QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE DE IDOSOS DA ZONA RURAL ACOMPANHADOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Health-related quality of life of older adults in rural areas followed up in Primary Health Care

Calidad de vida relacionada con la salud de personas mayores de zonas rurales acompañadas en la Atención Primaria de Salud

Anna Vittória Gonçalves. Fisioterapeuta. Residente em Atenção Primária à Saúde. UNIFIP. E-mail. anna.vittoriiaa@gmail.com. ORCID: https://orcid.org/0009-0009-0000-4565-6589

Samara Campos de Assis. Fisioterapeuta. Docente de Fisioterapia do Centro Universitário de Patos. UNIFIP. E-mail. samaraassis@fiponline.edu.br. ORCID: https://orcid.org/0000-0002-9578-2775

Autor correspondente: Anna Vittória Gonçalves
e-mail: anna.vittoriiaa@gmail.com

DOI: 10.61223/coopex.v17i02.9240

Submetido: 09/11/2026
Aprovado: 23/11/2026

ISSN 2177-5052

Resumo
O envelhecimento populacional representa um desafio para a Atenção Primária à Saúde, especialmente em áreas rurais, onde o acesso aos serviços pode ser limitado. Nesse contexto, a atuação multiprofissional é importante para a promoção da saúde, a prevenção de agravos e a manutenção da qualidade de vida da pessoa idosa. O estudo teve como objetivo avaliar a qualidade de vida relacionada à saúde de idosos residentes na zona rural acompanhados por equipe multiprofissional. Trata-se de uma pesquisa quantitativa, descritiva e transversal, realizada com 34 idosos com idade igual ou superior a 60 anos. A coleta de dados ocorreu presencialmente, por meio de questionário sociodemográfico e do instrumento Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36), com análise estatística realizada no software SPSS. Os resultados demonstraram predominância de participantes do sexo feminino (52,9%), com idade entre 60 e 70 anos (64,7%). Os maiores escores médios de qualidade de vida foram observados nos domínios de limitação por aspectos emocionais (87,3%) e aspectos sociais (84,9), enquanto o estado geral de saúde apresentou o menor escore (55,1%). Também foram identificadas limitações em atividades físicas que exigem maior esforço e relatos de dor corporal. Conclui-se que, embora os participantes apresentem aspectos psicossociais favoráveis, persistem necessidades relacionadas à saúde física e à funcionalidade, reforçando a importância do acompanhamento multiprofissional contínuo, individualizado e integrado no território rural.
Palavras-Chave: Atenção Primária à Saúde. Idoso. Qualidade de Vida. Saúde Rural.

Abstract
Population aging poses challenges for Primary Health Care, particularly in rural areas, where access to health services may be limited. Multiprofessional care is important for health promotion, disease prevention, and quality of life among older adults. This study aimed to assess health-related quality of life among older adults living in rural areas and receiving care from a multiprofessional team. This quantitative, descriptive, cross-sectional study included 34 individuals aged 60 years or older. Data were collected in person using a sociodemographic questionnaire and the Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36). Statistical analyses were performed using SPSS software. Most participants were female (52.9%) and aged 60–70 years (64.7%). The highest mean scores were found in role limitations due to emotional problems (87.3) and social functioning (84.9), while general health perceptions had the lowest score (55.1). Limitations in physically demanding activities and bodily pain were also reported. Although participants showed favorable psychosocial outcomes, needs related to physical health and functional capacity remained, highlighting the importance of continuous, individualized, and integrated multiprofessional care in rural communities.
Keywords: Primary Health Care. Aged. Quality of Life. Rural Health.

Resumen
El envejecimiento poblacional plantea desafíos para la Atención Primaria de Salud, especialmente en las zonas rurales, donde el acceso a los servicios puede ser limitado. La atención multiprofesional contribuye a la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y la calidad de vida de las personas mayores. Este estudio tuvo como objetivo evaluar la calidad de vida relacionada con la salud de personas mayores residentes en zonas rurales atendidas por un equipo multiprofesional. Se realizó un estudio cuantitativo, descriptivo y transversal con 34 personas de 60 años o más. Los datos se recopilaron presencialmente mediante un cuestionario sociodemográfico y el instrumento Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36). Los análisis estadísticos se realizaron con el programa SPSS. Predominaron las mujeres (52,9%) y las personas de 60 a 70 años (64,7%). Las puntuaciones medias más altas se observaron en las limitaciones del rol por problemas emocionales (87,3) y la función social (84,9), mientras que la percepción general de la salud presentó la puntuación más baja (55,1). También se identificaron limitaciones en actividades físicas exigentes y presencia de dolor corporal. Aunque los participantes presentaron resultados psicosociales favorables, persistieron necesidades

relacionadas con la salud física y la capacidad funcional, lo que refuerza la importancia de una atención multiprofesional continua, individualizada e integrada en las comunidades rurales.
Palabras clave: Atención Primaria de Salud. Personas Mayores. Calidad de Vida. Salud Rural.

Introdução

O envelhecimento populacional constitui um importante desafio para as políticas públicas de saúde, especialmente diante do aumento da expectativa de vida e da crescente participação da população idosa na composição demográfica brasileira. De acordo com o Censo Demográfico 2022, o Brasil possuía 32.113.490 pessoas com 60 anos ou mais, correspondendo a 15,8% da população nacional, em comparação aos 10,8% registrados em 2010. Na Região Nordeste, essa parcela representava 14,5% da população, evidenciando a necessidade de fortalecer políticas públicas voltadas à promoção da saúde, à prevenção de agravos e à garantia de uma assistência integral à pessoa idosa (IBGE, 2023).

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) ganha centralidade e urgência diante do que a produção científica tem demonstrado: o avanço progressivo do envelhecimento populacional, as transformações nas estruturas familiares, a disseminação de métodos contraceptivos, a crescente demanda por serviços qualificados de saúde voltados à longevidade e o compromisso assumido pelo Brasil junto à Assembleia Mundial do Envelhecimento (Duarte; Moreira, 2016).

O crescimento expressivo da população idosa no Brasil tem gerado novos desafios nas esferas social e política do país, exigindo respostas integradas nos campos econômico, cultural e assistencial. Nesse contexto, leis têm buscado consolidar garantias fundamentais a esse grupo, sendo o Estatuto da Pessoa Idosa um instrumento central nessa trajetória ao assegurar ao idoso plenas condições de acesso às oportunidades necessárias à preservação de sua saúde física e mental, bem como ao seu desenvolvimento moral, intelectual, espiritual e social, com respeito à liberdade e à dignidade humana. (Duarte; Moreira, 2016).

Ao direcionar o olhar para o cuidado em saúde, a PNSPI orienta que a assistência à pessoa idosa deve ser integrada, pautada pela humanização, qualificação técnica, articulação intersetorial e abordagem interdisciplinar (Duarte *et al*., 2016).

Nessa perspectiva, a Atenção Primária à Saúde (APS) configura-se como alicerce indispensável para a concretização dessa integralidade. Enquanto principal porta de entrada do

sistema de saúde, a Atenção Básica opera a partir do acolhimento, da escuta qualificada e da capacidade de oferecer respostas resolutivas à maior parte das demandas da população, minimizando danos e sofrimentos, e assumindo responsabilidade pelo cuidado contínuo, mesmo quando este ocorre em outros pontos da rede assistencial (Ferrer, 2016).

Em territórios com condições de acesso mais restritas, como é o caso das áreas rurais, evidências científicas apontam para uma realidade preocupante: os idosos residentes nessas localidades enfrentam desvantagens significativas tanto no acesso quanto na utilização dos serviços de saúde quando comparados à população idosa urbana, confirmando tendências já observadas em investigações anteriores sobre esse grupo (Sousa, 2014).

Nesse cenário, destaca-se o papel essencial das equipes multiprofissionais no âmbito da Estratégia Saúde da Família (ESF) para a consolidação de uma atenção integral ao idoso. A literatura demonstra que a atuação conjunta entre médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, nutricionistas, assistentes sociais, bem como outras categorias profissionais, favorece o desenvolvimento de práticas colaborativas que ampliam a capacidade resolutiva da atenção básica. Superar o modelo fragmentado e centrado exclusivamente no aspecto curativo, avançando rumo a estratégias que priorizem a promoção da saúde e o fomento ao autocuidado durante o envelhecimento, constitui um dos principais desdobramentos dessa perspectiva multiprofissional (Cabral *et al*., 2025).

A colaboração interprofissional na APS potencializa o intercâmbio de conhecimentos entre as equipes e viabiliza a elaboração de projetos terapêuticos integrados, contribuindo para a redução de incidentes e para a elevação da qualidade assistencial. No que se refere especificamente ao cuidado com o idoso, a vinculação das equipes ao território e o acompanhamento longitudinal revelam-se estratégias determinantes na prevenção de agravos e na promoção de um envelhecimento com maior autonomia e qualidade de vida (Cabral *et al.*, 2025).

O presente trabalho justifica-se pela crescente necessidade de compreender a qualidade de vida da população idosa, especialmente daqueles residentes em áreas rurais, que enfrentam desafios relacionados ao acesso aos serviços de saúde. Apesar dos avanços nas discussões sobre envelhecimento ativo e atenção integral, ainda são limitados os estudos brasileiros que abordam essa população no contexto do acompanhamento multiprofissional, reforçando a relevância

científica e social da pesquisa para o fortalecimento de práticas interdisciplinares de cuidado à pessoa idosa (Tavares *et al*., 2011). Sendo assim, o presente estudo tem como objetivo avaliar a qualidade de vida relacionada à saúde de idosos residentes em zona rural acompanhados por equipe multiprofissional.

Material e Métodos

Tratou-se de um estudo de abordagem quantitativa, descritivo e transversal, realizado em campo, com o objetivo de avaliar a qualidade de vida relacionada à saúde de idosos residentes na zona rural, acompanhados pelos serviços de Atenção Primária à Saúde. A pesquisa foi desenvolvida na zona rural da área de abrangência da Unidade de Saúde da Família (USF) Maria Madalena do Espírito Santo, localizada no município de Patos, Paraíba (7°00'10,59" S e 37°16'28,44" W). O estudo contou com a participação de 34 indivíduos com idade igual ou superior a 60 anos, residentes em áreas rurais e usuários dos serviços de saúde acompanhados por equipe multiprofissional. A amostra foi definida por conveniência, de natureza não probabilística, considerando os participantes elegíveis e disponíveis para participar da pesquisa.

Foram incluídos idosos com 60 anos ou mais que apresentavam condições de responder aos questionários por conta própria e que assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Foram excluídos aqueles que não concluíram os instrumentos devido a limitações cognitivas, se recusaram a responder alguma questão ou desistiram da participação durante a pesquisa.

A coleta de dados foi realizada presencialmente, por meio de entrevista estruturada conduzida pela pesquisadora responsável, utilizando dois instrumentos. O primeiro consistiu em um questionário sociodemográfico elaborado para caracterizar os participantes quanto à identidade de gênero, faixa etária, estado civil, escolaridade, raça/cor, situação de trabalho, aposentadoria e composição domiciliar. O segundo instrumento foi o *Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Health Survey* (SF-36), em sua versão validada para o contexto brasileiro, utilizado para avaliar a qualidade de vida relacionada à saúde (Ciconelli *et al*., 1999).

O SF-36 é composto por 36 questões distribuídas em oito domínios: capacidade funcional, limitação por aspectos físicos, dor, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais, limitação por aspectos emocionais e saúde mental. Os escores são calculados pelo método *Raw*

Scale, com valores transformados em uma escala de 0 a 100, na qual os menores valores representam condições menos favoráveis de qualidade de vida relacionada à saúde, enquanto os maiores indicam melhores condições percebidas pelos participantes (Ciconelli *et al*., 1999; Ware.; Sherbourne, 1992).

Os dados coletados foram organizados, codificados e analisados no software *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 31.0.2.0. Foi realizada análise estatística descritiva, utilizando frequências absolutas e relativas para as variáveis sociodemográficas e medidas de tendência central e dispersão para os escores do SF-36, incluindo média, desvio-padrão, mediana, intervalo interquartil e valores mínimo e máximo. Não foram realizadas análises inferenciais ou multivariadas, uma vez que os resultados apresentados se concentraram na caracterização descritiva da amostra e da qualidade de vida relacionada à saúde.

Quanto aos aspectos éticos, a pesquisa foi conduzida em conformidade com os princípios estabelecidos pela Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta as pesquisas envolvendo seres humanos. O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário de Patos (UNIFIP), sob o Parecer nº 8.523.145 e Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) nº 98372926.2.0000.5181. A participação ocorreu mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), assegurando-se o caráter voluntário, a confidencialidade das informações, a preservação da identidade dos participantes e o direito de desistência em qualquer etapa da pesquisa. O estudo apresentou riscos mínimos, relacionados à possibilidade de desconforto emocional, constrangimento ou fadiga durante a aplicação dos instrumentos. Para minimizá-los, as entrevistas foram conduzidas em ambiente adequado, com linguagem acessível e respeitosa, sendo asseguradas orientações e, quando necessário, encaminhamento à rede de serviços de saúde.

Resultados

A amostra foi composta por 34 idosos residentes na zona rural, com predominância do sexo feminino (52,9%; n =18) e da faixa etária de 60 a 69 anos (64,7%; n = 22). Quanto ao

ISSN 2177-5052

estado civil, 70,6% (n = 24) eram casados ou viviam com companheiro(a). Em relação à escolaridade, predominou o ensino fundamental incompleto (41,2%; n = 14). A maioria dos participantes foi registrada como branca (76,5%; n = 26) e aposentada (88,2%; n = 30). Quanto à situação de trabalho 55,9% (n = 19) não trabalhavam. Sobre a composição domiciliar, 47,1% (n = 16) residiam com uma pessoa. As demais características sociodemográficas estão apresentadas na *Tabela 1*.

Tabela 1 – Características sociodemográficas dos idosos participantes do estudo.

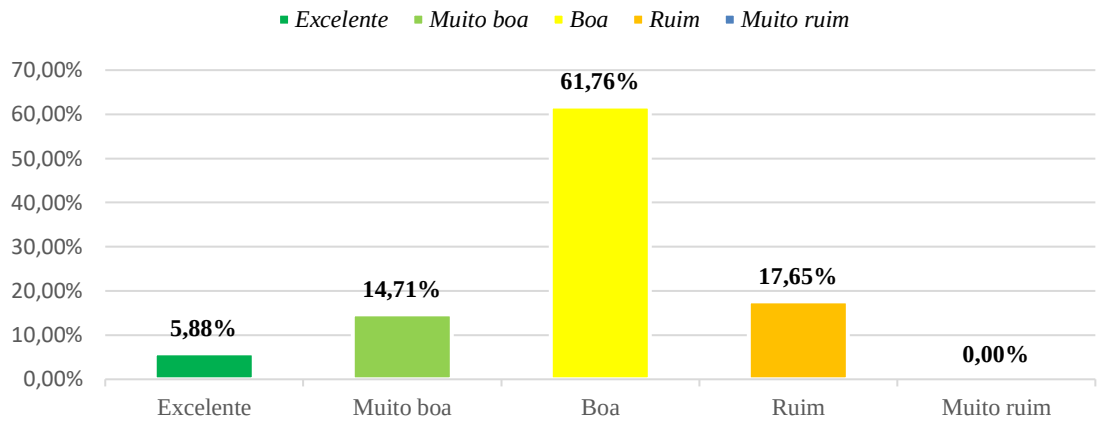
Variável	Categoria	n	%
Sexo	Feminino	18	52,9
	Masculino	16	47,1
Faixa etária	60 a 69 anos	22	64,7
	70 a 79 anos	5	14,7
	80 a 90 anos	7	20,6
Estado civil	Solteiro(a)	3	8,8
	Casado(a)/vive com companheiro(a)	24	70,6
	Viúvo(a)	7	20,6
Escolaridade	Sem estudos	5	14,7
	Ensino fundamental incompleto	14	41,2
	Ensino fundamental completo	5	14,7
	Ensino médio incompleto	1	2,9
	Ensino médio completo	7	20,6
	Ensino superior	2	5,9
Raça/cor	Branco	26	76,5
	Negro (pessoas pretas e pardas)	8	23,5
Situação de trabalho	Trabalha	14	41,2
	Não trabalha	19	55,9
	Sem informação	1	2,9
Aposentadoria	Sim	30	88,2
	Não	4	11,8
Composição domiciliar	Mora só	2	5,9
	Com 1 pessoa	16	47,1
	Com 2 pessoas	10	29,4
	3 ou mais pessoas	6	17,6

Fonte: Dados da pesquisa (2026).

Ao serem questionados sobre sua saúde em geral, a maioria dos idosos a classificou como boa (61,8%; n = 21), seguida de muito boa (14,7%; n = 5) e excelente (5,9%; n = 2). Seis participantes (17,6%) consideraram a saúde ruim, e nenhum a classificou como muito ruim. Na comparação com o ano anterior, 70,6% (n = 24) relataram saúde quase igual, 14,7% (n = 5) perceberam melhora (8,8% “muito melhor” e 5,9% “um pouco melhor”) e 14,7% (n = 5) perceberam piora (11,8% “um pouco pior” e 2,9% “muito pior”).

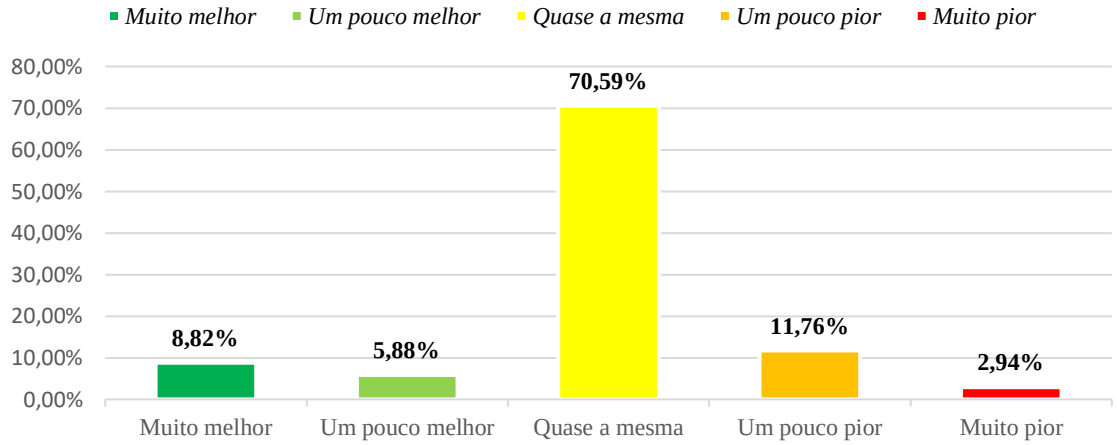
ISSN 2177-5052

Figura 01 - Percepção atual de saúde



Fonte: Dados da pesquisa (2026).

Figura 02 - Comparação com o ano anterior



Fonte: Dados da pesquisa (2026).

Os escores médios dos oito domínios do SF-36, em escala de 0 a 100 na qual valores mais altos indicam melhor qualidade de vida, variaram de 55,1% a 87,3% (Tabela 2). Os melhores desempenhos ocorreram nos domínios limitação por aspectos emocionais (média 87,3%; DP 27,2), aspectos sociais (84,9%; DP 20,4) e saúde mental (77,3%; DP 19,9). Os menores escores foram observados no estado geral de saúde (55,1%; DP 16,2), na dor (67,8%; DP 22,8) e na vitalidade (69,7%; DP 17,8). Capacidade funcional (70,9%; DP 26,1) e limitação por aspectos físicos (73,5%; DP 38,9) ocuparam posição intermediária e mostraram a maior dispersão entre os participantes (Tabela 2).

A distribuição dos escores foi assimétrica na maior parte dos domínios, e as medianas superaram as médias em vários deles, como na limitação por aspectos físicos (mediana 100,0) e nos aspectos sociais (93,8%). Observou-se efeito teto, isto é, concentração de escores no valor máximo, na limitação por aspectos emocionais (79,4% dos participantes com escore 100), na limitação por aspectos físicos (61,8%) e nos aspectos sociais (50,0%). Nenhum domínio apresentou efeito piso relevante, com exceção da limitação por aspectos físicos, em que 17,6% (n = 6) obtiveram escore zero.

Tabela 2 – Escores calculados do SF-36, conforme Ciconelli *et al*. (1999).

Domínio	Média	DP	Mediana	Q1-Q3	Min – Max.	Teto (%)
Capacidade funcional	70,9	26,1	75,0	46,2–95,0	15–100	17,6
Limitação por aspectos físicos	73,5	38,9	100,0	50,0–100,0	0–100	61,8
Dor	67,8	22,8	72,0	53,5–84,0	22–100	17,6
Estado geral de saúde	55,1	16,2	57,0	47,0–64,2	15–87	0,0
Vitalidade	69,7	17,8	72,5	60,0–83,8	35–90	0,0
Aspectos sociais	84,9	20,4	93,8	75,0–100,0	25–100	50,0
Limitação por aspectos emocionais	87,3	27,2	100,0	100,0–100,0	0–100	79,4
Saúde mental	77,3	19,9	84,0	69,0–92,0	32–100	8,8

DP = desvio-padrão; Q1–Q3 = intervalo interquartil; Teto = % com escore 100.

Fonte: Dados da pesquisa (2026).

Na capacidade funcional, as dificuldades concentraram-se nas atividades de maior esforço (Tabela 3). Para as atividades rigorosas, 29,4% (n = 10) referiram que a saúde dificulta muito e 23,5% (n = 8) que dificulta um pouco. O mesmo ocorreu no deslocamento: 29,4% (n = 10) relataram muita dificuldade para andar vários quarteirões e 26,5% (n = 9) para andar mais de um quilômetro. Levantar ou carregar mantimentos (20,6% “dificulta muito”; 41,2% “dificulta um pouco”) e subir vários lances de escada (20,6% e 38,2%, respectivamente) também foram relatados com frequência. Em contrapartida, a maioria não referiu dificuldade nas atividades moderadas (73,5%), para subir um lance de escada (67,6%) e para andar um quarteirão (67,6%), e nenhum participante relatou dificuldade para tomar banho ou vestir-se.

Quanto às limitações no trabalho ou em outras atividades diárias decorrentes da saúde física, 13 participantes (38,2%) responderam “sim” a ao menos um dos quatro itens. Os mais

frequentes foram sentir-se limitado no tipo de trabalho e ter dificuldade para realizá-lo (29,4%; n = 10, cada um), seguidos de ter diminuído o tempo dedicado ao trabalho e de ter realizado menos tarefas do que gostaria (23,5%; n = 8, cada um).

Tabela 3 – Capacidade funcional, conforme Ciconelli *et al*. (1999).

Item	Sim, dificulta muito (em %)	Sim, dificulta um pouco (em %)	Não, não dificulta (em %)
Atividades rigorosas	29,4	23,5	47,0
Atividades moderadas	5,8	20,5	73,5
Levar mantimentos	20,5	41,1	38,2
Subir vários lances de escada	20,5	38,2	41,1
Subir um lance de escada	5,8	26,4	67,6
Curvar-se/ajoelhar-se	47	26,4	26,4
Andar mais de 1 km	26,4	14,7	58,8
Andar vários quarteirões	29,4	20,5	50
Andar um quarteirão	8,8	23,5	67,6
Tomar banho ou vestir-se	0	0	100

Fonte: Dados da pesquisa (2026).

Nas quatro semanas anteriores à entrevista, 17,6% (n = 6) dos idosos não referiram dor corporal e 20,6% (n = 7) referiram dor muito leve. A dor leve foi a mais frequente (35,3%; n = 12), e 26,5% (n = 9) relataram dor moderada (17,6%) ou grave (8,8%); nenhum participante referiu dor muito grave. Para 52,9% (n = 18), a dor não interferiu de maneira alguma no trabalho, incluindo o doméstico, enquanto 29,4% (n = 10) relataram interferência leve, 2,9% (n = 1) moderada e 14,7% (n = 5) interferência importante (“bastante”).

Em relação à vitalidade, 52,9% (n = 18) sentiram-se cheios de vigor e de força todo o tempo ou na maior parte do tempo, e 47,1% (n = 16) referiram muita energia nesses mesmos níveis de frequência. Por outro lado, 58,8% (n = 20) nunca se sentiram esgotados e 64,7% (n = 22) referiram sentir-se cansados apenas em pequena parte do tempo ou nunca.

No domínio saúde mental, 88,2% (n = 30) nunca ou apenas em pequena parte do tempo sentiram-se tão deprimidos que nada pudesse animá-los (67,6% “nunca”), e 79,4% (n = 27) fizeram o mesmo relato para sentir-se desanimados ou abatidos. Para o nervosismo, 64,7% (n

= 22) responderam nunca ou apenas uma pequena parte do tempo. Sentiram-se calmos ou tranquilos todo o tempo ou na maior parte do tempo 73,5% (n = 25), e felizes, 67,6% (n = 23). Sobre as limitações por problemas emocionais, 7 participantes (20,6%) relataram ao menos uma, com destaque para ter realizado menos tarefas do que gostaria (17,6%; n = 6), diminuído o tempo dedicado às atividades (11,8%; n = 4) e feito as tarefas com menos cuidado do que o habitual (8,8%; n = 3). Nos aspectos sociais, 70,6% (n = 24) afirmaram que a saúde física ou emocional não interferiu de forma nenhuma em suas atividades sociais, e 61,8% (n = 21) referiram que isso não ocorreu em nenhum momento nas últimas quatro semanas; apenas 2,9% (n = 1) relataram interferência na maior parte do tempo.

Quanto às afirmações finais do instrumento, 58,8% (n = 20) consideraram verdadeiro que são tão saudáveis quanto qualquer pessoa que conhecem, e 50,0% (n = 17) consideraram verdadeiro que sua saúde é excelente. Ao serem questionados se acreditam que sua saúde vai piorar, 55,9% (n = 19) discordaram da afirmação, 35,3% (n = 12) responderam "não sei" e 8,8% (n = 3) acreditavam que haveria piora. Já 64,7% (n = 22) afirmaram que costumam adoecer mais facilmente que as outras pessoas.

Discussão

A literatura científica mostra que os idosos residentes da zona rural enfrentam desvantagens importantes no acesso e utilização dos serviços de saúde quando comparados à população idosa urbana, contexto no qual se insere o presente estudo A pesquisa em questão revela que existe uma diferença entre as dimensões física e psicossocial da qualidade de vida dos idosos que vivem no campo.

Os domínios emocional, social e de saúde mental alcançaram os escores mais elevados. Já a dor, a vitalidade e, sobretudo, o estado geral de saúde concentraram as avaliações menos favoráveis. O estudo de Tavares *et al.* (2011) mostrou que entre 850 idosos da zona rural de Uberaba (MG), o maior escore de qualidade de vida também foi observado no domínio das relações sociais, e os menores nas dimensões ligadas ao meio ambiente e à participação comunitária. Em Concórdia (SC), um estudo que também utilizou o SF-36 verificou que idosos da área rural superaram os da área urbana justamente na saúde geral e nos aspectos sociais (Beltrame *et al*., 2012). A convergência entre contextos tão distintos indica que a vida no

campo, apesar de suas limitações, mantém as relações como sendo capazes de sustentar o bem-estar psicossocial durante a velhice.

Essas relações contribuem para explicar o bom desempenho nos domínios emocional e social. No meio rural, as relações interpessoais tendem a permanecer ancoradas nos laços de parentesco e através dos vizinhos, favorecendo a manutenção de vínculos afetivos e a interação cotidiana (Tavares *et al.*, 2011). O arranjo domiciliar reforça esse contexto, já que a maioria dos participantes no presente estudo era casada e apenas dois moravam sozinhos. Em idosos da zona rural de Minas Gerais, ser casado e viver acompanhado associaram-se à qualidade de vida satisfatória (Garbaccio *et al*., 2018). Também em Uberaba, os idosos da zona rural que moravam sozinhos apresentaram um escore menor na variável intimidade e maior proporção de tabagistas que aqueles que viviam acompanhados (Ribeiro; Tavares, 2018). Somada a isso, a religiosidade foi descrita como fonte de apoio para enfrentar as dificuldades da velhice na zona rural (Pedreira *et al*., 2016).

A autopercepção de saúde merece uma atenção especial neste estudo, a maioria dos participantes avaliou a própria saúde de forma positiva, resultado próximo ao de outros estudos com idosos da zona rural em que a boa autoavaliação predominou e se associou à qualidade de vida satisfatória (Tavares *et al*., 2011; Garbaccio *et al*., 2018). Contudo, o achado contrasta com o de Jequié (BA), onde 55,29% dos idosos da zona rural referiram autopercepção negativa (Pedreira *et al*., 2016). A diferença pode ser atribuída ao perfil mais envelhecido e menos escolarizado da amostra do estudo baiano (Pedreira *et al*., 2016).

Ainda assim, mesmo relatando boa autopercepção da saúde, o presente estudo mostra que o estado geral de saúde foi o domínio com menor escore do SF-36, e 64,7% dos idosos afirmaram adoecer com mais facilidade que outras pessoas. Isso pode se dar possivelmente pelo fato de que, no meio rural, os idosos tendem a associar a saúde à capacidade de continuar trabalhando (Tavares *et al*., 2011). Isso faria a pergunta geral sobre saúde refletir sobretudo a preservação da funcionalidade, como se observa nesta amostra, em que boa parte ainda exercia atividade laboral.

Essa leitura é coerente com a compreensão de que envelhecer não significa tornar-se incapaz, e sim mais vulnerável (Nascimento, 2019). A autopercepção de saúde dos idosos, por

captar dimensões subjetivas que vão além da presença da doença, constitui indicador útil para o planejamento da atenção ao idoso (Pedreira *et al*., 2016).

Quanto à capacidade funcional, os participantes preservaram a independência para o autocuidado, mas relataram restrições em tarefas de maior esforço e em atividades instrumentais, como carregar compras. O resultado corrobora com o que foi observado em Uberaba, onde 99,8% dos idosos da zona rural eram independentes nas atividades básicas de vida diária e as limitações se concentravam nas instrumentais (Tavares *et al*., 2011). Para os autores de diversos estudos, residir no meio rural associa-se a menor prevalência de incapacidade, pois o cotidiano de quem vive e trabalha no campo contribuiu para que os idosos cheguem às idades avançadas com mais funcionalidade (Parahyba; Veras; Melzer, 2005 *apud* Tavares *et al*., 2011).

Contudo, observa-se que em outros estudos, como em um feito na comunidade rural do interior baiano, a dependência alcançou 78% para as atividades básicas e 65,3% para as instrumentais (Torres; Reis; Reis, 2010 *apud* Tavares *et al*., 2011). Em Jequié, 70,59% dos idosos apresentavam algum nível de dependência nas atividades instrumentais (Pedreira *et al*., 2016). Essa distinção é atribuída a diferenças regionais, sociais, econômicas e culturais (Tavares *et al*., 2011).

A baixa escolaridade observada na amostra do presente estudo merece destaque. Em Uberaba, a ausência de escolaridade foi o fator que mais contribuiu para a incapacidade nas atividades instrumentais, seguida pela idade mais avançada e pelo número de morbidades (Tavares *et al*., 2011). Dessa forma, a combinação entre baixa escolarização e presença de idosos com 80 anos ou mais indica um grupo em que essas limitações tendem a se agravar. Pela variável faixa etária, esses idosos já são considerados frágeis pela Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (Duarte; Moreira, 2016). Estudos mostram que idosos independentes, porém com dificuldades nas atividades instrumentais tendem a desenvolver fragilidade e devem ser acompanhados com maior frequência pela equipe (Nascimento, 2019).

A distribuição polarizada do domínio de limitação por aspectos físicos, com concentração de idosos tanto no escore máximo quanto no mínimo, reforça essa necessidade. A média oculta um subgrupo com limitação intensa, que é invisível quando o cuidado é organizado de forma homogênea, ou seja, igualitária para todos. A estratificação de risco e a

avaliação multidimensional ainda são pouco utilizadas na atenção primária, o que leva à oferta insuficiente de cuidado aos idosos de maior risco (Aguiar; Silva, 2022). Experiências na zona rural mostram que esse rastreamento é viável no contexto da Estratégia Saúde da Família utilizando como por exemplo a Avaliação Multidimensional Rápida, estratégia aplicada à totalidade dos idosos acompanhados nos estudos de Cabrera (2015) e Ferrer (2015), outro exemplo é o monitoramento mensal pelos agentes comunitários de saúde, que permitiu identificar precocemente agravos em idosos vulneráveis no estudo de Nascimento (2019).

Segundo a coleta de dados, a dor foi a queixa física mais relatada entre os idosos, e a dificuldade para curvar-se ou ajoelhar-se foi a limitação funcional mais intensa. Esse conjunto corrobora com o predomínio de dores na coluna entre idosos da zona rural, condição associada à autopercepção negativa de saúde (Pedreira *et al*., 2016). Segundo estudos, a dor favorece o comprometimento funcional, a dependência, a fadiga e as alterações do sono (Pedreira *et al*., 2016). Também atua como barreira à prática de atividade física (Krug *et al*., 2013 *apud* Pedreira *et al*., 2016) e figura entre os preditores de depressão no idoso (Pinho; Custódio; Makdisse, 2009 *apud* Rodrigues *et al*., 2012). É importante salientar que o histórico de trabalho físico no campo possa contribuir para esse quadro, hipótese que precisa ser testada em estudos com esse objetivo.

Quanto à assistência, os achados de dor e limitação em atividades de maior esforço sugerem que a fisioterapia pode ser um componente relevante do cuidado, como o que foi descrito em outros estudos. Em uma comunidade rural do Paraná, a equipe multiprofissional realizou avaliação física e orientou exercícios no próprio domicílio (Grden *et al*., 2019). No interior do Piauí, essas orientações contaram com o apoio do fisioterapeuta do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Cabrera, 2015).

O perfil sociodemográfico também ajuda a entender os resultados. A leve predominância feminina semelhante ao do estudo feito em Jequié, onde as mulheres foram maioria, o que se explicaria pela maior longevidade feminina e pela migração masculina para os centros urbanos (Pedreira *et al*., 2016). Contudo, difere do observado em Uberaba, onde predominaram homens, padrão que os autores atribuem à emigração das jovens do campo a partir da década de 1960 (Tavares *et al*., 2011). Essas diferenças encontradas mostram que os

fluxos migratórios moldaram de forma distinta a composição da população idosa da zona rural em cada região.

A presença feminina tem implicações para o cuidado, visto que as mulheres idosas tendem a apresentar maior perda funcional (Costa e Silva *et al*., 2011 *apud* Duarte; Moreira, 2016). Estas também predominaram entre os idosos da zona rural com indicativo de depressão (Rodrigues *et al*., 2012). O estudo de Tavares *et al*. (2011) sugere, quanto a variável baixa escolaridade, a exigência que a educação em saúde na atenção primária adote estratégias diferenciadas de comunicação. Um exemplo é a utilização da caderneta de saúde elaborada com linguagem acessível e ilustrações próprias para idosos rurais (Grden *et al*., 2019).

Os achados reforçam o papel da equipe multiprofissional da atenção primária, mas também evidenciam os limites que o território impõe a ela. Em um estudo, o domínio meio ambiente, que inclui o acesso aos serviços de saúde e ao transporte, obteve o menor escore entre os idosos da zona rural de Uberaba. Ali, a atuação da Estratégia Saúde da Família era dificultada pela distância das propriedades e pela falta de transporte para os profissionais (Tavares et al., 2011). Os idosos brasileiros da zona rural, em geral, enfrentam menor disponibilidade de serviços, grandes distâncias e baixa renda, o que os coloca em desvantagem no acesso em relação aos usuários da zona urbana (Travassos; Viacava, 2007 *apud* Sousa, 2014). No município estudado por Rodrigues *et al*. (2012), a zona rural sequer contava com o Núcleo de Apoio à Saúde da Família.

As experiências que superaram essas barreiras recorreram a estratégias semelhantes, como o atendimento multiprofissional no domicílio, transporte garantido pela gestão e atuação ativa do agente comunitário de saúde (Grden *et al*., 2019; Cabrera, 2015). Esse é o mesmo conjunto de elementos que a literatura associa à efetividade da atenção ao idoso na atenção primária (Aguiar; Silva, 2022). A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa reconhece como desafios a escassez de cuidado domiciliar e de equipes multiprofissionais capacitadas em atuar na saúde do idoso (Duarte; Moreira, 2016). Nesse sentido, o perfil psicossocial favorável encontrado no presente estudo pode ser compatível com o de uma população acompanhada pela atenção primária, contudo, seriam necessários mais estudos para comprovar tal fato.

Por fim, algumas limitações devem ser consideradas, como o delineamento transversal que impede o estabelecimento de relações causais, limitação compartilhada com os estudos

comparados (Tavares *et al*., 2011; Pedreira *et al*., 2016). Ressalta-se que o autorrelato está sujeito a viés de memória (Pedreira *et al*., 2016). O tamanho reduzido da amostra também limita a generalização dos resultados. A ausência de grupo de comparação e de medida da exposição às ações multiprofissionais impede estimar seu impacto, e não foram investigadas morbidades, sono e tabagismo, variáveis associadas à autopercepção de saúde em idosos rurais (Pedreira et al., 2016).

Por outro lado, o estudo contribui para um campo em que a produção científica ainda é escassa, já que a maioria das pesquisas com idosos brasileiros é conduzida em áreas urbanas (Tavares *et al*., 2011; Rodrigues *et al*., 2012). Recomendam-se estudos longitudinais que comparem idosos com diferentes níveis de exposição às ações multiprofissionais.

Considerações Finais

Os idosos residentes na zona rural acompanhados neste estudo apresentaram qualidade de vida relacionada à saúde satisfatória, especialmente nos domínios emocional, social e de saúde mental. Por outro lado, a dor, a vitalidade e o estado geral de saúde tiveram as avaliações mais baixas. A maioria dos participantes manteve a independência para o autocuidado, mas relatou dificuldade em atividades de maior esforço físico, como carregar peso, curvar-se ou ajoelhar-se e caminhar longas distâncias.

Os resultados mostram que a convivência familiar e os vínculos comunitários ainda são um ponto forte do envelhecimento no meio rural e ajudam a manter o bem-estar desses idosos. No entanto, os bons escores gerais não refletem a realidade de todos os participantes. Diante disso, a equipe multiprofissional da atenção primária à saúde tem papel importante no acompanhamento dessa população. Algumas ações se mostram necessárias, como avaliação multidisciplinar e estratificação de risco, para identificar os idosos mais vulneráveis, acompanhamento contínuo pelos agentes comunitários de saúde, fisioterapia voltada ao manejo da dor e à preservação da capacidade funcional, visitas domiciliares mais regulares, educação em saúde com linguagem adequada e de fácil compreensão, e atenção especial aos idosos que moram sozinhos.

Por fim, para que essas ações cheguem à zona rural, a gestão municipal precisa garantir transporte para as equipes e a presença de profissionais de apoio nesses territórios. Não

obstante, ressalta-se que por se tratar de um estudo transversal com amostra reduzida, não é possível afirmar que os resultados encontrados decorrem diretamente das ações multiprofissionais e, portanto, recomenda-se a realização de mais estudos de caráter longitudinal, com maior número de participantes, que comparem idosos com diferentes níveis de acompanhamento pela equipe. Desta forma, espera-se que este estudo possa contribuir para dar mais visibilidade ao idoso da zona rural e para fortalecer práticas de cuidado integral e interdisciplinar no território.

Referências

AGUIAR, Ricardo Saraiva; SILVA, Henrique Salmazo. Calidad de la atención a la salud de las personas mayores en la atención primaria: una revisión integradora. **Enfermería Global**, v. 21, n. 65, p. 545-589, 2022.

BELTRAME, V. et al. Qualidade de vida de idosos da área urbana e rural do município de Concórdia, SC. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 223-231, 2012.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. **Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.** Brasília, DF: Conselho Nacional de Saúde, 2012. Disponível em: https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/atos-normativos/resolucoes/2012/resolucao-no-466.pdf?

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016. **Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais**. Brasília, DF: Conselho Nacional de Saúde, 2016. Disponível em: https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/atos-normativos/resolucoes/2016/resolucao-no-510.pdf/view?

CABRAL, A. A. S. et al. Atuação da equipe multiprofissional da estratégia saúde da família na promoção da saúde do idoso. **Observatório de la Economía Latinoamericana**, v. 23, n. 11, p. e12098-e12098, 2025.

CABRERA, O. L. Melhoria da atenção à saúde da pessoa idosa, na UBS Dico Leopoldino, São Miguel do Tapuio/Piauí. 2015. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015.

CICONELLI, R. M. et al. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). **Revista Brasileira de Reumatologia**, v. 39, n. 3, p. 143–150, 1999.

DUARTE, C. A. B; MOREIRA, L. E. Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa: integralidade e fragilidade em biopolíticas do envelhecimento. **Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento**, Porto Alegre, v. 21, n. 1, p. 149-170, 2016.

FERRER, P. P. I. **Melhoria da atenção à saúde da pessoa idosa na UBS Palmeira da Cima, São Miguel do Tapuio/Piauí**. 2016.

FERRER, P. P. I. Melhoria da atenção à saúde da pessoa idosa, na UBS Palmeira da Cima, São Miguel do Tapuio/Piauí. 2015. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015.

GARBACCIO, J. L. et al. Envelhecimento e qualidade de vida de idosos residentes da zona rural. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 71, supl. 2, p. 724-732, 2018. DOI: https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0149.

GRDEN, C. R. B. et al. Atividade extensionista da residência multiprofissional em saúde do idoso em uma comunidade da zona rural. *In*: SEMINÁRIO DE EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA DA REGIÃO SUL, 37., 2019, Florianópolis. **Anais** [...]. Florianópolis: UFSC, 2019. Disponível em: https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/199291. Acesso em: 27 out. 2026.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo Demográfico 2022: população por idade e sexo: pessoas de 60 anos ou mais de idade: resultados do universo: Brasil, Grandes Regiões e Unidades da Federação.** Rio de Janeiro: IBGE, 2023. Disponível em: https://www.ibge.gov.br/biblioteca/visualizacao/livros/liv102038.pdf. Acesso em: 4 nov. 2026.

NASCIMENTO, P. R. S. **Idosos que moram sozinhos em zona rural**: estratégia para rastreio de população vulnerável à fragilidade na atenção primária à saúde. 2019. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde Coletiva: concentração em Atenção Básica – Saúde da Família) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Alagoinhas, 2019.

PEDREIRA, R. B. S. et al. Autopercepção de saúde entre idosos residentes em áreas rurais. **Revista Kairós Gerontologia**, São Paulo, v. 19, n. 1, p. 103-119, jan./mar. 2016.

RIBEIRO, C. R.; TAVARES, D. M. S. Influência do arranjo domiciliar nas condições de saúde e na qualidade de vida dos idosos residentes na zona rural. **Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde**, Uberaba, v. 7, n. 1, p. 76-88, jan./jul. 2018. DOI: https://doi.org/10.18554/reas.v7i1.1820.

RODRIGUES, L. R. et al. Qualidade de vida de idosos com indicativo de depressão: implicações para a enfermagem. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 20, n. esp. 2, p. 777-783, dez. 2012.

SOUSA, L. G. e. Enfermagem e a saúde do idoso residente em zona rural. 2014**. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família**) – Universidade Federal de Minas Gerais, Lagoa Santa, 2014.

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

WARE, J. E.; GANDEK, B. Overview of the SF-36 Health Survey and the International Quality of Life Assessment (IQOLA) Project. **Journal of Clinical Epidemiology**, Oxford, v. 51, n. 11, p. 903-912, 1998.

WARE, J. E.; SHERBOURNE, C. D. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36): I. Conceptual framework and item selection. **Medical Care**, Philadelphia, v. 30, n. 6, p. 473-483, 1992.