

Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro



Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online

Doutorado
PPgEnfBio

PPCENF

ISSN 2175-5361
DOI: 10.9789/2175-5361

RESEARCH

Quality of life comparasion of elderly urban and rural stroke victims*

Comparação da qualidade de vida de idosos com acidente vascular encefálico, urbanos e rurais

Comparación de la calidad de vida de los anciano con accidente cerebro vascular, urbanos y rurales

Nilce Maria de Freitas Santos ¹, Darlene Mara dos Santos Tavares ², Flavia Aparecida Dias ³

ABSTRACT

Objective: Compare the quality of life of older people with a history of Strokes residing in urban and rural areas. **Method:** A cross-sectional household survey was conducted with 56 elderly urban and 28 rural residents in Uberaba-MG. Data were collected through a structured instrument, World Health Organization Quality of Life-BREF (WHOQOL-BREF) and World Organization Quality of Life Assessment for Older Adults (WHOQOL-OLD). The projects were approved by the Ethics in Research of UFTM, protocol No. 897 and 1477. Proceeded by a descriptive analysis and t-Student test ($p < 0.05$). **Results:** The elderly in urban areas had lower quality of life scores in the physical domain and the facets past, present and future activities and social participation compared to the rural area. **Conclusion:** There is the need of the healthcare team to develop strategies to improve the functionality of the elderly in urban areas, as well as future expectations and expanding opportunity for social activities. **Descriptors:** Quality of life, Elderly, Stroke, Rural population, Aging.

RESUMO

Objetivo: Comparar a qualidade de vida dos idosos com histórico de Acidente Vascular Encefálico residentes nas zonas urbana e rural. **Método:** Inquérito domiciliar transversal realizado com 56 idosos residentes na área urbana e 28 na rural do município de Uberaba-MG. Coletaram-se os dados através de instrumento estruturado, World Health Organization Quality of Life-BREF (WHOQOL-BREF) e World Organization Quality of Life Assessment for Older Adults (WHOQOL-OLD). Os projetos foram aprovados pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFTM, protocolos N°897 e 1477. Procedeu-se análise descritiva e teste t-Student ($p < 0,05$). **Resultados:** Os idosos da área urbana apresentaram menores escores de qualidade de vida no domínio físico e nas facetas atividades passadas, presentes e futuras e participação social comparados aos da área rural. **Conclusão:** Verifica-se a necessidade da equipe de saúde desenvolver estratégias para melhorar a funcionalidade dos idosos da área urbana, assim como expectativas futuras e ampliação de oportunidade de atividades sociais. **Descritores:** Qualidade de vida, Idoso, Acidente cerebrovascular, População rural, Envelhecimento.

RESUMEN

Objetivo: Comparación de la calidad de vida de las personas mayores con antecedentes de Accidente Cerebro Vascular que viven en las zonas urbanas y rurales. **Método:** Encuesta domiciliar transversal realizado con 56 ancianos residentes en la zona urbana y 28 en la zona rural del municipio de Uberaba - MG. Fueron recolectados datos a través del instrumento estructurado, World Health Organization Quality of Life-BREF (WHOQOL-BREF), World Health Organization Quality of Life Assessment for Older Adults (WHOQOL-OLD). Los proyectos fueron aprobados por el Comité de Ética en Investigación UFTM, protocolo N° 897 y 1477. Se realizó análisis descriptiva y test t-Student ($p < 0,05$). Los proyectos fueron aprobados por Comité de Ética en Investigación UFTM, protocolos No 897 y 1477. **Resultados:** los ancianos del área urbana tuvieron menor las puntuaciones de calidad de vida en el dominio físico y las facetas actividades pasadas, presente y futuro y la participación social comparado con el área rural. **Conclusión:** Existe la necesidad del equipo de salud para desarrollar estrategias para mejorar la funcionalidad de los ancianos en las zonas urbanas, así como las expectativas futuras y la ampliación de oportunidad de las actividades sociales. **Descriptor:** Calidad de vida, Anciano, Accidente cerebrovascular, Población rural, Envejecimiento.

*Financiamento: Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), Fundação de Amparo à Pesquisa de Minas Gerais (FAPEMIG) e Fundação de Ensino e Pesquisa de Uberaba (FUNEPU).

¹Fisioterapeuta, Mestre em Atenção à Saúde pela Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM). E-mail: nilcemfsantos@hotmail.com. ²Enfermeira, Doutora em Enfermagem. Professora associada do Departamento de Enfermagem em Educação e Saúde Comunitária da UFTM. E-mail: darlenetavares@enfermagem.uftm.edu.br. ³Enfermeira, Doutoranda em Atenção à Saúde pela UFTM. E-mail: flaviadias_ura@yahoo.com.br.

INTRODUÇÃO

No Brasil, assim como em grande parte do mundo, o envelhecimento populacional é uma realidade. Os idosos brasileiros, entre os anos de 1999 e 2009, passaram de 9,1% para 11,3% da população. Destaca-se que entre as regiões brasileiras este percentual é variável sendo 12,7% no Sudeste, 12,3% no Sul, 10,5% no Nordeste, 9,5% no Centro-Oeste e 7,3% no Norte.¹

Sabe-se que o processo de envelhecimento acarreta diversas alterações fisiológicas e funcionais⁽²⁾. Estas alterações tornam os idosos mais susceptíveis a apresentarem polimorbidades, em especial as doenças crônicas não transmissíveis, com destaque para o Acidente Vascular Encefálico (AVE).²

A incidência de AVE dobra a cada década após os 55 anos, fazendo-o ocupar posição de destaque entre os idosos.² No Brasil esta doença está na lista das seis maiores causas de internação entre os idosos, sendo que entre os homens corresponde a 5% e entre as mulheres 6,2%.³ É uma morbidade com elevada taxa de mortalidade, sendo responsável pela presença de sequelas limitantes físicas e intelectuais, que geram um elevado custo social repercutindo na qualidade de vida destes idosos.⁴

Pesquisa conduzida no interior de São Paulo verificou que a dimensão física, seguida dos aspectos físicos e emocionais apresentaram menores médias de qualidade de vida, pelo instrumento 36-Item Short Form Health Survey (SF-36) entre os idosos acometidos por AVE.⁵ Já na Tanzânia, idosos com histórico de AVE, residentes no meio rural, obtiveram menores escores em todos os domínios do WHOQOL-BREF quando comparados ao grupo controle, constituídos de idosos sem AVE.⁶

Estudo realizado nos Estados Unidos da América verificou que existe influência do meio em que vive o idoso e as chances de desenvolver o AVE.⁷ Partindo deste pressuposto acredita-se que a qualidade de vida dos idosos com o AVE também possa ser diferente conforme o local de moradia dos mesmos.

Não foram encontrados estudos que comparassem a qualidade de vida de idosos com histórico de AVE considerando o local de residência. Sendo assim, considerando a escassez da literatura científica, principalmente quando se tem uma morbidade incapacitante como o AVE, propõe-se a condução deste estudo.

Acredita-se que os dados do presente inquérito poderão auxiliar no delineamento de ações, por parte dos profissionais de saúde, que visem o enfrentamento das dificuldades encontradas pelos idosos com histórico de AVE.

Neste contexto os objetivos do presente estudo foram comparar as variáveis sócio-demográficas e os escores de qualidade de vida dos idosos com um histórico de AVE residentes nas zonas urbana e rural do município de Uberaba-MG.

METODOLOGIA

Estudo comparativo, transversal e observacional, desenvolvido com idosos residentes nas zonas rural e urbana do município de Uberaba-MG.

No referido município, a população total de idosos residentes na zona rural, cadastrada pela Estratégia Saúde da Família (ESF) e disponibilizada pelo Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) em maio de 2009 foi de 1.297 habitantes. Foram entrevistados 850 idosos sendo excluídos do estudo: 105 (8,1%) não completaram pontuação no MEEM; 75 (5,8%) recusaram; 11 (3,8%) morreram; 57 (4,4%) não encontrados após três visitas; 117 (9%) mudaram de endereço; 3 (0,2%) hospitalização; 79 (6,1%) cancelados por outros motivos.

Para a definição da população da área urbana foi utilizada a amostra populacional realizada pelo Núcleo de Pesquisa em Saúde Coletiva. 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. Porém, em 2005, participaram 2.683 idosos. Em 2008, foram entrevistados 2142 idosos, uma vez que foram excluídos 541 idosos, dos quais, 200 não foram encontrados após três visitas, 174 recusaram, 142 foram a óbito e 25 estavam hospitalizados.

Na área rural os dados foram coletados no período de junho de 2010 a março de 2011; na urbana de agosto a dezembro de 2008.

Os idosos foram entrevistados em domicílio. Na área rural a localização da residência contou com a colaboração dos Agentes Comunitários de Saúde. Obteve-se a autorização da Secretaria Municipal de Saúde para esta atividade.

Para a presente investigação utilizaram-se os critérios de inclusão: ter 60 anos ou mais de idade; morar nas zonas urbana ou rural no município de Uberaba-MG; obter pontuação mínima na avaliação cognitiva, autorreferir o AVE e concordar em participar da pesquisa.

Na zona urbana 90 idosos atenderam aos critérios de inclusão e na rural, 28. Os idosos foram pareados por sexo e faixa etária na proporção de 2:1.

Antes de iniciar a entrevista foi realizada avaliação cognitiva com o idoso, procurando avaliar suas condições em responder as questões propostas. A avaliação cognitiva foi realizada por meio do Mini Exame de Estado Mental (MEEM), traduzido e validado no Brasil⁽⁸⁾. O escore do MEEM varia de 0 pontos, o qual indica o maior grau de comprometimento da cognição, até 30 pontos, o que corresponde a melhor capacidade cognitiva. Para a zona urbana estabeleceu-se um ponto de corte de 12/13, obtendo-se uma sensibilidade de 93,8 e especificidade de 93,9. A deterioração cognitiva foi indicada por uma pontuação igual ou inferior a 12.⁸ Já na zona rural o ponto de corte foi estabelecido de acordo com a escolaridade apresentada pelos idosos sendo: 13 para analfabetos, 18 para 1 a 11 anos de estudo e 26 para acima de 11 anos.⁹ Esta mudança ocorreu, pois julgou-se adequada a utilização deste ponto de corte.

Para caracterizar os idosos utilizou-se instrumento estruturado, baseado no questionário *Older Americans Resources and Services (OARS)*, elaborado pela Duke University (1978), e adaptado à realidade brasileira.¹⁰ As variáveis estudadas foram: sexo (masculino e feminino), faixa etária em anos (60-70, 70-80 e 80 e mais), estado conjugal (casado ou mora com um companheiro; separado/desquitado/divorciado, viúvo e solteiro), escolaridade, em anos de estudo (sem escolaridade; 1-4; 4-8; 8; 9-11 e 11 ou mais) e renda individual, em salários mínimos (sem renda; <1; 1; 1-3; 3-5; >5).

A qualidade de vida foi avaliada pelos instrumentos *World Health Organization Quality of Life-bref (WHOQOL-BREF)*¹¹ e *World Health Organization Quality of Life Assessment for Older Adults (WHOQOL-OLD)*¹², ambos validados no Brasil.

O WHOQOL-BREF mensura a qualidade de vida baseada em quatro domínios: físico (dor e desconforto, energia e fadiga, sono e repouso, mobilidade, atividades da vida cotidiana, dependência de medicação ou de tratamentos e capacidade de trabalho); psicológico (sentimentos positivos, pensar, aprender, memória e concentração, autoestima, imagem corporal e aparência, sentimentos negativos, espiritualidade, religião e crenças pessoais), relações sociais (relações pessoais, apoio social, atividade sexual) e meio ambiente (segurança física e proteção, ambiente no lar, recursos financeiros, cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade, oportunidade de adquirir novas informações e habilidades, participação em, e oportunidades de recreação/lazer, ambiente físico: poluição, ruído, trânsito, clima e transporte).¹¹

Compõem o WHOQOL-OLD seis facetas: funcionamento dos sentidos (avalia o funcionamento sensorial e o impacto da perda das habilidades sensoriais na qualidade de vida); autonomia (refere-se a independência na velhice, descreve até que ponto se é capaz de viver de forma autônoma e tomar suas 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).¹²

Foram construídos bancos de dados eletrônicos, no programa Excel®, os dados coletados foram processados em microcomputador, por duas pessoas, em dupla entrada. Verificou-se a consistência dos dados entre os bancos, quando inconsistentes, retornou-se a entrevista original para correção. Retirou-se de ambos os bancos de dados as variáveis de interesse para compor o banco da atual pesquisa. Este foi transportado para o software *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)* para proceder a análise.

Os dados foram submetidos a análise descritiva por meio das frequências simples, média e desvio padrão, testes qui-quadrado e *t-Student* ($p < 0,05$). Cada domínio do WHOQOL-BREF e faceta do WHOQOL-OLD foram analisados isoladamente, com seus escores calculados empregando-se as sintaxes disponibilizadas pela OMS. O escore varia de 0 a 100, sendo que o maior número corresponde a maior QV.

Os projetos foram aprovados pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, protocolos de No 897 e No 1477. Os idosos foram contatados nos domicílios, aos quais se apresentaram os objetivos, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e oferecidas as informações pertinentes. Somente após a anuência do entrevistado e assinatura do referido Termo, conduziu-se a entrevista.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A maioria dos idosos acometidos por AVE era do sexo masculino (53,6%). O presente resultado corrobora com outras investigações que apresentam maior ocorrência de AVE entre os homens.¹³⁻¹⁴ Sabe-se que a presença de homens nos serviços de atenção primária à saúde é menor que a das mulheres¹⁵, desta forma pode-se inferir que os homens se tornam mais vulneráveis às doenças, destacando as graves e crônicas como o AVE. A equipe de saúde deve traçar estratégias de inserção do homem idoso aos serviços de saúde no intuito de controlar fatores de risco e prevenir a ocorrência do AVE.

Já concernente à faixa etária, houve maior percentual de idosos com 60-70 anos (50%). Resultado corroborante foi obtido em pesquisa conduzida em Campinas-SP(43,3%).¹³ Ressalta-se que a idade é considerada fator de risco não modificável para o AVE.² No entanto, a referida morbidade, possui fatores de risco modificáveis, como a hipertensão arterial, o tabagismo, o sedentarismo, o diabetes *mellitus*, dentre outros.² Neste sentido os profissionais de saúde devem se atentar aos fatores de risco modificáveis objetivando sua prevenção e controle no intuito de prevenir episódios de AVE e suas recidivas.

Na Tabela 1, a seguir, apresenta-se a caracterização da população estudada.

Tabela 1. Distribuição de frequência das características sócio-demográficas dos idosos acometidos por AVE das zonas urbana e rural. Uberaba, 2011.

Variáveis	Zona urbana		Zona rural		x ²	p	
	N	N%	N	N%			
Estado conjugal	Casado/mora companheiro	31	55,4	23	82,1	6,279	0,099
	Separado/desquitado/divorciado	5	8,9	1	3,6		
	Viúvo	16	28,6	3	10,7		
	Solteiro	4	7,1	1	3,6		
Escolaridade (em anos)	Sem escolaridade	19	33,9	10	35,7	1,212	0,876
	1-4	15	26,8	6	21,5		
	4-8	17	30,4	10	35,7		
	8	1	1,8	-	-		
	9-11	4	7,1	2	7,1		
Renda individual (em salários mínimos)	Sem renda	6	10,7	2	7,1	9,692	0,045
	Até 1	1	1,8	1	3,6		
	1	41	73,2	13	46,4		
	De 1 a 3	8	14,3	11	39,3		
	Mais de 5	-	-	1	3,6		

Considerando o estado conjugal 55,4% dos idosos da zona urbana e 82,4% dos idosos acometidos por AVE da zona rural eram casados (x²=6,279; p=0,099), Tabela 1. Estudo conduzido na zona urbana de um município do interior do Rio de Janeiro verificou maior

prevalência de idosos casados (46%),⁴ corroborando com o presente inquérito. Outra pesquisa realizada no Rio Grande do Sul com idosos em geral de uma comunidade rural, verificou, que a maioria tinham um companheiro (58,8%),¹⁶ o resultado está semelhante à esta pesquisa. A equipe de saúde deve estar atenta ao percentual de idosos casados independente do local de moradia, visto o AVE ser uma morbidade incapacidade que leva o idoso, muitas vezes, a necessitar de um cuidador. O cônjuge sendo a pessoa mais próxima do idoso pode vir a ser este cuidador necessitando de orientação e suporte para que esta função auxilie no processo de reabilitação do idoso.

Em relação à escolaridade, houve maior percentual de idosos sem escolaridade na zona urbana (33,9%); na rural prevaleceram aqueles sem escolaridade (35,7%) e com 4-8 anos de estudo (35,7%) ($\chi^2=1,212$; $p=0,876$), Tabela 1. Resultado que corrobora com investigação conduzida no interior de São Paulo, na área urbana, com idosos após o AVE, no qual 45,4% sabiam ler e escrever, porém não possuíam o 1º grau completo.¹⁴ Pesquisa realizada no interior do Rio de Janeiro também obteve resultado semelhante ao presente inquérito, sendo que 46% dos idosos tinham até a 4ª série do 1º grau.⁴

É mister que os profissionais de saúde utilizem tecnologias educativas e de comunicação, por meio de estratégias lúdicas e vocabulário acessível, que permitam facilitar a compreensão por parte do idoso, frente a baixa escolaridade encontrada no presente estudo.

Na zona rural observou-se maior percentual de idosos com maior renda, Tabela 1. A maioria dos idosos com o AVE, residentes na zona urbana (73,2%) referiu renda mensal individual de um salário mínimo, já na zona rural os idosos recebiam um salário mínimo (46,4%) e de um a três salários mínimos (39,3%) ($\chi^2=9,692$; $p=0,046$), Tabela 1. Percentual inferior foi encontrado em investigação com idosos urbanos pós o AVE o qual verificou que 45,4% recebiam um salário mínimo mensal.¹⁴ Já na zona rural infere-se que a presença de maiores salários possa ser devido a existência de outras fontes de renda, diferentes de aposentadoria, como a agricultura e a pecuária.

A renda é fator de impacto quando se tem uma morbidade como o AVE que pode ocasionar incapacidades funcionais, gerando dificuldade na realização das atividades de vida diária. Para facilitar o desempenho destas atividades muitas vezes são necessárias adaptações no lar, que podem causar um ônus financeiro devido ao seu alto custo. Outro fator que pode impactar a renda do idoso com o AVE é a necessidade do uso constante de medicamentos. Os profissionais de saúde devem estar atentos à estas questões visto a baixa renda encontrada no presente estudo.

Houve predomínio de idosos das zonas urbana (62,5%) e rural (50%) que auto-avaliaram sua qualidade de vida como boa. Considera-se o resultado do presente estudo positivo, pois estudos científicos demonstram que os idosos acometidos por AVE sofrem deterioração da sua qualidade de vida devido às limitações e incapacidades físicas e cognitivas oriundas da morbidade.^{13,17}

O maior percentual, em ambos os grupos, urbana (40%) e rural (53,6%), estava satisfeito com sua saúde. Estudo realizado em São Paulo, com idosos urbanos, verificou que o maior percentual dos idosos com o AVE auto-avaliaram sua saúde como boa (48,8%), resultado corroborante com o presente estudo.¹⁸

Em relação aos idosos rurais terem avaliado melhor sua saúde que os urbanos, infere-se que os moradores do espaço rural, mesmo com um histórico de AVE, tenham no ambiente rural uma oferta maior de desafios, tanto arquitetônicos como ocupacionais, devendo estes apresentar melhores condições de saúde para conviver neste espaço.

Na Tabela 2, a seguir, apresentam-se inseridos os escores de qualidade de vida dos idosos acometidos por AVE residentes nas zonas urbana e rural do município de Uberaba-MG.

Tabela 2. Distribuição dos escores de qualidade de vida do WHOQOL-BREF e WHOQOL-OLD, de idosos acometidos por AVE. Uberaba, 2011.

Escores de qualidade de vida	Zonas		t	p
	Urbana	Rural		
WHOQOL-BREF				
Físico	42,85	58,92	3,944	<0,001
Psicológico	61,65	63,54	0,559	0,578
Relações sociais	64,43	69,94	1,858	0,067
Meio ambiente	58,53	60,71	0,663	0,509
WHOQOL-OLD				
Funcionamento dos sentidos	70	71,87	0,348	0,729
Autonomia	53,52	59,82	1,566	0,121
Atividades passadas, presentes e futuras	61,04	67,18	2,137	0,036
Participação social	54,57	63,61	2,311	0,024
Morte e morrer	80,46	76,56	-0,745	0,458
Intimidade	67,74	74,77	1,682	0,096

O maior escore de qualidade de vida pelo WHOQOL-BREF foi encontrado no domínio relações sociais tanto para os idosos residentes na área urbana (64,43) quanto para os da rural (69,94), Tabela 2. Resultado este que corrobora com investigação conduzida com idosos urbanos com histórico de AVE na China que também verificaram maior escore no domínio relações sociais (66,62).¹⁷ O referido domínio avalia as relações pessoais e o suporte social.¹¹ Neste sentido, um escore elevado neste domínio sugere que os idosos, possuem boas redes de apoio social em ambas as localidades.

O menor escore pelo WHOQOL-BREF foi no domínio físico, tanto na área urbana (42,85), quanto na rural (58,92), Tabela 2. Este fato pode ser explicado pelos déficits oriundos do AVE, que levam a diminuição da mobilidade, dificultando a execução das atividades da vida diária e a capacidade de trabalho, questões estas avaliadas neste domínio.¹¹ Estudo realizado na zona rural da Tanzânia também obteve menor escore neste domínio entre indivíduos com o AVE.⁶ Outra investigação conduzida na Turquia evidenciou que os componentes de produtividade e energia foram os mais impactados entre idosos com o AVE,¹⁹ condizente com esta pesquisa.

Os idosos da área urbana (42,85) apresentaram menores escores de qualidade de vida no domínio físico comparados aos da rural (58,92) ($t=3,944$; $p<0,001$), Tabela 2.

Embora não investigado, no presente inquérito, o maior impacto na área urbana, no domínio físico, pode estar relacionada à menor renda entre estes idosos considerando que este domínio avalia a dependência de medicação e tratamentos.¹¹ Nesse sentido, é relevante que os serviços de saúde estejam atentos às dificuldades destes idosos em seguir o acompanhamento e possíveis estratégias de reabilitação.

Salienta-se que podem ser utilizados grupos de autoajuda e de apoio e programas de aconselhamento comunitário,⁶ visando facilitar o convívio do idoso urbano com as possíveis limitações impostas pela doença.

No WHOQOL-OLD o maior escore foi na faceta morte e morrer, tanto na área urbana (80,46) quanto na rural (76,64), Tabela 2. O resultado remete ao fato que os idosos, tanto moradores do espaço rural quanto urbano, estarem sabendo lidar com as preocupações, inquietações e temores em relação à morte, aspectos estes avaliados na presente faceta.¹²

O menor escore no WHOQOL-OLD foi na faceta autonomia tanto na área urbana (53,52) como na rural (59,82), Tabela 2. A faceta autonomia avalia a liberdade do idoso em tomar suas próprias decisões, de sentir controle sobre o seu futuro, de conseguir fazer as coisas que gostaria de fazer e acreditar que as pessoas ao seu redor respeitam a sua liberdade.¹² Considerando o maior impacto no aspecto físico, dentre todos os idosos, faz necessário identificar se este possui relação com diminuição da autonomia. Deste modo, é relevante também que sejam identificadas as possíveis sequelas causadas pela doença, sejam elas motoras, cognitivas, emocionais e sociais que podem estar prejudicando as atividades cotidianas e conseqüentemente a sua autonomia e independência.⁵

A autonomia é determinante para uma boa qualidade de vida sendo pressuposto básico para a tomada de decisão. Infere-se que o menor escore nesta faceta pode estar relacionado à desvalorização dos desejos dos idosos pela sua família, considerando o AVE como um agravante. A equipe de saúde deve saber lidar com esta questão, orientando e estimulando os familiares sobre a necessidade de respeitar e estimular a tomada de decisão dos idosos acometidos por AVE.

Comparados aos idosos da área rural (67,18), os idosos urbanos (61,04) apresentaram menor escore na faceta atividades passadas, presentes e futuras ($t=2,137$; $p=0,036$), Tabela 2. A faceta atividades passadas, presente e futuras avalia a satisfação sobre as conquistas na vida e as coisas a que o idoso anseia.¹² Acredita-se que os idosos moradores da área rural sintam menor impacto do AVE no cotidiano não ocorrendo muitas modificações na sua rotina.

Além disso, infere-se que o menor escore urbano pode estar relacionado à menor renda dificultando o vislumbre de projetos futuros entre estes idosos. Soma-se ainda o percentual considerável destes idosos que não possuem companheiro. Investigação conduzida entre idosos evidenciou que aqueles que eram solteiros/viúvos, separados tinham uma percepção pior da qualidade de vida do que os casados.²⁰ Outro aspecto observado neste estudo foi a funcionalidade familiar, sendo que os idosos que interagem melhor com a família tinham melhor qualidade de vida.²⁰ Deste modo, sugere-se que o profissional de saúde englobe a avaliação da rede familiar²⁰ no acompanhamento ao idoso pois considera-se isto primordial para que o idoso possa ter expectativas positivas para o futuro.

No que concerne às esperanças futuras, os profissionais de saúde devem estimular os idosos residentes na área urbana a valorizarem suas habilidades e buscar novas no intuito de melhorar a sua qualidade de vida.

Na faceta participação social, os idosos da área urbana (54,57) apresentaram menor escore ($t=2,311$; $p=0,024$) comparados aos da rural (63,61), Tabela 2. A faceta participação social avalia aspectos como o uso do tempo livre e a participação em atividades na comunidade.¹² Neste estudo, o menor escore na área urbana pode ser decorrente da menor renda dentre estes idosos, inviabilizando o acesso a atividades comunitárias, apesar de na área rural, as oportunidades de atividades serem menores. Estudo realizado na zona rural da Tanzânia observou que entre indivíduos com AVE que participam de reuniões sociais os aspectos físicos e psicológicos eram melhores.⁶

Nesse sentido, os profissionais de saúde devem discutir com os idosos da área urbana atividades que lhes proporcione interesse e conhecer as oportunidades de lazer existentes no local de moradia. Devem verificar também a possibilidade de estruturação de novas atividades no intuito de estimular aquisição de novas informações e habilidades destes idosos, promovendo a valorização das existentes e oportunizando a interação social.

A equipe de saúde deve buscar meios de estimular os idosos com histórico de AVE, mesmo quando portadores de sequelas mais severas, a participar destas atividades. Na impossibilidade de ir ao serviço de saúde para tais atividades, deve buscar formas de inseri-los na sua própria residência, buscando apoio da família.

CONCLUSÃO

Os idosos acometidos por AVE, tanto na área urbana quanto na rural foram na sua maioria homens, na faixa etária de 60 |70 anos, renda de um salário mínimo mensal. Na zona urbana houve maior prevalência de idosos analfabetos e separados/desquitados/divorciados; na rural analfabetos e com 4 |8 anos de estudo e casados.

Os idosos residentes na área urbana apresentaram menores escores de qualidade de vida no domínio físico e nas facetas atividades passadas, presentes e futuras e participação social quando comparados aos da rural.

A equipe de saúde deve desenvolver estratégias de inserção dos idosos em atividades que visem melhorar a mobilidade e facilitar a realização das suas atividades de vida diária, especialmente da zona urbana, no intuito de minimizar os efeitos incapacitantes do AVE.

Deve-se também estimular as expectativas futuras, através de atividades educativas e criação de grupos visando a troca de experiência entre os idosos acometidos por AVE objetivando a melhoria da sua qualidade de vida.

É relevante ainda que os serviços de saúde busquem parcerias intersetoriais visando contribuir para ampliação de atividades sociais que sejam agradáveis à esta população.

Destaca-se como limitação do presente estudo a morbidade, AVE, ser autorreferida e o recorte transversal que não permite estabelecer relações de causalidade entre as variáveis.

REFERÊNCIAS

1. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira, 2010 [internet]. [2010] - [cited 2011 jul 10] Available from: http://www.ibge.gov/home/estatistica/populacao/condicaodevida/indicadoresminimos/sinteseindicisociais2010/SIS_2010.pdf
2. Goldstein LB, Adams R, Alberts MJ, Appel LJ, Brass LM, Bushnell CD et al. Primary prevention of Ischemic Stroke. *Stroke*. 2006; 37: 1583-633.
3. Brasil. Indicadores sociodemográficos e de saúde no Brasil. Ministério do Planejamento, orçamento e gestão. Brasília; 2009.
4. Pereira ABCNG, Alvarenga H, Pereira Junior RS, Barbosa MTS. Prevalência de acidente vascular cerebral em idosos no município de Vassouras, Rio de Janeiro, Brasil, através do rastreamento de dados do Programa Saúde da Família. *Cad Saúde Pública*. 2009; 25(9): 1929-36.
5. Cruz KCT, Diogo MJDE. Avaliação da capacidade funcional de idosos com acidente vascular encefálico. *Acta Paul Enferm*. 2009; 22(5): 666-72.
6. Howitt SC, Jones MP, Jusabani A, Gray WK, Ares E, Mugusi F et al. A cross-sectional study of quality of life in incident stroke survivors in rural northern Tanzania. *J Neurol*. 2011; 258(8): 1422-30.
7. Lisabeth LD, Roux AVD, Escobar JD, Smith MA, Mønstergaard LB. Neighborhood environment and risk of ischemic stroke: the brains attack surveillance in Corpus Christi (BASIC) Project. *Am j Epidemiology*. 2007; 165(3): 279-87.
8. Icaza MC, Albala C. Projeto SABE: minimal State Examination (MMSE) del estudio de dementia en Chile: análisis estadístico. *OPAS*; 1999: 1-18.
9. Bertolucci PHF. O mini-exame do estado mental em uma população geral: impacto da escolaridade. *Arq Neuro-Psiquiatr*. 1994; 52(1): 01-7.
10. 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. 327 p. Theses (Doctor) London School of Hygiene and Tropical Medicine. London, England, 1987.
11. 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.
12. 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.
13. Cruz KCT, Diogo MJDE. Evaluation the quality of life elderly with stroke: an exploratory and transversal study. *Online Braz J Nurs*. [serial on the Internet]. 2008 [cited 2010 may 23]; 7(1). Available from: <http://www.uff.br/objnursing/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2008.1136/297>

14. Marques S, Rodrigues RAP, Kusumota L. O idoso após acidente vascular cerebral: alterações no relacionamento familiar. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2006; 14:25-32.
15. Gomes R, Nascimento EF, Araújo FC. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. *Cad Saúde Pública*. 2007; 23(3): 565-74.
16. Rigo II, Paskulin LMG, Morais EP. Capacidade funcional de idosos de uma comunidade rural do Rio Grande do Sul. *RevGaúchaEnferm*. 2010; 31(2): 254-61.
17. Pan JH, Song XY, Lee SY, Kwok T. Longitudinal analysis of quality of life for stroke survivors using latent curve models. *Stroke*. 2008; 39: 2795-802.
18. Silva TR, Menezes PR. Autopercepção de saúde: um estudo com idosos de baixa renda de São Paulo. *Rev Med*. 2007; 86(1): 28-38.
19. Gunaydin R, Karatepe AG, Kaya T, Ulutas O. Determinants of quality of life (qol) in elderly stroke patients: a short-term follow-up study. *ArchivesofGerontologyandGeriatrics*. 2011; 53: 19-23.
20. Andrade A, Martins R. Funcionalidade familiar e qualidade de vida dos idosos. *Millenium*. 2011; 40: 185-99.

Recebido em: 22/02/2013
Revisão requerida: Não
Aprovado em: 17/11/2013
Publicado em: 01/01/2014

Endereço do dos autor correspondente:
Nilce Maria de Freitas Santos
Avenida Bahia, nº 646, Centro, CEP: 38.295-000. Limeira do Oeste-MG.
Email: nilcemfsantos@hotmail.com