

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU* EM ATENÇÃO À SAÚDE
MESTRADO EM ATENÇÃO À SAÚDE**

CAMILA CRISTINA NEVES ROMANATO RIBEIRO

**INFLUÊNCIA DO ARRANJO DOMICILIAR NAS CONDIÇÕES DE
SAÚDE NO INDICATIVO DE DEPRESSÃO E NA QUALIDADE DE
VIDA DE IDOSOS RESIDENTES NA ZONA RURAL**

UBERABA - MG

2012

CAMILA CRISTINA NEVES ROMANATO RIBEIRO

**INFLUÊNCIA DO ARRANJO DOMICILIAR NAS CONDIÇÕES DE
SAÚDE NO INDICATIVO DE DEPRESSÃO E NA QUALIDADE DE
VIDA DE IDOSOS RESIDENTES NA ZONA RURAL**

Dissertação apresentada ao Curso de Pós-Graduação Atenção à Saúde, área de concentração “Saúde e Enfermagem”, da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre.

Orientadora: Prof^a. Dra. Darlene Mara dos Santos Tavares.

UBERABA

2012

CAMILA CRISTINA NEVES ROMANATO RIBEIRO

**INFLUÊNCIA DO ARRANJO DOMICILIAR NAS CONDIÇÕES DE SAÚDE NO
INDICATIVO DE DEPRESSÃO E NA QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS
RESIDENTES NA ZONA RURAL**

Dissertação apresentada ao Curso de Pós-Graduação Atenção à Saúde, área de concentração “Saúde e Enfermagem”, da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Atenção à Saúde. Área de concentração em Saúde e Enfermagem.

Uberaba, 13 de dezembro de 2012.

Banca Examinadora:

Prof^a. Dr^a. Darlene Mara dos Santos Tavares- Orientadora
Universidade Federal do Triângulo Mineiro

Prof^a. Dr^a. Aline Cristina Martins Gratão
Universidade de Brasília

Prof^a. Dr^a. Leiner Resende Rodrigues
Universidade Federal do Triângulo Mineiro

Dedico este trabalho a meu marido João Paulo, pelo apoio, incentivo, companheirismo, compreendendo momentos de ausência, porém com a certeza de que, sem seu amor, eu não chegaria ao fim.

AGRADECIMENTOS

A Deus pela força e coragem para chegar até aqui.

Ao meu Marido João Paulo, pela ajuda na coleta dos dados, por todo o companheirismo, compreensão, dedicação, paciência e amor nos momentos difíceis dessa caminhada.

Aos meus pais, Lusete e Nilson, pelo apoio, incentivo e amor. Por terem me ensinado o verdadeiro valor de família, união e perseverança.

A minha irmã, Fernanda pelo carinho e palavras de conforto nos momentos difíceis.

Aos meus tios, tias e primos, pelo incentivo e compreensão de minha ausência.

À tia Eliete pela presença, ajuda e apoio nessa jornada.

A minha avó, Isolina, pelas orações e palavras de encorajamento.

A minha sogra, Maria, pelo apoio e incentivo.

Aos amigos do mestrado, Getulio, Letícia, Stefania, Débora, Nayara pelos ensinamentos e paciência com minhas dificuldades que foram superadas graças à ajuda de vocês.

À amiga Renata Maciel Côrtes pela paciência e amizade construída e solidificada nesses anos.

À amiga Maria José (Tuta) por ter me ajudado a dar o primeiro passo para a realização desse trabalho.

À amiga Luana, por compreender minha ausência em momentos importantes de sua vida.

Aos amigos do Núcleo de Pesquisa, pela colaboração nas coletas de dados, em especial a **Paula Beatriz** pelos momentos engraçados e divertidos.

Às amigas Ana Paula Macedo e Marta Lemes, pelos ensinamentos e pela ajuda naqueles plantões noturnos em que, sem vocês não conseguiria estudar.

Aos amigos da UPA da Abadia, em especial às enfermeiras do período noturno, pela compreensão e pelas trocas de plantão de última hora.

Aos enfermeiros do SAMU, José Fernandes Neto e Natalia Costa pelas palavras de incentivo e ajuda na troca de plantões.

À Secretaria Municipal de Saúde de Uberaba, por ter autorizado a realização da pesquisa em parceria com a Estratégia de Saúde da Família.

Aos agentes comunitários de saúde por ter nos acompanhado durante as coletas.

À secretária, Cida, pelo amor, carinho e dedicação nos momentos de aflições.

À bibliotecária, Ana Paula por ter me ajudado nas buscas bibliográficas, por ter trabalhado comigo, sábados, domingos e feriados, abrindo as portas de sua casa, bem como pela amizade construída.

Às professoras Mestres, Flavia Dias e Pollyana Cristina, pela imensa ajuda e socorro nos horários mais inadequados.

Às professoras Doutoras Marina Resende e Ana Lucia Assis Simões pelo aprendizado durante os treinamentos didáticos.

À professora Doutora Jurema Ribeiro Luiz Gonçalves, pelas palavras de apoio e pelas oportunidades em que trabalhamos juntas e pela amizade construída.

À professora Doutora Leiner Resende Rodrigues, pela amizade, contribuições e ensinamentos.

À professora Doutora Aline Gratão, pela disponibilidade e contribuição.

À Professora Doutora Darlene Mara dos Santos Tavares, orientadora deste trabalho, por ter me acolhido de forma maternal, mesmo sabendo das minhas dificuldades. Agradeço imensamente por nunca ter desistido de mim e por não me deixar desistir, mesmo nos momentos mais conturbados, difíceis e por sua amizade. Exemplo de pessoa e profissional a ser seguido.

Aos idosos da zona rural, pela participação neste trabalho, transmitindo sua sabedoria.

A todos que de alguma forma contribuíram para a realização deste trabalho
Muito obrigado

“Devemos gerar coragem igual ao tamanho das dificuldades que enfrentamos. Afinal a única coisa que importa é colocar em prática, com sinceridade e seriedade, aquilo que se acredita.”

Dalai Lama

RESUMO

O envelhecimento humano é componente fundamental na vida de cada indivíduo e traz consigo peculiaridades. Transformações decorrentes da idade avançada influenciam cada vez mais os arranjos domiciliares envolvendo os idosos, em especial da zona rural. Esta pesquisa objetivou descrever as características sociodemográficas e econômicas dos idosos residentes na zona rural, segundo o arranjo domiciliar; verificar a associação do arranjo domiciliar com as condições de saúde, indicativo de depressão e qualidade de vida dos idosos residentes na zona rural. Estudo tipo inquérito domiciliar, analítico, transversal e observacional, realizado com 850 idosos residentes na zona rural do município de Uberaba MG. De acordo com o arranjo domiciliar formaram-se dois grupos: idosos que moravam só (119) e idosos que moravam acompanhados (714). Os dados foram coletados no domicílio, no período de junho de 2010 a março de 2011. Foram utilizados os seguintes instrumentos: Mini Exame do Estado Mental, questionário semi estruturado baseado no OARS; Escala de Depressão Geriátrica versão abreviada; World Health Organization Concept of Quality of Life Bref, World Health Organization Quality of Life in Older Adults. As análises dos dados se deram por estatística descritiva, teste qui-quadrado e t-Student ($p < 0,005$) através do programa SPSS versão 17.0. Em ambos os grupos, predominaram os idosos do sexo masculino, na faixa etária de 60-70 anos, 4-8 anos de estudo, com renda individual de 1-3 salários mínimos, aposentados por idade, donas de casa, moradia própria e quitada, que consideraram sua situação econômica igual a de outras pessoas de mesma idade. Em relação ao estado conjugal, os idosos que moravam acompanhados eram casados, enquanto os que moravam só, viúvos. Entre as condições de saúde, os dois grupos relataram boa audição, uso regular de medicação, não praticar atividade física, não ingerir bebida alcoólica, não comparecer às consultas médicas mensais, indicativo para depressão 24,4% dos que moravam só e 21,4%. Os idosos que moravam só consideraram sua saúde boa 42,9 e regular 42%, os acompanhados como regular 45,2 e boa 37%. Houve maior proporção de idosos que moravam só e eram tabagistas ($p = 0,003$) e tinham catarata ($p = 0,053$) em relação aos que moravam acompanhados. Entretanto, os idosos que moravam acompanhados apresentaram, proporcionalmente, pior percepção da visão em comparação aos que moravam só ($p = 0,010$). A HAS, problema para dormir, problema de coluna e visão foram as

morbidades mais referidas em ambos os grupos. O maior escore de QV foi no domínio relações sociais e o menor no meio ambiente, em ambos os grupos. Não obteve associação entre a QV, mensurada pelo WHOQUOL- BREF, e o arranjo domiciliar. Já na QV avaliada pelo WHOQUOL-OLD, os idosos que moram só apresentaram maior escore na faceta morte e morrer ($p=0,058$) e menor na intimidade ($p<0,001$) em comparação aos que moram acompanhados. Os resultados permitiram o melhor conhecimento das características sociodemográficas, econômicas e das condições de saúde dos idosos residentes na zona rural, segundo arranjo domiciliar. Desta forma, estes resultados contribuem para o planejamento e a implementação de ações em saúde, de acordo com as especificidades dos idosos residentes na zona rural.

Palavras chave: Arranjo moradia. População rural. Idoso. Enfermagem geriátrica

ABSTRACT

The human process of getting old is a fundamental element of life of people and it brings within some specific peculiarities. Changes resulted from the old age influence more and more the housing arrangements which evolve the old people, especially in the countryside. This research had as objectives to describe the socialdemographic and economical characteristics of countryside living elders, according to the housing arrangement; to verify the association of housing arrangement in the countryside with the healthy conditions, what is an indicative of depression and life quality of the elders who live in the countryside. Domestic inquiry research, analytical, transversal and observational, made with 850 elders living in the countryside of the city of Uberaba, MG. According to the housing arrangements, it was formed two different groups: elders who lived alone (119) and elders who lived with other persons (714). Data were collected at home, within the period of June 2010 to March 2011. It was used as collecting instruments: Mental State Mini Exam, Semi-structured questionnaire based on OARS; Geriatric depression Scale – condensed version; World Health Organization Concept of Quality of Life Bref, World Health Organization Quality of Life in Older Adults. Data analysis was done by descriptive statistics, qui-square and t-student test ($p < 0,005$) through the program SPSS version 17.0. In both groups there was the predominance of male old people, between 60 | 70 years old, 4 | 8 years of schooling, with individual income of 1 | 3 minimal salary, retired by age, housewives, owner of house and house already paid, who consider their economic situations equal to the other people of the same age. Considering the marital status of the old people who lived with others, they were married, while the old who lived alone were widowers. Among their health conditions, both groups said they had good audition, regular usage of medication, not practicing physical activities, not having algological drinking, not coming to monthly doctor appointments, what indicates depression 24,4% from those who lived alone and 21,4%. The elders who lived alone consider their healthy good 42,9% and regular 42%, the living together elders considered their health regular 45,2% and good 37%. There was bigger proportion of elders who lived alone and were cigarette addicted ($p = 0,003$) and they had cataract ($p = 0,053$) related to the old who lived with other people. However, the old who lived with others showed, proportionally, worse

perception of vision if compared to the ones who lived alone ($p=0,010$). The HAS, sleeping problem, column problem and vision were the problems more referred in both groups. The biggest score of LQ was in the topic of social relations and the smallest in environment, in both groups. There were no associations between the LQ, measured by WHOQUOL-BREF, and the housing arrangements. However, in the LQ evaluated by WHOQUOL-OLD, the elders who live alone showed the biggest score in the topic death and to die ($p=0,058$) and the smallest in the topic intimacy ($p< 0,001$) compared to the ones who live with others. The results provided a better knowledge of the characteristics of socialdemographic, economical and health conditions of the elders who live in the countryside, according to housing arrangement. Thus, these results contribute to the planning and the implementations of actions in health, according to the specificities of elders who live in the countryside.

Keywords: Housing Arrangements. Countryside Population. Old. Geriatric Nursing.

RESUMEN

El envejecimiento humano es un componente clave en la vida de cada individuo y trae peculiaridades. Los cambios derivados de la vejez influyen cada vez más los arreglos de vida relacionados con la tercera edad, especialmente en las zonas rurales. El objetivo del estudio es describir las características sociodemográficas y económicas de las personas de edad en las zonas rurales, de acuerdo con el arreglo de vivienda; verificar la asociación de arreglo de vivienda con condiciones de salud, indicativos de depresión y calidad de vida de las personas mayores que viven en zonas rurales. Estudio de la encuesta de hogares, analítico, transversal, observacional, realizado con 850 ancianos residentes en el municipio rural de Uberaba MG. De acuerdo con el plan doméstico formaron dos grupos: los que vivían solos (119) y los que vivían juntos (714). Los datos se recogieron en casa, en el período junio 2010-marzo 2011. Se utilizaron los siguientes instrumentos: Mini Examen del Estado Mental, cuestionario semi estructurado sobre la base de remos; Geriatric Depression Scale versión corta; Concepto de Calidad Organización Mundial de la Salud de la Vida Bref, Organización Mundial de la Salud Organización de la Vida en Adultos Mayores. Los análisis de los datos se dan por estadística descriptiva, chi-cuadrado y t de Student ($p < 0,005$) utilizando el programa SPSS versión 17.0. En ambos grupos, eran en su mayoría hombres adultos mayores con 60 - 70 años, 4 - 8 años de escolaridad, con un ingreso individual de un - 3 salarios mínimos de los jubilados de edad, amas de casa, propiedad de la vivienda y reembolsados, quien consideró que su situación económica como la de otras personas de la misma edad. En cuanto al estado civil, los ancianos que vivieron juntos mientras estuvieron casados que viven solas, viudas. Entre las condiciones de salud, ambos grupos informaron de una buena audición, el uso regular de medicamentos, falta de ejercicio físico, no beber, no asistir a las consultas médicas mensuales, indicación de depresión el 24,4% de los que vivían solos y el 21,4 %. La anciana que vivía sola en cuenta su buen estado de salud 42,9 y el 42% regular, vigilar el normal 45,2 y 37% buena. Hubo una mayor proporción de personas de edad avanzada que vivían solas y eran fumadores ($p = 0,003$) y tenían catarata ($p = 0,053$) que los que vivían juntos. Sin embargo, las personas mayores que habían vivido juntos proporcionalmente peor percepción de la visión en comparación con los que vivían solos ($p = 0,010$). SAH, dificultad para dormir, problemas de espalda y

visión fueron las morbilidades más frecuentes en ambos grupos. El puntaje más alto en el ámbito de la calidad de vida fue menor en las relaciones sociales y el medio ambiente, en ambos grupos. No obtuvo asociación entre la calidad de vida, medida por WHOQUOL-BREF, y arreglo de vivienda. Ya en la calidad de vida evaluada por WHOQUOL de edad, las personas mayores que viven solas tuvieron mayores puntuaciones en la faceta muerte y el morir ($p = 0,058$) y menor en la intimidad ($p < 0,001$) en comparación con los que viven juntos. Los resultados permiten una mejor comprensión de las características sociodemográficas, económicas y las condiciones de salud de las personas mayores en las zonas rurales, de acuerdo a la disposición del hogar. Por lo tanto, estos resultados contribuyen a la planificación y ejecución de las intervenciones de salud, de acuerdo con las características específicas de los ancianos que viven en zonas rurales.

Palabras clave: Arreglo de vivienda. Población rural. Personas Mayores. Enfermería geriátrica

LISTA DE QUADROS

Quadro 1- Distribuição dos idosos residentes na zona rural de Uberaba, cadastrados na ESF, por área de abrangência e sexo. Uberaba- 2012.....32

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Distribuição da frequência das variáveis sociodemográficas e econômicas do segundo o arranjo domiciliar dos idosos residentes na zona rural de Uberaba-MG,2012.....39

Tabela 2- Fatores associados às condições de saúde segundo arranjo domiciliar de idosos residentes na zona rural do município de Uberaba- MG, 2012.48

Tabela 3- Associação de morbidades referidas segundo arranjo domiciliar de idosos residentes na zona rural do município de Uberaba- MG 2012.54

Tabela 4 - Qualidade de vida dos idosos, residentes na zona rural, avaliado pelo WHOQOL-BREF, segundo arranjo domiciliar, Uberaba MG, 2012.58

Tabela 5 - Qualidade de vida dos idosos, residentes na zona rural, avaliado pelo WHOQOL-OLD, segundo arranjo domiciliar, Uberaba MG, 2012.60

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	17
1.1 EPIDEMIOLOGIA DO ENVELHECIMENTO.....	17
1.2 FAMÍLIA E ARRANJO DOMICILIAR.....	22
1.3 CONDIÇÕES DE SAÚDE.....	24
1.4 QUALIDADE DE VIDA.....	27
2 HIPÓTESE	30
3 OBJETIVOS	31
4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	32
4.1 DESENHO DO ESTUDO.....	32
4.2 LOCAL DO ESTUDO.....	32
4.3 POPULAÇÃO.....	32
4.3.1 Critérios de Inclusão	33
4.3.2 Critérios de Exclusão	33
4.4 COLETA DE DADOS.....	33
4.5 INSTRUMENTOS DE COLETA DOS DADOS.....	34
4.6 VARIÁVEIS DO ESTUDO.....	35
4.7 PROCESSAMENTO DOS DADOS.....	37
4.8 ANÁLISE DOS DADOS.....	37
4.9 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	38
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	39
6 CONCLUSÃO	62
REFERÊNCIAS	64
APÊNDICE I- Termo para Autorização da Pesquisa pela Secretaria Municipal de Saúde de Uberaba-MG.....	75
ANEXO A- Mini Exame do Estado Mental (MEEM).....	76
ANEXO B- Instrumento para coleta dos dados sociodemográficos e econômicos e morbidades.....	78
ANEXO C- Escala de Depressão Geriátrica Abreviada.....	81
ANEXO D- Instrumento para avaliação da Qualidade de Vida.....	82

ANEXO E- Instrumento para avaliação da Qualidade de Vida de Idosos.....	85
ANEXO F- Síntese para análise da Qualidade de vida.....	88
ANEXO G- Síntese para análise da Qualidade de vida de idosos.....	90
ANEXO H- Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal do Triângulo Mineiro.....	93
ANEXO I- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	94

1 INTRODUÇÃO

Neste capítulo serão abordados os aspectos conceituais de epidemiologia do envelhecimento, família, arranjo domiciliar, condições de saúde, depressão e qualidade de vida, fazendo sua relação com o processo de envelhecimento humano.

1.1 EPIDEMIOLOGIA DO ENVELHECIMENTO

O prolongamento da vida é uma aspiração de toda sociedade, no entanto, muito ainda tem a ser feito para melhorar as diferenças sociais e econômicas dessa população, uma vez que envelhecer não é mais privilégio de poucos (VERAS, 2009).

O envelhecimento humano é componente fundamental na vida de cada indivíduo, sendo nessa fase que se dão as peculiaridades decorrentes do tempo de vida (MENDES et al., 2005).

A transição demográfica refere-se a um processo gradual em que uma sociedade passa de uma situação de elevadas taxas de fecundidade e mortalidade para uma diminuição das mesmas. À medida que essas taxas se encontram, a sociedade atinge o que chamamos de estabilidade demográfica e a população começa a envelhecer (PASCHOAL; SALLES; FRANCO, 2006; PEREIRA, 2008).

O processo de transição demográfica tende a percorrer quatro fases, sendo a primeira denominada fase “pré-industrial” ou “primitiva”, na qual coexistem altas taxas de mortalidade e fecundidade. Na segunda fase denominada, “intermediária de divergente dos coeficientes” a queda da mortalidade e da natalidade mantém-se elevada, resultando no crescimento acelerado da população. Na terceira fase “intermediária de convergência dos coeficientes”, a natalidade diminui mais rápido que a mortalidade, limitando o ritmo de crescimento da população, como no Brasil. Na quarta e última fase, “moderna” ou de “pós-transição”, em que as taxas de mortalidade e natalidade aproximam-se em níveis baixo, passando a estabilizar a população, ou seja, crescimento populacional quase zero (PEREIRA, 2008).

A transição demográfica pode ainda dividir os países em três grupos, sendo o primeiro constituído por aqueles países que iniciaram a transição precocemente, como a Europa; o segundo grupo abrange países em que a transição ocorreu tardiamente, como países da América Latina e Caribe; e o terceiro grupo constitui-se

daqueles países que ainda não iniciaram a transição países da África (LEBRÃO, 2007).

O processo de envelhecimento nos países desenvolvidos ocorreu tempos depois de sua estruturação econômica, redução das desigualdades sociais e econômicas e aumento do padrão de vida. Os países desenvolvidos primeiro enriqueceram e depois envelheceram diferente dos países latino-americanos e Caribe, que envelheceram antes de enriquecerem (WORD HEALTH ORGANIZATION, 2001).

Apesar de levar décadas, a transição demográfica no Brasil se deu de forma rápida como a de outros países em desenvolvimento. Assim, a população de idosos tem apresentado crescimento mais rápido do que o de crianças. Em 1980, existiam aproximadamente 16 idosos para cada 100 crianças. Em 2000, essa relação aumentou para 30 idosos por 100 crianças, praticamente dobrando em 20 anos (BRITO, 2008).

O envelhecimento da população brasileira é uma característica marcante da transição da estrutura etária do país (PEREIRA, 2008). A Organização Mundial de Saúde considera uma nação envelhecida quando a proporção de indivíduos com 60 anos ou mais atinge 7% com tendência a crescer (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL de SAÚDE, 1984). Sendo assim, o Brasil não pode mais ser considerado um país jovem, pois o número de idosos corresponde a 12,3% da população (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010). Atualmente, a expectativa de vida do brasileiro é de 73,5 anos (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010).

Tal fato se deve às políticas urbanas de saúde pública das primeiras décadas do século XX, graças a vacinação, higiene pública e avanços tecnológicos relacionados à área de saúde, expressos nos usos de antibióticos e quimioterápicos, que tornaram possível a prevenção ou cura de muitas doenças (CHAIMOWICZ, 1997).

Com isso, na última década, a população brasileira com idade igual ou superior a 60 anos cresceu 2,5 vezes, apresentando uma elevação de 36% em relação ao número de jovem, que, por sua vez, aumentou apenas 14% (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010).

Espera-se que, em 2020, os idosos brasileiros signifiquem, aproximadamente, 15% da população total (BRASIL, 2007). Dados da Organização Mundial de Saúde

(WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2005) estimam que, no ano de 2050, existirão cerca de 2 bilhões de indivíduos com 60 anos ou mais no mundo, a maioria vivendo em países em desenvolvimento (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2005). O Brasil, que ocupa a 16ª posição entre os países com maior número de idosos passará a ocupar a sexta.

A população idosa brasileira está representada por 12,32% do total de habitantes. O estado de Minas Gerais possui uma população de 19.597.330 habitantes, sendo 12,2% composta por pessoas com 60 anos ou mais de idade. Já o município de Uberaba, local de realização desta pesquisa, possui 12,6% de idosos (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010).

Desta forma, a mudança no padrão demográfico acarretou alteração no perfil epidemiológico da população, no que se refere aos indicadores de morbimortalidade (CHAIMOWICZ, 1997). Tal alteração, denominada de transição epidemiológica, é conceituada como um “processo de modificações nos padrões de morbidade que se dá em sucessivos estágios, segundo a trajetória de um padrão tradicional para um padrão modelo” (OMRAN, 1971, p.509).

O processo de envelhecimento pode ser considerado uma fase, começando esta com a vida e terminando com a morte (NETTO, 2006).

Define-se envelhecimento humano como:

Um processo seqüencial, individual, acumulativo, irreversível, universal, não patológico de deteriorização de um organismo maduro, próprio de membros de uma mesma espécie, de maneira que o tempo torne menos capaz de fazer frente ao estresse do meio-ambiente e, portanto, aumente sua possibilidade de morte (BRASIL, 2006, p.8).

O envelhecimento populacional se refere ao processo de mudança na composição etária, em que há o predomínio de indivíduos com idade definidora para o início de determinada fase da vida. Esse limite varia de acordo com o desenvolvimento do país de residência, não dependendo unicamente de fatores biológicos, mas, também, econômicos, ambientais, científicos e culturais (CARVALHO; GARCIA, 2003).

É impossível se estabelecer uma única definição para idoso que englobe todas as suas dimensões, biológica, social, econômica e cronológica (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL de SAÚDE, 1989).

Biologicamente, o processo de envelhecimento tem início na puberdade e continua durante toda a vida. Economicamente, são idosos aqueles que cessam suas atividades laborais em idade determinada pelo Estado. Cronologicamente, considera-se o tempo de vida (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL de SAÚDE, 1989). .

O conceito cronológico de idoso varia de acordo com o desenvolvimento do país. Em países desenvolvidos são considerados idosos indivíduos com 65 anos ou mais. Já em países em desenvolvimento, como o Brasil, idosos são aqueles com idade igual ou superior a 60 anos ((ORGANIZAÇÃO MUNDIAL de SAÚDE, 1984).

Consonante com a definição cronológica para os países em desenvolvimento, a Política Nacional do Idoso, proposta pelo Ministério da Saúde, considera idoso o indivíduo com idade igual ou superior a 60 anos, que será a utilizada neste estudo (BRASIL, 1994).

O critério cronológico é adotado na maioria dos trabalhos científicos, devido à dificuldade de definição biológica. Tal fato é decorrente da controvérsia sobre o momento em que se inicia o envelhecimento, ou seja, logo após a concepção, no final da terceira década de vida ou próximo ao final da existência (NETTO, 2006).

Com o avançar da idade, percebe-se o aumento na prevalência de doenças crônicas (KALACHE, 2008), que por sua vez, geram deficiências e impactam negativamente na qualidade de vida. Desta forma, os idosos podem ter comprometida a independência para a execução de atividades cotidianas, em decorrência de deficiências físicas ou mentais (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2005).

Assim, as causas de morbimortalidade da população que eram, predominantemente, por doenças transmissíveis passam a ser para aquelas crônicas (CHAIMOWICZ, 1997).

Doenças passíveis de prevenção, como as cardiopatias, o câncer e a depressão, constituem as maiores causas de morte e invalidez (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2005). No entanto, muitos serviços de saúde, ainda hoje, trabalham orientados pelo imediatismo, com ênfase nos casos agudos, e não na prevenção de doenças crônicas e seus cuidados (KALACHE, 2008).

O envelhecimento progressivo da população, somado à mudança no perfil de morbimortalidade, fez com que os estudiosos da epidemiologia ampliassem as pesquisas que visam a compreender as doenças crônicas uma vez que maior ênfase era dada às doenças transmissíveis. Desta forma, buscou-se compreender o

comportamento coletivo da saúde e da doença, a ocorrência, a distribuição e os fatores determinantes dos eventos em meio à população (PEREIRA, 2008).

A utilização de novas tecnologias possibilitou a melhoria no tratamento das doenças, em especial nos casos crônicos. No entanto, os serviços de saúde enfrentam dificuldades para tornar os novos tratamentos acessíveis à maioria, uma vez que estratégias são planejadas, em geral, a curto prazo (KALACHE, 2008).

Conforme os indivíduos envelhecem, as doenças crônicas tornam-se as principais causas de morbidades, incapacidade e mortalidade. Dentre as doenças mais prevalentes estão: doenças cardiovasculares, doenças pulmonar obstrutiva crônica, diabetes mellitus, câncer, doenças músculo esqueléticas, doenças mentais e diminuição da visão ((WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2005).

Diante de tantas peculiaridades frente ao envelhecimento, todos os membros da família acabam tendo que desempenhar tarefas nos cuidados prestados. Porém, nem sempre este sistema é harmônico, uma vez que há o comprometimento da dinâmica do grupo (BRASIL, 2006).

Estudo desenvolvido em Portugal verificou que, mesmo havendo alterações nos modelos tradicionais, é no âmbito familiar que se desenvolve o primeiro local de cuidados (SALGUEIRO; LOPES, 2010).

Transformações sociais, mentais e biológicas decorrentes da idade avançada influenciam, cada vez mais, os arranjos domiciliares e os laços familiares entre as gerações, no contexto social e cultural. Os recursos pessoais, financeiros e o vínculo estabelecido darão significado às relações familiares intergeracionais, o que determinará o suporte oferecido ao idoso, quando necessário (KALACHE, 2008).

No final do século XIX, na Europa, iniciou-se o processo de envelhecimento populacional em decorrência da interação dinâmica nas quedas das taxas de fecundidade e de mortalidade, disseminando-se rapidamente pelos países do primeiro mundo. Dentre os fatores que contribuíram para as mudanças nas taxas de fecundidade e mortalidade destacam-se os avanços no conhecimento científico, a urbanização adequada, a melhora nutricional, a higiene pessoal e ambiental (MENDES et al., 2005; KALACHE; VERAS; RAMOS, 1987).

Os países em desenvolvimento, como o Brasil, também vêm apresentando, nas últimas décadas, um progressivo declínio nas suas taxas de mortalidade juntamente com as de fecundidade. Esses dois fatores associados promovem o

envelhecimento da população e, conseqüentemente, mudança demográfica no país (KALACHE; VERAS; RAMOS, 1987).

O declínio das funções orgânicas tende a aumentar com o tempo e em ritmo diferente entre indivíduos de mesma idade. Tal fato se deve às desigualdades sociais e econômicas a que foram submetidos ao longo da vida (NETTO, 2002). Além disto, resulta da interação entre os fatores intrínsecos, referente a fatores genéticos, e extrínsecos, relacionado ao ambiente e às variações encontradas pelo idoso neste meio em que vive ((ORGANIZAÇÃO MUNDIAL de SAÚDE, 1989).

1.2 CONDIÇÕES DE SAÚDE

Com a deterioração do mecanismo homeostático da idade, há um aumento da vulnerabilidade das funções fisiológicas. Devido a essa fragilidade orgânica, o idoso pode se tornar alvo das doenças crônicas e incapacitantes (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL de SAÚDE, 1989).

As doenças constituem grande impacto sobre a família, em especial aquelas incapacitantes, como as demências e as osteoarticulares ou, ainda, as que prejudicam a autoestima e a qualidade de vida, a exemplo da incontinência urinária e da depressão (CHAIMOWICZ, 1997).

No envelhecimento, observa-se a ocorrência de condições crônicas associadas, levando ao risco de complicações, de incapacidades e de dependência nos cuidados. Essa dependência compromete tanto o idoso quanto o familiar que presta o cuidado, uma vez que toda a dinâmica da família é alterada (OLIVEIRA et al., 2007).

A fim de prevenir as doenças que levam à incapacidade, em maio de 2005, foi criada a Estratégia Global da Organização Mundial da Saúde sobre Alimentação Saudável, Atividade Física e Saúde, visto que constituem um problema de saúde pública mundial. Os fatores de risco mais significativos para essas doenças são a hipertensão arterial, a hipercolesterolemia, a baixa ingestão de frutas, verduras e legumes, a não realização de atividade física e o consumo do tabaco (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2005).

Dentre os transtornos mais comuns no envelhecimento está a depressão. A depressão é um transtorno mental grave que se caracteriza por um estado prolongado de tristeza, perda de interesse em atividades e diminuição da energia;

constitui-se uma das principais causas de incapacidade (WORDL HEALTH ORGANIZATION, 2001).

Refere-se ainda “a uma síndrome psiquiátrica caracterizada por humor deprimido, perda de interesse ou prazer, alterações do funcionamento biológico, com repercussões importantes na vida do indivíduo e com uma duração, sem tratamento, de meses a anos” (CUNHA et al., 2006, p. 109).

Constitui a segunda causa de doença mental, entre idosos não ultrapassando apenas as demências (NASCIMENTO, 2007). Investigação verificou que a depressão apresenta expressiva prevalência entre os idosos, variando entre 4,8 e 14,6%, acometendo mais as mulheres, indivíduos sem companheiro e de baixa escolaridade (FRANK; RODRIGUES, 2006).

Estima-se que, em 2020, a depressão será a segunda causa de incapacidades em idosos, perdendo apenas para as doenças cardiovasculares (TOLEDO; SANTOS; NETO 2006), sendo considerada um problema de saúde pública (BENEDETTI et al., 2008).

Estudo conduzido na Indonésia verificou maior prevalência no indicativo de depressão entre idosos que moravam sozinhos ou que estavam em conflito com os filhos. Já os idosos que apresentavam boas condições financeiras, percepção da saúde positiva e eram casados, não apresentavam indicativo para a referida doença (GAUTAM et al., 2011).

Acredita-se que, na zona rural, as opções limitadas ao acesso do serviço de saúde, bem como o baixo apoio social, podem favorecer os sinais de depressão entre os idosos que vivem só (GAO et al., 2009).

Investigação conduzida pelo Centro de Psicologia Gerontológica da Holanda observou que ter amigos próximos tem um impacto positivo na manutenção da autonomia do idoso, além de prevenir a solidão que, por sua vez, gera impacto negativo na qualidade de vida. As redes de amigos contribuem para a interação social, melhora a qualidade de vida e o bem-estar. Por outro lado, a solidão na velhice traz distanciamento, morte e falta de amigos verdadeiros (MARTINA; STEVENS, 2006).

O afastamento social, incluindo o familiar, gera no idoso sentimento de solidão, colaborando para o aparecimento da depressão. Este fato se associa à presença de limitações físicas decorrente dos agravos, dificultando a realização das atividades

diárias que, por vezes, favorece a dependência do idoso aos cuidados (MARTINS et al, 2007).

A integração com crianças e o convívio social estão diretamente relacionados à ausência de solidão. Limitações por parte dos cônjuges também levam a sentimento de solidão, uma vez que podem ocorrer alterações até mesmo na vida sexual. Pesquisa demonstrou que os idosos que moram só relatam mais solidão dos que aqueles que vivem com companheiros. Tal fato interfere de forma negativa no cuidado com a saúde, uma vez que não se sentem estimulados a se cuidarem (GIERVELD et al, 2009).

É necessário levar em consideração os aspectos físicos e a autonomia como fatores impactantes na vida do idoso, já que as interferências na manutenção das atividades junto à comunidade podem levar ao isolamento social. Buscar alternativas para melhoria da qualidade de vida dos idosos com maior número de morbidades é imperativo, pois a manutenção das relações sociais interfere positivamente na qualidade de vida (TAVARES; CORTES; DIAS, 2010).

Trabalhos internacionais conduzidos com idosos residentes na zona rural demonstraram associação entre os sinais de depressão com ter alguma morbidade, viver só, ter pouco contato com familiares, isolamento social, possuir declínio cognitivo e incapacidade funcional (GAO et al, 2009).

É necessário que o idoso esteja engajado em atividades que o façam sentir útil e permitam troca de experiências, de conhecimento, de dúvidas e de afeto dentre o meio no qual está inserido, ajudando a melhorar e a tornar satisfatória sua vida (MENDES et al., 2005).

Cabe à enfermagem, juntamente com a equipe multidisciplinar, o papel de incentivar o apoio familiar, com o intuito de promover a socialização dos idosos, e o desenvolvimento de atividades de inclusão social. É necessário identificar as dificuldades enfrentadas pelos idosos, visando a proporcionar uma melhor adaptação e controle das doenças de modo a diminuir sua influencia na qualidade de vida (TAVARES; CORTES; DIAS, 2010).

1.3 FAMÍLIA E ARRANJO DOMICILIAR

Com o fenômeno da urbanização e da imigração, constatou-se uma queda no sistema tradicional da organização familiar, onde todos moravam em um mesmo

domicílio. Esse fator também está relacionado com a modernização e a industrialização, que ofereceu novas oportunidades de trabalho (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1989).

O termo domicílio é utilizado para definir moradia estruturalmente independente, constituída por um ou mais cômodos, com entrada privativa (MEDEIROS; OSÓRIO, 2002).

O arranjo domiciliar refere-se à organização de indivíduos limitados ao espaço do domicílio. Pode ser formado por uma única pessoa ou por um grupo de pessoas. Geralmente esse grupo é constituído por familiares, no entanto existem grupos formados por pessoas sem nenhum grau de parentesco (MEDEIROS; OSÓRIO, 2002).

Durante as décadas de 70 e 90, houve, no Brasil, um aumento dos domicílios unipessoais (MEDEIROS; OSÓRIO, 2001).

Em todo o mundo há uma tendência maior de que os idosos vivam sozinhos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2005). Deve-se levar em consideração que a melhoria nas condições de saúde, seguridade social, avanços tecnológicos e os meios de comunicação contribuem para o aumento de domicílios unipessoais entre os idosos (CAMARGOS; MACHADO; RODRIGUES, 2007).

Famílias são instituições com várias características, podendo conter laços de parentesco biológicos ou não como no caso das alianças conjugais, sendo constituída por várias características e normas de convivência, em que são determinados os direitos e deveres de cada componente (MEDEIROS; OSÓRIO, 2001).

Neste trabalho serão adotados os conceitos de domicílio e família proposto pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) e utilizados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e pela Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) (MEDEIROS; OSÓRIO, 2001), uma vez que este é órgão de referência para as pesquisas estatísticas sobre o tema em estudo e possibilitará a realização de comparações.

Quando se aborda a temática família, diversos conceitos como afetividade, companheirismo, solidariedade, sentimentos e ações que podem ocorrer fora dos laços sanguíneos devem ser considerados. A família é uma construção social, cultural e histórica de relevância para a organização da sociedade (SOUZA; SKUBS; BRETAS, 2007).

A situação da família da zona rural que prestam algum tipo de cuidado aos idosos que com eles residem é ainda mais complexa, uma vez que possuem mais obstáculos naturais que podem dificultar a assistência prestada. Diante das adversidades enfrentadas pelos idosos rurais, a relação com familiares pode apresentar-se como um efeito protetor (MORAIS; RODRIGUES; GERHARDT, 2008)

Além disso, os idosos residentes na zona rural vivenciaram e vivenciam a migração, principalmente dos mais jovens, para o meio urbano. A redução dos membros das famílias pode vir a prejudicar o trabalho na agricultura, a renda e o cuidado com os mais velhos (BERTUZZI; PASKULIN; MORAIS, 2012).

Em todas as fases da vida a família exerce um papel fundamental no fortalecimento das relações, na ajuda e na aceitação do envelhecimento de seus membros. Para cada família o envelhecimento assume diferentes valores apresentando aspectos de satisfação ou de insatisfação, dependendo das relações estabelecidas ao longo da vida (MENDES et al., 2005).

Pesquisa conduzida na Costa Rica mostrou que o contato com membros familiares tem efeito positivo para os idosos, principalmente quando há independência, implicando a melhora da percepção da saúde e o desenvolvimento cognitivo e instrumental. O contato com os filhos também demonstrou associação positiva com os hábitos saudáveis como: baixa ingestão de bebida alcoólica, prática de atividade física, não utilização de tabaco e alimentação balanceada. Houve exceção para as morbidades crônicas, uma vez que estas não dependem apenas dos aspectos psicossociais, mas estão relacionadas às alterações fisiológicas do organismo (PUGA et al., 2007).

O equilíbrio na relação entre cuidador e receptor de cuidados pode promover melhores condições de saúde para o idoso, assim como o desequilíbrio pode desencadear efeitos negativos sobre a sua saúde. Logo, quanto melhor a relação de troca no âmbito familiar, maiores serão os benefícios físicos e psicológicos para o idoso (RAMOS, 2002).

Portanto, é necessário observar a harmonia ou desarmonia entre os membros, pois esses fatores interferem nos cuidados prestados e na forma como o idoso se vê diante da assistência que necessita (DIAS et al., 2011).

1.4 QUALIDADE DE VIDA

A qualidade de vida não é um parâmetro estático e pode variar ao longo da vida. Definir qualidade de vida na velhice é um trabalho complexo, uma vez que se associa às condições biológicas, sociais e psicológicas a que o idoso foi exposto ao longo de sua vida (CHACHAMOVICH; TRENTINI; FLECK, 2007). É definida como “a percepção que o indivíduo tem de sua posição na vida dentro do contexto de sua cultura e do sistema de valores de onde vive, e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL de SAÚDE, 1994, p.1405).

Trata-se de um conceito que implica três aspectos, sendo eles a subjetividade, referente à percepção do indivíduo, à multidimensionalidade em que a qualidade de vida está baseada em múltiplas dimensões e, finalmente, à bipolaridade que está presente nas dimensões positivas e negativas (FLECK et al., 1999).

Para os idosos, a qualidade de vida está associada à auto-percepção da saúde, que consiste em se sentir bem, independente de agravos e doenças. É subjetiva e relativa à avaliação e ao funcionamento do próprio organismo em qualquer domínio (PASCHOAL, 2002). A saúde percebida é uma auto-avaliação global a partir da percepção de seus aspectos objetivos e subjetivos. Consideram além dos fatores funcionais, os não clínicos como o estado de humor, as redes de relações sociais e as comparações sociais (CHACHAMOVICH; TRENTINI; FLECK, 2007).

Cada vez mais se observa que a qualidade de vida adquire importância na sociedade em geral, sobretudo no que se refere aos idosos, no planejamento de políticas sócio-sanitárias de saúde e assistência social (PEREIRA et al., 2011).

Um dos desafios para este século é propiciar qualidade de vida aos idosos, que na sua maioria são de nível sócio-econômico e educacional baixo e com alta prevalência de doenças crônicas e incapacitantes (VERAS, 2008).

A equipe de saúde deve estar preparada para atender as peculiaridades relacionadas à senescência e à senilidade, propondo estratégias de promoção da saúde e prevenção de agravos, contribuindo para uma melhor qualidade de vida dessa população, diminuindo as desigualdades socioeconômicas (OLIVEIRA; TAVARES, 2010).

Os idosos que residem em áreas rurais, além de enfrentarem o isolamento social devido a grandes distâncias entre os domicílios vizinhos e problemas de saúde decorrentes do envelhecimento, ainda encontram maiores barreiras para obter acesso aos serviços de saúde, devido à dificuldade no transporte e às longas distâncias, ocasionando um menor cuidado com a saúde (TRAVASSOS; VIACICAVA, 2007).

O monitoramento das condições de saúde de uma população específica, como a deste estudo, bem como os fatores associados a essas condições, é instrumento chave para a proposição de ações e cuidados em saúde (VERAS, 2009).

Estudo realizado no interior gaúcho demonstrou que a população rural está envelhecendo de forma semelhante à urbana, apesar de suas particularidades como a pobreza, o isolamento social, a baixa escolaridade, as residências precárias, as limitações de transporte e a distancia dos serviços de saúde (MORAIS; RODRIGUES; GERHARDT, 2008).

Pesquisa conduzida na área rural da Colômbia constatou características comuns entre países desenvolvidos e em desenvolvimento, em relação ao consumo de álcool, uso de medicação e problemas crônicos de saúde. Esses fatores são atribuídos às dificuldades de transporte existente nesses locais, bem como aos serviços de saúde que trabalham com a prevenção e orientação desses comportamentos (MORAIS; RODRIGUES; GERHARDT, 2008).

A influência do arranjo moradia no cuidado à saúde dos idosos é um assunto pouco estudado no mundo, especialmente com idosos residentes na zona rural (MORAIS; RODRIGUES; GERHARDT, 2008; CAMARGOS MACHADO; RODRIGUES, 2007).

Desta forma, ampliar o entendimento desta temática tem se tornado de interesse na área da gerontologia. A pequena ênfase dada a este campo de conhecimento pode ser ilustrada pelo limitado número de investigações relativas às implicações sociais, econômicas e ambientais causadas por mudanças na estrutura etária como as que atravessam a população brasileira (VERAS; RAMOS; KALACHE, 1987).

Nesta perspectiva, esta pesquisa tem o intuito verificar a influência do arranjo de moradia, ou seja, de se morar só ou acompanhado com as condições de saúde dos idosos residentes na zona rural a fim de contribuir com a ampliação do

conhecimento na temática e subsidiar o desenvolvimento de ações em saúde para a promoção do envelhecimento saudável.

2 HIPÓTESE

Os idosos da zona rural que moram acompanhados possuem melhores condições de saúde, têm menor ocorrência de indicativo de depressão e maior escore de qualidade de vida.

3- OBJETIVOS

3.1- Descrever as características sociodemográficas e econômicas de idosos residentes na zona rural, segundo arranjo domiciliar.

3.2- Verificar a associação do arranjo domiciliar com as condições de saúde, o indicativo de depressão e qualidade de vida dos idosos residentes na zona rural.

4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

4.1 DESENHO DO ESTUDO

O presente estudo foi delineado como um estudo do tipo inquérito domiciliar, analítico, transversal e observacional. Foi parte de um projeto intitulado “Saúde e qualidade de vida da população idosa rural do município de Uberaba- MG” desenvolvido pelo Grupo de Pesquisa em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Triângulo Mineiro.

4.2 LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi desenvolvido na zona rural do município de Uberaba-MG, que está dividido em três Distritos Sanitários (DS). Possui 100% de cobertura da Estratégia Saúde da Família (ESF), atendidos por quatro equipes, nas áreas de abrangências: Borgico/Calcário (DSII); Baixa/Capelinha (DSII), Santa Rosa (DSIII) e Ponte Alta/Peiropolis (DSI).

4.3 POPULAÇÃO

A população foi composta por todos os idosos cadastrados pelas ESFs, residentes na zona rural do município de Uberaba. Cada ESF ofereceu uma lista contendo o nome e o endereço dos idosos cadastrados, mediante autorização da Secretaria Municipal de Saúde, totalizando 1.297 habitantes distribuídos da seguinte forma:

Quadro 1 - Distribuição dos idosos residentes da zona rural de Uberaba, cadastrados na ESF, por área de abrangência e sexo. Uberaba, 2010.

Equipe ESF	Distrito Sanitário	População Feminina	População Masculina	Total
Borgico/Calcário	II	23	44	67
Baixa/Capelinha	II	173	227	400
Santa Rosa	III	153	223	376
Ponte Alta/Peiropolis	I	231	223	454
Total		580	717	1.297

Fonte: Equipes de Saúde da Família da zona rural de Uberaba, Uberaba-MG, 2010.

4.3.1 Critérios de inclusão

Foram considerados como critérios de inclusão: ter 60 anos ou mais de idade, morar na zona rural no município de Uberaba-MG, sexo masculino ou feminino, não apresentar declínio cognitivo e concordar em participar da pesquisa.

4.3.2 Critérios de exclusão

Foram considerados como critérios de exclusão: estar hospitalizado, ter mudado de endereço, ter ido a óbito, não ser encontrado após três tentativas de visita do entrevistador.

Participaram do estudo 833 idosos, sendo que foram excluídos 454 por: mudança de endereço (117), recusa (75), não foram encontrados após três visitas (57), óbito (11), hospitalização (3), déficit cognitivo (105) e outros motivos (96).

Foram constituídos dois grupos: Idosos que moravam sozinhos (119) e Idosos que moravam acompanhados (714).

4.4 COLETA DE DADOS

Os dados foram coletados no domicílio por 14 entrevistadores treinados para o preenchimento do instrumento de coleta, a forma de abordar e dirigir a pergunta ao entrevistado e questões éticas relacionadas à pesquisa. Foram realizadas reuniões periódicas com os supervisores de campo para orientações e resolução de possíveis dificuldades. Os entrevistadores foram acompanhados, em algumas visitas pelo agente comunitário de saúde responsável pela região. Caso houvesse dúvida, a pergunta seria repetida pelo entrevistador de forma que não interferisse na resposta.

A coleta ocorreu no período de junho de 2010 a março de 2011 seguindo as listas disponibilizadas pelas ESFs. Considerando que pudesse haver alguma dificuldade no entendimento por parte dos entrevistados, optou-se pela entrevista direta, mesmo os instrumentos podendo ser auto-aplicáveis. Quanto ao idoso que não quis ou não soube responder a algum item, foi codificado como 99.

As entrevistas foram revisadas pelo supervisor de campo e, quando houve respostas inconsistentes ou incompletas, os entrevistadores entraram em contato com o idoso para o preenchimento adequado.

4.5 INSTRUMENTOS DE COLETA DOS DADOS

- Mini-exame do Estado Mental (MEEM): foi utilizado para realizar avaliação cognitiva (Anexo A). O MEEM foi traduzido e validado no Brasil (BERTOLUCCI et al., 1994) (Anexo A). O MEEM tem o objetivo de avaliar as funções cognitivas; suas questões estão relacionadas a: orientação temporal (5 pontos); orientação para local (5 pontos); memória imediata (3 pontos); atenção e cálculo (5 pontos); evocação (3 pontos), linguagem (8 pontos) e capacidade construtiva visual (1 ponto). O escore pode variar de zero a 30 pontos, sendo considerados os seguintes pontos de corte para declínio cognitivo: 13 para analfabetos, 18 para escolaridade de 1 a 11 anos e 26 para escolaridade superior a 11 anos (BERTOLUCCI et al., 1994). Destaca-se que, neste estudo, o declínio cognitivo, avaliado pelo MEEM, foi utilizado como critério de exclusão, tendo em vista as questões subjetivas que compõem os instrumentos de qualidade de vida e de indicativo de depressão.
- Older Americans Resources and Services (OARS): foi usado para coleta de dados referente à caracterização do perfil das variáveis sociodemográficas e econômicas (Anexo B). O OARS foi elaborado pela Duke University (1978), e adaptado à realidade brasileira, sendo denominado BOMFAQ (RAMOS, 1987). Deste instrumento, foram utilizadas as variáveis: sexo; faixa etária; estado conjugal; escolaridade; renda individual; procedência dos recursos financeiros; atividade profissional atual; razão da aposentadoria; auto percepção da situação econômica; moradia; auto percepção da saúde, auto percepção da visão; auto percepção da audição; uso regular de medicação; prática de atividade física; tabagismo, ingestão de bebida alcoólica; consulta médica mensal; arranjo de moradia; morbidades autorreferidas (RAMOS, 1987).
- Escala de Depressão Geriátrica versão abreviada (EDG-15): tem o propósito de avaliar o indicativo de depressão. A EDG-15 foi elaborada por Sheikh & Yesavage (1986) e validada no Brasil (ALMEIDA; ALMEIDA, 1999) (Anexo C). Teve por objetivo o rastreamento da depressão, sendo constituída por 15

questões fechadas com respostas objetivas (sim ou não), com escore que pode variar de zero a 11 pontos. Nesta pesquisa, considerou-se indicativo para depressão quando o escore foi superior a cinco pontos (ALMEIDA; ALMEIDA, 1999).

- World Health Organization Concept of Quality of Life Bref (WHOQOL-BREF): foi utilizado na avaliação da QV, traduzido e validado no Brasil (FLECK; LOUSADA; XAVIER, 2000). O WHOQOL-BREF (Anexo D) é um instrumento genérico e possui 26 questões, sendo as duas primeiras de caráter geral e as demais divididas em quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente. Os escores de QV de zero a 100. Quanto maior o escore, melhor a QV ((FLECK; LOUSADA; XAVIER, 2000).).
- World Health Organization Quality of Life in Older Adults, (WHOQOL-OLD): instrumento específico para mensurar QV de idosos e deve ser utilizado junto com o WHOQOL-BREF. O WHOQOL-OLD (Anexo E), está traduzido e validado no Brasil (FLECK; CHACHAMOVICHA; TRENTINIB, 2003). É composto por 24 itens, divididos em seis facetas (funcionamento do sensorio, autonomia, atividades passadas, presentes e futuras, participação social, morte e morrer e intimidade). Os escores de qualidade de vida também variam de zero a 100. Quanto maior o escore, melhor a QV (FLECK; CHACHAMOVICHA; TRENTINIB, 2003).

4.6 VARIÁVEIS DO ESTUDO

- Características sócio demográficas e econômicas: sexo (masculino e feminino); faixa etária (60|-70, 71|-80 e 80 e mais); estado conjugal (nunca se casou, mora com esposo(a) ou companheiro(a), viúvo, separado, desquitado ou divorciado e ignorado); escolaridade (anos de estudo sem repetir a mesma série), arranjo domiciliar (só ou acompanhado); renda individual em salários mínimos (sem renda, < 1, 1 | 3, 3 | 5 e ≥ 5); procedência de recursos financeiros (aposentadoria, pensão, renda, doação da família, doação de outros, trabalho contínuo, trabalho eventual, renda mensal vitalícia, aplicação financeira, sem rendimento próprio, ignorado); atividade profissional atual (dona de casa, empregada doméstica, trabalhador braçal, trabalhador rural, profissional liberal, agricultor, empresário, outros, não exerce e ignorado); razão de aposentadoria

(tempo de serviço, idade, problema de saúde, não se aposentou e ignorado) e autopercepção da situação econômica em relação a pessoas da mesma idade (pior, igual, melhor e ignorado); casa onde mora (própria - quitada, própria - paga prestação, é de parente - paga aluguel, estranho - paga aluguel, cedida - sem aluguel, asilo e ignorado)

- Condições de saúde: autopercepção da saúde (péssima, má, regular, boa, ótima e ignorado); auto percepção da visão (cega, péssima, ruim, regular, boa, excelente e ignorado) e auto percepção da audição (surdo, ruim, boa, excelente e ignorado), 27 morbidades autorreferidas (reumatismo, artrite, artrose, osteoporose, asma ou bronquite, tuberculose, embolia, hipertensão arterial, má circulação, problemas cardíacos, diabetes mellitus, obesidade, acidente vascular encefálico, Parkinson, incontinência urinária, incontinência fecal, prisão e ventre, problema para dormir, catarata, glaucoma, problemas de coluna, problema renal, sequela de acidente/trauma, tumores malignos, tumores benignos, problema de visão e outras); uso regular de medicamentos (sim - receitado pelo médico, sim - por conta própria, não e ignorado); prática de atividade física (sim e não), tabagismo (sim e não); ingestão de bebida alcoólica (diariamente, 1 a 3 vezes por semana, 4 a 6 vezes por semana, 1 a 3 vezes por mês, menos de 1 vez por mês e nenhuma); consulta médica mensal (sim e não) e Indicativo de depressão (sim e não).
- Qualidade de vida segundo WHOQOL-BREF - 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 em, e oportunidades de recreação/lazer, ambiente físico: poluição, ruído, trânsito, clima e transporte) e
- Qualidade de vida segundo WHOQOL-OLD - Facetas: Funcionamento do sensorio (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).

4.7 PROCESSAMENTO DOS DADOS

Conforme as entrevistas foram realizadas, foi conduzida à revisão e à codificação dos dados.

Foi construído um banco de dados eletrônico, no programa Excel[®] onde os dados foram processados por dupla entrada, para verificação da existência de registros duplicados, nomes diferentes e digitação incorreta entre as duas bases de dados. Os dados inconsistentes foram verificados na entrevista original e realizou-se a sua correção.

Os dados foram transportados para o software Statistical Package for Social Science (SPSS), versão 17.0, para análise.

4.8 ANÁLISE DOS DADOS

Para atender o primeiro objetivo, foi utilizado análise estatística descritiva com a construção de tabela de frequência simples para as variáveis categóricas.

Quanto ao segundo objetivo, foi aplicado o teste qui-quadrado para verificar associação entre o arranjo de moradia e as condições em saúde e o indicativo de depressão. Para a análise de qualidade de vida e o arranjo de moradia, foi utilizado o teste t-Student. Para todos os testes, adotou-se como significância quando $p < 0,05$.

Cada domínio do WHOQOL-BREF e cada faceta do WHOQOL-OLD foi analisada isoladamente, conforme sintaxe disponibilizada pela OMS (Anexo F e Anexo G, respectivamente).

4.9 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, protocolo N°1477 (Apêndice H). Os sujeitos desta pesquisa foram contactados no domicílio, onde foram apresentados os objetivos, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo I) e oferecidas as informações pertinentes. Somente após a anuência do entrevistado e assinatura do referido Termo, foi conduzida a entrevista.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Na tabela 1 estão descritas as características sociodemográficas e econômicas dos idosos residentes na zona rural, segundo arranjo domiciliar.

TABELA 1 - Distribuição da frequência das variáveis sociodemográficas e econômicas, segundo o arranjo domiciliar dos idosos residentes na zona rural de Uberaba-MG, 2012.

Arranjo domiciliar		Mora só n (%)	Mora acompanhado n (%)	Total n (%)
Variáveis				
Sexo	Masculino	67 (56,3)	366 (51,3)	433 (52)
	Feminino	52 (43,7)	348 (48,7)	400 (48)
Faixa etária	60 70	61 (51,3)	422 (61,9)	503 (60,4)
	70 80	46 (38,7)	212 (29,7)	258 (31)
	80 ou mais	12 (10,1)	60 (8,4)	72 (8,6)
Escolaridade	Analfabeto	37 (31,9)	165 (24)	202 (25,2)
	1 4	33 (28,4)	218 (31,7)	251(31,3)
	4 8	42 (36,2)	264 (38,4)	306 (38,1)
	8 ou mais	4 (3,4)	40 (5,8)	44(5,5)
Estado conjugal	Solteiro	26 (21,8)	35 (4,9)	61 (7,3)
	Casado	0	555 (77,7)	555 (66,6)
	Viúvo	58(48,7)	103 (14,4)	161 (19,3)
	sep/desq/div	35(29,4)	21 (2,9)	56 (6)
Renda individual	sem renda	6 (5)	80 (11,2)	86 (10,3)
	<1	5 (4,2)	25 (3,5)	30 (3,6)
	1 3	72 (60,5)	334 (46,8)	406 (48,8)
	3 5	30 (25,2)	219 (30,7)	249 (29,9)
	5 ou mais	5 (4,2)	38 (5,3)	43 (5,2)
	não sabe	1 (0,8)	17 (2,4)	18 (2,2)
Recurso financeiro	Aposentadoria/outro	82 (68,9)	498 (70)	589 (69,8)
	Pensão	17 (14,3)	58 (8,1)	75 (9,0)
	renda/aluguel e outro	1 (0,8)	13 (1,9)	14 (1,7)
	Doação (família)	0	3 (0,4)	3 (0,3)
	Doação (outros)	2 (1,7)	2 (0,3)	4 (0,5)

TABELA 1 - Distribuição da frequência das variáveis sociodemográficas e econômicas, segundo o arranjo domiciliar dos idosos residentes na zona rural de Uberaba-MG, 2012.

(conclusão)

Arranjo domiciliar		Mora só n (%)	Mora acompanhado n (%)	Total n (%)
Variáveis				
	Trabalho contínuo e outro	10 (8,4)	52 (7,3)	62 (7,4)
	Trabalho eventual	4 (3,4)	10 (1,4)	14 (1,7)
	Renda mensal vitalícia	0	1 (0,1)	1 (0,1)
	Aplicação financeira	0	0	0
	Sem rendimento próprio	3 (2,5)	72 (10,1)	75 (9)
Atividade profissional	dona de casa	42 (35,3)	295 (41,3)	337 (40,3)
	doméstica	1 (0,8)	7 (1)	8 (1)
	trabalhador braçal	2 (1,7)	20 (2,8)	22 (2,6)
	trabalhador rural	38 (31,9)	166 (23,3)	204 (24,5)
	profissional liberal	1 (0,8)	13 (1,8)	14 (1,7)
	agricultor	1 (0,8)	19 (2,7)	20 (2,4)
	não exerce	27 (22,7)	142 (19,9)	169 (20,3)
	Outros	7 (5,9)	49 (6,9)	56 (6,7)
Razão da aposentadoria	Tempo de serviço	19 (16,2)	171 (24)	190 (22,9)
	Idade	52 (44,4)	280 (39,3)	332 (40)
	Problema de saúde	10 (8,5)	57 (8)	67 (8,1)
	Não se aposentou	36 (30,8)	240 (28,7)	240 (29)
Auto percepção da situação econômica	Pior	19 (17,9)	70 (10,5)	89 (11,6)
	Igual	60 (56,6)	355 (53,5)	415 (53,9)
	Melhor	27 (25,5)	239 (36)	266 (34,5)
Casa onde mora	Própria quitada	70 (58,8)	507 (71,1)	577 (69,4)
	Própria prestação	2 (1,7)	11 (1,5)	13 (1,6)
	Parente alugada	2 (1,7)	3 (0,4)	5 (0,6)
	Estranho alugada	7 (5,9)	53 (7,4)	60 (7,2)
	Cedida	38 (31,9)	39 (19,5)	177 (21,3)

Fonte: a autora, 2012.

Em relação ao sexo, predominou o masculino (52%), com percentual superior para os que moram só (56,3%) em relação aos que vivem acompanhados (51,3%) (Tabela 1). Em pesquisa conduzida com idosos no município de Porto Alegre-RS,

percentual elevado foi obtido para os homens que moravam acompanhados (85,1%) em comparação aos que residiam só (14,9%) (PASKULIN; VIANNA, 2007). Divergindo de investigações brasileiras, estudo internacional com idosos residentes em áreas rurais, verificou maior percentual de mulheres (53,1%) embora não tenha sido dividido em grupos segundo arranjo domiciliar (GAO et al., 2010).

Segundo a síntese de indicadores sociais, em 2007, na região sudeste do País, local de realização desse trabalho, havia 69 homens idosos para cada 100 mulheres na área urbana. No entanto, na área rural, essa razão é diferente, sendo que o número de homens idosos (107) supera o de mulheres (100) (BRASIL, 2009b). Estes dados refletem o marco da urbanização ocorrida no Brasil na década de 70, em que se tem uma intensificação do processo de migração rural/urbano feminino, relacionado diretamente com a busca por oferta de trabalho, tanto em empresas quanto em residências, pelas mulheres (BRASIL, 2009b).

Como consequência desse processo migratório feminino, depara-se, atualmente, com a masculinização no meio rural. Os homens permaneceram no espaço rural em decorrência das atividades laborais com a terra, enquanto as mulheres foram atraídas pelos trabalhos urbanos (CAMARANO et al.; 2004). Neste contexto, a união matrimonial não foi favorecida, tendo em vista os atributos profissionais adotados pelas mulheres e as dificuldades de atrelar os trabalhos: agrícola e doméstico (SPANVELLO, 2011).

No que concerne à faixa etária, a maioria encontrava-se entre 60 |70 anos (60,4%). Contudo, o percentual de idosos que moravam só (51,3%) era menor do que aqueles que residiam acompanhados (61,9%) (Tabela 1). Corroborando com os resultados dessa pesquisa, estudo desenvolvido com idosos residentes nos espaços rurais do interior do Rio Grande do Sul obteve percentual semelhante (61,1%) embora não tenha especificação do arranjo domiciliar (DAL PIZZOL et al., 2012).

A PNAD de 2008 estimou aumento na expectativa de vida em 22,42 anos para a população que chegasse aos 60 anos em Minas Gerais. Este indicador teve acréscimo no decorrer dos anos, uma vez que, em 1992, representava 19,43 anos e 21,71 anos em 2000. Uma das possibilidades para entender a maior concentração de idosos nesta faixa etária se refere aos benefícios obtidos com as campanhas de imunização (BRASIL, 2011a). Na década de 20, teve início as vacinas contra difteria (Dt), tétano (Tt), coqueluche e tuberculose - Bacilo de Calmette e Guerin (BCG). Já em 1937, iniciou a vacina contra febre amarela (FA) e, finalmente, nos anos 50

houve a implantação do toxóide tetânico (TT) e a tríplice bacteriana: difteria, coqueluche e tétano DPT (BRASIL, 2003).

Destaca-se, neste estudo, o maior percentual de idosos mais velhos morando só, representados por 38,7% para os com 70|-80 anos e 10,1% para os de 80 anos e mais (Tabela 1). Estes achados são satisfatórios, considerando-se que, no Brasil, morar só após os 60 anos pode ser entendido como consequência de um envelhecimento bem sucedido, acompanhado de boas condições de saúde, integração social, desmistificando, assim, a ideia de abandono e solidão. Além disto, o ato de morar só é uma decisão particular (CAMARGOS; RODRIGUES, 2008) e uma forma de manutenção de independência e autonomia pelo idoso (CAMARGOS; RODRIGUES; MACHADO, 2011).

Referente à escolaridade, ambos os grupos apresentaram, em sua maioria, 4 |-8 anos de estudo, representando 36,2% para os idosos que moravam só e 38,4% para os que moravam acompanhados (Tabela 1). Pesquisa conduzida com idosos rurais de Nova Bassano - RS, sem especificar o arranjo domiciliar, obteve porcentagem bem superior (75%) a presente investigação (BERTUZZI; PASKULIN; MORAIS, 2012).

Apesar das estatísticas brasileiras não distinguirem a escolaridade segundo arranjo domiciliar, semelhante ao obtido neste estudo, os idosos do país (32,3%), da região Sudeste (38%) e do Estado de Minas Gerais (34,1%) possuem 4 a 8 anos de estudo (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010a).

No período 1997 a 2007 ocorreu, em geral, uma melhoria no nível de educação da população brasileira atingindo, também, os idosos. Tal fato se deve ao contingente de idosos que, durante o seu ciclo de vida, foi beneficiado com políticas públicas educacionais como, por exemplo, o programa de alfabetização de adultos (EJA) (BRASIL, 2009b).

Entretanto, a melhoria da escolaridade entre os idosos, ainda é um desafio a ser vencido pelo Brasil. Com a Constituinte de 1946, que estabeleceu o ensino primário obrigatório e gratuito nas escolas públicas, houve uma melhoria nas condições educacionais. No entanto, o incentivo à alfabetização dos idosos foi insuficiente, em especial, entre os moravam na zonal rural. As disparidades são mais acentuadas quando comparados os percentuais de idosos com baixa escolaridade na área rural (55%) em relação à urbana (27,5%) (BRASIL, 1946; BRASIL, 2009a)

Para Peres (2009), o fenômeno da industrialização contribuiu de forma

negativa para educação, uma vez que se priorizaram os estudos nas áreas urbanas, aumentando, conseqüentemente, o baixo índice de escolaridade nos espaços rurais. A educação realizada no campo, bem como os programas de alfabetização de adultos (EJA), são formas de educação popular voltados aos indivíduos que não puderam ter acesso à educação formal, na idade correta. Assim, a zona rural é o local de maior necessidade de implementação de escolas públicas, devido ao elevado índice de analfabetismo entre idosos e adultos mais velhos. Ademais, o trabalho rural, historicamente, está associado à exclusão da educação formal, enquanto o trabalho industrial, ao conhecimento do ensino superior.

Quanto ao estado conjugal, o maior percentual de idosos que moravam só eram viúvos (48,7%), enquanto os que moravam acompanhados eram casados (77,7%) (Tabela 1). Resultado semelhante foi encontrado para os idosos que moravam sem companheiros (41,2%), em pesquisa realizada na zona rural do Sul do Brasil. Já para aqueles que moravam com companheiro os percentuais foram inferiores (58,8%) (RIGO; PASKULIN; MORAIS, 2010). Inquérito conduzido com idosos no município de Ribeirão Preto verificou que 69,8% dos homens que moravam acompanhados eram casados, enquanto 91,3% das mulheres eram viúvas e moravam só (71,4%) (PEDRAZZI, 2010).

Apesar do dado referente ao estado conjugal não estar separado por sexo, estudos brasileiros observaram que as mulheres, quando viúvas, tendem a permanecerem assim, enquanto os homens casam-se novamente. O recasamento dos homens se deve aos valores culturais, em que precisam de uma companheira que cuide dele e dos afazeres do lar (MORAIS, 2007). Por outro lado, as mulheres idosas quando viúvas tendem a viver sozinhas (BATISTA; VIEIRA; SILVA, 2012).

Acredita-se que esta situação na zona rural investigada pode se apresentar de forma diferente, uma vez que o maior percentual é de homens que moram só. Este fato nos remete ao questionamento de como os homens, em especial os idosos, estão se cuidando, tendo em vista que eles apresentam resistência para buscar os serviços de saúde. Além disso, os horários de funcionamento dos estabelecimentos também são tidos como obstáculos, uma vez que coincide com a jornada de trabalho, reforçando o papel histórico atribuído ao homem de provedor da família. Diferentemente, as mulheres, mesmo inseridas no mercado de trabalho formal, não deixam de buscar pelos serviços de saúde (BRASIL, 2008).

Os profissionais das ESF devem promover ações que captem o maior número possível de homens idosos com a intenção de incentivar o cuidado e mudanças no comportamento em saúde. A alteração no horário de funcionamento das ESF pode contribuir para uma maior procura pelo serviço por parte dos homens.

No que se refere à renda individual, a maioria recebia 1 a 3 salários mínimos mensais (48,8%), entretanto, o percentual era superior para os idosos que moravam só (60,5%) do que para os acompanhados (46,8%) (Tabela 1). Divergindo deste resultado, estudo conduzido com idosos no município de São Paulo verificou percentuais distintos entre os grupos que moravam só (49%) e acompanhados (57,8%). Neste mesmo estudo, os idosos que viviam só apresentavam melhor nível de renda (41,8%) em relação aos que moravam acompanhados (28,9%) quando a renda superava três salários mínimos (CAMARGOS; MACHADO; RODRIGUES, 2007),

Quando o benefício financeiro, recebido pelos idosos, juntamente com boa saúde é suficiente para que ele mantenha suas necessidades e preferências, ele tende a viver só. Desta forma, o idoso torna-se o único responsável pelas decisões a serem tomadas, diferente de quando está inserido em outro tipo de arranjo em que sua opinião pode ser pouco valorizada (RAMOS; AREND, 2012).

Ressalta-se que, durante a coleta, observou-se que os idosos exerciam atividade com fins lucrativos como: fabricação de queijos, doces, venda de excedentes agrícolas e pecuários. Essas atividades tinham o intuito de aumentar seus rendimentos, uma vez que a maioria recebia o benefício da aposentadoria.

A procedência dos recursos financeiros, em sua maioria, era da aposentadoria (69,8%), distribuídos em 70% para os idosos que moravam acompanhados e 68,9% para os que residiam só (Tabela 1). Pesquisa desenvolvida na zona rural do interior de Minas Gerais demonstrou que a aposentadoria foi referida com recurso financeiro atual da maioria dos idosos (50,6%), sem distinção do arranjo domiciliar (TAVARES et al.; 2011).

Os idosos residentes em áreas rurais só puderam contar com apoio financeiro a partir de 1963, com a criação do Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural (FUNRURAL). É este fundo que incentivava atividades de economia familiar e garantia menor idade para a aquisição da aposentadoria dos idosos que residiam na área rural. Tinha por objetivo beneficiar os trabalhadores rurais quanto à assistência

maternidade, auxílio-doença, aposentadoria por invalidez ou por velhice, pensão, assistência médica e auxílio-funeral (BRASIL, 2009b).

Com a Constituição Brasileira de 1988 complementada pelas Leis n. 8.212 e 8.213, os idosos da zona rural passaram a ter direito à aposentadoria no valor de um salário mínimo nacional, desde que comprovada a sua condição de produtor, parceiro ou arrendatário rural e seus companheiros comprovassem atividades econômicas familiares, visto que antes se restringia a apenas um aposentado por domicílio (BRASIL, 1988; BRASIL 1991; RAMOS; AREND, 2012).

Esse benefício, além da continuidade das atividades laborais, na zona rural investigada, permitiu que, aproximadamente 75% dos idosos em ambos os grupos recebessem de 1 a 5 salários mínimos (Tabela 1).

Estatística brasileira apresenta que, em 67,3% dos domicílios rurais, os idosos são responsáveis por mais de 50% do rendimento familiar (BRASIL, 2009b). Desta forma, o idoso que mora acompanhado tem condições de contribuir com as despesas familiares e, se necessitar, poderá pagar pelos cuidados (RAMOS; AREND, 2012), ou, por sua vez, residir sozinho. Cabe destacar que, para o idoso com rendimento próprio, é supostamente mais fácil a manutenção da sua autonomia.

A atividade profissional predominante foi a de dona de casa, significando 35,3% para os idosos que moravam só e 41,1% para aqueles que moravam acompanhados (Tabela 1). Resultado semelhante foi encontrado entre idosos residentes em áreas rurais do interior de Minas Gerais (39,3%), apesar de não estarem divididos segundo arranjo domiciliar (TAVARES et al., 2011). Outra pesquisa com idosos da zona rural do interior do RS verificou que as atividades do lar aparecem como trabalho tipicamente feminino, exercido concomitante com ajuda prestada ao esposo nos afazeres rurais, ou seja, dividiam-se entre os cuidados com a casa, os filhos e o trabalho na lavoura (ALCANTARA, 2009). Em geral, as mulheres, ainda que idosas, costumam executar os afazeres domésticos como cozinhar e lavar, além de cuidar da família, contribuindo de forma positiva na sociedade em que estão inseridas (BATISTA; VIEIRA; SILVA, 2012).

Destaca-se que 31,9% dos idosos que moram só são trabalhadores rurais, (Tabela 1). Segundo a PNAD (BRASIL, 2009a), 20,5% dos homens com idade a partir de 10 anos, trabalhavam na agricultura, local em que as atividades exercidas são tipicamente masculinas (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010).

A maioria dos idosos era aposentados, em ambos os grupos. A razão da aposentadoria tanto os idosos que moravam só (44,4%) como para os que moravam acompanhados (39,3%), apresentou maior percentual para a idade (Tabela 1). Apesar do estudo realizado no interior do RS com idosos de uma comunidade rural, não ter dois grupos divididos segundo arranjo domiciliar (BERTUZZI; PASKULIN; MOARIS, 2012) os achados corroboram com esta pesquisa, entretanto com percentuais bem acima (88,9%).

Segundo a PNAD (BRASIL, 2010b), dentre os brasileiros com 60 anos e mais, 57,9% eram aposentados e 17,9% ainda desempenhavam outra ocupação (BRASIL, 2010b) Já em Minas Gerais, os idosos aposentados correspondiam a 56% (BRASIL, 2010a). Quando comparada a relação aposentadoria e ocupação na semana, os idosos da região sudeste, residentes nas zonas rurais (38,2%) apresentam-se mais ocupadas em relação aos das áreas urbanas (10,7%) (BRASIL, 2010a).

A Constituição de 1988 ampliou o benefício da aposentadoria; as mulheres trabalhadoras rurais tiveram a redução na idade mínima de 60 para 55 anos, e houve, ainda, o fim da limitação de um aposentado por domicílio. Isto permitiu que as mulheres casadas também tivessem acesso aos benefícios (BRASIL, 1988,1991; RAMOS; AREND, 2012).

Em comunidades rurais é comum a continuidade do trabalho, mesmo após a aposentadoria, uma vez que, neste local, são exercidas as atividades do setor primário de produção (RIGO; PASCULIN; MOARIS, 2010). Para os idosos do meio rural, o trabalho diário apresenta-se como fator positivo de saúde, demonstrando capacidade para realização das atividades do seu cotidiano. (CAMARANO et al, 2004).

Cabe à equipe das ESF o desenvolvimento de ações em saúde que previna danos ocupacionais resultante do trabalho realizado ao longo da vida, proporcionado ao idoso uma melhor QV no envelhecimento. A formação de grupos para realização de atividades recreativas, sociais e esportivas como alongamentos e ginásticas pode ser uma das estratégias a ser desenvolvida. Esta atividade realizada de forma itinerante possibilita a participação de maior número de idosos.

Os idosos que moram só (56,6%) e acompanhados (53,5%) consideraram sua situação econômica é igual à de outras pessoas de mesma idade, conforme demonstrado na Tabela 1.

Os idosos brasileiros residentes nas zonas rurais podem considerar sua condição econômica melhor em relação a outras pessoas de mesma idade, uma vez que os benefícios recebidos (88%) são superiores aos recebidos pelos idosos residentes em áreas urbanas (83,6%). Os benefícios não contributivos do setor formal rural, a menor idade para aposentadoria rural e a economia familiar contribuem para diferença no que se refere ao recebimento de alguns benefícios, favorecendo aqueles que residem em áreas rurais. Acredita-se que esse benefício tenha contribuído de forma positiva para a melhoria das condições de vida desses idosos (BRASIL, 2010a).

Observa-se, no Brasil, queda expressiva na situação de pobreza dos idosos, atribuindo tal fato as políticas públicas criadas para esse segmento da população (BRASIL, 2010a).

Dentre elas, destaca-se a Lei Orgânica da Assistência Social (lei 8742 de 07-12-1993) que concedeu o benefício do salário mínimo aos idosos a partir dos 70 anos, cuja renda mensal fosse inferior a $\frac{1}{4}$ do salário mínimo. Em 1998, essa idade reduziu para 67 anos e em 2004 para 65 anos (BRASIL, 1998).

Tanto os idosos que moram sós (58,8%) quanto os que moram acompanhados (71,1%) possuem casa própria (Tabela 1). Destaca-se que 31,9% dos idosos que moravam sozinhos residiam em casa cedida (Tabela 1). Pesquisa conduzida com idosos, sem a divisão de arranjo domiciliar, de uma comunidade rural no estado do Maranhão obteve percentual acima (90,6%) de pessoas com casa própria (OLIVEIRA, 2010).

Com a participação do benefício e da seguridade social na renda do idoso rural, houve uma melhora nas condições financeiras desses idosos (CAMARANO et al.; 2004).

Além da melhora do benefício, tecnologias relacionadas à produtividade também contribuíram para uma melhoria na renda das famílias das áreas rurais ao longo dos anos. A mecanização e a utilização de insumos químicos forjaram novas formas de organização do trabalho na agricultura familiar, como as parcerias e arrendamentos (PERES, 2009). A partir disso, a família passou a ser vista como fonte de apoio, tanto pela co-residência prolongada de filhos e netos, quanto pela transferência de recursos financeiros, onde os componentes do domicílio trabalham em prol de um bem comum e colaboram nos gastos com a manutenção e vivenda partilhada (CAMARANO et al., 2004), o que pode justificar o resultado encontrado.

Na Tabela 2 apresenta-se a associação das condições de saúde segundo o arranjo domiciliar dos idosos residentes na área rural.

TABELA 2 - Fatores associados às condições de saúde segundo arranjo domiciliar de idosos residentes na zona rural do município de Uberaba- MG, 2012.

Condições de Saúde	Mora só n (%)	Mora acompanhado n (%)	Total n (%)	χ^2	p
Auto percepção da saúde				1,37	0,849
Péssima	3 (2,5)	20 (2,8)	23 (2,8)		
Má	5 (4,2)	27 (3,8)	32 (3,8)		
Regular	50 (42)	323 (45,2)	373 (44,8)		
Boa	51 (42,9)	270 (37,8)	321 (38,5)		
Ótima	10 (8,4)	74 (10,4)	84 (10,1)		
Auto percepção da visão				13,226	0,010
Cega	0	0	0		
Péssima	8 (6,8)	29 (4,1)	107 (12,9)		
Ruim	13 (11)	94 (13,2)	358 (43)		
Regular	37 (31,4)	321 (45)	297 (35,7)		
Boa	57 (48,3)	240 (33,6)	33 (4)		
Excelente	3 (2,5)	30 (4,2)	37 (4,4)		
Auto percepção da audição				0,874	0,832
Surdo	0	2 (3)	2 (2)		
Ruim	24 (20,3)	130 (18,3)	154 (18,6)		
Boa	79 (66,9)	487 (68,6)	566 (68,4)		
Excelente	15 (12,7)	91 (12,8)	106 (12,8)		
Uso regular de medicação				3,159	0,206
Sim receitado pelo médico	84 (70,6)	516 (72,3)	600 (72)		
Sim por conta própria	8 (6,7)	24 (3,4)	32 (3,8)		
Não	27 (22,7)	174 (24,4)	201 (24,1)		
Prática de atividade física				3,491	0,062
Sim	39 (34,2)	184 (25,8)	223 (27)		
Não	75 (65,8)	528 (74,2)	603 (73)		
Tabagismo				8,902	0,003
Sim	33 (28,4)	120 (16,9)	153 (18,5)		
Não	83 (71,6)	592 (83,1)	675 (81,5)		
Ingesta de bebida alcoólica				4,757	0,446
Diariamente	1 (0,8)	35 (4,9)	36 (4,3)		
1 a 3 vezes por semana	10 (8,5)	71 (9,9)	81 (9,7)		
4 a 6 vezes por semana	2 (1,7)	8 (1,1)	10 (1,2)		
1 a 3 vezes por mês	12 (10,2)	66 (9,2)	78 (9,4)		
Menos de 1 vez por mês	8 (6,8)	41 (5,7)	49 (5,9)		

TABELA 2 - Fatores associados às condições de saúde segundo arranjo domiciliar de idosos residentes na zona rural do município de Uberaba- MG, 2012.

				(conclusão)	
Nenhuma	85 (72)	493 (69,5)	578 (69,5)		
Consulta médica mensal				2,718	0,099
Sim	37 (31,9)	176 (24,4)	213 (25,7)		
Não	79 (68,1)	537 (75,3)	616 (74,3)		
Indicativo de depressão				0,517	0,472
Sim	29 (24,4)	153 (21,4)	182 (21,8)		
Não	90 (75,6)	561 (78,6)	651 (78,2)		

Fonte: a autora, 2012.

A maioria dos idosos que moravam só consideraram sua saúde boa (42,9%) e regular (42%), enquanto os que moravam acompanhados avaliam-na como regular (45,2%) e boa (37,8%), sem diferença estatística significativa entre os grupos ($\chi^2=1,37$; $p=0,849$) (Tabela 2). Estudo desenvolvido em Passo Fundo-RS, também, verificou que a maioria dos idosos, sem distribuição em grupos segundo arranjo domiciliar, considerava sua saúde boa (51,3%) ou razoável (31,12%) (PRESTA et al., 2011).

Trabalho qualitativo conduzido em Bambuí-MG demonstrou que a boa percepção de saúde esteve relacionado com a autonomia para realização de atividades cotidianas dos idosos. Uma das entrevistadas, embora tenha relatado várias doenças, afirmou que essas não interferiam em suas atividades diárias, uma vez que se sentia independente para realizar suas tarefas (FONSECA et al., 2010).

A auto-percepção da saúde está relacionada com a avaliação subjetiva que o indivíduo faz no que concerne à qualidade funcional de sua saúde, física, mental e emocional (VITTA; NERI; PADOVANI, 2006).

A diminuição ou a perda da capacidade funcional do idoso na realização das atividades laborais faz com que os idosos tenham uma percepção negativa de sua saúde pode gerar necessidade de assistência, que na maioria das vezes é prestada por familiares (CAMARANO et al., 2004; VERAS, 2009).

Desta forma, a equipe de saúde deve atentar para a avaliação da percepção da saúde, visto que pode favorecer o conhecimento dos problemas enfrentados pelos idosos e fazer proposições de intervenções.

Verificou-se diferença significativa na auto-percepção da visão entre os grupos, sendo que os idosos que moravam sós consideravam-na boa e os que moravam acompanhados, regular ($\chi^2=13,226$; $p=0,010$) (Tabela 2). Divergindo deste

resultado, pesquisa realizada com idosos chineses residentes na zona rural, não obteve associação entre morar só e a autopercepção com a visão ($p=0,995$) (LEE, 2011).

Espera-se que os idosos que vivem só apresentem melhores condições de saúde, menor número de doenças incapacitantes e um desempenho funcional independente, fatores importantes para que ele consiga se manter só (CAMARGOS; RODRIGUES; MACHADO, 2011).

Entretanto, o envelhecimento pode ser acompanhado de mudanças na visão, acarretando problemas que prejudicam a QV e a situação econômica, decorrente da dependência para realizar as atividades laborais econômicas (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL de SAÚDE, 1989). Os idosos residentes no meio rural podem estar mais susceptíveis a quedas e acidentes domésticos devido aos obstáculos naturais encontrados no ambiente em que vivem (MORAIS, 2007), gerando dependência por parte de familiares.

Assim, cabe à equipe de saúde realizar atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde ocular dos idosos através da educação em saúde, realização do teste de acuidade visual, reconhecimento de doenças e problemas oculares e encaminhar este idoso para consultas oftalmológicas, quando necessário, a fim de prevenir agravos.

A audição foi percebida pelos idosos que moravam só (66,9%) e acompanhados (68,6%) como boa, sem diferença significativa entre os grupos ($\chi^2=0,874$; $p=0,832$) (Tabela 2). Este achado é considerado positivo, visto que a audição influencia a QV, pois favorece a comunicação e a interação social (TEIXEIRA et al., 2008).

Mediante o processo de envelhecimento, o idoso pode apresentar algumas modificações sensoriais dentre elas a presbiacusia, alteração auditiva que pode comprometer do ouvido médio até as vias auditivas, o que inclui o córtex, acarretando diminuição da sensibilidade auditiva e compreensão da fala (ARNST, 1989). A perda auditiva que pode ocorrer com o envelhecimento é decorrente de fatores de exposição ao longo de vida como: ruídos, traumas, medicamentos ototóxicos, alterações metabólicas e circulatórias, infecções dentre outras (BILTON; VIÚDE; SANCHES, 2002).

Apesar de velhice não ser sinônimo de doença ou incapacidade, nessa fase da vida, as pessoas estão mais susceptíveis a problemas de saúde. Mesmo que a

co-residência não seja um indicador suficiente para medir apoio, é considerada uma facilitadora nas trocas entre idosos e seus acompanhantes. Nesse caso, idosos que vivem com outras pessoas tendem estar mais amparados em caso de problemas de saúde (CAMARGOS; RODRIGUES, 2008).

Os profissionais de saúde devem acompanhar possíveis alterações na audição dos idosos, encaminhando-os para avaliação auditiva precocemente, evitando o isolamento social.

A maioria dos idosos fazia uso regular de remédios receitados pelo médico, com percentuais menores para os que moravam só (70,6%) em relação aos que moravam acompanhados (72,3%), sem diferença estatística significativa entre os grupos ($\chi^2=3,159$; $p=0,206$) (Tabela 2). Corroborando com a presente investigação, pesquisa conduzida em Carlos Barbosa – RS, não verificou associação entre o arranjo domiciliar e o uso de medicamentos entre idosos residentes no meio rural ($p= 0,088$) (DAL PIZZOL et al., 2012). De fato, o uso regular de medicamentos está associado ao tratamento de morbidades, em geral crônicas, ou ainda, dores e inflamações decorrentes de doenças mais frequentes no envelhecimento (FARIAS; SANTOS, 2012).

Em ambos os grupos, alto percentual de idosos faz uso regular de medicamentos, requerendo o acompanhamento da equipe de saúde no seu uso correto.

Os idosos que moram sozinhos apresentaram maior percentual na prática de atividade física (34,2%) em relação aos que moravam acompanhados (25,8%), porém, não se obteve diferença significativa entre os grupos ($\chi^2=3,491$; $p=0,06$) (Tabela 2). Resultado semelhante foi obtido em estudo internacional conduzido com idosos na zona urbana, em que, também, não houve diferença significativa entre a prática de atividade física e o arranjo domiciliar (NILSSON; LUND; AVLUND, 2008).

A baixa adesão à prática de atividade física é considerada um aspecto negativo para a saúde do idoso. Com o processo de envelhecimento, tem-se perdas fisiológicas como a redução de equilíbrio, a diminuição da massa muscular e óssea e o aumento dos fatores de risco para doenças crônicas, que podem ser amenizadas com a prática de atividade física regular (FARIAS; SANTOS, 2012; GEIB, 2012).

Mediante os benefícios da atividade física, espera-se que a família seja uma aliada no incentivo ao idoso na participação de atividades físicas ou, até mesmo, sob orientação, supervisionar aqueles exercícios que podem ser realizados no domicílio.

Os familiares devem estimular atividades que possam ser executadas sem auxílio, fazendo com que o idoso se movimente mais (MONTEIRO, 2012). Ademais, a prática de atividade física deve ser incentivada, também, pela equipe de saúde a fim de se prevenir doenças incapacitantes e crônicas como: as cardíacas, hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus, dentre outras. Grupos de caminhadas e de ginástica podem ser criados, uma vez que o meio rural dispõe de ambiente propício.

Houve maior proporção de idosos que moravam só que eram tabagistas comparados aos que moravam acompanhados ($\chi^2= 8,902$; $p=0,003$) (Tabela 2). Resultado diferente foi observado em pesquisa realizada entre idosos residentes na região urbana do interior do estado de São Paulo em que o hábito predominou entre os que moravam acompanhados (13,1%) em relação aos que moravam só (ZAITUNE et al., 2012).

Durante o ato de fumar, são liberados hormônios psicoativos antagônicos à ansiedade, capazes de gerar uma sensação prazerosa e de tranquilidade (ROSEMBERG; ROSEMBERG; MORAES, 2003). Este fato, com parcimônia, pode explicar o maior percentual de tabagista entre os idosos que moram só.

Destaca-se que o tabagismo constitui fator preditor de sete das quatorze principais causas de morte entre os idosos (DOOLAN; FROELICHER, 2008). O consumo de tabaco aumenta o risco de câncer de pulmão e outras doenças que podem contribuir para a perda na capacidade funcional, deixando o idoso mais susceptível à dependência de cuidados (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2005).

O cuidado com a saúde é fundamental em todas as fases da vida, portanto, hábitos saudáveis devem ser estimulados pelas equipes de saúde, dentre eles a cessação do consumo de tabaco, levando em consideração o vínculo estabelecido com o cliente como fator positivo no processo (AZEVEDO, 2008). Uma das estratégias é a realização de educação em saúde abordando malefícios do tabagismo e suas consequências a longo prazo. É mister trabalhar este aspecto com o idoso que mora só, considerando que ele pode não ter o apoio cotidiano de um membro familiar para a manutenção da determinação de parar de fumar.

Em ambos os grupos a maioria relatou não fazer uso de bebida alcoólica; no entanto, percentual inferior foi encontrado entre os idosos que moravam só (67,4%) em relação aos acompanhados (69,0%), sem diferença estatística significativa ($\chi^2=4,757$; $p=0,440$) (Tabela 2). Trabalho conduzido com idosos, sem separação por

arranjo domiciliar, do município de Passo Fundo-RS verificou maior percentual (83,16%) de idosos que não faziam uso de bebida alcoólica (PRESTA, 2011).

As mudanças metabólicas decorrentes do envelhecimento aumentam a suscetibilidade aos agravos decorrentes do consumo de álcool como: as doenças no pâncreas, fígado e estômago, desnutrição, risco de queda, além de outros riscos quando consumido com medicação (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2005). Apesar de a maioria dos idosos não utilizarem bebidas alcoólicas, cabe à equipe de saúde atentar para o consumo, orientando-os sobre a importância de hábitos saudáveis e possíveis agravos decorrentes da ingestão de bebida alcoólica.

Em relação à consulta médica mensal, ambos os grupos relataram não comparecer, representando 68,1% para os idosos que moravam só e 75,3% para os acompanhados, sem diferença estatística entre os grupos ($\chi^2=2,718$; $p=0,09$) (Tabela 2).

Os idosos que vivem só podem apresentar uma pior condição de saúde por não contarem com companhia de alguém que os ajude em caso de necessidade de cuidados e realização de atividades diárias (CAMARGOS; RODRIGUES; MACHADO, 2011).

Os idosos que residem na zona rural têm maior dificuldade de acesso a transporte coletivo e a distância a ser percorrida até as unidades constituem fatores dificultadores para o deslocamento até as unidades para consultas médicas (DAL PIZZOL et al., 2012). Apesar disto, na localidade estudada, a cobertura da ESF era de 100%, o que favorece o reconhecimento das principais necessidades dos idosos e possibilita a presença do médico no domicílio quando necessário.

Cabe à equipe de saúde desenvolver estratégias que estimulem a presença do cliente à unidade de saúde. Consultas semanais em pontos estratégicos e variados na comunidade e a disponibilização de transporte em localidades distantes podem facilitar o comparecimento dos idosos às consultas.

Em relação à depressão, 24,4% dos idosos que moravam só e 21,4% dos idosos que moravam acompanhados apresentaram o indicativo para a doença. Não foi verificada diferença significativa entre os grupos ($\chi^2 =0,517$; $p=0,472$) (Tabela 2). Estudo conduzido com 1.737 idosos que residem em áreas rurais na China verificou que morar acompanhado constitui fator de risco para o indicativo de depressão ($p<0001$) (GAO et al., 2009).

O maior percentual de idosos com indicativo de depressão morando só pode

ser atribuído a inúmeros fatores, dentre eles, a ausência de contato familiar e isolamento social. Assim, pode haver dificuldades no enfrentamento dos desafios cotidianos, repercutindo na insatisfação com a vida, revolta e tristeza, interferindo, conseqüentemente, no seu estado psicológico e emocional (RAMOS; MENEZES; MEIRA, 2010).

A convivência com uma companhia, independente do grau de parentesco ou estado civil, é considerado fator protetor para a depressão (FRANK; RODRIGUES, 2006).

A depressão pode interferir de forma negativa na QV dos idosos, uma vez que contribui para o aumento do número de morbidades, em especial dentre aqueles que já possuem doenças crônicas (TENG; HUMES; DEMETRIO, 2005).

Diante disso, as equipes de saúde devem ser preparadas para reconhecer os sinais de depressão, buscado incentivar o tratamento, bem como a socialização desse idoso.

Na Tabela 3, apresentam-se as morbidades autorreferidas pelos idosos segundo o arranjo domiciliar.

TABELA 3 - Associação de morbidades referidas segundo arranjo domiciliar de idosos residentes na zona rural do município de Uberaba- MG 2012.

Arranjo domiciliar Morbidades	Mora Só		Mora acompanhado		χ^2	p
	n	%	n	%		
Reumatismo	21	19,4	172	25,1	1,607	0,205
Artrite/Artrose	28	25,9	195	28,4	0,279	0,597
Osteoporose	16	13,9	104	15	0,086	0,769
Asma/Bronquite	6	5,1	61	8,6	1,645	0,200
Tuberculose	1	0,8	1	0,1	1,445	0,229
Embolia	4	3,4	12	1,7	1,327	0,249
Hipertensão Arterial	68	57,1	388	54,4	0,306	0,580
Má Circulação	39	33,1	226	31,7	0,080	0,778
Problemas Cardíacos	24	20,7	195	27,6	2,424	0,120
Diabetes Mellitus	11	9,4	90	12,7	1,004	0,316
Obesidade	16	13,7	102	14,3	0,031	0,861
Acidente Vascular Encefálico	3	2,5	25	3,5	0,325	0,569
Parkinson	2	1,7	10	1,4	0,052	0,819
Incontinência Urinária	16	13,4	80	11,2	0,502	0,478
Incontinência Fecal	3	2,5	10	1,4	0,726	0,394
Prisão de Ventre	11	9,2	100	14	2,003	0,157

TABELA 3 - Associação de morbidades referidas segundo arranjo domiciliar de idosos residentes na zona rural do município de Uberaba- MG 2012.

(continuação)

Problema para Dormir,	45	37,8	265	37,1	0,021	0,884
Catarata	32	27,6	136	19,7	3,734	0,053
Glaucoma	3	2,8	13	1,9	0,307	0,580
Problemas de Coluna,	59	49,6	417	58,5	3,304	0,069
Problema Renal	14	11,9	99	14	0,405	0,525
Sequela de Acidente/Trauma	13	10,9	76	10,7	0,008	0,931
Tumores Malignos	3	2,5	9	1,3	0,967	0,325
Tumores Benignos	3	2,5	15	2,1	0,088	0,767
Problema de Visão	63	52,4	409	57,4	0,812	0,367

Fonte: a autora, 2012.

Verificou-se maior proporção de idosos que moravam só autorreferindo catarata em relação aos idosos que moravam acompanhados ($\chi^2= 3,734$; $p=0,053$) (Tabela 3). Os problemas de visão constituem uma das causas mais incapacitantes e possuem estreita relação com a senilidade. As estruturas oculares passam por modificações decorrentes do ambiente a que se está exposto como: sol, profissão, geografia, clima e as alterações metabólicas ao longo dos anos, tornando os idosos mais susceptíveis a doenças oculares, em especial à catarata (ROMANINI, 2005).

No Brasil, a correção cirúrgica da catarata ainda é um desafio a ser enfrentado. São realizadas, em média, no Brasil, 360 mil cirurgias de catarata por ano, enquanto o ideal seria, pelo menos, 546 mil (SOCIEDADE BRASILEIRA DE OFTAMOLOGIA, 2012).

A maioria dos idosos portadores de catarata não sabe que podem ser curados por cirurgia, não são estimulados a procurar tratamento por não saber do que se trata a doença (MEDINA; MUÑOZ, 2011). Outro fator dificultado na busca por tratamento pode ser a distância a ser percorrida pelos idosos que residem em áreas rurais, os quais muitas vezes necessitam se deslocar até grandes cidades para tratamento adequado e eficiente (BRAVO FILHO et al.; 2012).

A seguir, serão destacadas as quatro morbidades que apresentaram maior percentual entre os idosos, ainda que não se tenha obtido diferença estatística significativa entre os grupos. São elas: hipertensão arterial sistêmica e problemas para dormir, coluna e visão.

Estudo conduzido com idosos em um município do interior da Bahia apresentou a hipertensão arterial sistêmica (23,10%), acidente vascular encefálico (11,10%) e artrose em joelhos (6,80%) como as principais morbidades referidas (TORRES et al., 2009). Já em trabalho realizado com idosos na Índia, as morbidades relatadas foram problema de visão (64%), artrite (55,5%), hipertensão arterial sistêmica (47,5%) e diabetes mellitus (39,5%) (LOKARE; NEKAR; MAHESH, 2011). Em ambos os estudos, as morbidades referidas foram divergentes das encontradas neste trabalho, com exceção da HAS. As morbidades não foram relacionadas ao arranjo domiciliar em nenhum dos trabalhos.

Neste estudo, a hipertensão arterial sistêmica (HAS) foi referida por 57,1% dos idosos que moravam só e por 54,4% dos que moravam acompanhados.

A HAS apresenta alta prevalência no Brasil e no mundo, constituindo importante fator de risco para as doenças do aparelho circulatório, contribuindo para o agravamento das condições de saúde, perda da QV e letalidade (BRASIL, 2011a).

Resultados divulgados pelo Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL) identificou em diagnóstico médico prévio, prevalência da HAS em 23,3% de adultos estudados (BRASIL, 2011a). Entre os idosos, 53,3% relataram possuir a doença (BRASIL, 2011b). A HAS demanda ações articuladas entre a prevenção, comorbidades decorrentes, cuidado integral e promoção da saúde através da orientação de hábitos saudáveis e autocuidado (BRASIL, 2011 a).

Referente ao problema para dormir, houve maior percentual dentre os idosos que moravam só (37,8%) em relação aos que moravam acompanhados (37,1%). Trabalho realizado com idosos suecos demonstrou que aqueles que moravam só apresentaram menos problemas para dormir em relação aos que moravam acompanhados ($p=0,04$) (HELLSTRÖM; PERSSON; HALLBERG, 2004), divergindo do resultado encontrado nesta pesquisa.

Estudo internacional demonstrou que os idosos que possuem boa relação com familiar e interação social, apresentam melhor qualidade do sono (YAO; CHENG; CHEN, 2008). A rede de apoio formada por amigos e familiares, juntamente com o suporte emocional, pode interferir no enfrentamento de problemas de saúde, dentre eles o sono (MOAK; AGRAWAL, 2010).

Desta forma, é mister o acompanhamento dos idosos que relatem dificuldade para dormir pelos profissionais de saúde, verificando possíveis causas que

interferem na qualidade do sono para realização de intervenções. Ressalta-se que os idosos levam mais tempo para conseguir dormir em relação às pessoas mais jovens. A baixa qualidade do sono noturno traz como consequência a sonolência, cochilo, durante o dia; supressão do sistema imunológico devido à alteração na secreção de alguns hormônios; diminuição de capacidade física, declínio cognitivo, diminuição da força muscular e lentidão na locomoção (QUINHINES; GOMES, 2011). Os idosos também possuem mais facilidade para despertar do sono, principalmente diante de estímulos auditivos, sugerindo maior sensibilidade aos sons do ambiente (BRUCE; BRUCE; VENNELAGANTI, 2009).

Os problemas de visão representaram 52,4% entre os idosos que moravam sós e 57,4% dentre aqueles que moravam acompanhados. Estudo realizado com idosos residentes na zona urbana de um município do interior de São Paulo verificou que 45,2% apresentavam problemas na visão (ROMANINI, 2005), percentual inferior ao encontrado neste trabalho. Não houve divisão dos grupos segundo arranjo domiciliar. O problema de visão pode levar à dependência de cuidados por parte dos idosos, uma vez que suas atividades diárias podem ser comprometidas devido à acuidade visual anormal (BRAVO FILHO et al., 2012). Nesse caso, os idosos que vivem acompanhados tendem estar melhor amparados.

O processo de envelhecimento acarreta alterações fisiológicas das lentes oculares, déficit no campo visual e doenças da retina, provocando uma redução da acuidade visual (BRASIL, 2007). Trabalho conduzido na Nigéria demonstrou como fatores preditores para problema de visão: ser idoso, viver só, realizar trabalhos manuais, residir em meio rural e ser analfabeto (TRAN et al, 2012).

A equipe de enfermagem deve desenvolver ações que visem a promover a saúde da visão dos idosos, bem como orientar sobre a prevenção de doenças oculares, como uso de óculos solar em caso de exposição ao sol e consultas oftálmicas anuais.

O problema de coluna foi referido por 49,6% dos idosos que moravam só e 58,4% dos que moravam acompanhados. Percentual inferior foi observado em estudo realizado em Ubá- MG, em que 40,9% dos idosos possuíam problemas de coluna (CELIA et al., 2009), embora não tenha distinguido por arranjo domiciliar.

Estudo desenvolvido com idosos no município de Jandaia do Sul-PR demonstrou que os problemas de coluna foram as principais causas de interferência na realização de atividades de vida diária (FARINASSO, 2005).

A independência na realização de atividades cotidianas constitui fator relevante na vida das pessoas, uma vez que envolve questões emocionais, físicas e sociais (PEDRAZZI; RODRIGUES; SHIAVETO, 2007) que quando afetadas podem levar o idoso a co-residência para que suas necessidades sejam supridas, o que pode explicar maior percentual de problema de coluna entre aqueles que moravam acompanhados.

Na Tabela 4, a seguir, encontram-se os escores de QV mensurado pelo WHOQOL-BREF.

TABELA 4 - Qualidade de vida dos idosos, residentes na zona rural, avaliado pelo WHOQOL-BREF, segundo arranjo domiciliar, Uberaba MG, 2012.

Qualidade de vida	Mora Só		Mora Acompanhado		<i>t</i>	<i>P</i>
	Media	DP	Media	DP		
WHOQOOL- BREF						
Físico	69,2	15,56	69,05	15,41	0,376	0,707
Psicológico	70,23	13,66	70,05	13,11	0,139	0,889
Relações Sociais	72,26	14,23	74,10	12,29	1,470	0,142
Meio ambiente	63,23	12,90	63,36	11,4	0,110	0,912

Fonte: a autora, 2012.

Não se observou diferença significativa entre os grupos em nenhum domínio de QV mensurado pelo WHOQOOL- BREF, Tabela 4. Divergindo deste achado, em investigação conduzida na Índia com idosos da área rural verificou maior escore no domínio psicológico entre os que moravam acompanhados em relação aos que moravam só ($p < 0,013$) (MUDEY et al., 2011).

Em ambos os grupos, o maior escore de QV foi no domínio relações sociais, Tabela 4. Resultado semelhante foi encontrado em pesquisa conduzida com idosos residentes tanto na zona rural do interior do estado de Minas Gerais (TAVARES et al., 2011) quanto na Itália, porém, este com valor ainda maior entre os aqueles que moravam só (BILOTTA et al, 2012). Diferentemente, estudo conduzido na Índia com idosos residentes na área rural o maior escore foi para o domínio físico entre os idosos que moravam só e no meio ambiente entre os que moravam acompanhados (MUDEY et al., 2011).

Dentre os idosos que moravam acompanhados, o maior escore de QV no domínio relações sociais pode estar relacionado à presença de outra pessoa no mesmo ambiente, compartilhando as necessidades afetiva/emocional ou social, uma vez que este domínio avalia as relações pessoais, o suporte social e a atividade

sexual (FLECK; LOUSADA; XAVIER. 2000). Já entre os idosos que moravam só, o bom relacionamento e a interação com os vizinhos, assim como a manutenção dos laços afetivos (TAVARES et al., 2011) podem ter contribuído para o melhor escore neste domínio. Investigação com idosos residentes no meio rural destacou que a relação de ajuda entre os vizinhos diante de alguma dificuldade se dão primeiro do que o apoio familiar, devido à pouca distância geográfica entre os domicílios (ALCANTARA, 2009).

Referente ao menor escore QV, em ambos os grupos foi encontrado o domínio meio-ambiente. O mesmo se observou em pesquisa brasileira (TAVARES et al, 2012) e internacional (MÁRQUEZ-MONTERO, 2011), ambas conduzidas com idosos da zona rural. Resultado divergente foi encontrado no sudoeste do Brasil, em que o domínio meio ambiente apresentou maior escore de QV entre os idosos de dois municípios no interior de no estado de São Paulo (ALEXANDRE; CORDEIRO; RAMOS, 2009). Estudo conduzido em Bangladech com idosos verificou que, mesmo após intervenção, o domínio meio ambiente foi o que apresentou pior escore (RANA et al., 2009).

O menor escore no domínio meio ambiente em ambos os grupos pode estar relacionado dentre outros fatores à disponibilidade de transporte, distância a ser percorrida até as unidades de saúde, baixo recurso financeiro e opção restrita de laser, aspectos abarcadas neste domínio (FLECK; LOUSADA; XAVIER. 2000). Entre os idosos que residem no meio rural, essas limitações constituem fator de agravamento nas condições de saúde, embora tenha implantado as equipes de saúde da família, a atuação dos profissionais nas visitas é dificultada pela distância a ser percorrida, bem como pela carência de transporte. (TRAVASSOS; VIACAVA, 2007; TAVARES et al., 2012).

Na Tabela 5, a seguir, encontram-se os escores de QV, WHOQOL-OLD, da população estudada.

TABELA 5 - Qualidade de vida dos idosos, residentes na zona rural, avaliado pelo WHOQOL-OLD, segundo arranjo domiciliar, Uberaba MG, 2012.

Qualidade de vida	Mora só		Mora acompanhado		t	p
	Media	DP	Media	DP		
WHOQOL-OLD						
Funcionamento dos sentidos	71,84	23,69	72,57	22,35	0,325	0,745
Autonomia	69,59	16,81	68,35	19,04	0,665	0,506
Ativ.pas.,pres. e futura	69,69	13,36	70,15	11,98	0,377	0,706
Participação social	66,75	13,51	68,14	12,12	1,140	0,255
Morte e morrer	76,99	22,98	72,40	24,65	1,896	0,058
Intimidade	68,06	19,09	75,35	16,21	4,415	< 0,001

Fonte: a autora, 2012.

Houve maior proporção de idosos que moram só com maior escore de QV na faceta morte e morrer em comparação aos que moram acompanhados ($p=0,058$) (Tabela 5). Pesquisa realizada no interior de Minas Gerais com idosos residentes em área rural demonstrou menor escore de QV nesta faceta entre aqueles que não tinham companheiros, apresentando associação significativa ($p=0,013$) (TAVARES, et al., 2012), divergindo do resultado encontrado neste estudo.

Trabalho conduzido com idosos na zona urbana de Foz do Iguaçu demonstrou menor escore de QV na faceta morte e morrer entre aqueles que moravam só, quando comparado aos idosos que moravam acompanhados ($p=0,040$) (FALLER et al.,2010), diferente dos achados deste estudo.

Esta faceta avalia as preocupações, inquietações e temores diante da morte e do morrer (FLECK; CHACHAMOVICH; TRENTINI, 2006).

O fato de co-residir não garante amparo ao idoso (CAMARGOS; RODRIGUES; MACHADO, 2011). O modo como o ser humano elabora o luto e se prepara para a própria morte é particular a cada indivíduo. O enfrentamento diante da morte e do morrer se dará de acordo com as experiências vividas ao longo da vida e sua inclusão no meio social.

Os idosos que moravam só apresentaram menor escore de QV na faceta intimidade em relação aos que moravam acompanhados ($p<0,001$) (Tabela 5). Corroborando com o resultado desta pesquisa, estudo realizado no Ceará entre idosos rurais também demonstrou maior escore no domínio intimidade entre os que moravam acompanhados (ALENCAR et al. 2010)

Tendo em vista que a faceta intimidade avalia a capacidade de se ter relações pessoais e íntimas (FLECK; CHACHAMOVICH; TRENTINI, 2006) esse resultado pode estar relacionado com o vínculo estabelecido entre aqueles idosos que moram acompanhados, solidificando os laços de afetividade estabelecidos no ambiente rural.

A faceta participação social apresentou menor escore de QV em ambos os grupos, sendo 66,7% entre os idosos que moravam só e 68,1% entre aqueles que moravam acompanhados, sem diferença estatística ($p=0,255$).

A faceta participação social refere-se à participação em atividades do cotidiano, especialmente na comunidade em que se está inserido (FLECK; CHACHAMOVICH; TRENTINI, 2006). O achado da presente pesquisa pode estar relacionado com as particularidades encontradas no meio rural, em que as propriedades geralmente são distantes, de difícil acesso e a comunicação é precária dificultando a participação dos idosos em eventos desenvolvidos na comunidade.

A equipe de saúde deve criar oportunidades de lazer e participação em eventos desenvolvidos na comunidade com o intuito de estimular a participação e a interação social dos idosos na comunidade.

6- CONCLUSÃO

Em ambos os grupos, predominaram os idosos do sexo masculino, faixa etária de 60-70 anos, 4-8 de estudos, com renda individual de 1-3 salários mínimos, aposentados por idade, dona de casa, moradia própria e quitada e autopercepção da situação econômica igual de outras pessoas de mesma idade. Em relação ao estado conjugal, os idosos que moravam acompanhados eram casados, enquanto os que moram só, viúvos.

Entre as condições de saúde, os dois grupos relataram boa audição, uso regular de medicação, não prática de atividade física, não ingestão de bebida alcoólica, não comparecimento às consultas médicas mensais, indicativo para depressão (24,4%) dos que moravam só e (21,4%) para os que moravam acompanhados. Os idosos que moravam só consideraram sua saúde boa (42,9%) e regular (42%), os acompanhados como regular (45,2%) e boa (37,8%).

Houve maior proporção de idosos que moravam só e eram tabagistas e tinham catarata em relação aos que moravam acompanhados. Entretanto, os idosos que moravam acompanhados apresentaram, proporcionalmente, pior percepção da visão em comparação aos que moravam só.

A HAS, problema para dormir, problema de coluna e visão foram as morbidades referidas em ambos os grupos.

O maior escore de QV foi no domínio relações sociais e o menor no meio ambiente, em ambos os grupos. Não obteve associação entre a QV, mensurada pelo WHOQUOL- BREF, e o arranjo domiciliar.

Já na QV avaliada pelo WHOQUOL-OLD, os idosos que moram só apresentaram maior escore na faceta morte e morrer e menor na intimidade em comparação aos que moram acompanhados.

A hipótese apresentada foi confirmada em partes. A maior ocorrência de tabagismo e a catarata e o menor escore de QV na faceta intimidade e maior proporção de indicativo de depressão entre os idosos que moravam só, ratificam a hipótese proposta. Porém, a autopercepção negativa da visão entre os idosos que moravam acompanhados, o maior escore de QV na faceta morte e morrer entre os que moravam só, a não associação do indicativo de depressão e da QV, mensurada pelo WHOQUOL- BREF com o arranjo domiciliar, refutam a hipótese.

Este estudo teve como limitações ser do tipo transversal, o que não permite estabelecer causa e efeito nos resultados e ter as morbidades autorreferidas podendo estar as mesmas subdiagnosticadas.

Contudo, os resultados permitiram o melhor conhecimento das características sociodemográficas, econômicas e as condições de saúde dos idosos residentes na zona rural, segundo arranjo domiciliar. Desta forma, estes resultados contribuem para o planejamento e a implementação de ações em saúde, de acordo com as especificidades dos idosos residentes na zona rural.

REFERÊNCIAS

- ALCANTARA, L.R. **Idosos rurais: fatores que influenciam trajetórias e acessos a serviços de saúde no município de Santana da Boa Vista- RS**. 2009. 156 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Fundamental) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2009.
- ALENCAR, N. A. et al. Nível de atividade física, autonomia funcional e qualidade e vida em idosos. ativas e sedentárias. **Revista Fisioterapia em Movimento**, Paraná, v. 23, n. 3, p. 473-81, 2010.
- ALEXANDRE, T.S.; CORDEIRO, C.C.; RAMOS, L.R. Factors associated to quality of life inactive elderly. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 4, p. 613-21, 2009.
- ALMEIDA, O. P.; ALMEIDA, S. A. Confiabilidade da versão brasileira da Escala de Depressão em Geriatria (GDS) versão reduzida. **Arquivos de Neuropsiquiatria**, São Paulo, v. 57, n. 2-B, p. 421-426, 1999.
- ARNST, D. J. Presbiacusia. In: KATZ, J. **Tratado de audiologia clínica**. 3. ed. São Paulo: Manole, 1989. p.717-718.
- AZEVEDO, R.C. S. et al. Atenção aos tabagistas pela capacitação de profissionais da rede pública. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 2, p. 353-355, fev, 2008.
- BATISTA, N. N. L. A.; VIEIRA, D. J. N.; SILVA, G, M. P. Caracterização de idosos participantes de atividade física em um centro de convivência de Teresina-PI. **Enfermagem em Foco**, Brasília, v. 3, n. 1, p. 07-11, 2012.
- BENEDETTI, T. R. B. et al. Atividade física e estado de saúde mental de idosos. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.42, n.2, p. 302-7, 2008.
- BERTOLUCCI, P.H.F. et al. O mini exame do estado mental em uma população geral: impacto da escolaridade. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, São Paulo, v. 52, p. 1-7, 1994.
- BERTUZZI, D. ; PASKULIN, L. G. M.; MORAIS, E. P. Arranjos e rede de apoio familiar de idosos que vivem em uma área rural. **Texto e Contexto em Enfermagem**, Florianópolis, v. 21, n. 1, p. 158-66, jan-mar, 2012.
- BILOTTA, C., et. al. Quality of life in older outpatients living alone in the community in Italy. **Health and Social Care in the Community**, Manchester, v. 20, n. 1, p. 32-41, 2012.
- BILTON, T.; VIÚDE, A.; SANCHEZ, E. P. Fonoaudiologia. In: FREITAS, E.V. et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 2002, p. 820-7.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Imunização - 30 anos**. Brasília, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 596, de 8 de abril de 2004. Instituir Grupo Técnico Assessor com a finalidade de proceder análise da Estratégia Global sobre Alimentação, Atividade Física e Saúde, da Organização Mundial da Saúde e, em caráter consultivo, fornecer subsídios e recomendar ao Ministério da Saúde posição a ser adotada frente ao tema. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, n. 69, p.25, 12 abr. 2004. Seção 2. Disponível em: <<http://www010.dataprev.gov.br/sislex/paginas/42/1994/8842.htm>>. Acesso em: 8 set. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem**. Brasília, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022**. Brasília, 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília, 2007. (Cadernos da Atenção Básica: Série A, n. 19).

_____. **Envelhecimento e saúde da pessoa**. Brasília, 2006. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/caderno_do_idoso_2007.pdf> Acesso em: 05 fev. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **VIGITEL Brasil**: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília, 2011b.

BRASIL. Presidência da República. Lei nº 8.212, de 24 de julho de 1991. Dispõe sobre a organização da Seguridade Social, institui Plano de Custeio, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 25 jul. 1991. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8212cons.htm>. Acesso em: 08 jun. 2012.

_____. Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991. Dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 25 de jul. 1991. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8213cons.htm>. Acesso em: 08 jun. 2012.

_____. Lei nº 8.842 de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 05 jan. 1994. Disponível em: <<http://www.mds.gov.br/gestaodainformacao/biblioteca/secretaria-nacional-de-assistencia-social-snas/cadernos/politica-nacional-do-idoso/politica-nacional-do-idoso>>. Acesso em: 8 set. 2011.

BRASIL. Senado Federal; Constituição. **Constituição**: República Federativa do Brasil 1988. Brasília: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. **Um panorama da saúde no Brasil**: acesso e utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde: 2008. Rio de Janeiro: IBGE, 2010a. Disponível em: < http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/pnad_2008_saude_final.pdf>. Acesso em: 20 mar. 2012.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. **Pesquisa nacional por amostra de domicílios**: síntese de indicadores: 2009. Rio de Janeiro: IBGE, 2010b. Disponível em: < <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/.../pnad2009/>>. Acesso em: 20 mar. 2012.

_____. **Síntese de indicadores sociais**: uma análise das condições de vida da população brasileira: 2008. Rio de Janeiro, 2009. (Estudo & Pesquisa. Informação Demográfica e Socioeconômica, n. 23). Disponível em: < http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/indicadoresminimos/sinteseindicsoais2008/indic_sociais2008.pdf>. Acesso em: 20 mar. 2012.

BRAVO FILHO, V. T. F., et. al. Impacto do déficit visual na qualidade de vida em idosos usuários do sistema único de saúde no sertão de Pernambuco. **Arquivos Brasileiros de Oftalmologia**, São Paulo, v. 75, n. 3, p. 161-5, 2012.

BRITO, F. Transição demográfica e desigualdades sociais no Brasil. **Revista Brasileira de Estudos de População**, São Paulo, v. 25, n. 1, jun. 2008 .

BRUCE, E. N.; BRUCE, M. C.; VENNELAGANTI, S. Sample entropy tracks changes in electroencephalogram power spectrum with sleep state and aging. **Journal of Clinical Neurophysiology**, New York, v. 26, n. 4, p. 257-66, 2009.

CAMARANO, A. A. et al. Famílias: espaço de compartilhamento de recursos Arranjos e rede de apoio familiar de idosos que vivem em vulnerabilidades. p. 137-68. In: CAMARANO, A. A (Org.). **Os novos idosos brasileiros**: muito além dos 60? Rio de Janeiro: IPEA, 2004.

CAMARGOS, M. C. S.; RODRIGUES, R. N.; MACHADO, C. J. Idoso, família e domicílio: uma revisão narrativa sobre a decisão de morar sozinho. **Revista Brasileira de Estudos de População**, São Paulo, v. 28, n. 1, jun, 2011.

CAMARGOS, M.C.S. **Enfim só**: um olhar sobre o universo de pessoas que moram sozinhas no município de Belo Horizonte- MG. 2007. 126f. Tese (Doutorado em Demografia) – Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional de Minas Gerais, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2008.

CAMARGOS, M.C.S.; MACHADO, C.J.; RODRIGUES,R.N. A relação entre renda e morar sozinho para idosos paulistanos-2000. **Revista Brasileira de Estudos de População**, São Paulo, v. 24, n. 1, p. 37-51, jan/jun, 2007.

CAMARGOS, M.C.S.; RODRIGUES, R.N. Idosos que vivem sozinhos: como eles enfrentam dificuldades de saúde. In: XVI ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS, 2008, Caxambu. **Anais...** Caxambu, 2008.

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

CHAIMOWICZ, E. ; TRENTINI, C.M.; FLECK, M.P.A. Qualidade de vida em idosos - conceito e investigação. p.61-81. In: NERI, A. L. **Qualidade de vida na velhice:** enfoque multidisciplinar. Campinas: Alínea, 2007.

CHAIMOWICZ, F. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 31, n. 2, abr., 1997.

CUNHA, U. G..V. et al. Depressão e demência: diagnóstico diferencial. In: FREITAS, E.V. et al. **Tratado de geriatria e gerontologia**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006, p. 321-4.

DAL PIZZOL, T.S. et.al. Uso de medicamentos entre idosos residentes em áreas urbanas e rurais de município no Sul do Brasil: um estudo de base populacional. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 1, p. 104-14, jan, 2012.

VITTA, A.; NERI, A. L.; PADOVANI, C. R. Saúde percebida em homens e mulheres sedentários e ativos, adultos jovens idosos. **Salusvita**, Bauru, v. 25, n. 1, p.23-4, 2006.

DIAS, J. A. et al. Ser idoso e o processo do envelhecimento: saúde percebida. **Escola Anna Nery**, Rio Janeiro, v. 15, n. 2, p. 372-9, abr-jun. 2011.

DOOLAN, D.M.; FROELICHER, E.S. Smoking cessation interventions and older adults. **Progress Cardiovascular Nursing**, Philadelphia, v. 23, p. 119-27, 2008.

FALLER, J. W., et. al. Qualidade de vida de idosos cadastrados na Estratégia Saúde da Família de Foz do Iguaçu-PR. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 803-10, out-dez. 2010.

FARIAS, R. G.; SANTOS, S. M. A. Influência dos determinantes do envelhecimento ativo entre idosos mais idosos. **Texto & Contexto de Enfermagem**, Florianópolis, v. 21, n. 1, p. 167-76 mar, 2012.

FARINASSO, Adriano Luiz da Costa. **Perfil dos idosos em uma área de abrangência da estratégia de saúde da família**. 2005. 128 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Fundamental) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

FLECK, M. P. A. et al. Development of the portuguese version of the OMS evaluation instrument of quality of life. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v.21, n. 1, p.19-28, 1999.

- FLECK, M. P. A.; CHACHAMOVICHA, E.; TRENTINIB, C. M. Projeto WHOQOL OLD: método e resultados de grupos focais no Brasil WHOQOL-OLD Project: method and focus group results in Brazil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 37, n. 6, p. 793-799, 2003.
- FLECK, M. P. A.; LOUZADA, S.; XAVIER, M.. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida WHOQOL-bref. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 34, n. 2, p. 178-183, 2000.
- FLECK, M.P.A.; CHACHAMOVICH, E.; TRENETI, C. Development and validation of the Portuguese version of the WHOQOL-OLD module. **Revista de Saúde Pública**, Sao Paulo, v. 40, n. 5, p. 785-791, 2006.
- FONSECA, M. G. U. P., et. al. Papel da autonomia na auto-avaliação da saúde do idoso. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 44, n. 1, p. 159-165, 2010.
- FRANK, M. H.; RODRIGUES, N. L. Depressão, ansiedade, outros distúrbios afetivos e suicídio. p. 376-84. In: FREITAS, E.V. et al. **Tratado de geriatria e gerontologia**. 2.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.
- GAO, S. et. al. Correlates of depressive symptoms in rural elderly Chinese. **International Journal of Geriatric Psychiatry**, Chichester, v. 24, n. 12, p. 1358-66, dez., 2009.
- GAUTAM, R. et al. Social interactions and depressive symptoms among community dwelling older adults in Nepal: a synergic effect mode. **Archives of Gerontology and Geriatrics**. Amsterdam. v. 53, n. 1, p. 24-30, jul–aug, 2011.
- GEIB, L.T. C. Determinantes sociais da saúde do idoso. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 123-133, 2012.
- GIERVELD, J. J. et al. Quality of marriages in later life and emotional and social loneliness. **The Journal of Gerontology. Series B, Psychological Sciences and Social Sciences**, Washington, DC, v. 64, n. 4, 497–506, Feb., 2009.
- HELLSTRÖM, Y.; PERSON, G.; HALLBERG, I. R. Quality of life and symptoms among older people living at home. **Journal of Advanced Nursing**, Oxford, v. 48, n. 6, p. 584-593, 2004.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo demográfico 2010**. Rio de Janeiro, [201-]. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2000/default.shtm>>. Acesso em: 20 mar. 2012.
- KALACHE, AI. O mundo envelhece: é imperativo criar um pacto de solidariedade social. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, p. 1107-11, ago., 2008.
- KALACHE, A.; VERAS, R. P.; RAMOS, L. R. O envelhecimento da população mundial: um desafio novo. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 21, n. 3, p. 200-210, jun., 1987.

LEBRÃO, M.L. O envelhecimento no Brasil: aspectos da transição demográfica e epidemiológica. **Revista de Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 4, n. 17, p. 135-140, 2007

LEE, W., et al. Living alone as a red flag sign of falls among older people in rural Taiwan. **Journal of Clinical Gerontology and Geriatrics**, Taiwan, n. 2, p. 76-79, 2011.

LOKARE, L. ; NEKAR, M. S.; MAHESH, V. Quality of life and restricted activity days among old aged. **International Journal of Biologia & Medical Research**, v. 2, n. 4, p. 1162-1164, 2011.

MARINHO, E.; ARAUJO, J. Pobreza e o sistema de seguridade social rural no Brasil. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 64, n. 2, p. 161-74, abr/jun., 2010.

MÁRQUEZ-MONTEIRO, G et al. Calidad de vida vinculada a salud en población migrante rural-urbana y población urnaba en Lima, Perú. **Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública**, Lima , v. 28, n. 1, p. 35-41, 2011

MARTINA, C.; STEVENS, N. Breaking the Cycle of Loneliness? Psychological Effects of a Friendship Enrichment Program for Older Women. **Aging & Mental Health**, Netherlands, v. 10, n. 5, p. 467-475, set., 2006.

MARTINS, C. R., et. al. Avaliação da qualidade de vida subjetiva dos idosos: uma comparação entre os residentes em cidades rurais e urbanas. **Estudos Interdisciplinares Sobre o Envelhecimento**, Porto Alegre, v. 11, p. 135-54, 2007.

MEDEIROS, M.; OSÓRIO, R. **Arranjos domiciliares e arranjos nucleares no Brasil: classificação e evolução de 1977 a 1998**. Brasília, DF: IPEA, 2001. Texto para Discussão, n. 788). Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/pub/td/2001/td_0788.pdf>. Acesso em: 5 set. 2011.

_____. **Mudança nas famílias brasileiras: a composição dos arranjos domiciliares entre 1978 e 1998**. Brasília: IPEA, 2002. (Texto para Discussão, n. 886). Disponível em: <http://ipea.gov.br/pub/td/2002/td_0886.pdf>. Acesso em: 5 set. 2011.

MEDINA, N. H.; MUÑOZ, E. H. Atenção à saúde ocular da pessoa idosa. **Bepa**, São Paulo, v. 8, n. 85, p. 23-8, 2011. Disponível em: <http://www.cve.saude.sp.gov.br/bepa/pdf/BEPA85_OCULAR.pdf>. Acesso em: 5 set. 2011.

MENDES, M. R. S. S. B. et al. Situação social do idoso no Brasil: uma breve consideração. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 18, n. 4, p. 422-426, 2005.

MOAK, Z. B.; AGRAWAL, A. The association between perceived interpersonal social support and physical and mental health: results from the national epidemiological

survey on alcohol and related conditions. **Journal of Public Health**, Oxford, v. 32, n. 2, p. 191-201, jun., 2010.

MONTEIRO, C. S. S. I. **Idosos residentes em meio rural: Satisfação com o suporte social**. 2012. 105 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Departamento de Economia, Gestão e Ciências Sociais, Universidade Católica Portuguesa, Viseu, 2012.

MORAIS, E. P. **Envelhecimento no meio rural: condições de vida, saúde e apoio dos idosos mais velhos de Encruzilhada do Sul-RS**. 2007. 216 f. Tese (Doutorado em Enfermagem Fundamental) – Escola de enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007.

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

MUDEY, A. et al. Assessment of Quality of Life among rural and urban elderly population of Wardha District, Maharashtra, India. **EthnoMed**, Washington, v. 5, n. 2, p. 89-93, 2011.

NILSSON, C. J.; LUND, R.; AVLUND, K. Cohabitation status and Onset of Disability Among Older Danes. Is Social Participation a Possible Mediator? **Journal of Aging and Health**, Newbury Park, v. 20, n. 2, p. 235-253, mar., 2008.

OLIVEIRA, B. L. C. A. et. al. Situação social e de saúde da população idosa da uma comunidade de São Luís- MA. **Revista de Pesquisa em Saúde**, São Luiz, v. 11, n. 3, p. 25-29, set-dez, 2010.

OLIVEIRA, J. C. A.; TAVARES, D. M. S. Atenção ao idoso na estratégia de Saúde da Família: atuação do enfermeiro. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 44, n. 3, p. 774-78, set., 2010.

OLIVEIRA, S. F. D, et al . Demanda referida e auxílio recebido por idosos com declínio cognitivo no município de São Paulo. **Saude e Sociedade**, São Paulo, v. 16, n. 1, p. 81-89, abr. 2007.

OMRAN, A.R. The epidemiologic transition. A theory of the epidemiology of population change. **The Journal of Epidemiology and Community Health** {S.I}. 1971 Oct; v. 49, n. 4, p. 509–38.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Declaração elaborada pelo Grupo de Trabalho da Qualidade de Vida da OMS. Publicada no glossário de Promoção da Saúde da OMS de 1998**. Genebra, 1994.

ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD. Grupo Científico sobre la Epidemiología del Envejecimiento. **Aplicaciones de la epidemiología al estudio de los ancianos**. Ginebra, 1984. (Serie de Informes Técnicos, n. 706). Disponível em: <http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_706_spa.pdf>. Acesso em: 20 out 2011.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **La salud de las personas de edad.**

Ginebra, 1989. Disponível em:

<http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_779_spa.pdf>. Acesso em: 20 out. 2011.

NETTO, M. P. O estudo da velhice: histórico, definição do campo e termos básicos.

In: FREITAS, E. V. et al. **Tratado de geriatria e gerontologia**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. p. 2-12.

NETTO, M. P.; PONTE, J. R. Envelhecimento: o desafio na transição do século. In:

NETTO M. P. **Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada.**

São Paulo: Atheneu, 2002. p. 13-25.

PASCHOAL, S. M. P. Qualidade de vida na velhice. In: FREITAS, E.V. et al. **Tratado**

de geriatria e gerontologia. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p. 79-84.

PASCHOAL, S. M. P.; SALLES, R. F. N.; FRANCO, R. P. Epidemiologia do

envelhecimento. In: FILHO-CARVALHO, E.T.; NETTO, M. P. **Geriatria:**

fundamentos, clínica e terapêutica. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2006. p.19-34

PASKULIN, L. M. G.; VIANNA, L. A. C. Perfil sociodemográfico e condições de

saúde autorreferidas de idosos de Porto Alegre. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n. 5, p. 757-68, 2007.

PEDRAZZI, E. C. et al. Arranjo domiciliar dos idosos mais velhos. **Revista Latino-**

Americana de Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 18, n. 1, p. 18-25 jan-fev, 2010.

PEDRAZZI, E. C.; RODRIGUES R. A.P.; SCHIAVETO, F. V. Morbidade referida e

capacidade funcional de idosos. **Ciência e Cuidados com a Saúde** , {SI} , v. 6, n. 4, p. 407-13, out /dez, 2007.

PEREIRA, R. J. et al . Influência de fatores socio sanitários na qualidade de vida

dos idosos de um município do Sudeste do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 6, p. 2907-2917, jun., 2011.

PEREIRA, M. G. Epidemiologia: teoria e Prática. Rio Janeiro: Guanabara Koogan,

2008. 596p.

PERES, F. Saúde, trabalho e ambiente no meio rural brasileiro. **Ciência e Saúde**

Coletiva, Rio de Janeiro, v. 14, n. 6, p. 1995-2004, dez., 2009.

PRESTA, S. A. et. al. Caracterização e condições de saúde dos idosos do município

de Passo Fundo, no Rio Grande do Sul. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, João Pessoa, v. 9, n. 29, p. 31-38, jul/set., 2011.

PUGA, D. et al. Red social y salud del adulto mayor em perspectiva comparada:

Costa Rica, Espanha e Inglaterra. **Revista Eletrônica**, Costa Rica, v. 5, n. 1, p. 1-22, jul. 2007. Número Especial.

RAMOS, M. P.; AREND, S. C. O impacto da reforma da previdência social rural brasileira nos arranjos familiares: uma análise para entender a composição dos domicílios dado o aumento da renda dos idosos. **Revista Brasileira de Estudos Populacionais**, Rio de Janeiro, v. 29, n.1, p. 67-86, jan/jun, 2012.

RAMOS, J. L. C.; MENEZES, M. R.; MEIRA, E. C. Idosos que moram sozinhos: Desafios e potencialidades do cotidiano. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 24, n. 1-3, p. 43-54, jan/dez., 2010.

RAMOS, M. P. Apoio social e saúde entre os idosos. **Sociologias**, Porto Alegre, v. 4, n. 7, p. 156-175, jan./jun. 2002.

RAMOS, L. R.. **Growing old in São Paulo, Brazil**: assessment of health status and family support of the elderly of different socio-economic strata living in the community. 1987. 326 f. Tese (Doutorado) -- London School of Hygiene and Tropical Medicine, London, 1987.

RANA, A. K. M., et. al. Impact of health education on health-related quality of life among elderly persons: results from a community-based intervention study in rural Bangladesh. **Health Promotion International**, Oxford, v. 24, n. 1, p. 36-45, jan., 2009.

RIGO, I.I.; PASKULIN, L.M.G.; MORAIS, E.P. Capacidade funcional de idosos de uma comunidade rural do Rio Grande do Sul. **Revista Gaúcha de Enfermagem**., Porto Alegre, v. 31, n. 2, p. 254-261, jun., 2010.

ROMANNI, F. A. Prevalence of ocular diseases in a population of elderly residents of the city of Veranópolis, Brazil. **Arquivos Brasileiros de Oftalmologia**, São Paulo, v. 68, n. 5, p. 649-655, out., 2005.

ROSEMBERG, J; ROSEMBERG, A.M.A; MORAES, M.A. **Nicotina**: droga universal. São Paulo: Centro de Vigilância Epidemiologia, Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, 2003.

SALGUEIRO, H.; LOPES, M. A dinâmica da família que coabita e cuida de um idoso dependente. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 31, n. 1, p. 26-32, mar, 2010.

SOUZA, R. F.; SKUBS, T.; BRETAS, A. C. P. Envelhecimento e família: uma nova perspectiva para o cuidado de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 60, n.3, p. 263-267, jun., 2007.

SPANEVELLO, R. M.; AZEVEDO, L. F.; VARGAS, L. P. A migração juvenil e implicações sucessórias na agricultura familiar. **Revista de Ciências Humanas**, Florianópolis, v. 45, n. 2, p. 291-304, out., 2011.

TAVARES, D.M.S. et. al. Fatores associados à qualidade de vida de idosos com osteoporose residentes na zona rural. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 371-378, abr-jun., 2012.

TAVARES, D.M.S., et. al. Qualidade de vida e capacidade funcional de idosos residentes na zona rural. **Revista Rene**, Fortaleza, v. 12, n. especial , p. 895-903, 2011.

TAVARES, D. M. S.; CÔRTEZ, R. M.; DIAS, F. A . Qualidade de vida e comorbidades entre os idosos diabéticos. **Revista de Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 97-103, jan/mar., 2010.

TEIXEIRA, A. R., et. al. Qualidade de vida de adultos e idosos pós adaptação de próteses auditivas. **Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia**, São Paulo, v. 13, n. 4, p. 357-61, ago. 2008.

TENG, C. T.; HUMES, E. C.; DEMETRIO, F. N. Depressão e comorbidades clínicas. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 32, n. 3, p. 149-59, 2005

THE WORLD Health Organization quality of life assessment (WHOQOL) : position paper from the World Health Organization. **Social Science & Medicine**, Oxford, v. 41, n. 10, p. 1403-1410, nov. 1995.

TOLEDO, M. A. V.; SANTOS NETO, L. Depressão no Idoso. In: HARGREAVES (Org.). **Geriatrics**. Brasília: SEEP, 2006. p. 545-552.

TORRES, G. V et al. Qualidade de vida e fatores associados em idosos dependentes em uma cidade do interior do Nordeste. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**. Rio de Janeiro, v. 58, n. 1 p. 39-44, 2009.

TRAVASSOS, C.; VIACAVA, F. Acesso e uso de serviços de saúde em idosos residentes em áreas rurais, Brasil, 1998 e 2003. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 10, p. 2490-2502, out., 2007.

TRAN,H.M et al. Quality of life and visual function in Nigeria: findings from the National Survey of Blindness and visual impairment **The British Journal of Ophthalmology**, England, v. 95, n. 12, p. 1646-1651, dec. 2011.

VERAS, R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 3, p. 548-554, jun., 2009.

VERAS, R. P. et al. Características demográficas dos idosos vinculados ao sistema suplementar de saúde no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.42, n.3, p. 497-502, jun., 2008.

VERAS, R. P.; RAMOS, L. R.; KALACHE, A. Crescimento da população idosa no Brasil: transformações e conseqüências na sociedade. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 21, n. 3, p. 225-233, jun., 1987.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Conquering depression**, 2001.

Disponível

em: <<http://www.searo.who.int/en/Section1174/Section1199/Section1567/Section186.htm>> Acesso em: 03 set. 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks.** Geneva, 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Organização Pan-Americana da Saúde. **Envelhecimento ativo: uma política de saúde.** Brasília, 2005. Disponível em <www.prosaude.org/publicacoes/diversos/envelhecimento_ativo.pdf>. Acesso em 8 mar. 2012

YAO, K. W.; YU, S.; CHENG, S.P.; CHEN, I.J. Relationships between personal, depression and social network factors and sleep quality in community-dwelling older adults. **The Journal of Nursing Research**, Taiwan, v. 16, n. 2, p. 131-139, jun., 2008.

ZAITUNE, M. P. A. et al. Fatores associados ao tabagismo em idosos: Inquérito de Saúde no Estado de São Paulo (ISA-S). **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 3, p. 583-95, mar, 2012.

APÊNDICE I- Termo de Autorização da Pesquisa pela Secretaria Municipal de Saúde de Uberaba



77

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO – Uberaba(MG)
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA-CEP
Parcerias Consubstanciadas
PROTOCOLO DE PROJETO DE PESQUISA COM ENVOLVIMENTO DE SERES HUMANOS

IDENTIFICAÇÃO

TÍTULO DO PROJETO: SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA DA POPULAÇÃO IDOSA RURAL DO MUNICÍPIO DE UBERABA
PESQUISADOR(A) RESPONSÁVEL: Darlene Mara dos Santos Tavares
INSTITUIÇÃO ONDE SE REALIZARÁ A PESQUISA: UFTM
DATA DE ENTRADA NO CEP/UTM: 15-10-2009
PROTOCOLO CEP/UTM: 1477

01 computador (R\$2.000,00); 01 Impressora (R\$400,00); Acesso à Internet; 01 Computador Notebook (R\$3.000,00); Software (SPSS, mapinfo, Windows) R\$ 14.000,00; Bolsa de Iniciação científica (R\$ 7.200,00). Estes equipamentos já estão disponíveis de projeto aprovado pela FAPEMIG e CNPq. Total R\$ 26.600,00.

Será solicitado duas bolsas de iniciação científica no final do ano, cada da instituição da UFTM/MG.

12. FORMA E VALOR DA REMUNERAÇÃO DO PESQUISADOR

A pesquisadora recebe o salário de Professor Adjunto da UFTM e foi contemplada com bolsa de produtividade em Pesquisa do CNPq.

13. ADIQUAÇÃO DO TERMO DE CONSENTIMENTO E FORMA DE OBTÊ-LO

O consentimento livre e esclarecido será obtido pelos entrevistados antes da realização da coleta dos dados.

14. ESTRUTURA DO PROTOCOLO – O protocolo foi adequado para atender as determinações da Resolução CNS 196/96.

15. COMENTÁRIOS DO RELATOR FRENTE À RESOLUÇÃO CNS 196/96 E COMPLEMENTARES

PARCERIAS DO CEP: APROVADO

(O relatório anual ou final deverá ser encaminhado no ano após o início do processo).

DATA DA REUNIÃO: 12-02-2010

Prof. Ana Palmira Soares dos Santos
 Coordenadora

ANEXO A - Mini-Exame do Estado Mental (MEEM)

1) Orientação para tempo (1 ponto por cada resposta correta)

Em que ano estamos? _____
 Em que mês estamos? _____
 Em que dia do mês estamos? _____
 Em que dia da semana estamos? _____
 Em que estação do ano estamos? _____

Nota: _____

2) Orientação para local (1 ponto por cada resposta correta)

Em que país estamos? _____
 Em que estado vive? _____
 Em que cidade vive? _____
 Em que lugar estamos? _____
 Em que andar estamos? _____

Nota: _____

3) Memória Imediata (1 ponto por cada palavra corretamente repetida)

"Vou dizer três palavras; queria que as repetisse, mas só depois que eu as disser todas; procure ficar a sabê-las de cor".

Pêra _____
 Gato _____
 Bola _____

Nota: _____

4) Atenção e Cálculo (1 ponto por cada resposta correta. Se der uma errada mas depois continuar a subtrair bem, consideram-se as seguintes como corretas. Parar ao fim de 5 respostas)

"Agora peça-lhe que me diga quantos são 100 menos 7 e depois ao número encontrado volta a tirar 7 e repete assim até eu lhe dizer para parar".

100_93_86_79_72_65

Nota: _____

5) Evocação (1 ponto por cada resposta correta.)

"Veja se consegue dizer as três palavras que pedi há pouco para decorar".

Pêra _____
 Gato _____
 Bola _____

Nota: _____

6) Linguagem (1 ponto por cada resposta correta)

a. "Como se chama isto? Mostrar os objetos:

Relógio _____
 Lápis _____

Nota: _____

b. "Repita a frase que eu vou dizer: O RATO ROEU A ROLHA"

Nota: _____

c. "Quando eu lhe der esta folha de papel, pegue nela com a mão direita, dobre-a ao meio e ponha sobre a mesa"; dar a folha segurando com as duas mãos.

Pega com a mão direita _____
 Dobra ao meio _____
 Coloca onde deve _____

Nota: _____

d. "Leia o que está neste cartão e faça o que lá diz". Mostrar um cartão com a frase bem legível, "FECHE OS OLHOS"; sendo analfabeto lê-se a frase.

Fechou os olhos _____

Nota: _____

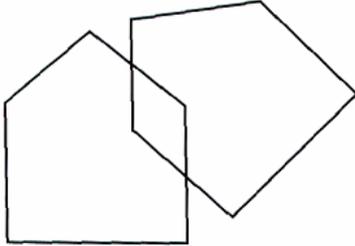
e. "Escreva uma frase inteira aqui". Deve ter sujeito e verbo e fazer sentido; os erros gramaticais não prejudicam a pontuação.

Frase:

Nota: _____

7) Capacidade Construtiva Visual (1 ponto pela cópia correta.)

Deve copiar um desenho. Dois pentágonos parcialmente sobrepostos; cada um deve ficar com 5 lados, dois dos quais intersectados. Não valorizar tremor ou rotação.



Cópia:

Nota: _____

ANEXO B - Instrumento para coleta dos dados sociodemográficos e econômicos e morbidade autorreferidas

IDENTIFICAÇÃO

Nome: _____ **Registro:** _____
 Início da entrevista: _____ Término: _____ Data: _____
 Local: _____ Endereço: _____ Tel: _____

1) Data de nascimento: ____/____/____

Idade: (anos completos).....

ATENÇÃO:

- O entrevistado deve ter acima de 60 anos de idade. No caso de incerteza, peça ao entrevistado documento de identificação que mostre a data de nascimento.
- Se a pessoa não preencher os critérios acima, agradeça e encerre a entrevista.

2) Sexo.....

1- Masculino 2- Feminino

3) Qual o seu estado conjugal?.....

1- Nunca se casou ou morou com companheiro(a)
 2- Mora com esposo(a) ou companheiro(a) 3- Viúvo(a)
 4- Separado(a), desquitado(a) ou divorciado(a) 99- Ignorado

ATENÇÃO: Somente prossiga a entrevista após a avaliação cognitiva

4) Escolaridade:.....

Atenção: deverá ser anotado quantos anos estudou sem repetir a mesma série.
 99- Ignorado.

5) Qual a sua renda individual:.....

1 - Não tem renda 2 - Menos que 1 salário mínimo 3 - 1 salário mínimo
 4 - De 1 a 3 salários mínimo 5 - De 3 a 5 salários mínimo 6 - mais de 5 salários mínimo

6) Seus recursos financeiros atualmente são provenientes de: (Múltipla escolha).....

1-Aposentadoria 2-Pensão
 3-Renda/ aluguel 4-Doação (família)
 5-Doação (outros) 6-Trabalho contínuo (formal ou não)
 7- Trabalho eventual 8-Renda mensal vitalícia
 9- Aplicação financeira 10- Sem rendimento próprio
 99- Ignorado

7) Principal atividade profissional exercida atualmente:.....

1- Dona de casa 2- Empregada doméstica 3- Trabalhador braçal
 4- Trabalhador rural 5- Profissional liberal 6- Agricultor 7- Empresário
 8- Outro (especifique _____) 9- Não exerce 99- Ignorado

8) Qual a razão pela qual o (a) sr(a) se aposentou?.....

1- Tempo de Serviço 2- Idade 3- Problema de Saúde:
 4- Não se aposentou 99- Ignorado

9) No seu entender de acordo com sua situação econômica, de que forma o(a) senhor(a) satisfaz suas necessidades básicas (alimentação, moradia, saúde, etc.).....

1- Mal 2- Regular 3- Bom 99- Ignorado

10) Em geral e em comparação com a situação econômica de outras pessoas de sua idade, o(a) senhor(a) diria que a sua situação econômica é:.....

1- Pior 2- Igual 3- Melhor 99- Ignorado

11) A casa onde o Sr. mora:.....

1- Própria - quitada 2- Própria - paga prestação 3- É de parente - paga aluguel
 4- Estranho - paga aluguel 5- Cedida - sem aluguel 6- Asilo 99- Ignorado

--	--	--	--

--	--

--

--	--

--	--

--

--	--

--	--

--	--

--	--

--	--

--	--

12) Em geral o(a) senhor(a) diria que sua saúde é:.....
 1- Péssima 2- Má 3- Regular 4- Boa 5- Ótima 99- Ignorado

13) Em comparação com a saúde de outras pessoas da sua idade, o(a) senhor(a) diria que sua saúde é:.....
 1- Pior 2- Igual 3- Melhor 99- Ignorado

14) Como o(a) senhor(a) diria que está sua visão no momento? (sem os óculos, se for caso)?.....
 1- Cega 2- Péssima 3- Ruim
 4- Regular 5- Boa 6- Excelente 99- Ignorado

15) Como o(a) senhor(a) diria que está a sua audição no momento, sem o aparelho, se for o caso?.....
 1- Surdo 2- Ruim 3- Boa 4- Excelente 99- Ignorado

16) O Sr. (a) toma algum remédio regularmente?.....
 1- Sim, receitado por médico 2- Sim, por conta própria
 3- Não 99- Ignorado

17) Pratica alguma atividade física?.....
 1. Sim 2. Não (vá para a questão 65) 99. Ignorado

18) O Sr(a) é fumante?.....
 1. Sim (vá para a questão 66) 2. Não (vá para a questão 68) 99. Ignorado

19) Com que frequência ingere bebida alcoólica?.....
 1. Diariamente 2. 1 a 3 vezes por semana 3. 4 a 6 vezes por semana
 4. 1 a 3 vezes por mês 5. Menos de 1 vez por mês 6. Nenhuma

20) Vai à consulta mensal?
 1. Sim 2. Não

21) O Sr(a) mora em seu domicílio:.....
 (1) Só (ninguém mais vive permanentemente junto)
 (2) Somente com cuidador profissional (1 ou +)
 (3) Somente com o cônjuge
 (4) Com outros de sua geração (com ou sem cônjuge)
 (5) Com filhos (com ou sem cônjuge)
 (6) Com netos (com ou sem cônjuge)
 (7) Outros arranjos _____
 (8) Não Sei (99) Não Respondeu

Instrumento para coleta de dados referentes às morbidades autorreferidas.

29) O senhor (a) no momento tem algum destes problemas de saúde e que podem ou não interferir nas atividade da vida diária?

Problemas de saúde	NÃO	SIM		Ignorado
		Interfere na vida diária	Não Interfere na vida diária	
A) Reumatismo	1	2	3	99
B) Artrite/artrose	1	2	3	99
C) Osteoporose	1	2	3	99
D) Asma ou bronquite	1	2	3	99
E) Tuberculose	1	2	3	99
F) Embolia	1	2	3	99
G) Pressão alta	1	2	3	99
H) Má circulação (varizes)	1	2	3	99
I) Problemas cardíacos	1	2	3	99
J) Diabetes	1	2	3	99
K) Obesidade	1	2	3	99
L) Derrame	1	2	3	99
M) Parkinson	1	2	3	99
N) Incontinência urinária	1	2	3	99
O) Incontinência fecal	1	2	3	99
P) Prisão de ventre	1	2	3	99
Q) Problemas para dormir	1	2	3	99
R) Catarata	1	2	3	99
S) Glaucoma	1	2	3	99
T) Problemas de coluna	1	2	3	99
U) Problema renal	1	2	3	99
V) Sequela acidente/trauma	1	2	3	99
W) Tumores malignos	1	2	3	99
X) Tumores benignos	1	2	3	99
Y) Problema de visão	1	2	3	99
Z) Outras (gripe, diarreia, dor...)	1	2	3	99
Especifique				



ANEXO D - Instrumento de coleta de dados referente a Qualidade de Vida

WHOQOL-BREF

Instruções

Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. **Por favor, responda a todas as questões.** Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha. Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as **duas últimas semanas**. Por exemplo, pensando nas últimas duas semanas, uma questão poderia ser:

Você recebe dos outros o apoio de que necessita?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

Você deve circular o número que melhor corresponde ao quanto você recebe dos outros o apoio de que necessita nestas últimas duas semanas. Portanto, você deve circular o número 4 se você recebeu "muito" apoio como abaixo

Você recebe dos outros o apoio de que necessita? Você deve circular o número 1 se você não recebeu "nada" de apoio.

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule no número e lhe parece a melhor resposta.

	Muito ruim	Ruim	Nem ruim nem boa	Boa	Muito boa
1- Como você avalia sua qualidade de vida	1	2	3	4	5

	Muito satisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito Nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
2- Quão satisfeito você esta com sua saúde?	1	2	3	4	5

As questões seguintes são sobre **o quanto** você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.

		Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
3	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
4	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
5	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1		3	4	5

7	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8	Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão completamente** você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.

		Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
10	Você tem energia suficiente para seu dia a dia?	1	2	3	4	5
11	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
12	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
13	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
14	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão bem ou satisfeito** você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.

		Muito ruim	Ruim	Nem ruim nem bom	Bom	Muito bom
15	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5

		Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
16	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
17	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
20	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
21	Quão satisfeito(a) você está com sua vida	1	2	3	4	5

	sexual?					
22	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

A questão seguinte refere-se a **com que frequência** você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

		Nunca	Algumas vezes	Freqüentemente	Muito freqüentemente	Sempre
26	Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

ANEXO E - Instrumento de coleta de dados referente a Qualidade de Vida de Idosos

WHOQOL-OLD

Instruções

Este questionário pergunta a respeito dos seus pensamentos, sentimentos e sobre certos aspectos de sua qualidade de vida, e aborda questões que podem ser importantes para você como membro mais velho da sociedade.

Por favor, responda todas as perguntas. Se você não está seguro a respeito de que resposta dar a uma pergunta, por favor escolha a que lhe parece mais apropriada. Esta pode ser muitas vezes a sua primeira resposta.

Por favor tenha em mente os seus valores, esperanças, prazeres e preocupações. Pedimos que pense na sua vida nas duas últimas semanas.

Por exemplo, pensando nas duas últimas semanas, uma pergunta poderia ser:

O quanto você se preocupa com o que o futuro poderá trazer?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

Você deve circular o número que melhor reflete o quanto você se preocupou com o seu futuro durante as duas últimas semanas. Então você circularia o número 4 se você se preocupou com o futuro "Bastante", ou circularia o número 1 se não tivesse se preocupado "Nada" com o futuro. Por favor leia cada questão, pense no que sente e circule o número na escala que seja a melhor resposta para você para cada questão.

As seguintes questões perguntam sobre o **quanto** você tem tido certos sentimentos nas últimas duas semanas.

old_01 Até que ponto as perdas nos seus sentidos (por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato), afetam a sua vida diária?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

old_02 Até que ponto a perda de, por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato, afeta a sua capacidade de participar em atividades?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

old_03 Quanta liberdade você tem de tomar as suas próprias decisões?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

old_04 Até que ponto você sente que controla o seu futuro?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

old_05 O quanto você sente que as pessoas ao seu redor respeitam a sua liberdade?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

old_06 Quão preocupado você está com a maneira pela qual irá morrer?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

old_07 O quanto você tem medo de não poder controlar a sua morte?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

old_08 O quanto você tem medo de morrer?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

old_09 O quanto você teme sofrer dor antes de morrer?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

As seguintes questões perguntam sobre **quão completamente** você fez ou se sentiu apto a fazer algumas coisas nas duas últimas semanas.

old_10 Até que ponto o funcionamento dos seus sentidos (por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato) afeta a sua capacidade de interagir com outras pessoas?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

old_11 Até que ponto você consegue fazer as coisas que gostaria de fazer?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

old_12 Até que ponto você está satisfeito com as suas oportunidades para continuar alcançando outras realizações na sua vida?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

old_13 O quanto você sente que recebeu o reconhecimento que merece na sua vida?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

old_14 Até que ponto você sente que tem o suficiente para fazer em cada dia?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

As seguintes questões pedem a você que diga o quanto você se sentiu **satisfeito, feliz ou bem** sobre vários aspectos de sua vida nas duas últimas semanas.

old_15 Quão satisfeito você está com aquilo que alcançou na sua vida?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

old_16 Quão satisfeito você está com a maneira com a qual você usa o seu tempo?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

old_17 Quão satisfeito você está com o seu nível de atividade?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

old_18 Quão satisfeito você está com as oportunidades que você tem para participar de atividades da comunidade?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

old_19 Quão feliz você está com as coisas que você pode esperar daqui para frente?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

old_20 Como você avaliaria o funcionamento dos seus sentidos (por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato)?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

As seguintes questões se referem a qualquer **relacionamento íntimo** que você possa ter. Por favor, considere estas questões em relação a um companheiro ou uma pessoa próxima com a qual você pode compartilhar (dividir) sua intimidade mais do que com qualquer outra pessoa em sua vida.

old_21 Até que ponto você tem um sentimento de companheirismo em sua vida?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

old_22 Até que ponto você sente amor em sua vida?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

old_23 Até que ponto você tem oportunidades para amar?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

old_24 Até que ponto você tem oportunidades para ser amado?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

ANEXO F- Síntaxe para análise do WHOQUOL-BREF

```
recode q1 q2 q3 q4 q5 q6 q7 q8 q9 q10 q11 q12 q13 q14 q15 q16 q17 q18 q19 q20
q21 q22 q23 q24 q25 q26
```

```
(1=1) (2=2) (3=3) (4=4) (5=5) (else=sysmis).
```

```
execute
```

```
recode q3 q4 q26 (1=5) (2=4) (3=3) (4=2) (5=1) into
```

```
qr_3 qr_4 qr_26.
```

```
execute.
```

```
compute phys=(mean.6 (qr_3, qr_4, q10, q15, q16, q17, q18))*4.
```

```
compute psych=(mean.5 (q5, q6, q7, q11, q19, qr_26))*4.
```

```
compute social=(mean.2 (q20,q21,q22))*4.
```

```
compute envir=(mean.6 (q8, q9, q12, q13, q14, q23, q24, q25))*4.
```

```
compute overall=(mean.2 (q1, q2))*4.
```

```
compute phys_p=(phys - 4) * (100/16).
```

```
compute psych_p=(psych - 4) * (100/16).
```

```
compute social_p=(social - 4) * (100/16).
```

```
compute envir_p=(envir - 4) * (100/16).
```

```
compute overal_p=(overall - 4) * (100/16).
```

```
compute q1_p=(q1 - 1) * (100/4).
```

```
compute q2_p=(q2 - 1) * (100/4).
```

```
count total=q1 to q26 (1 thru 5).
```

```
select if (total>21).
```

```
execute.
```

```
compute qr_3_p=(qr_3 - 1) * (100/4).
```

```
compute qr_4_p=(qr_4 - 1) * (100/4).
```

compute q5_p=(q5 - 1) * (100/4).
compute q6_p=(q6 - 1) * (100/4).
compute q7_p=(q7 - 1) * (100/4).
compute q8_p=(q8 - 1) * (100/4).
compute q9_p=(q9 - 1) * (100/4).
compute q10_p=(q10 - 1) * (100/4).
compute q11_p=(q11 - 1) * (100/4).
compute q12_p=(q12 - 1) * (100/4).
compute q13_p=(q13 - 1) * (100/4).
compute q14_p=(q14 - 1) * (100/4).
compute q15_p=(q15 - 1) * (100/4).
compute q16_p=(q16 - 1) * (100/4).
compute q17_p=(q17 - 1) * (100/4).
compute q18_p=(q18 - 1) * (100/4).
compute q19_p=(q19 - 1) * (100/4).
compute q20_p=(q20 - 1) * (100/4).
compute q21_p=(q21 - 1) * (100/4).
compute q22_p=(q22 - 1) * (100/4).
compute q23_p=(q23 - 1) * (100/4).
compute q24_p=(q24 - 1) * (100/4).
compute q25_p=(q25 - 1) * (100/4).
compute qr_26_p=(qr_26 - 1) * (100/4).

ANEXO G - Sintaxe para análise do WHOQOL-OLD

RECODE

old_01 old_02 old_03 old_04

old_05 old_06 old_07 old_08

old_09 old_10 old_11 old_12

old_13 old_14 old_15 old_16

old_17 old_18 old_19 old_20

old_21 old_22 old_23 old_24

(9=SYSMIS).

EXECUTE.

RECODE

old_01 old_02 old_06 old_07 old_08 old_09 old_10

(1=5) (2=4) (3=3) (4=2) (5=1).

EXECUTE.

COMPUTE old_sa_s = (SUM.4(old_01,old_02,old_10,old_20)).

COMPUTE old_sa_m = (MEAN.4(old_01,old_02,old_10,old_20)).

COMPUTE old_sa_t = 100 * (MEAN.4(old_01,old_02,old_10,old_20)-1)/4.

VARIABLE LABEL old_sa_s 'Sensory-Abilities_sum'.

VARIABLE LABEL old_sa_m 'Sensory-Abilities_mean'.

VARIABLE LABEL old_sa_t 'Sensory-Abilities_transformed_(0-100)'.

EXECUTE.

COMPUTE old_au_s = (SUM.4(old_03,old_04,old_05,old_11)).

COMPUTE old_au_m = (MEAN.4(old_03,old_04,old_05,old_11)).

COMPUTE old_au_t = 100 * (MEAN.4(old_03,old_04,old_05,old_11)-1)/4.

VARIABLE LABEL old_au_s 'Autonomy_sum'.

VARIABLE LABEL old_au_m 'Autonomy_mean'.

VARIABLE LABEL old_au_t 'Autonomy_transformed_(0-100)'.

EXECUTE.

```

COMPUTE old_pp_s = (SUM.4(old_12,old_13,old_15,old_19)).
COMPUTE old_pp_m = (MEAN.4(old_12,old_13,old_15,old_19)).
COMPUTE old_pp_t = 100 * (MEAN.4(old_12,old_13,old_15,old_19)-1)/4.
VARIABLE LABEL old_pp_s 'Past-Present-and-Future-Activities_sum'.
VARIABLE LABEL old_pp_m 'Past-Present-and-Future-Activities_mean'.
VARIABLE LABEL old_pp_t 'Past-Present-and-Future-Activities_transformed_(0-100)'.
EXECUTE.

COMPUTE old_sp_s = (SUM.4(old_14,old_16,old_17,old_18)).
COMPUTE old_sp_m = (MEAN.4(old_14,old_16,old_17,old_18)).
COMPUTE old_sp_t = 100 * (MEAN.4(old_14,old_16,old_17,old_18)-1)/4.
VARIABLE LABEL old_sp_s 'Social-Participation_sum'.
VARIABLE LABEL old_sp_m 'Social-Participation_mean'.
VARIABLE LABEL old_sp_t 'Social-Participation_transformed_(0-100)'.
EXECUTE.

COMPUTE old_dd_s = (SUM.4(old_06,old_07,old_08,old_09)).
COMPUTE old_dd_m = (MEAN.4(old_06,old_07,old_08,old_09)).
COMPUTE old_dd_t = 100 * (MEAN.4(old_06,old_07,old_08,old_09)-1)/4.
VARIABLE LABEL old_dd_s 'Death-and-Dying_sum'.
VARIABLE LABEL old_dd_m 'Death-and-Dying_mean'.
VARIABLE LABEL old_dd_t 'Death-and-Dying_transformed_(0-100)'.
EXECUTE.

COMPUTE old_in_s = (SUM.4(old_21,old_22,old_23,old_24)).
COMPUTE old_in_m = (MEAN.4(old_21,old_22,old_23,old_24)).
COMPUTE old_in_t = 100 * (MEAN.4(old_21,old_22,old_23,old_24)-1)/4.
VARIABLE LABEL old_in_s 'Intimacy_sum'.
VARIABLE LABEL old_in_m 'Intimacy_mean'.
VARIABLE LABEL old_in_t 'Intimacy_transformed_(0-100)'.
EXECUTE.

COMPUTE old_to_s = (SUM.24(old_01,old_02,old_03,old_04,old_05,old_06,

```

```
old_07,old_08,old_09,old_10,old_11,old_12,old_13,  
old_14,old_15,old_16,old_17,old_18,old_19,old_20,  
old_21,old_22,old_23,old_24)).  
COMPUTE old_to_m = (MEAN.24(old_01,old_02,old_03,old_04,old_05,old_06,  
old_07,old_08,old_09,old_10,old_11,old_12,old_13,  
old_14,old_15,old_16,old_17,old_18,old_19,old_20,  
old_21,old_22,old_23,old_24)).  
COMPUTE old_to_t = 100 * (MEAN.24(old_01,old_02,old_03,old_04,old_05,  
old_06, old_07,old_08,old_09,old_10,old_11,old_12,  
old_13,old_14,old_15,old_16,old_17,old_18,old_19,  
old_20,old_21,old_22,old_23,old_24)-1)/4.  
VARIABLE LABEL old_to_s 'Total-Score_sum'.  
VARIABLE LABEL old_to_m 'Total-Score_mean'.  
VARIABLE LABEL old_to_t 'Total-Score_transformed_(0-100)'  
EXECUTE
```

**ANEXO H- Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da
Universidade Federal do Triângulo Mineiro.**



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO – Uberaba(MG)
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA-CEP**

**Parecer Consubstanciado
PROTOCOLO DE PROJETO DE PESQUISA COM ENVOLVIMENTO DE SERES HUMANOS**

IDENTIFICAÇÃO

TÍTULO DO PROJETO: SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA DA POPULAÇÃO IDOSA RURAL DO MUNICÍPIO DE UBERABA
PESQUISADOR(A) RESPONSÁVEL: Darlene Mara dos Santos Tavares
INSTITUIÇÃO ONDE SE REALIZARÁ A PESQUISA: UFTM
DATA DE ENTRADA NO CEP/UTM: 15-10-2009
PROTOCOLO CEP/UTM: 1477

01 computador (R\$2.600,00); 01 impressora (R\$400,00); Acesso à Internet; 01 Computador Notebook (R\$3.000,00); Software (SPSS, mapinfo, Windows) R\$ 14.000,00; Bolsa de Iniciação científica (R\$ 7.200,00). Estes equipamentos já estão disponíveis de projeto aprovado pela FAPEMIG e CNPq. Total R\$ 24.600,00.

Será solicitado duas bolsas de iniciação científica no final do ano, cada da instituição da FAPEMIG.

12. FORMA E VALOR DA REMUNERAÇÃO DO PESQUISADOR

A pesquisadora recebe o salário de Professor Adjunto da UFTM e foi contemplada com bolsa de produtividade em Pesquisa do CNPq.

13. ADEQUAÇÃO DO TERMO DE CONSENTIMENTO E FORMA DE OBTÊ-LO

O consentimento livre e esclarecido será obtido pelos entrevistados antes da realização da coleta dos dados.

14. ESTRUTURA DO PROTOCOLO - O protocolo foi adequando para atender as determinações da Resolução CNS 196/96.

15. COMENTÁRIOS DO RELATOR, FRENTE À RESOLUÇÃO CNS 196/96 E COMPLEMENTARES

PARTEICIPAÇÃO DO CEP: APROVADO

(O relatório anual ou final deverá ser encaminhado no ano após o início do processo).

DATA DA REUNIÃO: 12-02-2010

Prof. Ana Palmira Soares dos Santos
Conselheira

ANEXO I- Termo de consentimento Livre e Esclarecido

Termo de Esclarecimento

Você está sendo convidado(a) a participar do estudo “Influência do arranjo domiciliar nas condições de saúde no indicativo de depressão e na qualidade de vida de idosos residentes na zona rural”. Os avanços na área da saúde ocorrem através de estudos como este, por isso a sua participação é importante. O objetivo deste estudo é descrever as características sócio-demográficas e econômicas dos idosos residentes na zona rural e verificar a associação do arranjo moradia com as condições de saúde, o indicativo de depressão e a qualidade de vida desses idosos. Caso você participe, será necessário responder algumas perguntas. Não será feito nenhum procedimento que lhe traga qualquer desconforto ou risco à sua vida. Você poderá ter todas as informações que quiser e poderá não participar da pesquisa ou retirar seu consentimento a qualquer momento sem prejuízo no seu atendimento. Pela sua participação no estudo, você não receberá qualquer valor em dinheiro, mas terá a garantia de que todas as despesas necessárias para a realização da pesquisa não serão de sua responsabilidade. Seu nome não aparecerá em qualquer momento no estudo, pois você será identificado com um número.

Termo de consentimento livre após esclarecimento

Eu, _____, li e/ou ouvi o esclarecimento acima e compreendi o motivo do estudo e a qual procedimento serei submetido. A explicação que recebi esclarece os riscos e benefícios do estudo. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento, sem justificar minha decisão e que isso não afetará meu tratamento. Sei que meu nome não será divulgado, que não receberei dinheiro por participar do estudo. Eu concordo em participar do estudo.

Uberaba, ____/____/_____

Assinatura do voluntário ou responsável legal / Documento de identidade.

Assinatura do entrevistador

Telefone de contato do entrevistador (34) 9196 7726

Em caso de dúvida em relação a esse documento, você poderá entrar em contato como Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Triângulo Mineiro pelo telefone 3318 5854.

