

FATORES ASSOCIADOS À QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS COM OSTEOPOROSE RESIDENTES NA ZONA RURAL

Factors associated to the quality of life for elderly people with osteoporosis, living at rural areas.

Factores asociados a la calidad de vida de ancianos con osteoporosis residentes en zonas rurales

Darlene Mara dos Santos Tavares¹ Nayara Cândida Gomes² Flavia Aparecida Dias³ Nilce Maria de Freitas Santos⁴

RESUMO

Inquérito domiciliar transversal que objetivou mensurar a qualidade de vida de idosos rurais com osteoporose e verificar seus fatores associados. Utilizaram-se os instrumentos: estruturados *World Health Organization Quality of Life-Bref* (WHOQOL-BREF) e *Health Organization Quality of Life Assessment for Older Adults* (WHOQOL-OLD). Procedeu-se análise descritiva, teste *t*-Student, Mann Whitney e regressão linear múltipla ($p < 0,05$). Predominou o perfil: sexo feminino, 60–70 anos, casada, 4–8 anos de estudo, renda de 1 salário mínimo, aposentados por idade, dona de casa, regular satisfação das necessidades, casa própria quitada e que moravam com o cônjuge. Os menores escores associaram-se ao maior número de morbidades, à ausência de escolaridade e à menor idade. Evidencia-se a necessidade de ações de acompanhamento e monitoramento das condições de saúde desta população, visando minimizar o impacto na qualidade de vida.

Palavras-chave: Enfermagem geriátrica. Osteoporose. Qualidade de vida. População rural.

Abstract

Cross-sectional household survey whose objective was to measure the quality of life of rural elderly with osteoporosis, and verify the factors associated to them. The Instruments used were: structured, World Health Organization Quality of Life-Bref (WHOQOL-BREF) and Health Organization Quality of Life Assessment for Older Adults (WHOQOL-OLD). We proceeded with a descriptive analysis, applying *t*-Student test, Mann Whitney test and multiple linear regression ($p < 0.05$). The predominance was composed by females, 60–70 years of age, married, 4–8 years of study, a minimum wage income, retired by age, a homemaker, satisfaction in meeting regular needs, full payout house owners living with their spouses. The lowest scores were associated to a greater number of morbidities, to the lack of education and to the minor age. This study put in evidence the need of actions, such as follow-up and monitoring the health of this population in order to minimize the impact on quality of life.

Keywords: Geriatric Nursing. Osteoporosis. Quality of Life. Rural Population.

Resumen

Pesquisa domiciliar transversal que tuvo como objetivo medir la calidad de vida de los ancianos rurales con osteoporosis y determinar los factores asociados. Los instrumentos utilizados fueron: estructurado, la calidad de la Organización Mundial de la Salud de la Vida-Bref (WHOQOL-BREF) y Calidad de la Salud Organización de Evaluación de la Vida de los Adultos Mayores (WHOQOL-OLD). Se realizó un análisis descriptivo, prueba *t* de Student, prueba de Mann Whitney y la regresión lineal múltiple ($p < 0,05$). El sexo femenino, 60–70 años, casado, 4–8 años de estudio, renda de un salario mínimo, la edad de jubilado, si es ama de casa, satisfacción regular de las necesidades, casa propia y si viven con su pareja. Los resultados más bajos se asociaron con un mayor número de morbilidades, la falta de educación y de menor edad. Este estudio resalta la necesidad de seguimiento y vigilancia de la salud de esta población con el fin de minimizar el impacto en la calidad de vida.

Palabras clave: Enfermería Geriátrica. Osteoporosis. Calidad de vida. Población Rural.

¹ Doutora em Enfermagem. Professora Associada do Departamento de Enfermagem em Educação e Saúde Comunitária do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Triângulo Mineiro. Uberaba-MG. Brasil. Email: darlenetavares@enfermagem.uftm.edu.br; ² Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Triângulo Mineiro. Uberaba-MG. Brasil. Email: nayarinha_gomes@hotmail.com; ³ Mestre em Atenção à Saúde. Professora Substituta do Departamento de Enfermagem em Educação e Saúde Comunitária do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Triângulo Mineiro. Uberaba-MG. Brasil. Email: flaviadias_ura@yahoo.com.br ; ⁴ Mestre em Atenção à Saúde pela Universidade Federal do Triângulo Mineiro. Limeira do Oeste-MG. Brasil. Email: nilcemfsantos@hotmail.com

INTRODUÇÃO

O envelhecimento humano apresenta especificidades na zona rural, pois tem particularidades históricas, socioculturais e ecológicas expressas em uma realidade própria. O ambiente rural preserva as redes sociais de parentesco, constitui laços com o espaço geográfico e com a memória local¹. Por outro lado, o acesso ao serviço de saúde pode estar comprometido, podendo repercutir na qualidade de vida (QV) do idoso.

A literatura científica acerca da QV de idosos com osteoporose residentes na zona rural, abordando ambos os sexos e utilizando os instrumentos específicos para esta faixa etária é escassa, evidenciando a necessidade de produzir conhecimento sobre esta população.

Nesta perspectiva, esta investigação tem a finalidade de contribuir para ampliar o conhecimento sobre esta temática, de maneira a subsidiar a formulação de ações e políticas públicas para os idosos com osteoporose residentes na zona rural. Desta forma, os objetivos do presente estudo foram caracterizar os idosos com osteoporose residentes na zona rural do município de Uberaba, Minas Gerais (MG), Brasil, segundo as variáveis socioeconômicas e demográficas; mensurar a QV dos idosos com osteoporose e verificar os fatores associados à QV desses idosos.

REVISÃO DA LITERATURA

O Brasil é o oitavo país em número de idosos, com cerca de 21 milhões de pessoas com 60 anos ou mais, representando 11,3%. No município de Uberaba, local em que será realizado este estudo, o percentual de idosos (12,1%) está acima da média nacional². Estima-se que para o ano de 2050 os idosos somarão dois bilhões de pessoas no mundo, residindo, em sua maioria, nos países em desenvolvimento³.

O envelhecimento populacional repercute em vários setores sociais, dentre eles a saúde, tendo em vista o aumento da frequência das doenças crônicas. Destaca-se a osteoporose, uma vez que se associa ao incremento da mortalidade e das dependências, tornando-se um crescente problema de saúde pública. A osteoporose é uma doença metabólica do tecido ósseo, caracterizada pela perda gradual de massa óssea, ocasionando a deterioração da microarquitetura tecidual, que se torna mais frágil e suscetível a fraturas. A maioria das mulheres após dez anos de menopausa diminui o seu ritmo de perda óssea. Já os homens são acometidos por outros mecanismos ligados ao envelhecimento humano, como a diminuição progressiva de calcitrol, diminuição da absorção intestinal de cálcio levando a um aumento do paratormônio e, conseqüentemente, a instalação da osteoporose⁴.

Uma das conseqüências desta doença pode ser a ocorrência de fraturas que diminuem a QV do idoso e afetam

sua capacidade de deambulação e de realização das atividades básicas, além de aumentarem a morbimortalidade⁴, conseqüentemente influenciando a QV⁵ e o bem-estar.

O conceito de QV, adotada nesta pesquisa, foi elaborado por um grupo de estudiosos apoiado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), a saber: *“percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”*^{6:1405}.

Concernente à relação entre QV e osteoporose, uma investigação realizada com mulheres idosas utilizando o instrumento 36-Item Short Form Health Survey (SF-36) obteve menores escores de QV relacionados aos aspectos físicos e emocionais. Já fazendo uso do Osteoporosis Assessment Questionnaire (OPAQ), o maior escore foi no domínio psicológico e o menor, no social⁷. Outro inquérito conduzido com mulheres predominantemente idosas observou maior impacto em dimensões consideradas relevantes nesta morbidades, como capacidade funcional, aspectos físicos, dor e saúde geral⁸.

METODOLOGIA

Esta pesquisa faz parte de um estudo analítico, transversal e observacional, desenvolvido na zona rural do município de Uberaba-MG, onde foram entrevistados 850 idosos cadastrados pela Estratégia Saúde da Família (ESF). Esta localidade está dividida em três distritos sanitários (DS) possuindo 100% de cobertura ESF, atendida por quatro equipes nas áreas de abrangências: Borgico/Calcário (DSII); Baixa/Capelinha (DSII), Santa Rosa (DSIII) e Ponte Alta/Peirópolis (DSI). Os dados foram coletados no período de julho de 2010 a março de 2011. A prevalência de osteoporose foi de 14,4%.

Para a presente investigação utilizaram-se os critérios de inclusão: ter 60 anos ou mais de idade; morar na zona rural no município de Uberaba-MG; concordar em participar da pesquisa, obter pontuação mínima na avaliação cognitiva e autorreferir osteoporose. Atenderam aos critérios estabelecidos 122 idosos.

Foram excluídos aqueles que não estavam presentes no domicílio por três vezes, conforme agendado entre entrevistador e idoso; não conseguiram se comunicar, ou seja, responder às perguntas; estavam internados no período de coleta dos dados; falecidos e que recusaram participar da pesquisa.

Antes de iniciar a entrevista foi realizada avaliação cognitiva com o idoso, procurando avaliar suas condições em responder às questões propostas. A avaliação cognitiva foi realizada por meio do Miniexame de Estado Mental (MEEM), traduzido e validado no Brasil. O escore do MEEM varia de 0 ponto, o qual indica o maior grau de comprometimento da cognição, até 30 pontos, o que corresponde à melhor capacidade cognitiva. Os pontos de corte foram: 13 para

analfabetos, 18 para 1 a 11 anos de estudo e 26 para acima de 11 anos^a.

Para caracterizar os idosos utilizou-se instrumento estruturado, baseado no questionário Older Americans Resources and Services (OARS), elaborado pela DUKE UNIVERSITY (1978), e adaptado à realidade brasileira. As variáveis estudadas foram: características socioeconômicas e demográficas: sexo, faixa etária, estado conjugal, escolaridade, arranjo domiciliar, renda individual, procedência de recursos financeiros, atividade profissional atual, razão de aposentadoria, autopercepção da situação econômica, moradia e arranjo de moradia; número de morbidades.

A QV foi avaliada pelos instrumentos WHOQOL-BREF e o WHOQOL-OLD, ambos validados no Brasil⁹⁻¹⁰.

O WHOQOL-BREF mensura a QV baseada em quatro domínios: físico (dor e desconforto, energia e fadiga, sono e repouso, mobilidade, atividades da vida cotidiana, dependência de medicação ou de tratamentos e capacidade de trabalho); psicológico (sentimentos positivos, pensar, aprender, memória e concentração, autoestima, imagem corporal e aparência, sentimentos negativos, espiritualidade, religião e crenças pessoais), relações sociais (relações pessoais, suporte [apoio] social, atividade sexual) e meio ambiente (segurança física e proteção, ambiente no lar, recursos financeiros, cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade, oportunidade de adquirir novas informações e habilidades, participação/oportunidades de recreação/lazer, ambiente físico: poluição, ruído, trânsito, clima e transporte)⁹.

Compõem o WHOQOL-OLD seis facetas: funcionamento dos sentidos (avalia o funcionamento sensorial e o impacto da perda das habilidades sensoriais na qualidade de vida); autonomia (refere-se à independência na velhice, descreve até que ponto se é capaz de viver de forma autônoma e tomar suas próprias decisões); atividades passadas, presentes e futuras (descreve a satisfação sobre conquistas na vida e coisas a que se anseia); participação social (participação em atividades cotidianas, especialmente na comunidade), morte e morrer (preocupações, inquietações e temores sobre a morte e morrer) e intimidade (avalia a capacidade de se ter relações pessoais e íntimas)¹⁰.

Para avaliação no número de incapacidade funcional para as atividades básicas da vida diária (ABVD) utilizou-se a Escala de Independência em Atividades da Vida Diária (Escala de Katz), elaborado por Katz (1963) e adaptado à realidade brasileira¹¹. Está constituída por seis itens que medem o desempenho do idoso nas atividades de autocuidado: tomar banho, vestir-se, banheiro, transferência, controle de esfíncteres, alimentação¹¹.

As incapacidades nas atividades instrumentais da vida diária (AIVD) foram avaliadas pela Escala de Atividades Instrumentais da Vida Diária elaborada por Lawton (1969) e adaptada à realidade brasileira¹². Ela avalia as habilidades do idoso para administrar o ambiente em que vive e inclui as

seguintes ações: preparar refeições, fazer tarefas domésticas, lavar roupas, manusear dinheiro, usar o telefone, tomar medicações, fazer compras e utilizar os meios de transporte¹².

Foi construído um banco de dados eletrônico, no programa Excel®; os dados coletados foram processados em microcomputador, por duas pessoas, em dupla entrada. Verificou-se a consistência dos dados entre os bancos; quando inconsistentes, retornou-se à entrevista original para correção. O banco de dados foi transportado para o *software* Statiscal Package for the Social Sciences (SPSS) para proceder à análise.

Os dados foram submetidos à análise descritiva por meio das frequências simples, média e desvio-padrão. Cada domínio do WHOQOL-BREF e faceta do WHOQOL-OLD foram analisados isoladamente, com seus escores calculados, empregando-se as sintaxes disponibilizadas pela OMS. O escore varia de 0 a 100, com o maior número correspondendo à melhor QV.

Na análise bivariada, preliminar, utilizaram-se os testes *t*-Student e Mann Whitney de acordo com a normalidade dos dados. As variáveis nominais foram recategorizadas, tornando-se dicotômicas: estado conjugal (sem ou com companheiro), escolaridade (sem ou com), renda (sem ou com), moradia (própria ou não), arranjo domiciliar (mora acompanhado ou não). Para as variáveis idade, número de morbidades e de incapacidades funcional foi utilizada correlação de Pearson. A magnitude da correlação foi interpretada em muito baixa ($r=0-0,25$), baixa ($r=0,26-0,49$), moderada ($r=0,5-0,69$), alta ($r=0,7-0,89$) e muito alta ($r=0,9-1,0$). Os testes foram considerados significativos quando $p<0,10$.

Incluíram-se no modelo de regressão linear múltipla, com escalonamento reverso (método Backward), apenas as variáveis que atenderam ao critério acima ($p<0,10$).

Consideraram-se como variáveis dependentes os escores de cada domínio e faceta da QV, individualmente, e, como predictoras, o estado conjugal; escolaridade; renda; moradia; arranjo domiciliar; idade, número de incapacidade funcional e de morbidades. Os testes foram considerados significativos quando $p<0,05$.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, protocolo No 1477. Os sujeitos desta pesquisa foram contatados nos domicílios, aos quais se apresentaram os objetivos, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e foram oferecidas as informações pertinentes. Somente após a anuência do entrevistado e assinatura do referido Termo, conduziu-se a entrevista.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A Tabela 1 apresenta as frequências observadas das diferentes variáveis socioeconômicas e demográficas dos idosos residentes na zona rural do Município de Uberaba-MG.

Verificou-se que a maioria dos idosos com osteoporose residentes na zona rural era do sexo feminino (81%). O predomínio do sexo feminino também foi observado em um

estudo no Canadá realizado em dois momentos, em 2001 (77,4%) e em 2003 (75,9%)¹³, apesar das especificidades demográficas destas regiões.

O sexo feminino é considerado um fator de risco para osteoporose devido ao ritmo acelerado de perda óssea relacionada aos distúrbios hormonais do climatério e à menopausa, período em que são verificadas alterações nos níveis de esteroides sexuais femininos⁴. Na atenção à mulher no período pré-menopausa, o enfermeiro deve abordar e esclarecer sobre a osteoporose e orientá-la a procurar o médico, visando assim o tratamento efetivo com qualidade.

O maior percentual de idosos com osteoporose estava entre 60 e 70 anos (54,6%), seguido por 70 e 80 anos (34,7%). Outra pesquisa realizada entre idosos com osteoporose residentes nas zonas rural e urbana apresentou maior percentual para a faixa etária 75-84 anos (42,5%)¹³.

Em sua maioria, os idosos com osteoporose eram casados (64,5%). Estes dados convergem com pesquisa realizada com idosos residentes na zona rural no Rio Grande do Sul em que 53,8% eram viúvas e viviam sem companheiro¹⁴, resultado também encontrado em outro estudo (44,7%), com destaque para o percentual quatro vezes maior de mulheres (81%) em relação aos homens (19%)⁵.

Um estudo demonstrou que as atividades realizadas pelo enfermeiro, no planejamento do cuidado, devem identificar se o idoso tem apoio familiar e social na atenção à sua saúde¹⁴. Ressalta-se que os idosos com osteoporose estão mais suscetíveis às fraturas que afetam sua funcionalidade, podendo levar ao óbito⁴.

Quanto à escolaridade predominou o tempo de estudo de 4-8 anos (37,2%), diferente da investigação realizada na zona rural com idosos sem osteoporose (33,3%)¹⁵. Porém, percentuais superiores foram obtidos entre mulheres com osteoporose na Espanha, que apresentaram escolaridade básica (55%)⁸.

Na presente pesquisa, a maioria são mulheres, o que, de certa forma, pode explicar a baixa escolaridade, uma vez que os homens idosos são, proporcionalmente, mais alfabetizados nesta faixa etária. Este fato decorre das características da sociedade e das políticas de educação prevalentes nas décadas de 1930 e 1940, quando o acesso de mulheres à escola era muito restrito¹⁴. Ademais, a baixa escolaridade pode ser atribuída, também, às dificuldades de acesso aos centros de ensino que as idosas enfrentaram quando jovens, ou pela necessidade da família em manter seus filhos em casa, para ajudar nas atividades rurais e serviços domésticos¹⁵.

A escolaridade pode interferir no aprendizado sobre o autocuidado e no entendimento das condutas terapêuticas. O enfermeiro deve atentar para a comunicação eficaz com o idoso e seus familiares, usando linguagem clara e objetiva sobre os cuidados necessários para melhoria na saúde dessa população.

O maior percentual de renda mensal individual foi de um salário mínimo (43,7%). No entanto, esse resultado diverge do encontrado em um estudo em que os idosos da zona urbana com osteoporose (14%) tinham maior poder aquisitivo¹⁶. O fato de o idoso com osteoporose residir no espaço rural, local nem sempre atendido por unidades de saúde pública, e ter baixa renda constitui-se em um desafio para as políticas públicas.

A renda é um fator que influencia no acesso dos idosos aos serviços de saúde, e, possivelmente na adesão de plano de saúde privado. Desta forma, há prejuízo para o diagnóstico precoce e dificuldade no uso de medidas preventivas, de controle e manejo da osteoporose¹⁶. Neste contexto, as ações em saúde pública devem ser adequadas às condições econômicas dos idosos, visando o tratamento efetivo e com qualidade.

Os recursos financeiros eram provenientes, predominantemente, de aposentadoria (48,8%). Uma pesquisa observou que a maior parte dos idosos recebem aposentadoria rural, provinda de aposentadoria por idade. A mulheres idosas recebem, também, pensões deixadas por seus cônjuges¹⁵.

Destaca-se que 41,4% dos idosos da amostra se aposentaram por idade. A baixa participação das mulheres no mercado de trabalho, até o passado recente, se reflete nas diferenças entre o perfil dos benefícios de aposentadoria recebidos. Enquanto 100% dos benefícios em manutenção, pagos a idosos do sexo masculino, referem-se à aposentadoria por idade, a maioria dos benefícios pagos às idosas, 61,5%, refere-se à pensão deixada por seus cônjuges¹⁵.

Quanto à atividade profissional, a maioria era dona de casa (68,6%), e 12,4% não exerciam nenhuma atividade profissional. Este fato pode estar relacionado ao predomínio de mulheres nesse estudo. Uma pesquisa realizada na Espanha com predomínio de idosas com osteoporose verificou que o maior percentual era de aposentadas (40%) ou donas de casa (45%)⁸. Verificou-se que as atividades das mulheres da zona rural estão circunscritas ao domicílio, vinculadas à sua organização e à preservação da saúde e da educação dos filhos¹⁴.

Em relação à satisfação para atender às necessidades básicas, 50,4% consideraram-na regular e 52% referiram situação econômica semelhante a outras pessoas da mesma idade. Esta situação pode estar relacionada com a baixa renda dos idosos desta investigação, que limita o acesso aos bens e serviços.

Em relação à moradia, 74,3% dos idosos referiram possuir casa própria, corroborando um estudo conduzido com idosos sem osteoporose residentes na zona rural (93,3%)¹⁵.

Concernente ao arranjo de moradia, 46,3% dos idosos moravam somente com o cônjuge; apenas 14% moravam sós. Percentuais superiores foram encontrados entre mulheres com osteoporose que viviam sós (23,3%), porém que residiam na zona urbana de Salamanca na Espanha⁸. Ressalta-se que, quanto maior o número de pessoas no domicílio, maior é a frequência de apoio afetivo aos idosos¹⁴.

O estudo da composição dos domicílios nos quais os idosos vivem é importante, uma vez que os outros familiares podem auxiliá-los no transporte, nos cuidados médicos e nos serviços domésticos, além da companhia e apoio emocional para ambas as partes⁵.

A autoavaliação da QV foi considerada pela maioria como boa (58,2%) seguida por nem boa e nem ruim (33,6%). Uma pesquisa realizada entre idosos na comunidade em Ribeirão Preto-SP observou que a osteoporose (36,2%) está entre as morbidades que mais interferem na QV⁵.

Quanto à autossatisfação com a saúde, 54,1% estavam satisfeitos e 26,2%, nem satisfeitos, nem insatisfeitos. Em relação à osteoporose, sabe-se que é geralmente assintomática⁴, fato este que pode contribuir para que os idosos sintam-se satisfeitos com a sua saúde.

Na Tabela 2 são apresentados os resultados dos escores de QV mensurados por meio dos instrumentos WHOQOL-BREF e WHOQOL-OLD, dos idosos residentes na zona rural do Município de Uberaba-MG.

O domínio de QV com maior escore, mensurado pelo WHOQOL-BREF, foram as relações sociais (72,81). O referido domínio avalia as relações pessoais e suporte social⁹; neste sentido, um alto escore neste domínio demonstra que os idosos da zona rural têm boas redes de apoio social.

O menor escore de QV foi para o meio ambiente (61,12). Este resultado sugere que os idosos com osteoporose sentem-se inseguros quanto ao espaço que residem, uma vez que este domínio avalia, entre outros fatores, a segurança física e proteção; ambiente no lar, recursos financeiros; cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade⁹. Além disso, a osteoporose causa fragilidade óssea, predispondo as pessoas às fraturas, gerando medo e insegurança em relação ao meio ambiente em que vivem¹⁷.

Sabe-se que o ambiente, para ser considerado propício e satisfatório para o idoso, deve oferecer segurança, ser funcional, proporcionar estímulo e controle pessoal, facilitar a interação social e favorecer a adaptação às mudanças e ser familiar.

A faceta do WHOQOL-OLD que apresentou maior escore para a QV foi a intimidade (73,92) que avalia a capacidade para as relações pessoais e íntimas¹⁰. Escore menor foi verificado em um estudo desenvolvido na zona rural com idosos (53,16%), porém sem osteoporose¹⁷.

Quanto aos menores escores de QV, estes foram obtidos nas facetas autonomia (66,85) e participação social (66,7). A faceta autonomia refere-se à capacidade do idoso em tomar suas próprias decisões¹⁰. Este resultado sugere que os idosos com osteoporose se sentem inseguros ao realizar atividades, pois as alterações na autonomia deles atuam sobre sua identidade como fator de limitação¹⁷. Com a diminuição da autonomia e da independência, o idoso sente dificuldade para realizar o autocuidado e tarefas do cotidiano, necessitando da ajuda de outros para a realização das atividades da vida diária.

Já em relação à participação social, sabe-se que, com o passar da idade, existe uma redução, pois as limitações próprias do envelhecimento fazem com que os idosos permaneçam mais tempo em casa junto à família, evitando atividades fora do domicílio¹⁸. Quando, aliada às alterações do processo de envelhecimento, há uma morbidade incapacitante, como a osteoporose, esse isolamento torna-se ainda mais evidente.

Para verificar os fatores associados à QV de idosos com osteoporose, realizou-se, inicialmente, a análise bivariada ($p < 0,1$). Destaca-se que nenhum idoso apresentou incapacidade funcional nas ABVDs. As variáveis que atenderam aos critérios estabelecidos, sendo inseridas no modelo multivariado, para cada domínio e faceta, encontram-se no modelo inicial de regressão na Tabela 3.

Na Tabela 3 são apresentados os resultados do modelo de regressão dos escores de QV mensurados por meio dos instrumentos WHOQOL-BREF e WHOQOL-OLD, de idosos residentes na zona rural do Município de Uberaba-MG.

Na análise multivariável, observou-se que a QV relacionada ao domínio físico apresentou como principal preditor de menores escores o maior número de morbidades ($p < 0,001$). A comorbidade e o agravamento da doença, com o avançar da idade, devem ser avaliados por especialistas da área e podem mudar o cotidiano do idoso, pois a osteoporose, quando não tratada, aumenta o risco de fraturas. Sabe-se que as fraturas geram dor, desconforto e podem diminuir a capacidade para o trabalho e para as atividades diárias¹⁷.

No domínio psicológico os menores escores estiveram relacionados à ausência de escolaridade ($p = 0,001$) e ao maior número de morbidades ($p = 0,029$). O preditor que mais contribuiu para os menores escores de QV neste domínio foi a ausência de escolaridade ($\beta = -0,301$). A ausência de escolaridade pode estar contribuindo para dificuldades de aprendizado, memorização e concentração, avaliados neste domínio⁹. Além disso, o maior número de doenças pode interferir nos sentimentos positivos, também avaliados neste domínio⁹, considerando que as morbidades associadas podem intervir no cotidiano do idoso, prejudicando suas atividades diárias.

O domínio meio ambiente apresentou menores escores de QV associados à ausência de moradia própria ($p = 0,013$) e ao maior número de morbidades ($p = 0,001$), sendo esse o preditor mais forte ($\beta = -0,288$). No que concerne à moradia o impacto sobre a QV pode estar relacionado às questões referentes ao ambiente no lar, segurança física e proteção, aspectos estes estudados neste domínio⁹. Deve-se oferecer condições necessárias para a segurança do idoso, pois o conjunto de alterações estruturais e funcionais do organismo que se acumulam de forma progressiva, especialmente em função da idade, prejudica o desempenho de habilidades motoras,

dificultando a adaptação da pessoa ao meio ambiente e desencadeando modificações de ordem psicológica e social¹, devido à maior propensão às quedas e fraturas que podem contribuir para um sentimento de insegurança. Considerando o ambiente como fator determinante na saúde, a habitação se constitui em um espaço de construção da saúde e consolidação do seu desenvolvimento. Deste modo, a ausência de moradia própria pode trazer insegurança ao idoso. Devem ser considerados também os recursos financeiros, avaliados no domínio meio ambiente⁹, observando-se a baixa renda apresentada pelos idosos do presente estudo e sabendo-se que o idoso com polimorbidades necessita de tratamento medicamentoso constante, o que muitas vezes é dificultado por esta baixa renda, além do custo das adaptações no lar que eles também necessitam.

Na faceta funcionamento dos sentidos, o maior número de morbidades apresentou-se como preditor de menores escores QV ($p=0,009$). A faceta funcionamento dos sentidos avalia as perdas na audição, paladar, visão, ato e olfato com possíveis repercussões na vida diária do idoso; verifica também a interferência na participação em atividades familiares e sociais e na habilidade de interagir com outras pessoas¹⁰. Neste sentido, é compreensível que um número acentuado de morbidades cause impacto negativo nesta faceta, pois os idosos passam a ter maiores dificuldades na interação com outras pessoas por causa das limitações delas oriundas. Deste modo, é relevante que os profissionais de saúde sejam capazes de identificar as alterações nos sentidos esperadas com o processo de envelhecimento, diferenciando-as daquelas patológicas que devem ser encaminhadas às especialidades.

Na faceta autonomia, permaneceu como preditor o maior número de morbidades ($\beta=-0,222$; $p=0,014$). A comorbidade e o agravamento da doença com o avançar da idade podem mudar o cotidiano do idoso. A osteoporose, quando não tratada, aumenta o risco de fraturas, que geram dor, desconforto e diminuem sua capacidade para o trabalho e para as atividades diárias. Isso pode gerar um sentimento de dependência e interferir na maneira de agir e de resolver problemas do idoso que estará se sentindo inseguro, pois a diminuição da sua autonomia atua sobre sua identidade como fator de limitação¹⁷.

Na faceta atividades passadas, presentes e futuras, os menores escores estiveram relacionados ao maior número de morbidades ($p=0,012$). Esta faceta descreve a satisfação com as conquistas ocorridas no decorrer da vida e com objetivos a que se anseia¹⁰. Sentir que tem o controle de sua vida dá ao idoso a possibilidade de fazer projeções para o futuro¹⁸, tornando-o mais esperançoso e feliz, melhorando, assim, a sua QV. Porém, o idoso com osteoporose corre maior risco de sofrer quedas e fraturas, o que gera um sentimento de dependência e insegurança,

que interfere nas atividades presentes e torna-os descrentes com as atividades futuras.

Na faceta participação social, os menores escores estiveram relacionados ao maior número de morbidades ($p=0,001$). Um estudo verificou que os idosos apontam a velhice como veículo possibilitador de alterações da saúde que os impedem de realizar atividades antes prazerosas, e colocam que a ocorrência de doenças é o fator que mais impede a realização destas atividades¹.

As pessoas idosas, que estão bem integradas às suas famílias e ao seu meio social, têm maiores chances de sobrevivência, além de concentrar melhor a capacidade de se recuperar das doenças, de forma que o isolamento social é importante fator de risco para a morbidade e mortalidade. A saúde de cada membro familiar afeta a dinâmica familiar que, por sua vez, influencia cada pessoa¹.

O comprometimento da participação social denota a necessidade de desenvolver estratégias que estimulem a independência e a articulação de ações junto à sociedade, contribuindo para a implementação de atividades sociais direcionadas a essa população¹⁷. Os profissionais de saúde devem discutir com os idosos os interesses e as oportunidades de recreação/lazer existentes na localidade, além da possibilidade de estruturação de novas atividades. Assim, estimula-se a aquisição de novas informações e habilidades; valorizam-se as existentes, e oportuniza-se a interação social.

A equipe de saúde deve programar ações, como educação em saúde, intervenção clínica e motivação diária, direcionadas ao idoso com osteoporose, visando minimizar o impacto da doença na sua QV, considerando suas dificuldades e limitações. Deve desenvolver ações que possibilitem ao idoso conviver com a doença e adotar medidas preventivas que lhe proporcionem maior segurança, capacidade de realização nas atividades, sentimentos positivos, busca de novas realizações e a maior participação social.

Na faceta morte e morrer permaneceram como preditores de menores escores a ausência de companheiro ($p=0,013$) e a menor idade ($p=0,005$). A faceta morte e morrer relaciona-se a preocupações, inquietações e temores diante da morte e do morrer¹⁰. Sabe-se que a morte constitui um processo natural da vida humana, juntamente com o envelhecer, porém nem sempre essa realidade é aceita¹⁸. Considerando o predomínio de idosos com 60-70 anos nesta investigação, salienta-se que aqueles mais jovens podem ainda não ter percebido o significado da sua existência¹⁸ ou estar em momento de adaptação das alterações psicossociais desta etapa da vida que podem impactar negativamente esta faceta. Já em relação aos idosos sem companheiro, este fato pode estar inferindo na menor QV, no sentido de que se sentem sós neste momento, não tendo com quem dividir suas inquietações e temores.

Tabela 1. Distribuição de frequência das variáveis socioeconômicas e demográficas dos idosos. Uberaba, 2011.

Variáveis		N	%
Sexo	Masculino	23	19
	Feminino	98	81
Faixa etária (em anos)	60 – 70	66	54,6
	70 – 80	42	34,7
	80 ou mais	13	10,7
Estado conjugal	Nunca se casou/morou com companheiro	6	5
	Viúvo	31	25,5
	Separado/desquitado/divorciado	6	5
	Casado	78	64,5
Escolaridade (em anos)	Nenhum	29	24
	1 – 4	41	33,8
	4 – 8	45	37,2
	8 anos	3	2,5
	9 e mais	3	2,5
Renda individual (em salários mínimos)	Nenhuma	24	19,8
	< 1	7	5,8
	1	53	43,7
	1 – 3	29	24
	3 – 5	6	5
Renda proveniente	5 e mais	2	1,7
	Aposentadoria	59	48,8
	Pensão	20	16,5
	Renda/ aluguel	2	1,7
	Trabalho contínuo (formal ou não)	6	4,9
	Trabalho eventual	3	2,5
	Sem rendimento próprio	12	9,9
	Aposentadoria e pensão	8	6,6
	Aposentadoria e trabalho contínuo	6	4,9
	Aposentadoria e renda/aluguel	2	1,7
	Pensão e renda/aluguel	1	0,8
Razão da aposentadoria	Não exerce	2	1,7
	Tempo de serviço	17	14
	Idade	50	41,4
	Problema de saúde	12	9,9
Atividade profissional	Não se aposentou	42	34,7
	Empregada doméstica	1	0,8
	Dona de casa	83	68,6
	Trabalhador rural	10	8,3
	Profissional liberal	1	0,8
	Agricultor	2	1,7
	Outros	9	7,4
	Não exerce	15	12,4
Satisfação necessidades	Mal	22	18,2
	Regular	61	50,4
	Bom	38	31,4
Situação econômica	Pior	18	14,9
	Igual	63	52
	Melhor	34	28,1
	Ignorado	6	5
Moradia	Própria, quitada	90	74,3
	Própria, paga restação	2	1,7
	Estranho – paga aluguel	4	3,3
	Cedida – sem aluguel	25	20,7
Arranjo de moradia	Só (ninguém mais vive permanentemente junto)	17	14
	Somente com o cônjuge	56	46,3
	Com outros de sua geração	11	9,1
	Com filhos	26	21,5
	Com netos	7	5,8
	Outros arranjos	4	3,3

Tabela 2. Distribuição dos escores de qualidade de vida dos idosos com osteoporose, WHOQOL-BREF e WHOQOL-OLD. Uberaba, 2011.

Escores de qualidade de vida	Média	Desvio-padrão	Mediana	Valor mínimo	Valor máximo
WHOQOL-BREF					
Físico	62,3	15,41	64,29	25	96,43
Psicológico	66,49	12,72	70,83	20,83	95,83
Relações sociais	72,81	14,21	75	25	100
Meio ambiente	61,12	12,36	62,5	25	96,88
WHOQOL-OLD					
Funcionamento dos sentidos	70,13	24,3	75	12,5	100
Autonomia	66,85	17,16	68,75	6,25	100
Atividades pas., pres., futuras	69,26	11,52	71,88	31,25	93,75
Participação social	66,7	11,88	68,75	31,25	93,75
Morte e morrer	70,13	27,15	75	0	100
Intimidade	73,92	17,06	75	18,75	100

Tabela 3. Modelo de regressão dos escores de qualidade de vida do WHOQOL-BREF e WHOQOL-OLD, da população estudada. Uberaba, 2011.

	<i>Modelo inicial</i>		<i>Modelo final</i>	
	β padronizado*	<i>p</i>	β padronizado*	<i>p</i>
WHOQOL-BREF				
<i>Físico</i>				
Ausência de escolaridade	0,172	0,027	0,2	0,01
Morbidades	-0,461	<0,001	-0,502	<0,001
Incapacidade funcional para AMD	-0,154	0,054	-	-
<i>Psicológico</i>				
Ausência de escolaridade	0,252	0,005	0,301	0,001
Ausência de moradia	0,153	0,08	-	-
Morar só	0,116	0,175	-	-
Morbidades	-0,209	0,016	-0,191	0,029
<i>Meio ambiente</i>				
Ausência de moradia	0,216	0,013	0,216	0,013
Morbidades	-0,288	0,001	-0,288	0,001
WHOQOL-OLD				
<i>Funcionamento dos sentidos</i>				
Morbidade	-0,209	0,027	-0,236	0,009
Incapacidade funcional para AMD	-0,092	0,327	-	-
<i>Autonomia</i>				
Ausência de escolaridade	0,115	0,205	-	-
Morbidades	-0,201	0,028	-0,222	0,014
<i>Atividades passadas, presentes e futuras</i>				
Ausência de companheiro	0,159	0,109	-	-
Morar só	0,116	0,242	-	-
Morbidades	-0,226	0,011	-0,228	0,012
<i>Participação social</i>				
Ausência de companheiro	0,102	0,259	-	-
Ausência de escolaridade	0,089	0,323	-	-
Morbidades	-0,244	0,008	-0,3	0,001
Incapacidade funcional para AMD	-0,11	0,248	-	-
<i>Morte e morrer</i>				
Ausência de companheiro	0,225	0,013	0,225	0,013
Idade	0,257	0,005	0,257	0,005

CONCLUSÃO

Os menores escores no domínio meio ambiente e facetas autonomia e participação social evidenciam a necessidade de estabelecer medidas conjuntas entre profissionais de saúde, idosos e familiares para possível adaptação do ambiente.

Além disso, faz-se necessário buscar estratégias que proporcionem reflexão sobre a manutenção da autonomia do idoso. Ressalta-se, ainda, que os serviços de saúde podem estabelecer parcerias e ações intersectoriais com intuito de ampliar as oportunidades de participação social do idoso em atividades comunitárias, no espaço rural.

Acerca dos fatores associados aos menores escores de QV, devem ser implementadas ações de acompanhamento e monitoramento das condições de saúde desta população, visando minimizar o impacto das comorbidades e possíveis complicações no seu cotidiano.

Ressalta-se como limitação do presente estudo o fato de a osteoporose ser autorreferida, podendo sua frequência ser subestimada.

REFERÊNCIAS

- Freitas MC, Queiroz TA, Sousa JAV. O significado da velhice e da experiência de envelhecer para os idosos. *Rev Esc Enferm USP*. 2010; 44(22): 407-12.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística- IBGE. Síntese de Indicadores Sociais. Uma análise das condições de vida da população brasileira- 2010. Rio de Janeiro; 2010 [citado 2010 dez 2]. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicao_de_vida/indicadores_minimos/sintese_indicadores_2010/default_tab.shtm
- Ministério da Saúde (BR) Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília(BR); 2007.
- Yazbek MA, Marques Neto JF. Osteoporose e outras doenças metabólicas no idoso. *Einsten*. 2008; 6 (supl 1): S74-S8.
- Pedrazzi EC, Rodrigues RAP, Shiaveto FV. Morbidade referida e capacidade funcional de idosos. *Cienc Cuid Saude*. 2007; 6(4): 407-13.
- The WHOQOL Group. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the world health organization. *Soc Sci Med*. 1995; 41 (10): 1403-09.
- Lemos MCD, Miyamoto ST, Valim V, Natour J. Qualidade de vida em pacientes com osteoporose: correlação entre OPAQ e SF-36. *Rev Bras Reumatol*. 2006; 46(5): 323-28.
- Aranha LLMI, Mirón CIAI, Alonso SMI, Del Pino MJ, Sáenz GMCI. Qualidade de vida relacionada à saúde em espanholas com osteoporose. *Rev Saude Publica*. 2006; 40(2): 298-303.

9. Fleck MPA, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida WHOQOL-bref. *Rev Saude Publica*. 2000; 34(2): 178-83.

10. Fleck MP, Chachamovich E., Trentini CM. Development and validation of the Portuguese version of the WHOQOL-OLD module. *Rev Saude Publica*. 2006; 40(5): 308-16.

11. Lino VTS, Pereira SRM, Camacho LAB, Filho STR, Bukman S. Adaptação transcultural da Escala de Independência em Atividades de Vida Diária (Escala de Katz). *Cad Saude Publica*. 2008; 24(1): 103-12.

12. Santos RL, Virtuoso Junior JS. Confiabilidade da versão brasileira da escala de atividades instrumentais de vida diária. *Rev Bras Promoc Saude*. 2008; 21(4): 290-96.

13. Dagenais P, Vanasse MD, Courteau J, Orzanco MG, Asghari S. Disparities between rural and urban areas for osteoporosis management in the province of Quebec following the Canadian 2002. *J Eval Clin Pract*. 2010; 16(3): 438-44.

14. Pinto JLG, Garcia ACO, Bocchi SCM, Carvalhaes MA. Características do apoio social oferecido a idosos de área rural assistida pelo PSF. *Cienc Saude Colet*. [on-line]. 2006; [citado 2010 out 20]; 11(3): 753-64. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo>

15. Tonezer C. Idosos rurais de Santana da Boa Vista – Rio Grande do Sul: efeitos da cobertura previdenciária [dissertação de mestrado]. Porto Alegre: Faculdade de Ciências Econômicas/ UFRGS; 2009.

16. Colet CF, Mayorga P, Amador TA. Utilização de medicamentos por idosos inseridos em grupos de convivência do município de Porto Alegre/RS/Brasil. *Lat Am J Pharm*. 2008; 27(3): 460-67.

17. Fonseca MGUP, Firmo JOA, Loyola Filho AI, Uchoa E. Papel da autonomia na auto-avaliação da saúde do idoso. *Rev Saude Publica*. 2010; 44(1): 159-65.

18. Faller JW, Melo WA, Versa GLGS, Marcon SS. Qualidade de vida de idosos cadastrados na Estratégia Saúde da Família de Foz do Iguaçu. *Esc Anna Nery*. 2010; 14(4): 803-10.

NOTA

^aBertolucci PHF, Brucki SMD, Campacci SR, Yara I.O minixame do estado mental em uma população geral: impacto da escolaridade. *Arq Neuropsiquiatr*. 1994; 52(1): 1-7.

Recebido em 20/04/2011
Reapresentado em 19/10/2011
Aprovado em 02/02/2012