



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE TERAPIA OCUPACIONAL
CURSO DE TERAPIA OCUPACIONAL**

MARIA JOSÉ ALVES DA SILVA

**ENVELHECIMENTO DA POPULAÇÃO RURAL: QUALIDADE DE VIDA E REFLEXÕES PARA A
TERAPIA OCUPACIONAL**

RECIFE, 2023

MARIA JOSÉ ALVES DA SILVA

**ENVELHECIMENTO DA POPULAÇÃO RURAL: QUALIDADE DE VIDA E REFLEXÕES PARA A
TERAPIA OCUPACIONAL**

TCC elaborado segundo as normas da Revista Interinstitucional Brasileira de Terapia Ocupacional - REVISBRATO como exigência final para obtenção do grau de terapeuta ocupacional, pelo curso de Terapia Ocupacional da Universidade Federal de Pernambuco.

Orientador(a): Profa. Dra. Flávia Pereira da Silva

Coorientador(a): Ma. Amanda Maria Pereira

RECIFE, 2023

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do programa de geração automática do SIB/UFPE

Silva, Maria José Alves da .
Envelhecimento da População Rural: Qualidade de vida e Reflexões Para a
Terapia Ocupacional / Maria José Alves da Silva. - Recife, 23.
24, tab.

Orientador(a): Flávia Pereira da Silva
Cooorientador(a): Amanda Maria Pereira
Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) - Universidade Federal de
Pernambuco, Centro de Ciências da Saúde, Terapia Ocupacional -
Bacharelado, 23.

1. Terapia Ocupacional. 2. Qualidade de vida.. 3. Zona rural. 4. Saúde do
idoso. I. Silva, Flávia Pereira da . (Orientação). II. Pereira, Amanda Maria .
(Coorientação). III. Título.

610 CDD (22.ed.)

MARIA JOSÉ ALVES DA SILVA

**ENVELHECIMENTO DA POPULAÇÃO RURAL: QUALIDADE DE VIDA E REFLEXÕES PARA A
TERAPIA OCUPACIONAL**

TCC elaborado segundo as normas da Revista Interinstitucional Brasileira de Terapia Ocupacional - REVISBRATO como exigência final para obtenção do grau de terapeuta ocupacional, pelo curso de Terapia Ocupacional da Universidade Federal de Pernambuco.

Aprovado em: __/__/__

BANCA EXAMINADORA

Profº. Dr. Flávia Pereira da Silva (Orientadora)
Universidade Federal de Pernambuco

Ma. Amanda Maria Pereira (Co-orientadora e examinadora externa)
Universidade Federal da Paraíba

Profº. Dr. Maria de Fátima Ferrão Castelo Branco (examinadora interna)
Universidade Federal de Pernambuco

Dr. Tatiana Lins Carvalho (examinadora externa)
Hospital Universitário Oswaldo Cruz

ENVELHECIMENTO DA POPULAÇÃO RURAL: QUALIDADE DE VIDA E REFLEXÕES PARA A TERAPIA OCUPACIONAL

RURAL POPULATION AGING: QUALITY OF LIFE AND REFLECTIONS FOR OCCUPATIONAL THERAPY

ENVEJECIMIENTO DE LA POBLACIÓN RURAL: CALIDAD DE VIDA Y REFLEXIONES PARA LA TERAPIA OCUPACIONAL

Resumo

Introdução: O envelhecimento pode ser compreendido como um processo inevitável de mudanças naturais que envolve diversos fatores emocionais, físicos e socioeconômicos. Nesse sentido, as pessoas idosas do campo, no Brasil, são intensamente marcadas pelas desigualdades sociais e particularidades do local em que vivem e, conseqüentemente, repercutem diretamente na qualidade de vida delas. Logo, o terapeuta ocupacional pode desenvolver, estimular e resgatar atividades para manter o envelhecimento ativo da pessoa idosa do campo. **Objetivo:** compreender a qualidade de vida da pessoa idosa que reside na zona rural e as possíveis reflexões para a área da Terapia Ocupacional. **Métodos:** Este trabalho caracteriza-se como um estudo de campo com abordagem qualitativa. A pesquisa foi realizada na cidade de Barreiros-PE, tendo como participantes 10 pessoas idosas que recebem cobertura pela unidade de saúde local. Os dados foram coletados por meio de entrevista individual semiestruturada e os resultados foram analisados por meio do método de análise de conteúdo de Bardin. **Resultados e discussão:** O estudo observou um grupo de pessoas idosas com vulnerabilidade socioeconômica. Foram identificados os principais fatores que influenciam a qualidade de vida no meio rural, dentre eles a baixa escolaridade, dificuldade de acesso à saúde e financeira. **Conclusão:** Os resultados desta pesquisa apontam para a vulnerabilidade socioeconômica e dificuldade de acesso a políticas públicas no quesito saúde e educação. Com isso, a Terapia Ocupacional desempenha um papel importante, pois estimula o envelhecimento saudável e a participação com autonomia e independência nas atividades cotidianas.

Palavras-chaves: Terapia Ocupacional. Qualidade de vida. Zona rural. Saúde do idoso.

Abstract

Introduction: Aging can be understood as an inevitable and irreversible process of natural changes. Introduction: Aging can be understood as an inevitable process of natural changes that involves several emotional, physical and socioeconomic factors. In this sense, rural elderly people in Brazil are intensely marked by social inequalities and particularities of the place where they live and, consequently, have a direct impact on their quality of life. Therefore, the occupational therapist can develop, stimulate and rescue activities to maintain the active aging of the rural elderly person. **Objective:** to understand the quality of life of elderly people who live in rural areas and possible reflections for the field of Occupational Therapy. **Methods:** This work is characterized as a field study with a qualitative approach. The research was carried out in the city of Barreiros-PE, with 10 elderly people who are covered by the local health unit as participants. Data were collected through semi-structured individual interviews and the results were analyzed using Bardin's content analysis method. **Results and discussion:** The study observed a group of elderly people with socioeconomic vulnerability. The main factors that influence the quality of life in rural areas were identified, including low education, difficulty in accessing health and finances. **Conclusion:** The results of this research point to socioeconomic vulnerability and difficulty in accessing public policies in terms of health and education. With this, Occupational Therapy plays an important role, as it encourages healthy aging and participation with autonomy and independence in daily activities.

Keywords: Occupational Therapy. Quality of life. Rural area. Elderly health.

Resumen

Introducción: El envejecimiento puede entenderse como un proceso inevitable de cambios naturales que involucra varios factores emocionales, físicos y socioeconómicos. En ese sentido, los ancianos rurales en Brasil están intensamente marcados por las desigualdades sociales y las particularidades del lugar donde viven y, en consecuencia, tienen un impacto directo en su calidad de vida. Por lo tanto, el terapeuta ocupacional puede desarrollar, estimular y rescatar actividades para mantener el envejecimiento activo del adulto mayor rural. **Objetivo:** comprender la calidad de vida de los ancianos que viven en el medio rural y posibles reflexiones para el campo de la Terapia Ocupacional. **Métodos:** Este trabajo se caracteriza por ser un estudio de campo con un enfoque cualitativo. La investigación fue realizada en la ciudad de Barreiros-PE, con 10 ancianos atendidos por la unidad local de salud

como participantes. Los datos fueron recolectados a través de entrevistas individuales semiestructuradas y los resultados fueron analizados utilizando el método de análisis de contenido de Bardin. **Resultados y discusión:** El estudio observó un grupo de ancianos con vulnerabilidad socioeconómica. Se identificaron los principales factores que influyen en la calidad de vida en las zonas rurales, entre ellos la baja educación, la dificultad para acceder a la salud y las finanzas. **Conclusión:** Los resultados de esta investigación apuntan a la vulnerabilidad socioeconómica y la dificultad para acceder a las políticas públicas en materia de salud y educación. En esto, la Terapia Ocupacional juega un papel importante, ya que favorece el envejecimiento saludable y la participación con autonomía e independencia en las actividades diarias.

Palabras clave: Terapia Ocupacional. Calidad de vida. Zona rural. Salud de los ancianos.

Introdução

O envelhecimento populacional é um fenômeno demográfico dominante no século XXI decorrente da redução nas taxas de natalidade e do aumento da expectativa de vida, o que resultou em um crescimento elevado da população acima de 60 anos (Bloom & Lucca, 2016). De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) até 2025 o Brasil será o sexto país com o maior número de pessoas idosas. Com isso, estima-se que em 2060, um quarto da população brasileira, que corresponde a 25,5%, deverá ter 65 anos ou mais (WHO, 2005). Assim como na zona urbana, a população rural do Brasil está cada vez mais se configurando numa população envelhecida, o que torna importante o desenvolvimento de novas pesquisas a respeito dessa população (Garbaccio et al., 2018).

O envelhecimento pode ser compreendido como um processo inevitável de mudanças naturais que envolvem fatores biológicos, sociais, emocionais e culturais, resultando na diminuição progressiva da capacidade física e mental do indivíduo (Ferreira et al., 2012). Embora o envelhecimento seja uma experiência inerente ao ser humano, este processo é vivenciado de maneiras distintas, dependendo intrinsecamente das condições econômicas, ambientais, físicas e sociais em que o indivíduo está inserido (Garbaccio et al., 2018).

Diante dessa perspectiva, destaca-se que os fatores socioeconômicos, como o acesso aos serviços de saúde, alimentação saudável, renda, cultura e educação, influenciam diretamente no bem-estar da pessoa idosa, de maneira que envelhecer na zona rural e urbana são experiências distintas (Tavares et al., 2015). As pessoas idosas do campo no Brasil, historicamente atravessados por uma vulnerabilidade nas condições socioeconômicas, são intensamente marcados pelas desigualdades sociais e particularidades do local em que vivem, sofrendo influências das condições de trabalho, estilo de vida, moradia e situações econômicas, que repercutem diretamente na qualidade de vida destes indivíduos (Tavares et al., 2015).

A OMS descreve qualidade de vida como a percepção do sujeito sobre sua inserção e participação na vida, no contexto cultural e nos sistemas de valores em que ele vive e sua percepção acerca dos seus objetivos, preocupações, padrões e expectativas, bem como a capacidade de alcançar felicidade e realização pessoal com independência na saúde, nas condições econômicas e sociais (WHO, 1998). O entendimento referente à qualidade de vida está relacionado a diversos fatores como condições socioeconômicas, estilo de vida, direitos humanos e sociais, podendo ser um conceito subjetivo que

envolve diversas dimensões. Com isso, a ideia de qualidade de vida também envolve o bem-estar pessoal, a autoestima, o estado emocional, a capacidade funcional, a rede de apoio como família, amigos ou cuidadores e a satisfação com as atividades de vida diária (Toldrá et al., 2014).

Dialogando com o conceito de qualidade de vida, a OMS também desenvolveu a política do envelhecimento ativo, visando o aprimoramento das oportunidades de saúde, segurança e participação, objetivando maior engajamento nas diversas dimensões da vida: social, emocional e espiritual, a fim de melhorar a participação da pessoa idosa na sociedade e ofertar melhor aproveitamento da vida à medida que as pessoas envelhecem (WHO, 2005). Nessa mesma perspectiva, a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa objetiva recuperar, manter e promover a autonomia e a independência da pessoa idosa por meio de medidas que vão em consonância com os princípios do SUS, uma vez que um dos principais intuítos dessa política é a promoção do envelhecimento ativo e saudável (Brasil, 2006).

Para Toldrá et al. (2014) a qualidade de vida no âmbito do envelhecimento está associada à continuidade da independência e autonomia, em que a pessoa idosa preserva o desempenho funcional e a liberdade de escolha. Dessa maneira, considerar as condições socioeconômica e a cultura da população rural é importante para o desenvolvimento de ações na saúde, em que a Terapia Ocupacional pode cooperar com o empenho ético político para atender as necessidades coletivas e individuais da pessoa idosa (Barreto et al., 2016).

Destarte, a Terapia Ocupacional é uma profissão da área da saúde que compreende o indivíduo com base em suas ocupações e atividades humanas para desenvolver ações que considerem a sua autonomia e independência. O terapeuta ocupacional pode desenvolver, estimular e resgatar atividades para manter o envelhecimento ativo da pessoa idosa no campo, com participação nas Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD), Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD) e Atividades Avançadas de Vida Diária (AAVD) (Barreto et al., 2016). Para isto, a promoção da qualidade de vida mediada pela Terapia Ocupacional tem ênfase em uma análise das ocupações e das AVDs e AIVDs que avançam para uma análise do ambiente e contexto em que a pessoa idosa está inserida (Barreto et al., 2016). Diante disso, o presente estudo visa compreender a qualidade de vida da pessoa idosa que reside na zona rural e as possíveis reflexões para a área da Terapia Ocupacional.

Métodos

Trata-se de um estudo de campo realizado em janeiro de 2023, na fazenda Carassú, localizada na zona rural da cidade de Barreiros-PE, com pessoas idosas atendidas pela Unidade de Saúde da Família (USF) da região. A pesquisa foi conduzida a partir de uma abordagem qualitativa. A abordagem qualitativa objetiva assimilar e entender os eventos que pretende estudar por meio da observação e da análise da ação dos grupos, organizações e do indivíduo em diferentes âmbitos e contextos, explanando os significados e perspectivas de quem os vivencia (Martinelli, 2012; Minayo, 2002).

Os critérios de inclusão adotados para a seleção dos participantes da pesquisa foram: idade igual ou superior a 60 anos e frequentar a USF da região. Por outro lado, foram estabelecidos critérios de exclusão, tais como ter o diagnóstico de déficit cognitivo ou auditivo e pontuar abaixo do ponto de corte estabelecido no Mini Exame do Estado Mental (MEEM), considerando o nível de escolaridade dos indivíduos. As notas de corte utilizadas foram: 20 pontos para analfabetos; 25 pontos para indivíduos com 1 a 4 anos de escolaridade; 26,5 para pessoas com 5 a 8 anos de escolaridade; 28 para pessoas com 9 a 11 anos e 29 para participantes com mais de 11 anos de escolaridade (Brucki et al., 2003).

Antes de iniciar a coleta, a pesquisadora teve acesso a informações prévias fornecidas por um profissional da USF, recebendo uma lista contendo os nomes das pessoas idosas elegíveis para participação na pesquisa. A coleta de dados teve início durante uma visita da pesquisadora à unidade em um dia de consultas médicas. Foram abordadas 14 pessoas idosas, dos quais apenas uma recusou-se a participar.

Diante da resposta positiva dos participantes, algumas entrevistas foram realizadas em um local reservado na unidade, uma vez que não foi possível realizar todas no mesmo momento. Foi agendado outro dia, horário e local para a realização das demais entrevistas. Das pessoas idosas que aceitaram participar, três não alcançaram a nota de corte estabelecida pelo MEEM, totalizando, assim, 10 participantes no estudo.

A coleta de dados iniciou-se após a apresentação do estudo e a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Os dados foram coletados por meio de entrevistas individuais semiestruturadas. Antes de iniciar a entrevista, foi aplicado o MEEM para avaliar a capacidade cognitiva das pessoas idosas em responder às perguntas. Para a coleta dos dados referentes ao perfil socioeconômico e à qualidade de vida, utilizou-se um questionário semiestruturado elaborado pela pesquisadora.

O questionário elaborado pela pesquisadora consistia em duas partes: a primeira com perguntas fechadas sobre dados pessoais, tais como idade, sexo, renda, escolaridade e estado civil; a segunda com perguntas abertas que abordavam questões relacionadas à qualidade de vida. O questionário foi aplicado individualmente e os participantes foram orientados a responder com base em seus próprios valores e entendimentos.

As entrevistas tiveram duração média de uma hora e foram realizadas, majoritariamente, nas casas dos participantes. Durante a entrevista, a pesquisadora transcreveu todas as informações de forma simultânea. Todas as entrevistas foram realizadas atendendo aos cuidados sanitários necessários para evitar a transmissão da COVID 19.

Os resultados foram analisados utilizando o método de análise de conteúdo de Bardin (2011). Tal processo de análise foi constituído por três etapas: a primeira fase destinou-se à organização do conteúdo, dos materiais, escolha e seleção dos documentos; a segunda fase às etapas de codificação e classificação do material; a terceira etapa consistiu no processo de análise do conteúdo, no tratamento e interpretação dos resultados adquiridos.

Vale ressaltar que o presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da UFPE (CEP-CCS/UFPE), em consonância com as normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, estabelecidas na Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012, pelo Conselho Nacional de Saúde sob o parecer nº 5.736.582 (CAAE 61829822.7.0000.5208).

Resultados e Discussão

Será apresentada a seguir a categorização dos participantes do estudo, bem como as divisões temáticas identificadas a partir da análise das entrevistas. Exemplos de falas dos participantes serão incluídas e identificadas pela letra E (entrevistado), seguida pelo número correspondente à ordem da entrevista.

Caracterização sociodemográfica

A amostra foi composta por pessoas idosas com até três anos de escolaridade, sendo que cinco participantes possuíam entre zero e três anos de escolaridade e outros cinco declararam-se analfabetos. Em relação aos escores obtidos no MEEM, um participante obteve 23 pontos, cinco pontuaram entre 24 e 26 pontos e quatro obtiveram 27 pontos.

Embora a Política do Envelhecimento Ativo indique o envolvimento em atividades educativas como um fator importante para a manutenção da qualidade de vida da pessoa idosa, neste estudo a análise dos dados indicou uma prevalência de baixa escolaridade das pessoas idosas pesquisadas. Estes achados coincidem com outros estudos realizados por Campos et al. (2020), Pinto et al. (2016) e Tonezer et al. (2017), uma vez que também encontraram pouca escolaridade e alta taxa de analfabetismo das pessoas idosas no meio rural.

A baixa escolaridade da pessoa idosa da zona rural pode estar relacionada a diversos fatores, principalmente ao fato de que a educação não era vista como uma prioridade em suas comunidades. Durante décadas, essas pessoas cresceram em uma tradição de trabalho na agricultura, onde eram ensinados desde jovens a manter sua subsistência. Esse contexto contribuiu para que a escolarização fosse negligenciada, resultando na prevalência de analfabetismo ou baixo nível de letramento na zona rural (Campos et al., 2020; Pinto et al., 2016).

Outro ponto a ser destacado é que as pessoas idosas da zona rural enfrentavam dificuldade de acesso à escola devido à grande distância. As escolas, geralmente, são localizadas a vários quilômetros da residência, dificultando o acesso, especialmente pela ausência de transporte. Além de tudo, a falta de infraestrutura adequada nas estradas limita ainda mais o acesso (Campos et al., 2020; Pinto et al., 2016).

Pinto et al. (2016) destacam que a baixa escolaridade entre as pessoas idosas residentes em áreas rurais pode ter implicações significativas em sua saúde e bem-estar, uma vez que essas pessoas tendem a apresentar menor conhecimento sobre cuidados com a saúde em geral. Isso pode resultar em uma maior incidência de doenças e complicações de saúde nessa população. Em alguns estudos, o baixo nível de escolaridade foi associado a maior probabilidade de morbidade devido a doenças crônicas não tratadas, menor desempenho cognitivo, menor funcionalidade e independência (Costa et al., 2020).

Costa et al. (2020) apontam que a educação proporciona oportunidades e a ausência dela cria barreiras que limitam a qualidade de vida. Nesse sentido, a escolaridade surge como um indicador relevante das condições socioeconômicas de uma população, pois está diretamente relacionada às possibilidades de acesso a empregos, utilização dos serviços de saúde e adesão a programas educativos e sanitários (Costa et al., 2020).

A Tabela 1 apresenta o perfil sociodemográfico dos participantes. Entre os entrevistados, prevaleceu o sexo masculino. Quanto à faixa etária, os participantes tinham entre 60 e 74 anos. Em relação ao estado civil prevaleceram casadas e viúvas. Sobre a renda, todos os participantes relataram receber até um salário mínimo.

Tabela 1. Perfil sociodemográfico segundo sexo, idade, estado civil, escolaridade, religião e renda mensal das pessoas idosas pesquisados em janeiro de 2023.

Variáveis	Nº
SEXO	
Feminino	4
Masculino	6
FAIXA ETÁRIA (anos)	
60 a 64	4

65 a 69	5
70 a 74	1
ESTADO CIVIL	
Casado	3
Solteiro	2
Viúvo	3
Divorciado	2
ESCOLARIDADE	
Analfabetos	5
0 a 3 anos	5
RELIGIÃO	
Protestante	5
Católico	4
Sem religião	1
RENDA MENSAL	
Até 1 salário mínimo	10

Fonte: elaborada pelas autoras.

A predominância do sexo masculino em relação ao feminino encontrada nesse estudo, também foi vista no estudo de Tavares et al. (2015). No entanto, resultados divergentes foram encontrados em diversas pesquisas, tais como a de Rigo et al. (2010) e Garbaccio et al. (2018), que encontraram número

superior de mulheres em relação aos homens. No tocante à idade, estado civil, religião e renda, números semelhantes foram encontrados no trabalho realizado com pessoas idosas da zona rural de Uberaba-MG (Tavares et al. 2015).

Em relação ao tempo de residência, filhos e coabitação, verificou-se que a maior parte morava na zona rural desde a infância, tinham filhos e residiam com familiares (Tabela 2).

Tabela 2. Perfil sociodemográfico segundo tempo de residência, filhos e coabitação das pessoas idosas pesquisados em janeiro de 2023.

Variáveis	Nº
TEMPO DE RESIDÊNCIA NA ZONA RURAL	
40- 50	4
60- 68	6
FILHOS	
2-6	4
7-10	5
Sem filhos	1
COABITAÇÃO	
Com o parceiro	2
Com os pais e irmãos	4
Com parceiro, filhos e netos	2
Sozinho	2

Fonte: elaborada pelas autoras.

Todos os participantes desse estudo vivem na zona rural desde a infância/adolescência, o que concede a esses indivíduos um processo de envelhecimento distinto quando comparado a pessoas idosas que vivem em áreas urbanas. Isso reflete um perfil de pessoas idosas que vivem em situação de vulnerabilidade marcado por trabalhos árduos e dificuldades socioeconômicas e de acesso à política de saúde conforme descrevem Garbaccio et al. (2018).

No que concerne à coabitação, Tavares et al. (2015) e Santana et al. (2016) encontraram resultados semelhantes em seus estudos nos quais descrevem que as pessoas idosas do campo tendem a residir em domicílios multigeracionais, onde as principais causas estão relacionadas à necessidade financeira e à dependência funcional.

Com relação à ocupação dos indivíduos em questão, todos os 10 integrantes afirmaram ser aposentados ou pensionistas do INSS. A maioria não pratica atividades físicas. As comorbidades mais frequentemente reportadas foram hipertensão, seguida de diabetes e colesterol alto. Um total de 3 não apresentou comorbidades. Quanto ao uso de medicação, apenas 4 participantes afirmaram fazer uso diário, enquanto 6 afirmaram não utilizar diariamente. Sobre alimentação, 9 pessoas afirmaram ter uma boa alimentação, enquanto apenas 1 pessoa declarou não ter uma alimentação adequada.

Em relação à ocupação, as respostas apontam para um perfil de pessoas idosas que realizavam trabalho doméstico e relacionado ao campo (pecuária, agricultura) e que hoje vivem sob condição de aposentadoria/pensão, sobrevivendo apenas com um salário mínimo. Conforme descrito por todos os participantes, isso os enquadra na categoria de baixa renda e estes resultados convergem com o encontrado por Garbaccio et al. (2018) e Tavares et al. (2015). Salienta-se que a renda da pessoa idosa configura-se, muitas vezes, como algo indispensável à subsistência familiar, uma vez que eles precisam sustentar a família, além de arcar com os custos de medicamentos, restando poucos recursos para atividades de lazer e realização de projetos e desejos, como destacado nas falas de alguns participantes (Garbaccio et al., 2018).

A ausência de atividade física e os hábitos alimentares encontrados neste estudo se assemelham aos achados por Costa et al. (2020). A realização de atividades físicas é um dos pontos fundamentais para a melhora da capacidade física e do controle de doenças, principalmente na velhice. No entanto, as pessoas idosas da zona rural tendem a ter dificuldades para realizar atividades físicas, principalmente pela falta de instrução e conhecimento acerca da importância de desenvolver esse hábito (Costa et al., 2020).

No que se refere à alimentação, por um lado, as pessoas idosas da zona rural podem apresentar bons hábitos alimentares, uma vez que costumam consumir uma boa quantidade de frutas, legumes e verduras, conforme descrito pelos participantes desta pesquisa. No entanto, é importante apontar que eles também tendem a ingerir alimentos processados e ultraprocessados em excesso, o que pode estar

relacionado a questões financeiras, como observado nos estudos de Costa et al. (2020) e Heitor et al. (2016).

Com base na análise das entrevistas realizadas com as pessoas idosas neste estudo, identificou-se que as principais doenças ou comorbidades relatadas estão entre as principais doenças crônicas que afetam a população idosa. As doenças, como hipertensão arterial e diabetes, são causadas principalmente por maus hábitos e estilo de vida, como o sedentarismo, o consumo excessivo de álcool e dieta inadequada, conforme descrito por Heitor et al. (2016). Com isso, é importante destacar que o acesso limitado a informações e aos serviços de saúde podem contribuir para o agravamento de doenças crônicas na pessoa idosa da zona rural. Em relação ao uso de medicamentos, os resultados encontrados neste estudo indicam baixa prevalência de uso de medicamentos.

Acesso ao serviço de saúde

Com base nas respostas apresentadas, pode-se observar que a maior parte relatou dificuldades para acessar os serviços de saúde, tais dados estão detalhadas na tabela 3.

Tabela 3. Acesso ao serviço de saúde das pessoas idosas pesquisadas em janeiro de 2023.

Variáveis	Nº
DIFICULDADE DE ACESSO	
Sim	7
Não	3
PRINCIPAIS DIFICULDADES	
Residência distante	4
Dificuldade para se locomover	4
Ausência de transporte	5
Dificuldade para conseguir consulta	3

Fonte: elaborada pelas autoras.

As dificuldades de acesso à saúde encontradas neste estudo coincidem com achados na literatura, que mostram que as pessoas idosas que vivem em áreas rurais enfrenta diversas barreiras, como falta de infraestrutura, escassez de profissionais capacitados, distância dos serviços de saúde, dificuldades de deslocamento e falta de transporte (Campos et al., 2020; Pinto et al., 2016).

Compreender as dificuldades enfrentadas pelas pessoas idosas da zona rural para acessar serviços de saúde é crucial, pois permite ao profissional desenvolver estratégias adequadas para atender às necessidades desses indivíduos. A distância é um dos principais obstáculos enfrentados por eles. Dado que os hospitais e clínicas estão localizados em áreas urbanas, é necessário percorrer longas distâncias para chegar aos centros de saúde, muitas vezes em estradas precárias e sem transporte público adequado (Campos et al., 2020; Pinto et al., 2016).

O acesso à assistência médica em áreas rurais é um desafio devido à escassez de profissionais de saúde disponíveis para atender às necessidades da população. Consequentemente, os pacientes que residem nessas áreas enfrentam longos períodos de espera para obter uma consulta médica. Além disso, a falta de informação sobre saúde destaca-se como grande barreira enfrentada no meio rural, pois as pessoas idosas têm acesso limitado à informação. Essa falta de informação pode resultar na não detecção precoce de sintomas de doenças e, consequentemente, em uma ausência de busca por ajuda profissional (Campos et al., 2020; Pinto et al., 2016). Estudos referem que a falta de acesso aos cuidados de profissionais de saúde pode ter graves consequências para a saúde dessas comunidades, incluindo aumento de doenças crônicas, incapacidades, e até mesmo mortes evitáveis (Campos et al., 2020).

O acesso à saúde é essencial para garantir a qualidade de vida da pessoa idosa, especialmente quando se trata de cuidados preventivos e tratamento de doenças crônicas frequentes no envelhecimento (Campos et al., 2020). A saúde é o primeiro pilar da política do envelhecimento ativo que visa prevenir e diminuir enfermidades crônicas e mortes precoces através da prevenção e tratamento de doenças, bem como a promoção e estímulo de um estilo de vida saudável, que inclui atividades físicas regulares, alimentação equilibrada e sono adequado. Manter a saúde física e mental é fundamental para um envelhecimento ativo (Campos et al., 2020).

Em suma, a dificuldade de acesso ao serviço de saúde da população rural é um problema complexo que requer ações coordenadas de políticas públicas que levem em conta as necessidades específicas dessas comunidades. Com investimentos em infraestrutura, profissionais de saúde e educação em saúde, é possível melhorar significativamente a saúde e o bem-estar das pessoas que vivem nas zonas rurais (Campos et al., 2020; Pinto et al., 2016).

Acesso a lazer

Conforme os dados coletados, 8 participantes relataram ter oportunidade de lazer. Enquanto 2 afirmaram não possuir. Entre os participantes que mencionaram ter oportunidades de lazer, foram citadas atividades como assistir televisão, conversar com vizinhos, descansar na rede, cuidar da horta e frequentar a igreja. Algumas falas específicas do participante ilustram essas atividades.

Deitar na rede é um lazer. Aqui me sinto livre. (E3)

Cuidar da horta da minha casa pra mim é um lazer. (E4)

Aqui é bom. Dar para descansar e se divertir e beber com os amigos. Assim, a gente não tem dinheiro, né?! Mas a gente se diverte como pode. (E6)

Ir para a igreja conversar com as pessoas é meu lazer. (E10).

No entanto, 2 participantes relataram que as coisas são difíceis no ambiente em que vivem, indicando uma falta de oportunidades de lazer.

As coisas é difícil aqui. tu sabe, né?! Não tem dinheiro pra essas coisas e a gente sofre muito porque trabalha muito. Aí quando fica vei não tem forças pra nada não. (E8)

Quem trabalha no campo não tem descanso, é difícil se divertir. Esse negócio de lazer aqui não existe, é uma vida difícil. (E9)

No que se refere às oportunidades de lazer, os participantes desta pesquisa indicaram uma alta prevalência de envolvimento nessas atividades. Resultados equivalentes foram encontrados nos estudos de Ribeiro et al. (2017). Apesar de acreditar-se que o acesso ao lazer seria apontado como uma das vulnerabilidades dessa população (Pegorari et al., 2015), apenas 2 integrantes da pesquisa afirmam não ter acesso. No entanto, estudos também apontam que as pessoas idosas da zona rural tendem a ter dificuldade para vivenciar o lazer, pois se mantêm ocupados com atividades domésticas, amigos, familiares e outras atividades, não dando importância para essas atividades (Pegorari et al., 2015).

Estudo de revisão sistemática aponta associação positiva entre atividades de lazer e qualidade de vida (Pucci et al., 2012), no entanto, nota-se escassez de pesquisas relacionando a população idosa da zona rural. A percepção de lazer entre as pessoas idosas que vivem na zona rural pode ser variada, dependendo de diversos fatores, como acesso a recursos, condições de saúde, mobilidade, espiritualidade, entre outros. Em geral, muitas pessoas idosas rurais veem o lazer como uma forma importante de aliviar o estresse e melhorar a qualidade de vida (Pegorari et al., 2015).

De acordo com Hsiao (2016) o lazer contribui positivamente para a saúde física e mental das idosas, ajuda a prevenir doenças, reduzir a incapacidade e promove participação social. Com isso Chien (2019) declara que as atividades de lazer melhoram a qualidade de vida da pessoa idosa, pois têm efeitos positivos como o aumento da felicidade, satisfação, criatividade e aprendizagem.

Independência e autonomia para realizar as atividades da vida diária e Projeto de vida

No tocante a autonomia e independência, a maior parte dos participantes respondeu que conseguem realizar as atividades diárias com independência. Eles mencionaram ter saúde e força física para realizar as tarefas que precisam ser feitas.

Consigo fazer as atividades de casa sozinha. Varro a casa e cuido do meu esposo doente, às vezes, cuido dos meus netos. Também faço compras. Vou ao banco. Às vezes, vou à igreja. (E1)

Tenho saúde e disposição. O que eu quiser fazer eu faço. Só é mais ruim quando eu fico doente... Agora, se eu tiver bom, faço tudo. Ajudo a mulher dentro de casa, fico com os netos e tudo. (E3)

Não dependo de ninguém, faço sozinho. Se eu quisesse, ainda tava trabalhando. Eu planto as coisas que eu quero. Consigo ir na rua, no banco, agora eu não sei tirar dinheiro, sabe?! Mas a moça tira pra mim. (E6)

No entanto, há também participantes que relatam dificuldades em realizar atividades com independência, devido a problemas de saúde e limitações físicas.

Faço as coisas com ajuda, não consigo mais fazer sozinho porque estou doente. Não consigo ir mais na rua, no posto sozinho e não aguento nem andar daqui para o posto e nem é longe. Eu não aguento mais andar sozinho. (E4)

Às vezes fico muito doente e dependo dos outros, da minha filha. Mas as coisas de casa eu consigo fazer mesmo devagarinho, agora não consigo ir na rua. Para ir no posto é difícil, essas coisas assim. (E8)

Agora tá difícil, nem desço esse degrau aqui sozinho, porque se eu tocar no chão a perna dói. Aí não tô conseguindo fazer as coisas... Assim ir pra igreja, eu gosto de ir, mas não tô conseguindo, não consigo ir na rua, nem fazer as coisas sozinho, tomar banho. (E10)

Concernente à independência e autonomia para realizar as atividades de vida diária, o resultado assemelha-se a um estudo realizado na zona rural do município de Uberaba-MG no qual as pessoas

idosas, a maioria, apresentou boa funcionalidade, boa capacidade de autocuidado básico, são independentes, não apresentam dificuldade para sair de casa e são ativos na interação social e na comunidade (Tavares et al., 2015). No entanto, esses resultados divergem de estudos realizados na Bahia, no qual somente a minoria da população rural era independente para a realização dessas atividades (Pinto, 2016). No estudo em questão, as pessoas idosas participantes têm desenvolvido e praticado a autonomia, expressando a liberdade de tomar decisões e agir em suas vidas cotidianas.

A autonomia e independência são valores fundamentais para a qualidade de vida da pessoa idosa. A capacidade de fazer escolhas e de agir, conforme as próprias preferências, é essencial para o bem-estar físico e mental (Hsiao, 2016). Desse modo, as pessoas idosas que mantêm a sua autonomia e independência conseguem tomar decisões sobre a sua própria vida, gerenciar suas próprias atividades diárias e manter suas próprias rotinas (Hsiao, 2016).

Quanto à realização e construção de projeto de vida, vários sujeitos afirmaram que enfrentam diversas limitações que os impedem de planejar e pensar no futuro. Entre as principais razões mencionadas estão a falta de dinheiro, a idade avançada, a falta de força física, a doença e o cansaço. Essas dificuldades são relatadas nas falas a seguir.

Por causa da idade não tem mais força... cansaço. Não consigo fazer muita coisa e isso me deixa triste às vezes... mas é assim mesmo... eu fiz muita coisa quando pude. (E1)

Não tem condições o dinheiro só dar para comer, o salário é muito pouco, remédio é caro, energia é caro. Tudo é caro, aí fica difícil fazer o que tenho vontade. É por causa disso. (E4)

Não tem mais chance, não tem mais força. Aí fico triste porque não consigo fazer as coisas.. Mas é por causa da idade né?!... Aí só piora. Por isso que não tenho mais vontade de fazer nada. (E7)

Por outro lado, alguns sujeitos relataram que conseguem realizar suas vontades e fazer planos, destacando a liberdade, a saúde e a força física como fatores que favorecem a realização dos seus projetos.

Tenho força para fazer. Se eu quiser eu faço as coisas, eu consigo sair, consigo ir na rua fazer compras ir no banco. Eu consigo fazer tudo que é preciso. (E5)

Sim. Gosto muito de cozinhar e consigo fazer. Também consigo fazer as tarefas de casa. Saio se eu quiser, bebo, faço tudo. Se tiver dinheiro, faço o que quiser. (E9)

A maior parte dos participantes deste estudo associou projeto de vida à realização de desejos e atividades cotidianas. É comum que o exercício de planejar o futuro seja atribuído a jovens e crianças,

enquanto as pessoas idosas tendem a atribuir a função de focar nas questões presentes (Santana et al., 2016). Nessa mesma perspectiva, Santana et al. (2016) destaca que culturalmente a velhice é considerada um período de restrições e perdas, isso pode levar muitas pessoas idosas a internalizar expectativas negativas em relação a projeto de vida na velhice, diminuindo a possibilidade de autorrealização e consequentemente menor qualidade de vida (Santana et al., 2016).

Um projeto de vida pode ser definido como um processo contínuo de reflexão, análise e planejamento para o futuro, no qual o indivíduo estabelece seus objetivos e desenvolve estratégias para alcançá-los. Trata-se de uma construção individual que envolve o conhecimento e a compreensão das próprias capacidades, limitações, desejos e valores, e também das possibilidades e limitações do contexto em que se vive (Santana et al., 2016). Nessa perspectiva, pode-se afirmar que o projeto de vida é influenciado por fatores externos, como a família, a cultura, a economia e a política, mas também depende das escolhas pessoais. É uma ferramenta importante para a busca da realização pessoal, e pode ser reavaliado e reestruturado ao longo da vida (Santana et al., 2016).

Percepção em relação à qualidade de vida

Quanto à percepção de qualidade de vida, a maioria dos participantes destacou a importância de ter boa saúde, estar cercado por amigos e familiares, e ter acesso a recursos que possibilitem uma vida confortável e segura. Alguns mencionaram ainda o contato com a natureza e cultivar a espiritualidade como fatores importantes para sua qualidade de vida:

É ter saúde. disposição. Ter força para o que vai fazer. Ter dinheiro também é importante, mas o mais importante mesmo é a saúde. É porque, assim, tem muita gente que tem dinheiro, mas não é feliz, e para ter uma vida boa tem que ser feliz. (E1)

Precisa ter o simples comer/dormir.... Quando eu quero consigo fazer. Ter dinheiro para fazer o quer e precisa também é importante. Ter Deus também vale muito, né?! E o importante é saúde também né. Senão, não dá para ter uma vida boa é isso. (E3)

Tem que ter muita coisa. Ter dinheiro....E ter saúde também. Se eu fosse saudável, minha vida era melhor. (E8)

Ser feliz. Viver com a pessoa que a gente gosta. Ter uma boa alimentação. Ter tudo de bom é ter o que precisa. Dinheiro para sair e comprar e viajar também. (E9)

É ter saúde. Pode ter o dinheiro que quiser. Mas se tiver saúde. Não dá para aproveitar nada, viver bem com a família e ter comida. Ter forças para fazer as coisas. Acreditar em Deus também é o mais importante. (E10)

No que se refere à qualidade de vida, as respostas sugerem que as pessoas idosas têm percepções variadas sobre sua qualidade de vida. Esses resultados coincidem com os achados na literatura na qual descreve a qualidade de vida como uma medida de bem-estar físico, psicológico e social, que reflete a percepção subjetiva de um indivíduo em relação às condições de sua vida. A definição da qualidade de vida é ampla e multidimensional, envolvendo fatores como condições de trabalho, acesso a serviços de saúde, educação, habitação, segurança, relações sociais e meio ambiente (OMS, 1998; Toldrá et al., 2014).

De acordo com Garbaccio et al. (2018) as pessoas idosas que apresentam uma ótima qualidade de vida têm algumas características específicas, como bom nível de autocuidado, preservação da funcionalidade física e mental, adesão a atividades físicas, participação social e alto nível de satisfação com a vida. Por outro lado, aqueles que têm o oposto, ou seja, má qualidade de vida, evidenciam inatividade, diminuição cognitiva, sintomas depressivos e comorbidades.

O que interfere na sua qualidade de vida hoje?

Os 10 sujeitos entrevistados trouxeram vários fatores que influenciam a qualidade de vida, sendo a saúde o mais comum entre eles. O envelhecimento também é mencionado como um fator que interfere na qualidade de vida de algumas pessoas. A renda e a baixa escolaridade foram reportados como obstáculos para se ter uma vida melhor. A doença, a bebida alcoólica, o sentimento de solidão e a falta de companhia também foram referidos como influenciadores negativos na qualidade de vida, limitando a capacidade de realizar atividades do cotidiano.

Chegando a velhice. O tempo bom passando. Para velho o tempo bom já passou. A saúde está acabando. Fica difícil ter uma vida boa. (E1)

Ter uma renda boa, né?, uma vista boa ajudaria porque fica difícil. Mas minha saúde também é boa, então dá para viver bem graças a Deus. (E2)

A bebida alcoólica atrapalha. A bebida acabou com a minha vida. Ela me fez ficar doente e quase morri. Tô tentando parar, mas ainda é difícil. (E3)

Se não vivesse doente eu ainda tava trabalhando para não ficar parado. Dor no corpo.. na coluna problema na vista. Não tinha estudo também... Naquele tempo era mais difícil, tinha que trabalhar, eu queria ter estudado... aí eu tinha que ir pra roça, cortar cana, tinha que ir né? Porque tinha que comer, né?! Minha filha... Hoje em dia, falta estudo. (E4)

O que atrapalha é a doença. Aí fico sem conseguir fazer as coisas. E não tenho uma vida tão boa hoje em dia. (E7)

Em concordância com a literatura, as pessoas idosas relataram a falta de recursos financeiros, a baixa escolarização, a idade avançada, a falta de força física, a doença e o cansaço como os principais fatores que influenciam negativamente na sua qualidade de vida são esses mesmos motivos que interfere a maior dos pesquisados de ter uma qualidade de vida melhor (Toldrá et al., 2014; Moraes et al., 2008).

Influência da espiritualidade na qualidade de vida.

Dos 10 entrevistados, a maioria respondeu que a espiritualidade tem influência na qualidade de vida, principalmente quando se trata de acreditar em Deus. Para eles, a crença em um ser superior é fundamental para manter uma vida boa, principalmente em momentos de dificuldade. Entretanto, é importante ressaltar que alguns entrevistados parecem ter tido dificuldade em compreender a pergunta, o que pode ter interferido nas respostas obtidas.

À medida que as pessoas envelhecem, enfrentam vários desafios, incluindo perdas, mudanças em seus papéis ocupacionais e sociais, alterações fisiológicas e cognitivas, bem como a consciência da finitude da vida. Nesse sentido, a espiritualidade pode ser uma ferramenta essencial para enfrentar essas adversidades e proporcionar o bem-estar. Segundo Gutz & Camargo (2013), a participação em práticas religiosas e a espiritualidade podem fornecer um senso maior de propósito e significado à vida, o que pode ajudar as pessoas idosas a lidar positivamente com as demandas diárias.

Reflexões para a Terapia Ocupacional

Uma vez que o processo de envelhecimento e qualidade de vida envolve diversos fatores, as necessidades da população idosa abrangem diversas áreas de especialização. Nesse sentido, para garantir a atenção integral, é recomendável que os serviços de saúde sejam compostos por equipes multiprofissionais, como sugerido por Toldrá et al. (2014). A Política Nacional de Humanização, em 2009, enfatizou a importância da colaboração entre diferentes profissões e compartilhamento de conhecimentos para promover a clínica ampliada e garantir a atenção integral à saúde.

A Terapia Ocupacional é uma profissão que utiliza a ocupação e a Atividade de Vida Diária para promover e facilitar a participação do indivíduo em rotinas, hábitos e papéis em diversos contextos que vão desde cuidar de si mesmo, interagir com os outros, desenvolver habilidades até contribuir para a sociedade (AOTA, 2020). Os terapeutas ocupacionais desempenham um papel importante frente ao cuidado com a pessoa idosa, pois utiliza uma abordagem de intervenção holística centrada no cliente, nas suas necessidades e habilidades, buscando equilibrar o bem-estar funcional de forma físicas, mentais, emocionais e espirituais das Atividades de Vida Diária e Atividades Instrumentais de Vida Diária (Barreto et al., 2016).

A inserção da Terapia Ocupacional no meio rural dá-se principalmente por meio da Atenção Primária em Saúde, que oferece uma oportunidade para os profissionais se inserirem nas comunidades mediante intervenções em saúde e, ao mesmo tempo, em que lhes permite agir territorialmente e se relacionar com a população de maneira mais igualitária e participativa (Silva et al., 2022).

A prática terapêutico-ocupacional no meio rural pode ser feita de várias formas. Ela pode ser de caráter comunitário, como experiências em escolas rurais, associações e eventos conforme descrito por Silva et al. (2022), adaptando-se à demanda e ao contexto das pessoas e comunidades, com ênfase na valorização do território rural e na equidade de direitos em relação à população urbana no acesso à educação, cultura e outros bens sociais. Essa abordagem pode incluir visitas no território rural e outras iniciativas que atendam às necessidades específicas da população rural (Silva et al., 2022).

Diante de uma intervenção com a pessoa idosa do campo é fundamental que os terapeutas compreendam o contexto em que eles estão inseridos e como isso afeta suas ocupações, considerando que essa população sofre exclusão social decorrente de desvantagens históricas no acesso a serviços e direitos diversos (Silva et al., 2022). Essas questões têm implicações significativas no cotidiano. Por exemplo, para as pessoas idosas que vivem em áreas rurais, a falta de recursos financeiros e de acesso à saúde pode limitar sua capacidade de participar de atividades ocupacionais significativas e reduzir sua qualidade de vida. Nesse sentido, é importante que os terapeutas ocupacionais considerem essas barreiras e trabalhem com as pessoas idosas para encontrar soluções criativas que permitam sua participação em atividades significativas, dentro de suas limitações e condições (Silva et al. 2022).

Além do mais, as atividades do terapeuta ocupacional, no contexto rural, visaram incentivar a participação social diante da necessidade de desenvolver estratégias que estimulem a independência e a articulação de ações junto à sociedade, contribuindo para a implementação de atividades sociais e de lazer direcionadas a essa população (Silva et al. 2022).

As oportunidades de lazer no meio rural são limitadas, o que dificulta o acesso. O lazer é uma ocupação que está presente no cotidiano em sintonia com a cultura da qual a pessoa faz parte. Dessa forma, o terapeuta ocupacional pode discutir com a pessoa idosa os interesses e as oportunidades de lazer existentes na localidade além de apresentar novas possibilidades, inserindo-o em atividades significativas, proporcionando melhor qualidade de vida (Silva et al. 2022).

Além disso, o terapeuta ocupacional poderá promover ações de educação em saúde, intervenção individual e em grupo, visando desenvolver ações que possibilitem às pessoas idosas adotar medidas preventivas que permitam maior segurança e independência aos indivíduos no cotidiano (Toldrá et al., 2014). Ademais, o terapeuta ocupacional no meio rural também pode atuar no tratamento de doenças crônicas, na prescrição e confecção de tecnologia assistiva, adaptação de rotina, da casa e ergonômica (Silva et al. 2022).

A baixa escolaridade da população idosa da zona rural, configura um desafio aos profissionais de Terapia Ocupacional, pois pode afetar sua capacidade de entender e se envolver em atividades terapêuticas. Os profissionais de Terapia Ocupacional precisam adaptar suas abordagens e materiais conforme o nível de compreensão das pessoas idosas. Considerar a escolaridade dessa população poderá contribuir no direcionamento de estratégias a serem utilizadas no momento da abordagem terapêutica. O profissional deve se atentar para a comunicação eficaz, usando linguagem clara e objetiva (Toldrá et al., 2014.; Silva et al., 2022).

A avaliação da qualidade de vida das pessoas idosas que residem em áreas rurais é uma oportunidade valiosa para a Terapia Ocupacional aplicar toda a sua prática enquanto profissão de saúde, baseada nos princípios assistenciais, educativos, epidemiológicos e de saúde pública. Por meio dessa avaliação, é possível discutir e definir ações que contribuam para um envelhecimento digno, direito garantido pela Constituição brasileira (Toldrá et al., 2014.; Silva et al., 2022).

Conclusão

O presente estudo contribuiu para a compreensão da qualidade de vida das pessoas idosas que residem na zona rural e apontou possíveis reflexões para a área da Terapia Ocupacional. Os resultados dessa pesquisa apontam a vulnerabilidade socioeconômica dessa população, destacando principalmente dificuldades de acesso aos serviços de saúde e educação. Em relação à funcionalidade, a maioria das pessoas idosas deste estudo mostrou-se ativa e participativa nas atividades cotidianas.

A Terapia Ocupacional desempenha um papel importante com essa população, pois estimula o envelhecimento saudável e a participação com autonomia e independência nas atividades cotidianas. A inserção da Terapia Ocupacional no meio rural se dá principalmente por meio da atenção básica a partir de ações de prevenção e promoção da saúde com as pessoas idosas do campo. A participação da Terapia Ocupacional, no meio rural, configura um desafio para o profissional, pois é necessário adaptar as abordagens e materiais conforme o nível de compreensão da pessoa idosa.

Espera-se que os resultados provenientes dessa pesquisa possam se somar a outros conhecimentos e contribuir para a ampliação de políticas públicas que considerem as especificidades da população do campo. É importante destacar que os dados encontrados nesse estudo configuram as características de um número limitado de pessoas idosas pesquisadas, portanto, não pode ser generalizado. Assim, dada a diversidade social e cultural do Brasil, vale ressaltar a importância de novas pesquisas sobre o assunto, voltada para essa população, principalmente no campo da Terapia Ocupacional.

Referências

American Occupational Therapy Association. (2020). Occupational therapy practice framework: Domain and process. *American Journal of Occupational Therapy*, 74(2).
<https://doi.org/10.5014/ajot.2020.74S2001>.

- Bardin, L. (2011). *Análise de conteúdo*. Tradução de Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. Edições 70.
- Barreto, R. G., Sousa, W. C. M., & Sousa, L. B. G. (2016). A atuação da terapia ocupacional com idosos institucionalizados na perspectiva da perspectiva da atenção básica. *Congresso Nacional de Envelhecimento Humano*, 1-10. https://editorarealize.com.br/editora/anais/cneh/2016/TRABALHO_EV054_MD2_SA8_ID603_10102016221707.pdf
- Brucki, S. M. D., Nitrini, R., Caramelli, P., Bertolucci, P. H. F., & Okamoto, I. H. (2003). Sugestões para o uso do mini-exame do estado mental no Brasil. *Arquivo de Neuropsiquiatria*, 61(3) 777-781. <https://doi.org/10.1590/S0004-282X2003000500014>.
- Bloom, D. E., & Lucca, D. L. (2016). The Global Demography of Aging: *Facts, Explanations, Future*. *Science Direct*, 3- 56. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S2212007616300062>.
- Campos, G. L., Fernandes, F. A. S., Tomaz, K. C., Araújo, M. C. S., Gomes, V. C., Sousa, A. D., Reis, M. H. da S., Portuga, J. K. A., & Freitas, D. L. A. (2020). A diferença na qualidade de vida entre idosos da zona urbana e rural: uma revisão integrativa da literatura. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 1(59), 41- 39. <https://doi.org/10.25248/reas.e4139>.
- Costa, R. S., Leão, L. F., & Campos, H. L, M. (2020). Envelhecer na zona rural do interior do estado do Amazonas, desempenho cognitivo, funcionalidade e percepção de saúde: um estudo transversal. *Revista Kairós-Gerontologia*, 23(1), 83-103. <http://dx.doi.org/10.23925/2176-901X.20209v23i1p83-103>
- Chien, M. K. (2019). A relação entre motivação de lazer, participação de lazer e restrições de lazer de idosos - um estudo de caso no sul. *Leisure Industry Research*, 17(4), 31-46. [https://doi.org/10.6746/LIR.201912_17\(4\).0003](https://doi.org/10.6746/LIR.201912_17(4).0003).
- Ferreira, O. G. L., Maciel, S. C., Costa, S. M. G., Silva, A. O., & Moreira, M. A. S. P. (2012). Envelhecimento ativo e sua relação com a independência funcional. *Texto Contexto Enfermagem*, 21(3), 513-518. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-07072012000300004>.
- Garbaccio, J. L., Tonaco, L. A. B., Estêvão, W., & Barcelos, B. J. (2018) Envelhecimento e qualidade de vida de idosos residentes da zona rural. *Revista Brasileira de Enfermagem [Internet]*, 71(2), 724- 732. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0149>.
- Gutz, L., & Camargo, B. V. (2013). Espiritualidade entre idosos mais velhos: um estudo de representações sociais. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro, 16(4), 793-804. <https://doi.org/10.1590/S1809-98232013000400013>.
- Heitor, S. F. D. Rodrigues, L. R., & Tavares, D. M. S. (2016). Fatores associados às complicações metabólicas e alimentação em idosos da zona rural. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(11), 3357-3366. DOI: 10.1590/1413-812320152111.11592015.
- Hsiao, W.Y., Chiang, T. I., & Chen, Y. M. (2016). Trajectories of Leisure Activity and Disability in Older Adults Over 11 Years in Taiwan. *Journal of Applied Gerontology*, 6(37). <https://doi.org/10.1177/0733464816650800>.
- Martinelli, M. L. (2012). *Pesquisa qualitativa: um instigante desafio*. (2 ed.). Veras Editora.
- Ministério da Saúde (Brasil). (2006). *Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa*. (p. 18). Brasília, DF: Autor.
- Minayo, M. C. S. (2002). *Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade*. (21 ed.). Petrópolis: Vozes.

Morais, E. P., Rodrigues, R. A. P., & Gerhardt, T. E. (2008). Os idosos mais velhos no meio rural: realidade de vida e saúde de uma população do interior gaúcho. *Texto Contexto Enfermagem*, 2(17), 374- 83.

Pegorari, M. S., Dias, F. A., Santos, N. M. F., & Tavares, D. M. S. (2015). Prática de atividade física no lazer entre idosos de área rural: condições de saúde e qualidade de vida. *Revista- departamento de Educação Física da Universidade Estadual de Maringá*, 26(2), 233-241. 10.4025/reveducfis.v26i2.25265.

Pinto, A. H., Lange, C., Pastore, C. A., Llano, P. M., & Castro, D. P. (2016). Capacidade funcional para atividades da vida diária de idosos da Estratégia de Saúde da Família da zona rural. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(11), 3545-3555. DOI: 10.1590/1413-812320152111.22182015.

Pucci, G. C. M. F., Rech, C. R., Fermino, R. C., & Reis, R. S. (2012) Association between physical activity and quality of life in adults. *National Library of Medicine*, 46(1), 166-79. 10.1590/s0034-89102012000100021.

Rigo, I. I., Paskulin, L. M. G., & Moraes, E. P. (2010). Capacidade funcional de idosos de uma comunidade rural do Rio Grande do Sul. *Revista gaúcha de enfermagem*, 31(2), 254-61. <https://www.scielo.br/j/rngen/a/FNccKVjNsLKBRCxZGgXZN6h/?format=pdf&lang=pt>.

Ribeiro, C. G., Ferretti, F., & Antônio, S. C. (2017). Qualidade de vida em função do nível de atividade física em idosos urbanos e rurais. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 20(3), 330-339. 10.1590/1981-22562017020.160110.

Santana, C. S., Bernardes, M. S., & Molina, A. M. T. B. (2016). Projetos de vida na velhice. *Estudo interdisciplinar sobre o envelhecimento*, 1(21), 171-186. <https://doi.org/10.22456/2316-2171.59848>.

Silva, M. F., Farias, M. N., & Lopes, R. E. (2022). Terapia ocupacional e meio rural: uma revisão de escopo. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, (31), 33- 47. <https://doi.org/10.1590/2526-8910.ctoAR256533471>.

Toldrá, R. C., Cordon, R. G., Arruda, B. A., & Souto, A. C. F. (2014). Promoção da saúde e da qualidade de vida com idosos por meio de práticas corporais. *O Mundo da Saúde*, 2(38), 159-168. DOI: 10.15343/0104-7809.20143802159168.

Tavares, D. M. S., Santos, L. L., & Dias, F. A. (2015). Qualidade de vida de idosos rurais e fatores associados. *Revista de Enfermagem UFPE on line*, 9(11), 9679-87. DOI: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v9i11a10756p9679-9687-2015>.

Tonezer, C., Trzcinski, C., & Magro, M. L. P. D. (2017). As Vulnerabilidades da Velhice Rural Um Estudo de Casos Múltiplos no Rio Grande do Sul. *Desenvolvimento em Questão*, 15(40), 8-35. <https://doi.org/10.21527/2237-6453.2017.40.7-38>.

World Health Organization - WHO. (2005). *Envelhecimento ativo: uma política de saúde*. Gontijo S. (Trad.). Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_ativo.pdf

World Health Organization – WHO. (1998). *WHOQOL user manual*. Geneva: Division of Mental Health and Prevention of Substance Abuse. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/77932>.