software Qualitative Solutions Research NVivo (QSR NVivo) 2.0*, que consiste em um programa voltado para auxiliar na análise qualitativa dos dados, e pode ser utilizado em pesquisas de diversas áreas e permite trabalhar com dados originários de diferentes instrumentos de coleta de dados (GUIZZO, KRZIMINSKI, OLIVEIRA, 2003). O NVivo tem como função principal a codificação de texto e armazenamento em categorias específicas, gerenciados por três instâncias: *documents* (local onde ficam armazenadas as entrevistas); *nodes* (espaço onde é guardada a codificação - categorização) e *attributes* (local onde ficam

guardadas as características dos sujeitos, por exemplo, sexo, idade, profissão). O programa permite ainda identificar a frequência das citações presentes em cada categoria. A análise qualitativa realizada com o auxílio deste programa se deu através da contagem de palavras e de frequências que possibilitaram a elaboração de categorias.

4.6 Aspectos éticos

O estudo de base foi aprovado pelo Comitê de Ética da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da USP sob processo número 0629/2005 (ANEXO B) e foi autorizado pelo Senhor Prefeito do Município de Encruzilhada do Sul/RS e o Secretário de Saúde (ANEXO C). Os indivíduos foram esclarecidos sobre os objetivos da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO D). O projeto atual foi submetido e aprovado pela Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da UFRGS (ANEXO E).

5 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste estudo, os resultados serão apresentados e discutidos na mesma seção, por opção da pesquisadora, na seguinte sequência: caracterização dos idosos (na sequência de cada seção, do instrumento multidimensional de coleta dos dados do estudo de base); opiniões sobre qualidade de vida dos idosos *mais velhos*; e associação das variáveis de interesse com as opiniões dos idosos sobre QV.

5.1 Caracterização dos idosos *mais velhos*

A Tabela 1 apresenta informações socioeconômicas e demográficas dos idosos de Encruzilhada do Sul (RS) que vivem na área rural do município. Dos 95 idosos incluídos no estudo, 63,2% eram mulheres e 36,8% homens. O número de mulheres predominando sobre os homens confirma a feminização do envelhecimento, encontrado em outros estudos realizados com idosos de 80 ou mais, nos quais a maioria era do sexo feminino (INOUYE; PEDRAZZANI; PAVARINI, 2008; PAIVA, 2001). Segundo Camarano, Kanso e Mello (2004) a proporção de mulheres é maior quanto mais idoso for o segmento estudado. Isto ocorre, pois este grupo possui maior expectativa de vida provavelmente por possuir hábitos diferentes dos homens, por exemplo: diferenças na exposição aos riscos ocupacionais; maiores taxas de mortalidade por causas externas entre os homens; diferenças no consumo de álcool e tabaco; diferenças de atitudes em relação à doença (FELICIANO, MORAES E FREITAS, 2004).

Além destes aspectos, Moraes (2007, pg.123) destaca que outro fator que influenciou no maior número de mulheres idosas *mais velhas* no campo foi a migração masculina, rural-urbana, “[...]ocorrida na fase produtiva da vida, sendo as razões para tal movimento encontradas nas dinâmicas socioeconômicas e culturais”.

Em relação à faixa etária, a idade mínima foi 80 anos e máxima de 95 anos, a maioria se encontrava no grupo etário de 80-84 anos (58,9%), este dado é semelhante ao encontrado em outros estudos sobre idosos com 80 anos ou mais, realizados a nível nacional (INOUYE; PEDRAZZANI; PAVARINI, 2008), e internacional (ORB, 2004). A média de idade dos idosos era de 83 anos (DP=3,8).

Quanto ao estado civil, mais da metade (60%) do total de idosos eram viúvos. Este achado corrobora com os resultados de outros estudos com idosos brasileiros de 80 anos ou mais que também verificaram alta prevalência de viúvos. Em São Paulo foi constatada a prevalência de viúvos de cerca de 45% (INOUE; PEDRAZZANI, 2007), e no meio rural do Rio Grande do Sul, 62% (MORAIS; RODRIGUES; GERHARDT, 2008). A maioria dos idosos (49,5%) morava com familiares, que não o cônjuge, e 29,5% moravam com esposo(a), e 10,5% dos idosos viviam sozinhos.

Quanto ao local de origem, 96,8% dos idosos nasceram na região rural, e apenas 3,2% nasceram na região urbana. A média de tempo de moradia dos idosos do estudo na região rural foi de 83 anos (DP=19). Salienta-se que a média de idade e de tempo de moradia nessa região foi igual – 83 anos. Isso mostra que estes idosos, na sua maioria, nasceram e viveram a totalidade de suas vidas no campo, o que confere ao processo de envelhecimento, de acordo com Moraes, Rodrigues e Gerhardt (2008, pg.377), “características peculiares e diferenciadas dos idosos do meio urbano que tenham nascido e vivido neste mesmo período”.

Com relação ao nível de instrução, os resultados obtidos mostram porcentagens próximas do número de idosos que sabiam ler e escrever e os que não sabiam, sendo 40 idosos (42,6%) que sabiam ler e escrever, 38 (40,4%) que não sabiam, e 16 (17,0%) só assinavam o nome. Verifica-se que mais da metade dos idosos do estudo não sabem ler/escrever ou só assinam o nome. A baixa escolaridade é um dado encontrado em outros estudos com idosos rurais (BERTUZZI, 2008). Outra questão importante como afirmam Gómez Montes e Curcio Borrero (2004), em sua pesquisa com idosos rurais colombianos, onde a escolaridade foi de 2,1 anos, os baixos níveis de alfabetização podem ser um fator de deterioração geral da saúde nas áreas rurais.

Quanto à religiosidade 95,8% dos idosos possuíam alguma religião, sendo que destes, a maioria, 75 idosos (82,4%) fazia devoção à religião católica. Segundo o Conselho Estadual do Idoso (RIO GRANDE DO SUL, 1997), os estudos sobre religião no Brasil apontam para um catolicismo hegemônico. A importância dada ao fato de ter fé pode estar ligada ao:

[...] convívio social, ao conforto emocional nas perdas e no fortalecimento frente às provações encontradas, ou seja, é possível dizer que *acreditar em algo* é também um fator de proteção para a qualidade de vida destes idosos (MORAIS, 2007, p. 127).

Quanto aos benefícios recebidos pelos idosos, 93,7%, eram aposentados. Estudos apontam os efeitos benéficos da aposentadoria para o idoso que vive no meio rural, como destacam Beltrão, Camarano e Mello (2005) dentre esses efeitos se incluem o impacto positivo na renda familiar, redução da pobreza, bem como mudanças nos arranjos familiares.

Segundo Missio e Portela (2003), a aposentadoria no caso rural não representa o fim do trabalho, mas sim um acréscimo da renda, que pode contribuir na melhora da qualidade de vida. No presente estudo este fato se evidencia, pois a maioria dos entrevistados (52,1%) continua trabalhando. Como aponta Bertuzzi (2008) normalmente os homens trabalham mais tempo na lavoura e as mulheres se dedicam mais aos afazeres domésticos. No meio rural, o sujeito costuma manter um nível de atividade semelhante ao longo da vida (SIQUEIRA; SILVA, 2002).

Quase metade dos idosos, 44,2%, possuía outra renda. Entre as mulheres, muitas idosas viúvas recebem a aposentadoria de seu esposo falecido. Estas recebem pensões deixadas por seus cônjuges e ficam com metade da terra que geralmente passa a ser cultivada pelos filhos (MORAIS; RODRIGUES; GERHARDT, 2008).

Tabela 1 - Caracterização socioeconômica e demográfica dos idosos *mais velhos* de Encruzilhada do Sul, RS, 2007. (n=95)

Características socioeconômicas e demográficas	n	%
Sexo		
Masculino	35	36,8
Feminino	60	63,2
Faixa etária		
80 – 84	56	58,9
85 – 89	27	28,4
≥ 90	12	12,6
Estado civil		
Solteiro	8	8,4
Casado	30	31,6
Viúvo	57	60,0
Com quem mora		
Sozinho	10	10,5
Esposo (a)	28	29,5
Familiares	47	49,5
Acompanhante	7	7,4
Outra pessoa	3	3,2
Local de nascimento		
Urbano	3	3,2
Rural	92	96,8
Sabe ler/escrever (n=94)		
Sim	40	42,6

Não	38	40,4
Só assina o nome	16	17,0
Religião		
Possui religião	91	95,8
Não possui religião	4	4,2
É aposentado		
Sim	89	93,7
Não	6	6,3
Outra renda		
Sim	42	44,2
Não	53	55,8
Trabalha atualmente (n=94)		
Sim	49	52,1
Não	45	47,9

Quanto aos hábitos de vida e condições de saúde da amostra estudada (Tabela 2), observa-se que mais da metade dos idosos, 53,7%, auto-avaliaram seu estado de saúde como regular; seguida de uma avaliação boa para 25,3%; ruim para 12,6%; ótima para 5,3%, e péssima para 3,2% dos idosos.

Os resultados deste estudo indicam que os idosos *mais velhos* de Encruzilhada do Sul (RS), de forma geral, avaliavam sua saúde positivamente, com predominância entre regular e boa. Esses dados assemelham-se aos encontrados no relatório da pesquisa sobre os idosos do Rio Grande do Sul (1997), em que as classificações boa e regular foram predominantes, embora, seja importante ressaltar, que este estudo é de origem urbana e com idosos de 60 anos ou mais. Contudo, na investigação de Bertuzzi (2008), realizada com idosos do meio rural de um município da região Nordeste do Rio Grande do Sul, também predominaram avaliações positivas de saúde.

Salienta-se que, apesar de a maioria dos idosos terem avaliado sua saúde positivamente, uma grande proporção relatou fazer uso sistemático de medicação convencional (83,2%), e ao questionar os danos à saúde, 44 idosos (46,3%) referiram ter algum problema de audição e 70 (73,7%) relataram problemas na visão e 33 idosos (34,7%) possuíam dificuldade na mastigação.

Os problemas de saúde mais prevalentes foram os cardiovasculares, como por exemplo, insuficiência cardíaca e hipertensão arterial; sendo estes problemas mencionados por 72,6% dos idosos. Seguidos dos problemas ósseos, musculares ou articulares mencionados por 65,3% dos idosos, como dores na coluna, reumatismo, artrite e artrose.

Outras morbidades referidas com menor frequência foram os problemas nas eliminações, como incontinência urinária, fecal e prisão de ventre, referidas por 29,5% dos respondentes; 33 idosos (34,7%) referiram problemas para dormir e 37 (39,4%) relataram problemas nos nervos.

Os dados acima mostram que apesar da prevalência de doenças crônicas, predominaram avaliações positivas de saúde, reforçando a idéia de que perceber-se doente está mais relacionado à incapacidade de gerir a própria vida e a falta de autonomia para decidir sobre ela, do que ser portador de condições crônicas e fazer uso de medicação (PASKULIN, 2006).

Além disso, como afirmam Denardin Budó, Gonzales e Beck (2003), somente o indivíduo é capaz de saber se tem saúde, e de estabelecer os limites entre o normal e o patológico, uma vez que é ele quem sofre e reconhece suas dificuldades para enfrentar as demandas que seu meio lhe impõe.

Tabela 2 - Condições de saúde e hábitos de vida dos idosos *mais velhos* de Encruzilhada do Sul, RS, 2007. (n=95)

Condições de Saúde e Hábitos de Vida	n	%
Auto avaliação da saúde		
Ótima	5	5,3
Boa	24	25,3
Regular	51	53,7
Ruim	12	12,6
Péssima	3	3,2
Utiliza medicação convencional		
Sim	79	83,2
Não	16	16,8
Pratica Atividade de Lazer		
Sim	74	77,9
Não	21	22,1
Uso de Cigarro		
Sim	11	11,6
Não	84	88,4
Consome álcool		
Sim	9	9,5
Não	86	90,5
Problemas de Audição		
Sim	44	46,3
Não	51	53,7
Problemas de Visão		
Sim	70	73,7
Não	25	26,3
Dificuldade na Mastigação		
Sim	33	34,7

Não	62	65,3
Problemas nas Eliminações		
Sim	28	29,5
Não	67	70,5
Problemas para dormir		
Sim	33	34,7
Não	62	65,3
Problemas dos Nervos (n=94)		
Sim	37	39,4
Não	57	60,6
Problemas cardiovasculares		
Sim	69	72,6
Não	26	27,4
Problemas ósseos, musculares e articulares		
Sim	62	65,3
Não	33	34,7

Na prática de atividade de lazer, 74 idosos referiram alguma atividade, e destes, 57 (77%) praticavam caminhadas como atividade de lazer. A caminhada foi citada nos estudos com idosos urbanos como sendo a atividade física ou de lazer predominante entre eles (RIO GRANDE DO SUL, 1997; FELICIANO; MORAES; FREITAS, 2004). No entanto, Morais (2007) afirma que a caminhada, está intimamente relacionada com o viver rural, pois muitas vezes as distâncias entre as propriedades são grandes e o transporte público menos acessível, além disso a autora afirma que em se tratando de pessoas com 80 anos ou mais, e que vivem no meio rural, o acesso e a prática de atividades de lazer são mais restritos.

Um resultado positivo obtido no estudo foi em relação ao álcool e tabagismo. A maioria dos entrevistados (88,4%) referiu não fumar e 90,5% referiram não consumir álcool. Achados semelhantes ao estudo de Ahn e Kim (2004), dos 97 idosos rurais coreanos, apenas 15 informaram beber, e 8, fumar, um fator positivo frente ao envelhecimento, uma vez que o álcool e o tabaco são sabidamente prejudiciais à saúde.

As dificuldades nas atividades básicas da vida diária (ABVD) estão apresentadas a seguir, na Tabela 3. Observa-se que a maior parte dos idosos (85,3%) disseram não ter dificuldades nas ABVD, e 14 idosos (14,7%) relataram dificuldades. Dos que possuíam alguma limitação que dificultava o seu dia-a-dia, a maioria apresenta dificuldade na locomoção (11,6%). Na sequência, 10,5% relatam dificuldade para vestir-se, 9,5% para banhar-se, 7,4% para chegar ao banheiro a tempo, 6,3% para deitar e levantar da cama e 3,2% para alimentar-se. Salienta-se que considerou-se “sem dificuldade” aqueles idosos que não referiram dificuldade em realizar alguma das atividades, e “com dificuldade” os idosos que

referiram pouca dificuldade, muita dificuldade ou não conseguir realizar pelo menos uma das atividades básicas da vida diária.

Tabela 3 - Dificuldade nas Atividades Básicas da vida diária (ABVD) dos idosos *mais velhos* de Encruzilhada do Sul, RS, 2007. (n=95)

Dificuldade nas ABVDs	n	%
Sim*	14	14,7
Não	81	85,3
Alimentar-se		
Sem Dificuldade	92	96,8
Com Dificuldade	3	3,2
Banhar-se		
Sem Dificuldade	86	90,5
Com Dificuldade	9	9,5
Vestir-se		
Sem Dificuldade	85	89,5
Com Dificuldade	10	10,5
Deitar/levantar da cama		
Sem Dificuldade	89	93,7
Com Dificuldade	6	6,3
Ir ao banheiro a tempo		
Sem Dificuldade	88	92,6
Com Dificuldade	7	7,4
Locomover-se		
Sem Dificuldade	84	88,4
Com Dificuldade	11	11,6

*Foram considerados os idosos que referiram pouca dificuldade, muita dificuldade ou não conseguir realizar pelo menos uma das atividades básicas da vida diária.

O avanço da idade e o sexo feminino são relatados como fatores importantes na diminuição da capacidade funcional por vários autores, podendo ser considerado um consenso entre eles (GÓMEZ MONTES; CURCIO BORRERO, 2004; RAMOS, 2003; CAMARANO *et al.*, 2005). Entretanto, não houve um número expressivo de idosos nesta investigação, que referiu dificuldade no desempenho de suas atividades diárias, apesar da idade avançada e de serem em sua maioria mulheres.

Destaca-se também que os idosos referiam dificuldades em mais de uma ABVD, sendo que os poucos idosos que referiram ter alguma limitação citaram dificuldades na maioria das categorias. Pesquisadores que avaliaram a QV e bem-estar de idosos portugueses com mais de 75 anos, residentes em regiões urbanas e rurais, afirmam que a qualidade de vida na velhice tem sido, muitas vezes, associada a questões de dependência-autonomia (SOUZA *et al.*, 2003).

Com relação aos dados sobre o uso e acesso dos serviços de saúde pelos idosos *mais velhos* de Encruzilhada do Sul (RS) estão apresentadas na Tabela 4. Quando questionados sobre que serviço de saúde procuraram nos últimos 12 meses quando se sentiram doentes, a maioria dos idosos (46,3%) referiram ter procurado consultórios particulares, 28,4% procuraram Unidade Básica de Saúde e 11 idosos (11,6%) disseram não terem ficado doentes ou necessitado de alguma consulta. Um dado preocupante é que 5 idosos, mesmo doentes, não buscaram atendimento.

De acordo com BÓS e BÓS (2004), as situações econômica, social, demográfica e epidemiológica são fatores que influenciam na escolha do serviço de saúde pelos idosos e suas famílias, uma vez que as decisões sobre onde o idoso receberá cuidados de saúde dependem dos recursos da família, e não somente da situação individual do idoso.

Travassos e Viacava (2007) analisaram o acesso e utilização dos serviços de saúde por idosos residentes em áreas rurais no Brasil. Estes observaram que as barreiras de acesso são maiores na área rural em comparação com a urbana, a utilização dos serviços de saúde é menor que os idosos urbanos, mesmo para aqueles que têm problemas de saúde, e principalmente quando necessitam de serviços com maior complexidade.

Corroborando com o achado dos autores supracitados, Morais (2007) ressalta que o uso e o acesso aos serviços de saúde pelos idosos *mais velhos* de Encruzilhada do Sul (RS) é dificultado devido à grande distância entre as moradias e a sede do município, pelo relevo muito acidentado e por existirem regiões em que o transporte urbano não é diário, sendo que em algumas ele inexistente.

Esta autora também discute no estudo de base desta investigação, sobre os motivos que levariam os idosos *mais velhos* da área rural de Encruzilhada do Sul a buscarem preferencialmente os consultórios particulares (2007, pg. 154):

[...] é possível que essa preferência não ocorra por motivo de vínculo com o profissional ou por livre escolha, e, sim, seja dependente das possibilidades de transporte e estratégias familiares, pois o deslocamento do meio rural para a sede do município, onde se encontram os serviços de saúde, demandam tempo e disponibilidade de acompanhante. Assim, o atendimento, por ser imediato, como foi confirmado por mais da metade dos idosos que informaram não terem precisado esperar pela consulta, é o preferido.

Tabela 4 - Serviços de saúde utilizados pelos idosos *mais velhos* de Encruzilhada do Sul, RS, 2007. (n=95)

Uso de Serviços de Saúde	n	%
Onde foi quando sentiu-se doente nos últimos 12 meses		
Não consultou mesmo doente	5	5,3
Não ficou doente, não precisou de nenhuma consulta	11	11,6
Consultório Particular	44	46,3
Unidade Básica de Saúde	27	28,4
Serviço de Emergência Municipal	5	5,3
Farmácia	1	1,1
Benzedeira	2	2,1

Quanto ao apoio familiar recebido pelos idosos *mais velhos* da área rural de Encruzilhada do Sul (RS), praticamente a totalidade dos idosos, 94 (98,9%), possuía alguém para cuidá-los quando doentes, apenas 1 idoso (1,1%), não possuía, sendo que 34 (35,8%) desses cuidadores têm 60 anos ou mais, e 63,2% (60 cuidadores) possuíam menos de 60 anos. Em relação ao parentesco dos idosos com os cuidadores, 52 (55,3%) são filhos dos idosos; 23 (24,5%) são esposos ou esposas; 15 (16,0%) são outros familiares; 2 (2,1%) são profissionais contratados; 1 (1,1%) é amigo ou vizinho do idoso; e 1 idoso (1,1%) não respondeu.

Segundo Ahn e Kim (2004), a família é a principal fonte de apoio e cuidado dos idosos, independente da cultura e do desenvolvimento do país. Estes mesmos autores, em seu estudo com idosos rurais coreanos, encontraram que a ajuda aos idosos provém principalmente de seus filhos (44,3%), seguidos pelos netos e amigos, para suprir necessidades de moradia, vestimentas, alimentação e também em caso de doenças. No estudo de Feliciano, Moraes e Freitas (2004), o apoio domiciliar, assim como na presente investigação, também é centrado nos filhos e nos cônjuges.

Observa-se que os dados referentes à caracterização dos idosos da presente investigação foram semelhantes aos dados encontrados no estudo de base.

5.2 Opiniões sobre qualidade de vida dos idosos *mais velhos*

Ao analisar as respostas dos entrevistados constata-se que estes idosos possuem opiniões diversas sobre qualidade de vida e que esta engloba vários aspectos. A partir da análise do material, as categorias que surgem do estudo foram 9: saúde; bem-estar;

sentimentos positivos; dinheiro; lazer; alimentação; trabalho; relações pessoais; e morar no interior.

É importante ressaltar que as respostas dos idosos à pergunta aberta foram sucintas, muitas vezes com apenas uma expressão. Quando questionados sobre o que significava qualidade de vida para eles, as respostas, em sua maioria, se deram em forma de citação, como é possível observar na opinião abaixo.

Trabalho, lazer, saúde. (E. 014).

Este fato contribuiu para a quantificação das respostas, permitindo verificar a frequência de citações de um determinado tema e agrupá-las em categorias. O gráfico 1 apresenta as opiniões dos idosos *mais velhos* do meio rural de Encruzilhada do Sul (RS) sobre qualidade de vida.

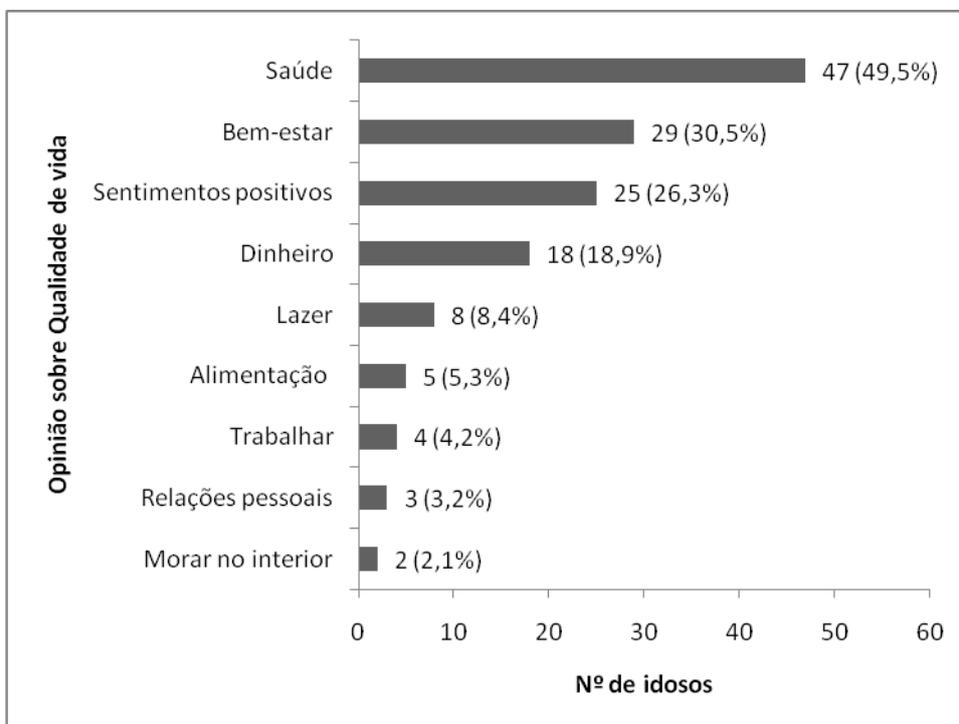


Gráfico 1 - Opiniões sobre qualidade de vida dos idosos *mais velhos* de Encruzilhada do Sul, RS, 2007.

A categoria *saúde* foi a mais referida pelos idosos, sendo um tema citado por 47 (49,5%) dos entrevistados. Para estes idosos *mais velhos* qualidade de vida está relacionada com ter saúde:

É ter saúde (E.011).

No estudo de Paskulin *et al.*(2010), sobre a percepção de idosos de uma região urbana do Rio Grande do Sul sobre QV, saúde, também foi o tema mais citado pelos participantes da investigação.

No entanto, para outros idosos, a saúde é entendida também como ausência de doenças e preocupações, além da adoção de atitudes preventivas, tais como o acompanhamento médico e ter comportamentos saudáveis:

Não ter doenças e preocupações (E.106).

[...] *Prevenções de doenças* (E.062).

[...] *uma boa assistência médica* (E.063)

Saber cuidar, preservar sua vida, levar uma vida saudável (E.026).

A Organização Mundial da Saúde (2005) ressalta que a adoção de estilos de vida saudáveis e ser ativo e responsável no próprio cuidado são fundamentais na velhice, pois contribui para uma melhor qualidade de vida dos idosos.

Contudo, saúde, para esses idosos do meio rural, não está somente associada à ausência de doenças, e ter cuidados médicos, mas também relacionada à capacidade de poder continuar trabalhando:

É ter saúde para poder trabalhar (E.070).

Segundo Morais (2007), quando estudamos idosos que vivem no meio rural, a percepção da saúde fica muito atrelada ao trabalho, em que a incapacidade de realizá-lo é percebida como doença. Essa percepção também aparece no estudo de Denardin Budó (1996, pg. 31) quando afirma que “apesar da idade avançada, as pessoas continuam fazendo algum tipo de trabalho, pois para elas trabalhar significa ter saúde e a possibilidade de não ficar doente”.

Outra categoria que emergiu do estudo foi *bem-estar*, mencionada por 29 (30,5%) dos idosos.

Estar bem (E.003).

Viver bem (E.037).

Optou-se por criar esta categoria por se tratar de citações com um sentido geral que apareceram nas respostas dos idosos, diferentemente de outras categorias onde as falas mostram opiniões específicas do tema em estudo. Esta categoria foi mencionada pelos idosos no sentido de terem uma vida boa, estarem bem com suas vidas e com eles mesmos, associado a um bem-estar físico, psicológico e social:

É ter uma vida boa (E. 020).

Estar bem com a vida (E.047).

Chegar a esta idade sentindo bem (E.059).

É estar bem comigo mesma (E.130).

Para Ramos (2003), o bem-estar pode ser uma variável importante em relação à qualidade de vida dos idosos, independente da presença ou não de doenças.

De acordo com Victor *et al* (2000) a qualidade de vida inclui diversas áreas da vida. Os conceitos de QV vão desde a satisfação com a vida ou bem-estar social a definições baseadas em conceitos de independência e competências sociais e cognitivas. A partir dessas considerações entende-se o porquê de os idosos *mais velhos* salientarem em suas falas questões associadas a ter uma vida boa e se sentirem bem na idade em que estão.

Para 25 idosos (26,3%) qualidade de vida é ter *sentimentos positivos*. Nesta categoria se incluem aspectos internos das pessoas referentes às suas emoções, tais como: viver em paz, viver com tranquilidade, ter alegria e felicidade.

Ser feliz e ter paz (E.049).

Viver tranquilo, em paz (E.082).

Alegria (E.091).

Moraes e Souza (2005) identificaram em seu estudo sobre envelhecimento bem-sucedido (onde foram considerados com envelhecimento bem-sucedido os idosos classificados com qualidade de vida superior), que os sentimentos positivos foram preditivos de melhor QV entre as idosas do estudo.

Mas os sentimentos positivos parecem estar relacionados também com os aspectos externos da vida dos idosos, como possuir circunstâncias de vida positivas:

Vida boa, com coisas boas e felicidade (E.083).

Ter tudo que deseja é ter felicidade (E.019).

Para Mendes² *et al* (2005) apud Paskulin *et al* (2010) as tensões sociais e psicológicas podem apressar as deteriorações associadas ao processo de envelhecimento. Portanto, entende-se porque os idosos identificaram como QV os sentimentos positivos associados à boas condições de vida.

Ter dinheiro é, para 18 idosos (18,9%), ter qualidade de vida. Ter dinheiro parece estar relacionado com ter condições de adquirir o que precisam para manter às suas necessidades.

Ter condições financeiras (E.096).

[...] Dinheiro (E.050).

[...] Bom salário (E.023).

Não faltar as coisas de que agente precisa (E.123).

No estudo quantitativo de Trentini (2004) realizado no meio urbano, os idosos de nível econômico mais baixo apresentaram os piores índices de qualidade de vida. Martins *et al* (2007) em seu estudo realizado no Estado da Paraíba, onde avaliou a QV de idosos residentes nos meios urbano e rural, salientou que o dinheiro possibilita o acesso a serviços de saúde de melhor qualidade, a atividades de lazer e à alimentação adequada, caracterizando melhores condições de vida.

Esta categoria também revela o aparente descontentamento de alguns idosos do estudo a respeito de sua situação financeira, o que parece impossibilitá-los de ter uma velhice tranquila.

O governo me ajudar, mandar mais dinheiro (E.101).

Poder ter carro (E. 103).

O autor supracitado também ressaltou em seu estudo sobre a QV de vida dos idosos urbanos e rurais, que ter segurança financeira, garante uma preocupação a menos na vida do idoso o que proporciona uma avaliação mais positiva de sua QV (MARTINS *et al*, 2007),

² MENDES, M. R. *et al*. A situação social do idoso no Brasil: uma breve consideração. **Acta Paulista de Enfermagem**. v. 18, n. 4, p. 422-426, 2005.

principalmente tratando-se dos idosos do meio rural que sofrem de dificuldades não observadas no meio urbano como já discutido anteriormente.

Com menor frequência (menos de 10 citações), emergiram do estudo, as seguintes categorias: *lazer*, mencionada por 8 (8,4%) dos idosos; *alimentação*, com 5 citações (5,3%); *trabalhar* com 4 citações (4,2%); *relações pessoais* com 3 (3,2%); e *morar no interior* mencionada por 2 idosos (2,1%).

Quanto ao *lazer*, este aparece na fala dos idosos não só com o sentido de possuir atividades de lazer e fazerem o que gostam, mas também associada à idéia de terem descanso.

Lazer (E. 063).

[...] *passar* (E. 054).

Ter descanso (E. 002).

É importante ressaltar que realizar atividades de lazer, de acordo com a OMS (OMS, 2005), tem relação direta com a qualidade de vida, pois uma vida ativa melhora a saúde mental, promove contatos sociais, retarda os declínios funcionais e auxilia na diminuição do aparecimento de doenças crônicas.

Corroborando com a afirmação da OMS, um estudo que avaliou a percepção de octagenários acerca das dimensões da QV, observou que há uma tendência de que maior participação em atividades físicas e de lazer resulte em maior satisfação com vida (INOUYE, PEDRAZZANI, 2007).

Alguns idosos ressaltaram ainda a *alimentação* como qualidade de vida, esta, vem associada ao sentido de ter uma alimentação saudável e poder comer o que lhes dá prazer.

[...] *Consumir alimentos naturais* (E. 007).

Poder comer e beber do que gosta (E. 067).

Cupertino, Rosa e Ribeiro (2007) encontraram como um importante fator para o envelhecimento saudável a adoção de comportamentos saudáveis, como cuidados com a alimentação.

Morais (2007) também destaca que no meio rural os idosos fazem uso de produtos diversos, refletindo um lado positivo de viverem nesse meio, onde existe a produção de subsistência. A importância desta categoria para os residentes do meio rural talvez esteja

relacionada com o fato de que os idosos produzam seus próprios alimentos e de forma mais natural que nos grandes centros urbanos.

O *trabalho* como qualidade de vida foi ressaltado por 4 idosos. Para estes o trabalho parece estar associado à capacidade de manter-se ativo e independente para realizar as atividades do dia-a-dia.

[...] *agente poder fazer as coisas em casa* (E. 127).

Trabalho (E. 014).

Ter a saúde para trabalhar (E.036).

Estudo realizado por Cupertino, Rosa e Ribeiro (2007), encontrou que um método utilizado pelos idosos para avaliar sua saúde física envolvia a manutenção das atividades da vida diária, o que segundo os autores é um pressuposto abordado na atual concepção de qualidade de vida, pois envolve aspectos multidimensionais que englobam as opiniões das pessoas sobre os significados de suas próprias vidas.

Esta categoria também se relaciona com a categoria *saúde*, que esta associada à capacidade de trabalhar. Wondolowski e Davis³ apud Orb (2004) reforçam essa idéia, quando, ao perguntarem sobre o significado de ser saudável para idosos de 80 a 100 anos, as respostas foram: ter energia e vitalidade para mover-se e sentir-se com forças. Essas afirmações reforçam a idéia de que para população rural o trabalho é parte fundamental de sua qualidade de vida como forma de se sentirem saudáveis e ativos, principalmente tratando-se dos idosos *mais velhos*.

Em relação à categoria *relações pessoais* os idosos destacaram que o convívio familiar e social, associado a ter um bom relacionamento com as pessoas, significa para eles ter qualidade de vida.

Dar-se com a família e vizinhos (E. 051).

Apesar de apenas 3 idosos *mais velhos* terem citado as relações pessoais como QV, destaca-se que um estudo realizado por Moraes e Souza (2005), com idosos na região metropolitana de Porto Alegre, encontrou que maior satisfação com relacionamento familiar e amizades foram fatores preditivos de melhores escores de qualidade de vida.

E com menor número de citações, emergiu do estudo a categoria *morar no interior*. Para 2 idosos, qualidade de vida é morar no meio em que vivem, o meio rural.

³ WONDOLOWKI, C.; DAVIS, K. The lives experienced of health in the oldest old: a phenomenological study. *Nursing Science Quarterly*, Baltimore, v. 4, n. 3, p. 113-118, 1990.

A qualidade de vida é agente no interior (E. 007).

Esta se destaca como uma categoria importante, apesar de ser proveniente de apenas duas citações, uma vez que parece não haver em outros estudos que avaliam a QV de idosos a partir de suas próprias opiniões, a questão do meio em que vivem salientado como QV.

Apesar de haver, aparentemente, um consenso entre os estudos que tem como alvo a população rural, de que este meio promove maiores dificuldades, conforme ressalta Moraes (2007), dizendo que a população idosa rural geralmente possui altos índices de pobreza, baixo nível educacional, residências mais precárias, limitações no transporte e maiores problemas crônicos de saúde. A autora também afirma que as diferenças entre rural e urbano vão além dos aspectos quantitativos e dimensionais, pois existem diferenças qualitativas entre essas populações, como a diversidade dos hábitos, costumes e crenças, bem como o próprio processo de envelhecimento. Talvez, sejam nesses aspectos que se encontrem os motivos para estes dois idosos *mais velhos* ressaltarem que a QV é viver no interior.

5.3 Associação das variáveis de interesse com as opiniões sobre qualidade de vida

Esta secção destina-se à associação das variáveis de interesse com as opiniões dos idosos *mais velhos* da área rural de Encruzilhada do Sul (RS) sobre QV.

Na Tabela 5 observamos a associação da opinião *saúde* com as variáveis. Dos idosos que responderam que QV é saúde, a maior parte eram mulheres, a faixa etária predominante foi de 80 a 84 anos, e em relação ao estado civil, a maioria eram viúvos. Houve predomínio de idosos aposentados e que moram com familiares que não o cônjuge, que opinaram saúde como QV. Os idosos que se auto-avaliaram com saúde regular foram a maioria dos que citaram esta categoria em suas opiniões. Dos que citaram saúde em suas respostas, predominou aqueles com algum problema cardiovascular ou muscular e, sem dificuldade nas ABVD. Proporções semelhantes também foram encontradas nos idosos que não opinaram sobre QV ser saúde. Portanto, não houve diferença estatisticamente significativa em relação à estes quesitos.

Tabela 5 - Distribuição da frequência das variáveis segundo a opinião “Saúde” sobre qualidade de vida dos idosos *mais velhos* de Encruzilhada do Sul, RS, 2007.

Variáveis	Qualidade de Vida é Saúde		P
	Sim (n=47) n(%)	Não (n=48) n(%)	
Sexo			
Masculino	18 (38,3)	17 (35,4)	0,938 ^c
Feminino	29 (61,7)	31 (64,6)	
Faixa etária			
80 – 84	27 (57,4)	29 (60,4)	0,952 ^a
85 – 89	14 (29,8)	13 (27,1)	
≥ 90	6 (12,5)	6 (12,5)	
Estado Civil			
Solteiro	3 (6,4)	5 (10,4)	0,726 ^a
Casado	16 (34,0)	14 (29,2)	
Viúvo	28 (59,6)	29 (60,4)	
É aposentado			
Sim	43 (91,5)	46(95,8)	0,435 ^b
Não	4 (8,5)	2(4,2)	
Com quem mora			
Sozinho	2 (4,3)	8 (16,7)	0,132 ^a
Esposo (a)	13 (27,7)	15 (31,3)	
Outros familiares	25 (53,2)	22(45,8)	
Acompanhante	4 (8,5)	3 (6,3)	
Outra pessoa	3 (6,4)	0 (0,0)	
Auto avaliação da saúde			
Ótima	2 (4,3)	3 (6,3)	0,637 ^a
Boa	10 (21,3)	14 (29,2)	
Regular	26 (55,3)	25 (52,1)	
Ruim	8 (17)	4 (8,3)	
Péssima	1 (2,1)	2 (4,2)	
Tem problemas Cardiovasculares			
Sim	33 (70,2)	36 (75)	0,769 ^c
Não	14 (29,8)	12 (25)	

Tem problemas ósseos, musculares e articulares

Sim	34 (72,3)	28 (58,3)	0,223 ^c
Não	13 (27,7)	20 (41,7)	

Dificuldades nas ABVD

Sim [*]	7 (14,9)	7 (14,6)	1,000 ^c
Não	40 (85,1)	41 (85,4)	

*Foram considerados os idosos que referiram pouca dificuldade, muita dificuldade ou não conseguir realizar pelo menos uma das atividades básicas da vida diária.

^a Qui-quadrado de Pearson

^b Teste exato de Fisher

^c Qui-quadrado com correção de Yates

Quanto à opinião *bem-estar*, apresentada na Tabela 6, dos idosos que ressaltaram esta categoria como QV, 41,4% se avaliaram com boa saúde e esta associação foi estatisticamente significativa ($p=0,035$). Bem como, houve uma associação significativa ($p=0,038$) entre os idosos que não referiram ter problemas ósseos, musculares e articulares, e disseram que QV é bem estar. Verificou-se também, que houve associação significativa no inverso, entre os idosos que referiram esses problemas e não opinaram bem-estar.

Sabe-se, como já foi discutido na seção anterior que para a população rural o trabalho é valioso e o fato de poderem manter-se ativos, trabalhando, sem doenças e problemas de saúde que o impeçam de realizar suas atividades é extremamente importante para esta população. O bem-estar físico associado à capacidade de permanecerem independentes e ativos pode ser uma possível explicação para estas associações.

A afirmação de Paskulin (2006, p.11), em seu estudo sobre os fatores associados à QV de idosos, corrobora com o achado desta investigação, quando a autora afirma que “a capacidade de viver de modo independente é provavelmente a mais importante, estando relacionada com a saúde mental e física e podendo também determinar o bem-estar do idoso.”

É importante enfatizar que a população rural está mais exposta a riscos durante o trabalho no campo, pois apresentam uma elevada jornada de atividades, e lidam com agrotóxicos, inúmeras máquinas e equipamentos. Assim, os problemas musculares, de coluna e de articulações são frequentes na população rural, causados pelo trabalho pesado, diário e iniciado já na infância.

Schwartz (2004, p. 79) apóia esta idéia quando afirma que:

[...] as famílias rurais são consideradas de "risco" porque se encontram distantes, geográfica e culturalmente, de serviços que podem auxiliar suas vidas, além de estarem expostas a problemas de saúde como as doenças músculo-esqueléticas, causadas pelo uso/desuso inadequado do corpo como instrumento de trabalho.

No estudo de Fehlberg *et al.* (2001), com famílias da zona rural de Pelotas (RS), observou-se, além de uma jornada de trabalho semanal elevada (mais de 48 horas), que os acidentes mais frequentes foram causados por ferramentas e animais domésticos. A metade das lesões eram cortes com instrumentos de trabalho, sendo que os membros superiores e inferiores foram as partes do corpo mais atingidas.

Tabela 6 - Distribuição da frequência das variáveis segundo a opinião "Bem-Estar" sobre qualidade de vida dos idosos *mais velhos* de Encruzilhada do Sul, RS, 2007.

Variáveis	Qualidade de Vida é Bem – Estar		P
	Sim (n=29) n(%)	Não (n=66) n(%)	
Sexo			
Masculino	9 (31,0)	26 (39,4)	0,584 ^c
Feminino	20 (69,0)	40 (60,6)	
Faixa etária			
80 – 84	18 (62,1)	38 (57,6)	0,826 ^a
85 – 89	7 (24,1)	20 (30,3)	
≥ 90	4 (13,8)	8 (12,1)	
Estado Civil			
Solteiro	2 (6,9)	6 (9,1)	0,495 ^a
Casado	7 (24,1)	23 (34,8)	
Viúvo	20 (69,0)	37 (56,1)	
É aposentado			
Sim	28 (96,6)	61 (92,4)	0,663 ^b
Não	1 (3,4)	5 (7,6)	
Com quem mora			
Sozinho	5 (17,2)	5 (7,6)	0,344 ^a
Esposo (a)	6 (20,7)	22 (33,3)	

Outros familiares	16 (55,2)	31 (47,0)	
Acompanhante	2 (6,9)	5 (7,6)	
Outra pessoa	0 (0,0)	3 (4,5)	
Auto avaliação da saúde			
Ótima	2 (6,9)	3 (4,5)	
Boa	12 (41,4) **	12 (18,2)	
Regular	12 (41,4)	39 (59,1)	0,035 ^a
Ruim	1 (3,4)	11 (16,7)	
Péssima	2 (6,9)	1 (1,5)	
Tem problemas Cardiovasculares			
Sim	19 (65,5)	50 (75,8)	0,435 ^c
Não	10 (34,5)	16 (24,2)	
Tem problemas ósseos, musculares e articulares			
Sim	14 (48,3)	48 (72,7) **	0,038 ^c
Não	15 (51,7) **	18 (27,3)	
Dificuldades nas ABVD			
Sim [*]	4 (13,8)	10 (15,2)	1,000 ^b
Não	25 (86,2)	56 (84,8)	

* Foram considerados os idosos que referiram pouca dificuldade, muita dificuldade ou não conseguir realizar pelo menos uma das atividades básicas da vida diária.

** Associação estatisticamente significativa pelo teste dos resíduos ajustados ($p \leq 0,05$)

^a Qui-quadrado de Pearson

^b Teste exato de Fisher

^c Qui-quadrado com correção de Yates

Em relação à categoria *sentimentos positivos* (Tabela 7), foram encontradas associações estatisticamente significativas ($p \leq 0,05$) em relação às variáveis: estado civil; com quem mora; e dificuldade nas ABVD. Dentre os idosos que referiram sentimentos positivos 56,0% eram casados e dos que não referiram 68,6% eram viúvos. Em relação ao quesito “com quem mora”, dos idosos que citaram sentimentos positivos, a maioria morava com esposo(a) (60,0%) e dos que não citaram, a maioria morava com outros familiares (55,7%). Em relação às dificuldades nas ABVD, foi encontrada uma associação significante entre os idosos que possuem alguma dificuldade e que citaram sentimentos positivos como QV. As demais

associações tiveram proporções semelhantes entre os idosos que referiram e não referiram sentimentos positivos portanto, não houve diferença estatisticamente significativa.

Nota-se nestas associações que os sentimentos positivos estão ligados à questões de companheirismo: os idosos casados; aqueles que moram com cônjuge; e aqueles que possuem dificuldades nas ABVD e que, possivelmente, podem contar com a ajuda diária de alguém.

Tratando-se este estudo, de uma população peculiar, que são os idosos *mais velhos* do meio rural, cabe fazer uma contextualização específica deste meio que pode estar ligada a esta associação. Com a ida dos jovens para os centros urbanos a fim de buscarem melhores condições de vida e renda, o casal idoso do meio rural fica sozinho na propriedade e enfrenta diversas dificuldades que tangem desde o trabalho a questões de saúde. Essa idéia concorda com o estudo de Missio e Portella (2003), que descreve a preocupação dos idosos com o abandono do meio rural pelos jovens.

Considerando-se esta situação - o casal de idosos sozinho no meio rural - é possível afirmar que estar com o cônjuge é ter o companheirismo e, os sentimentos positivos associados a ele, representando melhor QV. Outra questão importante, que corrobora com a afirmação acima, é que a maioria dos idosos deste estudo são mulheres e assim como aparece no estudo de Buaes (2007) sobre o envelhecimento e a viuvez da mulher no meio rural, os discursos das idosas *mais velhas* entrevistadas mostraram uma dependência da mulher em relação ao esposo e algumas mostraram-se “perdidas” com o falecimento do cônjuge.

Tabela 7 - Distribuição da frequência das variáveis segundo a opinião “Sentimentos Positivos” sobre qualidade de vida dos idosos *mais velhos* de Encruzilhada do Sul, RS, 2007.

Variáveis	Qualidade de Vida são Sentimentos Positivos		p
	Sim (n=25) n(%)	Não (n=70) n(%)	
Sexo			
Masculino	12 (48,0)	23 (32,9)	0,269 ^c
Feminino	13 (52,0)	47 (67,1)	
Faixa etária			
80 – 84	14 (56,0)	42 (60,0)	0,899 ^a
85 – 89	8 (32,0)	19 (27,1)	
≥ 90	3 (12,0)	9 (12,9)	
Estado Civil			

Solteiro	2 (8,0)	6 (8,6)	
Casado	14 (56,0)**	16 (22,9)	0,008 ^a
Viúvo	9 (36,0)	48 (68,6)**	
É aposentado			
Sim	23 (92,0)	66 (94,3)	
Não	2 (8,0)	4 (5,7)	0,652 ^b
Com quem mora			
Sozinho	1 (4,0)	9 (12,9)	
Esposo (a)	15 (60,0)**	28 (29,5)	
Outros familiares	8 (32,0)	39 (55,7)**	0,002 ^a
Acompanhante	0 (0,0)	7 (10,0)	
Outra pessoa	1 (4,0)	2 (2,9)	
Auto avaliação da saúde			
Ótima	1 (4,0)	4 (5,7)	
Boa	1 (4,0)	23 (32,9)	
Regular	17 (68,0)	34 (48,6)	0,061 ^a
Ruim	5 (20,0)	7 (10,0)	
Péssima	1 (4,0)	2 (2,9)	
Tem problemas Cardiovasculares			
Sim	19 (76,0)	50 (71,4)	
Não	6 (24,0)	20 (28,6)	0,858 ^c
Tem problemas ósseos, musculares e articulares			
Sim	19 (76,0)	43 (61,4)	
Não	6 (24,0)	27 (38,6)	0,285 ^c
Dificuldades nas ABVD			
Sim [*]	7 (28,0)**	7 (10,0)	
Não	18 (72,0)	63 (90,0)**	0,046 ^b

* Foram considerados os idosos que referiram pouca dificuldade, muita dificuldade ou não conseguir realizar pelo menos uma das atividades básicas da vida diária.

** Associação estatisticamente significativa pelo teste dos resíduos ajustados ($p \leq 0,05$)

^a Qui-quadrado de Pearson

^b Teste exato de Fisher

^c Qui-quadrado com correção de Yates

Dos idosos que responderam que QV é dinheiro (Tabela 8), observa-se valores semelhantes às outras categorias, e não houve diferença estatisticamente significativa. A maior parte também eram mulheres, a faixa etária predominante permanece entre 80 a 84 anos, quanto ao estado civil, predominam os viúvos. Dos idosos que opinaram dinheiro como QV, todos eram aposentados, a maioria morava com familiares. Quanto aos problemas de saúde, predominou aqueles com algum problema e sem dificuldade nas ABVD. Entretanto, houve associação significativa ($p=0,049$) entre os idosos que se avaliaram com ótima saúde e que disseram que QV é dinheiro.

O dinheiro para aqueles que se avaliaram com ótima saúde, pode estar associado à maior facilidade de acesso aos serviços de saúde e a escolha por serviços de melhor qualidade. Além do mais, sabe-se que os idosos *mais velhos* de Encruzilhada do Sul procuraram, nos últimos 12 meses, quando doentes, em primeiro lugar, atendimento particular em consultórios médicos, pelas facilidades citadas anteriormente o que gera maior dispensação de recursos financeiros pelos idosos e suas famílias, como afirma Moraes (2007, pg. 154) no estudo de origem:

[...] um problema gerado por essa escolha é o custo da consulta, uma vez que os pagamentos com produtos produzidos nas propriedades rurais não é mais utilizado como moeda de troca, como sucedia num passado não tão remoto. É possível que os idosos, ao procurarem os consultórios particulares, tenham algum tipo de convênio de saúde individual ou institucional, caso pertençam a alguma associação rural ou sindicato rural, ou, ainda, que o custo das consultas seja arcado pela família.

O estudo de Travassos, e Viacava (2007) reafirmou que o acesso aos serviços de saúde no Brasil é fortemente influenciado pelas condições socioeconômicas das pessoas e pelo local onde residem. Eles ainda chamam atenção para o Rio Grande do Sul como sendo um Estado que se destacou entre os demais, pela magnitude das desigualdades sociais no acesso à saúde, caracterizando-se por grande diferença na possibilidade de usar serviços de saúde, quando necessário, entre os ricos e os pobres.

De acordo com Bós e Bós (2004) as alternativas para atendimento de saúde, podem ser divididas no atendimento no SUS, que pode ser utilizado a qualquer momento, e a rede privada, que depende das condições econômicas do usuário. O SUS, para os autores, é caracterizado como um sistema de baixa qualidade, sendo o atendimento, quando conseguido,

sem garantias de resolutividade aos problemas de saúde. A rede privada é vista como de melhor qualidade e mais resolutiva. Essa caracterização estereotipada dá-se em função da comparação entre o público e o privado, realizada por grande parte da população, que pode ser o caso dos idosos em estudo, uma vez que, as dificuldades de acesso aos serviços de saúde para a população rural são mais acentuadas, necessitando de maiores condições socioeconômicas para fazê-lo, assim como afirmado nos estudos acima discutidos.

Tabela 8 - Distribuição da frequência das variáveis segundo a opinião “Dinheiro” sobre qualidade de vida dos idosos *mais velhos* de Encruzilhada do Sul, RS, 2007.

Variáveis	Qualidade de Vida é ter dinheiro		p
	Sim (n=18) n(%)	Não (n=77) n(%)	
Sexo			
Masculino	7 (38,9)	28 (36,4)	1,000 ^c
Feminino	11 (61,1)	49 (63,3)	
Faixa etária			
80 – 84	12 (66,7)	44 (57,1)	0,452 ^a
85 – 89	3 (16,7)	24 (31,2)	
≥ 90	3 (16,7)	9 (11,7)	
Estado Civil			
Solteiro	2 (11,1)	6 (7,8)	0,626 ^a
Casado	7 (38,9)	23 (29,9)	
Viúvo	9 (50,0)	48 (62,3)	
É aposentado			
Sim	18 (100,0)	71 (92,2)	0,591 ^b
Não	0 (0,0)	6 (7,8)	
Com quem mora			
Sozinho	1 (5,6)	9 (11,7)	0,278 ^a
Esposo (a)	5 (27,8)	23 (29,9)	
Outros familiares	9 (50,0)	38 (49,4)	
Acompanhante	1 (5,6)	6 (7,8)	
Outra pessoa	2 (11,1)	1 (1,3)	
Auto avaliação da saúde			

Ótima	3 (16,7) **	2 (2,6)	
Boa	2 (11,1)	22 (28,6)	
Regular	12 (66,7)	39 (50,6)	0,049 ^a
Ruim	1 (5,6)	11 (14,3)	
Péssima	0 (0,0)	3 (3,9)	
Tem problemas Cardiovasculares			
Sim	12 (66,7)	57 (74,0)	
Não	6 (33,3)	20 (26,0)	0,563 ^c
Tem problemas ósseos, musculares e articulares			
Sim [*]	11 (61,1)	51 (66,2)	
Não	7 (38,9)	26 (33,8)	0,892 ^c
Dificuldades nas ABVD			
Sim	1 (5,6)	13 (16,9)	
Não	17 (94,4)	64 (83,1)	0,294 ^b

* Foram considerados os idosos que referiram pouca dificuldade, muita dificuldade ou não conseguir realizar pelo menos uma das atividades básicas da vida diária.

** Associação estatisticamente significativa pelo teste dos resíduos ajustados ($p \leq 0,05$)

^a Qui-quadrado de Pearson

^b Teste exato de Fisher

^c Qui-quadrado com correção de Yates

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Quanto ao grupo estudado, os idosos *mais velhos* de Encruzilhada do Sul que vivem no meio rural eram na maioria mulheres, na faixa etária entre 80 e 84 anos de idade, predominantemente viúvas(os), sendo que a maioria vivia na companhia de familiares. Quanto a este aspecto, houve uma associação significativa entre a opinião *sentimentos positivos* e as(os) idosas(os) casadas(os) e que moravam com o cônjuge.

Quanto à religiosidade, quase a totalidade dos idosos possuíam alguma religião e mais da metade não sabiam ler/escrever ou só assinavam o nome. A média de idade e de tempo de moradia na região rural foi igual, isso mostra que estes idosos viveram praticamente toda a vida no campo.

A aposentadoria rural era realidade para a maioria dos idosos do estudo. O impacto gerado pela aposentadoria rural é um fator importante na diminuição das desigualdades sociais. Quase metade dos idosos contavam ainda com outra fonte de renda, é possível que isso seja proveniente da pensão deixada pelos cônjuges às idosas. Ressalta-se que a maioria dos idosos continuava trabalhando.

Em relação às condições de saúde, a maior parte dos idosos expressavam-na como regular. Quase todos os participantes da investigação usavam medicação sistemática. O tabagismo e o consumo de álcool se apresentaram como um hábito para poucos idosos, o que é algo positivo para esta população, frente aos estudos que afirmam que a população rural está mais sujeita a esses hábitos. Quanto aos problemas de saúde dos idosos *mais velhos*, concluiu-se que: as doenças cardiovasculares e músculo-esqueléticas foram as mais referidas, sendo que a ausência da última associou-se significativamente à opinião *bem-estar* enquanto qualidade de vida. O que pode ser justificado pelo importante papel que a autonomia e a independência representam na vida da população rural, uma vez que as doenças incapacitantes os impediriam de realizar as atividades diárias influenciando diretamente no bem-estar destes idosos.

Referente às atividades básicas da vida diária concluiu-se que a maioria dos idosos mantinham sua capacidade para desempenhar as atividades básicas, como alimentar-se, vestir-se, ir ao banheiro, dentre outras. Poucos possuíam dificuldades, no entanto aqueles que as possuíam referiram dificuldades na maioria das atividades. Mostrando que apesar de serem poucos, estes idosos devem receber uma atenção especial.

Ressalta-se que os idosos que possuíam dificuldade nas ABVD tiveram associação significativa com os *sentimentos positivos*. O que pode estar associado ao sentimento de companheirismo, não sentir-se só e melhores condições de vida, uma vez que estes idosos dependem de alguém para auxiliá-los. Ressalta-se que, com relação ao apoio familiar, apenas um idoso não possuía alguém para ajudar em caso de doença.

Quanto ao atendimento dos problemas de saúde, os consultórios particulares foram os mais procurados. É importante salientar que os idosos que auto-avaliaram sua saúde como ótima se associaram significativamente com opinar que QV é *ter dinheiro*. Relaciona-se a isso a necessidade de melhores condições socioeconômicas para superar as dificuldades de acesso funcional e geográfico entre a zona rural e os serviços de saúde, bem como a deficiência de transporte.

No presente estudo, surgiram 9 categorias a partir das opiniões dos idosos *mais velhos* da área rural de Encruzilhada do Sul sobre QV, são elas: *saúde; bem-estar; sentimentos positivos; dinheiro; lazer, alimentação, trabalho, relações pessoais e morar no interior*.

A categoria *saúde* como qualidade de vida, está associada não só com ter saúde, mas também como ausência de doenças, ter acompanhamento médico e ter comportamentos saudáveis, além de estar relacionada com a capacidade para o trabalho.

Quanto ao *bem-estar*, esta categoria foi mencionada pelos idosos com o sentido de terem uma vida boa, estarem bem com suas vidas e com eles mesmos.

A qualidade de vida como *sentimentos positivos*, foi citada pelos idosos incluindo emoções como: viver em paz, com tranquilidade, ter alegria e felicidade, e também relacionada com circunstâncias de vida positivas.

Ter *dinheiro* como qualidade de vida, apareceu na opinião dos idosos associado à possuir condições de adquirir o que precisam para manter às suas necessidades.

Quanto ao *lazer*, este apareceu nas opiniões dos idosos não só com o sentido de possuir atividades de lazer e fazerem o que gostam, mas também associada à idéia de poderem descansar.

Alguns idosos ressaltaram ainda a *alimentação* como qualidade de vida com o sentido de ter uma alimentação saudável e poder comer o que lhes dá prazer.

O *trabalho* como qualidade de vida foi ressaltado como a capacidade de manter-se ativo e independente para realizar as atividades do dia-a-dia.

Em relação à categoria *relações pessoais* os idosos destacaram que o convívio familiar e social, associado a ter um bom relacionamento com as pessoas, significava para eles ter qualidade de vida.

E com menor número de citações, emergiu do estudo a categoria *morar no interior* como qualidade de vida.

Buscou-se dar visibilidade a uma parcela da população que possui muitas particularidades no seu processo de envelhecimento, pois constituem um grupo naturalmente fragilizado pela idade avançada e também por viverem distante dos recursos encontrados no meio urbano. Sendo assim, este estudo contribui com as pesquisas sobre o envelhecimento no meio rural, tema que apresenta carência de investigações. Constatando-se a necessidade da continuidade desta investigação realizando futuras pesquisas que forneçam dados mais atuais sobre esta população ao cenário científico.

Outra questão importante é que os idosos *mais velhos* constituem o grupo etário que mais cresce atualmente, logo conhecer as características desta população e as suas opiniões sobre QV é um importante caminho para melhor entendermos o que estes idosos valorizam no seu processo de envelhecimento e assim desenvolver de forma mais eficiente e resolutiva políticas que atendam suas particularidades e singularidades. Parece que a obtenção de dados de caracterização da qualidade de vida dos idosos, do ponto de vista dos próprios, é um dado fundamental para elaborar medidas adequadas a essa população.

REFERÊNCIAS

AHN, Y. H.; KIM, M. J. Health care needs of elderly in a rural community in Korea. **Public Health Nursing**, Cambridge, v. 21, n. 2, p. 153-161, Mar. 2004. Disponível em: <<http://www.blackwell-synergy.com/doi/pdf/10.1111/j.0737-1209.2004.021209.x>>. Acesso em: 12 mar. 2010.

AIRES, M.; PASKULIN, L. M. G.; MORAIS, E. P. Capacidade funcional de idosos mais velhos: estudo comparativo em três regiões do rio grande do sul. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.18, n.1 : [07 telas], jan-fev 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n1/pt_03.pdf. Acesso em: 16 mai. 2010.

BELTRÃO, K. I.; CAMARANO, A. A.; MELLO, J. L. **Mudanças nas condições de vida dos idosos rurais brasileiros**: resultados não-esperados dos avanços da seguridade rural. Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2005.

BERTUZZI, D. **Arranjos familiares e rede de apoio familiar e social de idosos que vivem em uma área rural**. 2008. 82 f. Monografia (Graduação). Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2008.

BÓS, A. M. G.; BÓS, A. J. Determinantes na escolha entre atendimento de saúde privada e pública por idosos. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 38, n. 1, p. 113-120, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/rsp/v38n1/pdf>>. Acesso em: 11 mai. 2010.

BUAES, C. S. O envelhecimento e a viuvez da mulher num contexto rural: algumas reflexões. **RBCEH**, Passo Fundo, v. 4, n. 1, p. 103-114, jan./jun. 2007.

CAMARANO, A. A. *et al.* **Idosos brasileiros**: indicadores de condições de vida e de acompanhamento de políticas. Brasília, DF: Presidência da República, Subsecretaria de Direitos Humanos, 2005.

CAMARANO, A.; KANSO, S.; MELO, J. L. E. Quão além dos 60 poderão viver os idosos brasileiros? *In*: CAMARANO, A. (Org.). **Os novos idosos brasileiros**: muito além dos 60? Rio de Janeiro: IPEA, 2004. p.77-106.

CARVALHO, J. A. M.; GARCIA, R. A. O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 725-733, maio/jun 2003.

CUPERTINO, A. P. F. B.; ROSA, F. H. M.; RIBEIRO, P. C. C. Definição de envelhecimento saudável na perspectiva de indivíduos idosos. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, Porto Alegre, v. 20, n. 1, p. 81-86, 2007

DENARDIN BUDÓ, M.L.D. O antigo e o novo: o cuidado em saúde no cotidiano de uma cultura italiana. **Cogitare Enfermagem**. Curitiba, v. 1 n. 2, p. 27-34, jul./dez 1996.

_____; GONZALES, R.M.B.; BECK, C.L.C. Saúde e trabalho: uma correlação de conceitos na perspectiva de uma população rural e de Christophe Dejours. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. Porto Alegre, v. 24, n.1, p. 43-52, Abr 2003.

FARQUHAR, M. Definitions of quality of life: a taxonomy. **Journal of Advanced Nursing**, Oxford, v. 22, n. 3, p. 502-508, 1995.

FEHLBERG, M.F. *et al* Acidentes de trabalho na zona rural de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil: um estudo transversal de base populacional. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 6, p.1375-1381, nov-dez, 2001.

FELICIANO, A. B.; MORAES, S. A.; FREITAS, M. I. M. O perfil do idoso de baixa renda no Município de São Carlos, São Paulo, Brasil: um estudo epidemiológico. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1575-1585, nov./dez. 2004.

FERRANS, C. Development of a conceptual model of quality of life. **Scholarly Inquiry for Nursing Practice**, New York, v. 10, n. 3, p. 293-304, 1996.

FRIES, B. E. *et al*. Accelerate dysfunction among the very oldest – old in nursing homes. **Journal of Gerontology: biological sciences and medical sciences**, Washington, DC, v. 55A, n. 6, M336-M341, June 2000.

FRY, P. Guest Editorial.: aging and quality of life-the continuing search for quality of life indicators. **International Journal of Aging and Human Development**, New York, v. 50, n. 4, p. 245-261, 2000.

FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo demográfico 2000**: agregado por setores censitários dos resultados do universo: Região Sul. Rio de Janeiro, v. 4, 2002.

_____. **Síntese dos Indicadores Sociais**: Uma análise das condições de vida da população brasileira. Rio de Janeiro 2008, Brasil. Disponível em:
<http://www.ibge.gov.br/estat/pop/conddevida/indicsoais2008.pdf>. Acesso em: 10 out. 2009.

GÓMEZ MONTES, J. F.; CURCIO BORRERO, C. L. **Envejecimiento rural**: el anciano en las zonas cafeteras colombianas. Manizales: Universidade de Caldas, 2004. p. 34 -153 (Cuadernos de investigación, 3).

GUIZZO, B.; KRZIMINSKI, C.; OLIVEIRA, D. O software QSR NVivo 2.0 na análise qualitativa de dados: ferramenta para a pesquisa em ciências humanas e da saúde. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 24, n.1, p. 53-60, 2003.

HECK, R.; LANGDON, E. Envelhecimento, relações de gênero e o papel das mulheres na organização da vida em uma comunidade rural. *In*: MINAYO, M. (Org.). **Antropologia, saúde e envelhecimento**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, p. 129-152, 2002.

INOUYE, K.; PEDRAZZANI, E.S. Instruction, social economic status and evaluation of some dimensions of octogenarians' quality of life. **Rev Latino-am Enfermagem**. v. 15, p. 742-747, set/out 2007.

_____; PAVARINI, S.C.L. Octogenários e cuidadores: perfil sócio-demográfico e correlação da variável qualidade de vida. **Texto contexto enferm**. v.17, n. 2, p.350-357, abr./jun 2008.

MARÍN LARRAIN, P. P. *et al.* Estudio comparativo de nonagenarios que viven en sus propios hogares *versus* los institucionalizados. **Revista Médica de Chile**, Santiago, v. 125, n. 5, p. 539-543, mayo. 1997.

_____. Estudio comparativo de mujeres mayores de noventa años y ancianas menores institucionalizadas. **Revista Médica de Chile**, Santiago, v. 132, n. 1, p. 33-39, enero 2004.

MARTINS, C. R. *et al.* Avaliação da qualidade de vida subjetiva dos idosos: uma comparação entre os residentes em cidades rurais e urbanas. **Estud. interdiscip. envelhec.**, Porto Alegre, v. 11, p. 135-154, 2007.

MINAYO, M.; HARTZ, Z.; BUSS, P. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, p. 7-18, 2000.

MISSIO, M.; PORTELLA, M.R. Atenção aos idosos rurais no contexto da família: um desafio para a equipe do programa saúde da família. **Boletim da Saúde / Secretaria da Saúde do RGS**. Escola de Saúde Pública. v. 17, n. 2, p. 25-36, jul./dez. 2003.

MORAES, J. F. D.; SOUZA, V. B. A. Factors associated with the successful aging of the socially-active elderly in the metropolitan region of Porto Alegre. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 27, n. 4, p. 302-308, 2005.

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

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

NERI, A. Qualidade de vida na velhice e atendimento domiciliário. *In*: DUARTE, Y.; DELBOUX, M. J. **Atendimento domiciliário**: um enfoque gerontológico. São Paulo: Atheneu, 2000. p. 38.

ORB, A. Aspectos de salud en adultos mayores de 80 anos de edad que viven independientemente en la comunidad: una perspectiva australiana. **Rev. Latino-am Enfermagem**. v. 12, n. 4, p. 589-596, jul 2004.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Envelhecimento ativo**: uma política de saúde. 1.ed. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2005. 60 p.

PAIVA, C. Idosos rurais e urbanos: estudo comparativo. **Geriatrics**. v. 14, n. 138, p. 9-32, nov. 2001.

PASCHOAL, S. **Qualidade de vida do idoso**: elaboração de um instrumento que privilegia sua opinião. 2000. Dissertação (Mestrado) - Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponivel/5137/tde01016263/publ/tdsergio.pdf>. Acesso em: 2 mai. 2010.

PASKULIN, L. **Fatores associados à qualidade de vida dos idosos de um distrito sanitário de Porto Alegre/RS**. 2006. 168 f. Tese (Doutorado) - Escola Paulista de Medicina/ Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2006.

_____. *et al.* Definições sobre qualidade de vida: a percepção de pessoas idosas. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 23, n. 1, p. 101-107, 2010.

POLIT, D; HUNGLER, B. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem** : métodos de avaliação e utilização. 3 ed. Porto Alegre: Artmed, 1995.

RAMOS, L. R. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centros urbanos: Projeto Epidoso, São Paulo. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 793-798, maio/jun. 2003.

RIBAS, R. P. **As características socioculturais na promoção (ou limitação) de capacitações**: a análise das tradições Encruzilhadenses (Encruzilhada do Sul/RS). 2004. 209 f. Monografia (Graduação) - Departamento de Ciências Econômicas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2004.

_____; MIGUEL, L. de A. A história e o desenvolvimento socioeconômico de Encruzilhada do Sul – RS periodizado segundo a abordagem dos sistemas agrários. **REDES**, Santa Cruz do Sul, v. 9, n. 3, p. 111-144, set./dez. 2004.

RIO GRANDE DO SUL. Conselho Estadual do Idoso. **Os idosos do Rio Grande do Sul**: estudo multidimensional de suas condições de vida. Porto Alegre, 1997. Relatório de Pesquisa.

ROGERS, C. C. The graying of rural America. **Forum for Applied Research and Public Policy**, Knoxville, v. 15, n. 4, p. 52-55, Winter 2000. Disponível em: <http://forum.ra.utk.edu/Archives/PDF/15.4.pdf>. Acesso em: 15 out. 2009.

SCHWARTZ, E. A singularidade do viver das famílias rurais do extremo sul do Brasil. In: ELSSEN, I.; MARCON, S.S.; SILVA, M.R.S.(Org.). **O viver em família e sua interface com a saúde e a doença**. Maringá: Eduem, 2004. p. 79-93.

SIQUEIRA, A.; SILVA, M.N. O bem estar da pessoa idosa em meio rural. **Análise Psicológica**. v. 3 n. XX, p. 505-516. 2002.

SOUZA, L. *et al.* Qualidade de vida e bem-estar dos idosos: um estudo exploratório na população portuguesa. **Rev Saúde Pública**. v. 37, n. 3, p. 364-371, 2003.

SUN, R.; LIU, Y. Mortality of the oldest old in China. **Journal of Aging and Health**, Newbury Park, v. 18, n. 1, p. 37-55, Feb. 2006.

THE WHOQOL GROUP. The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. **Social Science Medicine**, v. 41, n. 10, p. 1405, 1995.

TRAVASSOS, C.; VIACAVA, F. Acesso e uso de serviços de saúde em idosos residentes em áreas rurais, Brasil, 1998 e 2003. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro. Vol. 23, n. 10. out. 2007.

TRENTINI, C. M. **Qualidade de Vida em Idosos**: a construção de uma escala de qualidade de vida para idosos – OMS. 2004. 224f. Tese (Doutorado em Psiquiatria) Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas: Psiquiatria, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2004.

TREVIÑO-SILLER, S.; PELCASTRE-VILLAFUERTE, B.; MÁRQUEZ-SERRANO, M. Experiencias de envejecimiento em el México rural. **Salud Pública de México**, Morelos, v. 48, n. 1, p. 30-38, jan/feb. 2006.

VEIGA, J. E. **Cidades imaginárias**: o Brasil é menos urbano do que se calcula. 2. ed. Campinas, SP: Autores Associados, 2003.

VICTOR, C. *et al.* Being alone in later life: loneliness, social isolation and living alone. **Rev Clin Geronto** v. 10, p.407-717, 2000.

WOORTMANN, K.; WOORTMANN, E. F. Velhos camponeses. **Humanidades, Terceira Idade**, Brasília, DF, n. 46, p. 132-139, 1999.

ZANG, Z. Gender differentials in cognitive impairment and decline of the oldest old in China. **Journal of Gerontology**: psychological sciences and social sciences, Washington, DC, v. 61B, n. 2, p. 107-115, Mar. 2006.

ANEXO A – Parte do Instrumento de Coleta de Dados do Estudo de Base:
 “Envelhecimento no meio rural: condições de vida, saúde e apoio dos idosos *mais velhos* de
 Encruzilhada do Sul – RS”

<p align="center">UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO</p> <p align="center">ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO</p> <p align="center">INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS</p> <p align="center">DECLARAÇÃO VOLUNTÁRIA</p> <p>Antes de começar, gostaria de assegurar-lhe que esta entrevista é completamente voluntária e confidencial. Se houver alguma pergunta que o Sr (a) não deseja responder, simplesmente me avise e seguiremos para a próxima pergunta.</p> <p align="center">Nº do questionário: _____</p> <p align="center">Nº do prontuário PACS: _____</p> <p>Estado: Rio Grande do Sul</p> <p>Município: Encruzilhada do Sul</p> <p>Micro área: _____ Nome do(a) Entrevistador(a): _____</p> <p>Horário de início da entrevista: _____:_____hs</p> <p>Data da entrevista _____/_____/_____</p> <p>Nome do(a) idoso(a): _____</p> <p>Endereço: _____</p> <p>Tel.de contato (ou outra referência): _____</p>	<p align="center"><i>NQUEST</i> _ _ _</p> <p align="center"><i>NUMENT</i> _ _</p> <p align="center"><i>DATA</i> __/__/__</p>
--	--

Continuando nossa conversa, gostaria de fazer mais algumas perguntas. Agora o(a) senhor(a) pode responder do jeito que lhe der vontade.

1. Para o(a) Sr.(a) o que significa “família”?
2. Quem faz parte da sua família?
3. Como é para o(a) Sr.(a) o viver “para fora”, na zona rural? Pontos positivos e negativos.
4. **O que significa qualidade de vida para você?**
5. O que significa estar com saúde?
6. E o que significa estar doente?
7. E para finalizar, fale de como é para o(a) Sr.(a) envelhecer aqui fora. O que foi mudando na sua vida?

**ANEXO B – Carta de aprovação do Comitê de Ética da Escola de Enfermagem de
Ribeirão Preto da USP para o estudo de base**



ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO - UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
CENTRO COLABORADOR DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE PARA
O DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA EM ENFERMAGEM

Avenida Bandeirantes, 3900 - Campus Universitário - Ribeirão Preto - CEP 14040-902 - São Paulo - Brasil
FAX: 55 - 16 - 633-3271 / 55 - 16 - 630-2561 - TELEFONES: 55 - 16 - 633-0379 / 602-3382

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EERP/USP

Of.CEP-EERP/USP – 038/2006

Ribeirão Preto, 17 de março de 2006

Prezada Senhora,

Comunicamos que o projeto de pesquisa, abaixo especificado, foi analisado e considerado **APROVADO** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em sua 84ª Reunião Ordinária, realizada em 15 de março de 2006.

Protocolo: nº 0629/2005

Projeto: O ENVELHECIMENTO NO MEIO RURAL: CONDIÇÕES DE VIDA, SAÚDE E APOIO DOS IDOSOS MAIS VELHOS DE ENCRUZILHADA DO SUL - RS

Pesquisadores: Rosalina Aparecida Partezani Rodrigues (Orientadora)
Eliane Pinheiro de Moraes (Doutoranda)

Em atendimento à Resolução 196/96, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,

Profª Drª Cléa Regina de Oliveira Ribeiro-
Coordenadora do CEP-EERP/USP

ANEXO C – Autorização da Prefeitura Município de Encruzilhada do Sul - RS para realização do estudo de base



Estado do Rio Grande do Sul

PREFEITURA MUNICIPAL DE ENCRUZILHADA DO SUL

OF.GAB.N. 213/05

Encruzilhada do Sul, 15 de agosto de 2005.

Prezadas Senhoras:

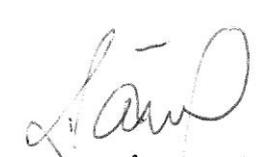
Ao cumprimentar-lhes cordialmente, vimos pelo presente em resposta ao seu ofício de 25.07.2005, parabenizá-las pela bela iniciativa da referida pesquisa, visto que, trata-se de um público que necessita de uma maior visibilidade para que possamos desenvolver atividades em prol dos mesmos.

Portanto, é com grande satisfação que autorizamos a realização da pesquisa, ora proposta.

Desde já, certos de termos atendido sua solicitação e no aguardo dos resultados da pesquisa, subscrevemo-nos.

Atenciosamente,


ARTIGAS TEIXEIRA DA SILVEIRA
PREFEITO MUNICIPAL


MARCO ANTÔNIO RASSIER
SECRETÁRIO DE SAÚDE

À ILMA.
ROSALINA A. PARTEZANI RODRIGUES
MD. ORIENTADORA DA EERP-USP

ANEXO D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido do estudo de base

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
 ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO
 DOUTORADO EM ENFERMAGEM FUNDAMENTAL

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu,.....informo que fui esclarecido, de forma clara e detalhada, livre de qualquer forma de constrangimento ou coerção que a pesquisa, “**O envelhecimento no meio rural: condições de vida, saúde e apoio dos idosos *mais velhos de Encruzilhada do Sul – RS***”, de autoria da enfermeira Eliane Pinheiro de Moraes, e sob a orientação da Professora Doutora Rosalina Aparecida Partezani Rodrigues, da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/Universidade de São Paulo, tem como objetivo coletar informações dos idosos *mais idosos* residentes no meio rural de Encruzilhada do Sul.

A justificativa para a realização deste estudo reside no fato de aprofundar o conhecimento sobre o processo de envelhecimento da população rural, fazendo um detalhamento das condições de vida, saúde e apoio, em particular da faixa etária que mais cresce dentro dos idosos, que são os mais velhos, ou seja, aqueles que tem mais de 80 anos. Este estudo oferecerá subsídios para adequação ou formulação de políticas públicas específicas para esta faixa da população.

A técnica para coleta das informações será através de entrevistas individuais, na residência dos idosos, cadastrados no Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), pelos agentes de saúde responsáveis pela área onde se encontram as residências. Os dados coletados, depois de analisados, poderão se divulgados e publicados, ficando a pesquisadora comprometida em apresentar o relatório final para os responsáveis pela gestão das políticas públicas em Encruzilhada do Sul.

Fui igualmente informado de que tenho, assegurado, o direito de:

- receber resposta a todas as dúvidas referentes ao andamento desta pesquisa;
- retirar meu consentimento, a qualquer momento, e deixar de participar do estudo sem constrangimento e sem sofrer nenhum tipo de represália;
- não ter a minha identidade revelada em momento algum da pesquisa.

Assinatura do entrevistado ou de seu representante indicado.

Data: ___/___/2006.

Nome da pesquisadora.: Eliane Pinheiro de Moraes
 Contato: Rua Eudoro Berlink, n 210 ap. 401
 Porto Alegre fone: 51- 33885416 ou 51-81369218

Orientadora: Rosalina Aparecida Partezani Rodrigues
 Fone: 16- 6023416 Ribeirão Preto/ São Paulo

ANEXO E - Carta de Aprovação da Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da UFRGS



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

CARTA DE APROVAÇÃO

Projeto: TCC 32/09
Versão 12/09

Pesquisadores: Eliane Pinheiro Morais, Francine Melo da Costa

Título: OPINIÃO DOS IDOSOS MAIS VELHOS DO MEIO RURAL SOBRE QUALIDADE DE VIDA.

A Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (COMPESQ), no uso de suas atribuições, avaliou e aprova este projeto em seus aspectos éticos e metodológicos. Os membros desta Comissão não participaram do processo de avaliação de projeto onde constam como pesquisadores. Toda e qualquer alteração deverá ser comunicadas à Comissão.

Porto Alegre, 09 de dezembro de 2009.

Anne Marie Weissheimer
Coordenadora da Comissão de Pesquisa UFRGS

Prof^a Dra Maria da Graça Crossetti
Coordenadora da COMPESQ