



Qualidade de vida em função do nível de atividade física em idosos urbanos e rurais

Quality of life based on level of physical activity among elderly residents of urban and rural areas

330

Cezar Grontowski Ribeiro¹
Fátima Ferretti²
Clodoaldo Antônio de Sá²

Resumo

Objetivo: Analisar a qualidade de vida em função do nível da prática de atividade física (AF) em idosos residentes em meio rural (MR) e urbano (MU). **Método:** Estudo descritivo de corte transversal, analisou 358 idosos residentes no MU e 139 no MR, do município de Palmas, PR, Brasil. Realizou-se uma avaliação da qualidade de vida (QV), nível de prática de atividade física e condição socioeconômica. Para as análises das variáveis contínuas utilizou-se o teste *t* de Student ou o teste de Mann-Whitney, em função da normalidade ou não dos dados. Para análise das variáveis categóricas utilizou-se o teste de qui-quadrado de Pearson. **Resultados:** A percepção geral da QV relatada no MR foi melhor que no MU ($p < 0,05$). A análise do nível de atividade física em função do local de residência demonstrou que no MR os idosos são mais ativos fisicamente ($p < 0,05$), enquanto no MU prevalecem os sujeitos insuficientemente ativos ou sedentários. As variáveis idade e sexo não foram associadas com a QV ($p > 0,05$), independentemente do local de residência e os idosos ativos apresentaram melhores escores de QV que os insuficientemente ativos ou sedentários, independentemente do local de residência ($p < 0,05$). **Conclusão:** O estudo fornece evidências de que a QV é influenciada positivamente, tanto pela manutenção de níveis satisfatórios de prática de AF, quanto pelo fato de residir no MR. É necessário estabelecer políticas públicas com vistas a garantir uma velhice mais ativa e independente, gerando assim maior saúde e qualidade de vida.

Palavras-chave: Saúde do Idoso. Velhice. Qualidade de vida. Atividade Motora.

Abstract

Objective: To analyze quality of life (QOL) according to level of physical activity among elderly persons living in rural (RA) and urban (UA) areas. **Method:** A descriptive cross-sectional study, analyzing 358 elderly residents of RA and 139 of UA, in the municipal region of Palmas, Paraná, Brazil was performed. Quality of life, level of physical activity and economic condition were evaluated. For the analysis of the continuous variables, the student's *t*-test or the Mann-Whitney test were used, based on the normality or otherwise of the data. Pearson's chi-squared or Fischer's exact test were used to analyze

Keywords: Health of the elderly. Aging. Quality of Life. Motor Activity.

¹ Instituto Federal do Paraná, Curso de Educação Física. Palmas, PR, Brasil.

² Universidade Comunitária da Região de Chapecó, Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde. Chapecó, SC, Brasil.

the categorical variables. *Results:* The general perception of QOL reported in RA was better than in UA ($p < 0.05$). The analysis of the level of physical activity according to place of residence showed that the elderly are more physically active in RA ($p < 0.05$), whereas insufficiently active or sedentary subjects prevail in UA. The variables age and gender were not associated with QOL ($p > 0.05$), irrespective of place of residence, and active elderly persons had better QOL scores than insufficiently active or sedentary individuals, again irrespective of place of residence ($p < 0.05$). *Conclusion:* The present study provides evidence that QOL is positively influenced by both maintaining satisfactory levels of physical activity and by residing in RA. It is important to establish public policies aimed at ensuring a more active and independent old age, thus generating greater health and quality of life.

INTRODUÇÃO

A qualidade de vida (QV) é entendida pela Organização Mundial da Saúde¹ a partir de uma visão multidimensional associada a aspectos objetivos e subjetivos, embasada em critérios de satisfação individual e de bem-estar coletivo, refletindo a percepção dos sujeitos no que se refere ao nível de satisfação das suas necessidades básicas, desenvolvimento econômico, inserção social, qualidade do ambiente em que vivem, oportunidades na vida e acesso a serviços, assim como nas questões referentes à felicidade, ao amor, à satisfação com a vida e à realização pessoal²⁻⁴.

O Brasil apresenta acelerado crescimento no número de idosos, fato que nos próximos anos levará o país à condição de sexta maior população de pessoas com mais de 60 anos no mundo⁵. Decorrente desse processo percebe-se uma ampliação do número de idosos no meio urbano, em comparação com as demais faixas etárias, enquanto se observa uma diminuição da população idosa no meio rural⁶. Essa maior concentração urbana, segundo relatório do IBGE, tem como causas: o processo de industrialização, melhores condições de vida e de acesso a serviços, principalmente de saúde, e mudança dos idosos para os centros urbanos em função dos parentes que estão estabelecidos nas cidades⁷. Diante dos novos desafios impostos por essa realidade, encontrar estratégias para garantir que essa fase da vida seja vivida preferencialmente com independência, autonomia e qualidade de vida se faz necessário, e a prática regular de alguma atividade física (AF) pode desempenhar um importante papel nesse sentido.

Nesta perspectiva, cabe destacar que a AF tem sido relatada como fundamental no que se refere aos ganhos relacionados à saúde e QV nas diversas fases da vida, principalmente após os 60 anos, onde o nível de AF diminui com o avanço da idade, com possíveis efeitos deletérios sobre a QV do idoso^{8,9}.

Viver em meio rural (MR) ou no meio urbano (MU) apresenta diferenças que podem impactar diretamente na vida do idoso. No MR, as atividades físicas podem diferir tanto em relação ao grau de trabalho quanto ao tipo de atividade desenvolvida. Nele são realizadas mais atividades ocupacionais, predominando o trabalho agrícola (agricultura familiar, extensiva ou de subsistência), atividades domésticas, pecuária, extrativismo vegetal, apicultura, entre outras. Já o MU está mais voltado ao desenvolvimento de tecnologia e informação, em que há uma tendência dos idosos ao agrupamento em centros de convivência e diminuição das atividades laborais e domésticas. Esses fatores, associados a outros aspectos, como as desigualdades socioeconômicas e educacionais, podem influenciar as práticas de atividades físicas e a QV de maneira diferente em populações rurais e urbanas¹⁰⁻¹³.

De modo geral, estudos acerca das condições de vida dos idosos no ambiente rural ou urbano são de extrema importância, com vistas a subsidiar ações e políticas voltadas para promoção da qualidade de vida dessas populações¹⁴. Com base neste contexto, o presente estudo objetivou analisar a qualidade de vida em função do nível da prática de atividades físicas dos idosos residentes em meio urbano e rural, no município de Palmas, PR, Brasil.

MÉTODO

Esta pesquisa caracterizou-se pela abordagem quantitativa, de cunho descritivo transversal, na qual foram estudados idosos residentes no município de Palmas, localizado na região sudoeste do Estado do Paraná, Brasil.

Um tamanho amostral mínimo foi calculado considerando a população idosa do município de 3.236 sujeitos (população finita), admitindo-se um erro amostral de 5% com um nível de confiança de 95%. Foram excluídos do estudo os sujeitos que não atingiram escore mínimo de pontuação no Miniexame do Estado Mental (MEEM), para seu grau de escolaridade¹⁵ e aqueles que não foram encontrados no domicílio em duas tentativas. Nesses casos, um novo sujeito foi sorteado até que um número desejado fosse alcançado.

Para seleção da amostra, foi utilizado o número de cadastro individual dos idosos disponibilizado pela Secretaria Municipal de Saúde do município de Palmas. Todos os idosos foram selecionados aleatoriamente com base no seu número de cadastro, utilizando-se uma tábua de números aleatórios. Os sujeitos sorteados representaram 15 bairros urbanos e 13 localidades ou assentamentos rurais do município e foram entrevistados em seus domicílios.

Cada sujeito selecionado para compor a amostra foi previamente contatado e esclarecido acerca dos objetivos e procedimentos do estudo. Uma vez concordando em participar do mesmo, agendou-se dia e horário no qual recebeu visita de um avaliador em seu domicílio. No dia da entrevista, cada sujeito foi novamente informado acerca dos procedimentos do estudo e assinou um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido imediatamente antes de responder os instrumentos da pesquisa. O projeto de pesquisa foi aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo seres humanos da UNOCHAPECÓ/SC (Parecer nº 048/13).

Inicialmente, realizou-se avaliação do estado cognitivo por meio do Miniexame do Estado Mental (MEEM)¹⁵. Na sequência, foi realizada avaliação da qualidade de vida por meio de dois instrumentos: o Questionário de Avaliação da Qualidade de Vida *Whoqol-Bref* - Versão reduzida em português¹⁶ e o Questionário de Avaliação de Qualidade de

Vida adaptado para idosos *Whoqol-Old*, Versão em português¹⁷.

Na sequência, foram avaliados o nível de prática de atividades físicas e a condição econômica. Para tanto, foram utilizados: o Questionário Internacional de Atividade Física Versão Curta (IPAQ)¹⁸ e questionário de classificação econômica da ABEP¹⁹, respectivamente. Para análise do nível de prática de atividades físicas, foram definidas duas categorias: a) Insuficientemente Ativo ou Sedentários (IAS): idosos que relataram não praticar nenhuma atividade física, ou menos de 150 minutos de atividade física semanal e; b) Ativo (A): aqueles que relataram mais de 150 minutos de atividade física semanal. Para avaliação da condição econômica que estima o poder de compra das pessoas e famílias, efetuando a divisão por classes econômicas, os idosos foram divididos em duas categorias: renda média alta (RMA) que agrupou os sujeitos categorizados nas classes A e B e renda média baixa (RMB) para aqueles constantes das classes C, D e E.

Antes do início da coleta de dados, 25 avaliadores foram capacitados para utilização dos instrumentos referidos anteriormente, e em seguida, participaram de um estudo piloto no qual foram avaliados 20 idosos do programa de natação do Instituto Federal do Paraná (IFPR), Campus de Palmas. A coleta de dados ocorreu no período de junho a agosto de 2013. Quando constatados dados inconsistentes, estes foram verificados na ficha de coleta de dados e corrigidos.

Para análise, os dados foram apresentados como média e desvio padrão (para variáveis contínuas) ou frequência e percentual (variáveis categóricas). A normalidade dos dados contínuos foi verificada por meio do teste de Kolmogorov-Smirnov. A análise da associação entre nível de atividade física e local de residência foi realizada por meio do teste qui-quadrado de Pearson. Para comparações dos domínios da QV avaliados pelo *Whoqol-Bref* e do *Whoqol-Old* em função do local de residência utilizou-se o teste Mann-Whitney. Para análise da percepção geral da qualidade de vida (avaliada pelos dois instrumentos) em função do nível de atividade física e do local de residência, os sujeitos foram classificados em: insuficientemente ativos ou sedentários do meio rural, ativos do meio rural, insuficientemente ativos ou sedentários do meio urbano e ativos do meio

urbano. As comparações entre essas categorias foram realizadas por meio do teste Kruskal-Wallis e quando diferenças estatisticamente significantes foram encontradas, as variáveis referentes à percepção geral da QV foram classificadas (ranqueadas) e o teste de post-hoc LSD (*Least Significant Difference*) foi aplicado para comparações múltiplas. O nível de significância de alpha foi determinado a priori em $p \leq 0,05$.

RESULTADOS

A amostra do presente estudo foi constituída por 497 idosos; 358 residentes na área urbana (idade $70,51 \pm 7,21$ anos) e 139 residentes em comunidades e assentamentos rurais (idade $69,15 \pm 7,91$ anos), sendo 57% do total da amostra constituída por indivíduos do sexo feminino (Tabela 1).

Tabela 1. Caracterização dos sujeitos da amostra em função do sexo, da renda e do local de residência. Palmas, PR, 2014.

	Meio urbano		Meio rural	
	Renda Média Alta N (%)	Renda Média Baixa N (%)	Renda Média Alta N (%)	Renda Média Baixa N (%)
Masculino	21 (15,1)	118 (84,9)	1 (1,4)	72 (98,6)
Feminino	37 (16,9)	182 (83,1)	0 (0,0)	66 (100,0)
Total	58 (16,2)	300 (83,8)	1 (0,7)	138 (99,3)

A avaliação da qualidade de vida por meio do *Whoqol-Bref* em função do local de residência (Tabela 2) evidenciou que os sujeitos residentes na zona rural apresentaram uma melhor percepção da qualidade de vida em relação aos domínios psicológico, das relações sociais e do meio ambiente ($p < 0,000$). No entanto, os *escores* do domínio físico e da média geral do instrumento não diferiram significativamente ($p > 0,05$) entre os idosos em função do local de residência.

Quando o instrumento utilizado para avaliação da QV foi o *Whoqol-Old*, tanto a qualidade de vida geral como a avaliada pelos domínios Autonomia, Atividades passadas, presentes e futuras, Participação social, Morte e morrer e Intimidade, foram percebidos como melhores pelos idosos residentes na zona rural ($p < 0,001$). A percepção de qualidade de vida avaliada a partir do domínio funcionamento do sensorio foi melhor para os idosos residentes no meio urbano ($p > 0,05$).

Os *escores* gerais de percepção da QV dos idosos, avaliados pelo *Whoqol-Bref*, não diferiram significativamente entre si ($p > 0,05$), enquanto que na análise das médias gerais do *Whoqol-Old*, os idosos residentes no meio rural apresentaram valores

significativamente maiores ($p < 0,000$) que os idosos residentes no meio urbano (Tabela 2).

Os dados da tabela 3 evidenciaram que o nível de atividade física foi associado significativamente com o local de residência ($p < 0,000$), evidenciando que no meio rural predominam os idosos ativos (66,91%), enquanto que no meio urbano os insuficientemente ativos ou sedentários somam 51,7%.

A análise da qualidade de vida em função do local de residência e do nível de prática de atividade física (Tabela 4) mostrou que no meio urbano, os idosos fisicamente ativos apresentaram *escores* de avaliação geral da qualidade de vida significativamente maiores que os idosos insuficientemente ativos ou sedentários ($p < 0,05$), independentemente do instrumento utilizado. Por outro lado, a percepção geral da qualidade de vida no meio rural não apresentou diferenças estatisticamente significantes entre os idosos ativos e os insuficientemente ativos para ambos os instrumentos utilizados ($p > 0,05$).

A análise da qualidade de vida por meio do *Whoqol-Bref* (Tabela 4) não evidenciou diferenças significativas na percepção geral da qualidade de vida entre idosos ativos do meio rural e urbano ou

entre idosos insuficientemente ativos ou sedentários dos dois ambientes ($p > 0,05$). No entanto, quando o instrumento utilizado foi o *Whoqol-Old*, os idosos ativos e os insuficientemente ativos ou sedentários

do meio rural apresentaram uma percepção geral da qualidade de vida significativamente maior que seus respectivos pares residentes no meio urbano ($p < 0,05$).

Tabela 2. Comparação dos escores médios de qualidade de vida dos idosos residentes em meio rural e urbano. Palmas, PR, 2014.

Percepção da QV	Domínios da Qualidade de Vida	Meio Rural	Meio Urbano	p^*
<i>Whoqol-Bref</i>	Físico	3,33 ($\pm 0,74$)	3,31 ($\pm 0,65$)	0,892
	Psicológico	3,82 ($\pm 0,49$)	3,51 ($\pm 0,55$)	0,000
	Domínio das Relações Sociais	3,88 ($\pm 0,57$)	3,60 ($\pm 0,63$)	0,000
	Domínio do Meio Ambiente	3,37 ($\pm 0,48$)	3,10 ($\pm 0,62$)	0,000
	Média Geral do Instrumento	3,53 ($\pm 0,75$)	3,54 ($\pm 0,72$)	0,983
<i>Whoqol-Old</i>	Funcionamento do Sensório	3,08 ($\pm 0,50$)	3,27 ($\pm 0,41$)	0,000
	Autonomia	3,78 ($\pm 0,56$)	3,33 ($\pm 0,76$)	0,000
	Atividades Passadas, Presentes e Futuras	3,72 ($\pm 0,57$)	3,46 ($\pm 0,67$)	0,000
	Participação Social	3,64 ($\pm 0,60$)	3,31 ($\pm 0,64$)	0,000
	Morte e Morrer	4,35 ($\pm 0,89$)	3,89 ($\pm 0,93$)	0,000
	Intimidade	3,88 ($\pm 0,68$)	3,47 ($\pm 0,85$)	0,000
	Média Geral do Instrumento	3,74 ($\pm 0,35$)	3,46 ($\pm 0,50$)	0,000

Teste de Mann Whitney ($*p < 0,05$)

Tabela 3. Distribuição percentual dos sujeitos da amostra em função do local de residência (meio rural e urbano) por nível de atividade física. Palmas, PR, 2014.

	Meio Rural*	Meio Urbano
	N (%)	N (%)
Ativos	93 (66,9)	173 (48,3)
Insuficientemente ativos ou sedentários	46 (33,1)	185 (51,7)
Total	139 (100)	358 (100)

Teste qui-quadrado ($*p < 0,000$).

Tabela 4. Comparação entre os índices gerais de percepção da qualidade de vida por idosos rurais e urbanos do município em função do nível de atividade física e local de residência. Palmas, PR, 2014.

	<i>Whoqol-Bref</i>		p	<i>Whoqol-Old</i>		p
	Ativo	IAS		Ativo	IAS	
Meio Rural	3,60 ($\pm 0,75$)	3,39 ($\pm 0,74$)	,274*	3,77 ($\pm 0,43$)	3,70 ($\pm 0,25$)	0,360*
Meio Urbano	3,69 ($\pm 0,64$)	3,40 ($\pm 0,76$)	,000*	3,67 ($\pm 0,44$)	3,30 ($\pm 0,61$)	0,000*
p	0,330*	0,762*		0,002*	0,000*	

IAS = Insuficientemente ativos ou sedentários; O teste utilizado para as comparações foi Kruskal-Wallis ($p < 0,05$); *Post-hoc* LSD para comparações múltiplas entre as categorias: sedentários ou insuficientemente ativos do meio rural, ativos do meio rural, sedentários ou insuficientemente ativos do meio urbano e ativos do meio urbano.

DISCUSSÃO

Um dos principais achados do presente estudo foi o fato de que os idosos do MR relataram uma percepção geral da qualidade de vida melhor que seus pares da zona urbana. Na comparação efetuada, observou-se ainda que o MR apresentou escores maiores nos domínios psicológicos, relações sociais e relações com o meio ambiente do *Whoqol-Bref*, e também nas facetas autonomia, atividades passadas, presentes e futuras, participação social, morte e morrer, intimidade, e índice geral do *Whoqol-Old* quando comparado com os idosos do MU, ou seja, a percepção de praticamente todos os quesitos analisados.

Esse achado pode ser explicado, em grande parte, pelo fato de que no município de Palmas, PR as comunidades rurais se baseiam principalmente na agricultura familiar e extração de madeira e, nesse caso, entende-se que a estruturação e arranjo social desse ambiente oferece um maior convívio social e familiar, participação mais ativa na comunidade, autonomia e desenvolvimento de atividades físicas diárias, em que a vida produtiva do idoso perdura por mais tempo. Mesmo após a aposentadoria, o idoso continua a desempenhar um trabalho, mantendo-se produtivo e ativo, o que pode ter interferido para que as percepções de QV desse grupo fossem mais positivas²⁰.

Estudo sobre as condições do ambiente e saúde de idosos urbanos e rurais do nordeste brasileiro mostrou que o rendimento salarial do idoso em ambas as zonas, rural e urbana, é em média de um salário mínimo. No entanto, para o idoso urbano acaba por se tornar a principal fonte de rendimento e, em muitos casos, a sustentação da família, enquanto que para o idoso rural ela é um complemento dos demais ganhos advindos do trabalho, principalmente relacionado às atividades agrícolas²¹.

Estudo realizado em Portugal sobre as condições psicossociais dos idosos concluiu que a residência apresenta papel fundamental na composição do conceito de qualidade de vida do idoso, entendendo que o ambiente rural incute menos pressão nos idosos, devido ao contexto familiar próximo e estarem mais tempo ativos, enquanto que nos ambientes urbanos constatou-se maior inatividade e isolamento dos idosos²². No mesmo sentido, foram encontrados

resultados que demonstram serem os idosos urbanos mais propensos ao desenvolvimento de depressão devido à solidão, e encontraram melhores níveis de qualidade de vida no ambiente rural, o que pode ter ocorrido também com o grupo pesquisado²³.

Pesquisa sobre a organização dos assentamentos rurais e cidadania, destaca que o modelo de agricultura familiar baseia-se no trabalho coletivo, com maior participação dos idosos no desenvolvimento das atividades cotidianas, o que configura a manutenção de um papel social na comunidade onde reside²⁴.

No *Whoqol-Bref* o maior *escore* foi no domínio das relações sociais, tanto em MR quanto em MU, dado encontrado também em outras pesquisas com idosos^{3,25}. Esses estudos atribuem o resultado a boa rede de apoio e relações sociais que o idoso possui, principalmente no meio rural. Em estudo com idosos de ambos os sexos, os rurais apresentaram resultados melhores que os urbanos em todos os domínios do *Whoqol-Bref* (visão geral e domínios físico, psicológico, social e das relações com o ambiente)²³.

Estudo comparativo entre idosos rurais e urbanos pesquisou a QV e o suporte social, onde os resultados demonstraram níveis mais positivos tanto no funcionamento físico e suporte social nos sujeitos do meio rural²⁶. Também tem sido demonstrado que existe uma menor rede social no ambiente urbano em relação ao rural, sendo que os aspectos mais significativos foram o contato frequente com familiares, a identidade com o meio e sentimento de pertencimento a um grupo social, fatores que talvez possam ser atribuídos aos resultados do nosso estudo, já que os idosos rurais estão na sua maioria alocados em assentamentos ou comunidades, em convívio direto e cotidiano com seus familiares^{21,23,27}.

Além das condições descritas, acredita-se que, por exemplo, o maior acesso a políticas públicas de saúde e sociais, melhoria das condições de higiene, transporte e comunicação, entre outros fatores, tem diminuído as diferenças entre os meios e, conseqüentemente, proporcionam melhor percepção da QV, principalmente no meio rural²⁵.

No *Whoqol-Old*, a faceta que apresentou maior *escore* em ambos os territórios, rural e urbano, foi morte e morrer, resultado encontrado também em outro estudo com idosos²⁸. Essa faceta analisa

as preocupações, temores e inquietações com a proximidade da morte. No entanto, acredita-se que esse resultado se deva justamente à média de idade, que ficou próxima dos 70 anos, período em que atualmente os sujeitos ainda entendem possuir uma parcela significativa de anos de vida, ou em parte, por não haver uma preocupação com esse fato. No MR o menor índice encontrado foi no funcionamento do sensorio, sendo que essa faceta analisa a capacidade sensorial e o impacto da perda de habilidades sensoriais. Apesar do maior acesso aos serviços de saúde, o idoso precisa de uma rede ampla de assistência, o que ainda não ocorre satisfatoriamente no MR, o que pode levar a um maior prejuízo nesse quesito, pela falta, por exemplo, de atendimento especializado²⁹.

Em Palmas, PR, local desse estudo, a situação relatada pelos autores se confirma. Apesar de haverem equipes de Saúde da Família que se deslocam para as comunidades rurais, quando acometido por uma doença, percebe-se que o idoso residente nesse meio encontra dificuldades para acessar serviços específicos, contrário ao que ocorre com o urbano, fator também destacado pelos autores acima citados, que destacam haver ainda hoje uma grande discrepância entre as possibilidades de acesso aos serviços de saúde dos idosos residentes em MU e MR.

Já no meio urbano, a faceta com menor escore foi a participação social, que analisa as possibilidades do idoso de participação nas atividades cotidianas, principalmente da comunidade. Em estudo com 211 idosos do sudeste brasileiro sobre a contribuição dos domínios físico, psicológico, social e ambiental para a qualidade de vida, demonstrou-se que o ambiente em que o idoso vive influencia diretamente na QV deste²⁸. Desta forma, ambientes inseguros, como é o caso dos centros urbanos, com crescentes níveis de violência, os idosos são propensos a não saírem sozinhos. Pesquisa sobre a percepção da QV de idosos apontou que a diminuição da participação social amplia as possibilidades de isolamento e suscetibilidade a problemas de saúde e diminuem a percepção sobre a qualidade de vida³⁰, o que pode ter ocasionado essa resposta no grupo estudado, pois foi observado um significativo número de idosos que estavam sozinhos na residência, no decorrer das entrevistas.

Outro resultado importante deste estudo foi o fato de idosos urbanos possuem melhor condição

econômica que os rurais (Renda Média Alta =16,2% e 0,70%, respectivamente) apesar de predominarem no geral aqueles que possuem renda média baixa (88,1% do total). Outro estudo desenvolvido por Martins et al.²⁷, avaliou a qualidade de vida subjetiva de 284 idosos, sendo 125 residentes em 11 municípios rurais do estado da Paraíba e 159 idosos urbanos, residentes na capital, João Pessoa. Para esses autores, quanto menor a renda, maior a propensão a possuir percepção negativa da QV, enquanto que os índices de QV crescem de acordo com a ampliação da renda, sendo que no grupo avaliado a condição financeira foi considerada o principal fator de interferência na percepção da QV. No entanto, a quantidade existente de sujeitos de renda média baixa existente no meio rural em nosso estudo não permitiu efetuar comparações com o urbano levando em consideração essa variável.

Estudo sobre o acesso e uso dos serviços de saúde por idosos rurais, baseado nos dados do IBGE, concluiu que no MU existe maior facilidade de acesso aos serviços de saúde e maior poder de renda, o que facilita uma visão positiva da qualidade de vida³¹. Outro fator relatado refere-se ao poder de renda, o qual, de maneira geral, é melhor no ambiente urbano, permitindo aquisição de bens de consumo, práticas esportivas e de lazer, interferindo positivamente na QV³². Outra evidência encontrada neste estudo foi que há uma maior proporção de idosos ativos no MR (66,91%), enquanto que em MU residem mais idosos insuficientemente ativos ou sedentários (51,67%). Estudando o modo de vida dos idosos no MR, Araújo et al.²⁰ destacaram que, mesmo com a chegada da velhice, o idoso mantém um certo vínculo com as atividades desenvolvidas anteriormente, o que permite maior facilidade de realização das tarefas cotidianas e a melhor percepção de QV. No meio urbano são raras as situações em que o sujeito continua a realizar as mesmas atividades, visto que ao se aposentar há uma grande mudança no cotidiano. Devido às características da população do nosso estudo, foi possível constatar uma participação efetiva dos idosos rurais na extração de madeira e atividades agrícolas, acredita-se que isso pode explicar em parte os maiores índices de atividade física encontrados, que interferem positivamente nos níveis de independência e saúde. O nível de AF é relatado como fundamental para manutenção da autonomia, independência, capacidade funcional, além do retardo ou reversão de processos patológicos em andamento, podendo ainda

apresentar benefícios psicológicos como melhoria da autoestima, criatividade e envelhecimento saudável e ativo. Quanto maiores as dificuldades em realizar de forma independente as tarefas da vida diária, pior a concepção acerca da qualidade de vida^{33,34}.

Outro achado relevante foi que, quando analisadas as médias gerais do *Whoqol-Bref*, ser ativo no MU parece influenciar mais a percepção da QV e que ser insuficientemente ativo se apresenta como uma condição desfavorável na compreensão da QV. Ser ativo tanto em MR quanto MU apresentaram uma percepção similar acerca da QV. No entanto, quando analisado o *Whoqol-Old*, os idosos ativos e IA do MR tiveram escores maiores e significativos em relação ao MU, respectivamente. Estudo sobre a QV e autoconceito no envelhecimento, relacionados com a atividade física, encontrou associação significativa entre o nível de AF e a qualidade de vida de idosos³⁵. Apesar de haverem estudos que relacionam a QV com os níveis de atividade física, não encontramos na literatura nenhum trabalho que efetuasse tal comparação entre idosos de meio rural e urbano.

O fato dos sujeitos IA apresentarem escores mais baixos que ativos pode estar vinculado ao fato de que os insuficientemente ativos ou sedentários, que estão em período de transição entre um nível ativo fisicamente e para uma diminuição deste, podem sentir mais os efeitos da perda da capacidade, enquanto sedentários já internalizaram tal situação e podem estar adaptados a outros tipos de tarefas, e a AF não seja entendida como primordial à QV.

Neste estudo percebe-se, principalmente no MR, que apesar de perderem parte de sua capacidade laboral para as atividades mais intensas no campo, os idosos tendem a continuar nessas tarefas, mantendo-se ativos, o que pode ter influenciado nos resultados encontrados. No MU, a mudança nas características da AF interfere na QV, visto que idosos ativos e IA perceberam sua QV de forma diferente. Esse fator pode estar associado ao fato de que o sedentarismo tem sido associado a baixos níveis de autonomia o que interfere na participação social do idoso e constitui um fator que afeta de maneira importante as percepções positivas ou negativas da vida, dependendo do contexto no qual o sujeito está inserido. Acredita-se que, com a aposentadoria, principalmente no MU, ocorra uma ruptura maior

na realização cotidiana das atividades, alteração que pode impactar na sua inserção social, afetando diretamente sua percepção de QV. Importante ainda destacar que os idosos ativos, independente do meio, tiveram escores melhores que os insuficientemente ativos ou sedentários, mesmo que em alguns casos sem diferença estatística significativa, indicando que a manutenção da vida ativa afeta positivamente a percepção da qualidade de vida do idoso, independente do local de residência.

Devido ao caráter transversal da pesquisa não é possível explicar a variabilidade de fatores que podem interferir na percepção da qualidade de vida, o que se torna uma limitação deste estudo e, ao mesmo tempo uma possibilidade de continuidade e acompanhamento longitudinal desses sujeitos, visto que a avaliação de um mesmo ser humano pode apresentar variações temporais.

São necessários mais estudos que busquem elucidar as causas dos elevados índices de inatividade física entre os idosos, com vistas a planejar ações para uma vida mais ativa. Em que pese possíveis limitações no estudo referidas anteriormente, a análise dos dados demonstrou que morar em meio rural e manter-se ativo é um fator que interfere positivamente na percepção do idoso sobre sua QV.

CONCLUSÃO

Os idosos residentes no MR apresentam melhores índices de qualidade de vida na maioria dos domínios do *Whoqol-Bref* e do *Whoqol-Old* e são fisicamente mais ativos que seus pares residentes no MU. Entende-se que tal resultado esteja associado à maneira como se organizam os arranjos sociais nos meios rural e urbano e pelo fato de que a manutenção das atividades laborais no MR, ocorre por um período mais prolongado de tempo do que no espaço urbano.

Conclui-se que existem diferenças importantes entre a QV de idosos que vivem nos meios rural e urbano, e que os níveis de atividade física, tanto no meio rural quanto no urbano, estão associados a melhores escores de QV. Desta forma, cabe destacar a grande importância da manutenção de um estilo de vida ativo, independentemente de local de residência, para manutenção e/ou melhora da qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. World report on ageing and health [Internet]. Geneva: WHO; 2015 [acesso em 15 out. 2015]. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/1/9789240694811_eng.pdf?ua=1
2. Saito T, Sugisawa H, Harada K, Kai I. Population aging in local areas and subjective well-being of older adults: findings from two studies in Japan. *Biosci Trends*. 2016;10(2):103-12.
3. Pereira EF, Teixeira CS, Santos A. Qualidade de vida: abordagens, conceitos e avaliação. *Rev Bras Educ Fis Esporte*. 2012;26(2):241-50.
4. Gonzalo Silvestre T, Ubillos Landa S. Women, physical activity, and quality of life: self-concept as a mediator. *Span J Psychol*. 2016;19(E6):1-9.
5. Vicente FR, Santos SMA. Avaliação multidimensional dos determinantes do envelhecimento ativo em idosos de um município de Santa Catarina. *Texto Contexto Enferm*. 2013;22(2):370-8.
6. De Mera CMP, Netto CGAM. Envelhecimento dos produtores no meio rural na região do Alto Jacuí/RS e consequente migração para cidade. *Estud Interdiscip Envelhec*. 2014;19(3):759-74.
7. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, Diretoria de Pesquisas. Coordenação de População e Indicadores Sociais. Estudos e Pesquisas. Informação Demográfica e Socioeconômica. Estudo comparativo da independência funcional e qualidade [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2010 [acesso em 20 mar. 2013]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/>
8. Trindade J. Perfil da atividade física habitual de idosos residentes na zona urbana e rural do município de São Jerônimo da Serra – PR [Monografia]. Universidade Estadual de Londrina, Centro de Educação Física e Esporte. Londrina: UEL; 2012.
9. Lima IF, Azevedo RCS, Reiners AAO, Silva AMC, Souza LC, Almeida NA. Fatores associados à independência funcional de mulheres idosas no município de Cuiabá/MT. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2016;19(5):827-37.
10. Perez AJ, Fiorin A, Robers DS, Tavares O, Farinatti PTV. Estudo comparativo da autonomia de ação de idosas residentes em áreas rurais e urbanas. *Rev Bras Cineantropom Desempenho Hum*. 2012;14(1):11-22.
11. Tavares DMS, Santos LL, Dias FA, Ferreira PCS, Oliveira EA. Qualidade de vida de idosos rurais e fatores associados. *Rev Enferm UFPE on line*. 2015; 9(11):9679-87.
12. Ribeiro CG. Qualidade de vida em função do nível da prática de atividades físicas de idosos residentes em meio urbano e rural do município de Palmas/PR [Dissertação]. Chapecó: Universidade Comunitária da Região de Chapecó; 2014.
13. Ferretti F, Beskow GCT, Slaviero RC, Ribeiro CG. Análise da qualidade de vida em idosos praticantes e não praticantes de exercício físico regular. *Estud Interdiscip Envelhec*. 2015;20(3):729-43.
14. Silva EF, Paniz VMV, Laste G, Torres ILS. Prevalência de morbidades e sintomas em idosos: um estudo comparativo entre zonas rural e urbana. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2013;18(4):1029-40.
15. Melo DM, Barbosa AJG. O uso do Mini-Exame do Estado Mental em pesquisas com idosos no Brasil: uma revisão sistemática. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2015;20(12):3865-76.
16. Fleck MPA, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L, et al. Aplicação da versão em português do Instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). *Rev Saúde Pública*. 1999;33(2):198-205.
17. Chachamovich E. Qualidade de vida em idosos: desenvolvimento e aplicação do módulo Whoqol-Old e teste de desempenho do instrumento Whoqol-Bref em uma amostra de idosos brasileiros [Dissertação]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2005.
18. Rinaldo ML, Passos PCB, Rocha FF, Milani JL, Vieira LF. Qualidade de vida e atividade física: um estudo correlacional em idosos com hipertensão arterial sistêmica. *Arq Ciênc Saúde*. 2016;20(1):51-7.
19. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. Critérios de Classificação Econômica Brasil [Internet]. São Paulo: ABEP; 2013 [acesso em 12 maio 2013]. Disponível em: www.abep.org
20. Araújo SA, Fontes BC, Carvalho MDS, Nascimento JMMF. Gênero, geração e trabalho: modos de vida de idosos/as residentes em zona rural. *Rev Bras Ciênc Envelhec Hum*. 2013;10(1):66-78.
21. Cabral SOL, Oliveira CCC, Vargas MM, Neves ACS. Condições de ambiente e saúde em idosos residentes nas zonas rural e urbana em um município da região Nordeste. *Geriatr Gerontol*. 2010;4(2):76-84.
22. Fonseca AM, Paúl C, Martin I, Amado J. Condição psicossocial de idosos rurais numa aldeia do interior de Portugal. In: Paúl M, AM Fonseca, coordenadores. *Envelhecer em Portugal: psicologia, saúde e prestação de cuidados*. Lisboa: Climepsi, 2005. p. 97-108.

23. Teixeira LMF. Solidão, depressão e qualidade de vida em idosos: um estudo avaliativo exploratório e implementação-piloto de um programa de intervenção [Dissertação]. Lisboa: Universidade de Lisboa; 2010.
24. Simonetti MCL. Assentamentos rurais e cidadania: a construção de novos espaços de vida. Marília: Cultura Acadêmica - Oficina Universitária; 2011.
25. Tavares DMS, Gomes NC, Dias FA, Santos NMF. Fatores associados à qualidade de vida de idosos com osteoporose residentes na zona rural. *Esc Anna Nery Enferm*. 2012;16(2):371-8.
26. Tavares DMS, Fachinelli AMP, Dias FA, Bolina AF, Paiva MM. Preditores da qualidade de vida de idosos urbanos e rurais. *Rev Baiana Enferm*. 2015;29(4):361-71.
27. Martins CR, Albuquerque JFB, Gouveia CNNA, Rodrigues CFF, Neves MTS. Avaliação da qualidade de vida subjetiva dos idosos: uma comparação entre os residentes em cidades rurais e urbanas. *Estud Interdiscip Envelhec*. 2007;11:135-54.
28. Pereira RJ, Cotta RMM, Franceschini SCC, Ribeiro RCL, Sampaio RF, Priore SE, et al. Contribuição dos domínios físico, social, psicológico e ambiental para a qualidade de vida global de idosos. *Rev Psiquiatr*. 2006;28(1):27-38.
29. Rodrigues LR, Silva ATM, Dias FA, Ferreira PCS, Silva LMA, Viana DA, et al. Perfil sociodemográfico, econômico e de saúde de idosos rurais segundo o indicativo de depressão. *Rev Eletrônica Enferm*. 2014;16(2):278-85.
30. Dias DSG, Carvalho CS, Araújo CV. Comparação da percepção subjetiva de qualidade de vida e bem-estar de idosos que vivem sozinhos com a família e institucionalizados. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2013;16(1):127-38.
31. Rodrigues LR, Silva ATM, Dias FA, Ferreira PCS, Silva LMA, Viana DA, et al. Perfil sociodemográfico, econômico e de saúde de idosos rurais segundo o indicativo de depressão. *Rev Eletrônica Enferm [Internet]*. 2014 [acesso em 15 out. 2015.];16(2):278-85.
32. Sequeira A, Silva MN. O bem-estar da pessoa idosa em meio rural. *Anál Psicol*. 2002;20(3):505-16.
33. Ferreira OGL, Maciel SC, Costa SMG, Silva AO, Moreira MASP. Envelhecimento ativo e sua relação com a independência funcional. *Texto Contexto Enferm* 2012;21(3):513-8.
34. Gomes Neto M, Castro MF. Estudo comparativo da independência funcional e qualidade de vida entre idosos ativos e sedentários. *Rev Bras Med Esporte* 2012;18(4):234-7.
35. Rolim FS. Atividade física e os domínios da qualidade de vida e do autoconceito no processo de envelhecimento [Dissertação]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Educação Física; 2005.

Recebido: 21/06/2016

Revisado: 16/01/2017

Aprovado: 24/04/2017