

# Envelhecimento e qualidade de vida de idosos residentes da zona rural

*Aging and quality of life of elderly people in rural areas*

*Envejecimiento y calidad de vida de los ancianos residentes de la zona rural*

Juliana Ladeira Garbaccio<sup>1</sup>, Luís Antônio Batista Tonaco<sup>II</sup>, Wilson Goulart Estêvão<sup>1</sup>, Bárbara Jacome Barcelos<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais. Belo Horizonte-MG, Brasil.

<sup>II</sup> Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte-MG, Brasil.

## Como citar este artigo:

Garbaccio JL, Tonaco LAB, Estêvão WG, Barcelos BJ. Aging and quality of life of elderly people in rural areas. Rev Bras Enferm [Internet]. 2018;71(suppl 2):724-32 [Thematic Issue: Health of the Elderly]. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0149>

Submissão: 07-04-2017

Aprovação: 22-10-2017

## RESUMO

**Objetivo:** Avaliar a qualidade de vida e a saúde dos idosos residentes nas zonas rurais do centro oeste de Minas Gerais. **Método:** Estudo transversal, em quatro municípios mineiros, por entrevista com idosos. Testaram-se associações entre variáveis sociodemográficas e qualidade de vida, dicotomizada em “satisfatória”/“não satisfatória” com valor obtido a partir da mediana de respostas positivas nas questões. Utilizaram-se o teste qui-quadrado, Fisher e regressão. **Resultados:** Responderam 182 idosos e apresentaram relação com qualidade de vida “satisfatória” — bivariada ( $p < 0,05$ ): idade até 69 anos (61,6%), casados (61,7%), residindo por até 54 anos no meio rural (68%), sem receber ajuda financeira (59,5%), vivendo acompanhado (61%), não fumante (60%), referindo boa saúde (76,7%), satisfeito com a vida (69,6%); regressão: não receber ajuda financeira, morar acompanhado e não fumar. **Conclusão:** Idosos da zona rural apresentaram boa qualidade de vida/saúde nos aspectos cognitivos, acesso a serviços, bens, hábitos, mas a atenção deve ser contínua tendo em vista suas vulnerabilidades. **Descritores:** Idoso; Qualidade de Vida; Assistência Integral à Saúde; Zona Rural; População Rural.

## ABSTRACT

**Objective:** To evaluate the quality of life and health of elderly in rural areas of Minas Gerais State’s center-west. **Method:** Cross-sectional study, in four municipalities of Minas Gerais State, by interviewing elderly people. Associations between socio-demographic and quality of life variables were tested, separated into “satisfactory”/“unsatisfactory” with values from the median of positive answers. It was used the chi-square test, Fisher’s test and regression. **Results:** 182 elderly answered the questions and showed a relation with the “satisfactory” quality of life — bivariate ( $p < 0.05$ ): age by 69 years (61.6%), married (61.7%), living by 54 years in rural areas (68%), with no financial support (59.5%), living with someone else (61%), non-smoker (60%), presenting good health (76.7%), satisfied with life (69.6%); regression: not having financial support, living with someone else and not smoking. **Conclusion:** Elderly people in rural areas present good quality of life/health in the cognitive aspect, access to services, goods, habits, but awareness must be constant due to their weakness. **Descriptors:** Elderly; Quality of Life; Integral Attention to Health; Rural Areas; Rural Population.

## RESUMEN

**Objetivo:** Evaluar la calidad de vida y la salud de los ancianos residentes en las zonas rurales del centro oeste de Minas Gerais. **Método:** Estudio transversal, en cuatro municipios mineros, por entrevista con ancianos. Se probaron asociaciones entre variables sociodemográficas y calidad de vida, dicotomizada en “satisfactoria”/“no satisfactoria” con valor obtenido a partir de la mediana de respuestas positivas en las cuestiones. Se utilizó la prueba Chi-cuadrado, Fisher y regresión. **Resultados:** Respondieron a 182 ancianos y presentaron relación con calidad de vida “satisfactoria” — bivariada ( $p < 0,05$ ): edad hasta 69 años (61,6%), casados (61,7%), residiendo por hasta 54 años en el medio rural (68%), sin recibir ayuda financiera (59,5%), viviendo acompañado (61%), no fumador (60%), refiriendo buena salud (76,7%), satisfecho con la vida (69,6%); regresión: no recibir ayuda financiera, vivir acompañado y no fumar. **Conclusión:** Los ancianos de la zona rural presentaron buena calidad de vida/salud en los aspectos cognitivos, acceso a servicios, bienes, hábitos, pero la atención debe ser continua teniendo en cuenta sus vulnerabilidades. **Descritores:** Ancianos; Calidad de vida; Asistencia Integral a la Salud; Zona rural; Población Rural.

AUTOR CORRESPONDENTE

Luís Antônio Batista Tonaco

E-mail: [luyantonio@yahoo.com.br](mailto:luyantonio@yahoo.com.br)

## INTRODUÇÃO

O processo de transição demográfica apresenta-se com mudanças na estrutura da população, devido ao aumento do número de idosos. Estima-se que, em 2050, o Brasil terá a sexta população de idosos do mundo; e, no país, os idosos corresponderão a um percentual de 16%<sup>(1-2)</sup>. Considera-se o envelhecimento como um processo que sofre influências intrínsecas e extrínsecas representadas por aspectos individuais, da trajetória de vida, do coletivo, do acesso à educação, à saúde e aos cuidados gerais<sup>(3)</sup>. A velhice é sabidamente heterogênea. Há pessoas que envelhecem com boa qualidade de vida e saúde, com poucas patologias, com autocuidado satisfatório, bons níveis de controle de estresse e satisfação com a vida. Em oposição, há outras que experimentam inatividade, fadiga, sarcopenia, anorexia, comorbidades e sintomas depressivos, que comprometem a qualidade de vida na velhice.

Para a Organização Mundial de Saúde (OMS), qualidade de vida é “a percepção do indivíduo de sua inserção na vida, no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”. A OMS define a saúde não apenas como a ausência de doença, mas como a situação de perfeito bem-estar físico, mental e social do indivíduo<sup>(4)</sup>.

O tipo de vida adotado pelo indivíduo senescente afeta diretamente o seu processo de envelhecimento, bem como os riscos socioeconômicos e biológicos ao longo da vida são determinantes no processo de envelhecer. Contudo, certos fatores externos que influem no acesso aos serviços de saúde, na própria saúde e na qualidade de vida têm impacto diferente sobre pessoas da zona rural e da zona urbana. Dentre eles, podem ser citados o acesso a transporte, as distâncias geográficas para aquisição de bens e serviços (comércio, serviços de saúde, escolas) e o tempo necessário para os deslocamentos<sup>(5)</sup>.

Entretanto, a velhice no contexto rural brasileiro é uma temática pouco estudada, a priori afastada dos olhares de pesquisadores e da sociedade por ser considerada uma realidade particular, de pouca importância, haja vista que a população idosa rural no Brasil foi estimada em 15,7% contra os 84,3% da zona urbana<sup>(6-7)</sup>. Em consequência da pouca visibilidade, o cenário da vida idosa no campo perpassa pelo senso comum, pelo imaginário social, visão deturpada da realidade e com prevalência de concepções estigmatizadas. Em relação à saúde e à assistência dos serviços de saúde para residentes idosos do meio rural, estima-se que seja dificultoso por características relativas ao acesso (transporte insuficiente, condições ruins das estradas ou faltas delas, localidade distante dos serviços de saúde), à renda e ao próprio hábito dos idosos em procurar assistência curativa/terapêutica e não preventiva. Como consequência, pode haver o agravamento das condições de saúde e qualidade de vida desses idosos<sup>(8-9)</sup>. Assim, pergunta-se: Como é a vida de idosos que residem na zona rural? Quais as características no cenário que implicam uma qualidade de vida e de saúde satisfatória ou insatisfatória?

Este estudo justificou-se pelo intuito de avaliar se a população idosa residente na zona rural do centro-oeste mineiro goza de direitos fundamentais e inerentes à pessoa humana, sem prejuízo da proteção integral; ademais, direitos amparados pelo estado,

sociedade e família, assegurados de participação na comunidade, com dignidade e bem-estar, princípios estes que se conectam diretamente com os fatores apresentados nesta pesquisa de qualidade de vida e saúde dos idosos das zonas rurais<sup>(10)</sup>. Conhecer os trará subsídios para melhor assisti-los. Infere-se, por outros estudos na temática, que os idosos residentes no meio rural convivem com situações variáveis entre pobreza e ausência dela, com o isolamento geográfico, baixos níveis de escolaridade, condições precárias de moradia, maiores dificuldades de acesso a serviços de saúde, recursos sociais e transporte, quando comparados aos idosos residentes em áreas urbanas<sup>(11)</sup>.

## OBJETIVO

Avaliar a qualidade de vida e a saúde dos idosos residentes nas zonas rurais.

## MÉTODO

### Aspectos éticos

A pesquisa foi aprovada pelo comitê de ética da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais. A coleta de dados teve início mediante apresentação do estudo e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE); no caso dos analfabetos, a anuência foi realizada por um familiar.

### Desenho, local e período

Tratou-se de uma pesquisa transversal, realizada nos municípios de Arcos, Piumhi, Pimenta e Japaraíba, localizados na região centro-oeste de Minas Gerais, no período de fevereiro a dezembro de 2014.

### População e amostra: critérios de inclusão e exclusão

A população geral e de idosos respectivamente era: Arcos 36.597/4.286, Piumhi 31.883/4.292, Pimenta 8.236/975 e Japaraíba 3.939/365<sup>(12-13)</sup>. A região centro-oeste de Minas possuía 1,12 milhões de habitantes (5,7% do total estadual), 11,3% residiam na zona rural, sendo sua geração de renda concentrada no setor de serviços (60,4%), com destaque para o setor industrial (25,1%) e agropecuário (14,5%)<sup>(14)</sup>. Os municípios elencados na pesquisa possuem impactos socioeconômicos na região. Os participantes deste estudo foram idosos com idade mínima de 60 anos, cognitivamente capazes para responder as questões, sendo abordados em suas residências rurais ou nas Unidades Básicas de Saúde (em visitas à cidade). Nos municípios, foi realizada uma investigação junto aos órgãos de saúde e aos cadastros das Unidades Básicas de Saúde para obter a localização das residências rurais habitadas por idosos. Nos registros, foram encontrados 345 idosos, e o cálculo — considerando  $p = 0,05$  e intervalo de confiança de 95% — resultou em amostra de 182. Foram escolhidos aleatoriamente a partir dos registros supracitados.

### Protocolo do estudo

Para as entrevistas, foi utilizado um questionário, contendo 10 partes e 113 questões, elaborado a partir do instrumento do Projeto Saúde e Bem Estar (SABE) e de um estudo realizado no Rio Grande do Sul<sup>(15-16)</sup>. As entrevistas ocorreram de segunda a sexta-feira no horário das 9h às 18h, preferencialmente

em ambiente tranquilo e livre de interrupções. As perguntas foram dirigidas ao respondente de forma oral, presencial, e foi entregue um caderno de entrevista para acompanhar a leitura das questões pelos entrevistadores (três, devidamente treinados), sendo as respostas assinaladas apenas no questionário do entrevistador.

### Análise dos resultados e estatística

Os resultados foram analisados descritiva e estatisticamente utilizando o programa Statistical Package for the Social Sciences/13.0. Testaram-se as associações entre as variáveis sociodemográficas e a qualidade de vida, esta dicotomizada em “satisfatória” ou “não satisfatória” com valor obtido a partir da mediana de acertos nas questões pelos participantes. Utilizou-se o teste qui-quadrado, teste de Fisher para validar a associação ( $p < 0,05$ ) na análise bivariada. As variáveis que apresentaram valor- $p$  inferior a 0,2 passaram para a etapa de ajuste do modelo final em análise multivariada.

A qualidade de vida foi dicotomizada em “satisfatória” ou “não satisfatória” com valor obtido a partir da mediana de respostas positivas/acertos para os quesitos considerados nas questões. Foram eleitas 30 questões para definir qualidade de vida, sendo elas: Resultado do Mini Exame do Estado Mental; acesso à água encanada; esgoto; sanitários; eletricidade; descarte/coleta de lixo; acesso aos meios de comunicação; transporte; ter companhia para residir; sentir-se bem na residência; avaliação da própria saúde; avaliação da saúde; avaliação da própria saúde; uso de medicamentos; prática de atividades físicas; hábito de fumar; refeições completas diárias; problemas de audição; visão; fala; mastigação; dificuldade de deglutição; frequência de engasgos; quantidade de elementos dentários na cavidade bucal; quedas no último ano; uso de tecnologia assistiva para locomover; acesso aos serviços de saúde; tempo de espera para agendar consultas; presença de cuidador em adoecimento; recebe cuidado quando doente.

### RESULTADOS

Foram convidados a participar, 200 idosos residentes nas áreas rurais: 14 recusaram e 182 responderam às questões. Estes, com idade média de 69 anos (60-95 anos); 92 (50,5%) do sexo feminino; 128 (70,3%) relataram ser casados e 160 (87,9%) aposentados. Quanto à profissão, 94 (51,6%) dos idosos citaram a agricultura como profissão, sendo lavradores ou fazendeiros; 47 (25,8%) enquadraram-se na profissão do lar; e 100 (54,9%) citaram não exercer, naquele momento, qualquer atividade laboral. Quanto à escolaridade dos idosos, prevaleceu o Ensino Fundamental incompleto (100/54,9%), com capacidade para ler-escrever (135/74,2%). Sobre a

moradia, 175 (96,2%) afirmaram possuir casa própria, sendo 176 (96,7%) com residências em alvenaria e 180 (98,9%) com água encanada dentro do domicílio. Demais dados sociodemográficos estão na Tabela 1.

**Tabela 1** – Perfil dos idosos (N = 182) da zona rural e de moradias, Municípios de Arcos, Japaraíba, Piumhi e Pimenta, região Centro-Oeste de Minas Gerais, Brasil, 2014

Variáveis	Categorias	n (182)	%
Idade (média em anos)	≤ 69	112	61,5
	> 69	70	38,5
Idade (por faixa)	60-69	112	61,5
	70-79	56	30,7
	80-89	14	7,7
Sexo	Feminino	92	50,5
	Masculino	90	49,5
Cor de Pele	Branca	127	69,8
	Preta	33	18,1
	Parda	21	11,5
	Amarela	1	0,5
Estado Civil	Casado(a)	128	70,3
	Viúvo(a)	35	19,2
	Solteiro(a)	13	7,1
	Divorciado(a)/ separado	6	3,3
Residindo zona rural (média em anos)	≤ 54	78	42,9
	> 54	104	57,1
Local de nascimento	Rural	103	56,6
	Urbano	79	43,4
Saber ler/escrever	Sim	135	74,2
	Não	13	7,1
Escolaridade	Assina o nome	34	18,7
	Fundamental incompleto	104	57,1
	Fundamental completo	20	10,9
	Ensino Médio completo	11	6,0
	Analfabeto (assina nome)	47	25,8
Condição de aposentado	Sim	160	87,9
	Não	22	12,1
Profissão	Lavrador/agricultor	65	35,7
	Do lar/doméstica	47	25,8
	Fazendeiro	29	15,9
	Autônomo/comerciante	10	5,4
	Costureira	6	3,3
	Operador de Máquinas	4	2,2
	Outros	21	11,5
Exerce atividade laboral (dia entrevista)	Não	100	54,9
	Sim	82	45,1
Recebe ajuda financeira	Não	163	89,5
	Sim	19	10,5
Vive sozinho	Não	159	87,3
	Sim	23	12,7
Propriedade da residência	Do idoso	175	96,2
	De terceiros	7	3,8
Tipo de construção da residência	Alvenaria	176	96,7
	Mista	5	2,7
	Madeira	1	0,5

Em relação aos meios de comunicação e transporte, a maioria dos idosos referiu acesso a eles, distribuídos em: telefone – 164 idosos (90%); carro – 137 (75,3%), ônibus – 103 (56,6%); bicicleta – 14 (7,7%), uso de cavalos – 4 (2,2%) e a pé – 52 (28,6%).

**Tabela 2** – Percepções dos idosos (N = 182) residentes na zona rural relativas à própria saúde, à vida e demais variáveis relacionadas à assistência à saúde, região Centro-Oeste, Minas Gerais, Brasil, 2014

Variáveis	n (182)	%
Autopercepção da saúde		
Ótima	32	17,6
Boa	90	49,5
Regular	47	25,8
Ruim/Péssima	13	7,1
Consultas com profissional de saúde (último ano)		
Unidade Básica de Saúde	92	50,5
Consultório Particular	68	37,4
Emergência hospitalar /SUS*	6	3,3
Emergência hospitalar/ particular	4	2,2
Atendimento em farmácia	3	1,6
Não consultou, mesmo precisando	1	0,5
Recebe cuidador quando doente		
Sim	161	88,4
Não	21	11,6
Características: cuidador frente à doença/adoecimento (n = 161)		
> 60 anos	95	52,2
< 60 anos	66	36,3
Feminino	112	61,5
Masculino	49	26,9
Esposo ou companheiro	98	53,8
Filho(a)	43	23,6
Outro familiar	15	8,2
Amigo/vizinho	5	2,7
Satisfação com a própria vida		
Concordo totalmente	134	73,6
Em geral concordo	23	12,6
Concordo um pouco	16	8,8
Discordo um pouco	9	4,9
Gosta de viver a vida atual		
Concordo totalmente	136	74,7
Em geral concordo	27	14,8
Concordo um pouco	13	7,1
Discordo um pouco	4	2,2
Em geral discordo	2	1,1
Avaliação de memória		
Excelente	31	17,1
Muito Boa	42	23,1
Boa	53	29,1
Regular	44	24,2
Péssima	12	6,4
Fumante		
Sim	32	17,6
Não	150	82,4
Queda (último ano)		
Nenhuma	136	74,7
Uma	36	19,8
≥ Duas	10	5,5

Nota: \*Sistema Único de Saúde

Foram variáveis que permitiam assinalar mais de uma categoria, portanto o *n* está acima de 182.

Na avaliação da autopercepção de saúde, 90 (49,5%) definiram-na como boa; e 2 (1,1%), como péssima. Em relação à consulta com algum profissional de saúde, 92 (50,5%) afirmaram utilizar a Unidade Básica de Saúde; e 68 (37,4%), o consultório particular (Tabela 2). Na ocorrência de doenças ou adoecimentos, 112 (61,5%) dos idosos citaram que o cuidado é realizado por pessoas do sexo feminino e 95 (52,2%) afirmaram que esse cuidador possui idade maior ou igual a 60 anos. Acerca de quem é o cuidador, 98 (53,8%) responderam que essa pessoa é o esposo(a) ou companheiro(a); e 43 (23,6%), que é o filho(a). Quanto à satisfação com a própria vida e gostar de viver a vida atual, 134 (73,6%) e 136 (74,7%) concordaram totalmente, respectivamente. A maioria referiu não ser fumante (150/82,4%) e não ter sofrido quedas (136/74,7%) no último ano. Demais dados acerca da própria saúde encontram-se na (Tabela 2).

A ausência em consultas de saúde foi justificada por 39 (21,4%) dos participantes, em consequência de: longa distância e/ou da falta de transporte (15/8,2%), falta de tempo (10/5,5%), ausência de um acompanhante (9/4,9%), considerar os atendimentos ruins (3/1,6) e não ter dinheiro para arcar com a consulta ou o deslocamento (2/1,1%). A variável-resposta “qualidade de vida” foi dicotomizada em “qualidade de vida não satisfatória” e “qualidade de vida satisfatória” a partir da mediana dos resultados (78,8%), para que a amostra fosse estratificada em dois grupos de tamanhos aproximados e, conseqüentemente, para que os cruzamentos expressassem tais variáveis na amostra. A Tabela 3 apresenta o resultado da análise bivariada entre as variáveis sociodemográficas e a variável-resposta dicotomizada, destacando-se aquelas que apresentaram associação ( $p < 0,05$ ).

Idosos mais jovens ( $\leq 69$  anos/61,6%), que residem há menos tempo na zona rural ( $\leq 54$  anos/68%), que nasceram na zona urbana (69,6%) e são casados (61,7%) apresentaram qualidade de vida *satisfatória*. Idosos que afirmaram não saber ler/escrever (76,9%), que recebem alguma ajuda financeira (78,9%), com avaliação da memória ruim (75,0%), insatisfeitos com a vida (77,8%), com memória *muito boa* (69,0%), que vivem sozinho (82,6%), que definiram a própria saúde como ruim (90,9%), fumantes (65,6%) e que não recebem cuidado quando doente (72,7%) apresentaram qualidade de vida *insatisfatória* (Tabela 3).

Na análise ajustada (tabela/número), não receber ajuda financeira, morar acompanhado e não fumar associou-se a qualidade de vida *satisfatória*, ao contrário do local de nascimento e de nascer no ambiente rural (Tabela 4).



**Tabela 3** – Análise não ajustada dos potenciais fatores associados (variáveis sociodemográficas e de saúde) à Qualidade de Vida de idosos da zona rural, região Centro-Oeste de Minas Gerais, Brasil, 2014

Variáveis	Qualidade de Vida		Valor de <i>p</i> *
	Insatisfatória n (%)	Satisfatória n (%)	
Idade (média/anos)			0,036
≤ 69	43(38,4)	69(61,6)	
> 69	38(54,3)	32(45,7)	
Estado civil			0,001
Solteira	7(53,8)	6(46,1)	
Casada	49(38,3)	79(61,7)	
Divorciada/Separada	06(100)	-	
Viúva	19(54,3)	16(45,2)	
Média (anos) residindo na Zona Rural			0,003
≤ 54	25(32,0)	53(68,0)	
> 54	56(53,8)	48(46,2)	
Local nascimento			0,001
Urbano	24(30,4)	55(69,6)	
Rural	57(55,3)	46(44,7)	
Sabe ler/escrever			0,051
Sim	57(42,2)	78(57,8)	
Não	10(76,9)	3(23,1)	
Assina o nome	14(41,2)	20(58,8)	
Recebe ajuda financeira			0,001
Sim	15(78,9)	4(21,0)	
Não	66(40,5)	97(59,5)	
Vive sozinho			0,001
Sim	19(82,6)	04(17,4)	
Não	62(39,0)	97(61,0)	
Própria saúde			0,001
Ótima	13(40,6)	19(59,4)	
Boa	21(23,3)	69(76,7)	
Regular	36(76,6)	11(23,4)	
Ruim	10(90,9)	01(9,1)	
Péssima	01(50,0)	01(50,0)	
Recebe cuidado quando doente			0,005
Sim	65(40,6)	95(59,4)	
Não	16(72,7)	06(27,3)	
Satisfação com a vida			0,006
Concordo Totalmente	55(41,0)	79(59,0)	
Em geral concordo	07(30,4)	16(69,6)	
Concordo Pouco	12(75,0)	04(25,0)	
Discordo um pouco	07(77,8)	02(22,2)	
Avaliação de memória			0,003
Excelente	15(48,4)	16(51,6)	
Muito Boa	13(30,9)	29(69,0)	
Boa	17(32,1)	36(67,9)	
Regular	27(61,4)	17(38,6)	
Péssima	09(75,0)	03(25,0)	
Fumante			0,008
Sim	21(65,6)	11(34,4)	
Não	60(40,0)	90(60,0)	

Nota: \*Qui-quadrado Person.

**Tabela 4** – Modelo de regressão multivariada de Poisson, ajustado para os fatores associados à qualidade de vida satisfatória entre idosos (N = 182) residentes da zona rural, região Centro-Oeste de Minas Gerais, Brasil, 2014

Variáveis	RP (IC95%)	Valor de <i>p</i>
Local de nascimento		0
Urbano	-	
Rural	0,6 (0,5-0,8)	
Recebe ajuda financeira		0,043
Sim	-	
Não	2,5(1,0-5,9)	
Vive sozinho		0,013
Sim	-	
Não	3,1(1,3-7,8)	
Fuma		0,006
Sim	-	
Não	1,8(1,2-2,9)	

Nota: RP= Razão de prevalência

## DISCUSSÃO

Uma área é considerada urbana quando ela é sede de município ou distrito, havendo, portanto, divisão apenas político-administrativa de um espaço definido por câmaras municipais<sup>(17)</sup>. O Brasil possuía um perfil de população rural; porém, com a industrialização, ocorreu o processo migratório, e os domicílios instalaram-se mais nas cidades. A área rural deixou de ser o foco das atenções e entrou em um processo de exclusão, pobreza, pouca modernização e abandono político. A população dessas áreas, então, passou a enfrentar dificuldades, as quais comprometeram o bem-estar, a saúde e alteraram o perfil socioeconômico<sup>(7,18)</sup>.

Em relação ao perfil sociodemográfico, nesta pesquisa, houve o predomínio de mulheres idosas, casadas, contudo com uma pequena diferença entre os sexos, corroborando outros estudos, também em zona rural, com 53,8% dos participantes do sexo feminino<sup>(19-20)</sup>. É conhecida a maior expectativa de vida entre as mulheres justificada pela menor exposição a fatores de risco e pela adesão aos cuidados com a própria saúde, assim como aos serviços de saúde, programas preventivos e terapêuticos<sup>(21-22)</sup>. Além disso, a migração masculina, rural-urbana, que ocorre na fase produtiva nos adultos jovens, está entre as razões para esse movimento enraizado na dinâmica socioeconômica e cultural, influenciando o maior número de mulheres idosas<sup>(23)</sup>. O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), contudo, apontou um número superior de homens nas áreas rurais

com uma razão entre sexos de 107 homens para cada 100 mulheres, enquanto, nas áreas urbanas, era de 75 homens<sup>(18)</sup>. Uma explicação baseia-se no fato de as mulheres migrarem para residências urbanas de filhos, netos, demais parentes e de os homens continuarem engajados no trabalho do campo<sup>(7)</sup>.

Dentre os idosos, 54,9% têm Ensino Fundamental incompleto, sendo que 74,2% da totalidade sabe ler e escrever. Nesse sentido, a população idosa, sobretudo a rural, foi excluída da educação formal; daí, se percebe uma relação direta entre idade avançada e ser iletrado, reafirmando o descaso dos governantes pela educação pública<sup>(24)</sup>. Em relação à profissão, aponta-se para um perfil de trabalho doméstico e relacionado ao campo (agricultura, pecuária), sob condição de aposentadoria e de residência própria, com proporção mais elevada comparada com a literatura (aposentadoria/50,6%; residência própria/70,4%)<sup>(25)</sup>. Uma característica importante é que, no Brasil, a população idosa que recebe algum benefício da previdência ou assistência social é uma das mais significativas da América Latina. De acordo com a Síntese de Indicadores Sociais e da Previdência Social, uma média de 83,6% (entre 76,3% e 84,2%) eram contemplados com algum benefício da previdência social. A partir dos 65 anos, o valor sobe para 94,8%<sup>(6,17)</sup>, tornando o Brasil, entre os países da América Latina, um daqueles que tem maior nível de proteção social de seus idosos. Entretanto, essa condição não exige idosos da atividade laboral<sup>(17)</sup>. Nesta pesquisa, 45,1% dos respondentes afirmaram ainda ter atividade laboral, o que confirma outro estudo, pois os valores da aposentadoria não suprem as demandas dos idosos, apesar de contribuírem para a dependência financeira de outros, como os filhos. Aponta-se também para a relação do trabalho como uma forma de negar a velhice, de manter a independência, autonomia de manter-se como ator social ultrapassando a mera necessidade do sustento ou de se ter uma remuneração<sup>(7)</sup>.

Quanto à assistência em saúde, os idosos participantes desse estudo referiram tê-la, em sua maioria, por meio da UBS, resultado apontado por outra pesquisa, demonstrando a atenção primária como principal porta de entrada do idoso na rede da saúde<sup>(26)</sup>. As políticas públicas voltadas para os senescentes evoluíram, a partir de 1994, com a implantação dos Programas de Saúde da Família (PSF), ganharam força a partir do Estatuto do Idoso instaurado em 2003, evoluindo posteriormente para a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (2006). Esta última apresenta dois grandes eixos complementares e não excludentes: enfrentamento das fragilidades do SUS, das famílias e dos idosos; e a promoção do envelhecimento ativo seguindo a proposta, de 2002, da OMS. É colocada a necessidade: de efetivação dessas políticas de cuidado com a população idosa, independentemente do local onde reside; e de apoio às famílias com idosos e à capacitação dos profissionais<sup>(27)</sup>. Parte-se também do pressuposto de que as diferenças de infraestrutura entre a zona rural e urbana, bem como das características da sua população, podem comprometer as condições de saúde e QV dos idosos, quando não são atendidas suas especificidades, fazendo-se, assim, necessário promover investigações que cubram as peculiaridades desses diferentes espaços<sup>(28)</sup>.

Nesta pesquisa, apenas 8,2% dos idosos responderam que a distância e a falta de transporte é um dos motivos de não realizar consultas necessárias, diferentemente de outro estudo que apontou o acesso e a acessibilidade dos idosos às UBS, à escassez de transporte para a locomoção, a distância das localidades rurais à UBS, como fatores intervenientes principais<sup>(29)</sup>. Percebe-se, portanto, uma disparidade em relação ao acesso a direitos fundamentais, bem como às necessidades básicas, ao revelar a grande distância entre o urbano e o rural brasileiro<sup>(28)</sup>.

A maioria dos idosos determinou as mulheres, idosas e cônjuges/companheira como as cuidadoras principais nos casos de doenças. É uma característica que remete à atribuição feita à mulher, desde muitos tempos, a um papel cultural e social como a grande cuidadora do lar e dos doentes. Observa-se que pessoas as quais também estão vivenciando o envelhecimento estão assumindo a função de cuidar, evidenciada pelo fato de o cônjuge ser o cuidador principal do idoso<sup>(30)</sup>.

Neste estudo, apenas 1,1% dos idosos consideraram a própria saúde como péssima. A maioria considerou-a como boa, corroborando outros estudos<sup>(21,25)</sup>. A autopercepção de saúde é considerada um indicativo da própria avaliação do indivíduo no âmbito biopsicossocial e de sua qualidade de vida, e ela deve ser identificada por profissionais de saúde a fim de elaborar medidas que favoreçam a melhoria do estado de saúde do indivíduo<sup>(25-26,29)</sup>. A maioria dos idosos apontou satisfação com a vida e o viver, destacando assim uma satisfação pessoal. A variável de autopercepção de saúde e satisfação com a vida pode sofrer influências negativas ou positivas do nível socioeconômico, processo saúde/doença, arranjo e convívio familiar. A família pode ser considerada uma grande aliada na constituição de um envelhecimento saudável<sup>(25)</sup>.

Em um estudo realizado na zona rural cafeeira da Colômbia, 47% dos idosos afirmaram sentir-se saudáveis; do total, 12% referiram sua saúde como muito ruim, percentual dentro do qual estão principalmente os idosos de 80 anos ou mais, a partir do que se infere a relação entre aproximação do fim da vida e pior autopercepção de saúde. Dos idosos que viviam sós em comunidades rurais, 67,0% percebiam-se com boa saúde e 27,8%, com saúde ruim. Os idosos mais velhos e do sexo masculino foram mais numerosos dentre aqueles que referiram à saúde como ruim<sup>(26)</sup>. Para os idosos, determinar qualidade de vida influi na autopercepção da saúde que consiste em sentir-se bem, independentemente dos agravos e doenças as quais podem ser fatores que impossibilitam a realização de algumas atividades e/ou fracionam suas capacidades. Aumenta-se a conscientização do julgamento subjetivo do paciente quanto ao seu funcionamento físico, sendo a saúde incluída nessa avaliação global do status a partir de seus aspectos<sup>(31)</sup>.

Idosos com muito boa qualidade de vida e saúde apresentam as seguintes características: poucas doenças, bom nível de autocuidado, funcionalidade física e mental preservadas, adesão à atividades físicas, participação social e alto nível de satisfação com a vida. Já os que vivenciam o oposto evidenciam: inatividades, diminuição cognitiva, sintomas depressivos e comorbidades, que caracterizam má qualidade de vida<sup>(32)</sup>. Mas nem sempre é o que se observa. É possível

encontrá-los satisfeitos apesar de eventuais doenças e limitações. Nesse sentido, cabe discutir aspectos da resiliência e resignação dessas pessoas. Ao longo da vida, pressupõe-se que a resiliência tende a aumentar funcionando como o propulsor das adaptações na velhice bem-sucedida. A literatura sobre resiliência na velhice relaciona a importância de elementos do “ser” (autoconceito, autoestima e regulação emocional) e dos recursos do meio (suporte social, familiar e comunitário) com a força interna, metas de vida e o lidar com as próprias questões e adversidades de vida, de modo que as dificuldades do campo podem ser ultrapassadas<sup>(33)</sup>. Ao contrário, a resignação caracteriza-se por um conformismo em que, mesmo havendo condições ruins de vida e de saúde, a pessoa aponta-as como boas uma vez que as aceita voluntária e pacificamente. O conformismo pode ser, no cenário do idoso, a aceitação da falta de compromisso de governantes e da falta de efetivação de políticas públicas para o idoso existentes no país<sup>(34)</sup>.

A qualidade de vida na velhice é um conceito importante hoje, no Brasil, na medida em que existe uma nova sensibilidade social para a velhice, quer considerada como um problema, quer como um desafio para os indivíduos e para a sociedade<sup>(35)</sup>. Os idosos participantes dessa pesquisa apresentaram-se com qualidade de vida satisfatória, com tempo de residência menor nas zonas rurais, nascidos na zona urbana e casados. Com o processo de senescência, ocorrem perdas e limitações no funcionamento do corpo; o estado de envelhecer bem vem da capacidade de selecionar as funções restantes e as capacidades de reservas para compensar o que foi perdido no processo de envelhecer<sup>(36)</sup>. Neste estudo, os idosos que se destacaram para a boa qualidade de vida foram aqueles que nasceram na zona rural, que não precisavam receber ajuda financeira, que moravam com outras pessoas e não fumavam. Sendo o tabagismo um acelerador do envelhecimento, tanto diretamente pela mediação de radicais livres quanto por condições patológicas correlacionadas, torna-se um comprometimento não apenas da expectativa, mas também da qualidade de vida. Além disso, um estudo realizado na Suécia com idosos acima de 85 anos verificou que a boa qualidade de vida associou-se a uma boa situação econômica<sup>(37-38)</sup>.

A qualidade de vida insatisfatória se mostrou naqueles idosos que afirmaram não saber ler/escrever, que recebem alguma ajuda financeira, sem satisfação com a vida, vivendo sozinhos, fumantes, com percepção de saúde ruim e sem auxílio no momento de doença. Uma grande proporção de pacientes geriátricos deprimidos apresenta declínios cognitivos — considera-se declínio por diferir da disfunção cognitiva e da demência<sup>(39)</sup>. Os idosos muitas vezes se tornam mais vulneráveis ao uso de álcool e tabaco, e isso aos poucos poderá gerar um grande problema populacional, já que o número de idosos no mundo está aumentando. Eles fazem parte de uma classe que apresenta vários problemas de saúde; em resposta a estes e como fator agravante, usam muitos medicamentos, que, combinados com as substâncias nocivas presentes no fumo e álcool, os tornam mais suscetíveis a interações, agravamento do quadro instalado, dificuldade de recuperação e interação social<sup>(40)</sup>.

O Brasil ainda possui uma população com a força de trabalho maior que a da população dependente, contudo projeções

apontam para tal panorama até meados de 2020. Assim, o país está no momento de escolhas que implicam investimentos voltados ao senescente e ao envelhecimento, em todos os contextos, como descrito em um dos princípios da Política Nacional do Idoso, o qual diz que as diferenças econômicas, sociais, regionais e as contradições entre o meio rural e o urbano do Brasil deverão ser observadas pelos poderes públicos e pela sociedade<sup>(7,27)</sup>.

### Limitações do estudo

As limitações deste estudo esbarraram na dificuldade de incluir outros municípios, de realizar a observação direta dos idosos para comprovação de alguns dados coletados e da ausência de investigação clínica com aplicação de testes físicos e sorológicos. Almeja-se que outros estudos possam suprir essa lacuna no conhecimento sobre idosos residentes em zonas rurais, em especial no centro-oeste mineiro; e que o presente estudo sirva para comparações com dados futuros.

### Contribuição para área da Enfermagem e saúde pública

Avaliação da qualidade de vida de idosos residentes da zona rural permite à enfermagem lançar mão de toda sua prática enquanto profissão da saúde ancorada nos preceitos assistenciais, educativos, epidemiológicos e da saúde pública, discutindo e definindo ações que possam contribuir para o envelhecimento digno, direito este determinado pela constituição brasileira.

A compreensão da qualidade de vida dos idosos auxilia o profissional de enfermagem no entendimento dos processos de desenvolvimento da religião, cultura e dos princípios/valores presentes no ambiente familiar e social dos idosos.

### CONCLUSÃO

Os idosos residentes da zona rural participantes deste estudo apresentaram qualidade de vida satisfatória, identificada pelos relatos em que indicam satisfação com a vida, pouca dificuldade de acesso ao serviço de saúde, independência financeira, casa própria, não residirem sozinhos e apoio de cuidador nos casos de adoecimento. Como em qualquer população, existe uma parcela destes idosos que necessita de mais atenção dos serviços de saúde em virtude de comorbidades, dependências, déficit de apoio familiar. Infere-se que, num futuro próximo, algumas condições e estilos de vida próprios de áreas rurais sejam alterados pela evolução dos sistemas de moradia, pelas necessidades de vida moderna e pela expansão tecnológica.

Conhecer os fatores que influenciam o envelhecimento, a saúde e como estes se apresentam no cotidiano colabora diretamente na compreensão da qualidade de vida de idosos residentes em área rural. Esse saber guia a proposição de ações públicas e sociais de várias esferas e serviços que comungam para minimizar riscos e fragilidades dos sujeitos idosos.

### FINANCIAMENTO

Pesquisa financiada pela PucMinas – Probic/Fapemig 8747/2014.

## REFERÊNCIAS

1. Aires M, Pauskulin LMG. Capacidade funcional de idosos mais velhos: estudo comparativo em três regiões do Rio Grande do Sul. *Rev Latino-Am Enfermagem* [Internet]. 2010[cited 2017 Feb 12];18(1):A2.1-A2.7. Available from: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n1/pt\\_03.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n1/pt_03.pdf)
2. Pinto HP, Celmira L, Carla AP, Patricia MPL, Denise PC, Fernanda S. Capacidade funcional para atividades da vida diária de idosos da Estratégia de Saúde da Família da zona rural. *Ciênc Saúde Colet* [Internet]. 2016[cited 2017 Feb 12];21(11):3545-55. Available from: [http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n11/en\\_1413-8123-csc-21-11-3545.pdf](http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n11/en_1413-8123-csc-21-11-3545.pdf)
3. Rodrigues WKM, Rocha SV, Vasconcelos LRC, Diniz KO. Atividade física e incapacidade funcional em idosos da zona rural de um município do nordeste do Brasil. *Rev Bras Promoç Saúde* [Internet]. 2015[cited 2017 Feb 12];28(1):126-32. Available from: <http://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/3110/pdf>
4. World Health Organization. WHO. Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Gontijo S. (Trad.). Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2005.
5. Tavares DMS, Gomes NC, Dias FA, Santos NMF. Fatores associados à qualidade de vida de idosos com osteoporose residentes na zona rural. *Esc Anna Nery Rev Enferm* [Internet]. 2012[cited 2017 Feb 12];16(2):371-8. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v16n2/23.pdf>
6. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. IBGE. Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira. Rio de Janeiro: IBGE; 2013. (Série Estudos e Pesquisas: Informação Demográfica e Socioeconômica, n. 32).
7. Alcântara AO, Duarte AGA, Frota, MHP. Velhice e espaço rural: (re)desenhos dos discursos. *Rev Kairós Gerontol* [Internet]. 2015[cited 2017 Feb 12];18(2):209-26. Available from: <https://revistas.pucsp.br/index.php/kairós/article/view/26998>
8. Travassos C, Viacava F. Francisco. Acesso e uso dos serviços de saúde em idosos residentes em áreas rurais, Brasil, 1998 e 2003. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2007[cited 2017 Feb 12];23(10):2490-502. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n10/23.pdf>
9. Tavares DMS, Fachinelli AMP, Dias FA, Bolina AF, Paiva MP. Preditores da qualidade de vida de idosos urbanos e rurais. *Rev Baiana Enferm* [Internet]. 2015[cited 2017 Feb 12];29(4):361-71. Available from: <https://portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/13359>
10. Brasil. Ministério da Saúde. Lei nº 8.080, de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, 20 de setembro de 1990.
11. Tavares DMS, Paiva MM, Dias FA, Diniz MA, Martins NPF. Características sociodemográficas e qualidade de vida de idosos com hipertensão arterial sistêmica que residem na zona rural: importância do enfermeiro. *Rev Latino-Am Enfermagem* [Internet]. 2013[cited 2017 Feb 12];21(2):515-22. Available from: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n2/pt\\_0104-1169-rlae-21-02-0515.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n2/pt_0104-1169-rlae-21-02-0515.pdf)
12. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. IBGE. [Internet]. Minas Gerais: Arcos. 2014[cited 2017 Feb 12]. Available from: <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?codmun=310420>
13. Brasil. Ministério da Saúde. DATASUS. Tecnologia da Informação a Serviço do SUS [Internet]. 2014[cited 2017 Feb 12]. Available from: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?ibge/cnv/popmg.def>
14. Associação Mineira de Município. Caracterização econômica das regiões de planejamento [Internet]. [cited 2017 Feb 12]. Available from: <http://portalamm.org.br/caracterizacao-economica-das-regioes-de-planejamento/>
15. Moraes EP. Envelhecimento no meio rural: condições de vida, saúde e apoio dos idosos mais velhos de Encruzilhada do Sul – RS. [Tese]. Universidade de São Paulo, Programa de Pós-graduação em Enfermagem Fundamental. 2007. 217p.
16. Lebrão ML, Duarte YAO. SABE – Saúde, Bem-estar e Envelhecimento – O Projeto Sabe no município de São Paulo: uma abordagem inicial. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2003. 255p.
17. Banco Mundial. Banco Internacional para a Reconstrução e o Desenvolvimento. Envelhecendo em um país mais velho: Implicações do envelhecimento populacional sobre o crescimento econômico, redução da pobreza, finanças públicas e prestação de serviços. Washington, DC: Banco Mundial; 2011.
18. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. IBGE. Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira. Rio de Janeiro: IBGE; 2008. (Série Estudos e Pesquisas: Informação Demográfica e Socioeconômica, n. 23).
19. Tavares VOV, Teixeira KM, Wajanman S, Loreto DSM. Interfaces entre a renda dos idosos aposentados rurais e o contexto familiar. *Textos Contextos (Porto Alegre)* [Internet]. 2011[cited 2017 Feb 12];10(1):94-108. Available from: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/download/8725/6427>
20. Tavares DMS, Ribeiro AG, Ferreira PCS, Martins NPF, Pegorari MS. Idosos octogenários nos contextos urbano e rural: comparação socioeconômica, morbidades e qualidade de vida. *Rev Enferm UERJ* [Internet]. 2015[cited 2017 Feb 12];23(2):156-63. Available from: <http://www.facenf.uerj.br/v23n2/v23n2a03.pdf>
21. Pliger C, Menon MH, Mathias TAF. Características sociodemográficas e de saúde de idosos: contribuições para os serviços de saúde. *Rev Latino-Am Enfermagem* [Internet] 2011[cited 2017 Feb 12];19(5):1230-8. Available from: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n5/pt\\_22.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n5/pt_22.pdf)



22. Silva IT, Pinto Jr EP, Vilela ABA. Autopercepção de saúde de idosos que vivem em estado de coresidência. *Rev Bras Geriatr Gerontol*[Internet]. 2014[cited 2017 Feb 12];17(2):275-87. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v17n2/1809-9823-rbgg-17-02-00275.pdf>
23. Costa MFL, Barreto SM, Giatti L. Condições de saúde, capacidade funcional, uso de serviços de saúde e gastos com medicamentos da população idosa brasileira: um estudo descritivo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. *Cad Saúde Pública*[Internet]. 2003[cited 2017 Feb 12];19(3):735-43. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v19n3/15877.pdf>
24. Santos AS, Silveira RE, Souza MC, Monteiro T, Silvano CM. Perfil de saúde de idosos residentes em um município do interior mineiro. *Rev Enferm Atenção Básica* [Internet]. 2012[cited 2017 Feb 12];1(1):80-9. Available from: <http://seer.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/enfer/article/view/300>
25. Tavares DMS, Gávea Jr SA, Dias FA, Santos FA, Oliveira NMF. Qualidade de vida e capacidade funcional de idosos residentes na zona rural. *Rev Rene* [Internet]. 2011[cited 2017 Feb 12];12(n. esp.):895-903. Available from: [http://www.revistarene.ufc.br/vol12n4\\_esp\\_html\\_site/a02v12espn4.html](http://www.revistarene.ufc.br/vol12n4_esp_html_site/a02v12espn4.html)
26. Fernandes MTO. A rede de atenção à saúde para o cuidado à pessoa idosa na atenção primária: um modelo teórico. [Tese] Universidade Federal de Minas Gerais. Escola de Enfermagem; 2013.
27. Oliveira AD, Ramos OA, Panhoca I, Alves VLS. A intersectorialidade nas políticas públicas para o envelhecimento no Brasil. *Rev Kairós Gerontol* [Internet]. 2014[cited 2017 Feb 12];17(2):91-103. Available from: <https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/21278/15556>
28. Santos EA, Tavares DMS, Rodrigues LR, Dias FA, Ferreira PCS. Morbidades e qualidade de vida de idosos com diabetes mellitus residentes nas zonas rural e urbana. *Rev Esc Enferm Usp* [Internet]. 2013[cited 2017 Feb 12];47(2):393-400. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n2/17.pdf>
29. Kuchemann A. Envelhecimento populacional, cuidado e cidadania: velhos dilemas e novos desafios. *Rev Soc Estado* [Internet]. 2012[cited 2017 Feb 12];27(1):165-80. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/se/v27n1/09.pdf>
30. Pedreira RBS, Andrade CB, Barreto VGA, Pinto Jr EP, Rocha SV. Autopercepção de saúde entre idoso residente em áreas rurais. *Rev Kairós Gerontol* [Internet]. 2016 [cited 2017 Feb 12];19(1):103-19. Available from: <https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/28676>
31. Cofortin SC, Giehl MWC, Schneider IJC, Orsi E. Autopercepção positiva de saúde em idoso: estudo populacional no sul do Brasil. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2015[cited 2017 Feb 12];31(5):1049-60. Available from: <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v31n5/0102-311X-csp-31-5-1049.pdf>
32. Rosa FHMR, Cupertino APF, Neri AL. Significados de velhice saudável e avaliações subjetivas de saúde e suporte social entre idosos recrutados na comunidade. *Geriatr Gerontol* [Internet]. 2009[cited 2017 Feb 12];3(2):62-9 Available form: <http://www.ggaging.com/details/307/pt-BR/meanings-of-successful-aging-self-rated-health-and-perceived-social-support-in-community-dwelling-elderly>
33. Fontes AP, Neri AL. Resiliência e velhice: revisão de literatura. *Ciênc Saúde Colet*[Internet]. 2015[cited 2017 Jun 23];20(5):1475-95. Available from: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63038239017>
34. Moraes GVO, Giacomini K, Santos WJ, Firmo JOA. A percepção dos idosos sobre o saber biomédico no cuidado à velhice e às “coisas da idade”. *Physis*[Internet]. 2016[cited 2017 Jun 23];26(1):309-29. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v26n1/0103-7331-physis-26-01-00309.pdf>
35. Vagetti GC, Moreira NB, Barbosa Filho VC, Oliveira V, Cancian CF, Mazzardo O, et al. Domínios da qualidade de vida associados à percepção de saúde: um estudo com idosos de um programa de atividade física em bairros de baixa renda de Curitiba, Paraná, Brasil. *Ciênc Saúde Colet*[Internet]. 2013[cited 2017 Jun 23];18(12):3483-93. Available from: <http://www.scielosp.org/pdf/csc/v18n12/a05v18n12.pdf>
36. Pereira JK, Firmo JOA, Giacomini KC. Maneiras de pensar e de agir de idosos frente às questões relativas à funcionalidade/incapacidade. *Ciênc Saúde Colet*[Internet]. 2013[cited 2017 Jun 23];19(8):3375-84. Available from: <http://www.scielosp.org/pdf/csc/v19n8/1413-8123-csc-19-08-03375.pdf>
37. Goulart D, Engroff P, Ely LS, Sgnaolin V, Santos EF, Terra NL, et al. Tabagismo em idosos. *Rev Bras Geriatr Gerontol* [Internet]. 2010 [cited 2017 Jun 23];13(2):313-20. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v13n2/a15v13n2.pdf>
38. Jakobsson U, Hallberg IR, Westergren A. Overall and health related quality of life among the oldest old in pain. *Qual Life Res* [Internet]. 2004[cited 2017 Jun 23];13(1):125-36. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15058794>
39. Steibel NM, Almeida RMM. Estudo de caso – avaliação neuropsicológica: depressão x demência. *Aletheia* [Internet]. 2010[cited 2017 Jun 23]. Available from: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/aletheia/n31/n31a10.pdf>
40. Senger AEV, Ely LS, Gandolfi T, Schneider RH, Gomes I, Carli GA. Alcoolismo e tabagismo em idosos: relação com ingestão alimentar e aspectos socioeconômicos. *Rev Bras Geriatr Gerontol* [Internet]. 2011[cited 2017 Jun 23];14(4):713-9. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v14n4/a10v14n4.pdf>