

Fatores associados à qualidade de vida dos idosos octogenários da zona rural de Uberaba/MG

Factors associated with life quality of the octogenarian elderly in the rural area

Ana Luisa Zanardo Buso¹ , Dayane Aparecida Viana² , Lilane Maria da Silva Alves¹ ,
Flávia Aparecida Dias¹ , Daniel Vicentini de Oliveira³ , Mateus Dias Antunes³ ,
Leiner Resende Rodrigues¹ , Darlene Mara dos Santos Tavares¹ 

¹Universidade Federal do Triângulo Mineiro - Uberaba (MG), Brasil.

²Departamento de Gerontologia, Universidade Estadual de Campinas - Campinas (SP), Brasil.

³Departamento de Promoção da Saúde, Centro Universitário de Maringá - Maringá (PR), Brasil.

Como citar: Buso ALZ, Viana DA, Alves LMS, Dias FA, Oliveira DV, Antunes MD et al. Fatores associados à qualidade de vida dos idosos octogenários da zona rural de Uberaba/MG. Cad Saúde Colet, 2020;28(2):231-240. <https://doi.org/10.1590/1414-462X202000020193>

Resumo

Introdução: A longevidade pode ser acompanhada de diversos fatores que interferem negativamente na qualidade de vida (QV) dos idosos e torna-se necessário investigar quais são estes fatores na zona rural.

Objetivo: Identificar os fatores associados à QV de idosos octogenários da zona rural de Uberaba-MG.

Método: Estudo transversal com 74 idosos octogenários residentes na zona rural que foram avaliados quanto ao perfil sociodemográfico, número de morbidades, qualidade de vida e funcionalidade. A análise dos dados foi conduzida por meio dos testes *t-Student*, correlação de *Pearson* e a Regressão linear múltipla ($p < 0,05$).

Resultados: No domínio físico da QV, os menores escores relacionaram-se ao maior número de morbidades e de incapacidade funcional nas atividades instrumentais de vida diária.

Conclusão: Os menores escores de QV em idosos octogenários da zona rural de Uberaba-MG estão associados ao maior número de morbidades e de incapacidade funcional.

Palavras-chave: envelhecimento; atividade motora; promoção da saúde.

Abstract

Background: The longevity can be followed by several factors that interfere negatively in the life quality (LQ) of the elderly, for this reason it is necessary to investigate which are these factors in the rural area.

Objective: To identify the factors associated with QoL of octogenarian elderly in the rural area of Uberaba-MG. **Method:** A cross-sectional study with 74 octogenarian elderly living in the rural area was carried out. The sociodemographic profile, number of morbidities, quality of life and functionality were evaluated. Data analysis was performed using Student's t-tests, Pearson's correlation and Multiple linear regression ($p < 0.05$).

Results: In the physical domain of LQ, the lowest scores were related to the greater number of morbidities and functional inability in the instrumental activities of daily living.

Conclusion: The lower LQ scores in the octogenarian elderly in the rural area of Uberaba-MG are associated with greater morbidity and functional disability.

Keywords: aging; motor activity; health promotion.



Este é um artigo publicado em acesso aberto (*Open Access*) sob a licença *Creative Commons Attribution*, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições desde que o trabalho original seja corretamente citado.

Trabalho realizado na zona rural do município de Uberaba-MG, dividida em três Distritos Sanitários (Ponte Alta/Peirópolis, Baixa/Capelinha e Borgico/Calcário e Santa Rosa).

Correspondência: Daniel Vicentini de Oliveira. E-mail: d.vicentini@hotmail.com

Fonte de financiamento: nenhuma.

Conflito de interesse: nada a declarar.

Recebido em: Out. 27, 2017. Aprovado em: Jun. 11, 2019

INTRODUÇÃO

O expressivo aumento gradual das pessoas com 60 anos ou mais já é uma realidade vivenciada por vários países. Segundo estudo realizado, o envelhecimento populacional brasileiro cresceu 700% de 1960 a 2008¹. As projeções para 2035 sugerem que o Brasil será a sexta população no mundo em número de idosos². De acordo com dados do Instituto Brasileiro de Geografia Estatística (IBGE), ocorre incremento importante nas faixas etárias a partir de 70 anos, sendo que aqueles com 80 anos ou mais representam 5,1% da população total³. Os idosos classificados em jovens são aqueles que apresentam idade entre 60 e 79 anos, e idosos octogenários, ou também chamados de idosos longevos, os que possuem 80 anos ou mais⁴.

Tendo-se em vista o aumento dessa população, foram realizados estudos relacionados à temática de idosos longevos no Brasil. Em um inquérito realizado na zona urbana de Uberaba-MG, encontrou-se que as idosas apresentavam mediana de 84 anos, variando de 80 a 101 anos, sendo a maioria viúva e sem escolaridade⁴. A maioria dos trabalhos tem sido desenvolvida em municípios de médio e grande porte, e é questionado como o processo de envelhecimento ocorre na zona rural, ou seja, locais com menos de 25.000 habitantes⁵. Este fato denota a necessidade de desenvolver o conhecimento científico no espaço rural relacionado a esta população.

No Brasil, por volta de 1940, a população rural era composta por 68,8% do total, enquanto que em 1980 esse valor correspondia a 32,4%, evidenciando uma mudança significativa na composição social. Ainda hoje se tem uma sociedade predominantemente urbana e em intenso processo de envelhecimento populacional, que, devido à migração, tem incorporado problemas como pobreza e solidão. As diferenças entre as zonas urbana e rural, em especial, no que se refere às carências estruturais básicas, são questões que podem interferir na saúde e na qualidade de vida dos idosos⁶.

Contudo, são poucos os estudos encontrados com essa temática. Um dos estudos encontrados foi realizado na zona rural com idosos mais velhos e mostrou que, além de apresentarem maior vulnerabilidade a doenças e incapacitantes, têm dificuldades de acesso aos serviços de saúde causadas pela distância da sua localização geográfica, menores níveis educacionais e econômicos e isolamento social, deixando-os mais suscetíveis a adoecer⁷.

Nesse sentido, a senescência no contexto rural brasileiro é uma temática pouco estudada, a priori afastada dos olhares da sociedade e de pesquisadores por ser considerada uma realidade particular, de pouca importância, haja vista que a população idosa rural no Brasil foi estimada em 15,7% contra os 84,3% da zona urbana⁸.

Em consequência da pouca visibilidade, o cenário da vida longa no campo perpassa pelo senso comum, pelo imaginário social, visão deturpada da realidade e com prevalência de concepções estigmatizadas. Em relação ao acesso à saúde e à assistência dos serviços de saúde para residentes idosos do meio rural, estima-se que sejam difíceis por características relativas ao acesso, à renda e ao próprio hábito dos idosos em procurar assistência curativa/terapêutica e não preventiva. Como consequência, pode haver o agravamento das condições de saúde e qualidade de vida desses idosos⁹.

A população longeva que cresce a cada dia precisa ser estudada com mais profundidade; portanto, conhecer quais são os fatores que estão associados à qualidade de vida dos idosos octogenários, principalmente os que estão na zona rural, que têm dificuldade de acesso a diversas atividades e serviços, se torna algo muito relevante. Por isso, o objetivo deste estudo foi identificar os fatores associados à qualidade de vida de idosos octogenários, residentes na zona rural de Uberaba-MG.

MÉTODO

A pesquisa faz parte de um estudo maior, tipo inquérito domiciliar, analítico, transversal e observacional. O estudo foi desenvolvido na zona rural do município de Uberaba-MG, dividida em três Distritos Sanitários (DS), os quais possuem cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) conforme as seguintes áreas de abrangência: Ponte Alta/Peirópolis (DSI), Baixa/Capelinha e Borgico/Calcário (DSII), Santa Rosa (DSIII).

Participaram deste estudo os idosos residentes na zona rural do município de Uberaba-MG, cadastrados pelas ESF, que atenderam aos critérios de inclusão. De acordo com as listas oferecidas por cada ESF, os idosos da zona rural totalizavam 1.297 indivíduos em junho de 2010.

Foram considerados como critérios de inclusão: ter 80 anos ou mais de idade; residir na zona rural do município de Uberaba-MG; não possuir declínio cognitivo e aceitar participar do estudo. Como critérios de exclusão: não obter pontuação mínima na avaliação cognitiva; ter mudado de endereço; estar hospitalizado, ter ido a óbito; não ser encontrado na residência após três tentativas do entrevistador ou recusar participar da pesquisa. Deste modo, participaram 74 idosos.

As entrevistas foram realizadas por quatorze entrevistadores devidamente orientados e treinados quanto à maneira de abordar o entrevistado, o preenchimento correto do instrumento e sobre as questões éticas relacionadas à pesquisa. Os entrevistadores tiveram como referencial as listas oferecidas pelas ESFs contendo o nome e endereço dos idosos, dessa maneira, os instrumentos foram aplicados (preferencialmente) na residência do idoso.

Com o intuito de preservar a fidedignidade das respostas, as perguntas foram direcionadas aos idosos conforme descrito nos instrumentos e, caso não ocorresse compreensão pelo idoso ou tenha ocorrido dúvida, pôde-se repetir a pergunta sem modificar o seu conteúdo. Se as perguntas não fossem respondidas por não quererem ou não saberem, era colocado o código (99) como resposta.

Posteriormente as entrevistas foram revisadas por supervisores de campos, os quais verificaram questões incompletas e inconsistência de respostas. Caso fosse necessário, a entrevista era devolvida ao entrevistador para que o preenchimento fosse adequado.

Foram utilizados, no total, seis instrumentos para a coleta dos dados. O Mini Exame do Estado Mental (MEEM) teve como finalidade a avaliação cognitiva do idoso. O MEEM foi traduzido e validado no Brasil e é composto por questões referentes a orientação, memória imediata e de evocação, concentração, cálculo, linguagem e domínio espacial. O escore do MEEM varia de 0 a 30 pontos e o ponto de corte será considerado de acordo com a escolaridade do idoso: 13 para analfabetos, 18 para 1 a 11 anos de estudo e 26 para acima de 11 anos¹⁰.

O Índice de Katz foi validado no Brasil¹¹ e foi utilizado neste estudo para avaliar as habilidades de autocuidado e a capacidade funcional do idoso referente à realização de atividades básicas de vida diária (ABVD), sendo composto por sete itens.

A Escala de Lawton e Brody, também foi utilizada. Composta por nove itens que avaliam a capacidade funcional do idoso quanto ao desempenho de atividades instrumentais da vida diária (AIVD), foi validada no Brasil e utilizada para avaliar a capacidade do idoso em realizar a AIVD sem ajuda, com ajuda parcial ou se não consegue realizar¹². Neste estudo, foi considerada como incapacidade funcional quando o idoso referiu não conseguir realizar a atividade.

Para a QV, foram utilizados os instrumentos: World Health Organization Quality of Life – BREF (WHOQOL-BREF)¹³ e World Health Organization Quality of Life Assessment for Older Adults (WHOQOL-OLD), ambos foram validados no Brasil¹⁴. O WHOQOL-BREF contempla os domínios físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente¹⁵ e o WHOQOL-OLD, as facetas de funcionamento dos sentidos, autonomia, atividades passadas, presentes e futuras, participação social, morte e morrer e intimidade¹⁴. Cada domínio do WHOQOL-BREF e faceta do WHOQOL-OLD foram analisados isoladamente, com seus escores calculados de acordo com as sintaxes disponibilizadas pela Organização Mundial de Saúde. O escore varia de 0 a 100 e o maior número corresponde a maior QV.

Em relação ao perfil sociodemográfico e econômico, foram abordados: sexo (masculino ou feminino); faixa etária, em anos (60-70, 70-80 e 80 ou mais); estado conjugal (nunca se casou ou morou com companheiro(a); mora com esposo(a) ou companheiro(a); viúvo(a); separado(a), desquitado(a) ou divorciado(a), ignorado); escolaridade, em anos de estudo (analfabetos, 1-8, 8, 9 ou mais); renda individual mensal, em salários mínimos (sem renda, < 1 salário, 1 salário, 1-3 salários, 3-5 salários, > 5 salários); situação econômica (mal, regular, bom); moradia (própria/quitada; própria/paga prestação, é de parente/paga aluguel, é de estranho/paga aluguel, cedida/sem aluguel, asilo); arranjo de moradia (vive só, somente com cuidador profissional, somente com o cônjuge, com filhos, com netos, outros

arranjos); razão da aposentadoria (tempo de serviço, idade, problema de saúde, não se aposentou). A autopercepção da saúde foi avaliada atualmente (péssima, má, regular, boa, ótima), comparada à de 12 meses atrás (pior, igual, melhor) e comparada a outras pessoas (pior, igual, melhor).

As morbidades investigadas foram autorreferidas: reumatismo, artrite/artrose, osteoporose, asma/bronquite, tuberculose, embolia, pressão alta, varizes, problemas cardíacos, diabetes, obesidade, derrame, Parkinson, incontinência urinária, incontinência fecal, prisão de ventre, problemas para dormir, catarata, glaucoma, problemas de coluna, problema renal, seqüela acidente/trauma, tumores malignos, tumores benignos, problemas de visão e outros. Avaliou-se ainda o número de morbidades (0, 1-4, 4-7, 7 ou mais) e foram questionados.

O projeto que decorre deste estudo teve aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, sob protocolo Nº 1477. Os sujeitos desta pesquisa, ao serem contatados nos domicílios, foram informados quanto aos objetivos e Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e foram oferecidas as informações necessárias. Somente após a anuência do entrevistado e assinatura do referido Termo, conduziu-se a entrevista. A Secretaria Municipal de Saúde de Uberaba autorizou a coleta de dados em parceria com a ESF.

Todas as análises foram realizadas no software SPSS v.22.0. A análise da normalidade dos dados foi realizada por meio do teste de normalidade de Kolmogorov Smirnov. Como os dados apresentaram distribuição normal, foram utilizados a média e o desvio padrão como medidas descritivas. Foi utilizado o teste t de Student independente para a comparação da qualidade de vida em função do estado conjugal, escolaridade, renda, moradia e arranjo domiciliar. Foi utilizado o coeficiente de correlação de *Pearson* para verificar a correlação do número de morbidades e de incapacidade funcional com os domínios de qualidade de vida. No modelo de regressão linear múltipla, com escalonamento reverso (método Backward), foram incluídas as variáveis que apresentaram $p < 0,10$ nos testes anteriores. Neste modelo multivariado, o nível de significância (α) foi de 95%.

RESULTADOS

A tabela 1 apresenta os dados sociodemográficos dos idosos octogenários. Verificou-se que a maioria dos idosos octogenários era do sexo masculino (58,1%), casada ou morava com companheira (52,7%), não tinha escolaridade (50%), possuía renda até um salário mínimo mensal (75,7%) e residia em casa própria e quitada (74,3%).

Da totalidade de idosos entrevistados, 44,6% considerou sua saúde regular enquanto 39,2% relatou ter saúde "boa". Quando comparada a saúde atual com a de 12 meses atrás, 44,6% descreveram a mesma situação de saúde e, ao compararem a sua saúde com a de outras pessoas da mesma idade, observou-se que 50% dos idosos referiram sua saúde melhor que a dos demais.

A hipertensão arterial foi a mais citada pelos idosos (70,2%), seguida por Problemas de Visão (56,8%) e Problemas de Coluna (54,1%). Na avaliação da capacidade funcional dos idosos nas ABVD, apenas 1,4% dos entrevistados eram incapazes de realizar alguma atividade e 98,6% realizavam as atividades de modo satisfatório ou com auxílio. Destaca-se que 29,7% dos idosos não conseguem ir a locais distantes, usando algum transporte, 18,9% não conseguem lavar e passar suas roupas e 16,2% não conseguem arrumar a casa.

Em relação à prática de atividades físicas, 78,4% dos entrevistados relataram não fazer nenhuma atividade. A maioria dos idosos fazia uso regular de medicamentos receitados por médicos (89,2%). Em relação às internações hospitalares, este estudo verificou que 89,2% dos idosos foram internados, sendo que a média foi de 3,32 internações. Dos idosos que participaram do estudo, 81,1% não fumavam e 75,7% declararam não consumir bebidas alcoólicas.

Na Tabela 2, a seguir, encontra-se a distribuição dos escores de QV.

Para o instrumento WHOQOL-BREF, a maior média encontrada foi no domínio de relações sociais (71,51). O domínio meio ambiente obteve a menor média do escore de QV (60,60).

Tabela 1. Distribuição das variáveis socioeconômicas dos idosos octogenários, Uberaba, MG, 2012

Variáveis	N	%
Sexo	Feminino	31 41,9
	Masculino	43 58,1
Estado conjugal	Solteiro	6 8,1
	Viúvo	28 37,8
	Separado/Desquitado/Divorciado	1 1,4
	Casado ou mora com companheiro	39 52,7
Arranjo de moradia	Sozinho	14 18,9
	Com o cônjuge	22 29,7
	Com outros da geração	9 12,2
	Com filhos	26 35,1
	Com netos	2 2,7
	Outros arranjos	1 1,4
Escolaridade (em anos)	Sem escolaridade	37 50
	1 -4	24 32,4
	4 -8	12 16,2
	9 -11	1 1,4
Renda individual (em salários mínimos)	Sem renda	3 4,1
	< 1	2 2,7
	1	56 75,7
	1- 3	11 14,9
	3- 5	1 1,4
	> 5	1 1,4
Situação econômica	Pior	6 8,1
	Igual	37 50,0
	Melhor	25 33,8
	Sem resposta	6 8,1
Moradia	Própria – quitada	55 74,3
	De parente – paga aluguel	1 1,4
	De estranhos – paga aluguel	6 8,1
	Cedida – sem aluguel	12 16,2
Razão da aposentadoria	Tempo de serviço	13 17,6
	Idade	44 59,5
	Problemas de saúde	1 1,4
	Não se aposentou	16 21,6

Tabela 2. Distribuição dos escores de qualidade de vida dos idosos octogenários, WHOQOL-BREF e WHOQOL-OLD, Uberaba, MG, 2012

Escores de qualidade de vida	Média	Desvio padrão	Valor mínimo	Valor máximo
WHOQOL-BREF				
Físico	63,18	16,79	14,29	96,43
Psicológico	68,98	14,66	29,17	100,00
Relações sociais	71,51	12,64	33,33	100,00
Meio ambiente	60,60	12,36	21,88	90,62
WHOQOL-OLD				
Funcionamento dos sentidos	69,59	22,27	18,75	100,00
Autonomia	63,51	17,59	12,50	100,00
Atividades pas., pres., futuras	69,00	11,45	37,50	93,75
Participação social	65,63	14,12	31,25	100,00
Morte e morrer	74,16	24,14	18,75	100,00
Intimidade	72,47	17,40	18,75	100,00

pas.: passadas; pres.: presentes.

No WHOQOL-OLD, a maior média de escore de QV foi encontrada na faceta morte e morrer (74,16). A menor média foi na faceta autonomia (63,51), que avalia a capacidade dos idosos de tomar suas próprias decisões.

Na análise multivariável do WHOQOL-BREF (Tabela 3), observou-se que, no domínio físico, os menores escores estiveram relacionados ao maior número de morbidades ($p < 0,001$) e de incapacidade funcional nas AIVD ($p = 0,004$). O preditor que mais contribuiu com os menores escores foi o número de morbidades ($B = -0,536$).

Tabela 3. Modelo de regressão dos escores de qualidade de vida do WHOQOL-BREF e WHOQOL-OLD da população estudada, Uberaba, MG, 2012

	<i>Modelo Inicial</i>		<i>Modelo Final</i>	
	β Padronizado*	<i>p</i>	β Padronizado*	<i>p</i>
WHOQOL-BREF				
Físico				
Sexo	-0,032	0,723	-	-
Morbidades	-0,526	<0,001	-0,536	<0,001
Incapacidade nas AIVD	-0,28	0,004	-0,28	0,004
Psicológico				
Sexo				
Moradia	0,189	0,078	-	-
Morbidades	-0,35	0,004	-0,43	<0,001
Incapacidades nas AIVD	-0,127	0,277	-	-
Relações sociais				
Moradia	0,212	0,068	-	-
Morbidades	-0,129	0,308	-	-
Incapacidades nas AIVD	-0,131	0,3	-	-

*coeficiente de regressão. AIVD: atividades de vida diária

Tabela 3. Continuação...

	<i>Modelo Inicial</i>		<i>Modelo Final</i>	
	β Padronizado*	<i>p</i>	β Padronizado*	<i>p</i>
Meio ambiente				
Moradia	0,177	0,123	-	-
Morbidades	-0,235	0,043	-0,258	0,27
WHOQOL-OLD				
Funcionamento dos sentidos				
Renda	0,267	0,02	0,303	0,009
Morbidades	-0,164	0,188	-	-
Incapacidades nas AIVD	-0,11	0,373	-	-
Autonomia				
Sexo	-0,135	0,234	-	-
Moradia	0,136	0,215	-	-
Morbidades	-0,263	0,038	-0,389	0,001
Incapacidades nas AIVD	-0,152	0,207	-	-
Atividades passadas, presentes e futuras				
Morbidades	-0,267	0,035	-0,312	0,007
Incapacidades nas AIVD	-0,104	0,405	-	-
Participação social				
Morbidades	-0,327	0,008	-0,389	0,001
Incapacidades nas AIVD	-0,145	0,231	-	-

*coeficiente de regressão. AIVD: atividades de vida diária

No domínio psicológico, foi possível observar que os menores escores se relacionaram com o maior número de morbidades ($\beta=-0,43$; $p<0,001$), assim como no domínio meio ambiente ($\beta=-0,258$; $p=0,027$).

Na análise multivariável da QV do WHOQOL-OLD, nota-se que, na faceta de Funcionamento dos sentidos, os menores escores relacionaram-se com a renda inferior a um salário mínimo ($\beta=-0,303$; $p=0,009$), na faceta Autonomia, os menores escores estão relacionados com o maior número de morbidades ($\beta=-0,389$; $p=0,001$), para a faceta de Atividades passadas, presentes e futuras, o maior número de morbidades também se relacionou com os menores escores de QV ($\beta=-0,312$; $p=0,007$), e, por fim, na faceta Participação social, os menores escores se relacionaram, novamente, com o maior número de morbidades ($\beta=-0,389$; $p=0,001$).

DISCUSSÃO

No presente estudo, os menores escores do domínio físico da QV relacionaram-se ao maior número de morbidades e de incapacidade funcional nas atividades instrumentais de vida diária, além disso, a maioria dos idosos octogenários era do sexo masculino. Este dado diverge do estudo realizado com idosos de 80 anos ou mais da zona rural de Encruzilhada do Sul – RS que evidenciou maioria de idosas (70%). Esta diferença pode estar relacionada ao fato de que no Sul ocorreu a migração masculina para a área urbana durante a fase produtiva da vida, contribuindo para a prevalência feminina na zona rural nessa localidade¹⁵. Quanto à

situação conjugal, a maioria era casado ou morava com companheiro, e o maior percentual dos idosos não tinha escolaridade. Os dados encontrados em um estudo¹⁶ não correspondem aos do presente estudo, o qual mostra que 63,9% dos idosos octogenários moradores da zona rural possuíam até quatro anos completos de estudo e 18,6% nunca tinham frequentado a escola. Nas décadas de 10 a 40 do século XX, havia menor frequência à escola, priorizando o trabalho em detrimento da educação¹⁷.

Em relação à situação econômica, 50% dos idosos entrevistados referiram situação regular e a maioria dos idosos referiu residir em casa própria e quitada. Este dado corrobora um estudo¹⁸ em que 100% dos idosos octogenários da zona rural têm residência própria. Referente às morbidades, a pressão alta foi a mais citada pelos idosos. Estudo realizado com idosos na zona urbana do município de Campinas identificou prevalência de 52% de hipertensos entre aqueles com 80 anos ou mais¹⁹.

Referente à capacidade funcional dos idosos nas ABVD, apenas 1,4% dos entrevistados eram incapazes de realizar alguma atividade e 98,6% realizavam as atividades de modo satisfatório ou com auxílio. Todos os idosos deitavam-se e se levantavam da cama ou cadeira sem assistência e também se alimentavam sem assistência, seguido por ir ao banheiro, higiene e se vestirem após as eliminações sem assistência (98,6%). Nos idosos longevos, a capacidade funcional é essencial para avaliação clínica e funciona como indicador do processo saúde-doença, indispensável para monitorização e planejamento do estado clínico-funcional dessa população²⁰. Um estudo com octogenários de áreas urbana e rural do Rio Grande do Sul identificou que o grau de independência para a realização das AVDs é maior em moradores rurais. Complementou que aqueles que vivem e trabalham no meio rural conseguem alcançar a velhice com maior funcionalidade²¹.

Concernente à QV, a maioria dos idosos autoavaliaram como boa (58,1%). Considerando a subjetividade do conceito de QV e todos os fatores que podem influenciá-la, os idosos deste estudo podem ter considerado independência para realização de ABVD e a situação de saúde autorreferida como decisórios para este resultado. Para o instrumento WHOQOL-BREF, a maior média encontrada foi no domínio relações sociais (71,51). Os idosos não se isolam, mantêm sua rede de amigos, alguns mais restritos à família que outros, mas permanecem com o suporte social necessário²².

No WHOQOL-OLD, a maior média de escore de QV foi encontrada na faceta morte e morrer (74,16), ou seja, na forma como as pessoas idosas lidam com a questão da morte. Para a maioria dos idosos, o controle de preocupações e temores sobre a morte e o morrer interferem na qualidade de vida, devido ao confronto que a morte, na medida em que os anos passam e a perda de parentes e amigos²³. Além disso, situações como abandono, isolamento social, incapacidade de retorno à atividade produtiva entre outros são fatores que comprometem a qualidade de vida e podem aumentar a exposição dos idosos às morbidades psíquicas²⁴. Os resultados do presente estudo correlacionam seus achados com os de outro estudo que avaliou a QV de idosos da zona rural de Ibirabá, mostrando melhor média em relação ao item morte e morrer (88,14%) e a pior média para a autonomia (65,73%)²⁵.

Na análise multivariável do WHOQOL-BREF, observou-se que, no domínio físico, os menores escores estiveram relacionados ao maior número de morbidades ($p < 0,001$) e de incapacidade funcional nas AIVD ($p = 0,004$). O preditor que mais contribuiu com os menores escores foi o número de morbidades ($B = -0,536$). Ademais, as múltiplas morbidades em idosos tendem a impactar a autoavaliação do estado de saúde, ocasionando impacto físico, social e emocional, além de maior procura e necessidade de serviços de saúde e maior suscetibilidade para o desenvolvimento de depressão e impacto na QV²⁶. No domínio psicológico, foi possível observar que os menores escores se relacionaram com o maior número de morbidades ($\beta = -0,43$; $p < 0,001$), assim como no domínio meio ambiente ($\beta = -0,258$; $p = 0,027$). Um estudo que comparou a QV e as morbidades autorreferidas entre idosos com e sem indicativo de depressão revelou que idosos com indicativo de depressão apresentaram menores escores de QV na totalidade das facetas e domínios e também compunham a maior parcela de idosos com morbidades, quando comparados com aqueles sem indicativo²⁷.

O estudo realizado no Rio Grande do Sul mostrou, com a análise multivariável, que os idosos que queixaram de problemas de saúde tinham estatisticamente significativo piores índices de QV do que os que não referiram o domínio Físico ($p < 0,001$), e os idosos longevos apresentaram de modo estatisticamente significativo melhores índices de QV em relação à população de 60 a 69 anos nos domínios Psicológico ($p = 0,005$) e Relações Sociais ($p = 0,045$). Além disso, foi visto que a QV está fortemente associada à variável perceber-se saudável, devido ao grande número de domínios com significância estatística e também pelos maiores coeficientes β , quando comparada com as variáveis problemas de saúde ou dependência para realizar AVDs²¹.

Na análise multivariável da QV do WHOQOL-OLD, nota-se que, na faceta Autonomia, os menores escores estão relacionados com o maior número de morbidades ($\beta = -0,389$; $p = 0,001$). No que se refere à relação da incapacidade funcional nas AIVD, um estudo com idosos residentes na zona rural do município de Uberaba-MG verificou que, entre os idosos sem excesso de peso, 12,2% referiram pelo menos uma incapacidade e 10,9% para aqueles com excesso²⁸.

Para a faceta Atividades passadas, presentes e futuras, o maior número de morbidades também se relacionou com os menores escores de QV ($\beta = -0,312$; $p = 0,007$), e, por fim, na faceta Participação social, os menores escores se relacionaram, novamente, com o maior número de morbidades ($\beta = -0,389$; $p = 0,001$). A funcionalidade é definida como a capacidade de um indivíduo adaptar-se aos problemas cotidianos, atividades do seu dia a dia, incluindo sua participação na sociedade, ainda que apresente alguma limitação física, mental ou social; nesse sentido, o maior número de morbidade interfere na participação do idoso na sociedade²⁹.

O estudo apresenta uma importante limitação como a presença de amostra de um único município brasileiro, o que não generaliza o perfil de mobilidade, capacidade funcional e qualidade de vida de idosos octogenários brasileiros. Sugerem-se novos estudos com idosos de todos os estados brasileiros e que se verifiquem, além dos fatores físicos, os fatores nutricionais, psicológicos e sociais que podem interferir na qualidade de vida dos idosos octogenários da zona rural.

Conclui-se que o maior número de morbidades e de incapacidade funcional contribui para menores escores de QV de idosos octogenários. Acredita-se que o presente estudo pode oferecer aos profissionais da saúde importantes conhecimentos sobre a importância de se conhecer o perfil de mobilidade e de capacidade funcional de idosos octogenários, assim como se este possui associação com a qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

1. Veras R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. *Rev Saude Publica*. 2009;43(3):548-54. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102009000300020>. PMID:19377752.
2. Giacomelli GS, Chiapinoto FV, Marion Filho PJ, Vieira KM. Transição demográfica e gasto público: Uma análise comparativa de diferentes contextos. *Rev Estud Soc*. 2017;18(37):164-81.
3. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [Internet] 2016 [citado em 2019 Junho 11]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>
4. Nascimento CFD, Duarte YAO, Lebrão ML, Chiavegatto Filho ADP. Chiavegatto Filho ADP. Individual and neighborhood factors associated with functional mobility and falls in elderly residents of São Paulo, Brazil: A multilevel analysis. *J Aging Health*. 2018;30(1):118-39. <http://dx.doi.org/10.1177/0898264316669229>. PMID:27634837.
5. Martins CR, Albuquerque JB, Gouveia CNNA, Rodrigues CFF, Neves MTS. Avaliação da qualidade de vida subjetiva dos idosos: uma comparação entre os residentes em cidades rurais e urbanas. *Estud Interdiscip Envelhec*. 2007;11(1):135-54.
6. Travassos C, Viacava F. Access to and use of health services by rural elderly, Brazil, 1998 and 2003. *Cad Saude Publica*. 2007;23(10):2490-502. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2007001000023>. PMID:17891308.
7. Rigo II, Paskulin LM, Morais EP. Capacidade funcional de idosos de uma comunidade rural do Rio Grande do Sul. *Rev Gaúcha Enferm*. 2010;31(2):254-61. <http://dx.doi.org/10.1590/S1983-14472010000200008>. PMID:21500504.
8. Alcântara AO, Duarte AGA, Frota MHP. Velhice e espaço rural: (re)desenhos dos discursos. *Rev Kairós Gerontol*. 2015;18(2):209-26.

9. Garbaccio JL, Estêvão WG, Barcelos BJ, Tonaco LAB. Envelhecimento e qualidade de vida de idosos residentes da zona rural. *Rev Bras Enferm.* 2018;71(2):776-84.
10. Bertolucci PH, Brucki S, Campacci SR, Juliano Y. O mini-exame do estado mental em uma população geral: o impacto da escolaridade. *Arq Neuropsiquiatr.* 1994;52(1):1-7. <http://dx.doi.org/10.1590/S0004-282X1994000100001>. PMID:8002795.
11. Lino VTS, Pereira SEM, Camacho LAB, Filho STR, Buksman S. Adaptação transcultural da Escala de Independência em Atividades de Vida Diária (Escala de Katz). *Cad Saude Publica.* 2008;24(1):103-12. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008000100010>. PMID:18209838.
12. Santos RL, Virtuoso JS Jr. Confiabilidade da Escala de Atividades da Vida diária. *Rev Bras de Promoç Saúde.* 2008;21(4):290-6. <http://dx.doi.org/10.5020/18061230.2008.p290>.
13. Fleck MPA, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L, et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref". *Rev Saude Publica.* 2000;34(2):178-83. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-8910200000200012>. PMID:10881154.
14. Gobbens RJ, Assen MA. Psychometric properties of the Dutch WHOQOL-OLD. *Health Qual Life Outcomes.* 2016;14(1):103-7. <http://dx.doi.org/10.1186/s12955-016-0508-5>. PMID:27416861.
15. Morais EP, Rodrigues RAP, Gerhardt TE. Os Idosos mais velhos no meio rural: Realidade de vida e saúde de uma população do interior gaúcho. *Texto Contexto Enferm.* 2008;17(2):374-83. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072008000200021>.
16. Silva EF, Paniz VMV, Laste G, Torres ILS. Prevalência de morbidades e sintomas em idosos: um estudo comparativo entre zonas rural e urbana. *Cien Saude Colet.* 2013;18(4):29-1040. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000400016>.
17. Silva EF, Paniz VMV, Laste G, Torres ILS. Prevalência de morbidades e sintomas em idosos: um estudo comparativo entre zona rural e urbana. *Cien Saude Colet.* 2013;18(4):1029-40. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000400016>. PMID:23670380.
18. Tavares DMDS, Gomes NC, Dias FA, Santos NMDF. Fatores associados à qualidade de vida de idosos com osteoporose residentes na zona rural. *Esc Anna Nery.* 2012;16(2):371-8. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452012000200023>.
19. Zaitune G, Carandina L, Goldbaum M. Hipertensão arterial em idosos: prevalência, fatores associados e práticas de controle no Município de Campinas, São Paulo, Brasil. *Cad Saude Publica.* 2006;22(2):285-94. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2006000200006>. PMID:16501741.
20. Lourenço TM, Lenardt MH, Kletemberg DF, Seima MD, Tallmann AEC, Neu DKM. Capacidade funcional no idoso longo: uma revisão integrativa. *Rev Gaúcha Enferm.* 2012;33(2):176-85. <http://dx.doi.org/10.1590/S1983-14472012000200025>. PMID:23155597.
21. Aires M, Paskulin LMG, Morais EP. Capacidade funcional de idosos mais velhos: estudo comparativo em três regiões do Rio Grande do Sul. *Rev Latino-Am Enferm.* 2010;18(1):1-7.
22. Resende MCD, Bones VM, Souza IS, Guimarães NK. Rede de relações sociais e satisfação com a vida de adultos e idosos. *Psicol Am Lat.* 2007;5(1):1-7.
23. Maués CR, Paschoal SMP, Jaluul O, França CC, Jacob Filho W. Avaliação da qualidade de vida: comparação entre idosos jovens e muito idosos. *Rev Bras Clin Med.* 2010;8(5):405-10.
24. Silva PADSD, Rocha SV, Santos LB, Santos CAD, Amorim CR, Vilela ABA. Prevalência de transtornos mentais comuns e fatores associados entre idosos de um município do Brasil. *Cien Saude Colet.* 2018;23(2):639-46. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018232.12852016>. PMID:29412421.
25. Garces SNN, Bianchi PD, Krug MR, Hansen D, Rosa CB, Brunelli AV, et al. Qualidade de vida de idosos que vivem na zona rural de Ibirubá-RS: um estudo preliminar. *Unicruz.* 2011;1(2):1-4.
26. Goran AAN, Luyet AD, Haller DM, Zeller A, Rosemann T, Streit S, et al. Comparing the self-perceived quality of life of multimorbid patients and the general population using the EQ5D-3L. *PLoS One.* 2017;19(12):e0188499. PMID:29261695.
27. Molina NPFM, Silva ACL, Ikegami EM, Viana DA, Silva LMA, Rodrigues LR. Qualidade de vida e morbidade entre idosos com e sem indicativo de depressão. *Rev Enferm Atenção Saúde.* 2018;7(2):54-67. <http://dx.doi.org/10.18554/reas.v7i2.2218>.
28. Tavares DMDS, Bolina AF, Dias FA, Ferreira PCDS, Santos NMDF. Excesso de peso em idosos rurais: associação com as condições de saúde e qualidade de vida. *Cien Saude Colet.* 2018;23(3):913-22. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018233.25492015>. PMID:29538571.
29. Macedo E, Ulrich V, Bós AMG, Bós AJG. Factors related to the self-perception of health status in older adults living in the rural environment of Brazil. *Sci Med (Phila).* 2018;28(3):ID29698.