

Características socioeconômicas e qualidade de vida de idosos urbanos e rurais com doenças cardíacas



Socioeconomic characteristics and quality of life of urban and rural elderly people with heart disease

Características socioeconômicas y la calidad de vida de los ancianos urbanos y rurales con enfermedades cardíacas

Darlene Mara dos Santos Tavares^a
 Glendha Oliveira Arduini^b
 Nayara Paula Fernandes Martins^c
 Flavia Aparecida Dias^c
 Lucia Aparecida Ferreira^a

DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2015.03.45470>

RESUMO

Objetivo: comparar as variáveis socioeconômicas e os escores de qualidade de vida (QV) de idosos com doenças cardíacas residentes nas zonas urbana e rural.

Método: inquérito domiciliar com 829 idosos urbanos e 220 rurais. Os dados foram coletados utilizando-se: Questionário Brasileiro de Avaliação Funcional e Multidimensional, WHOQOL-BREF e WHOQOL-OLD. A coleta na zona urbana foi de junho a dezembro de 2008, e na rural, de junho de 2010 a março de 2011. Utilizaram-se testes qui-quadrado, *t*-Student e regressão linear múltipla ($p < 0,05$).

Resultados: a proporção de mulheres e idosos com 75 anos e mais foi superior na zona urbana. Observaram-se menores escores entre idosos urbanos nos domínios físico e relações sociais e facetas autonomia, atividades passadas, presentes e futuras e intimidade; para os rurais, no meio ambiente, funcionamento dos sentidos e morte e morrer.

Conclusão: idosos da zona urbana apresentaram menores escores de QV em mais domínios e facetas comparados aos rurais.

Palavras-chave: Idoso. População rural. População urbana. Qualidade de vida. Doenças cardiovasculares. Atenção à saúde.

ABSTRACT

Objective: To compare the socioeconomic variables and quality of life scores (QOL) of elderly residents with heart diseases in urban and rural areas.

Method: household survey with 829 urban and 220 rural elderlies. The data were collected using: Brazilian Questionnaire for Functional and Multidimensional Assessment, WHOQOL-BREF and WHOQOL-OLD. The collection in the urban area was from June to December of 2008 and, in the rural area, from June 2010 to March 2011. Chi-square, *t*-student and multiple linear regression ($p < 0.05$) tests were used.

Results: The proportion of women and elderlies with 75 years of age and over was higher in urban areas. Lower scores among urban elderlies physical and social relations were observed, and; facets autonomy, past, present and future activities and intimacy; for the rural elderlies, the environment, sensory abilities, death and dying.

Conclusion: the urban elderlies showed a lower QOL score in most areas and facets compared to rural elderlies.

Keywords: Elderly. Rural population. Urban population. Quality of life. Cardiovascular diseases. Health care.

RESUMEN

Objetivo: comparar las variables socioeconômicas y de calidad de vida (QOL) de los residentes de edad avanzada con enfermedades del corazón en las zonas urbanas y rurales.

Método: encuesta de hogares con ancianos 829 urbanos y 220 rurales. Los datos fueron recolectados a través de: Cuestionario brasileño de Evaluación Funcional y multidimensionales, WHOQOL-BREF y WHOQOL-OLD. La recolección en el área urbana fue de junio a diciembre de 2008, y en las zonas rurales de junio de 2010 a marzo de 2011. Se utilizaron pruebas de chi-cuadrado, *t*-Student y regresión lineal múltiple ($p < 0,05$).

Resultados: la proporción de mujeres y personas de 75 años y más era mayor en el área urbana. Se observaron puntuaciones más bajas entre ancianos urbano en las relaciones físicas y sociales, y; facetas autonomía, pasado, presente y las futuras actividades e intimidad; para el desarrollo rural, el medio ambiente, las capacidades sensoriales y de la muerte y el morir.

Conclusión: los mayores en el área urbana tenían puntuaciones de calidad de vida más bajas en la mayoría de las áreas y facetas en comparación con los del área rural.

Palabras clave: Anciano. Población rural. Población urbana. Calidad de vida. Enfermedades cardiovasculares. Atención a la salud.

^a Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM), Curso de Graduação em Enfermagem, Departamento de Enfermagem em Educação e Saúde Comunitária. Uberaba, Minas Gerais, Brasil.

^b Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM), Programa de Residência Multiprofissional em Saúde. Uberaba, Minas Gerais, Brasil.

^c Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM), Programa de Pós-Graduação stricto sensu em Atenção à Saúde. Uberaba, Minas Gerais, Brasil.

■ INTRODUÇÃO

O envelhecimento pode propiciar o aparecimento de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT)⁽¹⁾ com destaque para as cardiovasculares entre idosos; o que torna a sua saúde um importante foco de atenção⁽¹⁾. Dentre estas, encontram-se as doenças cardíacas com prevalência de 17,3% nesta população no Brasil⁽¹⁾.

A literatura científica evidencia que fatores socioeconômicos como sexo masculino e idade avançada bem como hábitos de vida inadequados podem influenciar na prevalência de hospitalizações relacionadas a estas morbidades. Somam-se os aspectos ambientais que podem favorecer o seu desenvolvimento por meio de exposição a poluição e atividades de trabalho estressantes. Estes aspectos foram evidenciados em pesquisa realizada na Itália com adultos e idosos urbanos e rurais a qual observou que ocorreram mais hospitalizações devido doenças cardíacas entre os residentes na zona urbana⁽²⁾.

Destaca-se que a atenção à saúde desta população se constitui um desafio para os serviços de saúde devido o impacto das doenças cardíacas no cotidiano do idoso. Nesse contexto, destaca-se que o papel do enfermeiro considerando sua atuação nestes espaços com vistas ao monitoramento e controle das condições de saúde de idosos com doenças crônicas.

Sabe-se que o acesso aos serviços de saúde e a medicamentos são maiores na zona urbana quando comparados a zona rural⁽³⁾. Ademais, o deslocamento do local de moradia para realizar consultas médicas pode ser difícil para os idosos que dependem de familiares ou residem em áreas distantes, desprovidas de transporte coletivo regular, ou ainda com topografia acidentada, dificultando a caminhada até o local de parada do ônibus⁽³⁾. Ressalta-se que o acesso deve ser considerado nas suas diversas manifestações, a saber: geográfica, cultural, econômica e funcional⁽⁴⁾. Estas dificuldades podem favorecer o subdiagnóstico em áreas rurais e conseqüentemente intervir no controle da doença e na qualidade de vida (QV).

Sabe-se que sintomas como fadiga e dispnéia resultantes das doenças cardíacas podem causar um efeito negativo sobre a QV; a dor pode contribuir para maiores limitações, ou agir como um lembrete constante da doença, portanto, exercendo também influência mais forte sobre a QV⁽⁵⁾. Nesta perspectiva, acredita-se que os idosos com doenças cardíacas residentes na zona urbana apresentem maiores escores de QV e melhores condições socioeconômicas. No entanto, inquérito realizado com adultos e idosos em Taiwan evidenciou melhores resultados de marcadores subclínicos de doenças cardiovasculares en-

tre aqueles residentes em ambientes florestais sugerindo a necessidade de realização de estudos comparativos com a zona urbana⁽⁶⁾.

Deste modo, considerando a epidemiologia das doenças cardíacas, a escassez de estudos com foco no impacto da doença sobre a QV do idoso segundo local de moradia, bem como as especificidades territoriais, acredita-se que este estudo possa contribuir para ampliar a reflexão acerca do planejamento em saúde considerando as características populacionais nos distintos espaços.

Para conduzir a presente investigação adotou-se o conceito de QV da Organização Mundial de Saúde (OMS), a saber: "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"^(7:1405). Salienta-se que a Organização Mundial de Saúde considera idoso o indivíduo com 60 anos ou mais de idade⁽⁸⁾ sendo esta a definição adotada para o presente estudo. Assim, objetivou-se comparar as variáveis socioeconômicas e os escores de QV de idosos com doenças cardíacas residentes nas zonas urbana e rural.

■ MÉTODOS

Inquérito domiciliar, analítico, transversal e observacional integrante de dois subprojetos. Estes compõem uma proposta longitudinal que acompanha as condições de saúde do idoso, desde 2005, no município de Uberaba-MG, sendo conduzidos pelo Grupo de Pesquisa em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM). O primeiro subprojeto intitulado "Qualidade de vida de idosos residentes no município de Uberaba" foi desenvolvido com idosos residentes na zona urbana sendo os dados coletados no período de junho a dezembro de 2008. O segundo, "Saúde e qualidade de vida da população idosa rural do município de Uberaba", foi desenvolvido na zona rural em junho de 2010 a março de 2011; o período extenso de coleta justifica-se pela dificuldade de acesso às fazendas.

O cálculo amostral da zona urbana considerou 95% de confiança, 80% de poder do teste, margem de erro de 4,0% para as estimativas intervalares e uma proporção estimada de $\pi=0,5$, totalizando 2.683 idosos. Deste número foram excluídos 540 idosos por: não terem sido encontrados após três tentativas do entrevistador (200), recusa (174), óbito (142) e hospitalização (25). Assim, foram entrevistados 2.143 idosos, dos quais 829 referiram doença cardíaca.

Na área rural, em decorrência da imprecisão do número de idosos que efetivamente residem nesta localidade, utilizou o cadastro desta população realizado pela Estratégia

de Saúde da Família (ESF) que cobre 100% da área. Obteve-se a listagem da população disponibilizada pela Secretaria Municipal de Saúde em janeiro de 2010, totalizando 1.297 idosos. Os entrevistadores foram em todas as residências e foram excluídos 447 idosos por: mudança de endereço (117), apresentarem declínio cognitivo (105), recusa (75), não terem sido encontrados após três tentativas do entrevistador (57), óbito (11), hospitalização (3) e por outros motivos (79). Desta forma, foram entrevistados 850 idosos, sendo que 220 referiram doença cardíaca.

Os critérios de inclusão do presente estudo foram: residir nas zonas urbana ou rural de Uberaba-MG, ter 60 anos ou mais de idade, sem declínio cognitivo e autorreferir ter doenças cardíacas (como infarto agudo do miocárdio, angina, dentre outros). Considerando o tamanho amostral, optou-se por verificar as doenças autorreferidas, método comumente usado em inquéritos populacionais, devido impossibilidade de diagnóstico.

Os dados foram coletados no domicílio por 12 entrevistadores experientes na zona urbana e 14 na rural. Estes foram treinados quanto ao preenchimento do instrumento de coleta dos dados e a forma de abordar o entrevistado. A coleta foi acompanhada por supervisores de campo.

A avaliação cognitiva foi realizada pela aplicação do Mini Exame do Estado Mental (MEEM). Na zona urbana utilizou-se o teste reduzido e validado por pesquisadores do Projeto Saúde, Bem Estar e Envelhecimento (SABE)⁽⁹⁾ sendo a deterioração cognitiva indicada por pontuação igual ou inferior a 12⁽⁹⁾; na área rural a versão traduzida e validada no Brasil⁽¹⁰⁾ com os seguintes pontos de corte: 13 para analfabetos, 18 para escolaridade baixa/média (de 1 a 11 anos) e 26 para alta escolaridade (superior a 11 anos)⁽¹⁰⁾. A mudança de instrumento na zona rural deve-se ao fato dos pesquisadores considerarem os pontos de corte mais adequados para a população alvo.

Para obtenção das variáveis socioeconômicas e morbidades autorreferida foi utilizado parte do Questionário Brasileiro de Avaliação Funcional e Multidimensional (BOMFAQ), empregado previamente em estudo com idosos⁽¹¹⁾.

A QV foi mensurada por meio dos instrumentos: *World Health Organization Quality of Life – BREF* (WHOQOL-BREF)⁽¹²⁾ e *World Health Organization Quality of Life Assessment for Older Adults* (WHOQOL-OLD)⁽¹³⁾ ambos validados no Brasil. O WHOQOL-BREF é um instrumento genérico composto por quatro domínios: físico; psicológico; relações sociais; meio ambiente⁽¹²⁾. O WHOQOL-OLD é um módulo específico para o idoso, complementar ao WHOQOL-BREF, sendo constituído por seis facetas: funcionamento dos sentidos; autonomia; atividades passadas, presentes e futuras; participação social; morte e morrer, e; intimidade⁽¹³⁾. Em ambos

os escores variam de 0 a 100 pontos, sendo que o maior valor corresponde à maior QV.

As variáveis estudadas foram: socioeconômicas; domínios e facetas de QV.

Os dados esses foram processados em planilhas eletrônicas no programa Excel® com dupla entrada e, posteriormente, realizada a consistência entre os dois bancos. Procedeu-se a correção por meio de consulta à entrevista original no caso de dados inconsistentes.

O banco de dados foi transportado para o programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 17.0 e os dados foram analisados por meio da distribuição de frequência, média e desvio padrão e dos testes qui-quadrado e *t-Student*. O nível crítico adotado correspondeu a 5% ($p < 0,05$). Para eliminar possíveis fatores de confundimento as comparações segundo local de moradia foram ajustadas por sexo e faixa etária (60-75 e 75 anos e mais) por meio de razão de chances de prevalência (RCP) ajustadas e regressão linear múltipla. A estratificação da faixa etária foi baseada no Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística que a utiliza para descrição de dados sociais e de saúde entre idosos⁽¹⁾.

Os projetos foram aprovados pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFTM, protocolos Nº 897 e Nº 1477. A entrevista foi conduzida após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelo idoso.

■ RESULTADOS

Na zona urbana houve maior proporção do sexo feminino; idosos com 75 anos e mais, e; que residiam sem companheiro, mesmo após o ajuste (Tabela 1).

Na Tabela 1, a seguir, encontra-se a distribuição de frequência das variáveis socioeconômicas dos idosos.

Na análise de QV, mensurada pelo WHOQOL-BREF, a maior porcentagem de idosos com doenças cardíacas nas zonas urbana (73,6%) e rural (48,6%) avaliaram-na como boa. A maioria dos idosos urbanos (61,4%) e rurais (58,2%) estava satisfeita com a própria saúde.

Os maiores e menores escores de QV encontram-se na Tabela 2. Na comparação entre os grupos, os idosos com doenças cardíacas da zona urbana apresentaram menores escores médios nos domínios físico ($p < 0,001$) e relações sociais ($p < 0,001$), após ajuste (Tabela 2). No meio ambiente ($p = 0,012$) os idosos urbanos apresentaram maior escore médio comparado àqueles da zona rural, mesmo após o ajuste (Tabela 2).

Nas facetas funcionamento dos sentidos ($p < 0,001$) e morte e morrer ($p = 0,005$) os escores médios na zona urbana foram superiores, permanecendo após o ajuste (Tabela 2).

Tabela 1 – Distribuição de frequência das variáveis socioeconômicas dos idosos com doenças cardíacas segundo local de moradia. Uberaba-MG, 2013

Variáveis	Urbana	Rural	χ^2	p	Análise ajustada	p*
	N(%)	N(%)			RCP (IC)	
Sexo						
Masculino	285(34,4)	101(45,9)	9,939	0,002	0,602 (0,44-0,81)	0,001
Feminino	544(65,6)	119(54,1)				
Faixa etária (em anos)						
60-75	542(65,4)	151(73,2)	4,788	0,029	0,668 (0,47-0,93)	0,018
≥75	287(34,6)	59(26,8)				
Estado conjugal						
Sem companheiro	436(52,7)	61(27,7)	43,325	<0,001	2,734 (1,95-3,81)	<0,001
Com companheiro	392(47,3)	159(72,3)				
Arranjo de moradia						
Mora só	102(12,3)	25(11,4)	0,144	0,704	1,046 (0,65-1,67)	0,850
Mora com alguém	727(87,7)	195(88,6)				
Escolaridade (em anos)						
Sem escolaridade	194(23,6)	61(27,7)	1,622	0,203	0,760 (0,54-1,06)	0,115
Com escolaridade	629(76,4)	159(72,3)				
Renda individual[‡]						
Sem renda	75(9,1)	25(11,4)	1,003	0,317	0,732 (0,44-1,20)	0,219
Com renda	747(90,9)	195(88,6)				

Fonte: Dados da pesquisa, 2013.

*Ajustado por sexo e faixa etária; RCP (razão de chances de prevalência); IC 95% = Intervalo de 95% de confiança para a razão de chance.

‡0 salário mínimo correspondia entre R\$ 510,00 e R\$540,00(14).

No que diz respeito às facetas autonomia ($p<0,001$), atividades passadas, presentes e futuras ($p=0,001$) e intimidade ($p<0,001$), os escores foram menores na zona urbana, permanendo distintos após o ajuste (Tabela 2).

Na Tabela 2, a seguir, encontram-se os escores de QV dos idosos com doenças cardíacas.

■ DISCUSSÃO

A prevalência do sexo feminino (64,8%) e idosos com 60-69 anos (60,4%) foi encontrada em inquérito realizado entre idosos em uso de medicamentos para doenças crônicas, como doenças cardíacas, no município de Carlos Barbosa-RS(3) condizente com esta pesquisa.

Referente ao estado conjugal, resultado divergente foi encontrado em pesquisa realizada em Carlos Barbosa-RS sendo que na zona urbana 68,1% dos idosos tinham companheiro e na zona rural, 75,5%(3). Em outro estudo com adultos e idosos com doença arterial coronariana realiza-

do na zona urbana de Ribeirão Preto-SP 66,7% eram casados(15), diferente desta investigação.

Concernente a autoavaliação da QV, inquérito internacional entre adultos e idosos com doenças cardiovasculares demonstrou influência negativa na QV(5) podendo estar relacionada a morbidade. A autoavaliação positiva obtida na presente investigação sugere a reflexão de outros aspectos que influenciam na QV como as condições de vida(16).

Em relação a satisfação com o estado de saúde inquérito nacional realizado entre adultos e idosos com insuficiência cardíaca evidenciou que a percepção da QV se relaciona com o cotidiano e as atividades corriqueiras(17) podendo refletir positivamente neste aspecto.

A análise dos maiores escores nas relações sociais em ambas as localidades é convergente com estudo entre idosos na zona rural de Nova Bassano-RS; as redes de apoio social em parceria com o apoio familiar refletem na vida dos idosos(18), podendo repercutir no cuidado das doenças

Tabela 2 – Escores de QV segundo os domínios do WHOQOL-BREF e facetas do WHOQOL-OLD segundo local de moradia. Uberaba-MG, 2013

	Urbana Média	Rural Média	t	p	β	p*
Domínios						
Físico	55,3	63,6	6,985	<0,001	-0,193	<0,001
Psicológico	65,8	68,1	2,286	0,023	-0,060	0,052
Relações sociais	69,0	72,9	4,687	<0,001	-0,128	<0,001
Meio ambiente	63,4	61,3	-2,200	0,028	0,078	0,012
Facetas						
Funcionamento dos sentidos	80,0	72,8	-4,442	<0,001	0,164	<0,001
Autonomia	59,9	67,3	6,015	<0,001	-0,199	<0,001
Atividades passadas, presentes e futuras	65,9	69,2	3,478	0,001	-0,108	0,001
Participação social	64,9	66,5	1,524	0,128	-0,024	0,432
Morte e morrer	77,4	72,4	-2,697	0,007	0,087	0,005
Intimidade	70,0	74,5	3,412	0,001	-0,112	<0,001

Fonte: Dados da pesquisa, 2013.

*Ajustado por local de moradia, sexo e faixa etária.

cardíacas, favorecendo as relações sociais independente do local de moradia. Quanto aos menores escores na zona urbana no aspecto físico inquirido no Rio de Janeiro-RJ, realizado com idosos com insuficiência cardíaca, evidenciou impacto sobre a capacidade funcional contribuindo para limitações físicas⁽¹⁹⁾. Na zona rural, os menores escores no meio ambiente podem ser justificados pelo comprometimento da segurança física e proteção sendo menor disponibilidade de cuidados de saúde e sociais, aspectos avaliados neste domínio⁽¹²⁾.

Quanto a comparação entre os grupos, o menor escore urbano no domínio físico pode estar relacionado as restrições físicas e incapacidades impostas pela doença podendo proporcionar dependência e hospitalização⁽¹⁹⁾ refletindo neste aspecto. Pesquisa com adultos e idosos urbanos no Ceará evidenciou que estes apresentavam dispnéia ao realizar suas atividades e limitação do trabalho habitual⁽²⁰⁾, podendo impactar negativamente nos aspectos físicos.

Deste modo, no presente estudo, o menor escore urbano no referido domínio pode estar relacionado a maior proporção de mulheres e de idosos com 75 anos e mais, que podem apresentar maior número de comorbidades podendo impactar negativamente na sua condição de saúde, como a dependência de medicação ou tratamentos e capacidade de trabalho, avaliados neste item⁽¹²⁾. Nesse sentido, acredita-se que a enfermagem possa contribuir

por meio da identificação do impacto da doença cardíaca somada às comorbidades nos aspectos físicos. A partir daí pode-se traçar um plano de ação pautado nos problemas referidos pelos idosos.

Os menores escores nas relações sociais na zona urbana comparado à rural evidencia a necessidade de reflexão acerca deste aspecto. Estas relações podem facilitar ou promover comportamentos promotores e/ou protetores de saúde considerando que entre idosos com doenças cardíacas o suporte de amigos e familiares contribui para a aceitação da doença⁽¹⁹⁾. Infere-se ainda que o maior percentual de idosos urbanos sem companheiro neste estudo pode ter contribuído para este resultado. Ressalta-se que rede de suporte social é importante no enfrentamento de uma doença crônica podendo proporcionar ao idoso melhora da autoestima e inserção familiar⁽¹⁹⁾.

Os menores escores no domínio meio ambiente em áreas rurais comparados a zona urbana podem ser justificados pelas limitações de transporte e distância dos recursos de saúde, aspectos observados durante a coleta dos dados; estes podem impactar sobre a segurança física do idoso pelas maiores dificuldades de deslocamento diante das suas necessidades de saúde advindas do problema cardíaco. Este fato poderia impactar negativamente nas possíveis necessidades de saúde na área rural relacionada ainda a escassez de recursos de saúde. Este resultado evi-

dência a necessidade dos serviços de saúde nestas localidades desenvolverem estratégias de acompanhamento e monitoramento da saúde desta população. A enfermagem pode contribuir por meio de visitas domiciliares periódicas.

Os maiores escores evidenciados na faceta funcionamento dos sentidos entre os idosos urbanos podem estar relacionados ao possível maior acesso aos serviços de saúde para monitoramento das alterações fisiológicas e/ou patológicas que afetam o sistema sensorial. Quanto a intimidade na zona rural, os maiores escores podem ser explicados pela maior proporção de idosos casados, considerando que este domínio avalia as relações pessoais e íntimas⁽¹²⁾. Referente aos menores escores na autonomia do idoso urbano infere-se que nesta localidade a liberdade de decisão esteja minimizada pelos familiares, evidenciando a necessidade de identificar quais aspectos tem contribuído para este resultado. Já a menor participação social na zona rural pode estar relacionada a escassez de atividades sociais bem como a distância e dificuldades de transporte.

Quanto à comparação entre os grupos, o maior impacto rural no funcionamento dos sentidos, evidenciado pelos maiores escores urbanos, pode estar relacionado às necessidades não atendidas nas áreas rurais. Acredita-se que a ocorrência desses problemas de saúde seja decorrente das diferenças socioeconômicas existentes na zona rural, que interferem de forma negativa no acesso aos serviços de saúde e na QV. Soma-se, no presente estudo, a maior proporção de idosos sem renda no meio rural. Este fato pode contribuir para dificuldades na aquisição de equipamentos corretivos, como óculos e aparelhos de audição, quando necessário. Nesse sentido, sugere-se que as queixas relacionadas ao funcionamento sensorial sejam avaliadas e estes idosos sejam encaminhados para consulta médica especializada. Além disso, soma-se a possível necessidade de atenção social, considerando a renda dos idosos do presente estudo, que poderia dificultar a aquisição de equipamentos corretivos após diagnóstico da sua necessidade.

O menor escore na faceta autonomia na localidade urbana indica menor liberdade para tomada de decisão entre esses idosos. Destaca-se que o idoso com insuficiência cardíaca estabelece estratégias de enfrentamento dos sinais e sintomas desencadeados pela morbidade. Soma-se, o tratamento contínuo, que exige mudanças de hábitos e adaptação às limitações decorrentes dos sintomas físicos. Estas alterações geralmente são conflitantes, pois interferem em vários aspectos da vida dos indivíduos^(19,20). Além disso, infere-se que o menor escore entre os idosos urbanos pode estar relacionado ao menor escore no domínio físico devido ao maior impacto das limitações impostas pela doença⁽¹⁹⁾.

Deste modo, sugere-se que estes aspectos sejam investigados por meio do acompanhamento do seu estado de saúde. A enfermagem, no cuidado ao idoso com insuficiência cardíaca deve reconhecer sua experiência com a doença, avaliando suas repercussões na capacidade física e autonomia. A partir daí estimular suas potencialidades e oferecer suporte para que ele aprenda formas de se cuidar na experiência cotidiana⁽¹⁹⁾.

Além disso, podem ser realizadas ações junto aos idosos e familiares visando maximizar a sua autonomia. A família assume papel relevante de apoio ao indivíduo no enfrentamento da doença, nas suas consequências, no tratamento e nas modificações do estilo de vida⁽²⁰⁾.

No que concerne aos menores escores nas atividades passadas, presentes e futuras na área urbana comparada a rural, pesquisa com adultos e idosos urbanos com insuficiência cardíaca no Ceará observou sentimento de impotência relacionado ao afastamento do trabalho e das atividades diárias decorrentes dos sintomas. Eles sentiam-se incapazes e inválidos devido ao fato de não conseguirem desenvolver as atividades anteriores⁽²⁰⁾, podendo impactar nas suas expectativas futuras. Este resultado implica na necessidade de identificar junto aos idosos suas perspectivas quanto ao futuro. A enfermagem pode, por meio de atividades grupais, buscar alternativas que tragam satisfação pessoal ao idoso.

Os maiores escores da faceta morte e morrer na zona urbana comparada a rural podem estar relacionados à maior proporção de idosos mais jovens nesta localidade; estes continuam a exercer suas atividades laborais mantendo-se ativos, fato observado durante a coleta de dados deste inquérito na área rural. Assim, a reflexão sobre aspectos relacionados a morte e morrer pode ser menos frequente entre estes idosos.

Já o menor escore encontrado na zona urbana comparada a rural na faceta intimidade pode estar relacionado ao maior percentual de idosos sem companheiro considerando que este domínio avalia as relações pessoais e íntimas⁽¹³⁾. Nesse contexto, o enfermeiro e a equipe multidisciplinar devem abordar esta temática esclarecendo dúvidas visando facilitar a adaptação à doença, a adesão ao tratamento e os problemas nos relacionamentos⁽²⁰⁾.

■ CONCLUSÃO

A hipótese deste estudo de que os idosos urbanos apresentam maiores escores de QV e melhores condições socioeconômicas em relação aos da área rural foi parcialmente refutada; não foram observadas diferenças significativas em algumas condições socioeconômicas como a

escolaridade e a renda além de terem sido observados menores escores em alguns aspectos da QV dos idosos rurais.

Na zona urbana a proporção de mulheres, idosos mais velhos e sem companheiro foi superior à rural. Concernente à QV, os idosos urbanos apresentaram escores inferiores nos domínios físico e relações sociais e nas facetas autonomia, atividades passadas, presentes e futuras e intimidade; já para o domínio meio ambiente e as facetas funcionamento dos sentidos e morte e morrer os idosos da zona urbana apresentaram escores superiores.

Evidencia-se a necessidade de acompanhamento dos idosos urbanos visando minimizar o impacto da doença sobre os aspectos físicos, sociais, autonomia e expectativa futura. O enfermeiro pode por meio da consulta de enfermagem e visitas domiciliares refletir sobre estes aspectos junto aos familiares identificando as limitações impostas pela doença e identificando alternativas de melhoria. Na zona rural devem ser desenvolvidas estratégias que facilitem o acesso do idoso aos serviços de saúde de modo a contribuir com a minimização do impacto da perda sensorial.

Destaca-se como limitação do estudo o recorte transversal que não permite estabelecer relações de causalidade bem como o autorrelato das doenças cardíacas que pode subestimar a prevalência da doença devido o subdiagnóstico.

■ REFERÊNCIAS

- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Síntese de indicadores Sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira [Internet]. 2010 [citado 2012 abr. 26]. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/indicadoresminimos/sinteseindicossociais2010/SIS_2010.pdf
- Santangelo A, Albani S, Atteritano M, Cappello A, Malaguarnera M, Pavano S, et al. Prevalence of cardiovascular pathologies in elderly population living in an industrialized area, compared to a control population residing in a rural area. *Arch Gerontol Geriatr*. 2012;55(3):702-5.
- Pizzol TSD, Pons ES, Hugo FN, Bozzetti MC, Sousa MLR, Hilgert JB. 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*. 2012;28(1):104-14.
- Unglert CVS, Rosenburg CP, Junqueira CB. Acesso aos serviços de saúde: uma abordagem de geografia em saúde pública. *Rev Saúde Pública*. 1987;21(5):439-46.
- Djäv T, Wikman A, Lagergren P. Number and burden of cardiovascular diseases in relation to health-related quality of life in a cross-sectional population-based cohort study. *BMJ Open*. 2012;2(5):1-7.
- Tsao TM, Tsai MJ, Wang YN, Lin HL, Wu CF, Hwang JS, et al. The health effects of a forest environment on subclinical cardiovascular disease and health-related quality of life. *PLoS One*. 2014;9(7):e103231.
- The WHOQOL Group (CH). The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organizations. *Soc Sci Med*. 1995;41(10):1403-9.
- World Health Organization (CH). Active ageing: a policy framework [Internet]. 2002 [citado 2015 jan. 19]. Disponível em: http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/who_nmh_nph_02.8.pdf
- Icaza MC, Albala C. Projeto SABE: Minimal State Examination (MMSE) del estudio de dementia en Chile: análisis estadístico. Ginebra: OPAS, 1999. p. 1-18.
- Bertolucci PHF, Brucki SMD, Campacci SR, Juliano Y. O mini-exame do estado mental em uma população geral: impacto da escolaridade. *Arq Neuro-Psiquiatr*. 1994;52(1):1-7.
- Ramos LR, Toniolo NJ, Cendoroglo MS, Garcia JT, Najas MS, Perracini M, et al. Two-year follow-up study of elderly residents in S. Paulo, Brazil: methodology and preliminary results. *Rev Saúde Pública*. 1998;32(5):397-407.
- Fleck MPA, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L, et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref". *Rev Saúde Pública*. 2000;34(2):178-83.
- Fleck MPA, Chachamovich E, Trentini C. Development and validation of the Portuguese version of the WHOQOL-OLD module. *Rev Saúde Pública*. 2006;40(5):785-91.
- Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos (BR). Cesta básica nacional. Salário mínimo nominal e necessário [Internet]. 2013 [citado 27 dez. 2013]. Disponível em: <http://www.dieese.org.br/analisecestabasicasalarioMinimo.html>.
- Gois CFL, Dantas RAS, Torratsi FG. Qualidade de vida relacionada à saúde antes e seis meses após a revascularização do miocárdio. *Rev Gaúcha Enferm*. 2009;30(4):700-7.
- Tavares DMS, Gavea Junior SA, Dias FA, Santos NMF, Oliveira PB. Qualidade de vida e capacidade funcional de idosos residentes na zona rural. *Rev RENE*. 2011;12(n.esp):895-903.
- Barbosa RR, Franklin RV, Stefenoni AV, Moraes VD, Jacques TM, Serpa RG, et al. Análise da qualidade de vida em homens e mulheres portadores de insuficiência cardíaca. *Rev Bras Cardiol*. 2014;27(2):97-103.
- Bertuzzi D, Paskulin LGM, Morais EP. Arranjos e rede de apoio familiar de idosos que vivem em uma área rural. *Texto Contexto Enferm*. 2012;21(1):158-66.
- Santos ACS, Espírito Santo FH, Pestana L, Daher DV, Santana R. Insuficiência cardíaca: estratégias usadas por idosos na busca por qualidade de vida. *Rev Bras Enferm*. 2011;64(5):857-63.
- Rocha LA, Silva LF. Adaptação psicossocial de pessoas portadoras de insuficiência cardíaca: diagnósticos e intervenções de enfermagem. *Rev Eletrônica Enferm*. 2009;11(3):484-93.

■ Endereço do autor:

Darlene Mara dos Santos Tavares
Rua Jonas de Carvalho, 420, Olinda
38055-440 Uberaba - MG
E-mail: darlenetavares@enfermagem.uftm.edu.br

Recebido: 07.03.2014

Aprovado: 14.07.2015