

# PREDITORES DA QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS URBANOS E RURAIS

## PREDICTORS OF THE QUALITY OF LIFE OF URBAN AND RURAL ELDERLY PEOPLE

## PREDICTORES CALIDAD DE VIDA DE LOS ANCIANOS URBANOS Y RURALES

Darlene Mara dos Santos Tavares<sup>1</sup>

Ana Márcia Pereira Fachinelli<sup>2</sup>

Flavia Aparecida Dias<sup>3</sup>

Alisson Fernandes Bolina<sup>4</sup>

Mariana Mapelli de Paiva<sup>5</sup>

Objetivou-se comparar características sociodemográficas e verificar preditores associados aos menores escores de qualidade de vida (QV) de idosos, segundo local de moradia. Inquérito transversal realizado nas zonas rural e urbana, utilizando instrumentos estruturados e validados. Verificou-se prevalência de idosos do sexo feminino, longevos, sem companheiro na zona urbana, diferentemente da rural. Em ambas as localidades, o número de morbidades foi o maior preditor nos domínios físico, psicológico e meio ambiente e facetas atividades passadas, presentes e futuras e participação social; nas relações sociais, o maior número de morbidades na urbana e na rural foi ausência de companheiro; no funcionamento dos sentidos e autonomia, o maior preditor urbano foi o número de morbidades; para autonomia, na rural, ausência de renda; na intimidade, ausência de companheiro para ambos. Concluiu-se que as características sociodemográficas divergem conforme o local de moradia. O número de morbidades é o principal preditor de menores escores de QV.

**PALAVRAS-CHAVE:** Idoso. Qualidade de vida. População urbana. População rural. Saúde do idoso.

*This study aimed to compare sociodemographic characteristics and verify predictors associated with lower scores of quality of life (QOL) of the elderly according to place of residence. Cross-sectional survey conducted in rural and urban areas using structured validated instruments. There was a prevalence of female elderly people, long-lived, without partners, in urban areas, unlike rural areas. In both locations, the number of morbidities was the best predictor in the physical, psychological and environmental aspects and past, present and future activities and social participation; in social relations, the highest number of morbidities in urban and rural areas was for those without partners; in sensory abilities and autonomy, the largest urban predictor was the number of morbidities; for autonomy in the rural area, lack of income; in intimacy, lack of a partner for both. It was concluded that the sociodemographic characteristics differ according to place of residence. The number of morbidities is the main predictor of lower QoL scores.*

<sup>1</sup> Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Associada do Departamento de Enfermagem em Educação e Saúde Comunitária do Curso de Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Triângulo Mineiro. Uberaba, Minas Gerais, Brasil. [darlenetavares@enfermagem.ufm.edu.br](mailto:darlenetavares@enfermagem.ufm.edu.br)

<sup>2</sup> Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Bolsista de Iniciação Científica da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais. Uberaba, Minas Gerais, Brasil. [anafachinelli@yahoo.com.br](mailto:anafachinelli@yahoo.com.br)

<sup>3</sup> Enfermeira. Mestre em Atenção à Saúde. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Atenção à Saúde da Universidade Federal do Triângulo Mineiro. Uberaba, Minas Gerais, Brasil. [flaviadias\\_ura@yahoo.com.br](mailto:flaviadias_ura@yahoo.com.br)

<sup>4</sup> Enfermeiro. Mestre em Atenção à Saúde. Doutorando do Programa Enfermagem Fundamental da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. [alissombolina@yahoo.com.br](mailto:alissombolina@yahoo.com.br)

<sup>5</sup> Enfermeira. Mestre em Atenção à Saúde. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Campinas. Campinas, São Paulo, Brasil. [marianamapelli@hotmail.com](mailto:marianamapelli@hotmail.com)

**KEY WORDS:** Elderly. Quality of life. Urban population. Rural population. Health of the elderly.

*Este estudio tuvo como objetivo comparar las características sociodemográficas y verificar predictores asociados con scores más bajos de calidad de vida (QV) de los ancianos de acuerdo con el lugar de residencia. Estudio transversal en las zonas rurales y urbanas utilizando instrumentos estructurados validados. Hubo predominio de mujeres, longevos, sin compañero en las zonas urbanas, diferentemente de las zonas rurales. En ambos lugares, el número de morbilidades fue el mejor predictor en los aspectos físicos, psicológicos y ambientales y actividades pasadas, presentes y futuras y la participación social; en las relaciones sociales, el mayor número de comorbilidades en zonas urbanas y rurales fue sin compañeros; el funcionamiento de los sentidos y de la autonomía, el mayor predictor urbano fue el número de morbilidades; por la autonomía en zona rural, la falta de ingresos; en la intimidad, sin compañeros para ambos. Se concluyó que las características sociodemográficas difieren según el lugar de residencia. El número de morbilidades es el principal predictor de los scores más bajos de QV.*

**PALABRAS-CLAVE:** Anciano. Calidad de vida. Población urbana. Población rural. Salud del anciano.

## INTRODUÇÃO

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), a 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” (THE WHOQOL GROUP, 1995, p. 1405).

A QV pode ser influenciada pelas diferenças relacionadas ao local de moradia, rural e urbano, bem como pelas características da população (SANTOS et al., 2013). Entretanto, a literatura nacional é escassa no que se refere às diferenças da QV de idosos considerando as especificidades locais regionais.

Pesquisas nacionais com idosos realizadas na zona urbana demonstraram que a QV associou-se negativamente ao sexo feminino (CAMPOLINA et al., 2011; FALLER et al., 2010), idade acima de 69 anos, viver sozinho, ser solteiros e viúvos (FALLER et al., 2010), ter baixa escolaridade (PEREIRA et al., 2011), maior número de morbidades (CAMPOLINA et al., 2011; PEREIRA et al., 2011) e menor capacidade funcional (PEREIRA et al., 2011). Já na zona rural, inquérito internacional realizado na Turquia constatou que a QV associou-se ao sexo feminino, viúvos, analfabetos e aumento da dependência funcional (ARSLANTAS et al., 2009).

Há de se destacar que essas investigações (ARSLANTAS et al., 2009; CAMPOLINA et al., 2011; FALLER et al., 2010) não tiveram como

objetivo de estudo verificar os fatores relacionados aos menores scores segundo o local de moradia. Deste modo, nesta investigação, emerge a seguinte questão: Os preditores de pior QV dos idosos divergem conforme local de moradia? Infere-se que os melhores níveis econômicos nas áreas urbanas facilitem o maior acesso aos meios de comunicação, saúde, lazer e aquisição de bens de consumo (ALENCAR et al., 2010), podendo impactar positivamente nesse constructo.

Assim, espera-se que o presente estudo possa fornecer evidências científicas para nortear a atuação dos profissionais de saúde na promoção da QV de idosos, bem como contribuir para o direcionamento das políticas públicas de saúde considerando as especificidades dessa população.

O objetivo desta investigação é comparar as características sociodemográficas e verificar preditores associados aos menores scores de qualidade de vida (QV) de idosos, segundo local de moradia.

## MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de dois inquéritos domiciliares, transversais e observacionais, realizados nas áreas urbana, em 2008, e rural, em 2011, do município de Uberaba (MG).

Para a delimitação da população da área urbana foram apreciados dados de um estudo anterior desenvolvido pelo Núcleo de Pesquisa em

Saúde Coletiva, considerando 95% de confiança, 80% de poder do teste, margem de erro de 4,0% para as estimativas intervalares e uma proporção estimada de  $\pi=0,5$  para as proporções de interesse, resultando em 2.892 idosos (TAVARES et al., 2008; TAVARES; GUIDETTI; SAÚDE, 2008). Para a seleção dos idosos utilizou-se a técnica de amostragem estratificada proporcional; os bairros do município foram considerados como estratos. Assim, para o inquérito realizado em 2008, na área urbana, participaram 2.142 idosos, dentre os quais 541 foram excluídos, 200 deles por não terem sido encontrados após três visitas, 174 recusaram, 142 foram a óbito e 25 estavam hospitalizados.

Para compor a população da zona rural, foi obtida uma listagem dos idosos cadastrados pelas Equipes de Saúde da Família (ESF), distribuída em três Distritos Sanitários, com 100% de cobertura. Foram identificados, em junho de 2010, 1.297 idosos, dos quais foram excluídos 447 idosos em razão dos seguintes motivos: 117 mudaram de endereço, 105 apresentaram declínio cognitivo, 75 recusaram-se a participar, 57 não foram encontrados após três tentativas do entrevistador, 11 tinham ido a óbito, três encontravam-se hospitalizados e 79 devido a outros motivos, como residir na cidade. Desse modo, na zona rural, foram investigados 850 idosos.

Os critérios de inclusão foram: ter 60 anos ou mais de idade; morar na zona rural ou urbana do município de Uberaba (MG).

A coleta de dados foi realizada no domicílio do idoso por pesquisadores devidamente treinados, que atuaram distintamente na área urbana e rural. Foram realizadas reuniões sistemáticas com os supervisores de campo e pesquisadores para acompanhamento da coleta dos dados. Obteve-se a autorização da Secretaria Municipal de Saúde para esta atividade.

O declínio cognitivo foi avaliado pelo Miniexame do Estado Mental (MEEM), utilizando-se, na zona urbana, a versão reduzida validada por pesquisadores do Projeto Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento (SABE). (ICAZA; ALBALA, 1999); na zona rural, o instrumento traduzido e validado no Brasil (BERTOLUCCI et al., 1994). A

mudança de instrumento ocorreu tendo em vista que a coleta dos dados foi realizada em momentos distintos, e os pesquisadores consideraram que o instrumento traduzido e validado no Brasil (BERTOLUCCI et al., 1994) seria mais adequado para a população alvo.

Para descrever o perfil dos idosos, utilizou-se instrumento estruturado, baseado no questionário *Olders Americans Resources and Services* (OARS), contendo as variáveis socioeconômicas e de saúde, empregado previamente em estudos com idosos residentes em São Paulo (RAMOS et al., 1998).

A QV foi avaliada por meio do *World Health Organization Quality of Life-bref* (WHOQOL-BREF), instrumento genérico e validado no Brasil, composto por quatro domínios: físico (dor e desconforto; energia e fadiga; sono e repouso; atividades da vida cotidiana; dependência de medicação ou tratamentos e capacidade de 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 e oportunidade de recreação/lazer; ambiente físico: poluição, ruído, trânsito, clima e transporte). (FLECK et al., 2000).

Aplicou-se também o instrumento *World Health Organization Quality of Life Olders* (WHOQOL-OLD) específico para idosos, validado no Brasil, que mensura a QV utilizando seis facetas: funcionamento dos sentidos (avalia o funcionamento sensorial e o impacto da perda das habilidades sensoriais na qualidade de vida); autonomia (refere-se à independência na velhice, descreve até que ponto se é capaz de viver de forma autônoma e tomar as próprias decisões); atividades passadas, presentes e futuras (descreve a satisfação sobre conquistas na vida e coisas a que se anseia); participação social (participação em atividades cotidianas,

especialmente na comunidade); morte e morrer (preocupações, inquietações e temores sobre a morte e morrer); e intimidade (avalia a capacidade de se ter relações pessoais e íntimas) (FLECK; CHACHAMOVICH; TRENTINI, 2006).

Em ambos os instrumentos de QV, os escores variam de 0 a 100, sendo o maior número correspondente à maior QV. As variáveis investigadas foram: sexo; faixa etária, em anos; estado conjugal; escolaridade, em anos de estudo; renda individual mensal, em salários mínimos; arranjo de moradia; número de morbidades; domínios e facetas da QV: domínios físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente, e; facetas funcionamento dos sentidos; autonomia; atividades passadas, presentes e futuras; participação social; morte e morrer; e intimidade.

Os dados coletados foram processados em microcomputador, por duas pessoas, em dupla entrada, no programa Excel®. Em seguida verificou-se a existência de registros duplicados e a consistência dos campos; foi realizada correção quando necessário.

Os dados foram transportados para o *software Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 17.0, sendo a QV analisada conforme suas respectivas sintaxes.

Para a comparação dos idosos urbanos e rurais segundo as características sociodemográficas, utilizou-se análise estatística descritiva e análise bivariada por meio dos testes qui-quadrado e *t*-Student, dependendo da natureza da variável. O ajuste para as variáveis sexo e idade foi realizado por meio da regressão logística método *enter* ( $p < 0,05$ ). Para verificar os preditores dos menores escores de QV, realizou-se análise bivariada preliminar. As variáveis predictoras foram: estado conjugal (sem ou com companheiro), escolaridade (sem ou com), renda (sem ou com), arranjo domiciliar (mora acompanhado ou sozinho) e número de morbidades. Nesta etapa, considerou-se significativo o valor de  $p < 0,10$ . As variáveis que atenderam esse critério foram inseridas no modelo de regressão linear múltipla, método *enter*, ajustado para sexo e idade. Neste modelo multivariado, os testes foram considerados significativos quando  $p < 0,05$ .

Ambos os projetos foram aprovados pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, protocolos n. 897 e n. 1477. Os idosos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, após os esclarecimentos pertinentes. Somente após a anuência do entrevistado, foi conduzida a entrevista.

## RESULTADOS

Na presente investigação, a média de idade dos idosos da zona urbana ( $71,38 \pm 7,54$ ) foi superior à da zona rural ( $68,73 \pm 7,07$ ) ( $p < 0,001$ ). Em relação ao sexo, prevaleceram as mulheres ( $n=1.338$ ; 62,5%) na zona urbana e homens ( $n=449$ ; 52,8%) na zona rural ( $p < 0,001$ ). Quanto ao estado conjugal, prevaleceram os idosos com companheiro na zona rural ( $n=572$ ; 67,3%) e sem companheiros na zona urbana ( $n=1.076$ ; 50,2%) ( $p < 0,001$ ).

Do total de idosos da zona urbana ( $n=1.862$ ; 87,1%) e da rural ( $n=714$ ; 84%) a maioria morava acompanhada. Em ambas as localidades, idosos urbanos ( $n=1.698$ ; 79,9%) e rurais ( $n=641$ ; 75,4%), referiram apresentar escolaridade com maior percentual daqueles que viviam na zona urbana ( $p < 0,001$ ).

A maioria em ambos os grupos, urbano ( $n=1.904$ ; 89,5%) e rural ( $n=763$ ; 89,9%), tinha renda ( $p=0,629$ ). Na autoavaliação da QV, verificou-se que ambas as áreas, urbana (67,3%) e rural (59,4%) referiram-na como boa. Na autoavaliação da saúde, a maioria dos idosos da zona urbana (64,4%) e rural (60,2%) estava satisfeita.

A maior média de escores de QV avaliado pelo WHOQOL-BREF foi para o domínio relações sociais nas zonas urbana ( $68,83 \pm 12,13$ ) e rural ( $73,87 \pm 12,81$ ). Os menores escores estiveram no domínio físico para os idosos da zona urbana ( $59,52 \pm 16,41$ ) e no meio ambiente para os idosos da zona rural ( $63,31 \pm 11,71$ ).

Em relação ao WHOQOL-OLD, as maiores médias de escores encontravam-se na faceta funcionamento dos sentidos para os idosos da zona urbana ( $79,96 \pm 19,64$ ) e intimidade para os idosos da zona rural ( $74,27 \pm 16,75$ ). Quanto

aos menores escores, obteve-se, na faceta autonomia, para os idosos da zona urbana ( $60,45 \pm 13,47$ ) e a participação social ( $68,01 \pm 12,37$ ) para os da zona rural.

Quanto aos fatores associados aos menores escores de QV entre os idosos urbanos e rurais, o principal preditor foi o maior número de

morbidades nos domínios físico, psicológico e meio ambiente. Já no domínio relações sociais, foi o maior número de morbidades na zona urbana; e na rural, a ausência de companheiro (Tabela 1).

O modelo de regressão dos escores de QV, WHOQOL-BREF, das zonas urbana e rural encontra-se na Tabela 1, a seguir.

**Tabela 1** – Modelo de regressão dos escores de QV do WHOQOL–BREF dos idosos residentes nas áreas urbana e rural – Uberaba (MG) – 2013

WHOQOL-BREF	Área Urbana		Área Rural	
	Modelo final		Modelo final	
	B (1)	P (2)	B (1)	P (2)
<b>Físico</b>				
Sem companheiro	X	X	X	X
Sem escolaridade	- 0,099	<0,001	- 0,060	0,044
Ausência de renda	- 0,053	0,005	X	X
Mora sozinho	X	X	X	X
Número de morbidades	- 0,531	<0,001	- 0,505	<0,001
<b>Psicológico</b>				
Sem companheiro	- 0,054	0,018	X	X
Sem escolaridade	- 0,112	<0,001	- 0,112	0,001
Ausência de renda	- 0,044	0,042	X	X
Mora sozinho	X	X	X	X
Número de morbidades	- 0,246	<0,001	-0,251	<0,001
<b>Relações sociais</b>				
Sem companheiro	- 0,089	<0,001	- 0,093	0,008
Sem escolaridade	X	X	X	X
Ausência de renda	X	X	X	X
Mora sozinho	-0,061	0,007	X	X
Número de morbidades	-0,113	<0,001	- 0,077	0,034
<b>Meio ambiente</b>				
Sem companheiro	X	X	X	X
Sem escolaridade	- 0,179	<0,001	X	X
Ausência de renda	- 0,063	0,004	X	X
Mora sozinho	X	X	X	X
Número de morbidades	- 0,264	0,003	- 0,258	<0,001

Fonte: Elaboração própria.

Nota: Sinal convencional utilizado:

x Dado numérico omitido em razão de o preditor ter sido removido do modelo final.

(1) Coeficiente de regressão padronizado.

(2) Ajustado por sexo e idade, método enter.

No que se refere ao WHOQOL-OLD, nas facetas funcionamento dos sentidos e autonomia, o maior preditor da zona urbana foi o número de morbidades; na autonomia, zona rural, a ausência de renda. Nas facetas atividades passadas, presentes e futuras e participação social, o maior preditor de menores escores nas zonas urbana

e rural foi o número de morbidades. Na faceta intimidade, o preditor de menores escores, entre os idosos da zona urbana e rural foi a ausência de companheiro. Estes dados estão apresentados na Tabela 2, modelo de regressão dos escores de QV no WHOQOL-OLD, das zonas urbana e rural.

**Tabela 2** – Modelo de regressão dos escores de QV do WHOQOL-OLD dos idosos residentes nas áreas urbana e rural – Uberaba (MG) – 2013 (continua)

WHOQOL-OLD	Área Urbana		Área Rural	
	Modelo final		Modelo final	
	B (1)	P (2)	B (1)	P (2)
<b>Funcionamento dos sentidos</b>				
Sem companheiro	X	X	X	X
Sem escolaridade	- 0,096	<0,001	X	X
Ausência de renda	X	X	-0,055	0,123
Mora sozinho	X	X	X	X
Número de morbidades	- 0,133	<0,001	X	X
<b>Autonomia</b>				
Sem companheiro	X	X	X	X
Sem escolaridade	- 0,090	<0,001	X	X
Ausência de renda	- 0,084	<0,001	- 0,174	<0,001
Mora sozinho	X	X	X	X
Número de morbidades	- 0,149	<0,001	- 0,139	<0,001
<b>Atividades passadas, presentes e futuras</b>				
Sem companheiro	X	X	X	X
Sem escolaridade	- 0,090	<0,001	X	X
Ausência de renda	- 0,063	0,005	- 0,083	0,019
Mora sozinho	- 0,075	<0,001	X	X
Número de morbidades	- 0,108	<0,001	- 0,196	<0,001
<b>Participação Social</b>				
Sem companheiro	X	X	X	X
Sem escolaridade	- 0,058	0,008	X	X
Ausência de renda	- 0,052	0,018	X	X
Mora sozinho	X	X	X	X
Número de morbidade	-0,114	<0,001	-0,209	<0,001
<b>Morte e morrer</b>				
Sem companheiro	0,016	0,477	-0,026	0,464
Sem escolaridade	X	X	X	X

**Tabela 2** – Modelo de regressão dos escores de QV do WHOQOL-OLD dos idosos residentes nas áreas urbana e rural – Uberaba (MG) – 2013 (conclusão)

WHOQOL-OLD	Área Urbana		Área Rural	
	Modelo final		Modelo final	
	B (1)	P (2)	B (1)	P (2)
<b>Morte e morrer</b>				
Ausência de renda	X	X	-0,036	0,310
Mora sozinho	X	X	X	X
Número de morbidade	X	X	-0,050	0,171
<b>Intimidade</b>				
Sem companheiro	- 0,148	<0,001	- 0,209	<0,001
Sem escolaridade	-0,126	<0,001	X	X
Ausência de renda	X	X	X	X
Mora sozinho	-0,093	<0,001	X	X
Número de morbidade	0,068	0,002	X	X

Fonte: Elaboração própria.

Nota: Sinal convencional utilizado:

x Dado numérico omitido em razão de o preditor ter sido removido do modelo final.

(1) Coeficiente de regressão padronizado.

(2) Ajustado por sexo e idade, método *enter*.

## DISCUSSÃO

Nesta investigação, a prevalência do sexo masculino na zona rural e feminino na zona urbana pode estar relacionada à migração das mulheres do campo para a cidade em busca de facilidades no acesso aos serviços de saúde. Especialmente em idades mais avançadas, os idosos tendem a procurar maior proximidade dos recursos de saúde e social oferecidos na zona urbana (CABRAL et al., 2010).

Corroborando em parte o presente estudo, inquérito conduzido no sul do Brasil identificou que a maioria dos idosos urbanos e rurais era casada ou morava com companheiro (DAL PIZZOL et al., 2012). No que se refere ao arranjo domiciliar, semelhante a esta pesquisa, o predomínio de idosos que viviam acompanhados também foi evidenciado em inquéritos nas zonas urbana de Foz do Iguaçu (PR) (FALLER et al., 2010) e rural de Macambira (SE) (CABRAL et al., 2010). Ressalta-se que, conhecer a rede de apoio familiar dos idosos, permite aos profissionais de

saúde englobar a família nos cuidados relacionados à saúde.

Não obstante, a escolaridade também deve ser considerada pelo profissional de saúde de modo a compatibilizar linguagem clara, acessível e efetiva durante as atividades de promoção do cuidado à pessoa idosa. Em relação ao percentual de idosos que apresenta escolaridade neste estudo, outras pesquisas conduzidas na zona urbana em Foz do Iguaçu (PR) (FALLER et al., 2010) e na área rural em Cachoeira do Sul (RS) (SILVA et al., 2013) identificaram percentuais superiores; isso denota a diversidade cultural brasileira no que se refere a oportunidade de acesso a educação da população idosa nas décadas anteriores.

A análise descritiva da QV evidenciou divergências nos menores escores dos domínios e facetas de QV segundo o local de moradia. Este dado reforça a hipótese de que as especificidades locais regionais entre os contextos urbano e rural podem configurar impacto distinto na QV

do idoso (SANTOS et al., 2013). Deste modo, os profissionais de saúde podem considerar a avaliação da QV como um importante instrumento na detecção de aspectos que necessitam de intervenção em saúde nos contextos urbano e rural.

No que se refere aos preditores dos menores escores de QV, o maior número de morbidades com maior preditor no domínio físico é condizente com estudo realizado entre idosos urbanos e rurais de um município do interior de Minas Gerais (PEREIRA et al., 2011). Esse resultado pode estar associado à dor, ao desconforto e ao uso de medicamentos relacionados às doenças, fatores estes avaliados no domínio físico (FLECK et al., 2000). Este achado suscita a necessidade de cuidado direcionado à prevenção e/ou controle das morbidades em ambas as localidades, visando reduzir o seu impacto na QV.

A influência das morbidades no domínio psicológico não foi evidenciada em investigação por amostra de conveniência de idosos da comunidade (CAMPOLINA et al., 2011), divergindo do presente estudo. Entretanto, é sabido que o domínio psicológico abrange a autoestima, sentimentos positivos e negativos, aprendizado, crenças pessoais, imagem corporal, aparência, dentre outros aspectos (FLECK et al., 2000), que podem ser influenciados pelas doenças. Tal achado reforça a importância de o enfermeiro desenvolver a assistência aos idosos urbanos e rurais de maneira integral, buscando a identificação das alterações de ordem psicológica decorrente das morbidades.

O maior número de doenças como preditor principal do domínio relações sociais, no estudo em questão, difere de inquérito com idosos urbanos em Minas Gerais, em que o número de enfermidades não associou a esse domínio ( $p=0,154$ ) (PEREIRA et al., 2011). Estudo sugere que as morbidades podem influenciar em todos os domínios de QV, porém o impacto nas dimensões sociais ainda está pouco esclarecido (KIM, K.; LEE; KIM, C. 2012), remetendo à necessidade de maior aprofundamento. Já em relação aos idosos rurais, sabe-se que o domínio avalia as relações pessoais, suporte social e atividade

sexual (FLECK et al., 2000); portanto, infere-se que a ausência do companheiro esteja interferindo nesses aspectos pelo possível agravamento das dificuldades vivenciadas no campo, uma vez que a convivência diária com o cônjuge pode contribuir nas relações sociais (MARCHIORI; DIAS; TAVARES, 2013).

Referente ao maior número de morbidade como preditor do domínio meio ambiente, estudo realizado em Curitiba (PR) identificou que idosos com problemas de saúde obtiveram escores significativamente inferiores nesse domínio em relação àqueles que não apresentavam doenças ( $p=0,017$ ) (VAGETTI et al., 2013), corroborando esta investigação. Entretanto, resultado divergente foi evidenciado em inquérito com idosos urbanos e rurais cujo número de enfermidades autorreferidas não se relacionou aos aspectos ambientais ( $p=0,105$ ) (PEREIRA et al., 2011). Considerando que este domínio avalia, dentre outros, a segurança física e proteção, cuidados de saúde e sociais (FLECK et al., 2000), evidencia-se a necessidade de investigar o acesso aos cuidados de saúde entre os idosos nas diferentes localidades. Ressalta-se que, nas áreas urbanas, apesar de existir maior concentração de serviços de saúde, o crescimento desordenado das cidades tem contribuído para desigualdades sociais em saúde (DAL PIZZOL et al., 2012). Para tanto, os profissionais de enfermagem, no contexto da atenção primária, devem desenvolver estratégias que favoreçam maior acessibilidade da população idosa urbana e rural aos recursos de saúde, especialmente entres aqueles com morbidades.

O impacto das morbidades no funcionamento sensorial entre os idosos urbanos pode ser explicado pela diferença no perfil etário e relacionado ao sexo, considerando que idosos mais velhos e mulheres, prevalentes na área urbana, tendem a apresentar mais doenças (PILGER; MENON; MATHIAS, 2011). Inquérito no Paraná obteve que as idosas apresentaram proporcionalmente mais doenças crônicas, como hipertensão, e pior percepção de saúde (PILGER; MENON; MATHIAS, 2011). Quanto à ausência de renda como preditor no funcionamento sensorial na



área rural, infere-se que este fato possa limitar os idosos a realizar consultas com especialistas, bem como a aquisição de aparelhos corretivos. Há de se pensar ainda na possível dificuldade de acesso e meios de transporte, itens observados durante a coleta de dados no presente inquérito. Considerando-se as especificidades locais, acredita-se que os hábitos de vida, crenças e valores dos idosos residentes em diferentes áreas possam intervir na procura pelos serviços de saúde, bem como fatores relacionados ao sistema de saúde e condições de acesso aos serviços, fazendo-se necessária a sua investigação (DAL PIZZOL et al., 2012). Deste modo, independente do local de moradia, deve-se verificar, junto aos serviços de saúde, a necessidade de rastrear o idoso quanto às suas condições sensoriais, encaminhando-o para o especialista quando necessário.

O maior número de morbidades como preditor principal da autonomia entre os idosos urbanos remete à necessidade de reflexão acerca deste aspecto; infere-se que o idoso tenha sua liberdade de decisão cerceada pelos familiares e/ou cônjuge, devido ao cuidado em relação a sua saúde, visto que, nesta localidade, a maioria residia com companheiro. Na zona rural, a ausência de renda como principal preditor pode estar relacionada à dependência de terceiros no seu cotidiano. Deste modo, infere-se que, diante da ausência de renda, o idoso não tenha liberdade de tomar as suas decisões junto aos familiares. Este dado indica a necessidade de investigar melhor este aspecto junto aos idosos e sua família. O enfermeiro pode, por meio da assistência domiciliar, oferecer assistência individualizada ao idoso e a seus familiares (CUNHA et al., 2014) conforme suas especificidades.

O impacto das morbidades nas facetas atividades passadas, presentes e futuras e participação social, em ambas as localidades, pode relacionar-se às restrições impostas pelas doenças e/ou tratamento. Nesse sentido, evidencia-se a necessidade de identificar os fatores que têm contribuído para minimização da esperança do idoso. A enfermagem pode contribuir, por meio da implementação de atividades que proporcionem reflexão acerca desses aspectos.

No que concerne à participação social, deve-se buscar, junto ao idoso, os fatores relacionados à doença que têm diminuído suas possibilidades de participação em atividades junto à comunidade. Assim, poderá ser elaborado um plano direcionado às especificidades de cada idoso, considerando as suas preferências e possibilidades, de acordo com o local de moradia.

Na faceta intimidade, a ausência de companheiro como maior preditor de menores escores, em ambas as localidades, evidencia a necessidade de ampliar a percepção acerca das necessidades afetadas pela falta do companheiro na vida dos idosos. Assim, pode-se incentivar o desenvolvimento de atividades sociais e recreativas que favoreçam a socialização do idoso. Além disso, as atividades de convivência com idosos que estão vivenciando a mesma situação podem auxiliá-los na interação social, promovendo ampliação dos relacionamentos e convívios sociais, impactando positivamente na sua QV (MARCHIORI; DIAS; TAVARES, 2013).

## CONCLUSÃO

Concluiu-se que as características sociodemográficas dos idosos residentes na zona urbana e rural são diferentes. O número de morbidades é o principal preditor de menores escores de QV para idosos de ambas as localidades.

Estes dados remetem à necessidade de atenção qualificada para a pessoa idosa, a fim de promover a QV, mesmo na presença de morbidades. Há de se repensar estratégias de acompanhamento da saúde da população idosa, em especial daqueles residentes na área rural.

Os profissionais de enfermagem, portanto, podem contribuir, com implantação e/ou implementação de atividades educativas em locais de fácil acesso do idoso, sobretudo em seu local de moradia. Contudo, torna-se relevante que sejam oferecidas condições adequadas para esses profissionais desenvolverem ações com segurança e capacitação.

Salienta-se que os dados podem estar limitados pela possível desatualização dos cadastros da área rural pela ESF, devido às dificuldades de

acesso das localidades e pelo recorte transversal desta pesquisa, que não permite estabelecer relações de causalidade.

## REFERÊNCIAS

- ALENCAR, Nelyse A.A. et al. Avaliação da qualidade de vida em idosas residentes em ambientes urbano e rural. *Rev. bras. geriatr. gerontol.*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 103-109, 2010.
- ARSLANTAS, Didem et al. Life quality and daily life activities of elderly people in rural areas, Eskisehir (Turkey). *Arch. gerontol. geriatr.*, Amsterdam, v. 48, p. 127-131, 2009.
- BERTOLUCCI, Paulo H.F. et al. O mini-exame do estado mental em uma população geral: impacto da escolaridade. *Arq. neuro-psiquiatr.*, São Paulo, v. 52, n. 1, p. 1-7, 1994.
- CABRAL, Simone O.L. et al. Condições de ambiente e saúde em idosos residentes nas zonas rural e urbana em um município da região Nordeste. *Rev. geriatr. gerontol.*, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 76-84, 2010.
- CAMPOLINA, Alessandro G. et al. Impacto da doença crônica na qualidade de vida de idosos da comunidade em São Paulo (SP, Brasil). *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 6, p. 2919-2925, 2011.
- CUNHA, Juliana J. et al. Gerenciando a assistência domiciliar. *Rev. Baiana Enferm.*, Salvador, v. 28, n. 2, p. 186-195, 2014.
- DAL PIZZOL, Tatiane S. et al. Uso de medicamentos entre idosos residentes em áreas urbanas e rurais de município no Sul do Brasil: um estudo de base populacional. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 28, n. 1, p. 204-14, 2012.
- FALLER, Jossiana W. et al. Qualidade de vida de idosos cadastrados na estratégia saúde da família de Foz do Iguaçu-Pr. *Esc. Anna Nery*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 803-810, 2010.
- FLECK, Marcelo P. A. et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref". *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 34, n.2, p. 178-83, 2000.
- FLECK, Marcelo P.; CHACHAMOVICH, Eduardo; TRENTINI, Clarissa. Development and validation of the Portuguese version of the WHOQOL-OLD module. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 40, n.2, p. 785-91, 2006.
- ICAZA, Maria C.; ALBALA, Cecília. *Projeto SABE*. Minimal State Examination (MMSE) del estudio de demencia en Chile: análisis estadístico. Ginebra: OPAS, 1999. p. 1-18.
- KIM, Kwang-il; LEE, Ju H.; KIM, Cheonl-Ho K. Impaired health-related quality of life in elderly women is associated with multimorbidity: results from the Korean National Health and Nutrition Examination Survey. *Gender Medicine*, Hillsboroug, v. 9, n. 5, p. 309-318, 2012.
- MARCHIORI, Gianna F.; DIAS, Flavia A.; TAVARES, Darlene M.S. Qualidade de vida entre idosos com e sem companheiro. *Rev. Enferm. UFPE online*, Recife, v. 7, n. 4, p. 1098-106, 2013.
- PEREIRA, Renata J. et al. Influência de fatores socio sanitários na qualidade de vida dos idosos de um município do Sudeste do Brasil. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 6, p. 2907-2917, 2011.
- PILGER, Calíope; MENON, Mario H.; MATHIAS, Thais A.F. Características sociodemográficas e de saúde de idosos: contribuições para os serviços de saúde. *Rev. latino-am. enferm.*, Ribeirão Preto, v. 19, n. 5, p. 1230-1238, 2011.
- RAMOS, Luiz R. et al. Two-year follow-up study of elderly residents in S. Paulo, Brasil: methodology and preliminary results. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 32, n. 5, p. 397-407, 1998.
- SANTOS, Érica A. et al. Morbidades e qualidade de vida de idosos com diabetes *mellitus* residentes nas zonas rural e urbana. *Rev. esc. enferm. USP*, São Paulo, v. 47, n. 2, p. 393-400, 2013.
- SILVA, Eveline F. et al. Prevalência de morbidades e sintomas em idosos: um estudo comparativo entre zonas rural e urbana. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 1029-1040, 2013.
- TAVARES, Darlene Mara S.; GUIDETTI, Gustavo Emanuel C.B.; SAÚDE, Maria Isabel B.M. Características sócio-demográficas, condições de saúde e utilização de serviços de saúde por idosos. *Rev. eletr. enf.* Goiânia, v. 10, n. 2, p. 299-309, 2008. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n2/v10n2a02.htm>>. Acesso em: 20 out. 2015.
- TAVARES, Darlene Mara S. et al. Incapacidade funcional entre idosos residentes em um município do interior de minas gerais. *Texto contexto enferm*, Florianópolis, v. 16, n. 1, p. 32-39, jan./ mar. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v16n1/a04v16n1>>. Acesso em: 20 out. 2015.

THE WHOQOL GROUP. The World Health Organization quality of life assessment: position paper from the World Health Organization. *Soc. Sci. Med.*, New York, v. 41, n. 10, p. 1403-1409, 1995.

VAGETTI, Gislaïne C. et al. Domínios da qualidade de vida associados à percepção de saúde: um estudo com idosas de um programa de atividade física em

bairros de baixa renda de Curitiba, Paraná, Brasil. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 12, p. 3483-3493, 2013.

Artigo apresentado em: 15/4/2015

Aprovado em: 16/9/2015

Versão final apresentada em: 27/10/2015