

Morbidades e qualidade de vida de idosos com diabetes mellitus residentes nas zonas rural e urbana

MORBIDITY AND QUALITY OF LIFE OF ELDERLY INDIVIDUALS WITH DIABETES MELLITUS LIVING IN URBAN AND RURAL AREAS

MORBILIDADES Y CALIDAD DE VIDA DE ANCIANOS CON DIABETES MELLITUS RESIDENTES EN ZONAS RURALES Y URBANAS

Érica Aparecida dos Santos¹, Darlene Mara dos Santos Tavares², Leiner Resende Rodrigues³, Flavia Aparecida Dias⁴, Pollyana Cristina dos Santos Ferreira⁵

RESUMO

Este estudo objetivou descrever as variáveis sociodemográficas e comparar as morbidades e a qualidade de vida (QV) dos idosos com diabetes mellitus (DM) residentes nas zonas urbana e rural. A amostra foi composta de 271 idosos da zona urbana e 104 da rural que autorreferiram DM. Utilizou-se análise descritiva e, na comparação das localidades, realizou-se ajuste para a idade por meio de regressão logística e linear múltipla ($p < 0,05$). Os idosos da zona rural eram mais jovens, casados e possuíam maior escolaridade e renda em relação àqueles da área urbana. Além disso, apresentaram maior escore de QV nos domínios físico e relações sociais e nas facetas autonomia, atividades passadas, presentes e futuras e intimidade, em relação aos do espaço urbano, nos quais se verificou maior número de comorbidades. Os idosos com DM da zona rural apresentaram, de forma geral, melhores condições de saúde em comparação aos que residiam na área urbana.

DESCRIPTORIOS

Idoso
Qualidade de vida
Diabetes mellitus
Enfermagem geriátrica

ABSTRACT

This study aimed to describe the socio-demographic variables and to compare the morbidities and the quality of life (QoL) of elderly individuals with diabetes mellitus (DM) residing in urban and rural areas. The sample consisted of 271 elderly individuals from urban areas and 104 from rural areas with self-reported DM. A descriptive analysis was used, and in the location comparison, an age adjustment was employed through linear and logistic multiple regression models ($p < 0.05$). The elderly individuals from the rural area were younger, more educated, earned a higher income and were more often married in relation to the urban residents. Furthermore, the rural residents presented a higher QoL score in the physical and social relationships domains and in the autonomy, past, present and future activities, and intimacy facets compared to the urban residents. The elderly individuals residing in the urban area displayed a larger number of verified comorbidities. The elderly DM patients residing in the rural area generally presented better health conditions than those who lived in the urban area.

DESCRIPTORS

Aged
Diabetes mellitus
Quality of life
Geriatric nursing

RESUMEN

Se objetivó describir las variables sociodemográficas y comparar morbilidades y calidad de vida (QV) de ancianos con diabetes mellitus (DM) residentes en zonas urbanas y rurales. Muestra compuesta por 271 ancianos de zona urbana y 104 de zona rural que autorreferieron padecer DM. Se utilizó análisis descriptivo y, en la comparación de localidades, se efectuó ajuste etario mediante regresión logística y lineal múltiple ($p < 0,05$). Los ancianos de zonas rurales eran más jóvenes, casados y poseían mayor escolaridad y renta en relación a los de zonas urbanas. Además, presentaron mayor puntaje de QV en los dominios físico y relaciones sociales; y en las facetas autonomía, actividades actuales, presentes y futuras e intimidad, en relación a los de espacios urbanos; en los cuales se verificó mayor número de comorbilidades. Los ancianos con DM de zonas rurales expresaron, en rasgos generales, mejores condiciones de salud comparados a los residentes en zonas urbanas.

DESCRIPTORIOS

Anciano
Diabetes mellitus
Calidad de vida
Enfermería geriátrica

¹ Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Atenção à Saúde da Universidade Federal do Triângulo Mineiro. Uberaba, MG, Brasil. ericasfx@gmail.com
² Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Associada do Departamento de Enfermagem em Educação e Saúde Comunitária da Universidade Federal do Triângulo Mineiro. Uberaba, MG, Brasil. darlenetavares@enfermagem.ufm.edu.br
³ Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem em Educação e Saúde Comunitária da Universidade Federal do Triângulo Mineiro. Uberaba, MG, Brasil. leinerr@bol.com.br
⁴ Enfermeira. Mestre em Atenção à Saúde. Professora Substituta do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Triângulo Mineiro. Uberaba, MG, Brasil. flaviadias_ura@yahoo.com.br
⁵ Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Atenção à Saúde da Universidade Federal do Triângulo Mineiro. Uberaba, MG, Brasil. pollycris21@bol.com.br

INTRODUÇÃO

O diabetes mellitus (DM) acomete principalmente pessoas sedentárias, obesas e com mais de 45 anos de idade⁽¹⁾. Em pesquisas nacionais e internacionais verificaram-se diferenças na prevalência do DM de acordo com o local de moradia. No Brasil, segundo dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), a prevalência do DM é maior entre os residentes da zona urbana (3,99%) em relação àqueles da zona rural (2,97%)⁽²⁾. Num estudo chinês, a menor prevalência de diabetes na zona rural está relacionada à subnotificação dessa doença⁽³⁾, o que mostra o pouco conhecimento sobre essa população e suas condições de saúde.

Em estudo brasileiro, as barreiras geográficas da zona rural constituíram fator impeditivo para o maior acesso aos serviços de saúde dessa população⁽⁴⁾. Esse fator dificulta o acompanhamento adequado do DM, propiciando a ocorrência de complicações, como nefropatias, neuropatias, retinopatias e alterações cardiovasculares, que, por sua vez, têm impacto negativo na qualidade de vida (QV) do idoso⁽⁵⁾.

Na presente investigação será adotada a definição de QV elaborada pelos estudiosos da Organização Mundial da Saúde (OMS), que a conceituam como

a percepção do indivíduo em relação a sua vida num contexto cultural dentro do sistema em que ele está inserido e em relação a seus objetivos, suas expectativas, seus padrões e suas preocupações⁽⁶⁾.

Partindo do pressuposto de que as diferenças de infraestrutura entre a zona rural e a urbana, bem como das características da sua população podem comprometer as condições de saúde e QV dos idosos, quando não atendidas nas suas especificidades, considera-se necessário promover investigações que compreendam as peculiaridades desses diferentes espaços. Dessa forma, será possível planejar a atenção à saúde, consonante com as necessidades identificadas.

Assim, os objetivos deste estudo foram descrever as variáveis sociodemográficas e comparar as morbidades e a QV dos idosos com DM residentes nas zonas urbana e rural de um município do interior de Minas Gerais.

MÉTODO

Esta pesquisa decorre de dois estudos tipo inquérito domiciliar, transversal e observacional, desenvolvidos nas zonas urbana e rural do município de Uberaba-MG, nos anos de 2008 e 2011, respectivamente.

Para a definição da população da área urbana foi utilizada a amostra populacional realizada pelo Núcleo de Pes-

quisa em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Triângulo Mineiro. A amostra foi calculada em 2.892 idosos, 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. Participaram, em 2008, 2.142 idosos.

Para compor a população da zona rural, obteve-se em junho de 2010 o número de idosos cadastrados na Estratégia Saúde da Família (ESF). Totalizaram 1.297 idosos. Desses, foram excluídos da pesquisa 447, dos quais 9% tinham mudado de endereço, 8,1% apresentaram declínio cognitivo, 5,8% recusaram participar, 4,4% não foram encontrados após três tentativas do entrevistador, 3,8% tinham ido a óbito, 0,2% encontrava-se hospitalizado e 6,1% devido a outros motivos. Sendo assim, foram entrevistados 850 idosos.

Os critérios de inclusão para a presente pesquisa foram: ter 60 anos ou mais de idade; residir na zona urbana ou rural do município de Uberaba-MG; obter pontuação mínima na avaliação cognitiva; ser cadastrado na ESF; autorreferir ter DM e concordar em participar da pesquisa. Dessa forma, os idosos que atenderam aos critérios estabelecidos foram 271 na zona urbana e 104 na rural.

Em estudo brasileiro, as barreiras geográficas da zona rural constituíram fator impeditivo para o maior acesso aos serviços de saúde dessa população. Esse fator dificulta o acompanhamento adequado do diabetes mellitus, propiciando a ocorrência de complicações...

Antes da coleta dos dados realizou-se a avaliação cognitiva por meio do Miniexame do Estado Mental (MEEM). Na zona urbana utilizou-se a versão reduzida validada por pesquisadores do Projeto Sabe⁽⁷⁾ e, na rural, instrumento traduzido e validado no Brasil⁽⁸⁾. Ambos os instrumentos permitem rastrear a presença de declínio cognitivo, com base na avaliação da orientação, memória, cálculo e linguagem. Além disso, consideram o nível de escolaridade do entrevistado para estabelecer o ponto de corte. A mudança de instrumento justifica-se devido ao fato de a coleta ter ocorrido em momentos diferentes, sendo percebido que o instrumento traduzido e validado no Brasil⁽⁸⁾ seria mais adequado para a população-alvo deste estudo.

Para a coleta dos dados foram selecionados entrevistadores, os quais foram treinados quanto ao preenchimento do instrumento e à forma de abordar o idoso. Foram realizadas reuniões sistemáticas com supervisores de campo e pesquisadores, para acompanhamento da coleta dos dados.

Para a obtenção das características sociodemográficas e morbidades utilizou-se o questionário Olders Americans Resources and Services (Oars), elaborado pela Duke University (1978) e adaptado à realidade brasileira⁽⁹⁾.

As variáveis sociodemográficas e de saúde estudadas foram: sexo; faixa etária; estado conjugal; escolaridade, em anos de estudo; arranjo domiciliar; renda individual, em salários mínimos; morbidades autorreferidas.

Para mensurar a QV utilizaram-se o World Health Organization Quality of Life – BREF (WHOQOL-BREF) e o World Health Organization Quality of Life Assessment for Older Adults (WHOQOL-OLD), ambos validados no Brasil⁽¹⁰⁻¹¹⁾.

O WHOQOL-BREF, instrumento genérico, está constituído por quatro domínios: físico; psicológico; relações sociais; meio ambiente⁽¹⁰⁾. Já o WHOQOL-OLD, específico para idosos, possui seis facetas: funcionamento dos sentidos; autonomia; atividades passadas, presentes e futuras; participação social; morte e morrer; intimidade⁽¹¹⁾.

As questões sobre QV foram respondidas tendo como base as duas últimas semanas anteriores à coleta de dados. A aplicação dos instrumentos na zona urbana ocorreu no período de agosto a dezembro de 2008 e na zona rural, de junho de 2010 a março de 2011.

As entrevistas realizadas foram submetidas à revisão e à codificação. Foram construídos dois bancos de dados eletrônicos, no programa Excel®, um para a zona urbana e outro para a zona rural.

Os dados coletados foram processados em microcomputador por duas pessoas, em dupla entrada. Posteriormente, se fossem constatados dados inconsistentes entre as duas bases de dados, procedia-se à correção através da consulta à entrevista original.

Ao término desses procedimentos, selecionaram-se no banco de dados da zona urbana os idosos que atenderam os critérios de inclusão estabelecidos nesta pesquisa. Procedeu-se da mesma forma no banco de dados da zona rural, compondo-se dessa forma um único banco de dados utilizado nesta investigação.

Realizou-se a análise estatística por meio de distribuição de frequências simples, médias e desvio padrão. Foi realizado ajuste para a idade nas comparações das localidades por meio de regressão logística e regressão linear múltipla. O nível crítico adotado foi de 5% ($p < 0,05$).

Cada domínio do WHOQOL-BREF e facetas WHOQOL-OLD foram analisados separadamente. Os questionários foram consolidados no software *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 17.0 com suas respectivas sintaxes. Os escores variam de 0 a 100, sendo o maior valor correspondente à melhor qualidade de vida.

Ambos os projetos foram aprovados pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, protocolos nº 897 e nº 1477, aprovados em 13/04/2007 e 12/02/2010, respectivamente. Os idosos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, após os esclarecimentos pertinentes.

RESULTADOS

Na Tabela 1, a seguir, apresentam-se as características sociodemográficas da população estudada segundo o local de moradia.

Tabela 1. Distribuição de frequência das variáveis sociodemográficas dos idosos com DM segundo local de moradia – Uberaba, 2011

| Variáveis | Urbana | | Rural | |
|---|--------|------|-------|------|
| | N | (%) | N | (%) |
| Sexo | | | | |
| Feminino | 187 | 69 | 68 | 65,4 |
| Masculino | 84 | 31 | 36 | 34,6 |
| Faixa etária | | | | |
| 60 70 | 128 | 47,2 | 64 | 61,5 |
| 70 80 | 112 | 41,3 | 30 | 28,8 |
| ≥ 80 | 31 | 11,4 | 10 | 9,6 |
| Estado conjugal | | | | |
| Nunca se casou/morou com companheiro(a) | 11 | 4,1 | 9 | 8,7 |
| Mora com esposo(a) ou companheiro(a) | 140 | 51,7 | 67 | 64,4 |
| Viúvo(a) | 99 | 36,5 | 26 | 25 |
| Separado(a), desquitado(a), divorciado(a) | 21 | 7,7 | 2 | 1,9 |
| Escolaridade | | | | |
| Sem escolaridade | 59 | 21,9 | 24 | 23,1 |
| 1 4 | 111 | 41,1 | 29 | 27,9 |
| 4 8 | 66 | 24,4 | 46 | 44,2 |
| 9 11 | 12 | 4,4 | 4 | 3,8 |
| 11 ou mais | 22 | 8,1 | 1 | 1 |
| Arranjo domiciliar | | | | |
| Só | 27 | 10 | 14 | 13,5 |
| Somente com cuidado profissional | 3 | 1,1 | - | - |
| Somente com cônjuge | 60 | 22,3 | 47 | 45,2 |
| Com outro de sua geração (c/ ou s/ cônjuge) | 4 | 1,5 | 10 | 9,6 |
| Com filhos (c/ ou s/ cônjuge) | 93 | 34,6 | 26 | 25 |
| Com netos (c/ ou s/ cônjuge) | 16 | 5,9 | 3 | 2,9 |
| Outros arranjos | 66 | 24,5 | 4 | 3,8 |
| Renda individual | | | | |
| 0 | 27 | 10 | 14 | 13,5 |
| < 1 | 5 | 1,9 | 4 | 3,8 |
| 1 | 163 | 60,6 | 43 | 41,3 |
| 1 3 | 67 | 24,9 | 33 | 31,7 |
| 3 5 | 6 | 2,2 | 8 | 7,7 |
| > 5 | 1 | 0,4 | 2 | 1,9 |

O sexo feminino apresentou maior prevalência tanto na zona urbana (69%) como na rural (65,4%) (Tabela 1).

Os maiores percentuais relacionados à faixa etária, para ambas as localidades, foram de 60 a 70 anos. Contudo, há maior percentual de idosos com 60 a 70 anos na zona rural, enquanto na urbana se dividem em 60 a 70 anos e 70 a 80 anos de idade (Tabela 1).

A maioria dos idosos era casado(a) ou possuía companheiro(a), com percentuais maiores para os residentes na zona rural (64,4%) em relação aos da urbana (51,7%) (Tabela 1). Destaca-se que a zona urbana apresenta maior percentual de idosos viúvos, separados, desquitados e divorciados em relação aos do ambiente rural (Tabela 1).

A zona rural apresentou maior percentual de idosos com quatro a oito anos de estudo (44,2%), enquanto na zona urbana correspondeu com um a quatro anos (41,1%) (Tabela 1).

Observou-se maior percentual de idosos da zona rural morando somente com o cônjuge (45,2%), enquanto aqueles da urbana residiam com os filhos, com ou sem cônjuge (34,6%) (Tabela 1).

Em ambos os grupos, o maior percentual dos idosos referiu renda individual mensal de um salário mínimo. Porém, observou-se que aqueles da zona rural apresentaram maior percentual de rendimento acima de um salário mínimo em relação aos da urbana (Tabela 1).

Na Tabela 2, apresentam-se as comorbidades prevalentes.

Tabela 2 - Distribuição de frequência das comorbidades prevalentes nos idosos com DM, segundo local de moradia – Uberaba, 2011.

| Morbidades | Urbana | | Rural | | OR (IC 95%) | p* |
|-----------------------|--------|------|-------|------|-------------------|---------|
| | N | (%) | N | (%) | | |
| Hipertensão arterial | 229 | 84,8 | 84 | 80,8 | 0,8 (0,44; 1,46) | 0,473 |
| Problemas de visão | 217 | 81,6 | 73 | 70,2 | 1,88 (1,11; 3,17) | 0,019 |
| Problemas de coluna | 186 | 68,6 | 70 | 67,3 | 0,94 (0,58; 1,53) | 0,811 |
| Má circulação | 183 | 67,8 | 40 | 39,2 | 3,19 (1,98; 5,13) | < 0,001 |
| Problemas cardíacos | 156 | 58,6 | 38 | 38 | 2,27 (1,41; 3,65) | 0,001 |
| Problemas para dormir | 127 | 46,9 | 52 | 50 | 1,08 (0,69; 1,71) | 0,729 |

*Ajustado para a idade.

Concernente ao número de morbidades, a média obtida pelos idosos na área urbana (= 8,57) foi significativamente superior à rural ($\mu = 7,2$). Controlando para a variável idade, o número de morbidades continuou relacionado ao local de moradia ($\beta = -0,186$; $p < 0,001$).

As morbidades prevalentes foram coincidentes nas duas localidades, apresentando divergência quanto aos percentuais. A comparação entre os grupos, ajustada para a idade, evidenciou que os idosos da zona urbana relataram mais problemas de visão ($\beta = 1,875$; $p = 0,019$), de má cir-

culação ($\beta = 3,189$; $p < 0,001$) e de problemas cardíacos ($\beta = 2,271$; $p = 0,001$) comparados aos da área rural (Tabela 2).

Quanto à autoavaliação da QV, a maioria dos idosos da zona urbana (68,3%) e da rural (60,6%) consideraram-na boa.

Na autoavaliação da saúde, tanto na zona urbana (59,6%) como na rural (59%), prevaleceram os idosos que estavam satisfeitos.

Na Tabela 3, a seguir, encontram-se os escores de QV da população estudada.

Tabela 3. Escores de QV, WHOQOL-BREF e WHOQOL-OLD dos idosos com DM, segundo local de moradia – Uberaba, 2011.

| Escore de QV | Urbana | | Rural | | OR | p* |
|--|--------|-------|-------|-------|-------|--------|
| | Média | DP | Média | DP | | |
| WHOQOL-BREF | | | | | | |
| Físico | 54,16 | 15,24 | 60,34 | 16,09 | 0,18 | 0,001 |
| Psicológico | 64,74 | 12,06 | 66,86 | 13,96 | 0,08 | 0,11 |
| Relações sociais | 67,56 | 12,7 | 71,88 | 12,99 | 0,15 | 0,004 |
| Meio ambiente | 62,07 | 11,94 | 59,71 | 12,53 | -0,07 | 0,16 |
| WHOQOL-OLD | | | | | | |
| Funcionamento dos sentidos | 78,18 | 20,94 | 66,23 | 23,23 | -0,24 | <0,001 |
| Autonomia | 58,53 | 13,52 | 63,04 | 16,78 | 0,14 | 0,01 |
| Atividades passadas, presentes e futuras | 63,82 | 12,78 | 68,93 | 12,96 | 0,18 | <0,001 |
| Participação social | 62,66 | 15,52 | 64,48 | 13,91 | 0,05 | 0,32 |
| Morte ou morrer | 74,75 | 24,67 | 66,65 | 26,12 | -0,14 | 0,01 |
| Intimidade | 69,07 | 15,83 | 73,5 | 16,35 | 0,13 | 0,01 |

*Ajustado para a idade.

O maior escore de QV, segundo WHOQOL-BREF, foi para relações sociais tanto na zona urbana (67,56; DP = 12,7) quanto na rural (71,88; DP = 12,99) (Tabela 3).

Na zona urbana, o menor escore de QV relacionou-se ao domínio físico (54,16; DP = 15,24) (Tabela 3). Já na zona rural, o menor escore de QV foi encontrado no domínio meio ambiente (59,71; DP = 12,53) (Tabela 3).

Os idosos da zona urbana apresentaram escore de QV, ajustados por idade, nos domínios físico ($\beta = 0,177$; $p = 0,001$) e relações sociais ($\beta = 0,151$; $p = 0,004$) inferiores aos da área rural (Tabela 3).

Na mensuração da QV pelo WHOQOL-OLD, o maior escore na zona urbana foi para funcionamento dos sentidos (78,18; DP = 20,94) e, no ambiente rural, na faceta intimidade (73,5; DP = 16,35) (Tabela 3).

Em relação aos menores escores de QV, a faceta autonomia representou a menor média tanto na área urbana (58,53; DP = 13,52) quanto na área rural (63,04; DP = 16,78) (Tabela 3).

A comparação entre os grupos, ajustada por idade, evidenciou que os idosos que moram na área rural apresentaram escore de QV significativamente menor àque-

les da urbana nas facetas funcionamento dos sentidos ($\beta = -0,243$; $p < 0,001$) e morte ou morrer ($\beta = -0,138$; $p = 0,008$) (Tabela 3).

Os idosos da zona urbana apresentaram menores escores de QV, ajustados por idade, em relação aos da área rural nas facetas: autonomia ($\beta = 0,135$; $p = 0,009$), atividades passadas, presentes e futuras ($\beta = 0,184$; $p < 0,001$) e intimidade ($\beta = 0,13$; $p = 0,012$) (Tabela 3).

DISCUSSÃO

Resultados semelhantes quanto ao predomínio do sexo feminino foram encontrados em estudos conduzidos na zona urbana do estado de Minas Gerais (60,8%)⁽¹²⁾ e na zona rural do Sul do Brasil (56,1%)⁽¹³⁾.

Considerando que a prevalência da população feminina é uma realidade tanto na zona urbana quanto na rural e que os homens procuram menos os serviços de saúde, o enfermeiro, bem como a equipe da ESF devem estimular a sua presença nesse espaço de atenção.

Pesquisas realizadas entre idosos nas zonas rural e urbana corroboram o predomínio da faixa etária de 60 a 70 anos⁽¹²⁻¹³⁾. Destaca-se que a maior concentração de idosos mais jovens na zona rural poderia estar relacionada à necessidade da força de trabalho para o desempenho das atividades cotidianas. Dentro dessa perspectiva, observa-se a necessidade de os profissionais de enfermagem atuarem no controle e na prevenção das complicações advindas da doença, inclusive entre os idosos jovens. Com o passar dos anos essas pessoas podem sofrer outros prejuízos fisiológicos e adquirir novas doenças que poderão ser potencializadas pelo DM.

Em relação ao estado conjugal, o predomínio de casados é consonante ao obtido na região urbana no Sul brasileiro⁽¹⁴⁾.

Na atenção ao idoso com DM, o enfermeiro deve buscar corresponsabilidade junto aos familiares, incentivando as ações autônomas e de autocuidado. Dessa forma, cabe investigar se os idosos que não possuem companheiros têm o apoio de outro membro familiar.

Quanto à escolaridade, outras pesquisas mostraram que os idosos da zona rural tinham de um a quatro anos de estudo (63,9%) enquanto na zona urbana a escolaridade se mostrou igual ou maior que quatro anos (35,5%)⁽¹²⁻¹³⁾.

Concernente ao arranjo de moradia, pesquisa realizada na área urbana de Santa Catarina mostrou que a maioria dos idosos com DM viviam somente com o cônjuge (42%)⁽¹⁴⁾.

O enfermeiro deve compreender os familiares dos idosos no plano de cuidado domiciliar, visando a sua colaboração para o controle glicêmico e o auxílio no enfrentamento da doença.

Verificou-se em pesquisa realizada no estado da Paraíba que 48% dos idosos da zona rural recebiam até três

salários mínimos e 48%, de três a dez salários mínimos, enquanto os da zona urbana recebiam na sua maioria (39%) de três a dez salários mínimos individualmente⁽¹⁵⁾. Tais dados apresentam semelhança com esta pesquisa, evidenciando maior renda na população rural. Uma possível explicação para esse achado pode estar relacionada ao fato de que os idosos rurais permaneciam trabalhando em atividades do campo mesmo depois de aposentados, o que consequentemente aumentou a renda dessa população.

Concernente às morbidades, pesquisa internacional mostrou que os idosos da área urbana (16,7%) que apresentavam doenças crônicas tinham mais problemas de visão do que os da área rural (6,8%)⁽³⁾. Durante a consulta de enfermagem, deve-se avaliar a acuidade visual do idoso com DM, tendo em vista que a retinopatia se constitui em uma das complicações crônicas decorrentes dessa doença. Assim, quando presentes alterações visuais, será possível encaminhá-lo ao médico, com vistas ao diagnóstico precoce.

Quanto aos problemas de circulação, divergindo do resultado obtido, em estudo realizado no interior de Sergipe, verificou-se que 71% das pessoas com DM com úlceras em membros inferiores eram provenientes de regiões interioranas, principalmente das zonas rurais. Os problemas circulatórios (ausência de pulso) constituem fator predisponente para o aparecimento de úlceras em membros inferiores⁽¹⁶⁾. Assim, faz-se necessário que o enfermeiro realize avaliação das condições circulatórias periféricas, a fim de prevenir possíveis feridas que comprometam a QV dos idosos, principalmente nos ambientes em que o espaço físico apresenta-se irregular e com maiores riscos de ocorrência de traumas, como é o caso das regiões rurais.

Em relação à maior proporção de problemas cardíacos na área urbana, achado semelhante foi obtido em estudo realizado na China, entre idosos com doenças crônicas, como doenças isquêmicas do coração⁽³⁾. A alta prevalência de diabéticos com hipertensão arterial e outros acometimentos cardíacos exige maior atenção dos profissionais de enfermagem no que se refere aos hábitos de vida desses idosos, bem como ao uso correto dos medicamentos, à assiduidade nas consultas e às avaliações das condições cardiovasculares.

Quanto à autoavaliação da QV, divergindo do obtido nesta investigação, estudo conduzido na zona urbana no estado da Bahia obteve maior percentual de idosos com DM que consideraram a QV nem ruim nem boa (40%)⁽¹⁷⁾.

Na autoavaliação da saúde, o achado desta pesquisa não corrobora os da área urbana do estado da Bahia, em que o maior percentual dos idosos com DM (40%) relatou nem satisfação nem insatisfação⁽¹⁷⁾.

Destaca-se que os dados obtidos sobre a autoavaliação da QV e da saúde, na presente pesquisa, são considerados positivos enquanto fator de enfrentamento do DM e suas comorbidades, uma vez que podem ser reflexo da

maior preocupação com a própria saúde, com o autocuidado e com o controle do DM.

O maior escore de QV para relações sociais corrobora a pesquisa brasileira realizada no Sul do Brasil entre idosos com DM residentes em ambiente urbano (68,3; DP = 21,1)⁽¹⁸⁾.

O menor escore de QV encontrado para o domínio físico na zona urbana em relação à zona rural diverge de pesquisa conduzida entre idosos com DM residentes no Sul do Brasil, em que o menor escore de QV foi no domínio meio ambiente (58,8; DP = 15,9)⁽¹⁸⁾. Os achados no domínio físico podem estar relacionados à maior proporção de comorbidades entre os idosos da zona urbana, considerando que avalia, dentre outros fatores, a dependência de medicação e tratamentos de saúde.

O acompanhamento mensal das condições de saúde dos idosos, pelo enfermeiro da ESF, contribui para identificar os fatores que estão impactando negativamente no seu cotidiano, advindo das possíveis morbidades e complicações.

O menor escore no domínio meio ambiente obtido pelos idosos na zona rural é semelhante ao observado na área rural do estado da Paraíba⁽¹⁵⁾. Esse resultado denota a necessidade de o enfermeiro buscar estratégias que melhorem as condições de saúde dos idosos que vivem em áreas distantes, com dificuldade de acesso, restrição de informações e poucas oportunidades de lazer. A visita domiciliar favorece o melhor conhecimento sobre o espaço em que o idoso vive e poderá subsidiar ações intersectoriais com intuito de minimizar o impacto do meio ambiente na QV do idoso.

Os menores escores de QV apresentados pelos idosos da zona urbana no domínio físico podem estar relacionados ao maior número de comorbidades autorreferidas por esses idosos. Destaca-se que os idosos entrevistados nesta pesquisa residem em área de abrangência com cobertura pela ESF. Dessa forma, o fortalecimento do vínculo da equipe com os idosos e familiares pode favorecer o acesso aos serviços de saúde e contribuir para a adesão ao tratamento.

Quanto à comparação no domínio relações sociais, a melhor situação dos idosos da zona rural pode estar relacionada à maior proporção de casados e menor de viúvos, nessa localidade, em comparação à zona urbana.

O maior escore observado na zona urbana para o domínio funcionamento dos sentidos diverge de estudo entre idosos com DM residentes no sul do Brasil, que obteve o escore mais elevado na faceta morte e morrer (81,6; DP = 25,9)⁽¹⁴⁾.

No ambiente rural, o maior escore na faceta intimidade é divergente do encontrado em pesquisa internacional, na qual o maior escore entre idosos da zona rural foi para a participação social (70,29; DP = 17,92)⁽¹⁹⁾. A faceta intimidade avalia a capacidade do idoso de se relacionar com as pessoas⁽¹¹⁾. O predomínio de idosos que residem com a família, encontrado nesta pesquisa, pode ter contribuído para o maior escore nessa faceta.

A enfermagem deve observar durante o acompanhamento do idoso sua rede de relacionamentos, pois o convívio com pessoas queridas pode contribuir para o enfrentamento da doença. Além disso, a família pode ser uma grande aliada do enfermeiro na observação dos cuidados com o DM, atuando no incentivo ao autocuidado e nas orientações oferecidas durante as consultas e nos grupos.

Contrário ao observado neste estudo, em que o menor escore médio no WHOQOL-BREF foi para a faceta autonomia, em pesquisa realizada na Ásia observou-se que os idosos de área rural apresentaram menor escore na faceta morte e morrer (48,03; DP = 35,73)⁽¹⁹⁾. A menor média na faceta autonomia em ambas as regiões indica prejuízo em relação à independência do idoso e à diminuição da capacidade de tomar suas próprias decisões⁽¹¹⁾. O enfermeiro, ao propiciar ao idoso melhor compreensão sobre o DM, estimula tanto o desenvolvimento da autonomia sobre o autocuidado com essa doença como o seu enfrentamento.

O menor escore na faceta funcionamento dos sentidos na área rural evidencia o maior impacto nessa localidade, apesar de ser encontrado, neste estudo, maior percentual de idosos com problemas de visão na área urbana. Ressalta-se que essa faceta avalia também outros sentidos⁽¹¹⁾. Desse modo, esses achados remetem à necessidade de reflexão acerca da possibilidade de maiores riscos de acidentes relacionados às alterações sensoriais, devido às características do ambiente físico. Os idosos podem desenvolver traumas secundários, a exemplo das quedas. As visitas domiciliares são essenciais para a avaliação das residências dos idosos no que concerne à identificação dos fatores de risco para quedas. A discussão conjunta com o idoso e seus familiares pode viabilizar a construção de estratégias para melhoria ambiental, visando à minimização dos riscos, levando em consideração a realidade local.

A menor pontuação na faceta autonomia, obtida pelos idosos que residem na zona urbana, pode relacionar-se ao arranjo de moradia, uma vez que esses idosos moram, em sua maioria, com os filhos. Esse fato pode influenciar na diminuição do poder de decisão em decorrência do possível excesso de cuidado que os familiares tendem a manter sobre o idoso adoentado. Nesse contexto, a educação em saúde é um espaço privilegiado para abordar essa temática.

Além disso, o fato de haver maior número de idosos mais jovens que continuam exercendo suas funções nas áreas rurais pode ter influenciado para a maior autonomia dessa população. Isso pode ser observado em um estudo qualitativo realizado na área rural do Ceará, em que os idosos associaram o fato de estarem ativos no trabalho diário com a independência e a autonomia⁽²⁰⁾.

Nesta pesquisa, o menor escore obtido na área urbana na faceta atividades passadas, presentes e futuras pode ser reflexo da maior escolaridade, melhor condição financeira e menor quantidade de morbidades apresentadas

pelos idosos da zona rural. As conquistas obtidas ao longo da vida e as possibilidades de se conseguirem outras podem estar relacionadas à disposição física do idoso somada às condições socioeconômicas para concretizá-las.

Quanto à faceta morte ou morrer, estudo conduzido em São Paulo evidenciou que os idosos jovens apresentaram menor escore (14,17; DP = 4,12) na faceta morte e morrer do que os idosos mais velhos (15,21; DP = 3,72)⁽²¹⁾. Relacionando tais dados com a presente pesquisa, observa-se que na zona urbana há maior proporção de idosos mais velhos (70 a 80 anos), o que pode ter influenciado na melhor aceitação da morte entre eles em relação aos mais jovens do espaço rural.

Condizente aos achados desta investigação, na faceta intimidade, um estudo realizado em Portugal verificou que os idosos da zona rural apresentavam maior apoio social, em decorrência do maior contato existente entre eles no espaço rural⁽²²⁾. Nessa faceta é avaliada a convivência pessoal e íntima entre os idosos⁽¹¹⁾.

O maior número de viúvos e de idosos que moram com os filhos na zona urbana pode ter interferido nesses achados. Assim, supõe-se que a perda do cônjuge e o rearranjo familiar podem influenciar tanto no convívio com outras pessoas como limitar as relações íntimas. A enfermagem atuando interdisciplinarmente com outras profissões pode desenvolver grupos de convivência que ajudem os idosos a enfrentar não somente a doença física, mas o processo de envelhecimento de forma geral, incluindo suas perdas e reestruturação familiar.

CONCLUSÃO

Em ambas as localidades estudadas obteve-se maior percentual de idosos do sexo feminino.

Na comparação entre os grupos, observou-se que os idosos da zona rural são, proporcionalmente, mais jovens,

REFERÊNCIAS

1. American Diabetic Association. Diagnosis and classification of diabetes mellitus. *Diabetes Care*. 2011;34 Suppl 1:S62-9.
2. Barros MBA, Cesar CLG, Carandina L, Torre GD. Desigualdades sociais na prevalência de doenças crônicas no Brasil, PNAD-2003. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2006; 11(4):911-26.
3. Liu Z, Albanese E, Li S, Huang Y, Ferri CP, Yan F, et al. Chronic disease prevalence and care among the elderly in urban and rural Beijing, China - a 10/66 Dementia Research Group cross-sectional survey. *BMC Public Health*. 2009;9:394.
4. Rodrigues TC, Lima MHM, Nozawa MR. O controle do diabetes mellitus em usuários de Unidade Básica de Saúde, Campinas, SP. *Ciênc Cuidado Saúde*. 2006; 5(1):41-9.
5. World Health Organization (WHO). Definition and diagnosis of diabetes mellitus and intermediate hyperglycemia: report of a WHO/IDF consultation [Internet]. Geneva; 2006 [cited 2012 Apr 14]. Available from: http://whqlibdoc.who.int/publications/2006/9241594934_eng.pdf
6. The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med*. 1995;41(10):1403-9.
7. Icaza MC, Albala C. Projeto SABE. Minimental State Examination (MMSE) del estudio de demencia en Chile: análisis estadístico. Ginebra: OPAS, 1999. p. 1-18

casados, possuem maior escolaridade e renda e residem com os cônjuges em relação àqueles da área urbana.

Quanto às morbidades, os idosos residentes na zona urbana relatam maior número de comorbidades, mais problemas de visão, má circulação e problemas cardíacos comparados aos idosos do espaço rural.

Concernente a QV, observaram-se diferenças significativas, de forma que os idosos da zona rural apresentam maior escore nos domínios físico e relações sociais, além das facetas autonomia, atividades passadas, presentes e futuras e intimidade. Entre os idosos que residem no espaço urbano, os maiores escores de QV foram nas facetas funcionamento dos sentidos e morte e morrer.

Em face dos resultados, ajustados por idade, nota-se que os idosos com DM da zona rural apresentaram, de forma geral, melhores condições sociodemográficas, menor frequência de morbidades e melhores escores de QV em comparação aos que residem na área urbana.

A despeito da necessidade do cuidado de enfermagem em ambas as localidades, os resultados evidenciam a necessidade de reforçar as estratégias de ação relacionadas à atenção à saúde, entre os idosos com DM que residem na área urbana. Dentre as ações, destacam-se o maior acesso ao serviço de saúde, o estreitamento do vínculo da ESF com o idoso e o desenvolvimento de atividades preventivas, com intuito de postergar as complicações decorrentes dessa doença.

Ressalta-se que o DM autorreferido e o recorte transversal são limitações desta pesquisa que não permitem estabelecer relação de causalidade entre as variáveis estudadas. Contudo, os resultados obtidos nesta investigação contribuem para ampliar o conhecimento sobre os fatores sociodemográficos e as condições de saúde e de QV dos idosos que apresentam DM em perspectiva comparativa entre as zonas rural e urbana. Conhecer essas diferenças possibilita o desenvolvimento de ações efetivas de saúde, considerando as especificidades locais.

8. 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.
9. Ramos LR. Growing old in São Paulo, Brazil: assessment of health status and family support of the elderly of different socio-economic strata living in the community [thesis]. London: London School of Hygiene and Tropical Medicine; 1987.
10. 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 "WHO-QOL-bref". *Rev Saúde Pública*. 2000;34(2):178-83.
11. 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.
12. Lima-Costa MF, Peixoto SV, Firmo JOA, Uchoa E. Validade do diabetes auto-referido e seus determinantes: evidências do projeto Bambuí. *Rev Saúde Pública*. 2007;41(6):947-53.
13. Silva EF, Paniz VMV, Laste G, Torres IS. Prevalência de morbidades e sintomas em idosos: um estudo comparativo entre zonas rural e urbana. *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 2011 [citado 2011 jan. 18]. Disponível em: http://www.cienciae-saudecoletiva.com.br/artigos/artigo_int.php?id_artigo=8977
14. Beltrame V. Qualidade de vida de idosos diabéticos [tese doutorado]. Porto Alegre: Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul; 2008.
15. Martins CR, Albuquerque FJB, Gouveia CNNA, Rodrigues CFF, Neve MTS. Avaliação da qualidade de vida subjetiva dos idosos: uma comparação entre os residentes em cidades rurais e urbanas. *Estud Interdiscip Envelhec*. 2007;11:135-54.
16. Nunes MAP, Resende KF, Castro AA, Pitta GBB, Figueiredo LFP, Miranda Junior F. Fatores predisponentes para amputação de membro inferior em pacientes diabéticos internados com pés ulcerados no estado de Sergipe. *J Vasc Bras*. 2006;5(2):123-30.
17. Reis LA, Torres GV, Reis LA, Oliveira LS, Sampaio LS. Avaliação da qualidade de vida em idosos portadores de diabetes mellitus tipo 2. *Rev Eletr FAINOR* [Internet]. 2009 [citado 2011 nov. 18];2(1):64-76. Disponível em: <http://189.3.47.195/revista/index.php/memorias/article/view/61/37>
18. Viegas K. Prevalência de diabetes mellitus na população de idosos de Porto Alegre e suas características sociodemográficas e de saúde [tese doutorado]. Porto Alegre: Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul; 2009.
19. Sudnongbua S, LaGrow S, Boddy J. Feelings of abandonment and quality of life among older persons in Rural Northeast Thailand. *J Cross Cult Gerontol*. 2010; 25(3):257-69.
20. Freitas MC, Queiroz TA, Sousa JAV. The meaning of old age and the aging experience of in the elderly. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2010 [cited 2011 Mar 17];44(2):407-12. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n2/en_24.pdf
21. Maués CR, Paschoal SMP, Jaluul O, França CC, Jacob Filho W. Avaliação da qualidade de vida: comparação entre idosos jovens e muito idosos. *Rev Bras Clin Med*. 2010;8(5):405-10.
22. Teixeira LMF. Solidão, depressão e qualidade de vida em idosos: um estudo avaliativo, exploratório e implementação-piloto de um programa de intervenção [dissertação]. Lisboa: Universidade de Lisboa; 2010.