

QUALIDADE DE VIDA DA POPULAÇÃO RURAL DE PELOTAS: ESTUDO DE BASE POPULACIONAL

CAROLINE CARDOZO BORTOLOTTO¹; CHRISTIAN LORET DE MOLA²;
LUCIANA TOVO-RODRIGUES³

¹Programa de Pós-graduação em Epidemiologia – kkbortolotto@hotmail.com ²Faculdade de Enfermagem – chlmz@yahoo.com ³Programa de Pós-graduação em Epidemiologia – luciana.tovo@gmail.com

INTRODUÇÃO

A Qualidade de Vida (QV) é considerada importante na avaliação de intervenções terapêuticas e de serviços e em práticas assistenciais na área da saúde (MINAYO, 2000).

As populações rurais brasileiras diferem das urbanas em uma série de aspectos demográficos, socioeconômicos e comportamentais apresentando menor escolaridade (IBGE, 2014) e renda média mensal e maior prevalência de tabagismo (IBGE, 2010a; IBGE, 2013). Em 2010 grande parcela (aproximadamente 15%) da população residia em áreas rurais no Brasil (IBGE, 2010b).

O conhecimento sobre aspectos de saúde e de QV dessa considerável parcela da população é escasso. Dessa forma, o objetivo do trabalho é caracterizar a QV global e a Satisfação com a saúde de uma população adulta residente na zona rural de Pelotas, RS, e fatores associados.

2. METODOLOGIA

Estudo transversal de base populacional com indivíduos de 18 anos ou mais, da zona rural de Pelotas, sul do Brasil. O presente estudo transversal de base populacional faz parte de um estudo maior intitulado “Avaliação da Saúde de Adultos Residentes na Zona Rural do Município de Pelotas, RS”, realizado entre janeiro e julho de 2016. Foi avaliada uma amostra representativa da população adulta (maiores de 18 anos) residente na zona rural do município de Pelotas, RS, Brasil. A QV foi avaliada por duas perguntas gerais do questionário WHOQOL-BREF (FLECK *et al.*, 2000) avaliando a QV global e a satisfação com saúde dos indivíduos. O período referente a duas semanas anteriores à entrevista foi utilizado para todas elas. As associações foram avaliadas por regressão logística ordinal, por níveis hierárquicos, nas duas perguntas, obtendo-se a razão de *odds* (RO) e intervalo de confiança de 95% (IC_{95%}). Para estas análises obteve-se estimativas de chance de passar de uma categoria de percepção de QV e satisfação com a saúde à categoria subsequente, considerando a ao sentido de melhor à pior categoria de resposta em todos os casos. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas, conforme parecer 1.363.979.

Todos os indivíduos que participaram da pesquisa assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido afim de garantir a confidencialidade dos dados.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram entrevistados 1.479 indivíduos, a maioria era do sexo masculino (51,6%), com idade entre 40-59 anos (39,6%), de cor da pele branca (85,3%) com escolaridade entre 0-8 anos de estudo (75%) e mais de 67% deles moravam a vida inteira na zona rural. As prevalências de percepção de QV global muito ruim e insatisfação com a saúde foram, respectivamente, 22,5% e 26,3%.

Observou-se que na medida que a idade aumentava, a chance de piorar a QV e a satisfação com a saúde também aumentou (passar da categoria muito boa para boa e da boa para regular/ruim/muito ruim) ($p=0,001$; $p=0,001$, respectivamente). Considerando que o processo de envelhecimento leve a uma série de processos que limitem os indivíduos no seu dia-a-dia, o ganho de idade pode ser considerado um fator que impacte negativamente a QV nesse grupo de indivíduos considerados mais velhos (RAN *et al.*, 2017; FIALHO, COSTA, GIACOMIN, FILHO, 2014).

Aqueles com cor de pele diferente da branca tiveram 70% mais chance de relatarem as piores categorias de QV ($p=0,004$). Além disso, nos quintis mais ricos e nos indivíduos mais escolarizados foi observada maior proteção para aqueles que relataram pior QV. É possível que esses indicadores comportem-se de forma similar nas populações rurais e urbanas, de forma que os resultados observados reflitam as desigualdades relacionadas às características demográficas, sociais, culturais e de saúde na população de forma geral, indicando que os de cor da pele que não seja a branca, os mais pobres e os menos escolarizados estejam sempre entre aqueles grupos mais vulneráveis.

Em relação aos que residiam a vida toda na zona rural, a chance de piorar a percepção de QV global foi de 1,35 vezes maior comparado aos que residiam lá menos da metade de suas vidas ($p=0,049$). A distância geográfica dos grandes centros urbanos, a dificuldade de acesso à alimentação, às oportunidades de emprego e aos serviços de saúde podem estar relacionados ao maior descontentamento de residir na zona rural impactando negativamente na percepção de QV global (HAN *et al.*, 2014; ARSLANTAS *et al.*, 2007).

A chance de apresentar menor satisfação com a saúde foi maior entre as mulheres ($p=0,001$). É consistente que as mulheres buscam mais os serviços de saúde e apresentam maior percepção de sinais e sintomas indicativos de doenças, o que pode explicar a forma mais crítica de opinião sobre a satisfação com saúde em relação aos homens (ANSELM *et al.*, 2008; HAN *et al.*, 2014).

Já os que estavam empregados tiveram menor chance de apresentar menor satisfação com sua saúde ($IC_{95\%} 0,50-0,94$). Na literatura, observa-se que o fato de estar empregado influencia nos padrões de vida, comportamento e saúde de forma que melhores condições financeiras, maior escolaridade e

maiores cuidados com a saúde são observados em indivíduos empregados (BIERMAN, FAZIO, MILKIE, 2016).

Tabela 1. Caracterização da amostra de acordo com características socioeconômicas, demográficas e comportamentais. Pelotas, RS, 2016.

Variáveis	Percepção de QV Global	Satisfação com a Saúde
	(I) Muito Boa (II) Boa (III) Regular/Ruim/Muito ruim	(I) Muito Satisfeito (II) Satisfeito (III) Regular/Insatisfeito/Muito insatisfeito
	RO Ajustada (IC _{95%})	RO Ajustada (IC _{95%})
Sexo	p=0,925*	p=0,001*
Masculino	Ref.	Ref.
Feminino	1,01 (0,80 - 1,27)	1,50 (1,19 - 1,89)
Idade (anos completos)	p<0,001**	p=0,001**
18-24 anos	Ref.	Ref.
25-39 anos	1,90 (1,19 - 3,03)	1,70 (1,18 - 2,44)
40-59 anos	2,52 (1,84 - 3,46)	2,06 (1,32 - 3,23)
60 ou mais	3,47 (2,47 - 4,90)	2,26 (1,56 - 3,27)
Cor da pele	p=0,004*	p= 0,308*
Branca	Ref.	Ref.
Outra	1,65 (1,20 - 2,28)	1,18 (0,85 - 1,63)
Escolaridade (anos completos)	p<0,001**	p=0,124**
0-4 anos	Ref.	Ref.
5-8 anos	0,71 (0,54 - 0,94)	0,99 (0,76 - 1,28)
9-11 anos	0,48 (0,33 - 0,70)	0,79 (0,50 - 1,26)
12 ou mais	0,18 (0,08 - 0,39)	0,55 (0,28 - 1,10)
Índice de bens^a (quintis)	p=0,010*	p=0,819*
1º quintil (mais pobre)	Ref.	Ref.
2º quintil	0,67 (0,43 - 1,06)	0,90 (0,60 - 1,35)
3º quintil	0,85 (0,53 - 1,35)	0,94 (0,61 - 1,44)
4º quintil	0,64 (0,41 - 1,01)	0,84 (0,55 - 1,29)
5º quintil (mais rico)	0,39 (0,24 - 0,65)	0,78 (0,50 - 1,23)
Número de moradores	p=0,184*	p=0,203*
1	Ref.	Ref.
2	1,22 (0,76 - 1,97)	1,04 (0,56 - 1,90)
3	1,80 (0,97 - 3,35)	1,23 (0,68 - 2,23)
4	1,86 (1,05 - 3,30)	1,18 (0,67 - 2,10)
5 ou mais	1,91 (1,08 - 3,36)	0,94 (0,51 - 1,74)
Ter emprego	p=0,283*	p=0,023*
Não	Ref.	Ref.
Sim	0,86 (0,65 - 1,14)	0,69 (0,50 - 0,94)
Mora com companheiro	p=0,469*	p=0,949*
Não	Ref.	Ref.
Sim	0,88 (0,62 - 1,26)	1,01 (0,76 - 1,34)
% de tempo residido na ZR	p=0,055*	p=0,946*
Menos que 50%	Ref.	Ref.
50 a 99%	1,48 (1,02 - 2,14)	0,95 (0,67 - 1,34)
Até 100%	1,35 (1,00 - 1,82)	0,98 (0,75 - 1,29)

Regressão logística ordinal com ajuste para sexo, idade, cor da pele, escolaridade, ^a índice de bens por componentes principais, emprego, número de moradores no domicílio, morar com companheiro, percentual de tempo residido na ZR, trabalho e número de moradores. ^bvariável com maior número de missing.

*A Razão de Odds é constante ao passar de uma categoria para outra e sua interpretação é o risco de passar das categorias de melhor percepção de QV e satisfação com a saúde em direção às piores categorias de resposta.

IC: Intervalo de confiança *Valor-p para heterogeneidade ** Valor-p para tendência linear.

4. CONCLUSÕES

Levando em consideração as peculiaridades do local relacionadas a infraestrutura e necessidades em saúde da população, e tendo em vista que os fatores associados à QV são considerados indicadores de saúde, estes resultados sugerem que a qualidade de vida é um tema que deve ser colocado entre as necessidades de saúde, principalmente, com relação aos grupos mais vulneráveis das áreas rurais.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

MINAYO, M. C. D. S.; HARTZ, Z. M. D. A.; BUSS, P. M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Cienc & Saud Colet**, v. 5, p. 7-18, 2000.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa Nacional por Amostra e Domicílio** (PNAD). Conceitos e definições da PNAD: Situação do domicílio. Brasília, DF, 2011.

IBGE. **Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008-2009**: despesas, rendimentos e condições de vida. Rio de Janeiro: IBGE, 2010a.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa Nacional de Saúde 2013**: Percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas. Brasília, DF, 2013b.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo demográfico de 2010b**. Brasília, DF, 2010a.

FLECK, M. P. et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref". **Rev Saud Publ**, v. 34, p. 178-183, 2000.

RAN L, et al. Association among activities of daily living, instrumental activities of daily living and health-related quality of life in elderly Yi ethnic minority. **BMC Geriatr**. v. 17, n. 1, p. 74, 2017

FIALHO CB, COSTA MFL, GIACOMIN KC, FILHO AIL. Capacidade funcional e uso de serviços de saúde por idosos da Região Metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil: um estudo de base populacional. **Cad Saud Public**. v. 30, n.3, p. 599-610, 2014.

HAN, K. et al. Is marital status associated with quality of life? **Health an Quality of Life Outcomes**, v. 12, p. 109, 2014

ARSLANTAS, D. et al. Life quality and daily life activities of elderly people in rural areas, Eskisehir (Turkey). **Arch Gerontol Geriatr**, v. 48, n. 2, p. 127-31, 2009.

ANSELM L, et al. Prevalência e determinantes precoces dos transtornos mentais comuns na coorte de nascimentos de 1982, Pelotas, RS. **Rev. Saude Publica [online]**. v. 42, n. 2, p. 26-33, 2008.

BIERMAN, A.; FAZIO, E; MILKIE, M. A multifaceted approach to the mental health advantage of the married assessing how explanations vary by outcome measure and unmarried group. **J Fam Issues**, v. 27, p. 554-582, 2006.