

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
FACULDADE DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EPIDEMIOLOGIA



DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

**Qualidade de vida em adultos da zona rural de Pelotas-RS: estudo
de base populacional**

Caroline Cardozo Bortolotto

Pelotas, RS

2017

CAROLINE CARDOZO BORTOLOTTO

Qualidade de vida em adultos da zona rural de Pelotas-RS: estudo de base populacional

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Universidade Federal de Pelotas (UFPel) como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Epidemiologia.

Orientadora: Profa. Dra. Luciana Tovo Rodrigues

Coorientador: Prof. Dr. Christian Loret de Mola

Pelotas, RS

2017

Universidade Federal de Pelotas / Sistema de Bibliotecas
Catalogação na Publicação

B739q Bortolotto, Caroline Cardozo

Qualidade de vida em adultos da zona rural de Pelotas - RS : estudo de base populacional / Caroline Cardozo Bortolotto ; Luciana Tovo Rodrigues, orientadora ; Christian Loret de Mola, coorientador. — Pelotas, 2017.

169 f.

Dissertação (Mestrado) — Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, 2017.

1. Epidemiologia. 2. População rural. 3. Qualidade de vida. 4. Adultos. I. Rodrigues, Luciana Tovo, orient. II. Mola, Christian Loret de, coorient. III. Título.

CDD : 614.4

CAROLINE CARDOZO BORTOLOTTO

Qualidade de vida em adultos da zona rural de Pelotas-RS: estudo de base populacional

Dissertação apresentada, como requisito parcial, para obtenção do grau de Mestre em Epidemiologia, Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas

Data da defesa: 06/02/2017

Banca examinadora:

Profa. Dra. Luciana Tovo Rodrigues – Presidente da banca
Programa de Pós-graduação em Epidemiologia – Universidade Federal de Pelotas

Prof. Dra. Helen Gonçalves - Examinadora interna da banca
Programa de Pós-graduação em Epidemiologia – Universidade Federal de Pelotas

Prof. Dra Luciana de Ávila Quevedo– Examinadora externa da banca
Programa de Pós-graduação em Saúde e Comportamento– Universidade Católica de Pelotas

Aos 1.519 moradores da zona rural de Pelotas-RS que participaram do estudo.

**“Enquanto você sonha, você está fazendo o
rascunho do seu futuro”**

Charles Chaplin

AGRADECIMENTOS

É uma tarefa muito importante agradecer a todas as pessoas que estiveram envolvidas no processo de desenvolvimento deste trabalho. Os últimos dois anos foram os mais construtivos da minha vida profissional e muitas pessoas fazem parte dessa conquista. Gostaria de agradecer à todos que durante a graduação foram responsáveis pela minha formação acadêmica.

Aos professores e monitores do Programa de Pós-graduação em Epidemiologia que contribuíram tanto com conhecimentos quanto como exemplo pessoal e profissional.

Aos funcionários do Centro de Pesquisas em Epidemiologia por manterem o prédio sempre limpo e organizado, especialmente o café da Lenir por me manter acordada durante esses dois intensos anos e pelos próximos quatro, foi e será essencial.

À minha orientadora Luciana toda paciência, disponibilidade e ensinamento nessa jornada. Lu, obrigada por me escutar, muitas vezes reclamando e falando bobagens. Aprendi muitas coisas contigo, teu jeito dedicado de trabalhar foi um espelho para mim.

Ao meu coorientador Christian, pela colaboração, sugestões e revisões críticas.

À professora Helen por ser banca tanto do projeto de qualificação, quanto da defesa da dissertação. "Mãe" Helen, desde o início do consórcio obrigada por ajudar na hora dos apertos, desabafos e desesperos, tua presença foi muito importante pra mim.

À professora Luciana Quevedo por ter aceito o convite de ser banca desse trabalho.

Aos meu colegas, sem eles não estaria tão realizada com esse Mestrado. Foram tantas tensões e emoções que vivemos. Corremos riscos juntos seja de rodar nas provas de Estatística, seja de ficar perdida no meio da zona rural, no silêncio, no escuro e nos temporais, o que nos tornou unidos pra finalizar da melhor forma um Consórcio "quase impossível". Já diria o epidemiologista britânico Geoffrey Rose "*Um epidemiologista precisa ter mãos sujas e mente limpa*". Turma, obrigada por

fazerem parte dessa etapa da minha vida, foi muito mais divertido do que eu imaginei. A zona rural sem vocês não seria a mesma. Adri, Jana e Rafa, minhas queridas colegas/amigas, parceiras de sushi e chopp artesanal/tequila/qualquer bebida alcoólica, quero acompanhá-las pra sempre. Robert e Thaís, minhas parceiras das missões quase impossíveis impostas pela logística rural. Marri, Renata, e Déia minhas companheiras de viagem e professoras particulares, obrigada por sempre sanarem minhas dúvidas. Ao Bernardo, Jana, Luígi e Pilar pela colaboração no trabalho de campo. Marília, não poderia esquecer de ti que tanto na seleção do Mestrado quanto na do Doutorado foi peça essencial nas minhas vitórias e acompanhou de perto minha angústia.

Aos demais amigos que acompanharam essa etapa, meu muito obrigada pelas horas de chimarrão, festas, viagens, conversas filosóficas e superficiais, choro e risos que me ajudaram a aliviar a tensão e a crescer da melhor forma.

À minha família que sempre me ajudou nas horas de estresse e desespero, especialmente minha Mãe que nos momentos mais difíceis me acalmou, abraçou e me fez acreditar que eu era capaz de ir em frente mesmo com todos obstáculos impostos. À minha afilhada Martina que veio de presente no meio do turbilhão de disciplinas de 2015, cada olhar, cada sorriso, cada beijo e palavra falada, principalmente “Dida”, me deram mais força e ânimo pra chegar até aqui e realizar um sonho.

Por fim, o agradecimento é aos moradores da zona rural de Pelotas, participantes do Consórcio de Pesquisa 2015/2016, às lideranças das comunidades que tanto nos ajudaram no contato com os moradores, sem elas este trabalho não teria sido realizado.

Muito obrigada!

APRESENTAÇÃO

O volume da presente dissertação de mestrado, exigência para obtenção do título de mestre em epidemiologia, pelo Programa de Pós-graduação em Epidemiologia, é composta pelos seguintes itens: projeto de pesquisa, manual de instruções do WHOQOL-BREF, alterações no projeto de pesquisa, relatório de trabalho de campo, anexos, apêndices, artigo original e normas para a publicação na Revista de Saúde Pública.

Este volume foi elaborado pela mestrande Caroline Cardozo Bortolotto, sob orientação da professora Luciana Tovo Rodrigues e coorientação do professor Christian Loret de Mola. A defesa do projeto de pesquisa foi realizada no dia 29 de setembro de 2015, tendo como revisora a professora Helen Gonçalves (Universidade Federal de Pelotas). A banca composta para avaliação da dissertação será composta pela professora Helen Gonçalves (Universidade Federal de Pelotas) e Luciana de Ávila Quevedo (Universidade Católica de Pelotas).

O artigo original, integrante desse volume intitula-se **“Qualidade de vida em adultos de zona rural no sul do Brasil: estudo de base populacional”**.

SUMÁRIO

PROJETO DE PESQUISA.....	12
1. INTRODUÇÃO	12
2. REVISÃO DE LITERATURA	15
2.1 <i>Qualidade de Vida em Zonas Rurais e Urbanas</i>	18
2.2 <i>Qualidade de Vida em Adultos e Idosos da Zona Rural</i>	21
3. MARCO TEÓRICO	40
4. JUSTIFICATIVA	44
5. OBJETIVOS	46
5.1. <i>Objetivo geral</i>	46
5.2. <i>Objetivos específicos</i>	46
6. HIPÓTESES.....	47
7. METODOLOGIA	48
7.1. DELINEAMENTO.....	48
7.2. POPULAÇÃO-ALVO	48
7.3. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	48
7.4. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO	48
7.5. DEFINIÇÃO OPERACIONAL DOS DESFECHOS	48
7.6. INSTRUMENTO	49
7.7. DEFINIÇÃO OPERACIONAL DAS EXPOSIÇÕES.....	51
7.8. AMOSTRA E PROCESSO DE AMOSTRAGEM	52
7.9. CÁLCULO DO TAMANHO DA AMOSTRA.....	53
7.10. ESTUDO PRÉ-PILOTO	57
7.11. ESTUDO PILOTO	57
7.12. SELEÇÃO E TREINAMENTO DAS ENTREVISTADORAS	57
7.13. LOGÍSTICA DE TRABALHO DE CAMPO	58
7.14. CONTROLE DE QUALIDADE.....	58
7.15. PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS.....	59
7.16. ASPECTOS ÉTICOS	60
7.17. FINANCIAMENTO.....	60
7.18. DIVULGAÇÃO DOS DADOS E RESULTADOS.....	60
7.19. CRONOGRAMA	61
8. REFERÊNCIAS	62
ANEXO 1 INSTRUMENTO DE PESQUISA -	71
ANEXO 2 FIGURA COMPLEMENTAR AO INSTRUMENTO.	78
MANUAL DE INSTRUÇÕES DO WHOQOL-BREF	79
ALTERAÇÕES DO PROJETO DE PESQUISA.....	89
1. DEFINIÇÃO OPERACIONAL DOS DESFECHOS:	90
2. DEFINIÇÃO OPERACIONAL DAS EXPOSIÇÕES:.....	90
RELATÓRIO DO TRABALHO DE CAMPO	91
1. INTRODUÇÃO	92
2. COMISSÕES DO TRABALHO DE CAMPO.....	94

3. QUESTIONÁRIOS	98
4. MANUAL DE INSTRUÇÕES.....	98
5. AMOSTRA E PROCESSO DE AMOSTRAGEM	99
6. SELEÇÃO E TREINAMENTO DAS ENTREVISTADORAS	102
7. DIVULGAÇÃO.....	104
8. ESTUDO PILOTO	106
9. LOGÍSTICA E TRABALHO DE CAMPO	107
10. CONTROLE DE QUALIDADE.....	110
11. RESULTADOS GERAIS	111
12. CRONOGRAMA	114
13. ORÇAMENTO	115
14. REFERÊNCIAS	117
ANEXO E APÊNDICES.....	118
MATERIAIS UTILIZADOS NO CONSÓRCIO RURAL 2015/2016	118
ANEXO 1. PARECER DO ACEITE DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO CONSÓRCIO RURAL.....	119
APÊNDICE 1. CARTA DE APRESENTAÇÃO CONSÓRCIO RURAL 2015/2016	122
APÊNDICE 2. TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO CONSÓRCIO RURAL.....	124
APÊNDICE 3. MATERIAL DE DIVULGAÇÃO CONSÓRCIO RURAL 2015/2016.....	126
APÊNDICE 4. QUESTIONÁRIO DE CONTROLE DE QUALIDADE CONSÓRCIO RURAL 2015/201.....	128
ARTIGO	130
RESUMO	132
ABSTRACT	133
INTRODUÇÃO	136
MÉTODOS	138
RESULTADOS	142
DISCUSSÃO.....	145
REFERÊNCIAS	150
NOTA PARA A IMPRENSA (PRESS-RELEASE).....	158
NORMAS DE PUBLICAÇÃO DA REVISTA DE SAÚDE PÚBLICA.....	161

PROJETO DE PESQUISA

1. Introdução

Desde a Antiguidade, o tema qualidade de vida (QV) tem gerado intensa reflexão. Uma das referências históricas mais conhecidas sobre o conceito de qualidade de vida é a obra de Aristóteles, a qual se refere à boa vida e virtude (MORGAN, 1992). De acordo com a definição da Organização Mundial da Saúde (OMS), *qualidade de vida é a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações* (THE WHOQOL GROUP, 1994).

A preocupação com o conceito de QV refere-se a um movimento dentro das ciências humanas e biológicas no sentido de valorizar parâmetros que sejam mais amplos do que o controle de sintomas, da diminuição da mortalidade ou o aumento da expectativa de vida, de forma que as pessoas busquem acrescentar não apenas números de anos de vida mas também fatores que adicionem qualidade aos anos vividos (THE WHOQOL GROUP, 1994). Assim, a avaliação de QV vem crescendo em importância como medida na avaliação de intervenções terapêuticas, de serviços e da prática assistencial cotidiana na área da saúde (MINAYO, HARTZ E BUSS, 2000). Dessa forma, a melhoria da QV passou a ser um dos resultados esperados das práticas assistenciais e das políticas públicas no campo da promoção da saúde (SEIDL E ZANNON; 2004).

Outro aspecto diretamente relacionado com o tema QV que deve ser salientado é o envelhecimento da população brasileira. De acordo com os números divulgados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a expectativa de vida no Brasil, para ambos os sexos, subiu de 73,5 anos em 2010, para 74,9 anos em 2013 (IBGE, 2010a; IBGE 2013a). O processo de envelhecimento nos países em desenvolvimento ocorreu de forma rápida, sem tempo de adequação às novas necessidades de saúde (BRASIL, 2006). Visto que 40% do tempo vivido pelos idosos dá-se sem saúde, a avaliação de QV nessa faixa etária é necessária e tem sido um dos principais focos da literatura atual (CAMARANO, 2004).

Se, por um lado, a condução de estudos em idosos é importante para se compreender a QV e necessidade de saúde dessa faixa etária, por outro não é

suficiente, já que o ideal seria identificar fatores que possam estar piorando a QV dos indivíduos em uma fase de vida anterior à essa, ou seja, atuando de forma preventiva na saúde da população, explicitando a necessidade de se avaliar a QV em todas as faixas etárias da população.

Visto que no âmbito da saúde, a QV centraliza-se na capacidade de viver sem doenças ou de superar as dificuldades dos estados ou condições de morbidade (MINAYO, HARTZ E BUSS, 2000), espera-se que as necessidades de saúde estejam entre as principais preocupações das políticas públicas, por exemplo através da preparação dos profissionais de saúde intervindo em fatores que possam melhorar a saúde da população e conseqüentemente ter uma melhor QV.

Existem controvérsias se os indicadores de saúde da população rural são melhores ou piores que os da população urbana. Alguns estudos apontaram taxas mais elevadas de mortalidade entre populações rurais (LAURELL, 1981). A morbidade também tem sido maior entre trabalhadores rurais em problemas como alcoolismo, desnutrição e traumatismo craniano (LONDON *et al.*, 1998), verminoses, anemia e zoonoses (OLUGBILE e OYEMADE, 1982). Ainda, maior taxa de analfabetismo, menor escolaridade e renda são piores em relação à zona urbana (IBGE, 2010b). Por outro lado, estudos nórdicos baseados em registros de mortalidade e/ou morbidade evidenciaram taxas menores de mortalidade e de internações hospitalares entre agricultores, quando comparados à população urbana (HELIN, 1991; STIERNSTROM *et al.*, 2001). Em relação aos indicadores de saúde, alguns estudos sugerem que aqueles de zonas rurais (IBGE, 2013b) são melhores que os de populações urbanas enquanto outros sugerem o oposto onde, por exemplo, o menor acesso a serviços de saúde são relatados em zonas rurais. (ARSLANTAS *et al.*, 2009; HOI, CHUC E LINDHOLM, 2010; PEREIRA *et al.*, 2006; DIAS, 2006).

A QV, enquanto um indicador de saúde, é influenciada por aspectos demográficos e econômicos, de forma que as diferenças entre a população rural e a urbana possam estar ligadas aos diferentes níveis de escolaridade, renda, ocupação e acessos aos serviços de saúde (PINHEIRO *et al.*, 2002; SILVA *et al.*, 2013; KASSOUF, 2005). Assim, a investigação de QV em áreas rurais é necessária para se compreender as necessidades de saúde específicas dessas populações.

Segundo o Censo realizado pelo IBGE, em 2010, a população rural no Brasil era de 29.830.007 milhões de pessoas, correspondendo a, aproximadamente, 15%

da população do país. No estado do Rio Grande do Sul (RS), 1.593.638 milhões de pessoas residentes na zona rural, sendo aproximadamente também 15% dessa população (IBGE, 2010). Entretanto, a QV dessa população é pouco conhecida, visto que a maioria dos estudos avaliando QV na população são específicos da zona urbana.

2. Revisão de Literatura

A revisão de literatura teve por objetivo encontrar artigos relevantes sobre o tema “qualidade de vida em populações de área rural”. Para isso, utilizou-se as bases de dados PubMed e LILACS. Um conjunto de publicações sobre o assunto abordado foi identificado nas bases de dados através do rastreamento dos artigos utilizando os seguintes descritores em inglês no PubMed (MeSH/DeCS): “*quality of life*” AND *adults* AND “*rural population OR rural area*”; na base de dados LILACS foram utilizados os mesmos descritores em português.

A busca na base de dados do PubMed foi realizada com os seguintes limites: estudos conduzidos apenas com humanos; em inglês, espanhol e português e publicados nos últimos 10 anos afim de obter uma revisão com estudos mais atuais, principalmente em relação à validação do instrumento WHOQOL-BREF, publicado em 1994, que é o instrumento mais comumente utilizado pela comunidade científica, e recomendado pela OMS. Na LILACS a busca foi realizada de maneira ampla, não obedecendo aos limites estabelecidos no PubMed.

O processo de seleção dos artigos/estudos que integram a revisão de literatura do presente projeto de pesquisa foi constituído por: 1º) leitura dos títulos identificados através dos descritores; 2º) seleção de títulos relevantes; 3º) leitura dos resumos; 4º) seleção dos resumos relevantes para leitura do artigo; 5º) leitura dos artigos; 6º) seleção dos estudos considerados importantes.

A Tabela 1 apresenta a estratégia de busca conforme limites e termos utilizados. A Figura 1 apresenta o esquema do processo de seleção dos artigos incluídos nesta revisão. Nas bases de dados foram encontrados 444 estudos não duplicados. Desses, 141 foram selecionados a partir da leitura do título e 303 foram excluídos por não abrangerem o assunto de interesse através dos títulos. Após a leitura dos resumos, 70 artigos foram selecionados e 71 foram excluídos pois avaliavam morbidades específicas ou populações-alvo com características diferentes da que será investigada no presente estudo, por exemplo, diferente faixa etária. Dos 70 artigos lidos, 51 foram excluídos por não contemplarem o assunto de interesse e, por fim, foram selecionados 19 para compor a presente revisão bibliográfica. Os artigos incluídos nesta revisão bibliográfica encontram-se resumidamente apresentados em uma ordem cronológica no Quadro 1.

Tabela 1. Estratégia de busca conforme limites e termos utilizados

Base de Dados	Referências encontradas	Títulos selecionados	Artigos de interesse	Total que compõem a revisão bibliográfica
PubMed	440	140	70	19
LILACS	4	1	0	0
Total	444	141	70	19

A partir dos estudos apresentados no Quadro 1 foi possível construir um panorama geral dos aspectos mais importantes dos mesmos, que será descrito a seguir, a fim de contextualizar os aspectos que integram o tema proposto neste projeto.

Todos os estudos avaliaram a QV na população rural, porém alguns abrangeram também a zona urbana (N=8). A maioria deles foi conduzido apenas com indivíduos idosos (N=11). A idade detalhada de todos os estudos pode ser observada no quadro 1. Quanto à metodologia, a maioria dos estudos encontrados foram de delineamento transversal (N=17) e apenas dois longitudinais.

Dentre os estudos internacionais, a maioria foi conduzido em amostras na China (N=4) e no Vietnã (N=3). Dois estudos foram conduzidos nos Estados Unidos e dois na Polônia. Os demais trabalhos foram realizados nos seguintes continentes: Asiático (Bangladesh, Índia, Indonésia, Japão, Turquia,), Africano (África do sul, Egito, Gana, Quênia e Tanzânia), Europeu (Grécia), Americano (Brasil e Espanha) e Oceania (Nova Zelândia). No Brasil, o único estudo encontrado nesta revisão de literatura foi um estudo transversal realizado em indivíduos com 60 anos ou mais com base em um censo (2003) de idosos residentes nas áreas urbana e rural de Carlos Barbosa (RS) (DAL PIZZOL *et al.*, 2012).

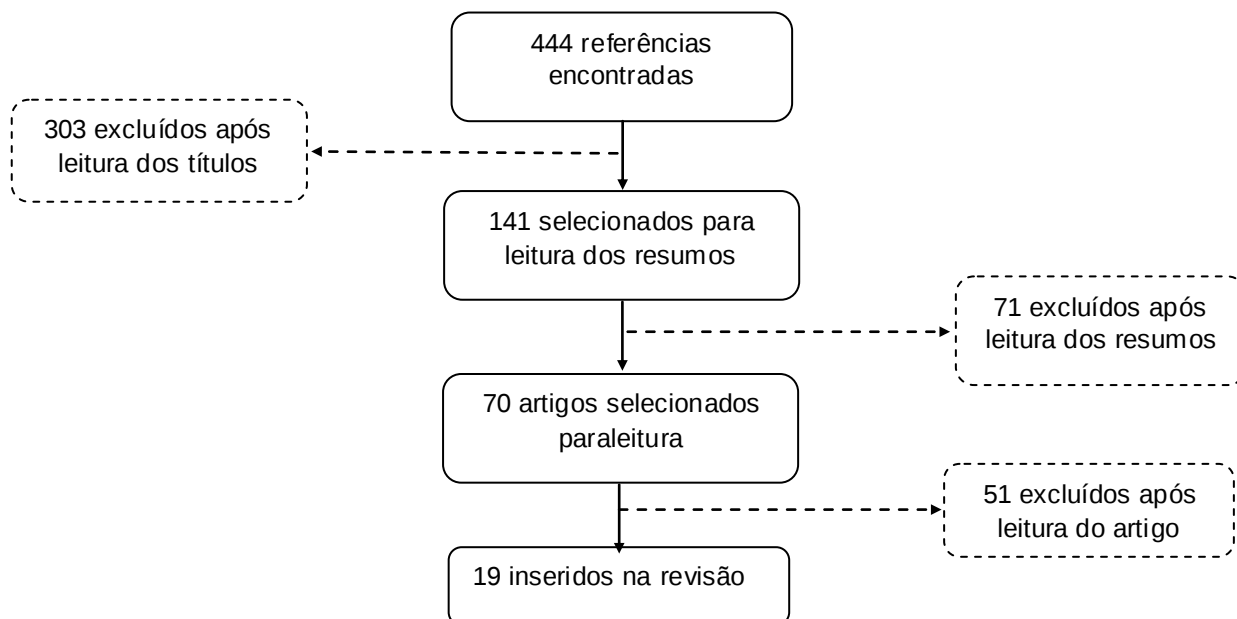


Figura 1. Fluxograma da busca bibliográfica e seleção dos artigos no PubMed e LILACS.

Entre os trabalhos selecionados, a QV foi avaliada através de diferentes instrumentos. O mais frequentemente empregado nos estudos desta revisão (N=10 estudos) foi o WHOQOL-BREF. Esse questionário constitui-se em uma escala de QV desenvolvido pela OMS e validado no Brasil (THE WHOQOL GROUP, 1994; FLECK *et al.*, 1999). Ele é composto por duas perguntas que avaliam QV global e quatro domínios descritos abaixo:

- Domínio I (físico): dor, desconforto, energia e fadiga; sono e repouso; mobilidade; atividades da vida cotidiana; dependência de medicação ou tratamentos e capacidade de trabalho;
- Domínio II (psicológico): sentimentos positivos e negativos, pensar, aprender, memória e concentração, autoestima, imagem corporal e aparência, espiritualidade, religião e crenças pessoais;
- Domínio III: (relações sociais): relações pessoais, suporte (apoio) social e atividade sexual;
- Domínio IV (meio ambiente): segurança física e proteção, ambiente do lar, recursos financeiros, cuidados sociais e de saúde, oportunidade de recreação ou lazer e participação nas mesmas, ambiente físico (poluição/ruído/trânsito/clima) e transporte;

Outro instrumento utilizado em três dos 19 trabalhos selecionados foi o Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36), composto por 36 questões e dividido em oito dimensões: função física, desempenho físico, dor,

saúde geral, vitalidade, função social, desempenho emocional e saúde mental (WARE E SHEBOURNE, 1992). A versão breve do SF-36 (SF-12) foi utilizada em apenas um dos trabalhos (SILVEIRA *et al.*, 2013).

Outros dois instrumentos menos utilizados entre os estudos selecionados englobam WHOQOL-OLD, o qual objetiva avaliar a QV de idosos e contém questões específicas para essa faixa de vida (THE WHOQOL-OLD GROUP; POWER *et al.*, 2005), e o EuroQol-5D, desenvolvido pelo Grupo EuroQol (grupo de investigadores europeus), que objetiva avaliar o status de saúde do entrevistado (THE EUROQOL-GROUP, 1990). Alguns estudos, ainda, construíram seus próprios questionários para medir a QV com escalas e pontos de cortes diferentes, variando conforme a população-alvo do estudo.

2.1 Qualidade de Vida em Zonas Rurais e Urbanas

Um dos principais objetivos dos trabalhos selecionados foi comparar a QV entre populações residentes em zonas rurais e urbanas. As zonas rurais e urbanas, de uma maneira geral, apresentam diferenças capazes de influenciar a QV, como acesso a serviços de saúde (KASSOUF, 2005), diferenças de ambientes físico e social (por exemplo qualidade de ar, poluição sonora e estilo de vida) (SHEPHERD *et al.*, 2013).

Essas diferenças relacionadas a aspectos de saúde entre áreas urbanas e rurais podem estar relacionadas às disparidades socioeconômicas entre elas, visto que, em todo o mundo, há evidências de que a estratificação da população de acordo com seus níveis socioeconômicos define, também, estratos diferenciados nos níveis de saúde (OMRAN, 1996). Na população brasileira, de acordo com a Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) a renda média mensal urbana é mais do que o dobro da rural (IBGE, 2010b). Dessa forma, as diferentes taxas de mortalidade podem ser um exemplo dessas disparidades entre áreas urbanas e rurais, já que como citado anteriormente elas possuem rendas diferentes e um estudo apontou taxas mais elevadas de mortalidade entre populações rurais do que urbanas (LAURELL, 1981).

A morbidade também tem sido maior entre trabalhadores rurais em problemas como alcoolismo, desnutrição e traumatismo craniano (LONDON *et al.*, 1998), verminoses, anemia e zoonoses (OLUGBILE e OYEMADE, 1982). Por outro lado,

estudos nórdicos baseados em registros de mortalidade e/ou morbidade evidenciaram taxas menores de mortalidade e de internações hospitalares entre agricultores, quando comparados à população urbana (THELIN, 1991; STIERNSTROM *et al.*, 2001).

Especificamente no Brasil, a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) indicou que as prevalências de atividade física no trabalho e de tabagismo são maiores em habitantes de área rural do que na urbana. Em relação às doenças crônicas, a prevalência de diabetes, doenças cardiovasculares (DCV), depressão, câncer e asma foram maiores na zona urbana do que na rural (IBGE, 2013b). Assim, a avaliação da QV é um componente importante para se ter o panorama geral de saúde da população adulta e espera-se que as medidas de QV difiram entre as populações.

No Brasil, na cidade de Carlos Barbosa (RS), onde 20,6 % da população é considerada rural, um estudo avaliou o uso de medicamentos na zona rural e urbana e encontrou um maior percentual de idosos com 60 anos ou mais, moradores na área rural com melhor QV para o domínio físico não encontrando associação significativa para os demais domínios do WHOQOL-BREF, sugerindo que indivíduos mais doentes e que usem mais medicamentos tenham uma percepção pior sobre sua função física (DAL PIZZOL *et al.*, 2012).

Dois estudos avaliando apenas mulheres encontraram resultados discordantes. ESMAEILZADEH *et al.* (2013) observaram maior probabilidade de ter melhor QV relacionada à saúde física, à pior apreciação da vida e QV global em mulheres iranianas casadas com idade de 45 a 60 anos residentes em zona rural, o que, segundo o estudo pode estar ligado à fatores como educação, tabagismo, ocupação das mulheres e de seus parceiros. Por outro lado, mulheres residentes em zonas rurais da Polônia apresentaram piores escores do SF-36 para QV relacionada à saúde física comparadas com moradoras em zona urbana, esse resultando pode sugerir que por se tratar de um estudo específico com mulheres, elas estão se exercitando menos do que as mulheres de zona urbana (ZAGOZDZON *et al.*, 2011).

Por fim, uma coorte de idosos de veteranos de guerra nos Estados Unidos avaliou QV através do questionário SF-12 e observou que indivíduos residentes em área rural apresentaram piores escores de QV no domínio físico ($p < 0,0001$) e melhor no domínio mental ($p < 0,0001$), sugerindo que a idade avançada está relacionada a uma melhor saúde mental, possivelmente, devido a mecanismos subjacentes que

podem afetar a saúde ao longo da vida, como reduzir o efeito cumulativo das exposições sociais (WALLACE *et al.*, 2010). Da mesma forma, melhores escores de QV no domínio mental também foram associados à zona rural na Grécia e no Irã, através do SF-36, sugerindo que o ambiente rural, por ser um local mais silencioso e com maior contato com a natureza, possa resultar em menores níveis de estresse e consequentemente uma melhor saúde mental (LAHANA, PAPPA e NIAKAS, 2010; ZAGOZDZON *et al.*, 2011).

No entanto, é importante salientar que os ambientes rural e urbano podem refletir diferentes resultados de qualidades de vida frente a doenças. Por exemplo, um estudo comparando pacientes com doenças crônicas, das zonas rural e urbanada Polônia, observou melhores escores de QV, medido pelo WHOQOL-BREF, para o domínio meio ambiente naqueles indivíduos residentes de zona rural (KURPAS, MROCZEK E BIELSKA, 2014). Entretanto, os impactos de se viver em ambientes rural ou urbano não são bem estabelecidos visto que há vários fatores que possam influenciar nesses resultados como, por exemplo, diferentes aspectos culturais, demográficos e socioeconômicos.

2.2 Qualidade de Vida em Adultos e Idosos da Zona Rural

Um outro aspecto importante abordado entre os trabalhos selecionados foi a idade da população-alvo onde entre os estudos que se focaram apenas na zona rural, a maioria utilizou amostras de idosos como população-alvo. Algumas das principais doenças crônicas não-transmissíveis, como doenças cardiovasculares, câncer, diabetes, enfermidades respiratórias crônicas e doenças neuropsiquiátricas têm respondido por grande parte das mortes antes dos 70 anos de idade e da perda de QV. Isso pode estar relacionado ao fato de elas gerarem incapacidades e alto grau de limitação nos indivíduos em suas atividades de trabalho e lazer (SCHMIDT *et al.*, 2011). Ainda, com o aumento da idade, além da maior probabilidade de desenvolver doenças, fatores como a dependência no campo social, a perda de papéis, os estereótipos e preconceitos podem levar à diminuição da QV dos idosos. A QV de idosos pode ser preservada ou melhorada se houver autonomia, independência, boa saúde física e interação social (BOWLING, 2007).

Dessa forma, um estudo longitudinal em área rural na Espanha, com questionário próprio para idosos, realizado em três Unidades Básicas de Saúde (UBS) investigou fatores relacionados com a variação de QV e observou que, entre 1994 e 2002, houve a redução dos escores de QV global, e nos domínios de saúde mental e física e atividades diárias ($p < 0,001$). Além disso, comparando os dois momentos do estudo, os autores identificaram que ser homem, ter maior escolaridade (a partir do primário completo), ter menor idade (65 a 74 anos) e ser viúvo, esteve associado a menor piora de escores de QV (LOPEZ *et al.*, 2008). Da mesma forma, no Vietnã, os mais jovens (60 a 65 anos) estiveram associados à melhores escores de QV (HOI, CHUC E LINDHOLM, 2010), e na Turquia os indivíduos mais velhos (80 anos ou mais) apresentaram pior QV para os domínios físico e mental (ARSLANTAS *et al.*, 2009).

Assim como a idade, outros fatores demográficos, socioeconômicos e sociais se mostraram determinantes dos escores de QV. No Vietnã, os índices de QV avaliados através do questionário EuroQol-5D em idosos da zona rural foram alto e observou-se que os indivíduos com posição como um chefe de família, trabalhando até a velhice, com maior escolaridade (ensino médio e superior completos) e pertencentes à melhores quintis de riqueza apresentaram maior QV (HOI, CHUC E LINDHOLM, 2010).

Entre os estudos que avaliaram QV de idosos através de um questionário próprio, um deles encontrou que a maioria dos participantes indicou estar satisfeito com sua vida (60,2%) onde aqueles com idade mais avançada e com maior escolaridade (ensino médio e superior completos) mostraram-se mais satisfeitos com sua vida em comparação àqueles sem escolaridade (OR=1,22, $p=0,02$). Ainda, os mais velhos, porém com menos recursos financeiros, eram menos propensos a estarem satisfeitos com as suas vidas (recursos financeiros limitados, $p<0,001$; OR=0,29; recursos financeiros muito limitados, $p<0,001$; OR=0,09) em comparação àqueles com recursos financeiros mais adequados) (LI, CHI E XU, 2013).

De acordo com alguns estudos, indivíduos casados, geralmente, possuem uma QV melhor por apresentarem condições mentais melhores. Além disso, ser casado está associado à menores taxas de mortalidade e morbidade em relação aos solteiros (BIERMAN, FAZIO E MILKIE, 2006; HAN *et al.*, 2014; JOUNG *et al.*, 1994; HU E GOLDMAN, 1990). Diante disso, um estudo transversal na Turquia realizado com idosos a partir de 65 anos com o WHOQOL-BREF, quanto à situação conjugal e escolaridade, observou que as mulheres viúvas e os analfabetos apresentaram menores escores para QV nos domínios, físico, mental e meio ambiente. Já aqueles com diagnóstico médico de doenças crônicas e acamados apresentaram escores estatisticamente significativos menores em todos os domínios de QV, enquanto que os idosos que viviam com seus cônjuges apresentaram escores mais elevados de QV (ARSLANTAS *et al.*, 2009).

Outro fator associado à QV e discutida entre os trabalhos selecionados é a desigualdade de gêneros. A desigualdade social refere-se a processos que têm o efeito de limitar ou prejudicar o *status* de um determinado grupo, classe ou círculo social onde um dos fatores que está ligado a isso é a discriminação de gêneros (REYGADAS, 2004). As mulheres muitas vezes são vítimas das consequências disso através de uma subordinação social. Conforme os resultados de QV observados na literatura, um estudo encontrou que mulheres idosas apresentaram menores escores de QV em todos os domínios do WHOQOL-BREF ($p<0,0001$), quando comparadas com homens idosos, exceto no domínio relações sociais (ARSLANTAS *et al.*, 2009). Da mesma forma, apesar de o estudo não ser específico de zona rural mas incluir a mesma, foi encontrado também uma pior QV pelas mulheres em todas as dimensões do questionário SF-36 (LAHANA, PAPPA e NIAKAS, 2010).

A literatura mostra que o sono é uma função biológica fundamental (REIMÃO, 1996; FERRARA E DE GENARO, 2001). As consequências dos distúrbios do sono são fortemente relacionadas à QV das pessoas que sofrem desse mal, uma vez que, devido a essas importantes funções, as perturbações do sono podem acarretar alterações significativas no funcionamento físico, ocupacional, cognitivo e social do indivíduo, podendo comprometer substancialmente sua QV (ROTH *et al.*, 2002; OHAYON E HONG, 2002).

Uma relação direta entre pior QV e fatores associados à pior qualidade do sono como ter dificuldade em iniciar o sono, em manter o sono e em despertar de manhã cedo, um menor tempo de sono, despertares noturnos, foi observada nos estudos incluídos na presente revisão (CHIU *et al.*, 2012; CHIU *et al.*, 2014; RAHMAN E GAAFARY, 2014; LI, *et al.*, 2013). Fornecendo suporte a esses achados, um estudo transversal realizado em 8 países encontrou que pior QV foi associada a uma prevalência maior de problemas com o sono, tanto em homens quanto em mulheres nos 8 países estudados ($p < 0,001$) (STRANGES *et al.*, 2012).

Ainda, uma tendência mostrando melhor QV em áreas rurais silenciosas e pior nas áreas urbanas barulhentas foi observada na Nova Zelândia (SHEPHERD *et al.*, 2013).

Enfim, os trabalhos selecionados apresentam, em sua maioria, resultados discordantes, não havendo um padrão em relação à QV em populações rurais. Devido a especificidades culturais, econômicas, demográficas e de condições de saúde, de cada região estudada, as avaliações gerais e por diferentes domínios dos instrumentos de QV podem ser diferentes.

Quadro 1. Detalhes dos artigos seleccionados

Identificação	País/ Tipo de estudo	Amostra	Instrumento	Resultados	Comentários
ARSLANTAS <i>et al.</i> , 2009	Turquia, Transversal	N= 1.301 65 anos ou mais	WHOQOL- BREF	Mulheres apresentaram menores escores de QV em todos os domínios ($p<0,0001$), quando comparadas com homens, exceto no Domínio Relações Sociais. Viúvas e analfabetos apresentaram menor escores para QV nos domínios, físico ($p<0,0001$, $p<0,0001$) mental ($p<0,0001$, $p<0,01$) e ambiente ($p<0,001$, $p<0,0001$), os mais velhos (80 anos ou mais) apresentaram pior QV para os domínios físico e mental ($p<0,0001$, $p<0,0001$).	O questionário WHOQOL-BREF utilizado no estudo foi na versão turca.

Continuação Quadro 1. Detalhes dos artigos selecionados

Identificação	País/Tipo de estudo	Amostra	Instrumento	Resultados	Comentários
CHIU <i>et al.</i> , 2012	China, Transversal	N=1.642 16-34 anos	WHOQOL- BREF	Piores escores de QV no domínio físico foram associados à dificuldade em iniciar o sono, em manter o sono e em despertar de manhã cedo ($p<0,05$).	O estudo foi conduzido entre agosto de 2005 e fevereiro de 2006 e fez parte de uma pesquisa epidemiológica de grande escala sobre o distúrbio do sono e comportamentos suicidas em chineses jovens residentes rurais. Sintomas de depressão, pior satisfação da vida, menor suporte social e maior realização de eventos na vida foram associados à maior frequência de insônia.

Continuação Quadro 1. Detalhes dos artigos selecionados

Identificação	País/Tipo de estudo	Amostra	Instrumento	Resultados	Comentários
DAL PIZZOL <i>et al.</i> , 2012	Brasil, Transversal	N= 872 N=402 (urbano) N=409 (rural) 60 anos ou mais	WHOQOL-BREF	Maior percentual de moradores na área rural com melhor QV, para o domínio físico ($p<0,001$).	Estudo realizado com base em um censo (2003) de idosos residentes nas áreas urbanas e rurais, através da Secretaria Municipal de Assistência Social e Habitação da cidade de Carlos Barbosa (RS).

Continuação Quadro 1. Detalhes dos artigos selecionados

Identificação	País /Tipo de estudo	Amostra	Instrumento	Resultados	Comentários
SAMPAIO E ITO, 2012	Japão, Transversal	N=465 N=178 (rural) N=287 (urbana) 60 anos ou mais	WHOQOL-BREF WHOQOL-OLD	No WHOQOL-BREF, de uma forma geral, o domínio que apresentou um maior escore para QV foi o domínio físico e no WHOQOL-OLD foi o domínio de habilidades sensoriais.	O estudo avaliou indivíduos japoneses tanto de zona urbana quanto de zona rural durante o período de agosto 2009 e janeiro de 2010.

Continuação Quadro 1. Detalhes dos artigos selecionados

Identificação	País/Tipo de estudo	Amostra	Instrumento	Resultados	Comentários
STRANGES <i>et al.</i> , 2012	8 países da África e Ásia, (África do Sul, Tanzânia, Quênia, Gana, Vietnã, Bangladesh, Índia e Indonésia). Transversal	N=43.936 50 anos ou mais	WHOQOL	Pior QV foi associada a uma prevalência significativamente maior de problemas de sono, tanto em homens quanto em mulheres nos 8 países estudados ($p<0,001$).	Estudo realizado com dados, de participantes de área rural, disponíveis publicamente na “Rede Internacional de Avaliação Demográfica das Populações e sua Saúde” conduzido entre 2006 e 2007.

Continuação Quadro 1. Detalhes dos artigos selecionados

Identificação	País/Tipo de estudo	Amostra	Instrumento	Resultados	Comentários
SHEPERD <i>et al.</i> , 2013	Nova Zelândia, Transversal	N=824 N= 158 (rural silenciosa) N= 39 (rural barulhenta) N= 373 (urbana silenciosa) N= 253 (urbana barulhenta) 18 anos ou mais	WHOQOL- BREF	O estudo observou escores maiores de QV nas áreas rurais mais silenciosas, e os menores escores de QV nas áreas de cidades barulhentas, porém não obteve resultados estatisticamente significativos.	Os dados utilizados foram de 3 estudos transversais que identificaram ambientes sonoros contrastantes.

Continuação Quadro 1. Detalhes dos artigos selecionados

Identificação	País/Tipo de estudo	Amostra	Instrumento	Resultados	Comentários
ESMAEILZADEH <i>et al.</i> , 2013	Irã, Transversal	N= 1.140 mulheres N=577 zona urbana; N= 563 zona rural 20-45 anos	WHOQOL	Viver em ambientes rurais reduziu a probabilidade de ter pior QV relacionada à saúde física ($p<0,05$; $OR=0,67$; $IC= 0,50-0,91$). Já em relação à apreciação da vida ($p<0,05$; $OR=0,44$; $IC95\%=0,32-0,61$), e à QV global ($p<0,05$; $OR 0,44$; $IC95\%=0,37-0,61$) viver em zona rural esteve associado à pior QV em relação à urbana. De forma geral, as mulheres com educação <9 anos tinham uma probabilidade menor de ter pior QV relacionada à saúde física ($OR=0,64$; $IC95\%=0,43-0,93$), ao estado mental / emocional ($OR 0,64$; $IC95\%=0,43-0,93$), e uma probabilidade maior de melhor QV global ($OR=1,82$; $IC95\%=1,24-2,66$). As mulheres tabagistas, de forma geral, tiveram menor probabilidade de ter pior avaliação de estresse ($OR=0,62$; $IC95\%=0,42-0,92$).	O estudo foi realizado com mulheres iranianas casadas residentes nas zonas rural e urbana. O objetivo deste estudo foi avaliar os efeitos de residência rural na qualidade de vida dessas mulheres.

Continuação Quadro 1. Detalhes dos artigos selecionados

Identificação	País/Tipo de estudo	Amostra	Instrumento	Resultados	Comentários
CHIU <i>et al.</i> , 2014	China, Transversal	N=1.632 16-34 anos	WHOQOL- BREF	Menor tempo de sono foi associado à menores escores de QV no domínio físico, psicológico e ambiente ($p<0,001$ para todos domínios). Maior tempo de sono foi associado à escores mais altos de QV no domínio ambiente ($p<0,001$).	O estudo foi conduzido entre agosto de 2005 e fevereiro de 2006 e fez parte de uma pesquisa epidemiológica de grande escala sobre o distúrbio do sono e comportamentos suicidas em chineses jovens e residentes rurais.

Continuação Quadro 1. Detalhes dos artigos selecionados

Identificação	País /Tipo de estudo	Amostra	Instrumento	Resultados	Comentários
KURPAS,MROCZEK E BIELSKA, 2014	Polônia, Transversal	N=3.125 N= 1.239 (rural) N= 1.886 (urbana) 18 anos ou mais	WHOQOL-BREF	Apenas escores de QV no domínio ambiente foram significativamente maiores em pacientes de áreas rurais ($p=0,015$) quando comparado àqueles de área urbana. O grupo de pacientes mais jovens, tanto na zona rural quanto urbana, apresentou maiores médias de satisfação de QV nos domínios físico e psicológico.	O estudo incluiu indivíduos com doenças crônicas de centros de atenção primária em áreas rurais da Polônia entre Janeiro e Junho de 2010.

Continuação Quadro 1. Detalhes dos artigos selecionados

Identificação	País/Tipo de estudo	Amostra	Instrumento	Resultados	Comentários
LAHANA, PAPPA E NIAKAS, 2010	Grécia, Transversal	N= 1.372 N=906 (urbana) N=466 (rural) 18 anos ou mais	SF-36	Tanto na zona rural quanto na urbana os homens e indivíduos mais jovens apresentaram maiores escores de QV em todas as dimensões do questionário ($p<0,05$). Residentes em zona rural relataram uma melhor QV nas dimensões de saúde geral e saúde mental ($p<0,05$).	Estudo realizado no ano de 2006 na população urbana e rural da cidade de Tessália, Grécia.
ZAGOZDZON et al., 2011	Polônia, Transversal	N=1.560 45-60 anos	SF-36	Morar em zona rural foi associado a piores escores de QV relacionada à saúde física ($OR=1,6$; $IC95\%=1,17-2,21$) e à melhores escores de saúde mental ($OR=0,75$; $IC95\%=0,55-1,02$).	O objetivo deste estudo de base populacional foi analisar a associação entre a QV e residência rural entre mulheres Polacas, incluindo variáveis relacionadas ao ambiente social e características clínicas.

Continuação Quadro 1. Detalhes dos artigos selecionados

Identificação	País/ Tipo de estudo	Amostra	Instrumento	Resultados	Comentários
WALLACE <i>et al.</i> , 2010	Estados Unidos, Longitudinal	N= 163.756 N= 61.440 (urbano) N= 51.105(rural) N=51.211(isolados) 60 anos ou mais	SF-12	Indivíduos residentes em rural urbana apresentaram piores escores de QV no domínio físico e melhores no domínio mental do que os que residiam em áreas urbanas (estas diferenças persistiram ao longo do período de estudo; $p<0,0001$ para ambos domínios).	O estudo avaliou a QV de uma coorte de pacientes veteranos usuários do Sistema de Administração da Saúde dos Veteranos entre 2002e 2006.
LI, <i>et al.</i> , 2013	China, Transversal	N= 2.416 60 anos ou mais.	SF-36	Piores pontuações para todos domínios do questionário de QV se mostraram associados a pior qualidade do sono ($p<0,001$).	Estudo realizado entre os anos 2009 e 2010 em distritos de uma grande Província (Anhui) do Leste da China.

Continuação Quadro 1. Detalhes dos artigos selecionados

Identificação	País/ Tipo de estudo	Amostra	Instrumento	Resultados	Comentários
RAHMAN E GAAFARY, 2014	Egito, Transversal	N= 1200 60 anos ou mais	SF-36	Noctúria foi associada à menor QV relacionada aos componentes físico ($p<0,001$) e mental ($p<0,001$) sendo considerada um fator de risco para QV.	Estudo realizado apenas com idosos do sexo masculino residentes em uma área rural do Egito.
HOI, CHUC E LINDHOLM, 2010	Vietnã, Transversal	N= 2.873 60 anos ou mais	EuroQol-5D	Idosos mais jovens (índice 0,91 IC95%=0,90-0,91), com posição como um chefe de família (índice 0,89 IC95%=0,88–0,90), trabalhando até a velhice (índice 0,92 IC95%=0,91-0,92), com maior escolaridade (índice 0,91 IC95%=0,89–0,92) e pertencentes a melhores quintis de riqueza apresentaram maior QV.	Estudo de base populacional. Indivíduos selecionados aleatoriamente a partir do centro de vigilância demográfica.

Continuação Quadro 1. Detalhes dos artigos selecionados

Identificação	País/ Tipo de estudo	Amostra	Instrumento	Resultados	Comentários
WADA, T., 2005	Indonésia, Vietnã e Japão, Transversal	N=2.695 N= 411 (Indonésia) N = 379 (Vietnã) N = 1.905 (Japão) 60 anos ou mais	Escala própria para cinco itens: sentido subjetivo de saúde, relacionamento com a família, relacionamento com os amigos, situação financeira e felicidade subjetiva	Os idosos com depressão apresentaram escores significativamente mais baixos para cada item de QV ($p < 0,001$) em três países diferentes.	Estudo realizado entre Junho 2002 e Novembro de 2004 em cinco cidades asiáticas consideradas rurais.

Continuação Quadro 1. Detalhes dos artigos selecionados

Identificação	País/ Tipo de estudo	Amostra	Instrumento	Resultados	Comentários
LOPEZ, A.C. et al., 2008	Espanha, Longitudinal	N=519 (1994) N= 356 (2002) 64 anos ou mais	Questionário de QV para idoso. Desenvolvido pela OARS-MFAQ (Older Americans Resources and Services Multidimensional Functional Assesment Questionnaire)	No geral, entre 1994 e 2002, houve a redução dos escores de QV global, atividades diárias e nos domínios de saúde mental e física ($p<0,001$). Comparando os dois momentos do estudo, os que realmente apresentaram uma menor piora de QV foram os idosos com maior escolaridade, menor idade, do sexo masculino e viúvos.	Estudo realizado em 3 Unidades Básicas de Saúde (UBS). Objetivo de investigar fatores relacionados com a variação de QV nos indivíduos entre 1994 e 2002.

Continuação Quadro 1. Detalhes dos artigos selecionados

Identificação	País/ Tipo de estudo	Amostra	Instrumento	Resultados	Comentários
BAERNHOLDT, M. G. <i>et al.</i> , 2012	Estados Unidos, Transversal	N= 2.243 N=130 (rural) N=1.480 (áreas adjacentes) N= 633 (urbanas) 65 anos ou mais	Três dimensões de QV (1)QV auto-relatada; (2) função social; (3) bem-estar emocional	Indivíduos residentes em áreas rurais apresentaram menores escores de função social comparado com residentes em áreas adjacentes, $p<0,001$; e áreas urbanas, $p=0,002$.	O estudo foi realizado com dados do NHANES (National Health and Nutrition Examination Survey, 2006) e ARF 2007 (Area Resource File).

Continuação Quadro 1. Detalhes dos artigos selecionados

Identificação	País/Tipo de estudo	Amostra	Instrumento	Resultados	Comentários
LI, CHI E XU, 2013	China, Transversal	N=10.084 60 anos ou mais	Questionário com escala própria	A maioria dos participantes indicou estar satisfeito com sua vida (60,2%). Adultos mais velhos e com maior escolaridade (ensino médio e superior completos) mostraram-se mais satisfeitos com sua vida em comparação com aqueles sem educação (OR=1,22, p = 0,02). A autopercepção de saúde foi significativamente associada com a satisfação de vida dos idosos (p<0,01). Adultos mais velhos com menos recursos financeiros eram menos propensos a estarem satisfeitos com as suas vidas (recursos financeiros limitados, p<0,001; OR=0,29; recursos financeiros muito limitados, p<0,001; OR=0,09) em comparação a idosos com recursos financeiros adequados.	Os dados utilizados no estudo foram extraídos de um inquérito por amostragem sobre Envelhecimento da População Urbana/Rural da China, realizada pelo Centro de Pesquisa sobre Envelhecimento da China em dezembro de 2000.

3. Marco Teórico

O conceito de QV, segundo a OMS, abrange a percepção do indivíduo de sua posição na vida em um contexto cultural e de valores, que levam em conta seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações (THE WHOQOL GROUP, 1994). Por outro lado, quando vista de uma forma mais restrita, a QV inclui grandes áreas como a saúde mental e física (BAUNE E ALJEESH, 2006) e é centrada na capacidade de viver sem doenças, ou de superar as dificuldades dos estados ou condições de morbidade (MINAYO, HARTZ E BUSS, 2000).

De forma a facilitar e orientar o processo de ocorrência do desfecho, foi elaborado, para este estudo, um modelo conceitual indicando a existência de uma cadeia de determinantes hierarquizados envolvidos neste processo.

A literatura mostra que existem diferentes fatores socioeconômicos, demográficos, ambientais e de comportamento que podem influenciar a QV. O modelo teórico (Figura 2) ilustra a relação entre o conjunto de influências sobre a QV.

No nível mais distal ao desfecho, encontram-se os fatores demográficos e socioeconômicos. Dentre as características demográficas, em relação ao sexo, alguns estudos transversais realizados na Turquia, Grécia, Espanha e Brasil mostram que indivíduos do sexo feminino, tendem a apresentar menores escores de QV (ARSLANTAS *et al.*, 2009; LAHANA, PAPPA e NIAKAS, 2013; ROCA-CUSACHS, A. *et al.*, 2003; AZEVEDO *et al.*, 2013). Já uma coorte de idosos realizada na Espanha observou que o sexo masculino apresenta menores escores de QV (LOPEZ *et al.*, 2011). Assim como alguns dos resultados obtidos na revisão de literatura, a associação entre QV e sexo também possui divergências de resultados, de forma que desigualdades culturais, socioeconômicos e demográficas possam estar influenciando nestes resultados.

Quanto ao estado civil, há estudos mostrando que as pessoas casadas têm melhor QV em relação aos solteiros, divorciados e viúvos. Uma possibilidade seria melhores condições mentais nesse grupo (BIERMAN, FAZIO E MILKIE, 2006). Além disso, há estudos que sugerem uma ligação entre mortalidade e morbidade e situação conjugal, de maneira que os indivíduos solteiros apresentaram maiores taxas de mortalidade e morbidade em doenças específicas em relação aos com

companheiro ou casados (HAN *et al.*, 2014; JOUNG *et al.*, 1994; HU E GOLDMAN, 1990).

No mesmo sentido, um estudo realizado em idosos hipertensos, mostrou que aqueles que se auto classificaram como solteiros/divorciados/viúvos apresentaram médias de QV menores quando comparados com aqueles na condição de casados/amasiados (ANDRADE *et al.*, 2014). Da mesma forma, um estudo que avaliou a QV em enfermeiros das equipes de saúde da família também encontrou que aqueles indivíduos casados/amasiados obtiveram maiores escores de QV comparados aos solteiros (nos domínios psicológico, independência, relações sociais e ambiente (FERNANDES *et al.*, 2010).

Em relação à idade, o processo de envelhecimento está associado a uma maior deterioração da saúde física e mental, possivelmente devido ao surgimento de doenças crônicas (WALTERS, MUNRO E BRAZIER, 2001). Estudos sugerem que piores escores de QV são observados em indivíduos mais velhos (LOPEZ *et al.*, 2008; ARSLANTAS *et al.*, 2009; HOI, CHUC E LINDHOLM, 2010). Entretanto, há evidências de que pessoas idosas apresentam uma melhor percepção da sua QV quando comparado com pessoas mais jovens (SONATI *et al.*, 2014). Por exemplo, estudos observaram que idosos relatam melhor QV vinculada às relações sociais cultivadas nas reuniões com amigos ou família, pois esse contato aumenta suas percepções de pertencimento, visibilidade social, atividade produtiva e valorização pessoal, por se sentirem necessários na comunidade (WANG *et al.*, 2002; SONATI *et al.*, 2011).

Nas características socioeconômicas, indivíduos com maior escolaridade, maior nível socioeconômico e que estão empregados apresentam melhores condições de saúde podendo relacionar esses fatores à uma melhor QV (SILVA *et al.*, 2007; SOUZA *et al.*, 2012). Determinantes socioeconômicos também possuem papel relevante nesse contexto em decorrência de uma maior prevalência de hábitos saudáveis de alimentação, menor prevalência de sedentarismo e tabagismo (GADENZ E BENVEGNÚ, 2013) entre pessoas de maior nível socioeconômico e maior escolaridade (DANIEL E CRAVO, 1989; LIMA-COSTA, 2004; GADENZ E BENVEGNÚ, 2013). Ainda, em relação à escolaridade, observa-se que os indivíduos analfabetos apresentam menores médias de QV quando comparados àqueles alfabetizados (LIMA-COSTA, 2004; ANDRADE *et al.*, 2014).

No segundo nível são abordadas características comportamentais e aspectos de saúde dos indivíduos. As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) são doenças multifatoriais que se desenvolvem no decorrer da vida e são de longa duração. Atualmente, elas são consideradas um sério problema de saúde pública, e já são responsáveis por 63% das mortes no mundo (WHO, 2005). Dessa forma, há estudos mostrando que indivíduos portadores de doenças-cardiovasculares, câncer, doenças respiratórias, hipertensão, obesidade e depressão apresentam menores escores de QV devido dificuldades particulares de cada doença (MARTINS, FRANÇA E KIMURA, 1996; BRASIL, 2010; CHRISTMANN, DACOSTA E MOUSSALLE, 2011; AZEVEDO *et al.*, 2013; MENA-MARTIN *et al.*, 2003; AYDEMIR, OZDEMIR E KOROGLU, 2005; LIANG *et al.*, 2006; PETRIBU *et al.*, 2006; VISSERS *et al.*, 2008; AL-AKOUR *et al.*, 2012; XAVIER *et al.*, 2001; LOPEZ *et al.*, 2011).

Dentre as variáveis comportamentais, destacam-se o consumo de álcool, o tabagismo e prática de atividade física. Dois estudos realizados em Pelotas-RS encontraram que a ingestão de álcool mostrou-se associada a menores pontuações de bem-estar psicológico em jovens com idade entre 15 e 18 anos e 18 a 24 anos (SILVA *et al.*, 2007; SOUZA *et al.*, 2012). Da mesma forma, um estudo também com adolescentes observou menores escores de QV no domínio psicológico naqueles que ingeriam doses mais elevadas de bebida alcoólica (GORDIA *et al.*, 2009).

Em relação ao tabagismo, foi verificada associação entre a gravidade da dependência de tabaco e escores de QV, sugerindo que quanto mais grave é a dependência, piores são os níveis de QV. Além disso, os tabagistas mais graves têm maiores prejuízos na QV, sendo este grupo o que apresenta os escores mais elevados de sintomas depressivos e de ansiedade (CASTRO *et al.*, 2007). Essa relação negativa entre QV e tabagismo tem sido descrito para diferentes populações do mundo, pertencentes a diversos grupos socioeconômicos e culturais. A magnitude da associação parece ser dose dependente do número de cigarros fumados. Além disso, há dados consistentes sugerindo a associação entre parar de fumar e melhora da QV. Os domínios que apresentam melhora após o indivíduo parar de fumar incluem as funções físicas, sociais e saúde mental (GOLDENBERG, DANOVITCH E ISHAK, 2014).

Em contrapartida, a atividade física enquadra-se como um fator protetor para QV, pois garante diversos benefícios à saúde, além de estar positivamente

associada a uma melhor QV (GUIMARÃES *et al.*, 2012; PORTO *et al.*, 2012). Os resultados evidenciam que a QV de pessoas que realizam algum tipo de atividade física é superior quando comparada aos que não praticam. Essa ligação direta entre QV e saúde se encontra intimamente ligada à prática de atividade física, pois há um impacto positivo na diminuição de morbididades e, eventualmente, da mortalidade da população em geral já que quanto mais ativo o indivíduo maior sua satisfação com a vida, seu estado de saúde e, conseqüentemente, melhor QV (SILVA *et al.*, 2010).

Entretanto, quando se relaciona QV e doenças crônicas e comportamentos mencionados acima, não é possível descartar a possibilidade de causalidade reversa. Por exemplo, é possível que doenças como obesidade e depressão sejam o reflexo de uma pior QV vivenciada pelos indivíduos. Da mesma forma, indivíduos que têm maior hábito de fumar e de ingerir bebidas alcoólicas e são sedentários possam ser aqueles que não estão satisfeitos com sua vida, e, por terem pior QV, desenvolvam esses hábitos (KATZ, MCHORNEY, E ATKINSON, 2000). Por fim, sabe-se que praticar atividade física, ter uma alimentação saudável, controlar o peso, não ter o hábito do tabagismo e não ingerir bebidas alcoólicas podem prevenir as doenças crônicas não-transmissíveis e suas complicações, e ainda, aumentar a QV da população (BRASIL, 2002).



Figura 2. Modelo teórico hierarquizado de Qualidade de Vida

4. Justificativa

A QV está ligada à capacidade de viver sem doenças, ou de superar as dificuldades dos estados ou condições de morbidade (MINAYO, HARTZ, BUSS, 2000). Ela pode, assim, ser considerada um indicador de saúde, já que a literatura mostra sua direta ligação com a presença de doenças crônicas não-transmissíveis, como hipertensão arterial sistêmica, DM, depressão e obesidade, assim como a características comportamentais, como hábitos alimentares, tabagismo, consumo de álcool e atividade física (CASTRO *et al.*, 2007; SILVA *et al.*, 2007; GUIMARÃES *et al.*, 2012; GRILLO *et al.*, 2014; XAVIER *et al.*, 2001; MENA-MARTIN *et al.*, 2003; SANTOS *et al.*, 2013; AL-AKOUR *et al.*, 2010).

Como mencionado anteriormente, a expectativa de vida no Brasil, tanto no sexo feminino quanto masculino, é estimada em, aproximadamente, 75 anos, e o envelhecimento da população deu-se de forma rápida (IBGE, 2013a). Isto trouxe consigo o aumento das prevalências de doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs) e provavelmente a diminuição de uma QV em nível populacional. Portanto, as DCNTs deveriam ser assistidas através de promoção e prevenção de saúde em momentos anteriores à essa faixa etária, nas quais o planejamento e/ou intervenção em saúde ainda são adequados e eficientes, a fim de melhorar a qualidade de vida dos indivíduos.

Além disso, a promoção de uma boa qualidade de vida deve ser proporcionada aos indivíduos em todos os momentos da vida, não devendo restringir estes cuidados à vida idosa, mas abrangendo todo o curso de vida do indivíduo levando em conta que há mudanças constantes na vida em um contexto biológico, histórico e cultural influenciando em fatores ligados à história de vida individual.

Diante de um cenário em que a população rural, em alguns parâmetros, apresenta maiores problemas de saúde quando comparadas à urbana (ROTH *et al.*, 2002; KASSOUF, 2005; SHEPHERD *et al.*, 2013) e, considerando que a avaliação de QV em estudos de base populacional abrangendo todas as faixas etárias da vida adulta nos últimos 10 anos é escassa no mundo e inexistente no Brasil, o presente estudo se torna relevante já que fornecerá conhecimentos sobre a caracterização da QV e fatores que possam estar associados à saúde de uma população adulta residente em uma zona rural do Sul do País, sobre a qual aspectos de saúde são

poucos conhecidos e ainda não possui dados científicos sobre o assunto proposto a ser estudado.

5. Objetivos

5.1. Objetivo geral

Caracterizar a QV e fatores associados em adultos da zona rural de Pelotas/RS.

5.2. Objetivos específicos

Caracterizar a QV global e por domínios, em ambos os sexos, na faixa etária de 18 anos ou mais na zona rural de Pelotas/RS de acordo com:

- Características demográficas (sexo, idade e situação conjugal);
- Características socioeconômicas (nível socioeconômico e escolaridade).

6. Hipóteses

A QV global será melhor:

- Em indivíduos do sexo feminino, naqueles com idade menor que 30 anos, naqueles com companheiro, nos indivíduos com maior nível socioeconômico e melhor nível de escolaridade.

A QV segundo os domínios será melhor:

- Domínio I (físico)
 - em indivíduos do sexo masculino;
 - naqueles com idade menor que 30 anos;
 - naqueles sem companheiro;
 - em indivíduos com menor nível socioeconômico;
 - naqueles com menor nível de escolaridade.
- Domínio II (psicológico)
 - em indivíduos do sexo masculino;
 - em idosos;
 - naqueles sem companheiro;
 - em indivíduos com maior nível socioeconômico;
 - naqueles com maior nível de escolaridade.
- Domínio III (relações sociais)
 - em indivíduos do sexo feminino;
 - naqueles com idade menor que 30 anos ;
 - naqueles sem companheiro;
 - em indivíduos com maior nível socioeconômico;
 - naqueles com maior nível de escolaridade.
- Domínio IV (meio ambiente)
 - em indivíduos do sexo feminino;
 - naqueles com idade menor que 30 anos;
 - naqueles com companheiro;
 - em indivíduos com maior nível socioeconômico;
 - naqueles com maior nível de escolaridade.

7. Metodologia

7.1. Delineamento

O estudo é de base populacional, com delineamento transversal, permitindo avaliar uma amostra representativa da população rural do município de Pelotas-RS, possibilitando estimar a prevalência do desfecho. Além disso, ele apresenta maior aceitabilidade pelos entrevistados e objetividade na coleta dos dados. Por estar sujeito ao viés de causalidade reversa, seu uso é ideal em situações que não objetivam realizar inferências causais, sendo adequado para a realização do presente estudo já que o objetivo é caracterizar a QV e fatores associados em adultos com 18 anos ou mais na zona rural de Pelotas, RS.

7.2. População-alvo

A população-alvo será constituída de adultos moradores na zona rural do município de Pelotas/RS.

7.3. Critérios de inclusão

Serão incluídos no estudo indivíduos com 18 anos ou mais, residentes na zona rural do município de Pelotas/RS.

7.4. Critérios de exclusão

Serão excluídos indivíduos institucionalizados (prisões, asilos, hospitais, etc) no momento da pesquisa ou com alguma incapacidade cognitiva que os impossibilite de responder o questionário.

7.5. Definição operacional dos desfechos

Para este estudo serão avaliados 5 desfechos, todos referentes a QV das pessoas. Utilizando escala de QV do WHOQOL-BREF que foi desenvolvido pela Organização Mundial de Saúde e validado no Brasil (THE WHOQOL GROUP, 1994; FLECK *et al.*, 2000). Os desfechos serão avaliados como dados contínuos. A pontuação da QV global medida através das duas questões varia de 1 a 5 através

de uma escala Likert; e os escores de todos os Domínios serão convertido de 1 a 100.

7.6. Instrumento

O instrumento proposto para avaliar QV na população é uma adaptação do WHOQOL-BREF (Anexo 1) o qual constitui-se de 26 questões. Duas avaliam QV global e as demais 24 representam cada uma das 24 facetas que compõem o instrumento original (WHOQOL-100), que possui 6 domínios: Físico, Psicológico, Nível de Independência, Relações Sociais, Ambiente e Aspectos espirituais/religião/crenças pessoais (FLECK *et al.*, 1999).

O WHOQOL-BREF é composto por 4 dos 6 domínios do WHOQOL-100: Físico, Psicológico, Relações Sociais e Meio Ambiente. Todas as questões perguntadas são relativas às duas últimas semanas anteriores ao dia da entrevista.

As questões referentes à QV global são as questões de número 1 e 2, já as demais referentes aos quatro domínios e suas facetas encontram-se no Quadro 2.

Será fornecida ao entrevistado duas figuras para a resposta de algumas questões (Figura A e Figura B, do Anexo 2). Caso ele não seja alfabetizado ou precise de ajuda para ler o instrumento a entrevistadora poderá ler as perguntas ao entrevistado.

Quadro 2. Descrição dos domínios e questões correspondentes do WHOQOL-BREF (Anexo 1).

Domínios	Facetas	Questões
I- Físico	Dor, desconforto; energia e fadiga; sono e repouso; mobilidade; atividades da vida cotidiana; dependência de medicação ou tratamentos e capacidade de trabalho.	3, 4, 10, 15, 16, 17 e 18
II- Psicológico	Sentimentos positivos e negativos, pensar, aprender, memória e concentração, autoestima, imagem corporal e aparência, espiritualidade, religião e crenças pessoais.	5, 6, 7, 11, 19 e 26
III- Relações sociais	Relações pessoais, suporte (apoio) social e atividade sexual.	20, 21 e 22
IV- Meio ambiente	Segurança física e proteção, ambiente do lar, recursos financeiros, cuidados sociais e de saúde, oportunidade de recreação ou lazer e participação nas mesmas, ambiente físico (poluição/ruído/trânsito/clima) e transporte.	8, 9, 12, 13, 14, 23, 24 e 25

O manual de instruções que será utilizado para a aplicação deste instrumento foi realizado pelo Grupo Whoqol (THE WHOQOL GROUP, 1994). Este instrumento será incorporado a outros instrumentos dos demais alunos de mestrado do Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia (PPGE) da Universidade Federal de Pelotas (UFPEl), os quais farão parte de um consórcio de pesquisa. Além das questões específicas de cada mestrando, o questionário final englobará questões gerais sobre características demográficas, socioeconômicas e comportamentais.

7.7. Definição operacional das exposições

No Quadro 3 estão as variáveis independentes na forma como serão coletadas.

Quadro 3 Definição das variáveis independentes

Variável	Tipo de Variável	Definição
Variáveis demográficas		
Sexo	Categórica dicotômica	Masculino; Feminino
Idade	Numérica discreta	Anos completos
Cor da pele	Categórica dicotômica	Branca; Não branca
Estado civil	Categórica dicotômica	Com companheiro; Sem companheiro
Variáveis Socioeconômicas		
Nível econômico (ABEP)	Categórica ordinal	A; B; C; D; E
Escolaridade	Categórica ordinal	Nenhuma ou até 3ª série; 4ª série ou 1º grau incompleto; 1º grau completo ou 2º grau incompleto; 2º grau completo ou nível superior incompleto; Nível superior completo
Ocupação	Categórica dicotômica	Trabalhando; Aposentado, encostado, do lar, desempregado

7.8. Amostra e Processo de Amostragem

Segundo o IBGE, situação domiciliar rural abrange toda a área situada fora das áreas correspondentes às cidades (sedes municipais), às vilas (sedes distritais) ou às áreas urbanas isoladas (IBGE, 2010a). A zona rural de Pelotas representa 7% da população do município e é composta por oito distritos (Cascata, Monte Bonito, Cerrito Alegre, Quilombo, Rincão da Cruz, Triunfo, Santa Silvana e Z3), segundo o Censo realizado pelo IBGE, 2010 (Figura 3). Os distritos estão subdivididos em 50 setores censitários delimitados como unidades primárias (IBGE, 2010b).

A fim de se operacionalizar o processo de amostragem, foi realizada uma oficina de amostragem, que ocorreu no final do mês de Agosto e início de Setembro/2015 durante dois turnos de três dias de oficina. Durante esse período foram repassados conteúdos teóricos/práticos sobre a realização do processo amostral, e, no fim da oficina, foi realizada uma tarefa prática para aplicar a metodologia discutida nos dias anteriores em um dos setores que serão visitados no presente estudo. Para o cálculo de tamanho de amostra, foi considerado em todos os cálculos o acréscimo de 10% para perdas e recusas, 15% para controle de fatores de confusão (quando associações seriam avaliadas) e possível efeito do delineamento (DEF) de 2,0. Por fim, foi definido o maior tamanho de amostra necessário para que todos os mestrandos conseguissem desenvolver seus trabalhos, levando em consideração questões logísticas e financeiras. O tamanho amostral estimado para a condução do estudo é de 2016 indivíduos. O processo de amostragem, bem como o número total de setores e domicílios a serem sorteados para visita, encontram-se em fase de definição.



Figura 3. Mapa da Zona Rural de Pelotas/RS

7.9. Cálculo do Tamanho da Amostra

O cálculo do tamanho de amostra foi baseado nas estimativas coletadas no estudo pré-piloto realizado pela mestrandia, descrito no item 7.10. O cálculo necessário para o estudo foi realizado por meio da ferramenta *Sampsi*: do *Software* STATA 12.0 onde foram inseridas as médias de pontuação e os desvios-padrão dos desfechos para cada categoria de cada variável de exposição. Dado que o comando *Sampsi* só permite a comparação entre duas categorias os cálculos de todas as variáveis foram dicotomizadas.

As médias do Domínio I (Físico) entre as categorias do estado civil; e do Domínio IV (Meio Ambiente) entre homens e mulheres foram muito próximos, portanto, no momento de fazer os cálculos de tamanhos de amostra, os valores resultantes foram muito elevados ($N=90.6544$; $N=31.020$, respectivamente). Baseados no fato de que a amostra será constituída por aproximadamente 2016 indivíduos e considerando que as diferenças reais no nosso universo de estudo sejam similares às observadas no estudo pré-piloto, teremos poder estatístico suficiente para observar diferenças para todas as variáveis de exposição exceto na QV global e Domínio IV associados ao sexo e o Domínio I associado à escolaridade e estado civil. Porém, será considerado que diferenças muito pequenas como as encontradas no estudo pré-piloto, as quais precisariam de mais de 30 mil indivíduos, provavelmente não sejam relevantes do ponto de vista epidemiológico. Porém, para as demais associações o maior tamanho amostral necessário seria de 1693

indivíduos na associação entre o Domínio Relações Sociais e sexo, sendo contemplado pelo tamanho amostral de 2.016 indivíduos propostos a serem estudados (Tabela 2).

Tabela 2. Cálculo do Tamanho de amostra.

	QV	N+10%	N+15%	Domínio	N+10%	N+15%	Domínio	N+10%	N+15%	Domínio	N+10%	N+15%	Domínio	N+10%	N+15%
	Global			físico			psicológico			relações			meio	%	%
	Média			Média			co			sociais			ambiente		
	(DP)			(DP)			Média			Média			Média		
	(DP)			(DP)			(DP)			(DP)			(DP)		
Sexo		2.112	2.430		185	213		42	48		1.472	1639		26.972	31.020
Masculino	69,1 (10,0)			74,8 (16,2)			79,9 (11,2)			78,9 (12,5)			68,0 (12,0)		
Feminino	67,3 (14,0)			68,4 (13,3)			68,3 (14,0)			76,9 (12,3)			67,5 (15,7)		
Idade (anos completos)		629	723		88	101		352	405		75	86		185	213
18 até 39	70,2 (12,0)			77,2 (11,8)			77,2 (11,6)			82,7 (13,4)			71,2 (15,5)		
40 ou mais	66,9 (11,6)			68,1 (15,5)			73,0 (74,5)			74,5 (10,4)			65,3 (11,5)		
Cor da pele		96	109		460	529		165	190		24	28		22	25
Branca	69,2 (11,8)			72,5 (15,8)			75,8 (13,1)			80,1 (10,8)			70,3 (11,3)		
Não branca	62,5 (10,2)			68,8 (10,7)			68,8 (17,2)			64,6 (14,2)			51,6 (17,0)		
Escolaridade		64	74		1.839	2.112		290	334		682	784		398	458
Até 2º grau incompleto	64,2 (12,4)			71,0 (16,4)			77,2 (12,3)			79,4 (10,9)			69,8 (11,3)		
2º grau completo até nível superior completo	72,5 (9,7)			73,1 (16,7)			72,5 (14,8)			76,7 (13,8)			65,8 (15,4)		
Ocupação		400	480		40	47		92	106		163	187		64	74
Trabalhando	69,3 (12,6)			75,5 (14,6)			77,3 (11,3)			79,5 (12,5)			70,3 (13,3)		
Aposentado/encostados/dol lar/desempregado	65,6 (8,8)			62,5 (12,8)			68,2 (17,7)			74,0 (11,3)			60,9 (12,2)		

Tabela 2. (continuação) Cálculo do Tamanho de amostra.

	QV	N+10%	N+15%	Domínio	N+10%	N+15%	Domínio	N+10%	N+15%	Domínio	N+10%	N+15%	Domínio	N+10%	N+15%
	Global			físico			psicológic			relações			meio	%	%
	Média			Média			o			sociais			ambiente		
	(DP)			(DP)			Média			Média			Média		
							(DP)			(DP)			(DP)		
Estado civil		75	86		78.8300	90.6544		119	137		99	114		229	263
Com companheiro	66,3			72,0			73,4			76,4			66,7		
	(11,6)			(15,6)			(14,7)			(12,5)			(14,6)		
Sem companheiro	75,0			71,9			79,8			83,3			71,4		
	(10,2)			(14,6)			(8,1)			(10,8)			(8,9)		

7.10. Estudo pré-piloto

Foi realizado um estudo pré-piloto, com 30 indivíduos adultos de uma cidade vizinha (Arroio do Padre/RS), que pertencia à zona rural do Município de Pelotas e teve sua emancipação decretada há mais de 18 anos. O motivo da realização neste município foi devido à proximidade geográfica e à semelhança das características da população local serem semelhantes às do presente estudo.

O estudo pré-piloto foi realizado a fim de verificar se as questões e as opções de resposta estavam adequadas a serem aplicadas ao público elegível para este estudo. As 30 entrevistas foram realizadas em uma amostra de conveniência, que incluiu homens e mulheres, com faixa etária acima de 18 anos. Dez desses indivíduos foram captados na Unidade Básica de Saúde (UBS) de Arroio do Padre. Porém, devido à pequena demanda encontrada na UBS, os demais foram entrevistados em suas residências de forma aleatória. Foi verificado que as questões aplicadas tiveram variabilidade nas opções de resposta e que os entrevistados tiveram boa compreensão do instrumento, não necessitando de maiores esclarecimentos.

7.11. Estudo piloto

Um estudo piloto será conduzido após seleção das entrevistadoras e completa elaboração do questionário geral e dos específicos de cada mestrando. Esse estudo será realizado em um setor censitário do mesmo local onde foi realizado o estudo pré-piloto (município de Arroio do Padre) e permitirá testar a clareza e consistência das questões do questionário, bem como estimar o tempo médio de cada entrevista.

7.12. Seleção e treinamento das entrevistadoras

Serão selecionadas entrevistadoras do sexo feminino, com pelo menos 18 anos, com ensino médio completo e disponibilidade de tempo integral para a realização do trabalho. O processo de seleção transcorrerá através do desempenho no treinamento, avaliação curricular, experiência prévia em pesquisa, entrevistas e prova teórica. O estudo piloto irá corresponder à última fase do treinamento das entrevistadoras, que ocorrerá sob a supervisão dos mestrandos. Nesta etapa do

processo final de construção do instrumento, serão realizadas as últimas avaliações e testes em situação real de trabalho de campo. As entrevistadoras com melhor desempenho serão convidadas a dar início à coleta de dados. Sendo possível, haverá entrevistadoras suplentes.

7.13. Logística de Trabalho de campo

Primeiramente, será feita a seleção dos setores censitários e identificação dos domicílios que serão visitados. Em seguida, os mestrandos visitarão as residências fornecendo informações gerais sobre a pesquisa a ser realizada. Além disso, os indivíduos que aceitarem participar do estudo assinarão o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) antes da entrevista e aqueles que se recusarem a participar da pesquisa ou que não forem encontrados serão procurados novamente. As entrevistas consideradas como perdas ocorrerão apenas quando após três tentativas, feitas em diferentes dias e horários, a entrevista não puder ser realizada. Os dados serão coletados através de *tablets* por entrevistadores padronizados e eventuais dúvidas que surgirem no decorrer do trabalho de campo poderão ser esclarecidas com os mestrandos que seguirão uma escala de plantões. Maiores detalhes quanto à logística do trabalho de campo serão definidos posteriormente.

7.14. Controle de qualidade

O controle de qualidade objetiva verificar a concordância entre as respostas obtidas e a efetiva realização das entrevistas e este controle será realizado pelos mestrandos através de revisita a 10% dos entrevistados, sorteados aleatoriamente, através da aplicação de um questionário reduzido. A consistência das informações será avaliada através da estatística *Kappa*. Nestes domicílios será aplicado um questionário com questões-chave específicas de cada mestrando que, de preferência, não sejam influenciadas pela temporalidade. Outras estratégias serão empregadas para assegurar a qualidade dos dados, como o treinamento das entrevistadoras, elaboração de questionário eletrônico padronizado e pré-testado em estudo piloto, construção de manual de instruções e supervisão do trabalho de campo.

7.15. Processamento e análise dos dados

A análise dos dados será realizada no programa estatístico STATA versão 14.0. Inicialmente, será realizada uma análise descritiva dos desfechos e das variáveis independentes para caracterização da amostra. Serão recategorizadas as variáveis independentes na forma que serão analisadas, como foi apresentado anteriormente no Quadro 3. Para as variáveis categóricas serão apresentados os cálculos de prevalências e seus respectivos intervalos de confiança a 95%. Para as variáveis numéricas será realizado o cálculo da média, da mediana e do desvio padrão ou intervalo interquartil.

Para as análises univariadas, entre os desfechos com variáveis categóricas será realizado o teste t ou de ANOVA, caso os desfechos tenham uma distribuição normal e variâncias iguais entre os grupos. Caso isso não ocorra os dados serão analisados por testes não paramétricos, como teste de *Kruskal Wallis*. Na possibilidade das variáveis com mais de duas categorias com valores contínuos dos desfechos aparentarem uma tendência direta ou inversa, será utilizado o teste qui-quadrado de tendência.

Para analisar as associações, em modelos multivariáveis, entre cada um dos desfechos com as variáveis socioeconômicas (escolaridade, nível socioeconômico e ocupação) e demográficas (sexo, idade, cor da pele e estado civil) serão utilizadas análises de regressão bruta e múltipla. Caso os desfechos tenham uma distribuição normal e cumpram todos os requisitos estatísticos necessários, eles serão analisados usando regressão linear simples e multivariável. Senão, os desfechos serão dicotomizados através da mediana ou divididos em tercís, isto será decidido após o contato com os dados reais afim de optar por uma melhor aproximação estatística. Caso o desfecho seja dicotômico usaremos modelos de Poisson com ajuste robusto da variância, ou em tercís usaremos modelos de regressão politômicos.

Será utilizado o nível de significância estatística de 5% e será analisado um modelo de associação bruto e posteriormente um modelo ajustado para todas as variáveis de associação descritas anteriormente. Além disso, todas as análises levarão em conta o efeito de delineamento amostral (DEF) de 2.0.

7.16. Aspectos Éticos

O projeto de pesquisa será encaminhado e submetido à aprovação pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas. Todos os participantes serão esclarecidos previamente sobre o estudo e apenas responderão ao questionário após a assinatura de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Será garantido aos participantes o sigilo das informações prestadas.

7.17. Financiamento

O consórcio de pesquisa será financiado pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Nível Superior (Capes), pelo próprio Programa de Pós Graduação em Epidemiologia e, se necessário, pelos alunos de mestrado da turma 2015-16.

7.18. Divulgação dos dados e resultados

Os resultados encontrados no estudo serão publicados, em forma de artigo científico, em periódicos nacionais e/ou internacionais, assim como notas às rádios sintonizadas na zona rural, à imprensa local e também através de panfleto e cartazes disponibilizados em alguns locais mais frequentados pela população rural em cada Distrito estudado

8. Referências

- AL-AKOUR, N. A.; et al. Health-related quality of life of adolescents with overweight or obesity in the north of Jordan. **Child Care Health Dev**, v. 38, n. 2, p. 237-43, 2012.
- ANDRADE, J. M. O. et al. Influência de fatores socioeconômicos na qualidade de vida de idosos hipertensos. **Cienc & Saud Col**, v. 19, p. 3497-3504, 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.
- AYDEMIR, O.; OZDEMIR, C.; KOROGLU, E. The impact of co-morbid conditions on the SF-36: a primary-care-based study among hypertensives. **Arch Med Res**, v. 36, n. 2, p. 136-41, 2005.
- AZEVEDO, A. L. S. D.; et al. Doenças crônicas e qualidade de vida na atenção primária à saúde. **Cad Saud Pub**, v. 29, p. 1774-82, 2013.
- BAERNHOLDT, M.; et al. Quality of life in rural and urban adults 65 years and older: findings from the National Health and Nutrition Examination survey. **J Rural Health**, v. 28, n. 4, p. 339-47, 2012.
- BAUNE, B. T.; ALJEESH, Y. The association of psychological stress and health related quality of life among patients with stroke and hypertension in Gaza Strip. **Ann Gen Psych**, v. 5, p. 6, 2006.
- BECK, S. L.; et al. Symptom experiences and quality of life of rural and urban older adult cancer survivors. **Canc Nurs**, v. 32, n. 5, p. 359-69, 2009.
- 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. 554-82, 2006.
- BOWLING, A. Quality of life in older age: what older people say. In Quality of Life in Old Age. **International and Multi-Disciplinary Perspectives**, 2007.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa. **Cad Atenc Basic**, n°. 19, Brasília, DF, 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Doenças respiratórias crônicas / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília, 2010.

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cad Atenção Basic**, Hipertensão Arterial Sistêmica - HAS e Diabetes mellitus - DM. Brasília, DF, 2002.
- CAMARANO, A. Os Novos Idosos Brasileiros: Muito Além dos 60? Rio de Janeiro: **Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada**, 2004.
- CASTRO, M. G. et al. Qualidade de vida e gravidade da dependência de tabaco. **Rev Psiq Clin**, v. 34, n. 2, p. 61-7, 2007.
- CASTRO, M. R. P.; et al. Características clínicas e qualidade de vida de fumantes em um centro de referência de abordagem e tratamento do tabagismo. **J Bras Pneumol**, v. 36, p. 67-74, 2010.
- CHIU, H. F.; et al. Sleep duration and quality of life in young rural Chinese residents. **Behav Sleep Med**, v. 11, n. 5, p. 360-8, 2014.
- CHIU, H. F.; et al. The prevalence of sleep problems and their socio-demographic and clinical correlates in young Chinese rural residents. **Psychiatry Res**, v. 200, n. 2-3, p. 789-94, 30 2012.
- CHRISTMANN M; DACOSTA C.C.; MOUSSALLE L.D. Avaliação da qualidade de vida de pacientes cardiopatas internados em um hospital público. **Revista da AMRIGS**, v. 55, n. 3, p. 239-43, 2011.
- DAL PIZZOL T.D. A. S. et al. Use of medication by the elderly in urban and rural areas in southern Brazil: a population-based study. **Cad Saud Pub**, v. 28, n. 1, p. 104-14, 2012.
- DALLMAN, M. F.; et al. Chronic stress and obesity: a new view of "comfort food". **Proc Natl Acad Sci U S A**, v. 100, n. 20, p. 11696-701, 30 2003.
- DANIEL, J.; CRAVO, V. O valor social e cultural da alimentação. **Bolet de Antrop**, v. 2, n. 4, p. 70-83, 1989.
- DIAS, E.C. Condições de vida, trabalho, saúde e doença dos trabalhadores rurais no Brasil. In: **Pinheiro TMM, organizador. Saúde do trabalhador rural –RENAST**. Brasília: Ministério da Saúde;1-27, 2006.
- ESMAEILZADEH, S.; DELAVAR, M. A.; DELAVAR, M. H. Assess quality of life among Iranian married women residing in rural places. **Glob J Health Sci**, v. 5, n. 4, p. 182-8, 2013.
- FERNANDES, J. S.; et al. Qualidade de vida dos enfermeiros das equipes de saúde da família: a relação das variáveis sociodemográficas. **Text & Cont - Enfermag**, v. 19, p. 434-42, 2010.

- FERRARA, M.; DE GENNARO, L. How much sleep do we need? **Sleep Med Rev**, v. 5, n. 2, p. 155-79, 2001.
- FLECK M. P.; et al. Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). **Rev Bras Psiquiatr**, v. 21, n. 1, p. 19-28, 1999.
- 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.
- GADENZ, S. D.; BENVEGNÚ, L. A. Hábitos alimentares na prevenção de doenças cardiovasculares e fatores associados em idosos hipertensos. **Cienc & Saud Colet**, v. 18, p. 3523-33, 2013.
- GOLDENBERG, M.; DANOVIATCH, I.; ISHAK, W. W. Quality of life and smoking. **Am J Addict**, v. 23, n. 6, p. 540-62, 2014.
- GORDIA, A. P.; et al. Domínio Físico da Qualidade de Vida entre Adolescentes: Associação com Atividade Física e Sexo. **Rev Salud Public**, v. 11, p. 50-61, 2009.
- GRILLO, L.; et al. Qualidade de vida, estado nutricional e hábitos alimentares de idosos pertencentes a uma equipe Estratégia Saúde da Família no sul do Brasil. **A Terceira Idade**, v. 25, n. 59, p. 6-22, 2014.
- GUIMARÃES, A. C. D. A.; et al. Percepção da qualidade de vida e da finitude de adultos de meia idade e idoso praticantes e não praticantes de atividade física. **Rev Bras Geriat Gerontol**, v. 15, p. 661-70, 2012.
- HAN, K.; et al. Is marital status associated with quality of life? **Health an Quality of Life Outcomes**, v. 12, p. 109, 2014
- HOI LE, V.; CHUC, N. T.; LINDHOLM, L. Health-related quality of life, and its determinants, among older people in rural Vietnam. **BMC Public Health**, v. 10, p. 549, 2010.
- HU, Y.; GOLDMAN, N. Mortality differentials by marital status: an international comparison. **Demography**, v. 27, n. 2, p. 233-50, 1990.
- IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística Disponível em: ftp://ftp.ibge.gov.br/Tabuas_Completas_de_Mortalidade/Tabuas_Completas_de_Mortalidade_2013/pdf/ambos_pdf.pdf. Acesso em: 14 ago 2015. Brasília, DF, 2013a.
- IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística Disponível em: <http://ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/tabuadevida/2010/ambossexos.pdf>. Acesso em: 14 ago 2015.

- IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo demográfico de 2010**. Brasília, DF, 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. **Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008-2009**: despesas, rendimentos e condições de vida. Rio de Janeiro: IBGE, 2010b.
- 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.
- JOUNG, I.M.; et al. Differences in self-reported morbidity by marital status and by living arrangement. **Int J Epidemiol**, v. 23, n. 1, p. 91-97, 1994.
- KASSOUF, A. L. Acesso aos serviços de saúde nas áreas urbana e rural do Brasil. **Rev Economia e Sociol Rur**, v. 43, p. 29-44, 2005.
- KATZ, D. A.; MCHORNEY, C. A.; ATKINSON, R. L. Impact of obesity on health-related quality of life in patients with chronic illness. **J Gen Intern Med**, v. 15, n. 11, p. 789-96, 2000.
- KOSTKA, J.; BOROWIAK, E.; KOSTKA, T. Nutritional status and quality of life in different populations of older people in Poland. **Eur J Clin Nutr**, v. 68, n. 11, p. 1210-5, 2014.
- KURPAS, D.; MROCZEK, B.; BIELSKA, D. Rural and urban disparities in quality of life and health-related behaviors among chronically ill patients. **Rural Remot Health**, v. 14, n. 2, p. 2485, 2014.
- LAHANA, E.; PAPPA, E.; NIAKAS, D. The impact of ethnicity, place of residence and socioeconomic status on health-related quality of life: results from a Greek health survey. **Int J Public Health**, v. 55, n. 5, p. 391-400, 2010.
- LAURELL, A. C. Mortality and working conditions in agriculture in underdeveloped countries. **Int J Health Serv**, v. 11, n. 1, p. 3-20, 1981.
- LI, H.; CHI, I.; XU, L. Life satisfaction of older Chinese adults living in rural communities. **J Cross Cult Gerontol**, v. 28, n. 2, p. 153-65, 2013.
- LI, J.; et al. Characterization and factors associated with sleep quality among rural elderly in China. **Arch Gerontol Geriatr**, v. 56, n. 1, p. 237-43, 2013.
- LIANG, X. Y.; et al. Evaluation of health-related quality of life among hypertensive patients in a rural area, PR China. **J Hum Hypertens**, v. 20, n. 3, p. 227-9, 2006.

LIMA-COSTA, M. F. A escolaridade afeta, igualmente, comportamentos prejudiciais à saúde de idosos e adultos mais jovens? Inquérito de Saúde da Região Metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Epid Serv Saud**, v. 13, p. 201-8, 2004.

LONDON, L.; et al. Health status among farm workers in the Western Cape-collateral evidence from a study of occupational hazards. **S Afr Med J**, v. 88, n. 9, p. 1096-101, 1998.

LOPEZ, A. C.; et al. Social inequality and changes in quality of life among the elderly in rural areas of the Province of Cuenca (Spain) between 1994 and 2002. **Rev Esp Geriatr Gerontol**, v. 43, n. 4, p. 221-8, 2008.

LOPEZ, M. R. A.; et al. Depressão e qualidade de vida em jovens de 18 a 24 anos no sul do Brasil. **Rev Psiquia Rio Grande do Sul**, v. 33, p. 103-108, 2011.

MARTINS, L. M.; FRANÇA, A. P. D.; KIMURA, M. Qualidade de vida de pessoas com doença crônica. **Rev Latino-Amer Enfermag**, v. 4, p. 5-18, 1996.

MENA-MARTIN, F. J.; et al. Health-related quality of life of subjects with known and unknown hypertension: results from the population-based Horteiga study. **J Hypertens**, v. 21, n. 7, p. 1283-9, 2003.

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.

MORGAN, M. L. Classics of Moral and Political Theory 5th Edition, 1992.

OHAYON, M. M.; HONG, S. C. Prevalence of insomnia and associated factors in South Korea. **J Psychosom Res**, v. 53, n. 1, p. 593-600, 2002.

OLUGBILE, A. O.; OYEMADE, A. Health and the environment-a comparative study of agricultural and industrial workers in Nigeria. **Afr J Med Med Sci**, v. 10, n. 3-4, p. 107-12, 1982.

OMRAN, A. R.; The Epidemiologic transition in the Americas. Washington DC: **Pan-American Health Organization**, 1996.

PEREIRA, R.J.; et al. Contribuição dos domínios físico, social, psicológico e ambiental para a qualidade de vida global de idosos. **Rev Psiquiatr Rio Gd Sul**. ;

PETRIBU, K.; et al. Transtorno da compulsão alimentar periódica em uma população de obesos mórbidos candidatos a cirurgia bariátrica do Hospital Universitário Oswaldo Cruz, em Recife - PE. **Arquiv Bras Endocr & Metab**, v. 50, p. 901-8, 2006.

- PINHEIRO, R. S.; et al. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. **Cienc& Saud Col**, v. 7, p. 687-707, 2002.
- PORTO, D. B.; et al. Percepção da qualidade de vida e atividade física em idosos brasileiros. **Motricidade**, v. 8, n. 1, p. 33-41, 2012.
- POWER, M.; QUINN, K.; SCHMIDT, S. Development of the WHOQOL-old module. **Qual Life Res**, v. 14, n. 10, p. 2197-214, 2005.
- RAHMAN, T.T.A.; GAAFARY, M.M. Nocturia among elderly men living in a rural area in Egypt, and its impact on sleep quality and health-related quality of life. **Geriatr Gerontol Int**, v.14, p.613–19, 2014.
- REIMÃO R. Sono: estudo abrangente (2°. ed.). São Paulo: Atheneu, 1996. p.295-307.
- REYGADAS, L. Las redes de La desigualdad: un enfoque multidimensional. **Política y cultura**, p. 7-25, 2004.
- ROCA-CUSACHS, A.; et al. Relationship between clinical and therapeutic variables and health-related quality of life in patients with hypertension. MINICHAL Study. **Med Clin (Barc)**, v. 121, n. 1, p. 12-7, 2003.
- ROTH, T.; et al. A new questionnaire to detect sleep disorders. **Sleep Med**, v. 3, n. 2, p. 99-108, M2002.
- SAMPAIO, P. Y.; ITO, E. Activities with higher influence on quality of life in older adults in Japan. **Occup Ther Int**, v. 20, n. 1, p. 1-10, 2012.
- SANTOS, E. A. D.; et al. Morbidades e qualidade de vida de idosos com diabetes mellitus residentes nas zonas rural e urbana. **Rev Escol Enfermag USP**, v. 47, p. 393-400, 2013.
- SCHMIDT, M. I.; et al. Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. **Lancet**, v. 377, n. 9781, p. 1949-61, 2011.
- SEIDL, E. M. F.; ZANNON, C. M. L. D. C. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. **Cad Saud Public**, v. 20, p. 580-8, 2004.
- SHEPHERD, D.; et al. Do quiet areas afford greater health-related quality of life than noisy areas? **Int J Environ Res Public Health**, v. 10, n. 4, p. 1284-303, 2013.
- SILVA, E. F. D.; et al. Prevalência de morbidades e sintomas em idosos: um estudo comparativo entre zonas rural e urbana. **Cienc & Saud Col**, v. 18, p. 1029-1040, 2013.
- SILVA, R. A. D.; et al. Bem-estar psicológico e adolescência: fatores associados. **Cad Saud Public**, v. 23, p. 1113-1118, 2007.

- SILVA, R. S.; et al. Atividade física e qualidade de vida. **Cienc & Saud Col**, v. 15, p. 115-120, 2010.
- SILVEIRA, M. F.; et al. Propriedades psicométricas do instrumento de avaliação da qualidade de vida: 12-item health survey (SF-12). **Cienc & Saud Col**, v. 18, p. 1923-1931, 2013.
- SONATI, J. G.; et al. Análise comparativa da qualidade de vida de adultos e idosos envolvidos com a prática regular de atividade física. **Rev Bras Ger Gerontol**, v. 17, p. 731-9, 2014.
- SONATI, J. G.; et al. Body composition and quality of life (QoL) of the elderly offered by the "University Third Age" (UTA) in Brazil. **Arch Gerontol Geriatr**, v. 52, n. 1, p. 31-5, 2011.
- SOUZA, L. D. D. M.; et al. Bem-estar psicológico de jovens de 18 a 24 anos: fatores associados. **Cad Saud Public**, v. 28, p. 1167-74, 2012.
- STIERNSTROM, E. L. et al. A prospective study of morbidity and mortality rates among farmers and rural and urban nonfarmers. **J Clin Epidemiol**, v. 54, n. 2, p. 121-6, 2001.
- STRANGES, S.; et al. Sleep problems: an emerging global epidemic? Findings from the INDEPTH WHO-SAGE study among more than 40,000 older adults from 8 countries across Africa and Asia. **Sleep**, v. 35, n. 8, p. 1173-81, 2012.
- THE EUROQOL GROUP. a new facility for the measurement of health-related quality of life. **Health Policy**, v. 16, n. 3, p. 199-208, 1990.
- THE WHOQOL GROUP. The development of the World Health Organization quality of life assessment instrument (the WHOQOL). In: Orley J, Kuyken W, editors. Quality of life assessment: international perspectives. **Heidelberg: Springer Verlag**, p. p 41-60, 1994.
- THE WHOQOL-OLD GROUP. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/psiquiatria/psiq/WHOQOL-OLD%20Manual%20Portugues.pdf>
Acesso em: 16 set 2015.
- THELIN, A. Morbidity in Swedish farmers, 1978-1983, according to national hospital records. **Soc Sci Med**, v. 32, n. 3, p. 305-9, 1991.
- VISSERS, D.; et al. Overweight in adolescents: differences per type of education. Does one size fit all? **J Nutr Educ Behav**, v. 40, n. 2, p. 65-71, 2008.

- WADA, T.; et al. Depression activities of daily living, and quality of life community-dwelling elderly in three Asian countries: Indonesia, Vietnam and Japan. **Arch Gerolntol Geriatr**, v. 41, n. 3, p. 271-80.
- WALLACE, A. E.; et al. A longitudinal analysis of rural and urban veterans' health-related quality of life. **J Rural Health**, v. 26, n. 2, p. 156-63, 2010.
- WALTERS, S. J.; MUNRO, J. F.; BRAZIER, J. E. Using the SF-36 with older adults: a cross-sectional community-based survey. **Age Ageing**, v. 30, n. 4, p. 337-43, 2001.
- WANG, H. X. et al. Late-life engagement in social and leisure activities is associated with a decreased risk of dementia: a longitudinal study from the Kungsholmen project. **Am J Epidemiol**, v. 155, n. 12, p. 1081-7, 2002.
- WARE, J. E., JR.; SHERBOURNE, C. D. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. **Med Care**, v. 30, n. 6, p. 473-83, 1992.
- WHO. World Health Organization. Preventing chronic diseases: a vital investment. Geneva: 2005.
- XAVIER, F. M.; et al. Episódio depressivo maior, prevalência e impacto sobre qualidade de vida, sono e cognição em octogenários. **Rev Bras Psiq**, v. 23, p. 62-70, 2001
- ZAGOZDZON, P.; KOLARZYK, E.; MARCINKOWSKI, J. T. Quality of life and rural place of residence in Polish women - population based study. **Ann Agric Environ Med**, v. 18, n. 2, p. 429-32, 2011.

ANEXOS

Anexo 1 Instrumento de Pesquisa -

AS QUESTÕES A SEGUIR SÃO SOBRE COMO O SR.(A) SE SENTE A RESPEITO DA SUA QUALIDADE DE VIDA. POR FAVOR, ESCOLHA A RESPOSTA QUE LHE PARECE MAIS ADEQUADA SE O SR.(A) NÃO TEM CERTEZA DE QUAL RESPOSTA ESCOLHER, GERALMENTE, A PRIMEIRA QUE O SR.(A) PENSOU É A MELHOR. POR FAVOR, PENSE SOBRE SEUS VALORES, PREOCUPAÇÕES, PRAZERES E DESEJOS. LEMBRA QUE AS SUAS RESPOSTAS DEVEM SER BASEADAS NAS DUAS ÚLTIMAS SEMANAS.

01) COMO É SUA QUALIDADE DE VIDA ?

- (1) Muito ruim
- (2) Ruim
- (3) Regular
- (4) Boa
- (5) Muito boa

02) O SR.(A) ESTÁ SATISFEITO(A) COM SUA SAÚDE ?

- (1) Muito insatisfeito(a)
- (2) Insatisfeito(a)
- (3) Regular
- (4) Satisfeito(a)
- (5) Muito satisfeito(a)

AS QUESTÕES SEGUINTE SÃO SOBRE O QUANTO O SR.(A) TEM SENTIDO ALGUMAS COISAS NAS DUAS ÚLTIMAS SEMANAS. EU VOU LER AS PRÓXIMAS PERGUNTAS E O SR.(A) ME RESPONDE OLHANDO PARA ESTAS OPÇÕES. MOSTRAR FIGURA A

03) O(A) SR.(A) TEVE ALGUMA DOR QUE LHE IMPEDIU DE FAZER O QUE PRECISAVA?

- (5) Não
- (4) Muito pouco
- (3) Mais ou menos
- (2) Bastante
- (1) Completamente

04) O(A) SR.(A) PRECISA DE ALGUM TRATAMENTO MÉDICO PARA FAZER SUAS ATIVIDADES DO DIA-A-DIA?

- (5) Não
- (4) Muito pouco
- (3) Mais ou menos
- (2) Bastante
- (1) Completamente

05) O(A) SR.(A) APROVEITA A VIDA?

- (1) Não
- (2) Muito pouco
- (3) Mais ou menos
- (4) Bastante
- (5) Completamente

06) O(A) SR.(A) ACHA QUE A SUA VIDA TEM SENTIDO?

- (1) Não
- (2) Muito pouco
- (3) Mais ou menos
- (4) Bastante
- (5) Completamente

07) O(A) SR.(A) CONSEGUE SE CONCENTRAR?

- (1) Não
- (2) Muito pouco
- (3) Mais ou menos
- (4) Bastante
- (5) Completamente

08) O(A) SR.(A) SE SENTE SEGURO NO SEU DIA-A-DIA?

- (0) Não
- (1) Muito pouco
- (2) Mais ou menos
- (4) Bastante

(5) Completamente

09) O(A) SR.(A) ACHA QUE O MEIO EM QUE O (A) SR.(A) VIVE É SAUDÁVEL?

(1) Não

(2) Muito pouco

(3) Mais ou menos

(4) Bastante

(5) Completamente

AS QUESTÕES SEGUINTE PERGUNTAM SOBRE O QUANTO O(A) SR.(A) FOI CAPAZ DE FAZER CERTAS COISAS NAS DUAS ÚLTIMAS SEMANAS. ALGUMAS DELAS PODEM PARECER REPETIDAS, NÃO SE PREOCUPE É ASSIM MESMO.

10) O(A) SR.(A) TEM ENERGIA SUFICIENTE PARA O SEU DIA-A-DIA?

(1) Não

(2) Muito pouco

(3) Mais ou menos

(4) Bastante

(5) Completamente

11) O(A) SR.(A) ACEITA A SUA APARÊNCIA FÍSICA ?

(1) Não

(2) Muito pouco

(3) Mais ou menos

(4) Bastante

(5) Completamente

12) O(A) SR (A)TEM DINHEIRO SUFICIENTE PARA REALIZAR SUAS NECESSIDADES?

(1) Não

(2) Muito pouco

(3) Mais ou menos

(4) Bastante

(5) Completamente

13) O(A) SR.(A) CONSEGUE AS INFORMAÇÕES QUE PRECISA?

- (1) Não
- (2) Muito pouco
- (3) Mais ou menos
- (4) Bastante
- (5) Completamente

14) O(A) SR.(A) REALIZA ATIVIDADES DE LAZER?

- (1) Não
- (2) Muito pouco
- (3) Mais ou menos
- (4) Bastante
- (5) Completamente

15) O(A) SR.(A) É CAPAZ DE SE MOVIMENTAR ?

- (1) Muito mal
- (2) Mal
- (3) Regular
- (4) Bem
- (5) Muito bem

Obs:(MOSTRAR FIGURA B)**16) O(A)SR.(A) ESTÁ SATISFEITO(A) COM O SEU SONO?**

- (1) Muito insatisfeito(a)
- (2) Insatisfeito(a)
- (3) Regular
- (4) Satisfeito(a)
- (5) Muito satisfeito(a)

17) O(A) SR.(A) ESTÁ SATISFEITO (A) COM SUA CAPACIDADE PARA FAZER SUAS TAREFAS DO DIA-A-DIA?

- (1) Muito insatisfeito(a)
- (2) Insatisfeito(a)

- (3) Regular
- (4) Satisfeito(a)
- (5) Muito satisfeito(a)

18) O(A) SR.(A) ESTÁ SATISFEITO (A) COM SUA CAPACIDADE PARA TRABALHAR?

- (1) Muito insatisfeito(a)
- (2) Insatisfeito(a)
- (3) Regular
- (4) Satisfeito(a)
- (5) Muito satisfeito(a)

19) O(A) SR.(A) ESTÁ SATISFEITO(A) CONSIGO MESMO(A)?

- (1) Muito insatisfeito(a)
- (2) Insatisfeito(a)
- (3) Regular
- (4) Satisfeito(a)
- (5) Muito satisfeito(a)

20) O(A) SR.(A) ESTÁ SATISFEITO(A) COM SUAS RELAÇÕES PESSOAIS?

- (1) Muito insatisfeito(a)
- (2) Insatisfeito(a)
- (3) Regular
- (4) Satisfeito(a)
- (5) Muito satisfeito(a)

21) O(A) SR.(A) ESTÁ SATISFEITO(A) COM SUA VIDA SEXUAL?

- (1) Muito insatisfeito(a)
- (2) Insatisfeito(a)
- (3) Regular
- (4) Satisfeito(a)
- (5) Muito satisfeito(a)

22) O(A) SR.(A) ESTÁ SATISFEITO(A) COM O APOIO QUE RECEBE DOS SEUS AMIGOS?

- (1) Muito insatisfeito(a)
- (2) Insatisfeito(a)
- (3) Regular
- (4) Satisfeito(a)
- (5) Muito satisfeito(a)

23) O(A) SR.(A) ESTÁ SATISFEITO(A) COM O LOCAL ONDE MORA?

- (1) Muito insatisfeito(a)
- (2) Insatisfeito(a)
- (3) Regular
- (4) Satisfeito(a)
- (5) Muito satisfeito(a)

24) O(A) SR.(A) ESTÁ SATISFEITO(A) COM A FACILIDADE PARA CONSEGUIR ATENDIMENTO NO SERVIÇO DE SAÚDE?

- (1) Muito insatisfeito(a)
- (2) Insatisfeito(a)
- (3) Regular
- (4) Satisfeito(a)
- (5) Muito satisfeito(a)

25) O(A) SR.(A) ESTÁ SATISFEITO(A) COM O MEIO DE TRANSPORTE QUE USA?

- (1) Muito insatisfeito(a)
- (2) Insatisfeito(a)
- (3) Regular
- (4) Satisfeito(a)
- (5) Muito satisfeito(a)

A PRÓXIMA QUESTÃO É SOBRE A FREQUÊNCIA COM QUE O (A) SR.(A) SENTIU OU VIVEU CERTAS COISAS NAS DUAS ÚLTIMAS SEMANAS.

26) O(A) SR.(A) TEM SENTIMENTOS NEGATIVOS , TAIS COMO MAU HUMOR , TRISTEZA, ANSIEDADE, DEPRESSÃO?

- (5) Nunca
- (4) Raramente
- (3) Frequentemente
- (2) Muito frequentemente
- (1) Sempre

Anexo 2 Figura complementar ao instrumento.

Esta figura será fornecida ao entrevistado com as opções de respostas das questões 3 à 9 e 16 à 25.

Figura A.				
(5)Não	(4)Muito pouco	(3)Mais ou menos	(2)Bastante	(1)Completamente
Figura B.				
(1)Não	(2)Muito pouco	(3)Mais ou menos	(4)Bastante	(5)Completamente
Figura C.				
(1)Muito insatisfeito(a)	(2)Insatisfeito(a)	(3)Regular	(4)Satisfeito(a)	(5)Muito satisfeito(a)

MANUAL DE INSTRUÇÕES DO WHOQOL-BREF

AGORA EU VOU LHE FAZER ALGUMAS PERGUNTAS E O(A) SR.(A) IRÁ ESCOLHER A RESPOSTA QUE MELHOR REFLETE COMO TEM SE SENTIDO NAS DUAS ÚLTIMAS SEMANAS

AS QUESTÕES A SEGUIR SÃO SOBRE COMO O (A) SR.(A) SE SENTE A RESPEITO DA SUA QUALIDADE DE VIDA. POR FAVOR, ESCOLHA A RESPOSTA QUE LHE PARECER MAIS ADEQUADA SE O(A) SR.(A) NÃO TIVER CERTEZA DE QUAL RESPOSTA ESCOLHER, GERALMENTE, A PRIMEIRA QUE O(A) SR.(A) PENSOU É A MELHOR. POR FAVOR, PENSE SOBRE SEUS VALORES, PREOCUPAÇÕES, PRAZERES E DESEJOS. LEMBRE QUE AS SUAS RESPOSTAS DEVEM SER BASEADAS NAS DUAS ÚLTIMAS SEMANAS.

Protocolo do WHOQOL (World Health Organization Quality of Life-BREF)

Este questionário é para avaliar como o indivíduo se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. **Por isso é essencial que ele responda todas as questões.** Se o(a) entrevistado(a) não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, peça para ele(a) escolher entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada, sempre enfatizando que as próximas questões se referem **às duas últimas semanas.**

ATENÇÃO: Se o(a) entrevistado(a) não entender o significado de alguma pergunta, repita novamente de forma lenta, sem utilizar sinônimos ou “explicações em outras palavras da questão”. **O entrevistador não deve influenciar o entrevistado na escolha da resposta.**

→ Sempre que possível tente aplicar o questionário sem a presença de outras pessoas.

→ Para todas as questões que apresentar a instrução “*mostrar cartão*”, mostre o cartão indicado ao(a) entrevistado(a) para que ele(a) escolha as alternativas de resposta.

***Exceção:** Para indivíduos não alfabetizados ou com dificuldade de compreensão, apenas leia as alternativas da questão e aguarde a resposta.

A174) **COMO É SUA QUALIDADE DE VIDA ?** *Ler opções*

- (1) **Muito ruim**
- (2) **Ruim**
- (3) **Regular**
- (4) **Boa**
- (5) **Muito boa**
- (9) **IGN**

→ Leia as opções e aguarde a resposta do(a) entrevistado(a).

A175) **O SR.(A) ESTÁ SATISFEITO(A) COM SUA SAÚDE ?** *Ler opções*

- (1) **Muito insatisfeito(a)**
- (2) **Insatisfeito(a)**
- (3) **Regular**
- (4) **Satisfeito(a)**
- (5) **Muito satisfeito(a)**
- (9) **IGN**

→ Leia as opções e aguarde a resposta do(a) entrevistado(a).

Cartão 5A

(5) Não (4) Muito pouco (3) Mais ou menos (2) Bastante (1) Completamente

ATENÇÃO: Entregue o Cartão 5 ao entrevistado(a)

A176) **O(A) SR.(A) TEVE ALGUMA DOR QUE LHE IMPEDIU DE FAZER O QUE PRECISAVA?** *Ler opções e mostrar cartão 5A*

- (5) **Não**
- (4) **Muito pouco**
- (3) **Mais ou menos**

- (2) **Bastante**
- (1) **Completamente**
- (9) IGN

→ Leia as opções e aguarde a resposta do(a) entrevistado(a).

A177) O(A) SR.(A) PRECISA DE ALGUM TRATAMENTO MÉDICO PARA FAZER SUAS ATIVIDADES DO DIA-A-DIA? *Mostrar cartão 5A*

- (5) Não
- (4) Muito pouco
- (3) Mais ou menos
- (2) Bastante
- (1) Completamente
- (9) IGN

Cartão 5B

(1) Não (2) Muito pouco (3) Mais ou menos (4) Bastante (5) Completamente

A178) O(A) SR.(A) APROVEITA A VIDA? *Mostrar cartão 5B*

- (1) Não
- (2) Muito pouco
- (3) Mais ou menos
- (4) Bastante
- (5) Completamente
- (9) IGN

A179) O(A) SR.(A) ACHA QUE A SUA VIDA TEM SENTIDO? *Mostrar cartão 5B*

- (1) Não
- (2) Muito pouco
- (3) Mais ou menos
- (4) Bastante
- (5) Completamente
- (9) IGN

A180) **O(A) SR.(A) CONSEGUE SE CONCENTRAR?** *Mostrar cartão 5B*

- (1) Não
- (2) Muito pouco
- (3) Mais ou menos
- (4) Bastante
- (5) Completamente
- (9) IGN

A181) **O(A) SR.(A) SE SENTE SEGURO NO SEU DIA-A-DIA?** *Mostrar cartão 5B*

- (1) Não
- (2) Muito pouco
- (3) Mais ou menos
- (4) Bastante
- (5) Completamente
- (9) IGN

A182) **O(A) SR.(A) ACHA QUE O MEIO EM QUE O (A) SR.(A) VIVE É SAUDÁVEL?** *Mostrar cartão 5B*

- (1) Não
- (2) Muito pouco
- (3) Mais ou menos
- (4) Bastante
- (5) Completamente
- (9) IGN

AS QUESTÕES SEGUINTE PERGUNTAM SOBRE O QUANTO(A) SR.(A) FOI CAPAZ DE FAZER CERTAS COISAS NAS ÚLTIMAS DUAS SEMANAS. ALGUMAS DELAS PODEM PARECER REPETIDAS. NÃO SE PREOCUPE É ASSIM MESMO.

A183) **O(A) SR.(A) TEM ENERGIA SUFICIENTE PARA O SEU DIA-A-DIA?** *Mostrar cartão 5B*

- (1) Não

- (2) Muito pouco
- (3) Mais ou menos
- (4) Bastante
- (5) Completamente
- (9) IGN

A184) **O(A) SR.(A) ACEITA A SUA APARÊNCIA FÍSICA ?** *Mostrar cartão 5B*

- (1) Não
- (2) Muito pouco
- (3) Mais ou menos
- (4) Bastante
- (5) Completamente
- (9) IGN

A185) **O(A) SR.(A) TEM DINHEIRO SUFICIENTE PARA REALIZAR SUAS NECESSIDADES?** *Mostrar cartão 5B*

- (1) Não
- (2) Muito pouco
- (3) Mais ou menos
- (4) Bastante
- (5) Completamente
- (9) IGN

A186) **O(A) SR.(A) CONSEGUE AS INFORMAÇÕES QUE PRECISA ?** *Mostrar cartão 5B*

- (1) Não
- (2) Muito pouco
- (3) Mais ou menos
- (4) Bastante
- (5) Completamente
- (9) IGN

A187) **O(A) SR.(A) REALIZA ATIVIDADES DE LAZER?** *Mostrar cartão 5B*

- (1) Não

- (2) Muito pouco
- (3) Mais ou menos
- (4) Bastante
- (5) Completamente
- (9) IGN

A188) **O(A) SR.(A) É CAPAZ DE SE MOVIMENTAR ?** *Ler opções*

- (1) **Muito mal**
- (2) **Mal**
- (3) **Regular**
- (4) **Bem**
- (5) **Muito bem**
- (9) IGN

Cartão 5C

- (1) Muito insatisfeito(a) (2) Insatisfeito(a) (3) Regular (4) Satisfeito(a)
- (5) Muito satisfeito(a)

A189) **O(A)SR.(A) ESTÁ SATISFEITO (A) COM O SEU SONO?** *Ler opções e mostrar cartão 5C*

- (1) **Muito insatisfeito(a)**
- (2) **Insatisfeito(a)**
- (3) **Regular**
- (4) **Satisfeito(a)**
- (5) **Muito satisfeito(a)**
- (9) IGN

→ Leia as opções, mostre o cartão e aguarde a resposta do(a) entrevistado(a).

A190) **O(A) SR.(A) ESTÁ SATISFEITO(A) COM SUA CAPACIDADE PARA FAZER SUAS TAREFAS DO DIA-A-DIA?** *Mostrar cartão 5C*

- (1) Muito insatisfeito(a)

- (2) Insatisfeito(a)
- (3) Regular
- (4) Satisfeito(a)
- (5) Muito satisfeito(a)
- (9) IGN

A191) O(A) SR.(A) ESTÁ SATISFEITO (A) COM SUA CAPACIDADE PARA TRABALHAR? *Mostrar cartão 5C*

- (1) Muito insatisfeito(a)
- (2) Insatisfeito(a)
- (3) Regular
- (4) Satisfeito(a)
- (5) Muito satisfeito(a)
- (9) IGN

A192) O(A) SR.(A) ESTÁ SATISFEITO (A) CONSIGO MESMO(A)? *Mostrar cartão 5C*

- (1) Muito insatisfeito(a)
- (2) Insatisfeito(a)
- (3) Regular
- (4) Satisfeito(a)
- (5) Muito satisfeito(a)
- (9) IGN

A193) O(A) SR.(A) ESTÁ SATISFEITO (A) COM SUAS RELAÇÕES PESSOAIS? *Mostrar cartão 5C*

- (1) Muito insatisfeito(a)
- (2) Insatisfeito(a)
- (3) Regular
- (4) Satisfeito(a)
- (5) Muito satisfeito(a)
- (9) IGN

A194) **O(A) SR.(A) ESTÁ SATISFEITO (A) COM SUA VIDA SEXUAL?** *Mostrar cartão 5C*

- (1) Muito insatisfeito(a)
- (2) Insatisfeito(a)
- (3) Regular
- (4) Satisfeito(a)
- (5) Muito satisfeito(a)
- (9) IGN

A195) **O(A) SR.(A) ESTÁ SATISFEITO (A) COM O APOIO QUE RECEBE DOS SEUS AMIGOS?** *Mostrar cartão 5C*

- (1) Muito insatisfeito(a)
- (2) Insatisfeito(a)
- (3) Regular
- (4) Satisfeito(a)
- (5) Muito satisfeito(a)
- (9) IGN

A196) **O(A) SR.(A) ESTÁ SATISFEITO (A) COM O LOCAL ONDE MORA?** *Mostrar cartão 5C*

- (1) Muito insatisfeito(a)
- (2) Insatisfeito(a)
- (3) Regular
- (4) Satisfeito(a)
- (5) Muito satisfeito(a)
- (9) IGN

A197) **O(A) SR.(A) ESTÁ SATISFEITO (A) COM A FACILIDADE PARA CONSEGUIR ATENDIMENTO NO SERVIÇO DE SAÚDE?** *Mostrar cartão 5C*

- (1) Muito insatisfeito(a)
- (2) Insatisfeito(a)
- (3) Regular
- (4) Satisfeito(a)
- (5) Muito satisfeito(a)

(9) IGN

A198) **O(A) SR.(A) ESTÁ SATISFEITO(A) COM O MEIO DE TRANSPORTE QUE USA?** *Mostrar cartão 5C*

(1) Muito insatisfeito(a)

(2) Insatisfeito(a)

(3) Regular

(4) Satisfeito(a)

(5) Muito satisfeito(a)

(9) IGN

A PRÓXIMA QUESTÃO É SOBRE A FREQUÊNCIA COM QUE O (A) SR.(A) SENTIU OU VIVEU CERTAS COISAS NAS DUAS ÚLTIMAS SEMANAS.

A199) **O(A) SR.(A) TEM SENTIMENTOS NEGATIVOS, TAIS COMO MAU HUMOR , TRISTEZA, ANSIEDADE, DEPRESSÃO?** *Ler opções*

(5) Nunca

(4) Raramente

(3) Frequentemente

(2) Muito frequentemente

(1) Sempre

(9) IGN

ALTERAÇÕES DO PROJETO DE PESQUISA

Após a qualificação do projeto, realizada em 29 de setembro de 2015, algumas alterações importantes foram realizadas em relação a definições operacionais de exposições e desfechos.

1. Definição operacional dos desfechos:

A análise de questão de QV global foi inicialmente idealizada através da junção de duas perguntas (QV global e satisfação com a saúde). Entretanto, poucos artigos destinam-se a analisar essas duas questões. Por essas questões avaliarem duas informações diferentes, optou-se por analisá-las de forma independente, separadamente uma da outra. Assim, uma das questões seria relativa à percepção de QV global dos indivíduos e outra sobre a satisfação com a saúde. Por fim, seis desfechos foram incluídos na análise: domínios físico, psicológico, relações sociais, meio ambiente, percepção de QV global e satisfação de saúde.

2. Definição operacional das exposições:

As variáveis cor da pele autorreferida, categorizada em branca e outra, bem como uma medida de tempo vivido na zona rural (percentual de tempo residido na zona rural categorizado em: menos de 50%; entre 50 e 99%; 100%), ter emprego (não; sim) e número de moradores por domicílio (1; 2; 3; 4; 5 ou mais) foram adicionadas às análises. A cor da pele foi analisada no primeiro nível hierárquico, o número de moradores e a variável ter emprego no segundo. Já a variável percentual de tempo residido na zona rural foi adicionada ao terceiro nível hierárquico.

RELATÓRIO DO TRABALHO DE CAMPO

1. Introdução

O Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia (PPGE) da Universidade Federal de Pelotas (UFPel) foi criado em 1991, por um grupo de docentes da Faculdade de Medicina. Na avaliação trienal de 2007 o curso recebeu nota “7”, conceito máximo – que mantém até os dias atuais - da avaliação da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), sendo o primeiro na área de Saúde Coletiva e considerado de excelência internacional.

Desde 1999 o PPGE realiza, a cada dois anos, inquéritos populacionais sobre aspectos de saúde na zona urbana do município de Pelotas, cidade localizada no sul do Rio Grande do Sul. Esses estudos ocorrem sob a forma de “Consórcio de Pesquisa”, o qual consiste em um estudo transversal de base populacional realizado pelos mestrandos do PPGE¹. Essa metodologia de pesquisa permite que ocorra redução do tempo de trabalho de campo e otimização de recursos financeiros e humanos. Adicionalmente, tem como um dos objetivos que os alunos vivenciem experiências em todas as etapas de um estudo epidemiológico, resultando nas dissertações dos mestrandos e, ainda, no reconhecimento da situação de saúde da população investigada.

Nos anos 2015/2016, pela primeira vez, o consórcio de pesquisa do PPGE realizou-se com a população adulta e idosa da zona rural do município de Pelotas. A pesquisa contou com a supervisão de 12 mestrandos, sob a coordenação de quatro docentes do Programa: Dra. Maria Cecília Assunção, Dra. Helen Gonçalves, Dra. Elaine Tomasi e Dra. Luciana Tovo Rodrigues e uma professora colaboradora do Programa: Dra. Renata Moraes Bielemann. Ao idealizar tal pesquisa, antes dos mestrandos ingressarem no Programa, as coordenadoras do consórcio iniciaram o processo de contato e divulgação da pesquisa com pessoas importantes e entidades públicas, com intuito de analisar a viabilidade da realização do estudo. Destacam-se, neste período, contatos realizados com: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Secretaria de Desenvolvimento Rural, Secretaria da Saúde, EMATER Pelotas, Sindicato dos Trabalhadores Rurais, líderes de comunidades e religiosos importantes da zona rural de Pelotas.

Ao longo dos quatro primeiros bimestres do curso, nas disciplinas de Prática de Pesquisa I a IV, ocorreu o planejamento do estudo populacional, desde a escolha dos temas até o planejamento de todo o trabalho de campo pelos mestrandos.

Nessa pesquisa realizada na zona rural de Pelotas foram investigados temas específicos de cada mestrando (Tabela 1), juntamente com informações demográficas, socioeconômicas e comportamentais de interesse comum. Além da aplicação do questionário, também foram coletadas algumas medidas antropométricas que serão explicadas com mais detalhes no decorrer deste documento.

Tabela 1. Alunos, formação e temas do Consórcio de Pesquisa do PPGE. Pelotas, 2015/2016.

Mestrando	Graduação	Tema de Pesquisa
Adriana Kramer Fiala Machado	Nutrição	Qualidade do sono
Ana Carolina Ruivo	Medicina	Serviços de saúde
Caroline Cardozo Bortolotto	Nutrição	Qualidade de vida
Gustavo Pêgas Jaeger	Medicina	Consumo de bebidas alcoólicas
Mariana Otero Xavier	Nutrição	Tabagismo
Mayra Fernandes	Nutrição	Consumo de alimentos
Rafaela Costa Martins	Educação Física	Atividade física
Roberta Hirschmann	Nutrição	Sintomas depressivos
Thais Martins da Silva	Nutrição	Obesidade geral e abdominal

Através dos projetos individuais de cada mestrando, foi elaborado um projeto geral intitulado “Avaliação da saúde de adultos residentes na zona rural do município de Pelotas, RS”. Este projeto mais amplo, também chamado de “projeto”, contemplou o delineamento do estudo, os objetivos e as justificativas de todos os temas de pesquisa dos mestrandos, além da metodologia, processo de amostragem e outras características da execução do estudo. Foram ainda investigados cinco temas específicos de interesse de docentes do PPGE: saúde bucal, contato com agrotóxicos, criminalidade, consumo de chimarrão e uso de medicamentos.

O Projeto Geral foi encaminhado para avaliação ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade de Medicina (FAMED) da Universidade Federal de Pelotas em novembro de 2015, com o número de protocolo 51399615.7.0000.5317. O parecer contendo a aprovação para início do estudo foi recebido no dia 11 de dezembro de 2015, com o número 1.363.979 (Anexo 1).

2. Comissões do trabalho de campo

O Consórcio de Pesquisa busca capacitar os mestrandos para o trabalho em equipe. Para que isso fosse possível em 2015/2016, foram estabelecidas comissões a fim de garantir uma melhor preparação e um bom andamento do trabalho de campo. Essas comissões foram compostas por todos os mestrandos, podendo os mesmos estar inseridos em uma ou mais. Ainda, o referido consórcio contou com a colaboração de alunos vinculados ao Centro de Equidade do Centro de Pesquisas Epidemiológicas (Janaína Calu Costa, Luis Paulo Vidaletti e Maria del Pilar Flores). Os três participaram das comissões e do trabalho de campo durante os dois primeiros meses. Seus projetos de dissertação não previam a utilização dos dados coletados pelo consórcio. O aluno do curso de Doutorado do PPGE, Bernardo Agostini, também contribuiu durante o trabalho de campo, nos dois últimos meses de coleta de dados, para ampliar seu aprendizado.

As comissões deste consórcio, mestrandos responsáveis e suas atribuições estão listadas abaixo.

2.1. Elaboração do “Projetão”: Ana Carolina Ruivo; Gustavo Jaeger; Luis Paulo Vidaletti.

Essa comissão foi responsável pela elaboração do projeto geral enviado ao Comitê de Ética em Pesquisa, com base em itens dos projetos de cada mestrando. Este projeto, denominado “projetão”, foi composto por 14 projetos individuais, sendo nove deles de mestrandos e cinco de professores. Os projetos individuais que compõem o “projetão” foram nele descritos separadamente. Em cada projeto individual foram abordados os seguintes itens: justificativa para realização, objetivos gerais e específicos e hipóteses do estudo.

O “projetão” contemplou também alguns aspectos comuns a todos os projetos individuais, como: descrição do PPGE e da forma de pesquisa adotada pelo programa, delineamento do estudo, população-alvo, amostra e processo de amostragem (amostras necessárias para cada projeto individual), instrumentos utilizados, logística, seleção e treinamento de entrevistadoras, estudo piloto, controle de qualidade, processamento e análise de dados, aspectos éticos, orçamento, cronograma e referências bibliográficas.

Os questionários completos aplicados e cartões visuais, para auxílio durante a entrevista, foram anexados como apêndices no Projeto. Além disso, ao longo do texto, duas tabelas foram apresentadas: (1) especificando o tamanho amostral necessário para cada projeto individual e (2) a descrição detalhada do orçamento do projeto.

2.2. Elaboração do questionário: Mariana Xavier; Roberta Hirschmann; Thais Martins.

Essa comissão foi responsável pela organização dos instrumentos de cada mestrando em um questionário comum, bem como a coordenação dos pulos e filtros dos diferentes blocos. Além disso, elaborou o questionário de controle de qualidade da pesquisa.

2.3. Elaboração do manual de instruções: Adriana Machado; Janaína Calu Costa.

Responsável pela elaboração de um manual de instruções contendo todas as informações sobre o instrumento geral e de cada mestrando, bem como procedimentos a serem tomados em cada pergunta. As instruções inerentes aos procedimentos adotados para aplicação ou tomada das medidas de cada mestrando foram elaboradas pelos próprios estudantes.

2.4. Amostragem e banco de dados: Adriana Machado; Mayra Fernandes; Rafaela Martins.

A comissão do banco de dados foi responsável por transcrever o questionário para meio digital através do *website* para pesquisas *online* chamado *REDCap* (*Research Electronic Data Capture*)³ e inserir este questionário digital nos *tablets* Samsung GalaxyTab. Além disso, tinha como responsabilidade checar as inconsistências do questionário e das respostas, assim como organizar e gerenciar os dados. Após finalizar o banco de dados foram realizadas duas ponderações para realização das análises, a primeira foi para ajustar o efeito da seleção por conglomerados e a segunda para ponderar os 30 domicílios conforme tamanho de

cada distrito, onde para distritos menores a representabilidade de 30 domicílios seria muito maior em relação a distritos maiores. Por fim, foi responsável pela entrega da versão final do banco de dados a ser utilizado por todos os mestrandos em suas análises.

2.5. Controle de planilhas: Rafaela Martins.

Essa comissão foi responsável pelo controle de entrevistas de cada setor, mantendo uma planilha sempre atualizada com as informações repassadas pelos mestrandos ao final de cada dia e durante todo o período de trabalho de campo. Cada setor possuía uma planilha individual, que alimentava a planilha geral com dados agrupados do trabalho de campo. Cada uma dessas planilhas era dividida em 31 abas, sendo uma para resumo do setor e, as outras 30 correspondiam a cada casa. A aba de cada domicílio possuía informações sobre código de identificação (ID), nome, idade, telefone e o melhor turno para encontrar o participante em casa, além de informar qual morador do domicílio respondeu o “Bloco B” (questionário domiciliar), bem como qual morador havia sido sorteado para o controle de qualidade. A aba de resumo de cada setor informava o percentual de entrevistas realizadas e pendentes, perdas, recusas, critérios de exclusão, número de moradores, número de adultos, controle de qualidade sorteado, domicílios completos, amostrados e com pendência. Todos esses dados eram convergidos em um dado geral de cada setor e do total do campo com as informações por setor resumidas.

2.6. Logística e trabalho de campo: Caroline Bortolotto; Roberta Hirschmann; Thais Martins.

Comissão responsável pela aquisição e controle do material utilizado em campo, previsão de orçamentos, processo de seleção das candidatas a entrevistadoras e organização dos treinamentos. Além disso, ficou a cargo dessa comissão a escolha de empresas de transporte para deslocamento durante todo o trabalho de campo.

2.7. Divulgação do trabalho de campo: Gustavo Jaeger; Maria del Pilar Flores; Mayra Fernandes.

Essa comissão trabalhou com o setor de imprensa do Centro de Pesquisas Epidemiológicas, especificamente com Silvia Pinto (comunicação) e Cíntia Borges (*design* gráfico). Inicialmente, essa comissão ficou responsável por criar o logotipo e o nome do estudo. Depois dessa etapa, a divulgação da pesquisa para a população rural foi feita através da televisão, rádio e distribuição de material em locais públicos, mercados e igrejas de cada distrito. A elaboração do material utilizado pelos mestrandos e entrevistadoras durante o trabalho de campo, como camisetas, bonés e crachás, também foi de responsabilidade dessa comissão. Ainda, auxiliou na elaboração do material com os resultados finais da pesquisa a serem devolvidos aos participantes e instituições de saúde.

2.8. Financeiro: Ana Carolina Ruivo; Roberta Hirschmann.

Comissão encarregada de todas as questões relacionadas ao controle financeiro, orçamento e previsão de compras durante todo o Consórcio de Pesquisa. Essa comissão estava constantemente em contato com o setor financeiro do PPGE e era responsável também por controlar o número de entrevistas de cada entrevistadora para posterior pagamento, a utilização mensal das vans, fornecimento de vales-transportes para as entrevistadoras e toda e qualquer despesa relacionada à pesquisa.

2.9. Elaboração do relatório de trabalho de campo: Caroline Bortolotto; Mariana Xavier; Rafaela Martins.

Comissão responsável pelo registro de todas as decisões tomadas nas reuniões com a coordenação, informações relevantes do trabalho de campo, preenchimento de tabela com datas de encontros e reuniões com pessoas que auxiliaram antes de iniciar o trabalho de campo, e pela elaboração do presente relatório do Consórcio de Pesquisa “Saúde Rural” 2015-2016.

3. Questionários

O questionário geral foi dividido em duas partes chamadas de “Bloco A” e “Bloco B”. As questões individuais e específicas do instrumento de cada mestrando foram incluídas no questionário geral, denominado “Bloco A”. O “Bloco A” era aplicado a todos os indivíduos com 18 anos ou mais, moradores da zona rural de Pelotas. Este instrumento foi composto por 209 questões, incluindo temas sobre atividade física, qualidade de vida, presença de morbidades, consumo de alimentos, utilização de serviços de saúde, qualidade do sono, saúde dos dentes e da boca, depressão, tabagismo, consumo de bebidas alcoólicas, criminalidade, consumo de chimarrão, uso de medicamentos, uso de agrotóxicos e religião.

As questões referentes aos aspectos domiciliares foram incluídas no “Bloco B”, sendo respondidas por apenas um indivíduo de cada residência, preferencialmente o chefe da família. Esse bloco continha 61 perguntas referentes aos dados socioeconômicos da família, características do domicílio, escolaridade do chefe da família e posse de bens. Além dos questionários, foram coletadas as seguintes medidas antropométricas dos participantes: peso, altura e circunferência da cintura.

4. Manual de instruções

A elaboração do manual de instruções auxiliou no treinamento e nas entrevistas durante o trabalho de campo. Todos os *tablets* utilizados para a coleta de dados possuíam uma versão digital do manual, sendo de fácil acesso às entrevistadoras.

O manual incluía orientações sobre o que se pretendia coletar em cada questão dos questionários, contendo a explicação da pergunta, opções de resposta e instruções para perguntas nas quais as opções deveriam ser lidas ou não. Continha, ainda, as definições de termos utilizados no questionário e o telefone de todos os supervisores.

Também foi criado um manual para a “batedora” (termo utilizado para se referir a pessoa que realiza a contagem e identificação de domicílios antes de iniciar o trabalho de campo propriamente dito), o qual possuía um roteiro com explicações sobre o procedimento correto a ser realizado na “bateção”. Porém, por dificuldades

logísticas específicas da zona rural, especialmente as distâncias a serem percorridas, as más condições das estradas e o dispêndio excessivo de tempo nesse processo, a “bateção” não ocorreu conforme esperado e optou-se por não realizar essa abordagem prévia com os participantes do estudo na zona rural.

5. Amostra e processo de amostragem

Nos projetos individuais, cada mestrando calculou o tamanho de amostra necessário para o seu tema de interesse, tanto para estimar o número de indivíduos necessário para estudos de prevalência, quanto para o exame das possíveis associações. Em todos os cálculos foram acrescentados 10% para perdas e recusas e 15% para cálculo de associações, tendo em vista o controle de possíveis fatores de confusão e, ainda, o efeito de delineamento amostral, dependendo de cada tema. Nos dias 31/08/2015, 01 e 02/09/2015 ocorreu uma oficina de amostragem coordenada pelo Prof. Aluísio Jardim Dornellas de Barros e pela estatística convidada da Universidade de São Paulo (USP), Prof^a. Regina Bernal. Nessa ocasião foi definido o maior tamanho de amostra necessário ($n=2.016$ adultos) para que todos os mestrandos tivessem a possibilidade de estudar os seus desfechos, levando em consideração as questões logísticas e financeiras envolvidas.

Inicialmente, foram reconhecidos os distritos e setores rurais através dos dados do Censo de 2010². A zona rural de Pelotas possui oito distritos que estão descritos na Tabela 2. Desses, foram sorteados 24 setores e 1.008 domicílios. A decisão sobre o número de setores a serem amostrados levou em consideração o número de domicílios permanentes de cada um dos distritos. Foi considerado em média 2 adultos por domicílio, dessa forma o cálculo para a escolha do número de domicílios foi realizado da seguinte forma:

$$24 \text{ setores} * 2 \text{ adultos em média por domicílio} = 48 \text{ domicílios por setor}$$

Tabela 2. Descrição dos distritos conforme tamanho populacional e número de setores.

Distrito	População	Nº de setores	Nº de setores selecionados
Z3	3.165	8	3
Cerrito Alegre	3.075	6	4
Triunfo	2.466	4	2
Cascata	3.074	6	4
Santa Silvana	2.443	8	2
Quilombo	2.649	5	3
Rincão da Cruz	1.970	7	2
Monte Bonito	3.201	6	4

No decorrer do trabalho foram necessárias mudanças logísticas devido às dificuldades de locomoção na zona rural, custo e tempo para o término do estudo. A principal mudança consistiu na redução do número de domicílios, sendo mantidos o número de setores e a média de adultos/domicílio. O número de domicílios por setor passou a ser 30, resultando em 720 domicílios ao total, finalizando em 1.440 indivíduos.

Devido à grande diferença da disposição das residências na zona rural em comparação com a zona urbana, foi necessário adotar uma estratégia peculiar para este estágio do processo. Optou-se por utilizar o software *Google Earth*, que está disponível para uso gratuito, juntamente com um mapa virtual do estado do Rio Grande do Sul, fornecido pelo IBGE. Com a utilização destas duas ferramentas foi possível sobrepor as delimitações geográficas da cidade de Pelotas, que inclui as subdivisões em setores censitários, sobre as imagens feitas por satélite fornecidas pelo *Google Earth*.

A partir das imagens aéreas, com as subdivisões geográficas sobrepostas, os setores censitários foram divididos em núcleos, da seguinte maneira: foi considerado um núcleo cada aglomerado com no mínimo cinco casas, localizadas em um raio de um quilômetro a partir do centro do núcleo – maior ramificação de ruas ou vias/estradas. Estes núcleos foram ordenados em cada setor, de maneira decrescente e de acordo com o número de casas identificadas pelas imagens de satélite.

Finalmente, para a seleção das residências, foi adotado o seguinte procedimento: iniciava-se pelo maior núcleo (com maior número de residências) e, ao chegar ao centro deste núcleo, um dos mestrandos responsáveis pelo trabalho de campo girava algum objeto pontiagudo (como, por exemplo, uma garrafa) para dar a direção do início a ser percorrido para encontrar as residências a serem incluídas na amostra, garantindo certa aleatoriedade no processo. Se, eventualmente, o objeto girado apontasse no meio de duas ramificações, seguia-se sempre pela via à direita da direção indicada. Quando chegava-se ao fim da direção apontada dentro do núcleo sem que 30 casas fossem identificadas, voltava-se ao centro do núcleo e dava-se continuidade ao processo pela próxima via, à direita da primeira. Após o rastreamento de todo o primeiro núcleo, caso não se alcançasse o total de 30 residências, seguia-se em direção ao centro do segundo núcleo do setor com maior número de residências e repetia-se o processo, até que as trinta residências habitadas fossem selecionadas.

6. Seleção e treinamento das entrevistadoras

Antes do início do trabalho de campo, a comissão de logística foi responsável por criar propostas para a definição da logística do trabalho de campo, como número de entrevistadoras, rota e tipo de transporte para as entrevistadoras, as quais deveriam se deslocar do Centro de Pesquisas Epidemiológicas, localizado na zona urbana, até a zona rural do município. Após definição desses pontos, o próximo passo foi selecionar as candidatas que iriam atuar no trabalho de campo.

Os critérios de seleção para as candidatas às vagas de entrevistadora foram os seguintes: ser do sexo feminino, ter ensino médio completo e ter disponibilidade de tempo para realização do trabalho. Outras características também foram consideradas, como: experiência prévia em pesquisa, ótimo desempenho no trabalho, boa organização e bom relacionamento interpessoal.

As inscrições para seleção ocorreram no período de 4 a 11 de dezembro de 2015, com o objetivo de contratar 14 entrevistadoras. A divulgação do edital de inscrição foi através do *website* e via *Facebook* do PPGE e dos mestrandos. O total de 74 candidatas inscreveram-se para o treinamento. Destas, 52 foram selecionadas para a participação do treinamento.

O treinamento foi realizado no período de 15 a 18 de dezembro de 2015 e, novamente, nos dias 11 e 12 de janeiro de 2016, durante os turnos manhã e tarde. Este consistiu de uma parte teórica, através de apresentação expositiva de cada mestrando referente ao seu instrumento e pela apresentação da comissão quanto aparte geral do questionário. Também houve uma parte prática do treinamento, onde foram feitas simulações de entrevistas tanto em papel, quanto em *tablets*, para o completo entendimento das interessadas em realizar esta tarefa.

Após conclusão desta etapa, foi realizada avaliação teórica, quando uma prova com perguntas específicas sobre os conteúdos teóricos do treinamento foi aplicada. Foram selecionadas as candidatas que atingiram melhor pontuação final nos critérios de avaliação (nota da avaliação teórica, presença, participação e interesse nos treinamentos). As 17 aprovadas na primeira etapa participaram de um estudo piloto no dia 13 de janeiro de 2016, realizado no município de Arroio do Padre. A escolha deste local se deu em virtude da similaridade de suas características com a zona rural a ser estudada, uma vez que este município pertencia à zona rural de Pelotas antes de sua emancipação. O estudo piloto foi

realizado com o objetivo de avaliar o desempenho de cada entrevistadora durante uma simulação prática do trabalho de campo. Ao final do estudo piloto, os mestrandos selecionaram 14 entrevistadoras com melhor desempenho durante os treinamentos, prova e piloto.

Além dos treinamentos para aplicação dos questionários foi realizada a padronização de medidas antropométricas (altura, peso e circunferência da cintura), conduzida por duas mestrandas consideradas “padrão-ouro” na tomada das mesmas. Além das entrevistadoras, os mestrandos também foram padronizados, como uma prevenção para eventual perdas da equipe.

A padronização de medidas ocorreu nos dias 14, 15, 18 a 20 de janeiro de 2016. Realizou-se o treinamento prático para a padronização da coleta das medidas antropométricas, com carga horária de 20 horas com as pré-selecionadas na sede do PPGE. Durante o processo de padronização, as candidatas foram orientadas sobre a realização da técnica correta das medidas de peso, altura e circunferência da cintura. Todo o procedimento foi baseado na metodologia proposta por Habicht⁴, a qual diz respeito à adequação da técnica de coleta para aumentar sua precisão e exatidão.

Utilizou-se planilhas de avaliação da candidata com as médias dos erros técnicos das medidas de peso, altura e circunferência da cintura observadas, segundo os erros intra e inter-observador e de acordo com a metodologia supracitada – erros entre os resultados obtidos pela própria entrevistadora e erros de cada entrevistadora comparados ao padrão-ouro, respectivamente. Durante o treinamento, as pessoas consideradas padrão-ouro na aferição das medidas antropométricas (mestrandas Thaís e Caroline) mensuraram o peso, altura e circunferência da cintura de 10 voluntários, em duas rodadas distintas. O mesmo processo foi realizado pelas candidatas ao cargo de entrevistadora, quantas vezes fosse necessário até se obter concordância entre os resultados encontrados.

As medidas foram digitadas em planilhas Excel® para cálculo dos valores de precisão e exatidão aceitáveis conforme a metodologia de Habicht⁴. O processo de padronização foi realizado novamente 60 dias após o início do campo, a fim de manter a qualidade das medidas mensuras durante o processo.

O início do trabalho de campo ocorreu no dia 21 de janeiro de 2016. Para o trabalho de campo foram montados *kits* que continham: mochila, crachá de identificação, camiseta, pasta plástica, prancheta, carta de apresentação (Apêndice

1), questionários impressos, termos de consentimento livre e esclarecido (TCLE) (Apêndice 2), *tablet* (com case), anexos aos questionários (cadernos a parte que incluíam escala de faces, dosagens de bebidas alcoólicas, cartões com imagens para auxílio no preenchimento dos questionários de atividade física, depressão, qualidade de vida e qualidade do sono), canetas, lápis, borracha, apontador, calculadora, fita métrica, estadiômetro, balança digital, caderno de anotações (diário de campo) e almofada para impressão digital.

7. Divulgação

O trabalho da comissão de divulgação contou com a colaboração das profissionais de *design* gráfico e comunicação social do PPGE, Cíntia Borges e Sílvia Pinto, respectivamente. O trabalho de divulgação do consórcio de pesquisa na zona rural iniciou antes mesmo da formação desta comissão, mediante os contatos das docentes coordenadoras com pessoas e instituições importantes para esse trabalho, conforme citado anteriormente.

Ainda no primeiro semestre de 2015, a turma de mestrandos reuniu-se por diversas vezes, muitas delas junto às professoras responsáveis pelo consórcio, para pensar, elaborar e planejar todas as etapas da divulgação da pesquisa, levando em conta a peculiaridade da população-alvo: residentes em zona rural. Decidiu-se por denominar o presente consórcio de pesquisa da seguinte maneira: nome principal “Saúde Rural”; complementado por “Pesquisa sobre saúde da população rural de Pelotas”. Além disso, foram reunidas as ideias para subsidiar o trabalho de construção de uma logomarca para o consórcio.

O processo de criação da logomarca do consórcio foi realizado pelas profissionais Cíntia Borges e Sílvia Pinto, com as ideias sugeridas pelo grupo de mestrandos. Com um trabalho realizado em equipe, brevemente foi possível definir uma logomarca que representasse bem os objetivos e o alvo da pesquisa. A partir da definição da logomarca e do nome do projeto a comissão começou a colocar em prática as estratégias pensadas para divulgação. Um dos primeiros e mais importantes passos foi realizar uma reunião na Secretaria de Saúde, em maio de 2015, para apresentar a pesquisa, coletar informações importantes sobre a zona rural e esclarecer dúvidas. Nessa ocasião estavam presentes, além da Superintendente de Ações em Saúde, trabalhadores das 13 Unidades Básicas de

Saúde (UBS) que fazem parte da zona rural de Pelotas. Houve também outras reuniões nas quais participaram alguns alunos juntamente com as professoras coordenadoras, como na reunião com a EMATER Pelotas e com o IBGE. Os mestrandos também realizaram diversas visitas a cada um dos distritos para reconhecimento dos locais e participaram de Pré-Conferências de Saúde nos distritos Quilombo e Santa Silvana, em junho de 2015, para divulgar a pesquisa. Outra reunião muito importante ocorreu em setembro de 2015 com os subprefeitos de cada distrito da zona rural de Pelotas, na Secretaria de Desenvolvimento Rural. Nessa reunião os alunos explicaram de maneira clara e sucinta o projeto de pesquisa. Cabe ressaltar que os subprefeitos foram muito solícitos, apoiaram a iniciativa e indicaram as principais maneiras através das quais os moradores da zona rural obtinham informações, ou seja, os mais efetivos meios para informar a esta população sobre a realização da pesquisa.

Com base em informações obtidas nas diversas reuniões e contatos com pessoas conhecedoras da zona rural, foram elaborados cartazes e panfletos que transmitissem informações sobre a pesquisa que seria realizada, de uma forma clara, concisa e amigável (Apêndice 3). O principal objetivo, neste momento inicial, era fazer com que a população tivesse um primeiro contato com a pesquisa e com ela se acostumassem, entendendo a importância do projeto que seria realizado. Além disso, um dos objetivos da divulgação foi de conquistar a confiança da população-alvo, demonstrando a seriedade da pesquisa, o que facilitaria a aceitação dos moradores em participar.

A divulgação na região geográfica do estudo iniciou na metade do segundo semestre de 2015. Os mestrandos foram divididos em quatro grupos, ficando cada grupo responsável pela divulgação em dois distritos. A estratégia adotada foi a de colocar cartazes nos locais de referência de cada distrito, locais bastante frequentados pelos moradores, como, por exemplo, Subprefeituras, Unidade Básicas de Saúde, escolas, salões de igrejas, mercados, pontos de ônibus, entre outros específicos de cada distrito. Além disso, panfletos com explicações sobre a pesquisa foram deixados nestes lugares para que os moradores pudessem ter uma melhor compreensão do estudo. Em alguns locais, como Subprefeitura e Unidades Básicas de Saúde, os próprios funcionários se colocaram à disposição para entregar ou indicar os panfletos aos moradores que fossem ao local.

Outra estratégia de divulgação da pesquisa foi através de programas de rádio, meio de comunicação importante para alcançar a população alvo. Um texto padrão foi elaborado em conjunto com o serviço de comunicação social, com linguagem adequada ao meio de comunicação e ao público-alvo, e enviado a diversas rádios, inclusive a pequenas rádios comunitárias, ouvidas na zona rural de Pelotas, para ser veiculado. Além disso, a divulgação através do rádio foi complementada de maneira muito efetiva com duas entrevistas dadas em momentos diferentes por professores e mestrandos, explicando o projeto de pesquisa.

O processo de divulgação foi intensificado no período que antecedeu o início do trabalho de campo, para assegurar que uma boa parcela dos moradores da zona rural já tivessem tido algum contato com informações sobre a pesquisa. Mais cartazes foram colocados em lugares estratégicos, como pontos em que os moradores da zona rural esperam por ônibus no centro da cidade, e mais panfletos foram distribuídos.

À comissão de divulgação coube também a responsabilidade de providenciar a confecção de camisetas, bonés e crachás com o nome e logomarca da pesquisa. Estes serviram para identificar mestrandos e entrevistadoras e, também, como uma forma de divulgação.

Durante todo o trabalho de campo o processo de divulgação seguiu sendo feito. A forma principal de divulgação neste período foi através da distribuição dos panfletos explicativos aos moradores. Estes panfletos foram levados pelos mestrandos em todos os dias de trabalho de campo, entregues aos participantes da pesquisa e também a demais moradores das localidades visitadas. Neste período também houve novas entrevistas de rádio, nas quais os mestrandos participaram, divulgando a pesquisa e esclarecendo dúvidas.

8. Estudo piloto

O estudo piloto com as entrevistadoras selecionadas na primeira etapa da seleção foi realizado no dia 13 de janeiro de 2016, em Arroio do Padre, cidade que por muitos anos fez parte de Pelotas e, mesmo após ser emancipada, ainda possui características rurais muito semelhantes às que seriam observadas posteriormente na zona rural de Pelotas. Cada mestrando acompanhou uma a duas entrevistadoras e realizou uma avaliação baseada em um *checklist* criado pela comissão de logística

e trabalho de campo. Essa etapa também foi considerada parte da seleção das mesmas.

Após o estudo piloto, foi realizada uma reunião entre os mestrandos para a discussão de situações, problemas e possíveis erros nos questionários. As modificações necessárias foram realizadas pela comissão do questionário, manual e banco de dados antes do início do trabalho de campo. Nessa reunião foi discutido entre a turma o desempenho de cada candidata e 14 entrevistadoras foram selecionadas.

9. Logística e trabalho de campo

O início do trabalho de campo se deu no dia 21/01/2016. Na rotina diária de trabalho sempre havia pelo menos um mestrando de plantão para organizar o material que viria a ser utilizado no trabalho de campo naquele dia. Pelo fato de não haver estadiômetros e balanças digitais em quantidade suficiente para todas as entrevistadoras, era necessário que houvesse um controle de quem estava em campo com estes instrumentos e, por isso, cada entrevistadora assinava sempre uma planilha com a distribuição deste material, atestando o recebimento. Também era de responsabilidade do mestrando plantonista no dia ter o controle de que todas as entrevistadoras recebessem os vales-transportes e assinassem o livro-ponto. Para manter um maior controle, cada entrevistadora possuía um número de identificação na sua mochila e *tablet*. Logo após, as entrevistadoras e os mestrandos que estavam escalados para irem a campo no dia deslocavam-se ao estacionamento do prédio, onde uma micro-van os aguardava. Ao iniciar o trabalho de campo eram escalados em média seis mestrandos por dia e 12 entrevistadoras. No decorrer do trabalho de campo houve desistência e dispensa de algumas entrevistadoras, o que resultou na redução do número de entrevistadoras em campo.

O local de destino era decidido a priori. Inicialmente foram escolhidos os locais mais afastados com intuito de otimizar a utilização da van, pois alguns distritos eram próximos à zona urbana e com maior possibilidade de deslocar-se de outras maneiras. As comissões de amostragem e de banco de dados providenciaram mapas de todos os setores sorteados, os quais deveriam estar em campo obrigatoriamente para facilitar a localização por parte da equipe. Primeiramente, três

mestrandos foram considerados os guias da equipe. Os guias eram responsáveis pela utilização do GPS para registrar as coordenadas de cada uma das casas amostradas com o objetivo de facilitar o retorno àquele local em um próximo momento, caso fosse necessário. Além disso, manuseavam os mapas e abasteciam a planilha de número de entrevistas realizadas e pendentes em cada casa. Após todo o reconhecimento de todos os domicílios amostrados a equipe dos guias foi desfeita e todos os mestrandos que estavam em campo foram responsáveis pelo manuseio do GPS, mapas e planilha a partir de então.

O horário de partida e chegada variou conforme local, períodos de safras, clima e turnos preferenciais de alguns entrevistadores. Essa variabilidade deu-se pelo fato do estudo ter iniciado no verão. O horário de partida era, geralmente, às 12 horas e 30 minutos e o tempo médio de deslocamento até a zona rural era de 1 hora e 30 minutos. Além disso, os moradores relatavam estar em suas residências logo após o horário de almoço, devido às altas temperaturas. Ao longo do estudo a escala de trabalho semanal foi alterada. Nos primeiros meses o trabalho acontecia durante os sete dias da semana, quando cada entrevistadora possuía uma folga por semana. No decorrer do estudo, por motivos logísticos e financeiros, houve uma redução dos dias de trabalho, que passou a ocorrer conforme a necessidade de atender cada setor (completar os domicílios com entrevistas pendentes).

Ao chegar ao local estabelecido, em cada residência selecionada, a abordagem inicial era realizada por um dos mestrandos responsáveis pelo consórcio, o qual primeiramente apresentava a pesquisa aos moradores e convidava os indivíduos maiores de 18 anos a participarem do estudo. Esta faixa etária foi definida para comparação com a Pesquisa Nacional de Saúde (2013) a qual avaliou alguns fatores relacionados à saúde dos indivíduos da zona rural do Brasil. Em seguida era perguntado o número de indivíduos que morava naquela residência, seu(s) nome(s), idade(s), telefone(s) e melhor turno para encontrar o(s) morador(es) em casa (Planilha de domicílio). Sempre que possível, as entrevistas eram realizadas no mesmo momento da seleção da residência ou era agendada uma visita na data que o participante estivesse disponível. Caso fosse aceito o convite, a entrevistadora com menos entrevistas contabilizadas até o momento era chamada para realizar a entrevista e assim sucessivamente. Em algumas poucas ocasiões também foi necessário que os mestrandos realizassem entrevistas.

Será considerado morador aquele indivíduo que possuir o domicílio habitual localizado na zona rural de Pelotas e que, na data de referência, estiver presente ou ausente por período não superior a 12 meses, por motivo como viagem, internação, doença e trabalho (IBGE, 2010). Foram considerados critérios de exclusão indivíduos com incapacidade cognitiva ou mental e que não contavam com auxílio de cuidadores/familiares responsáveis para ajudá-los a responder o questionário, hospitalizados ou institucionalizados durante o período de coleta de dados e aqueles que não falavam/compreendiam português (pequena parcela da população rural tem origem Pomerana e não fala português). Ainda, definiram-se como perdas os casos em que os indivíduos não foram encontrados após pelo menos três tentativas de contato pessoal, em dias e horários distintos, e como recusas todos aqueles que não aceitaram participar do estudo.

Para as medidas antropométricas os critérios de exclusão foram os seguintes:

→ ALTURA:

Indivíduos impossibilitados de permanecerem na posição ereta (cadeirantes e/ou acamados).

Gestantes

Mulheres que tiveram filho há menos de 6 meses

Amputação de membros inferiores

→ PESO:

Indivíduos com gesso em qualquer parte do corpo.

Indivíduos impossibilitados de ficar em pé (cadeirantes e/ou acamados).

Gestantes

Mulheres que tiveram filho há menos de 6 meses

Amputação de membros inferiores

→CIRCUNFERÊNCIA DA CINTURA:

Indivíduos impossibilitados de permanecerem na posição ereta (cadeirantes e/ou acamados).

Gestantes

Mulheres que tiveram filho há menos de 6 meses

Devido ao pouco acesso à rede telefônica, na maioria dos locais, os guias eram responsáveis pela anotação do horário em que cada entrevistadora havia deixado a van para realizar a entrevista, sendo contabilizado em torno de 1 hora e 30 minutos para retornar à residência para buscá-la. Após o término da rotina diária, ao longo do trajeto de volta, era conferido todo o material de uso das entrevistadoras e assinada a planilha de materiais pelas mesmas. Ao retornar ao CPE todas as entrevistadoras deveriam remover seus materiais da van e entregar aos mestrados que estavam em campo. No dia seguinte a rotina se mantinha, porém com uma nova escala de supervisores.

10. Controle de qualidade

Para garantir a qualidade dos dados coletados foi realizado treinamento das entrevistadoras, elaboração de manual de instruções, verificação semanal de inconsistências no banco de dados e reforço das questões que frequentemente apresentavam erros. Além disso, os mestrados participaram ativamente do trabalho de campo fazendo o controle direto de diversas etapas.

Após a realização das entrevistas, através do banco de dados recebido semanalmente, eram sorteados 10% dos indivíduos para aplicação de um questionário reduzido, elaborado pela comissão do questionário, contendo 10 questões (Apêndice 4). Este controle era feito pelos mestrados por meio ligações telefônicas aos domicílios sorteados, a fim de identificar possíveis problemas no preenchimento dos questionários e calcular a concordância entre as respostas, através da estatística *Kappa*.

11. Resultados gerais

A coleta dos dados terminou no dia 12 de junho de 2016 com três entrevistadoras em campo. A comissão do banco de dados trabalhou durante quatro semanas, após o final do trabalho de campo, para a entrega do banco final contendo todas as informações coletadas e necessárias para as dissertações dos mestrandos. Durante todo o trabalho de campo foram realizadas, periodicamente, reuniões entre os mestrandos e as professoras coordenadoras, com intuito de repassar informações, auxiliar na tomada de decisões e resolução de dificuldades, bem como avaliar o andamento do trabalho. No dia 22 de agosto foi realizada uma última reunião do Consórcio de Pesquisa 2015/2016, entre mestrandos e professoras coordenadoras, para definição das próximas etapas que ainda deveriam ser realizadas em conjunto, prazos de entrega de trabalhos de cada comissão e decisão sobre a forma de repasse dos resultados finais para a comunidade.

Conforme a Tabela 3, observa-se que dos 1.697 indivíduos elegíveis, 1.519 (89,5%) responderam o questionário e 178 (10,5%) foram perdas e recusas. Dos entrevistados, a maioria era do sexo feminino (51,7%), com idade entre 40 e 59 anos e morava no distrito Cascata. As perdas e recusas foram diferentes dos indivíduos que responderam ao questionário em relação às variáveis sexo, idade e distrito de moradia ($p < 0,05$).

A mediana de idade foi 47 anos (intervalo interquartil = 28 anos) e a amplitude foi de 18 a 93 anos. Já a mediana e o intervalo interquartil dos indivíduos que compõem a amostra, das perdas e das recusas foram iguais a 47 (28), 40 (27) e 44 anos (29), respectivamente. O percentual atingido no final do trabalho de campo foi de 89,5%. Já o percentual de controle de qualidade atingido foi 0,3 pontos percentuais abaixo do esperado (9,7%).

Tabela 3. Caracterização dos indivíduos elegíveis do estudo “Saúde Rural”.

Variáveis	Amostra N (%)	Perdas N (%)	Recusas N (%)	Valor-p*	Total N (%)
Sexo					
Masculino	734 (83,4)	63 (7,3)	63 (7,3)	<0,001	860 (50,7)
Feminino	785 (93,8)	24 (2,9)	28 (3,3)		837 (49,3)
Idade(anos completos)					
18 – 24	174 (84,5)	21 (10,2)	11 (5,3)	0,007	206 (12,2)
25 – 39	341 (88,1)	21 (5,4)	25 (6,5)		387 (22,9)
40 – 59	593 (90,1)	34 (5,2)	31 (4,7)		658 (38,9)
60 ou mais	411 (92,2)	11 (2,5)	24 (5,4)		446 (26,0)
Distrito					
Z3	163 (83,2)	19 (9,7)	14 (7,1)	<0,001	196 (13,6)
Cerrito Alegre	245 (92,1)	11 (4,1)	10 (3,8)		266 (13,5)
Triunfo	184 (91,5)	6 (3,0)	11 (5,5)		201 (11,7)
Cascata	251 (90,0)	5 (1,8)	23 (8,2)		279 (16,1)
Santa Silvana	167 (90,8)	3 (1,6)	14 (7,6)		184 (10,7)
Quilombo	157 (87,2)	15 (8,3)	8 (4,5)		180 (10,9)
Rincão da Cruz	120 (89,5)	8 (6,0)	6 (4,5)		134 (8,8)
Monte Bonito	232 (90,2)	20 (7,8)	5 (2,0)		256 (14,7)
Total	1.519 (89,5)	87 (5,1)	91 (5,4)		1.697 (100)

*Qui-quadrado para diferença entre a amostra e as perdas/recusas.

Foram totalizados 27 indivíduos como critério de exclusão, ou seja, 1,6% dos adultos moradores nas residências selecionadas. A caracterização desses indivíduos encontra-se na Figura 1, estratificada por sexo. Cada indivíduo poderia ser classificado como com incapacidade física, ou seja, algum problema físico que o impedia de responder o questionário (por exemplo alguém que sofria de paralisia cerebral) ou com incapacidade mental, ou seja, algum problema mental que o impedia de responder o questionário (por exemplo alguém que sofria de depressão profunda e não se comunicava nem mesmo com agentes comunitários de saúde) ou, ainda, foram considerados como critérios de exclusão também aqueles que só falavam a língua pomerana. Os indivíduos com incapacidade física contabilizaram

33,3%, os com incapacidade mental, 44,5%, e os que só falavam pomerano contabilizaram 22,2%.

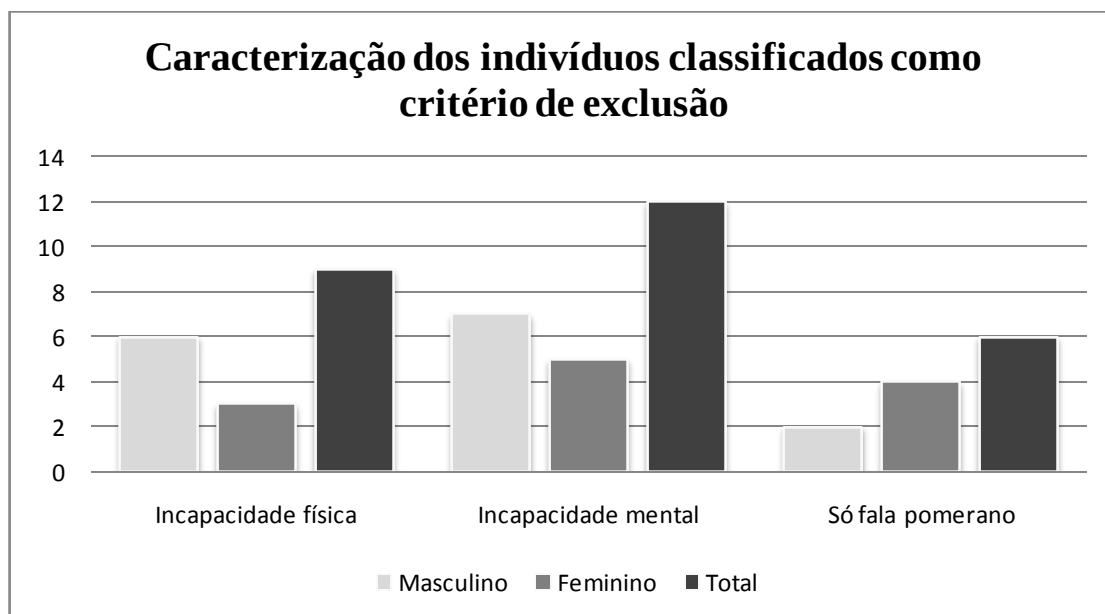


Figura 1. Caracterização dos indivíduos classificados como critério de exclusão no Consórcio de Saúde rural 2015/2016.

13. Orçamento

O Consórcio de Pesquisa foi financiado por recurso proveniente da Comissão de Aperfeiçoamento de Pessoal do Nível Superior (CAPES), no valor de R\$ 98.00,00, por recurso obtido através de patrocínio de empresas do município (R\$ 1.600,00) e por recursos dos mestrandos (R\$ 1.689,90), totalizando R\$ 101.289,90. Ao final, foram utilizados R\$ 99.732,07, conforme demonstrado nas Tabelas 4 e 5, restando um saldo de R\$ 1.557,83 a ser utilizado para divulgação dos resultados.

No total, dez *tablets*, com custo total de R\$ 5.500,00, foram utilizados no trabalho de campo para a coleta de dados. Os mesmos foram comprados com verba de outro pesquisador sendo devolvidos ao mesmo ao final do trabalho de campo

Tabela 4. Gastos finais da pesquisa com recursos disponibilizados pelo programa para a realização do consórcio de mestrado 2015/2016.

Item	Quantidade	Custo Total (R\$)
Amostragem*	-	2.663,67
Vales transporte	3.600	9.900,00
Transporte (VAN)	103 diárias	35.570,00
Entrevistadoras (salário base)	14**	24.540,00
Pagamento de entrevistas***	1530	16.212,50
Camisetas / Serigrafia	46	1.670,00
Bonés / Serigrafia	50	900,00
Cases para Tablets	10	165,40
Cópias / Impressões****	19.500	4.820,60
Total		96.442,17

*Prolabore e custeio/despesas de viagem da Profa. Regina Bernal para o processo de amostragem do estudo.

** Número de entrevistadoras variou conforme andamento do campo.

***Inicialmente o preço por entrevista completa realizada era de R\$10,00, posteriormente passou para R\$15,00.

**** Reprodução de materiais: questionários, planilhas, TCLE, crachás, *flyers*, folders e cartazes.

Tabela 5. Gastos finais da pesquisa com recursos obtidos através de patrocínio e dos mestrandos. Consórcio 2015/2016, Pelotas-RS.

Item	Quantidade	Custo Total (R\$)
GPS <i>Garmin nuvi 2415_{LT}</i> [*]	1	497,00
Seguro de vida das entrevistadoras	14	315,00
Kit primeiros socorros	1	114,75
Material de escritório	-	91,37
Conserto de 01 balança e 02 tablets	3	671,78
Bateção ^{**}	1	1.600,00
Total		3.289,90

* Esse modelo de GPS pode ser utilizado em modo *offline*, ideal para zona rural onde o acesso à internet é limitado.

** Embora não tenha sido finalizado o processo de “bateção”, houve pagamento para a pessoa a cargo dessa tarefa que iniciou uma tentativa do trabalho.

14. Referências

1. Barros AJD, Menezes AMB, Santos IS, Assunção MCF, Gigante D, Fassa AG, et al. O Mestrado do Programa de Pós-graduação em Epidemiologia da UFPel baseado em consórcio de pesquisa: uma experiência inovadora. *Revista Brasileira de Epidemiologia*. 2008;11:133-44.
2. Ibge. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Brasileiro 2010. Rio de Janeiro. 2011.
3. REDCap. Nashville: Research Eletronic Data Capture; [updated 2016 May; cited 2016 Aug 30].
4. Habicht JP. Estandarizacion de metodos epidemiologicos cuantitativos sobre el terreno. *Boletin de la oficina Sanitaria Panamericana*. 1974

ANEXO E APÊNDICES

Materiais utilizados no consórcio rural 2015/2016

ANEXO 1. Parecer do aceite do Comitê de Ética em Pesquisa do Consórcio rural 2015/2016

FACULDADE DE MEDICINA DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE
PELOTAS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Avaliação da Saúde de Adultos Residentes na Zona Rural do Município de Pelotas - RS.

Pesquisador: Luciana Tovo Rodrigues

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 51399615.7.0000.5317

Instituição Proponente: Faculdade de Medicina

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.363.979

Apresentação do Projeto:

A saúde de populações residentes em zonas rurais de municípios brasileiros tem sido estudada em algumas grandes pesquisas de âmbito nacional. Apesar disso, em comparação com os estudos em regiões urbanas, há uma escassez de pesquisas e estudos que se dediquem a pesquisar exclusivamente as populações residentes em zonas rurais. A partir da constatação desta lacuna de conhecimento acerca destas populações específicas, esta pesquisa irá realizar um estudo transversal de base populacional na zona rural do município de Pelotas, RS. A presente pesquisa será realizada no formato de consórcio, método adotado pelo mestrado do Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Universidade Federal de Pelotas. Neste formato, todos os mestrandos dos anos 2015/2016, e alguns pesquisadores colaboradores do consórcio, realizam seus estudos a partir de uma coleta de dados realizada em conjunto. Dentro deste consórcio de pesquisa serão estudados temas relacionados à saúde da população adulta com 18 anos ou mais de idade residentes na zona rural do município de Pelotas, RS, tais como os seguintes: qualidade de vida, qualidade de sono, hábitos alimentares, consumo de bebidas alcoólicas, tabagismo, transtornos depressivos, obesidade, atividade física e avaliação dos serviços de saúde. Este consórcio de pesquisa tem como objetivo principal avaliar a saúde da população adulta residente na zona rural do município de Pelotas, RS. Como parte deste objetivo, pretende-se estimar as

Endereço: Rua Prof Araújo, 465 sala 301
Bairro: Centro **CEP:** 96.020-360
UF: RS **Município:** PELOTAS
Telefone: (53)3284-4960 **Fax:** (53)3221-3554 **E-mail:** cep.famed@gmail.com

FACULDADE DE MEDICINA DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE
PELOTAS



Continuação do Parecer: 1.363.979

prevalências de alguns hábitos de vida e de agravos à saúde, bem como de alguns fatores relacionados a eles. Espera-se que os resultados obtidos através desta pesquisa forneçam informações importantes sobre o estado de saúde desta população, bem como permitam, a partir deste conhecimento, um melhor planejamento de futuras ações e planejamentos de saúde específicos para as necessidades da população estudada.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Avaliar a o estado de saúde da população adulta com 18 anos de idade ou mais, residentes na zona rural do município de Pelotas, RS, e os fatores associados às condições pesquisadas.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

O projeto apresenta riscos mínimos

Benefícios:

Conhecer os estados de saúde e doença de uma população rural específica. Gerar conhecimentos que possam resultar em políticas públicas de saúde para a população estudada e, possivelmente, para outras populações residentes em zonas rurais do Brasil."

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa "Avaliação da Saúde de Adultos Residentes na Zona Rural do Município de Pelotas - RS" é de extrema relevância para o conhecimento da saúde das populações rurais, pois poderá servir de base no planejamento de ações para área rural do município e mesmo de outras regiões rurais do Brasil.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

OK

Recomendações:

OK

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

OK

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Endereço: Rua Prof Araújo, 465 sala 301	
Bairro: Centro	CEP: 96.020-360
UF: RS	Município: PELOTAS
Telefone: (53)3284-4960	Fax: (53)3221-3554 E-mail: cep.famed@gmail.com

FACULDADE DE MEDICINA DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE
PELOTAS



Continuação do Parecer: 1.363.979

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Outros	Resposta.pdf	11/12/2015 15:50:37	Patricia Abrantes Duval	Aceito
Outros	Projetao.docx	11/12/2015 15:49:48	Patricia Abrantes Duval	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_629937.pdf	23/11/2015 10:48:20		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_UFPel.docx	23/11/2015 10:47:36	Luciana Tovo Rodrigues	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.docx	23/11/2015 10:46:19	Luciana Tovo Rodrigues	Aceito
Folha de Rosto	Mestrado_PPGE_UFPel.pdf	23/11/2015 10:36:43	Luciana Tovo Rodrigues	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

PELOTAS, 11 de Dezembro de 2015

Assinado por:
Patricia Abrantes Duval
(Coordenador)

Endereço: Rua Prof Araujo, 465 sala 301
Bairro: Centro **CEP:** 96.020-360
UF: RS **Município:** PELOTAS
Telefone: (53)3284-4960 **Fax:** (53)3221-3554 **E-mail:** cep.famed@gmail.com

APÊNDICE 1. Carta de apresentação consórcio rural 2015/2016

Universidade Federal de Pelotas
Faculdade de Medicina
Programa de Pós-graduação em Epidemiologia

**CARTA DE APRESENTAÇÃO**

Prezado(a) Sr.(a),

Somos do Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Universidade Federal de Pelotas e estamos realizando uma pesquisa sobre a saúde da população, de 18 anos ou mais de idade, residente na zona rural da cidade de Pelotas. O(A) Sr.(a) está entre as 2016 pessoas que farão parte desta pesquisa, cujos resultados possibilitarão conhecer aspectos importantes sobre a saúde desta população da cidade e, assim, propor medidas para promoção da saúde.

O(A) Sr.(a) está recebendo a visita de uma de nossas entrevistadoras, devidamente treinada para esta função e portando as nossas credenciais (crachá de identificação e carta de apresentação), que lhe fará perguntas relacionadas à sua saúde. Ela irá conversar com o(a) Sr.(a) sobre os detalhes desta pesquisa e poderá responder a qualquer pergunta que o(a) Sr.(a) queira fazer. A sua participação é muito importante, pois sua residência não poderá ser substituída por outra e sua colaboração ao responder as perguntas é essencial para nosso estudo.

Os dados coletados serão sigilosos e analisados com auxílio de computadores. Em hipótese alguma as pessoas que responderem ao questionário

terão seus nomes, endereços ou telefones divulgados. Caso o(a) Sr.(a) se sinta desconfortável com alguma pergunta ou com a entrevista, não é obrigado(a) a respondê-la. Se quiser, poderá entrar em contato com a equipe de mestrandos e professores que coordenam o estudo pelo telefone ou no endereço abaixo, das 08:00 às 12:00h e das 14:00 às 18:00h.

Desde já agradecemos sua colaboração,



**Profª. Luciana Tovo Rodrigues Profª. Helen Gonçalves Profª. Maria Cecília
Formoso Assunção Profª. Elaine Tomasi**

(Pesquisadoras responsáveis)

Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia - UFPel

Centro de Pesquisas Epidemiológicas

Rua Marechal Deodoro, 1160 - 3º Piso

Bairro Centro - Pelotas, RS - CEP 96020-220 - Caixa Postal 464 Tel/fax +55

(53)3284 – 1300 RAMAL CONSÓRCIO: 1334

APÊNDICE 2. Termo de consentimento livre e esclarecido consórcio rural 2015/2016

Prezado(a) Sr.(a),

Nós, professores e alunos do Curso de Pós-Graduação em Epidemiologia da Universidade Federal de Pelotas (UFPel), gostaríamos de convidar o(a) Sr.(a) para participar da pesquisa com a população que reside na zona rural de Pelotas, RS, com 18 anos ou mais de idade. O objetivo do estudo é avaliar as condições de saúde das pessoas que residem na zona rural do município. Os resultados deste estudo contribuirão para o conhecimento da saúde da população rural de Pelotas com 18 ou mais anos de idade e deverão fazer parte de artigos científicos, podendo também ser divulgados nos jornais locais e na página oficial da internet do Centro de Pesquisas Epidemiológicas: <http://www.epidemio-ufpel.org.br>. *No final, pretendemos ainda enviar a todos os participantes um informativo sobre os principais resultados do estudo.*

Para que o(a) Sr.(a) possa entender melhor, informamos que:

PROCEDIMENTOS: Para participar da pesquisa o(a) Sr.(a) responderá a um questionário contendo perguntas sobre a sua saúde, hábitos de vida, alimentação, uso de medicamentos e de serviços de saúde, se pratica atividade física, entre outros temas importantes. Além disso, pretendemos realizar medidas da cintura e avaliar o peso e a altura. Com essas medidas poderemos avaliar a sua composição corporal. O(a) Sr.(a) receberá o resultado das medidas mediante contato pessoal ou telefônico.

PARTICIPAÇÃO VOLUNTÁRIA: Sua participação é voluntária. O(A) Sr.(a) mesmo após ter sido entrevistado poderá cancelar a sua participação no estudo, sem que isso lhe cause qualquer prejuízo.

DESPESAS: O(A) Sr.(a) NÃO terá que pagar nada para participar do estudo, em momento algum.

RISCOS: A sua participação não trará riscos ou prejuízos à sua saúde ou segurança. Na realização das medidas toda a segurança será providenciada.

SIGILO: Garantimos total sigilo das informações obtidas, ou seja, tudo o que for respondido será usado somente para esta pesquisa e seu nome não será divulgado em qualquer fase do estudo.

Queremos salientar que alguns entrevistados poderão ser novamente entrevistados, especialmente quando algumas perguntas podem não ter sido feitas.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina, da Universidade Federal de Pelotas. O(A) Sr.(a) ficará com uma cópia deste documento com o nosso telefone e endereço, podendo nos procurar para tirar suas dúvidas sobre o estudo e a sua participação quando achar melhor. A sua assinatura nesse documento significa que entendeu todas as informações e concorda em participar desse estudo. Por favor, assinale abaixo os procedimentos que o(a) Sr.(a) concorda em fazer:

- ☐ Questionário
- ☐ Medida de peso e altura
- ☐ Medida de circunferência da cintura

NOME COMPLETO: -

ASSINATURA:

DATA: __ __/__ __/2016

**Prof^a. Luciana Tovo
Rodrigues**

**Prof^a. Helen
Gonçalves**

**Prof^a. Maria Cecília
Formoso Assunção**

**Prof^a. Elaine
Tomasi**

(Pesquisadoras responsáveis)=

Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia - UFPel

Centro de Pesquisas Epidemiológicas

Rua Marechal Deodoro, 1160 - 3º Piso

Bairro Centro - Pelotas, RS - CEP 96020-220 - Caixa Postal 464

Tel/fax +55 (53)3284 – 1300 RAMAL CONSÓRCIO: 1334

APÊNDICE 3. Material de divulgação consórcio rural 2015/2016



Saúde rural

Pesquisa sobre saúde da população rural de Pelotas



Em caso de dúvida, ligue para:
3284-1334 ou 3284-1338
em horário comercial



Participe da Pesquisa de Saúde Rural

O Programa de Pós-graduação em Epidemiologia da Universidade Federal de Pelotas está realizando uma pesquisa sobre a saúde da população rural.

O objetivo é conhecer as características e necessidades de saúde de moradores da zona rural com 18 anos de idade ou mais. Para isso, a pesquisa será realizada em dois momentos. Até o final de 2015, uma agente da pesquisa irá fazer o levantamento sobre a localização das casas e o nome dos moradores. A partir de janeiro de 2016, entrevistadoras irão visitar somente as casas sorteadas para colher informações sobre saúde e hábitos de vida.

É importante que os moradores colaborem com o trabalho, recebendo as entrevistadoras e respondendo às perguntas.

As entrevistadoras estarão identificadas com um crachá, com seu nome, e usando uma camiseta do estudo "Pesquisa sobre Saúde da População Rural de Pelotas". O estudo assegura o sigilo de todas informações dadas pelos participantes.

Em caso de dúvida, ligue para:
3284-1334 ou 3284-1338 em horário comercial

APÊNDICE 4. Questionário de controle de qualidade consórcio rural 2015/201

QUESTIONÁRIO - CONTROLE DE QUALIDADE	
ID: _____	Data da entrevista: ____ / ____ / _____
<BOM DIA/ BOA TARDE>. MEU NOME É <MESTRANDO>. FAÇO PARTE DA PESQUISA SOBRE A SAÚDE DOS ADULTOS MORADORES EM ÁREAS RURAIS DE PELOTAS, REALIZADA PELO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EPIDEMIOLOGIA DA UFPEL. NÓS ESTIVEMOS NA SUA CASA E QUEREMOS CONFERIR ALGUMAS INFORMAÇÕES. AS SUAS RESPOSTAS SERÃO UTILIZADAS APENAS PARA ESSA PESQUISA E SEU NOME NÃO SERÁ DIVULGADO.	
A001) O(A) SR.(A) SABE LER E ESCREVER? (0) Não (1) Sim (2) Só assina (8) NSA (9) IGN	
A002) QUAL O NOME DO POSTO DE SAÚDE DA SUA REGIÃO? _____ [999 =IGN]	
A003)O(A) SR.(A) FUMA OU JÁ FUMOU? <i>Ler opções</i> (0) Não (1) Sim, fuma(1 ou + cigarro(s) por dia há mais de 1 mês) (2) Já fumou, mas parou de fumar (9) IGN	
A004) COM QUE IDADE O(A) SR.(A) EXPERIMENTOU BEBIDAS ALCOÓLICAS PELA PRIMEIRA VEZ? ____anos completos [00= nunca bebeu /IGN = 99]	
A005)O SEU TRABALHO ENVOLVE ATIVIDADES FÍSICAS INTENSAS COMO CARREGAR	

GRANDES PESOS, CAPINAR, TRABALHAR COM ENXADA OU TRABALHAR COM CONSTRUÇÃO, FAZER SERVIÇOS DOMÉSTICOS DENTRO DE CASA OU NO QUINTAL POR PELO MENOS 10 MINUTOS SEGUIDOS?

(0) Não (1) Sim (9) IGN

A006) COM QUE FREQUÊNCIA O(A) SR.(A) TEM DIFICULDADE DE ADORMECER À NOITE ...?

(1) Nunca (2) Muito raramente (3) Raramente (4) Às vezes
(5) Frequentemente (6) Muito frequentemente (7) Sempre (9) IGN

A007) NA ENTREVISTA QUE FIZERAM COM O(A) SR.(A), LHE PERGUNTARAM...

A007a) SE O(A) SR.(A) TEM SE SENTIDO TRISTE OU MUITO MAL? (0) Não (1) Sim

A007b) COMO ESTAVA A SUA QUALIDADE DE VIDA? (0) Não (1) Sim

A007c) SOBRE A SUA ALIMENTAÇÃO, COMO POR EXEMPLO SE O(A) SR(A) COSTUMA COMER LEGUMES E VERDURAS? (0) Não (1) Sim

A007d) MEDIRAM A SUA ALTURA E O SEU PESO? (0) Não (1) Sim

MAIS UMA VEZ MUITO OBRIGADA PELA SUA ATENÇÃO E POR TER RESPONDIDO NOSSAS PERGUNTAS!

ARTIGO

*O Artigo será submetido à “Revista de Saúde Pública”.

Qualidade de vida em adultos de zona rural no sul do Brasil: estudo de base populacional

Quality of life in rural adults in southern Brazil: population-based study

Título resumido: Qualidade de vida em adultos de zona rural

¹Caroline Bortolotto, ^{1,2}Christian Loret de Mola, ¹Luciana Tovo-Rodrigues

¹Programa de Pós-graduação em Epidemiologia. Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil – UFPel

²Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil – UFPel

Autor correspondente:

Dr. Luciana Tovo-Rodrigues

Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia - UFPel

Rua Marechal Deodoro, 1160 - 3º Piso

Bairro Centro - Pelotas, RS

Cep: 96020-220

Tel/fax +55 (53) 3284 - 1300

RESUMO

Objetivo: Analisar a qualidade de vida (QV) e fatores que possam estar associados à saúde de uma população residente na zona rural.

Métodos: Estudo transversal de base populacional com indivíduos da zona rural de município no sul do Brasil. A QV foi avaliada pelo WHOQOL-BREF, dividido em quatro domínios (físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente) e duas perguntas de percepção de QV global e satisfação com a saúde. As variáveis independentes avaliadas foram sexo, idade, cor da pele, escolaridade, índice de bens, número de moradores por domicílio, ter emprego, morar com companheiro e percentual de tempo residido na zona rural. As associações foram avaliadas por regressão linear para os quatro domínios e regressão logística ordinal para as duas perguntas gerais de QV e saúde. Análises realizadas por níveis hierárquicos com significância estatística estabelecida em valor- $p < 0,05$ e IC95%.

Resultados: A amostra foi composta por 1.479 indivíduos. As mulheres apresentaram pior QV para os domínios físico ($p < 0,001$), psicológico ($p < 0,001$) e ambiente ($p = 0,005$) e tiveram pior percepção de QV global ($p = 0,001$). Conforme o aumento de idade, piores foram as médias de QV para os domínios físico ($p < 0,001$), psicológico ($p = 0,001$), relações sociais ($p < 0,001$); percepção de QV global ($p = 0,001$) e de saúde ($p < 0,001$). Aqueles com outra cor da pele que não a branca ($p = 0,004$) e que residiram a vida toda na zona rural (95%CI=1,00-1,82) tiveram pior chance de relatarem melhor satisfação com a vida apenas para QV global. Os menos escolarizados apresentaram menor média de QV em relação aos mais escolarizados no domínio físico ($p = 0,020$), psicológico ($p < 0,001$) e percepção de QV global ($p < 0,001$). Os mais pobres apresentaram piores médias de QV em relação aos mais ricos nos domínios físico (IC95%=1,49-7,87), psicológico (IC95%=1,73-6,95),

relações sociais (IC95%=2,49-7,45), meio ambiente (IC95%=4,70-10,63) e percepção de QV global (IC95%=0,24 – 0,65). Aqueles que residiam com cinco pessoas ou mais relataram piores médias de QV global no domínios relações sociais ($p=0,001$) e o fato de estar empregado foi associado à melhor QV nos domínios físico ($p<0,001$), psicológico ($p=0,034$), relações sociais ($p=0,050$) e na satisfação com a saúde ($p=0,023$). Morar com companheiro está ligado à melhor QV, apenas no domínio psicológico ($p=0,019$) e residir a vida inteira na zona rural foi associado à menor chance de melhorar a QV global (IC95%=1,00–1,82).

Conclusão: Tendo em vista que os fatores associados à QV são considerados indicadores de saúde, os resultados apresentam características que podem impactar de forma negativa na saúde pública dessa população.

Palavras-chave: Qualidade de vida; População Rural; Área Rural; Adultos

ABSTRACT

Objective: To analyze the quality of life (QOL) and factors that may be associated with health in a rural residence population.

Methods: A cross-sectional population-based study was carried out in individuals from rural area of the southern Brazil municipality. The QOL was assessed by the WHOQOL-BREF, divided into four domains (physical, psychological, social relationships and environmental), and 2 questions of global QOL and satisfaction with health. The independent variables assessed were gender, age, skin color, schooling, index, number of residents per household, employment, living with a partner and percentage of life in rural areas. The association were assessed through linear regression for the four QOL domains and ordinal regression for the two global questions of QOL and satisfaction with health. Both analyses were adjusted using

hierarchical approach. P-value<0,05 criterion and CI95% were used to assess statistical significance.

Results

The sample was comprised of 1.479 individuals. The women had worse QOL for the physical ($p<0,001$), psychological ($p<0,001$) and environment domains ($p=0,005$) and had a worse perception of global QOL ($p=0,001$). Age was inversely associated with the QOL average scores for physical ($p<0,001$), psychological ($p=0,001$) and social relationships domains ($p<0,001$), as well as for perception of global QOL ($p=0,001$) and satisfaction with health ($p<0,001$). Those with other skin color ($p=0,004$) and live all life in the rural area ($95\%CI=1,00-1,82$) were associated with worse global QOL. Those with lower education had a lower QOL average score than the those with higher educational level in the physical ($p=0,020$), psychological domains ($p<0,001$) and perception of global QOL ($p<0,001$). The poorest quintiles had worst QOL averages than the wealthiest in the physical ($95\%CI=1,49-7,87$), psychological ($95\%CI=1,73-6,95$), social relationships ($95\%CI=2,49-7,45$), environment domains ($95\%CI=4,70-10,63$) and perception of global QOL ($95\%CI=0,24-0,65$). Those who lived with five or more people reported worse means of global QOL in the social relations domains ($p=0,001$) and the fact that they were employed was associated with better QOL in the physical ($p<0,001$), psychological ($p=0,034$) domains, social relations ($p=0,050$) and health satisfaction ($p=0,023$). Living with a partner is associated to the best QOL, only in the psychological domain ($p=0,019$) and to live the entire life in the rural area was associated with a lower chance of improving the overall QOL ($95\%CI=1,00-1,82$).

Conclusion: Considering that the factors associated with QOL are considered health indicators, the results indicate some characteristics that can negatively impact the public health of this population.

Keywords: Quality of life; Rural population; Rural Area; Adults

INTRODUÇÃO

Qualidade de vida (QV) pode ser definida como *“a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”*.³⁴ Por abranger aspectos da saúde física, estado psicológico, nível de independência, relações sociais, crenças pessoais e relação com aspectos importantes do meio ambiente¹¹, a avaliação de QV vem crescendo em importância como medida na avaliação de intervenções terapêuticas, dos serviços e práticas assistenciais cotidianas na área da saúde.²⁵ Dessa forma, a melhora da QV dos indivíduos é um dos resultados esperados das práticas assistenciais e das políticas públicas no campo da promoção da saúde.³¹

As populações rurais brasileiras diferem das urbanas em uma série de aspectos sócio-demográficos e econômicos, apresentando menor escolaridade e maior taxa de analfabetismo¹⁹, bem como menor renda média mensal.¹⁶ Em relação aos indicadores de saúde, os resultados da literatura são contraditórios, observando-se relatos de tanto índices melhores quanto piores para zonas rurais.^{2,14,18,28} Entretanto, o menor acesso a serviços de saúde é relatado de maneira consistente e menor cobertura por planos de saúde já foi descrita nessas regiões.^{10,18,22} Ainda, diferenças relacionadas a ambientes físico e social, como qualidade de ar, poluição sonora e estilo de vida também têm sido ressaltadas na literatura.³²

De acordo com o Censo brasileiro de 2010 a população rural no Brasil abrangia aproximadamente 30 milhões de pessoas, o que corresponde a, aproximadamente, 15% da população do país na época. A mesma proporção da população do Estado do Rio Grande do Sul (RS) foi escrita como residentes de zona rural.¹⁵ Apesar de considerável parcela da população brasileira residir nessas áreas,

o conhecimento sobre aspectos de saúde é escasso e, a QV, enquanto um indicador de saúde é pouco explorada em estudos de base populacional.

Considerando as diferenças sociodemográficas, econômicas, ambientais e relacionadas à saúde^{10,22,32} observadas entre zonas rurais e urbanas, o objetivo do estudo foi caracterizar a QV e fatores que possam estar associados à saúde de uma população adulta residente na zona rural do sul do Brasil.

MÉTODOS

O presente estudo transversal de base populacional é 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 zona rural de Pelotas representa 7% do município e é composta por oito distritos e 50 setores censitários. Empregou-se uma amostragem por conglomerados em múltiplas etapas. Foram sorteados 24 dos 50 setores censitários, os quais foram selecionados proporcionalmente e de forma sistemática ao número de domicílios permanentes de cada distrito. Foram excluídos da amostra indivíduos institucionalizados no momento da pesquisa ou com alguma incapacidade cognitiva que os impossibilitasse de responder ao questionário. Ao total, 716 domicílios foram visitados, resultando em 1.697 indivíduos elegíveis para o estudo. Destes, 1.519 foram entrevistados, totalizando 10,5% de perdas e recusas. Maiores detalhes sobre a metodologia podem ser obtidos no relatório de trabalho de campo da presente Dissertação.⁵

A avaliação da QV foi realizada através do instrumento WHOQOL-BREF.¹¹ Esse instrumento é constituído por 26 questões. Duas delas avaliam QV global e satisfação com a saúde separadamente enquanto as demais 24 englobam os quatro domínios de QV: físico (dor e desconforto; energia e fadiga; sono e repouso; mobilidade; atividades da vida cotidiana; dependência de medicação ou tratamentos e capacidade para o trabalho); psicológico (sentimentos positivos, pensar, aprender, memória e concentração; autoestima; imagem corporal e aparências; sentimentos negativos; espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais); relações sociais

(relações pessoais; suporte social e atividade sexual); meio ambiente (segurança física e proteção; ambiente no lar; recursos financeiros; cuidados de saúde e sociais; disponibilidade e qualidade; oportunidade de adquirir novas informações e habilidades; participação em oportunidades de recreação/lazer; ambiente físico: poluição, ruído, trânsito, clima; e transporte). Elas representam cada uma das 24 facetas que compõem o instrumento original (WHOQOL-100).¹² O período referente a duas semanas anteriores à entrevista foi utilizado para todas elas. As respostas para todas as questões variam de 1 a 5 em uma escala Likert. Os escores individuais para cada um dos domínios foram derivados e padronizados em uma escala de 1 a 100, de acordo com o protocolo sugerido pelo Grupo WHOQOL.³⁴ Para as análises, as cinco categorias de respostas originais dessas questões foram agrupadas em três e em sentido inverso para facilitar a compreensão dos resultados: muito boa; boa; muito ruim/ruim/regular para a percepção de QV global; e muito insatisfeito/insatisfeito/regular; satisfeito; muito satisfeito para percepção de saúde. Foram incluídos neste estudo apenas os indivíduos que responderam pelo menos 21 das 26 questões do instrumento de QV e responderam sem ajuda de outra pessoa.³⁴

A associação entre as variáveis determinantes e os desfechos foi avaliada com base em um modelo conceitual hierárquico contendo três níveis. No primeiro nível foram incluídas as variáveis sexo (masculino; feminino) e idade (18 a 24, 25 a 39, 40 a 59, 60 anos ou mais) e cor da pele autorreferida (branca; outra, no segundo nível); escolaridade (0 a 4, 5 a 8, 9 a 11 e 12 ou mais anos de estudo), índice de bens (quintis), ter emprego (não; sim) e número de moradores do domicílio, de qualquer faixa etária (1; 2; 3; 4; 5 ou mais); no terceiro nível, morar com

companheiro (não; sim) e percentual (%) de tempo residido na zona rural (menos de 50%; entre 50 e 99%; 100%).

O índice de bens foi obtido a partir de uma análise de componentes principais contendo 22 perguntas realizadas ao chefe da família as quais avaliavam diversificadamente a quantidade de bens da residência dos indivíduos naquele momento: água encanada, aspirador de pó, máquina de lavar/secar roupa e louça, DVD, videocassete, geladeira, microondas, computador (*notebook* ou *netbook*), TV, rádio, aparelho ar condicionado, TV a cabo e ou internet, automóvel e/ou motocicleta. Ainda, número de banheiros, número de peças da casa utilizadas para dormir e se havia empregado doméstico. A variável índice de bens foi analisada em quintis, a qual variou do quintil mais pobre (1) ao mais rico (5).

O comando "survey" (svy) foi utilizado em todas as análises, considerando o efeito de amostragem por conglomerados e da proporção do número de domicílios (30 domicílios) em relação ao tamanho de cada distrito. Além disso, utilizou-se uma ponderação para as análises que levou em consideração o percentual de domicílios permanentes de acordo com dados do IBGE e os amostrados dentro dos distritos da zona rural de Pelotas.⁵ A descrição da amostra foi realizada obtendo-se a proporção de indivíduos em cada categoria das variáveis.

Para os quarto domínios de QV, as análises brutas e ajustadas foram feitas através de regressão linear, e foram apresentados a média de pontuação (bruta), os coeficientes ajustados (β) e intervalo de confiança de 95% (IC95%). Para as duas questões gerais de QV e satisfação com a saúde, as análises brutas e ajustadas foram realizadas por regressão logística ordinal, obtendo-se estimativas de razão de *odds* (RO) e intervalo de confiança de 95% (IC95%). O teste de brant foi utilizado para avaliar o pressuposto de proporcionalidade das RO entre as categorias do

desfecho. As análises ajustadas foram realizadas conforme o modelo de nível hierárquico conceitual, no qual as variáveis do segundo nível foram ajustadas para todas as do mesmo nível além daquelas do nível anterior no modelo. Este método foi repetido para os demais níveis. Um nível de significância estatística de $\alpha=0,05$ foi considerado para associações entre as variáveis e os desfechos. O valor *Kappa* foi calculado baseado na questão “O Sr.(a) sabe ler ou escrever?”, indicando 76% de repetibilidade.

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 garantindo a confidencialidade dos dados.

RESULTADOS

Dos 1.519 participantes que responderam ao questionário geral sobre a saúde dos indivíduos, com 18 anos ou mais, na zona rural de Pelotas, 1.479 foram incluídos no presente estudo (2,6% perdas e recusas). A Tabela 1 apresenta a descrição da população estudada de acordo com as variáveis incluídas no modelo hierárquico. Os entrevistados, em sua maioria, foram do sexo feminino (51,6%), de cor da pele branca (85,3%), apresentaram até 8 anos de estudos completos (75%) e relataram ter um emprego no momento (61,0%). Aproximadamente 40% deles tinham entre 40 a 59 anos e 26,2% residiam em domicílios que continham três pessoas. Em relação à percepção de QV global e de saúde, 77,5% relataram boa ou muito boa QV e 73,7% estavam satisfeitos ou muito satisfeitos com sua saúde.

A Tabela 2 apresenta as estimativas de associação entre as variáveis independentes e os quatro domínios de QV avaliados com base no modelo teórico hierárquico. Para o domínio físico, as mulheres apresentaram, em média, aproximadamente cinco pontos a menos de QV em relação aos homens. Conforme aumento da faixa etária foi observada tendência linear de pior QV neste domínio ($p < 0,001$), de maneira que aqueles com 60 anos ou mais apresentaram em média 11,0 pontos a menos em relação aos mais jovens. Os menos escolarizados (0 a 4 anos; 5 a 8 anos) relataram pior QV em relação àqueles com 9 a 11 anos e 12 anos ou mais. Quanto ao índice de bens, o quintil mais pobre apresentou diferença significativa em relação ao mais rico. Por fim, aqueles empregados obtiveram em média 4,0 pontos a mais de QV comparados aos não empregados.

Em relação ao domínio psicológico, as mulheres relataram pior pontuação de QV, em média aproximadamente 5,0 pontos a menos do que os homens. No que se refere à idade, observou-se piora de QV conforme aumento da idade ($p = 0,001$).

Indivíduos mais velhos apresentaram 4,9 pontos a menos de QV em relação aos mais novos. Quanto à escolaridade, houve melhora da QV conforme aumento de anos de estudo ($p<0,001$). Indivíduos menos escolarizados apresentaram em média 7,9 pontos a menos em relação aos mais escolarizados. Quanto ao índice de bens, o quintil mais pobre apresentou em média 3,6 pontos a menos de QV em relação ao quintil mais rico. O fato ter emprego ($p=0,034$) e morar com companheiro esteve associado à maior média de QV ($p=0,019$).

Para o domínio relações sociais, observou-se uma tendência linear de piores escores de QV conforme o aumento da idade ($p<0,001$). Os idosos apresentaram, em média, 5,2 pontos a menos em comparação aos mais jovens. Em relação ao índice de bens, o quintil mais pobre apresentou menor pontuação de QV em relação ao quintil mais rico (Tabela 2). Conforme aumento do número de moradores por domicílio, pior foram as médias de pontuação de QV ($p=0,001$). Os empregados relataram em média 1,7 pontos a mais de QV em relação à sua categoria de referência ($p=0,050$).

Para o domínio meio ambiente, as mulheres, apresentaram pior QV com 1,8 pontos em média a menos do que os homens. Em relação à idade, apenas a categoria entre 40 e 59 anos apresentou redução de pontos de QV estatisticamente significativo comparado com os mais jovens. Em relação ao índice de bens, o quintil mais rico apresentou maior QV comparado ao quintil mais pobre, alcançando aumento médio de 7,7 pontos.

As variáveis cor da pele e o percentual de tempo residido na zona rural não foram associados a nenhum dos quatro domínios.

Para a questão de percepção de QV global (Tabela 3), observou-se uma tendência linear de quanto maior a idade maior a chance de piorar a percepção de

QV ($p=0,001$), em torno de 3,5 vezes mais dos mais velhos comparados aos mais jovens. Os indivíduos com outra cor de pele, que não branca, tiveram 1,65 vezes mais chance de relatar piora da percepção de QV. Em relação à escolaridade foi verificada uma tendência linear de redução de chance de relatar pior percepção de QV conforme aumento de anos de estudo. Os menos escolarizados apresentaram 82% menos chance de relatar melhora de percepção de QV comparado com os mais escolarizados. A chance de melhorar a percepção de QV naqueles do quintil mais pobre foi em torno de 60% em relação aos mais ricos, já para aqueles que residiam toda a vida na zona rural, a chance de piorar sua percepção de QV global foi de 35% maior em relação aos que residiam menos da metade de suas vidas na zona rural.

Na pergunta sobre satisfação com a saúde (Tabela 3) apenas observou-se valor significativo para as variáveis sexo, idade e ter emprego. As mulheres apresentaram maior chance de piorarem a satisfação com sua saúde ($p=0,001$); e conforme aumento das categorias de idade, as chances de piorarem a satisfação com a saúde aumentaram linearmente ($p=0,001$), chegando a 126% a mais de chance na faixa etária mais velha em relação aos mais jovens. Já os que trabalhavam tiveram uma chance menor em 31% de piorarem sua percepção de saúde.

DISCUSSÃO

Neste estudo investigou-se a qualidade de vida, bem como seus determinantes demográficos e socioeconômicos na população rural do município de Pelotas. Os piores escores de QV, para os quatro domínios, de forma geral, foram observados em mulheres, em indivíduos mais velhos e mais pobres. Indivíduos com menor escolaridade apresentaram menor QV apenas nos domínios físico e psicológico. Para as perguntas que avaliaram QV global, essas associações, com exceção de sexo, foram também observadas. Ter outra cor de pele, que não seja branca, e ter morado maior parte da vida na zona rural de Pelotas foram, também, associados a uma menor chance de melhorar a percepção de QV. Em relação à satisfação com sua saúde, mulheres e indivíduos mais velhos apresentaram menor chance de declarar maior grau de satisfação.

Quanto aos fatores determinantes da QV na população rural de Pelotas, destaca-se a associação negativa entre QV dos domínios e o sexo feminino, com exceção do domínio relações sociais. Esse achado foi observado previamente em zona rural e urbana no Brasil.²⁸ A exposição das mulheres da zona urbana de Pelotas ao maior consumo de medicamentos³ e à maior prevalência de depressão²⁴ e transtorno mental comum¹, talvez sejam comparáveis entre as mulheres de zona urbana e rural. Levando em consideração que essas informações envolvam aspectos, de pelo menos uma, das facetas dos domínios físico e psicológico, possivelmente seja uma hipótese para explicar o pior relato de QV por elas nesses domínios.

As mulheres também apresentaram pior QV no domínio meio ambiente, o qual leva em consideração alguns aspectos como o ambiente do lar, recreação ou lazer, cuidados sociais e de saúde e recursos financeiros. Sabe-se que condições

socioeconômicas podem influenciar a QV dos indivíduos.¹⁴ De acordo com Nobre et al²⁷. (2005) as mulheres de zona rural colaboram mais com os trabalhos como o doméstico, cuidar da horta e dos pequenos animais, cuidar do que é feito para uso e consumo próprio, além da reprodução e cuidado da própria família, os quais não tem grandes fins lucrativos. Uma vez que a maioria desses trabalhos são realizados no ambiente doméstico, é possível que a maior exposição das mulheres à esse ambiente, e à menor renda proporcionada por eles, aumente a probabilidade delas relatarem maior descontentamento com a vida neste domínio.^{9,18,19}

O aumento da idade mostrou-se associado a piores escores de QV para os domínios físico, psicológico e relações sociais e percepção de QV global. As limitações no trabalho e lazer³⁰, mudanças estéticas, desenvolvimento de doenças, dependência de outros indivíduos para se relacionar e preconceitos relacionados à idade⁶ são fatores considerados como consequência do processo de envelhecimento, o que poderia justificar os resultados obtidos no presente estudo.

Observou-se também, associação negativa entre escolaridade e escores de QV para os domínios físico e psicológico, bem como para percepção de QV global. O efeito da baixa escolaridade em aquisição de hábitos de vida negativos à saúde, como maior prevalência de sedentarismo, menor consumo de frutas, verduras e/ou legumes frescos, maior consumo de bebidas alcoólicas e maior prevalência de tabagismo, foi descrito em zonas urbanas previamente²³ Assim, é possível que o elevado nível de analfabetismo nas áreas rurais¹⁹ possa estar relacionado a piores comportamentos em saúde, e, por consequência, em pior QV.

De maneira consistente com a escolaridade, indivíduos classificados com menor nível socioeconômico, acessado pela variável de índice de bens apresentaram menores escores de QV para todos os domínios e pior percepção de

QV global, resultado previamente observado em estudo de base populacional com idosos de zona rural no Vietnã.¹⁴ Fatores relacionados à saúde associados à nível socioeconômico, como menor número de consultas médicas e odontológicas¹⁷ poderiam justificar a associação observada.

Observou-se que conforme maior o número de indivíduos residentes no domicílio pior foi a média de QV no Domínio Relações Sociais. Este domínio avalia questões sobre atividade sexual e relação/suporte social. Uma hipótese para explicar o achado seria a redução da privacidade dos residentes, tanto nos aspectos ligados à atividade sexual quanto nas relações/suportes sociais, uma vez que muitas pessoas dividirem o mesmo espaço dificulta a realização das mesmas.

As pessoas empregadas apresentaram melhores médias de QV para a maioria dos domínios e maior chance de ter uma melhora na sua satisfação com a saúde. O fato de estar empregado expressa a organização política e econômica da sociedade de forma relevante nos padrões de vida, comportamento e saúde das populações. Além disso, o fortalecimento da saúde do trabalhador na atenção primária⁸ pode ser um dos motivos que expliquem o resultado observado, simultaneamente com a maior renda, escolaridade e maiores cuidados com a saúde observados em indivíduos empregados.²⁶

Estar residindo com companheiro esteve associado à melhor QV no Domínio Psicológico. Os resultados da literatura em relação a essa variável são inconsistentes. Alguns autores relatam melhor saúde mental entre indivíduos casados⁴, enquanto outros relatam o contrário.³⁵ No entanto, mais estudos mostram que ser casado está associado a menores taxas de mortalidade e morbidade em relação aos solteiros demonstrando relação benéfica nessa associação.^{13,21}

Dentre todos os desfechos, a variável cor da pele mostrou-se associada apenas com percepção de QV global. Aqueles indivíduos que autorreferiram cor de pele que não a branca apresentaram maior chance de ter pior percepção de QV. No Brasil, maiores taxas de mortalidade e morbidade e menor expectativa de vida são observadas em indivíduos de cor de pele não branca. Ainda, as desigualdades sociais e de saúde no Brasil levam à distribuição desigual do acesso aos recursos ligados ao conhecimento e estilos de vida das pessoas, o que poderia justificar o resultado observado na zona rural de Pelotas.^{7, 15,18}

A zona rural do Brasil, de forma geral, é afastada dos grandes centros urbanos, o que pode dificultar o acesso às escolas, à alimentação, às oportunidades de emprego e aos serviços de saúde.^{22,29,33} É possível que a associação entre o maior percentual de tempo residido na zona rural e a menor a chance relatarem uma melhor QV seja explicada por pela pouca infraestrutura disponível nas áreas rurais.

Por fim, na satisfação com a saúde as mulheres apresentaram menor chance de relatar melhor satisfação com sua saúde. Tal achado pode ser explicado pelo fato de as mulheres buscarem mais os serviços preventivos de saúde além de apresentarem maior percepção de sinais e sintomas indicativos de doenças e com isso opinarem de forma mais crítica sobre saúde em relação aos homens.^{18,29}

O presente estudo apresenta como limitação intrínseca ao seu processo de amostragem, a possibilidade daqueles indivíduos que moravam distante dos núcleos de casas selecionados apresentarem perfis de saúde e estilos de vida diferentes daqueles avaliados, o que poderia modificar os resultados observados.

Por outro lado, destacam-se neste estudo, o grande tamanho amostral, o baixo percentual de perdas e recusas do estudo maior. Em relação à QV destaca-se o uso de um instrumento desenvolvido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e

validado no Brasil. Além disso, o presente estudo diferencia-se também pelo fato de ser de base populacional, a nível e rural, com adultos e idosos já que a maioria dos estudos avaliando QV são específicos da zona urbana, com idosos e realizados em pessoas portadoras de morbididades.

Por fim, a QV, enquanto um indicador de saúde, é influenciada por aspectos socioeconômicos e demográficos, de forma que as diferenças entre a população rural e a urbana possam estar ligadas aos diferentes níveis de escolaridade, renda, ocupação e acessos aos serviços de saúde.^{22,29,33} Apesar dessas diferenças, os resultados referentes às associações obtidos aqui são consistentes com aqueles relatados em populações de zonas urbanas.

Dessa forma, a avaliação da QV gera informações que podem ser usadas para rastreamento e identificação das necessidades de saúde de uma população. Tendo em vista que os fatores associados à QV no presente estudo são considerados indicadores de saúde, é necessária maior atenção ao assunto tendo em vista que os resultados podem impactar de forma negativa nos programas de saúde pública.

REFERÊNCIAS

1. Anselmi L, et al. Prevalência e determinantes precoces dos transtornos mentais comuns na coorte de nascimentos de 1982, Pelotas, RS. *Rev. Saude Publica* [online]. 2008;42(2):26-33.
2. Arslantas D, et al. Life quality and daily life activities of elderly people in rural areas, Eskisehir (Turkey). *Arch Gerontol Geriatr*. 2009;48(2): 127-31.
3. Bertoldi AD, Barros AJD, Hallal PC, Lima RC. Utilização de medicamentos em adultos: prevalência e determinantes individuais. *Rev. Saúde Pública* [online]. 2004;38(2):228-38.
4. 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*. 2006;27:554–82.
5. Bortolotto CC. Qualidade de vida em adultos da zona rural de Pelotas-RS: estudo de base populacional. [Dissertação de Mestrado]. Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, Universidade Federal de Pelotas. Pelotas, 2017.
6. Bowling A. Quality of life in older age: what older people say. *In Quality of Life in Old Age. International and Multi-Disciplinary Perspectives*. 2007
7. Brasil. FUNASA (Fundação Nacional de Saúde). Saúde da População Negra no Brasil: Contribuições para a Promoção da Equidade. Brasília, 2005.
8. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Atenção primária e promoção da saúde. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde; 2011.
9. Costa EF, et al. Atividade física em diferentes domínios e sua relação com a escolaridade em adultos do distrito de Ermelino Matarazzo, zona leste de São Paulo, SP. *Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde*. 2010;15(3):151-56.

10. Dias EC. Condições de vida, trabalho, saúde e doença dos trabalhadores rurais no Brasil. In: *Pinheiro TMM, organizador. Saúde do trabalhador rural – RENAST*. Brasília: Ministério da Saúde; 2006:1-27.
11. Fleck MP, et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref". *Rev Saud Publ*. 2000;34:178-83.
12. Fleck MP, et al. Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). *Rev Bras Psiquiatr*. 1999; 21(1):19-28.
13. Han K, et al. Is marital status associated with quality of life? *Health an Quality of Life Outcomes*. 2014;12:109.
14. Hoi LV, Chuch NT, Lindholm L. Health-related quality of life, and its determinants, among older people in rural Vietnam. *BMC Public Health*. 2010;10:549.
15. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Censo demográfico de 2010*.
16. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) 2008-2009: despesas, rendimentos e condições de vida*. Rio de Janeiro. 2010.
17. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) 2008*, Rio de Janeiro.
18. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) 2013: Percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas*. Brasília, DF.

19. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Pesquisa Nacional por Amostra e Domicílio (PNAD) 2014*. Repositório do Conhecimento do Ipea. Brasília, DF.
20. Jakobsson U, Hallberg IR, Westgren A. Overall and health related quality of life among the oldest old in pain. *Quality of Life Research*. 2004;13(1):125-36.
21. Joung IM, et al. Differences in self-reported morbidity by marital status and by living arrangement. *Int J Epidemiol*, 1994;23(1):91-7.
22. Kassouf AL. Acesso aos serviços de saúde nas áreas urbana e rural do Brasil. *Rev Economia e Sociol Rur*. 2005;43:29-44.
23. Lima-costa MF. A escolaridade afeta, igualmente, comportamentos prejudiciais à saúde de idosos e adultos mais jovens?: Inquérito de Saúde da Região Metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Epidemiol Serv Saúde*. 2004;13(4): 201-8.
24. De Mola CL, et al. The Effect of Fetal and Childhood Growth over Depression in Early Adulthood in a Southern Brazilian Birth Cohort. *PloS one*. 2015;10(10):e0140621.
25. Minayo MCDS, Hartz ZMDA, Buss PM. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Cienc & Saud Colet*. 2000; 5:7-18.
26. Miquilin IOC, et al. "Desigualdades no acesso e uso dos serviços de saúde entre trabalhadores informais e desempregados: análise da PNAD 2008, Brasil." *Cadernos de Saúde Pública*. 2013.
27. Nobre M, Faria N, Silveira ML. *Sempreviva Organização Feminista (SOF). Feminismo e Luta das Mulheres: análise e debates*, São Paulo, 2005.

28. Pereira RJ, et al. Contribuição dos domínios físico, social, psicológico e ambiental para a qualidade de vida global de idosos. *Rev Psiquiatr Rio Gd Sul*. 2006;28(1):27-38.
29. Pinheiro R, et al. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. *Cienc& Saud Col*. 2002;7:687-707.
30. Schmidt MI, et al. Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. *Lancet*. 2011;377(9781):1949-61.
31. Seidl EMF, Zannon CMLDC. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. *Cad Saud Public*. 2004 20: 580-588..
32. Shepherd D, et al. Do quiet areas afford greater health-related quality of life than noisy areas? *Int J Environ Res Public Health*. 2013;10(4):1284-303.
33. Silva EFD, et al. Prevalência de morbidades e sintomas em idosos: um estudo comparativo entre zonas rural e urbana. *Cienc & Saud Col*.2013;18:1029-40.
34. The Whoqol Group. WHOQOL-bref:introduction, administration, scoring and generic version of assessment. Geneva: World Health Organization, 1996.
35. Vidal CEL, et al. Tentativas de suicídio: fatores prognósticos e estimativa do excesso de mortalidade. 2013.

Tabela 1. Caracterização da amostra de acordo com características socioeconômicas, demográficas e comportamentais. Pelotas, RS, 2016. (N=1479)

Variáveis	N	%
Sexo		
Masculino	716	48,4
Feminino	763	51,6
Idade (anos completos)		
18-24 anos	170	11,5
25-39 anos	341	23,1
40-59 anos	587	39,6
60 anos ou mais	381	25,8
Cor da pele		
Branca	1262	85,3
Preta/Negra	88	6,0
Mulata/Parda	100	6,8
Amarela	21	1,4
Indígena	8	0,5
Escolaridade (anos completos)		
0-4 anos	552	37,5
5-8 anos	553	37,5
9-11 anos	301	20,5
12 anos ou mais	66	4,5
Índice de bens^a (quintis)		
1º quintil (mais pobre)	295	20,0
2º quintil	293	20,0
3º quintil	295	20,1
4º quintil	295	20,1
5º quintil (mais rico)	291	19,8
Nº de moradores		
1	92	6,3
2	372	25,3
3	386	26,2
4	300	20,4
5 ou mais	322	21,9
Ter emprego		
Não	577	39,0
Sim	902	61,0
Mora com companheiro		
Não	421	28,5
Sim	1058	71,5
% de tempo residido na ZR		
Menos que 50%	276	18,7
50 a 99%	207	14,0
100%	996	67,3
Percepção de QV global		
Muito ruim/ruim/regular	333	22,5
Boa	456	64,6
Muito boa	190	12,9
Satisfação com a saúde		
Muito insatisfeito/insatisfeito/regular	289	26,3
Satisfeito	942	63,7
Muito satisfeito	147	10,0

^a: índice de bens por componentes principais

Tabela 2. Média de pontuação de QV e seus coeficientes (β) ajustados segundo variáveis socioeconômicas, demográficas e comportamentais. Pelotas, RS 2016.

Variáveis	Domínio 1 (físico)		Domínio 2 (psicológico)		Domínio 3 (relações sociais)		Domínio 4 (meio ambiente)	
	Média(DP)	Valor-p β (IC 95%)	Média(DP)	Valor-p β (IC 95%)	Média(DP)	Valor-p β (IC 95%)	Média(DP)	Valor-p β (IC 95%)
Sexo		p<0,001*		p<0,001*		p=0,171*		p=0,005*
Masculino	77,9 (13,3)	Ref.	74,9 (11,9)	Ref.	76,4 (13,2)	Ref.	65,4 (12,3)	Ref.
Feminino	73,0 (15,3)	-4,90 (-5,99 - -3,80)	70,1 (14,3)	-4,87 (-6,05 - -3,70)	75,4 (13,5)	-1,06 (-2,60 - 0,49)	63,6 (13,2)	-1,80 (-3,02 - -0,59)
Idade (anos completos)		p<0,001**		p=0,001**		p<0,001**		p=0,051*
18-24 anos	82,1 (11,2)	Ref.	75,8 (13,0)	Ref.	79,3 (14,5)	Ref.	67,1 (12,9)	Ref.
25-39 anos	78,1 (14,2)	-3,92 (-7,06 - -0,78)	72,9 (13,4)	-2,70 (-5,13 - -0,28)	77,2 (14,5)	-2,00 (-5,70 - 1,69)	63,9 (14,1)	-3,13 (-6,64 - 0,38)
40-59 anos	74,8 (14,32)	-7,05 (-9,00 - -5,10)	72,3 (13,7)	-3,19 (-5,60 - -0,77)	75,6 (12,6)	-3,43 (-6,10 - -0,77)	63,7 (12,1)	-3,41 (-5,87 - -0,94)
60 anos ou mais	70,8 (15,0)	-11,0 (-13,3 - -8,75)	70,6 (12,8)	-4,90 (-7,19 - -2,60)	73,8 (12,5)	-5,20 (-7,87 - -2,54)	64,9 (12,5)	-2,21 (-5,14 - 0,73)
Cor da pele		p=0,302*		p=0,831*		p=0,759*		p=0,157*
Branca	75,4 (14,2)	Ref.	72,4 (13,2)	Ref.	75,8 (12,9)	Ref.	64,9 (12,6)	Ref.
Outra	75,0 (16,4)	-1,10 (-3,26 - 1,06)	72,3 (14,5)	-0,28 (-2,95 - 2,39)	76,5 (15,9)	0,30 (-1,687 - 2,27)	61,7 (13,9)	-1,95 (-4,69 - 0,80)
Escolaridade (anos completos)		p=0,020*		p<0,001**		p=0,331*		p=0,225*
0-4 anos	71,9 (15,6)	Ref.	69,6 (13,8)	Ref.	74,4 (12,9)	Ref.	63,0 (12,7)	Ref.
5-8 anos	75,5 (13,6)	1,17 (-0,78 - 3,13)	72,6 (12,9)	2,03 (0,46 - 3,60)	75,4 (13,4)	-0,46 (-1,91 - 1,00)	63,9 (12,3)	0,18 (-1,09 - 1,45)
9-11 anos	80,6 (12,4)	4,19 (1,71 - 6,66)	75,9 (12,2)	4,08 (1,34 - 6,81)	78,4 (13,3)	0,63 (-1,85 - 3,11)	67,0 (13,2)	1,90 (-0,28 - 4,07)
12 anos ou mais	80,1 (13,9)	4,18 (-0,28 - 8,63)	78,8 (12,1)	6,81 (2,95 - 10,68)	81,1 (14,4)	3,26 (-2,03 - 8,54)	69,4 (13,8)	2,63 (-1,29 - 6,55)
Índice de bens^a (quintis)		p=0,089*		p=0,001**		p=0,018*		p=0,002*
1º quintil (mais pobre)	72,2 (15,7)	Ref.	69,7 (14,6)	Ref.	73,5 (13,7)	Ref.	60,4 (14,0)	Ref.
2º quintil	75,4 (14,2)	2,23 (-0,36 - 4,82)	70,9 (13,2)	0,68 (-1,03 - 2,39)	75,3 (13,4)	1,77 (-0,25 - 3,79)	63,2 (12,6)	2,88 (0,33 - 5,43)
3º quintil	74,4 (15,5)	1,02 (-1,35 - 3,40)	71,9 (13,5)	1,55 (-0,86 - 3,96)	76,4 (13,2)	3,39 (0,54 - 6,23)	63,7 (12,3)	3,40 (0,91 - 5,89)
4º quintil	75,7 (13,5)	1,84 (-1,41 - 5,09)	73,6 (13,1)	2,88 (0,32 - 5,43)	76,3 (12,2)	3,02 (0,61 - 5,42)	65,9 (11,8)	5,14 (2,20 - 8,09)
5º quintil (mais rico)	79,3 (12,6)	4,68 (1,49 - 7,87)	69,6 (7,87)	4,34 (1,73 - 6,95)	69,2 (28,1)	4,97 (2,49 - 7,45)	69,0 (11,7)	7,66 (4,70 - 10,63)

Regressão linear múltipla com ajuste 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.

IC: Intervalo de confiança de 95% *Valor-p para heterogeneidade **Valor-p para tendência linear.

Tabela 2 (continuação). Média de pontuação de QV e seus coeficientes (β) ajustados segundo variáveis socioeconômicas, demográficas e comportamentais. Pelotas, RS, 2016.

Variáveis	Domínio 1 (físico)		Domínio 2 (psicológico)		Domínio 3 (relações sociais)		Domínio 4 (meio ambiente)	
	Média (DP)	Valor-p β (IC95%)	Média (DP)	Valor-p β (IC95%)	Média (DP)	Valor-p β (IC95%)	Média (DP)	Valor-p β (IC95%)
Nº de moradores		p=0,272		p=0,182		p=0,001**		p=0,468
1	74,8 (13,7)	Ref.	70,3 (14,5)	Ref.	75,2 (13,9)	Ref.	65,1 (13,8)	Ref.
2	74,0 (13,7)	-2,70 (-6,41 – 0,99)	73,0 (13,5)	0,86 (-3,28 – 5,00)	75,9 (12,7)	-0,86 (-4,54 – 2,82)	63,9 (13,1)	-2,77 (-7,24 – 1,69)
3	75,8 (10,7)	-3,82 (-7,63 – -0,01)	72,6 (14,3)	-1,26 (-5,14 – 2,62)	76,9 (13,6)	-1,47 (-5,14 – 2,19)	64,2 (12,9)	-3,60 (-8,47 – 1,27)
4	76,6 (13,0)	-3,37 (-6,96 – 0,22)	72,7 (12,2)	-1,09 (-4,85 – 2,67)	76,6 (11,3)	-2,24 (-6,01 – 1,53)	64,2 (12,5)	-3,96 (-8,82 – 0,89)
5 ou mais	75,7 (14,6)	-4,54 (-8,93 – -0,15)	71,9 (13,0)	-1,91 (-5,76 – 1,93)	74,7 (14,4)	-4,35 (-8,56 – -0,13)	65,5 (12,3)	-2,97 (-7,58 – 1,63)
Ter emprego		p<0,001		p=0,034		p=0,050		p=0,064
Não	71,5 (16,0)	Ref.	70,1 (14,5)	Ref.	74,2 (13,5)	Ref.	63,0 (13,4)	Ref.
Sim	77,9 (13,0)	4,03 (2,03 – 6,04)	73,9 (12,4)	1,76 (0,14 – 3,37)	77,0 (13,1)	1,72 (-0,01 – 3,43)	65,3 (12,4)	1,80 (-0,11 – 3,71)
Mora com companheiro		p=0,825*		p=0,019*		p=0,249*		p=0,621*
Não	75,9 (14,8)	Ref.	71,5 (14,0)	Ref.	75,4 (13,5)	Ref.	64,8 (13,2)	Ref.
Sim	75,2 (14,4)	0,16 (-1,33 – 1,65)	72,8 (13,1)	1,79 (0,32 – 3,28)	76,1 (13,3)	1,13 (-0,85 – 3,11)	64,3 (12,7)	-0,43 (-2,21 – 1,35)
% de tempo residido na ZR		p=0,698*		p=0,935*		p=0,433*		p=0,767*
Menos que 50%	76,1 (15,9)	Ref.	73,5 (14,8)	Ref.	77,1 (14,7)	Ref.	64,2 (13,9)	Ref.
50 a 99%	73,7 (14,7)	-1,02 (-3,83 – 1,80)	71,4 (14,0)	-0,04 (-2,88 – 2,04)	74,7 (13,4)	-1,76 (-4,49 – 0,98)	63,9 (13,2)	0,63 (-1,43 – 2,70)
100%	75,5 (14,1)	-0,14 (-2,71 – 2,42)	72,3 (12,9)	-0,02 (-2,29 – 2,24)	75,8 (12,9)	-0,50 (-3,04 – 2,04)	64,6 (12,4)	0,71 (-1,39 – 2,80)

Regressão linear múltipla com ajuste 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.

IC: Intervalo de confiança de 95% *Valor-p para heterogeneidade ** Valor-p para tendência linear.

Tabela 3. Razão de Odds (RO) ajustada segundo variáveis socioeconômicas, demográficas e comportamentais. Pelotas, RS, 2016.

Variáveis	Percepção de QV Global*		Satisfação com a Saúde*	
	Muito Boa		Satisfeito	
	Boa		Muito satisfeito	
	Muito ruim/Ruim/Regular		Muito insatisfeito/Insatisfeito/Regular	
	RO Bruta (IC95%)	RO Ajustada (IC95%)	RO Bruta (IC95%)	RO Ajustada (IC95%)
Sexo	p=0,744	p=0,925*	p=0,001*	p=0,001*
Masculino	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
Feminino	1,04 (0,83 – 1,29)	1,01 (0,80 – 1,27)	1,51 (1,21 – 1,88)	1,50 (1,19 – 1,89)
Idade (anos completos)	p<0,001**	p<0,001**	p=0,001**	p=0,001**
18-24 anos	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
25-39 anos	1,92 (1,21 – 3,06)	1,90 (1,19 – 3,03)	1,71 (1,19 – 2,47)	1,70 (1,18 – 2,44)
40-59 anos	2,44 (1,80 – 3,32)	2,52 (1,84 – 3,46)	2,04 (1,30 – 3,22)	2,06 (1,32 – 3,23)
60 ou mais	3,33 (2,34 – 4,75)	3,47 (2,47 – 4,90)	2,24 (1,55 – 3,24)	2,26 (1,56 – 3,27)
Cor da pele	p<0,001*	p=0,004*	p=0,490*	p=0,308*
Branca	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
Outra	1,51 (1,09 – 2,08)	1,65 (1,20 – 2,28)	1,12 (0,81 – 1,55)	1,18 (0,85 – 1,63)
Escolaridade (anos completos)	p<0,001**	p<0,001**	p=0,002	p=0,124**
0-4 anos	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
5-8 anos	0,60 (0,47 – 0,76)	0,71 (0,54 – 0,94)	0,85 (0,66 – 1,09)	0,99 (0,76 – 1,28)
9-11 anos	0,29 (0,21 – 0,40)	0,48 (0,33 – 0,70)	0,61 (0,42 – 0,88)	0,79 (0,50 – 1,26)
12 ou mais	0,09 (0,05 – 0,18)	0,18 (0,08 – 0,39)	0,48 (0,27 – 0,85)	0,55 (0,28 – 1,10)
Índice de bens^a (quintis)	p=0,001*	p=0,010*	p=0,045*	p=0,819*
1º quintil (mais pobre)	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
2º quintil	0,63 (0,43 – 0,93)	0,67 (0,43 – 1,06)	0,83 (0,57 – 1,22)	0,90 (0,60 – 1,35)
3º quintil	0,79 (0,53 – 1,17)	0,85 (0,53 – 1,35)	0,84 (0,56 – 1,28)	0,94 (0,61 – 1,44)
4º quintil	0,52 (0,36 – 0,75)	0,64 (0,41 – 1,01)	0,73 (0,51 – 1,06)	0,84 (0,55 – 1,29)
5º quintil (mais rico)	0,29 (0,19 – 0,43)	0,39 (0,24 – 0,65)	0,60 (0,42 – 0,85)	0,78 (0,50 – 1,23)
Número de moradores	p=0,939**	p=0,184*	p=0,239	p=0,203*
1	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
2	0,90 (0,55 – 1,47)	1,22 (0,76 – 1,97)	0,92 (0,49 – 1,72)	1,04 (0,56 – 1,90)
3	0,93 (0,52 – 1,67)	1,80 (0,97 – 3,35)	0,97 (0,52 – 1,81)	1,23 (0,68 – 2,23)
4	0,89 (0,52 – 1,53)	1,86 (1,05 – 3,30)	0,88 (0,47 – 1,65)	1,18 (0,67 – 2,10)
5 ou mais	0,93 (0,51 – 1,71)	1,91 (1,08 – 3,36)	0,69 (0,35 – 1,85)	0,94 (0,51 – 1,74)
Ter emprego	p=0,007*	p=0,283*	p=0,001*	p=0,023*
Não	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
Sim	0,71 (0,56 – 0,90)	0,86 (0,65 – 1,14)	0,61 (0,47 – 0,81)	0,69 (0,50 – 0,94)
Mora com companheiro	p<0,001*	p=0,469*	p=0,372*	p=0,949*
Não	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
Sim	0,99 (0,71 – 1,39)	0,88 (0,62 – 1,26)	1,10 (0,88 – 1,39)	1,01 (0,76 – 1,34)
% de tempo residido na ZR	p=0,039**	p=0,126**	p=0,954*	p=0,946*
Menos que 50%	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
50 a 99%	1,96 (1,34 – 2,85)	1,48 (1,02 – 2,14)	1,03 (0,75 – 1,41)	0,95 (0,67 – 1,34)
100%	1,61 (1,16 – 2,24)	1,35 (1,00 – 1,82)	0,97 (0,74 – 1,28)	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.

*Odds constante ao passar de uma categoria para outra.

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

NOTA PARA A IMPRENSA (PRESS-RELEASE)

Pesquisa avalia qualidade de vida da população rural de Pelotas

Mulheres, idosos, aqueles com cor da pele que não fosse branca, pessoas de menor escolaridade, os com menores condições financeiras, que residiam em domicílios com cinco pessoas ou mais, indivíduos desempregados, aqueles que moravam sem companheiro e o fato de viver na zona rural durante toda vida foram as exposições ligadas à pior percepção sobre a qualidade de vida de moradores da zona rural de Pelotas, segundo estudo da Universidade Federal de Pelotas (UFPeI).

“A avaliação da qualidade de vida vem ganhando importância como parâmetro para programas de assistência à saúde. Como está relacionada a vários domínios – físico, psicológico, social e ambiental - e à percepção de QV global e satisfação com a saúde, a melhoria da qualidade de vida é um dos resultados esperados das políticas públicas de promoção de saúde”, explica a nutricionista Caroline Cardozo Bortolotto, autora de dissertação de mestrado sobre o tema, desenvolvida no Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da UFPeI, sob orientação da professora Luciana Tovo Rodrigues e coorientação do professor Christian Loret de Mola.

A coleta dos dados integrou o inquérito da Pesquisa sobre a Saúde da População Rural de Pelotas. Entre janeiro e junho de 2016, o estudo entrevistou uma amostra representativa da zona rural de 1.479 moradores com idade a partir de 18 anos, por meio de visitas domiciliares nos oito distritos da região.

De acordo com os resultados, aproximadamente um em cada cinco moradores da zona rural (22,5%) avalia a própria qualidade de vida como regular, ruim ou muito ruim e 26,3% consideram-se regularmente satisfeitos, insatisfeitos ou muito insatisfeitos com sua saúde.

“A medida da qualidade de vida gera informações que podem ser usadas para rastreamento e identificação das necessidades de saúde de uma população. A zona rural muitas vezes acaba sendo deixada de lado pelos gestores de saúde. Uma vez que muitos fatores associados à qualidade de vida em nosso estudo são indicadores de saúde, os resultados devem despertar a atenção desses gestores para amparar a população rural e subsidiar políticas públicas específicas para esse público”, conclui Caroline.

NORMAS DE PUBLICAÇÃO DA REVISTA DE SAÚDE PÚBLICA

1. Autoria

O conceito de autoria está baseado na contribuição substancial de cada uma das pessoas listadas como autores, no que se refere sobretudo à concepção do projeto de pesquisa, análise e interpretação dos dados, redação e revisão crítica. A contribuição de cada um dos autores deve ser explicitada em **declaração** para esta finalidade. Não se justifica a inclusão de nome de autores cuja contribuição não se enquadre nos critérios acima.

2. Dados de indentificação do autor responsável (cadastro)

2.1. Nome e sobrenome

O autor deve seguir o formato pelo qual já é indexado nas bases de dados.

2.2. Correspondência

Deve constar o nome e endereço do autor responsável para troca de correspondência.

2.3. Instituição

Podem ser incluídas até três hierarquias institucionais de afiliação (por exemplo: departamento, faculdade, universidade).

3. Preparção do manuscrito

3.1. Título no idioma original do manuscrito e em inglês

O título deve ser conciso e completo, contendo informações relevantes que possibilitem recuperação do artigo nas bases de dados. O limite é de 90 caracteres, incluindo espaços. Se o manuscrito for submetido em inglês, fornecer um título em português.

3.2. Título resumido

Deve conter até 45 caracteres, para fins de legenda nas páginas impressas.

3.3. Descritores

Devem ser indicados entre 3 e 10, extraídos do vocabulário "**Descritores em Ciências da Saúde**" (DeCS), nos idiomas português, espanhol e inglês, com base no **Medical SubjectHeadings (MeSH)**. Se não forem encontrados descritores adequados para a temática do manuscrito, poderão ser indicados termos não existentes nos conjuntos citados.

3.4. Número de figuras e tabelas

A quantidade de figuras e tabelas de cada manuscrito é limitada a cinco em conjunto. Todos os elementos gráficos ou tabulares apresentados serão identificados como *figura* ou *tabela*, e numerados seqüencialmente a partir de um, e não como *quadros*, *gráficos*, etc.

3.5. Co-autores

Identificar os co-autores do manuscrito pelo nome, sobrenome e instituição, conforme a ordem de autoria.

3.6. Financiamento da pesquisa

Se a pesquisa foi subvencionada, indicar o tipo de auxílio, o nome da agência financiadora e o respectivo número do processo.

3.7. Apresentação prévia

Tendo sido apresentado em reunião científica, indicar o nome do evento, local e ano da realização.

Quando baseado em tese ou dissertação, indicar o nome do autor, título, ano, nome do programa de pós-graduação e instituição onde foi apresentada.

3.7.1. Resumo

São publicados resumos em português, espanhol e inglês. Para fins de cadastro do manuscrito, deve-se apresentar dois resumos, um na língua original do manuscrito e outro em inglês (ou em português, em caso de manuscrito apresentado em inglês). As especificações quanto ao tipo de resumo estão descritas em cada uma das **categorias de artigos**.

Como regra geral, o resumo deve incluir: objetivos do estudo, principais procedimentos metodológicos (população em estudo, local e ano de realização, métodos observacionais e analíticos), principais resultados e conclusões.

3.7.2. Estrutura do texto

Introdução – Deve ser curta, relatando o contexto e a justificativa do estudo, apoiados em referências pertinentes ao objetivo do manuscrito, que deve estar explícito no final desta parte. Não devem ser mencionados resultados ou conclusões do estudo que está sendo apresentado.

Métodos– Os procedimentos adotados devem ser descritos claramente; bem como as variáveis analisadas, com a respectiva definição quando necessária e a hipótese a ser testada. Devem ser descritas a população e a amostra, instrumentos de medida, com a apresentação, se possível, de medidas de validade; e conter informações sobre a coleta e processamento de dados. Deve ser incluída a devida referência para os métodos e técnicas empregados, inclusive os métodos estatísticos; métodos novos ou substancialmente modificados devem ser descritos, justificando as razões para seu uso e mencionando suas limitações. Os critérios éticos da pesquisa devem ser respeitados. Os autores devem explicitar que a pesquisa foi conduzida dentro dos padrões éticos e aprovada por comitê de ética.

Resultados – Devem ser apresentados em uma sequência lógica, iniciando-se com a descrição dos dados mais importantes. Tabelas e figuras devem ser restritas àquelas necessárias para argumentação e a descrição dos dados no texto deve ser restrita aos mais importantes. Os gráficos devem ser utilizados para destacar os

resultados mais relevantes e resumir relações complexas. Dados em gráficos e tabelas não devem ser duplicados, nem repetidos no texto. Os resultados numéricos devem especificar os métodos estatísticos utilizados na análise. Material extra ou suplementar e detalhes técnicos podem ser divulgados na versão eletrônica do artigo.

Discussão – A partir dos dados obtidos e resultados alcançados, os novos e importantes aspectos observados devem ser interpretados à luz da literatura científica e das teorias existentes no campo. Argumentos e provas baseadas em comunicação de caráter pessoal ou divulgadas em documentos restritos não podem servir de apoio às argumentações do autor. Tanto as limitações do trabalho quanto suas implicações para futuras pesquisas devem ser esclarecidas. Incluir somente hipóteses e generalizações baseadas nos dados do trabalho. As conclusões devem finalizar esta parte, retomando o objetivo do trabalho.

3.7.3. Referências

Listagem: As referências devem ser normalizadas de acordo com o estilo **Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals: Writing and Editing for Biomedical Publication**, ordenadas alfabeticamente e numeradas. Os títulos de periódicos devem ser referidos de forma abreviada, de acordo com o Medline, e grafados no formato itálico. No caso de publicações com até seis autores, citam-se todos; acima de seis, citam-se os seis primeiros, seguidos da expressão latina “et al”. Referências de um mesmo autor devem ser organizadas em ordem cronológica crescente. Sempre que possível incluir o DOI do documentado citado, de acordo com os exemplos abaixo.

3.7.4. Exemplos:

Artigos de periódicos

Narvai PC. Cárie dentária e flúor: uma relação do século XX. *Cienc Saude Coletiva*. 2000;5(2):381-92. DOI:10.1590/S1413-81232000000200011

Zinn-Souza LC, Nagai R, Teixeira LR, Latorre MRDO, Roberts R, Cooper SP, et al. Fatores associados a sintomas depressivos em estudantes do ensino médio de

São Paulo, Brasil. *Ver Saude Publica*. 2008;42(1):34-40. DOI:10.1590/S0034-89102008000100005.

Hennington EA. Acolhimento como prática interdisciplinar num programa de extensão. *CadSaude Coletiva* [Internet]. 2005;21(1):256-65. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v21n1/28.pdf> DOI:10.1590/S0102-311X2005000100028

Livros

Nunes ED. Sobre a sociologia em saúde. São Paulo; Hucitec;1999.

Wunsch Filho V, Koifman S. Tumores malignos relacionados com o trabalho. In: Mendes R, coordenador. *Patologia do trabalho*. 2. ed. São Paulo: Atheneu; 2003. v.2, p. 990-1040.

Foley KM, Gelband H, editors. *Improving palliative care for cancer* Washington: National Academy Press; 2001 [citado 2003 jul 13] Disponível em: http://www.nap.edu/catalog.php?record_id=10149

Para outros exemplos recomendamos consultar as normas (“Citing Medicine”) da National Library of Medicine (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/bookshelf/br.fcgi?book=citmed>).

Referências a documentos não indexados na literatura científica mundial, em geral de divulgação circunscrita a uma instituição ou a um evento (teses, relatórios de pesquisa, comunicações em eventos, dentre outros) e informações extraídas de documentos eletrônicos, não mantidas permanentemente em sites, se relevantes, devem figurar no rodapé das páginas do texto onde foram citadas.

Citação no texto:

A referência deve ser indicada pelo seu número na listagem, na forma de **expoente** após a pontuação no texto, sem uso de parênteses, colchetes e similares. Nos casos em que a citação do nome do autor e ano for relevante, o número da referência deve ser colocado a seguir do nome do autor. Trabalhos com dois autores devem fazer referência aos dois autores ligados por &. Nos outros

casos apresentar apenas o primeiro autor (seguido de et al. em caso de autoria múltipla).

Exemplos:

A promoção da saúde da população tem como referência o artigo de Evans & Stoddart,⁹ que considera a distribuição de renda, desenvolvimento social e reação individual na determinação dos processos de saúde-doença.

Segundo Lima et al⁹ (2006), a prevalência de transtornos mentais em estudantes de medicina é maior do que na população em geral. Parece evidente o fracasso do movimento de saúde comunitária, artificial e distanciado do sistema de saúde predominante.^{12,15}

Tabelas

Devem ser apresentadas depois do texto, numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que foram citadas no texto. A cada uma deve-se atribuir um título breve, não se utilizando traços internos horizontais ou verticais. As notas explicativas devem ser colocadas no rodapé das tabelas e não no cabeçalho ou título. Se houver tabela extraída de outro trabalho, previamente publicado, os autores devem solicitar formalmente autorização da revista que a publicou, para sua reprodução.

Para composição de uma tabela legível, o número máximo é de 12 colunas, dependendo da quantidade do conteúdo de cada casela. Tabelas que não se enquadram no nosso limite de espaço gráfico podem ser publicadas na versão eletrônica. Notas em tabelas devem ser indicadas por letras, em sobrescrito e negrito.

Se houver tabela extraída de outro trabalho, previamente publicado, os autores devem solicitar autorização para sua reprodução, por escrito.

Figuras

As ilustrações (fotografias, desenhos, gráficos, etc.) devem ser citadas como Figuras e numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que foram citadas no texto e apresentadas após as tabelas. Devem conter título e legenda apresentados na parte inferior da figura. Só serão admitidas para publicação figuras suficientemente claras e com qualidade digital que permitam sua impressão, preferentemente no formato vetorial. No formato JPEG, a resolução mínima deve ser de 300 dpi. Não se aceitam gráficos apresentados com as linhas de grade, e os elementos (barras, círculos) não podem apresentar volume (3-D). Figuras em cores são publicadas quando for necessária à clareza da informação. Se houver figura extraída de outro trabalho, previamente publicado, os autores devem solicitar autorização, por escrito, para sua reprodução.

4. Agradecimentos

Devem ser mencionados os nomes de pessoas que, embora não preencham os requisitos de autoria, prestaram colaboração ao trabalho. Será preciso explicitar o motivo do agradecimento, por exemplo, consultoria científica, revisão crítica do manuscrito, coleta de dados, etc. Deve haver permissão expressa dos nomeados e o autor responsável deve anexar a Declaração de Responsabilidade pelos Agradecimentos. Também pode constar desta parte apoio logístico de instituições.

5. Checklist para submissão

1. Nome e instituição de afiliação de cada autor, incluindo e-mail e telefone.
2. Título do manuscrito, em português e inglês, com até 90 caracteres, incluindo os espaços entre as palavras.
3. Título resumido com 45 caracteres.
4. Texto apresentado em letras arial, corpo 12, em formato Word ou similar (doc, docx e rtf).
5. Resumos estruturados para trabalhos originais de pesquisa em dois idiomas, um deles obrigatoriamente em inglês.
6. Resumos narrativos para manuscritos que não são de pesquisa em dois idiomas, um deles obrigatoriamente em inglês.

7. Carta de Apresentação, constando a responsabilidade de autoria e conflito de interesses, assinada por todos os autores.
8. Nome da agência financiadora e número (s) do (s) processo (s).
9. No caso de artigo baseado em tese/dissertação, indicar o nome da instituição/programa, grau e o ano de defesa.
10. Referências normalizadas segundo estilo Vancouver, ordenadas alfabeticamente pelo primeiro autor e numeradas, verificando se todas estão citadas no texto.
11. Tabelas numeradas sequencialmente, com título e notas, com no máximo 10 colunas.
12. Figura no formato vetorial ou em pdf, ou tif, ou jpeg ou bmp, com resolução mínima 300 dpi; em se tratando de gráficos, devem estar sem linhas de grade e sem volume.
13. Tabelas e figuras não devem exceder a cinco, no conjunto.