



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE RORAIMA – UFRR
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE – PROCISA

SUZANA MARIA DA SILVA FERREIRA

QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS RESIDENTES EM ÁREAS URBANAS E
IDOSOS RESIDENTES EM ÁREAS RURAIS: REVISÃO INTEGRATIVA

BOA VISTA, RR

2021

SUZANA MARIA DA SILVA FERREIRA

QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS RESIDENTES EM ÁREAS URBANAS E
IDOSOS RESIDENTES EM ÁREAS RURAIS: REVISÃO INTEGRATIVA

Dissertação de mestrado submetida ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde – PROCISA - da Universidade Federal de Roraima, como requisito parcial obrigatório para a obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde, Área de Concentração: Modelos de Atenção e Vigilância em Saúde; Linha de Pesquisa: Diversidade Sociocultural, Cidadanias e Modelos de Atenção à Saúde.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Nilza Pereira de Araujo.

BOA VISTA, RR

2021

Dados Internacionais de Catalogação na publicação (CIP)
Biblioteca Central da Universidade Federal de Roraima

F383q Ferreira, Suzana Maria da Silva.

Qualidade de vida de idosos residentes em áreas urbanas e idosos residentes em áreas rurais: revisão integrativa / Suzana Maria da Silva Ferreira. – Boa Vista, 2021.

66 f. : il.

Orientadora: Profa. Dra. Nilza Pereira de Araujo.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Roraima, Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde - PROCISA.

1 - Qualidade de vida. 2 - Idosos. 3 - Área urbana. 4 - Área rural.
I - Título. II - Araujo, Nilza Pereira de (orientadora).

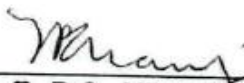
CDU - 616-053.9

Ficha Catalográfica elaborada pela Bibliotecária/Documentalista: Maria de Fátima Andrade Costa - CRB-11/453-AM

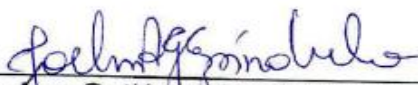
SUZANA MARIA DA SILVA FERREIRA

QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS RESIDENTES EM ÁREAS URBANAS E
IDOSOS RESIDENTES EM ÁREAS RURAIS: REVISÃO INTEGRATIVA

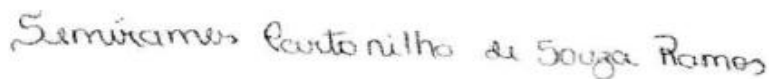
Dissertação de mestrado submetida ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde – PROCISA - da Universidade Federal de Roraima, como requisito parcial obrigatório para a obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde, Área de Concentração: Modelos de Atenção e Vigilância em Saúde; Linha de Pesquisa: Diversidade Sociocultural, Cidadanias e Modelos de Atenção à Saúde. Defendida em 30 de setembro de 2021 e avaliada pela seguinte banca examinadora:



Prof^a. Dr^a. Nilza Pereira de Araujo (Orientadora)
Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde / PROCISA – UFRR



Prof^a. Dr^a. Joelma Ana Gutiérrez Espíndula (Examinadora Titular interna)
Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde / PROCISA – UFRR



Prof^a. Dr^a. Semirames Cartonilho de Souza Ramos (Examinadora Titular externa)
Professora Associada da Universidade Federal da Paraíba

Dedico esta dissertação a minha família, em especial a minha Mamis e ao meu irmão Marcelo, meus maiores incentivadores na vida e por sempre me mostrarem que eu posso ir além; aos meus amigos pelo apoio e incentivo, e a todos aqueles de forma direta ou indiretamente contribuíram para esta conquista.

AGRADECIMENTOS

A Deus, meu refúgio e fortaleza, meu consolo nos dias difíceis, meu protetor em todos os momentos. A Ele toda honra, toda glória e todo o meu amor e gratidão!

À minha família, em especial a minha Mamis e ao meu irmão Marcelo, meus maiores incentivadores na vida e por sempre me mostrarem que eu posso ir além. Minha eterna gratidão!

À minha orientadora, Profa. Dra. Nilza Pereira de Araujo, por percorrer esse longo caminho comigo, enfrentando os desafios decorrentes da Pandemia que nos fez mudar totalmente a rota e começar do zero. Obrigada pela paciência e por acreditar em mim quando nem eu mesma achava que fosse conseguir! Muito obrigada!

Ao meu grande amigo, irmão do coração que Deus me deu, Orácio, pelo incentivo e colaboração desde o processo seletivo para ingresso neste curso de mestrado. Obrigada por ter abraçado essa missão junto comigo, me incentivando, me cobrando atitude, colaborando com as buscas nas bases de dados, lendo meu trabalho. Obrigada por escutar meus áudios desesperados nas madrugadas e por me mostrar que eu era capaz e que tudo daria certo. Sem você tudo seria muito mais difícil. Gratidão eterna, amigo!

À Universidade Federal de Roraima, ao PROCISA e a todos os seus colaboradores, pela oportunidade de cursar um mestrado profissional de qualidade dentro da nossa Amazônia. Quero, também, agradecer aos meus professores pelos conhecimentos compartilhados, pelos ensinamentos, pela parceria e incentivo.

Aos membros titulares da banca, Prof^a. Dra. Joelma Ana Gutiérrez Espíndula, Prof^a. Dra. Semirames Cartonilho de Souza Ramos, e aos suplentes, Prof. Dr. Calvino Camargo, Prof^a. Dra. Sheyla Mara Silva de Oliveira, que aceitaram gentilmente o convite para serem os examinadores desta dissertação, agradeço pelas contribuições.

A todos os meus colegas do PROCISA pela parceria, pelos saberes trocados, pelas brincadeiras... Sucesso a todos!

Aos amigos do “Social dos Amigos / Boteco do Marcell” que, nos momentos de estresse e cansaço mental, era (e é) com vocês que eu me distraía e esquecia um pouco os “fardos” carregados. Obrigada!

Ao meu amigo mais que especial Viana, meu incentivador diário, meu apoio nos momentos de desânimo, medo, incertezas. A você que também me incentivou a me inscrever para o mestrado e que me deu forças durante toda essa caminhada, acreditando no meu potencial, que me suportou durante meus piores momentos, meus mais sinceros agradecimentos! Muito obrigada, meu querido!

Aos meus amigos que mesmo distantes, geograficamente, ou devido aos tempos de distanciamentos que esta pandemia nos impôs, me deram forças e me encorajaram a seguir nesse projeto. Em especial, Gisele, Taty, Drika e Andressa. Amo vocês!

Agradeço, por fim, a todos aqueles que de forma direta ou indireta colaboraram para que esta dissertação fosse concluída.

Gratidão me define!

“Ninguém caminha sem aprender a caminhar,
sem aprender a fazer o caminho caminhando,
sem aprender a refazer, a retocar o sonho, por
causa do qual a gente se pôs a caminhar.”

(Paulo Freire)

RESUMO

O envelhecimento populacional é um assunto em destaque atual mundial na atualidade, assim como a qualidade de vida na velhice. A qualidade de vida pode sofrer influência pelas particularidades relacionadas ao local de residência, rural e urbano, assim como pelas características de cada população. Nesse sentido, este estudo objetivou analisar as evidências científicas existentes na literatura sobre a qualidade de vida de idosos residentes em áreas urbanas e idosos residentes em áreas rurais. Trata-se de um estudo descritivo, do tipo revisão integrativa da literatura, desenvolvido em seis fases, próprias da revisão integrativa: elaboração da pergunta norteadora, busca ou amostragem na literatura, coleta de dados, análise dos estudos incluídos, apresentação da revisão integrativa e discussão dos resultados. Teve como estratégia de busca a seleção de artigos por meio da utilização dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCs) e *Medical Subject Headings* (MeSH). Utilizou-se, para a busca, os descritores *Aged*, *Urban Population*, *Rural Population*, *Quality of Life*, seus sinônimos e seus termos relacionados, combinados com os operadores booleanos “AND” e “OR” nas seguintes bases de dados e bibliotecas eletrônicas: PUBMED, BVS, Web of Science e SCOPUS. Foram extraídos os dados das publicações selecionadas por meio de um instrumento de extração de dados contendo as principais informações sobre cada estudo da amostra, de modo a assegurar que a totalidade fosse extraída, para minimizar os erros na transcrição, para garantir a precisão da checagem das informações e para servir como registro. Compõem esta amostra 13 estudos que se encaixaram nos critérios de elegibilidade, publicados no período de janeiro de 2011 a dezembro de 2020. Em relação aos fatores relacionados à melhor qualidade de vida de idosos residentes em áreas urbanas, os mais encontrados nos estudos foram: nível econômico mais elevado, maior nível de escolaridade, prática regular de atividade física e melhor desempenho da função cognitiva e capacidade funcional. Em contrapartida, o estado nutricional dos idosos residentes em zonas urbanas foi classificado como um fator negativo, estando estes idosos com IMC mais elevado. Quanto aos principais fatores relacionados à uma melhor qualidade de vida de idosos residentes em áreas rurais, encontrou-se a saúde de modo geral como um preditor importante de QV. Por outro lado, fatores como depressão, ansiedade, relacionamento social, baixa escolaridade e fatores socioeconômicos foram associados à baixa QV entre os idosos da zona rural. Assim, a síntese dos achados dos estudos permitiu a constatação de que há diferenças na qualidade de vida entre os grupos analisados, segundo local de residência, sendo que cada local possui seus preditores para uma melhor ou pior qualidade de vida. Todavia, a maioria dos artigos mostrou que idosos que residem em área urbana vivem com melhor qualidade do que os idosos que moram em área rural.

Palavras-chave: Qualidade de vida. Idosos. Área urbana. Área rural.

ABSTRACT

Population aging is a very popular topic on the world scene today, as is the quality of life in old age. Quality of life can be influenced by particularities related to the place of residence, rural and urban, as well as by the characteristics of each population. In this sense, this study aimed to analyze the scientific evidence in the literature on the quality of life of elderly people living in urban areas and elderly people living in rural areas. This is a descriptive study, of the integrative literature review type, developed in six phases, typical of the integrative review: elaboration of the guiding question, search or sampling in the literature, data collection, analysis of the included studies, presentation of the integrative review and discussion of the results. The search strategy was to select articles through the use of Descriptors in Health Sciences (DeCs) and Medical Subject Headings (MeSH). For the search, the descriptors Aged, Urban Population, Rural Population, Quality of Life, their synonyms and related terms were used, combined with the Boolean operators "AND" and "OR" in the following databases and electronic libraries: PUBMED, BVS, Web of Science and SCOPUS. Data were extracted from the selected publications using a data extraction instrument containing the main information about each study in the sample, to ensure that the entirety was extracted, to minimize transcription errors, to ensure the accuracy of checking the information, and to serve as a record. This sample comprises 13 studies that met the eligibility criteria, published from January 2011 to December 2020. Regarding the factors related to a better quality of life for elderly people living in urban areas, the most frequently found in the studies were: level higher economic status, higher education level, regular practice of physical activity, and better performance of cognitive function and functional capacity. On the other hand, the nutritional status of elderly people living in urban areas was classified as a negative factor, with these elderly people having a higher BMI. As for the main factors related to a better quality of life for elderly people living in rural areas, health, in general, was found to be an important predictor of QoL. On the other hand, factors such as depression, anxiety, social relationships, low education, and socioeconomic factors were associated with low QoL among the elderly in rural areas. Thus, the synthesis of the findings of the studies allowed the verification that there are differences in the quality of life between the analyzed groups, according to the place of residence, with each location having its predictors for a better or worse quality of life. However, most articles showed that elderly people living in urban areas live with better quality than elderly people living in rural areas.

Keywords: Quality of life. Seniors. Urban area. Rural area.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Mapa conceitual para organização dos termos de busca de acordo com a estratégia PECO.....	27
--	----

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 PROBLEMA	14
3 OBJETIVOS	15
3.1 GERAL	15
3.2 ESPECÍFICOS:	15
4 REFERENCIAL TEÓRICO	16
4.1 ENVELHECIMENTO: CONSIDERAÇÕES GERAIS	16
4.2 QUALIDADE DE VIDA APÓS OS 60 ANOS	17
4.3 COMORBIDADES MAIS FREQUENTES ENTRE IDOSOS	19
4.4 CONTEXTUALIZAÇÃO DAS POLÍTICAS DE SAÚDE DO IDOSO	22
5 MÉTODOS	25
5.1 PRIMEIRA FASE: ELABORAÇÃO DA PERGUNTA NORTEADORA	25
5.2 SEGUNDA FASE: BUSCA OU AMOSTRAGEM NA LITERATURA	26
5.3 TERCEIRA FASE: COLETA DE DADOS	29
5.4 QUARTA FASE: ANÁLISE DOS ESTUDOS INCLUÍDOS	29
5.5 QUINTA E SEXTA FASES: APRESENTAÇÃO DA REVISÃO INTEGRATIVA E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	30
6 RESULTADOS E DISCUSSÃO	31
6.1. ARTIGO: QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS RESIDENTES EM ÁREAS URBANAS E IDOSOS RESIDENTES EM ÁREAS RURAIS: REVISÃO INTEGRATIVA	31
CONSIDERAÇÕES FINAIS	54
REFERÊNCIAS DA DISSERTAÇÃO	56
APÊNDICES	64

1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é um assunto muito em voga no cenário mundial na atualidade, assim como a qualidade de vida (QV) na velhice. A Organização Mundial da Saúde (OMS) define qualidade de vida como a autopercepção do indivíduo, dentro do contexto cultural e do seu sistema de valores, assim como sua percepção em relação às suas expectativas, aos seus objetivos, seus padrões, anseios e vontades. O envelhecimento saudável é definido como o “processo de desenvolvimento e manutenção da capacidade funcional que permite o bem-estar na idade avançada”, com a preservação da sua capacidade física e mental, além da preservação das suas relações dentro do seu contexto social e cultural. Nesse sentido, o bem-estar se apresenta de forma particular e subjetiva, uma vez que cada indivíduo possui suas próprias aspirações e percepções em relação às definições de realização e felicidade (WHO, 1997; 2015).

O Estatuto do Idoso, em seu art. 1º, define idoso como aquela pessoa que está com idade igual ou superior a 60 anos, sendo que esse critério já era utilizado como referência à proteção de direitos especiais pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para analisar o fenômeno do envelhecimento populacional, com a ressalva da diferença estipulada no seu limite: para países desenvolvidos, 65 anos, e subdesenvolvidos, 60 anos (BRASIL, 2010).

No Brasil, em 2019, a parcela da população na faixa etária de 65 anos ou mais era de 10,8%; a estimativa em 2012 era de 8,8%. A estrutura etária para os anos de 2012 e 2019 representa o número de pessoas residentes em relação ao total da população, segundo sexo e grupos etários. Esta estrutura teve o alargamento do topo e o estreitamento da base mantidos, o que evidencia a tendência de envelhecimento populacional. Ouve um crescimento na porcentagem de pessoas com 60 anos ou mais de idade em todas as regiões do país, em comparação com 2012, sendo que o Sudeste (17,1%) e o Sul (17,4%) apresentam as maiores concentrações da população nessa faixa etária. No que se refere à expectativa de vida dos brasileiros, ouve um aumento de 31,1 anos desde 1940, chegando a 76,6 anos em 2019, sendo que as mulheres vivem em média sete anos a mais que os homens (IBGE, 2020).

O envelhecimento populacional que se apresenta como um desafio para a sociedade, uma vez que essas demandas refletem no cenário das políticas públicas

e mostram a necessidade de se abordar a fragilidade e manter a qualidade de vida da população idosa (CORDEIRO *et al.*, 2015).

Sposito, Neri e Yassuda (2015) afirmam que o envelhecimento ocasiona um declínio na capacidade cognitiva do idoso, o que pode interferir na sua qualidade de vida, refletindo na diminuição da capacidade física, emocional, nas interações psicossociais, na piora no desempenho de atividades diárias, tendo como resultado a exclusão e problemas de saúde.

Para que a vida de um idoso transcorra com uma velhice saudável, é necessário ter saúde, paz, alimentos, remédios, cuidados necessários, lugar para morar e participar de um grupo para que realmente seja feliz. De acordo com a Política Nacional de Promoção da Saúde no Brasil, publicada no ano de 2006, as atividades físicas e as práticas corporais são de grande importância, pois reduzem os riscos à saúde e melhoram a qualidade de vida dos indivíduos (BRASIL, 2013).

Segundo Garbaccio *et al.* (2018), ao abordar o termo qualidade de vida de idosos, é comum estudos referentes a pessoas residentes em área urbana, sendo escassos ainda os estudos voltados aos idosos moradores de área rural, sendo a velhice da população rural pouco estudada e analisado, podendo estar relacionado ao fato dessa população ser significativamente menor que a da população idosa da zona urbana.

Estudos realizados abordando a temática em questão inferem que os idosos residentes em áreas rurais, em comparação com idosos que residem em zona urbana, vivem em condições de pobreza, moradias precárias, tendo que lidar com o isolamento geográfico, além de encontrarem maiores dificuldades para acessar os serviços de saúde (TAVARES *et al.*, 2013).

Nesse sentido, avaliar, por meio de uma revisão integrativa da literatura, possíveis diferenças na qualidade de vida de idosos residentes em área urbana e idosos residentes em área rural torna-se relevante, pois mostrará um panorama mundial dos principais estudos relacionados ao tema pesquisado, considerando que a revisão integrativa apresenta o conhecimento da atualidade sobre uma determinada temática, identificando, analisando e sintetizando os resultados de estudos independentes que abordam o mesmo tema, refletindo beneficentemente na qualidade da assistência prestada ao paciente (SILVEIRA; GALVÃO, 2005).

Por meio desse conhecimento, poderão ser pensadas práticas voltadas a esses idosos de forma mais adequada, de acordo com o contexto em que estão

inseridos, a fim de auxiliar na promoção da saúde e, dessa forma, melhorar sua qualidade de vida para que se mantenham ativos o maior tempo possível no ambiente familiar e no meio social, assim como no seu ambiente de longa permanência, especialmente nesse momento histórico em que o percentual desta população cresce em ritmo acelerado.

Neste contexto, formula-se o seguinte problema de pesquisa: Existe diferença na qualidade de vida, por zona de residência, entre idosos residentes em áreas urbanas e idosos residentes em áreas rurais?

Desta forma, emerge a seguinte hipótese: A qualidade de vida de idosos residentes em áreas urbanas é significativamente diferente daquela de idosos residentes em áreas rurais.

Assim, este estudo tem por objetivo analisar as evidências científicas existentes na literatura sobre a qualidade de vida de idosos residentes em áreas urbanas e idosos residentes em áreas rurais.

2 PROBLEMA

Existe diferença na qualidade de vida, por zona de residência, entre idosos residentes em áreas urbanas e idosos residentes em áreas rurais?

3 OBJETIVOS

3.1 GERAL

Analisar as evidências científicas existentes na literatura sobre a qualidade de vida de idosos residentes em áreas urbanas e idosos residentes em áreas rurais.

3.2 ESPECÍFICOS:

Verificar se existe diferença significativa na qualidade de vida de idosos residentes em áreas urbanas e idosos residentes em áreas rurais, segundo local de residência.

Identificar os fatores relacionados à qualidade de vida de idosos residentes em áreas urbanas;

Identificar os fatores relacionados à qualidade de vida de idosos residentes em áreas rurais.

4 REFERENCIAL TEÓRICO

4.1 ENVELHECIMENTO: CONSIDERAÇÕES GERAIS

O idoso é definido, de acordo com a Organização Mundial de Saúde, levando-se em consideração o nível de desenvolvimento socioeconômico de cada país, sendo que em países desenvolvidos, é considerado idoso o indivíduo a partir dos 65 anos de idade e, nos países em desenvolvimento, 60 anos ou mais (WHO, 2015).

O envelhecimento da população é considerado um desafio importante para a sociedade, uma vez que é um fenômeno de grande impacto mundial. São refletidas no cenário das políticas públicas demandas devido às necessidades de trabalhar a fragilidade do idoso e, assim, manter a qualidade de vida dessa população (CORDEIRO, 2015).

Quando se pensa em envelhecimento, pode-se, *a priori*, pensar em um período de surgimento e convivência com diversas patologias e espera pela morte. Contudo, essa fase não se caracteriza, obrigatoriamente, como sinônimo de incapacidades funcionais, psíquicas ou emocionais, e sim como um período do ciclo vital em que, considerando a condição de vida do idoso, é possível a continuidade e o desenvolvimento de habilidades, estando ele apto ao aprendizado, adaptações, almejando, assim, qualidade de vida (SILVA, 2016).

Mesmo sabendo-se que o envelhecimento pode ocorrer de forma saudável, esse período do ciclo de vida humana vem acompanhado da redução cognitiva fisiológica, podendo, por vezes, resultar em isolamento e dependência parcial ou total, considerando que o desempenho das atividades físicas e sociais do idoso está relacionado à integridade de todas as suas funções. A diminuição ou perda da memória recente e a falta de habilidade na realização de cálculos são indicadores sensíveis de funções. Nesse sentido, a demência é constituída como uma síndrome crônica e progressiva, resultado de patologia ou disfunção do cérebro, desencadeando alterações das funções cognitivas, afetando, principalmente, a memória, a atenção, o pensamento, orientação, cálculo, linguagem e julgamento, além de perturbação do controle emocional, comportamento social ou motivação e intelectual (BRASIL, 2007).

A OMS, em 2020, com o intuito de incentivar à construção e síntese de evidências sobre o envelhecimento, lançou a Década do Envelhecimento Saudável (2020 à 2030), como uma estratégia global e plano de ação para o envelhecimento e

saúde, estabelecendo diretrizes que apoiam ações de incentivo à construção de uma sociedade para todas as idades. Para alcançar esse objetivo, a Década do Envelhecimento Saudável se apresenta como a principal estratégia, tendo como base a Estratégia Global da OMS sobre Envelhecimento e Saúde, no Plano de Ação Internacional das Nações Unidas para o Envelhecimento e os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável da Agenda das Nações Unidas 2030 (WHO, 2020).

Um estudo realizado por Cruz *et al.* (2015) destacou, entre outras características, que os idosos que apresentavam comprometimento cognitivo eram, em sua maioria, do sexo feminino, viúvos, pertencentes ao nível socioeconômico C, não moravam sozinhos e suas residências estavam situadas em locais cobertos pela Estratégia de Saúde de Família.

Outro estudo com idosos que possuía o objetivo de avaliar o nível cognitivo dos mesmos, mostrou que dentre os idosos entrevistados, 46,3% apresentaram demência grave, 31,3% tinham demência leve e 22,4% demência moderada. Verificou-se, também, que uma pior capacidade cognitiva pode ter relação com a uma capacidade funcional limitada, o que pode levar a uma baixa qualidade de vida nessa população. Os idosos que já possuem diminuição de suas capacidades cognitiva e funcional podem ter seus quadros agravados e, para que não evoluam para maiores perdas, são recomendadas ações que visem à prevenção por meio de adoção de um estilo de vida saudável, incluindo atividades físicas, alimentação saudável, convivência social, leituras e jogos (LEITE *et al.*, 2015).

Neste sentido, destaca-se a necessidade de se investigar a velhice sob novas óticas, principalmente, com estudos que abordem o tema do envelhecimento em diferentes regiões geográficas, pois, a partir do conhecimento da qualidade de vida nas diferentes populações, é possível propor a elaboração de políticas públicas, adaptando às questões sociais, ambientais e culturais de cada população (BICALHO *et al.*, 2010).

4.2 QUALIDADE DE VIDA APÓS OS 60 ANOS

Com o aumento e expectativa de vida, gestores e profissionais da saúde encontram-se diante de diversos desafios na atualidade, pois, mesmo sendo o processo de envelhecimento saudável, manter a qualidade de vida dessa população como indivíduos integrados à sociedade, com autonomia, mobilidade, serviços,

acesso a informações e saúde preventiva, se apresenta como um problema de grande importância a ser enfrentado (MIRANDA; MENDES; SILVA, 2016).

Nesse sentido, manter a qualidade de vida no período de envelhecimento é um dos principais desafios decorrentes da longevidade da população idosa, considerando que esse processo é permeado por complexidades, apresentando fatores variados, entre eles a saúde biológica, e mental, capacidade cognitiva, satisfação, relações familiares e sociais, renda (MARTINS *et al.*, 2020).

Qualidade de Vida é definida pela OMS como “a percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, no contexto da cultura e dos sistemas de valores nos quais ele vive, e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (WHO, 1995). Assim, o envelhecimento saudável se dá pelo desenvolvimento e manutenção da capacidade funcional da pessoa na idade avançada, permitindo o bem-estar nessa fase da vida que é inconstante, tanto em relação à capacidade intrínseca quanto à capacidade funcional. Isso porque, ainda que a tendência de ambas seja diminuir com o avançar da idade, a trajetória pessoal será determinada pelas escolhas durante a vida (WHO, 2015).

A autonomia da pessoa idosa possui grande influência sobre sua dignidade, integridade, liberdade e se apresenta como fundamental para o seu bem-estar geral, uma vez que o idoso tem o direito de fazer suas escolhas diante de diversas questões que dizem respeito a sua vida, entre elas, o local de moradia, sua vestimenta, a forma como usa seu tempo, inclusive direito de decidir se submete ou não a tratamentos (WHO, 2015).

Outro marcador importante de envelhecimento saudável e com qualidade é a função cognitiva. Envelhecer de forma bem sucedida está relacionado à perspectiva subjetiva e positiva de cada indivíduo, perante à individualidade e às diferenças socioculturais, com manutenção de suas capacidades e funcionamento satisfatório (RINALDI *et al.*, 2018).

A religiosidade e a espiritualidade também se apresentam como um domínio de importância considerável para a saúde e bem-estar de idosos, impactando positivamente na saúde física, mental e social dos mesmos, sendo de grande valor para um envelhecimento saudável, assim como uma estratégia oportuna para aqueles com morbidades (LUCCHETTI; LUCCHETTI; VALLADA, 2013).

Tavares *et al.* (2017), por meio de uma revisão integrativa mostraram que a percepção dos idosos em relação ao envelhecimento saudável engloba dimensões

biopsicossociais e espirituais. No que se refere à dimensão biológica, estão as percepções voltadas à adoção de hábitos saudáveis; na psicológica, encontram-se o otimismo e a felicidade; na dimensão espiritual, destacam-se como elementos importantes para o envelhecer de modo saudável a fé e a espiritualidade; já na dimensão social, o que influencia no envelhecimento saudável são as relações sociais e familiares, destacando a importância, também, de um companheiro.

Na busca de encontrar um instrumento capaz de avaliar a QV de idosos, de modo a atender às suas principais necessidades, foi confeccionado e validado o questionário WHOQOL-OLD, que acrescenta facetas aos instrumentos já utilizados para indivíduos adultos. Este questionário, muito utilizado nos estudos envolvendo qualidade de vida de idosos, possui 24 questões, divididas em seis domínios, sendo eles: Funcionamento dos sentidos; Autonomia; Atividades passadas, presentes e futuras; Participação social; Morte e morrer; e Intimidade (WHO, 2008).

Um estudo realizado por Nascimento *et al.* (2020) mostrou a correlação entre os domínios de meio ambiente e relações sociais. Essa relação aponta a importância desses domínios para o idoso, devendo ser considerados na formulação de políticas de saúde para a pessoa idosa, uma vez que seu grau de dependência pode ser influenciado ou determinado pelo ambiente em que estiver inserido. Dessa forma, o lazer e o acesso à informações, associados à inclusão de idosos em grupos sociais, melhoram a satisfação com o sono e qualidade de vida, o que ressalta, também, a importância, na velhice, dos grupos socioeducativos.

Ainda a esse respeito, a participação dos idosos nos grupos sociais contribui de forma positiva no que concerne à sua qualidade de vida, pois, passam a interagir com outras pessoas, criam novos laços, fazendo com o idoso veja em si valor pessoal, diminuindo os sentimentos de abandono e solidão (SOUSA *et al.*, 2020).

Assim, avaliar a QV de idosos se torna uma ferramenta de saúde pública imprescindível, considerando o aumento da expectativa de vida e as comorbidades que afetam a população nessa fase da vida (OLIVEIRA-CAMPOS *et al.*, 2013).

4.3 COMORBIDADES MAIS FREQUENTES ENTRE IDOSOS

O envelhecimento da população é um fenômeno que tem ocorrido mundialmente, tanto nos países mais desenvolvidos quanto nos menos desenvolvidos.

A estrutura etária e demográfica do Brasil foi modificada consideravelmente devido às alterações na taxa de fecundidade e mortalidade que resultou na significativa transformação da pirâmide etária da população brasileira. Essas transformações demandam novos desafios, como garantir a qualidade de vida dessa população em detrimento do surgimento de doenças crônicas, entre as quais se destacam diabetes mellitus (DM) e Hipertensão Arterial sistêmica (HAS) (MENDES; MORAES; GOMES, 2014).

Essa preocupação com o envelhecimento populacional ocorre mundialmente, uma vez que, ao mesmo tempo em que há a constatação do aumento da longevidade, há a verificação de alterações negativas na integridade física, mental e cognitiva dos idosos, tornando-os mais vulneráveis às morbidades frequentes dessa fase da vida, e, por conseguinte, à mortalidade (CHANG *et al.*, 2019).

Pimenta *et al.* (2013) afirmam que as doenças crônicas degenerativas impactam de forma variada a vida dos idosos, causando fragilidades e dependências, devido, principalmente, ao aparecimento das demências, considerando que os idosos com esse quadro são os que mais apresentam comorbidades, apresentando significativo declínio funcional e cognitivo.

Pes *et al.* (2019) definem comorbidade como a presença de um ou mais agravos à saúde do indivíduo, representando significativa fragilidade, o que implica de modo direto na diminuição de suas diversas funções e impacta na diminuição da qualidade de vida. Considerando que as comorbidades ocorrem nos idosos de modo bastante heterogêneo, sendo comum diversas condições diferentes em um mesmo idoso, é primordial que os principais determinantes das comorbidades sejam identificados para que as ações de prevenção se tornem efetivas, principalmente no estágio inicial de envelhecimento.

Entre as patologias mais frequentes em idosos estão as cardiovasculares, hipertensão arterial sistêmica, diabetes, câncer e acidente vascular cerebral. A função cardíaca comprometida e diminuída do idoso levam à baixa tolerância aos esforços, assim como o aumento da resistência vascular e a diminuição do reflexo barorreceptor, resultando na hipertensão arterial (CAVALCANTI *et al.*, 2017; VITÓRIA, 2010). É muito frequente a associação da Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus com as doenças cardiovasculares e cerebrovasculares, o que demanda maiores cuidados e aumenta os riscos de complicações (BISPO *et al.*, 2016).

Outro estudo constatou a associação importante entre capacidade funcional e idosos com idade igual ou superior a 75 anos e, independente do sexo, faixa etária e existência de comorbidades, a não prática de atividade física apareceu como fator associado à mobilidade reduzida (SILVA *et al*, 2019). A incapacidade funcional, seja física e/ou mental, impacta grandemente na vida da pessoa idosa, uma vez que aumenta a morbimortalidade e o risco de hospitalização, assim como leva à permanência em instituições de longa permanência, levando à sobrecargas econômicas e sociais tanto para o idoso, quanto para a família e para o sistema de saúde (MACIEL; GUERRA, 2008).

Outro grave problema de saúde pública, devido à sua grande incidência entre os idosos, são as quedas que levam a fraturas, destacando-se as fraturas de quadril, pois elas ocasionam grande impacto na vida desse idoso, além de gerar gastos elevados ao Sistema Único de Saúde (SUS) devido sua alta complexidade, desde a avaliação do paciente até a cirurgia, assim como a internação hospitalar prolongada do idoso acometido pela fratura (CARNEIRO *et al.*, 2016).

Há, entre a população idosa, a tendência ao sedentarismo, levando ao ganho de peso e a obesidade. Contudo, além do sedentarismo, outros fatores contribuem para a obesidade em idosos, como fatores genéticos, gênero, fisiológico, psicológicos, econômico, assim como outros hábitos não saudáveis, a exemplo do tabagismo (BARBIERI; MELLO, 2012).

De acordo com Silva *et al.* (2013), a obesidade entre os idosos é definida como uma desordem complexa que está associada ao aumento de peso devido à diminuição do metabolismo, diminuição de atividade física e consumo exacerbado de alimentos calóricos.

Em relação à saúde mental, o transtorno de humor mais comum entre a população idosa é a depressão que tende a gerar sofrimento psíquico, perda da autonomia, isolamento, aumento da procura e utilização dos serviços de saúde, queda na qualidade de vida, além de aumentar o risco de morte (BORGES, 2013).

Mesmo essa patologia sendo bastante expressiva entre os idosos, ela ainda vem sendo negligenciada por profissionais da saúde que tendem à associa-la a idade avançada, como sendo inerente a essa fase da vida. Além do mais, os próprios pacientes acometidos pela depressão, muitas vezes não relatam sintomas depressivos nem utilizam o termo depressão, porém, relatam fatos vagos que podem denunciar a presença da doença (PINHO; CUSTÓDIO; MAKDISSE, 2009).

Lima *et al.* (2020) enfatiza a importância de se pesquisar e avaliar os fatores relacionados ao envelhecimento e as demências como forma de criar estratégias de cuidados para os idosos futuros e prevenir agravos às funções cognitivas da atual população idosa, uma vez que a demência está associada a diversos fatores negativos como instabilidade e depressão que podem acarretar danos à qualidade de vida do idoso.

Entre os casos de demências, a Doença de Alzheimer está em primeiro lugar, seguida pela ocorrência de diversos acidentes vasculares cerebrais (XIMENES; RICO; PEDREIRA, 2014). O paciente que se encontra na fase avançada da Doença de Alzheimer tem considerável perda de sua autonomia, dependendo de supervisão para a realização de suas atividades de vida diárias, como a manutenção de sua higiene, ir ao banheiro, vestir-se, alimentar-se, entre outras atividades consideradas simples e pessoais que passam a demandar auxílio para serem realizadas. Alterações de comportamentos como irritabilidade, alucinações e agressividade também podem ser observadas nos idosos com Alzheimer (BURLÁ *et al.*, 2014).

Nesse sentido, considerando as diversas comorbidades que podem acometer os idosos, torna-se imprescindível a oferta de condutas voltadas ao envelhecimento saudável, assim como compreender o modo como os fenômenos ocorrem para, a partir desse conhecimento, garantir o atendimento do idoso nas suas diversas necessidades, de forma integral e multidimensional que impacte na qualidade de vida dos idosos (POSSATTO; RABELO, 2017).

4.4 CONTEXTUALIZAÇÃO DAS POLÍTICAS DE SAÚDE DO IDOSO

O Brasil caminha rapidamente para um perfil demográfico mais envelhecido, caracterizado por uma transição epidemiológica, onde as doenças crônico-degenerativas ocupam lugar de destaque. O incremento das doenças crônicas implicará a necessidade de adequações das políticas sociais, particularmente aquelas voltadas para atender as crescentes demandas nas áreas da saúde, previdência e assistência social (MENDES, 2011).

Segundo o Estatuto do Idoso, a pessoa idosa possui todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, assegurados por lei, garantindo acesso a todas as oportunidades e facilidades, de forma a preservar sua saúde física e mental, assim como seu aperfeiçoamento moral, intelectual, espiritual e social, com liberdade e dignidade. O estatuto afirma, entre outras coisas, que assegurar a efetivação do

direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, ao trabalho, à liberdade, à dignidade e à convivência familiar e comunitária é obrigação conjunta da família, da comunidade, da sociedade e do Poder Público (BRASIL, 2003).

De acordo com o que está proposto na Lei nº 8.842, a Política Nacional do Idoso tem por objetivo assegurar os direitos sociais do idoso, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade (BRASIL, 1994).

Neste contexto, a OMS propõe, fundamentada na Política de Saúde, um “Envelhecimento Ativo”, ressaltando que o governo, as organizações internacionais e a sociedade civil devam implementar políticas e programas que melhorem a saúde, a participação e a segurança da pessoa idosa, considerando o cidadão idoso não mais como passivo, mas como agente das ações a eles direcionadas, numa abordagem baseada em direitos que valorizem os aspectos da vida em comunidade, identificando o potencial para o bem-estar físico, social e mental ao longo do curso da vida (BRASIL, 2010).

De acordo com o Relatório mundial de envelhecimento e saúde, publicado pela OMS em 2015, em grande parte dos países, mais de 1 em cada 5 pessoas têm mais de 60 anos e reforça que um quantitativo pequeno de políticas ou serviços não será suficiente para beneficiá-los de alguma forma, sendo que é de suma importância a inclusão do Envelhecimento Saudável em todas as políticas, em todos os níveis de governo (WHO, 2015).

Ainda de acordo com o relatório, planos de ação e estratégias nacionais, regionais, estaduais ou municipais de envelhecimento podem contribuir na orientação dessa reposta intersetorial, assim como garantir respostas coordenadas que levem à abrangência dos diversos setores e níveis de governo (WHO, 2015).

Entretanto, existem diversas outras áreas de ação, incluindo: Estabelecer políticas e programas que ampliem as opções de habitação para adultos maiores e auxiliem com modificações no lar que permitam aos adultos maiores envelhecerem em um local adequado; Introduzir medidas para garantir que os adultos maiores sejam protegidos contra a pobreza, por exemplo, por meio de esquemas de proteção social; Fornecer oportunidades de participação social e de desempenhar papéis sociais significativos, visando especificamente os processos marginalizam e isolam os adultos maiores; Remover barreiras, estabelecer normas de acessibilidade e garantir a conformidade em edifícios, transporte e tecnologias de informação e comunicação; Considerar o planejamento urbano e as decisões de utilização da terra e seu impacto sobre a segurança e a mobilidade das pessoas maiores; Promover a diversidade da idade e inclusão em ambientes de trabalho (WHO, 2015, p.22).

Dessa forma, faz-se importante a criação de novas políticas de saúde voltadas à população idosa, assim como a implementação das políticas já em vigência, como forma de garantir aos idosos uma velhice saudável, com direitos e garantias que lhes proporcionem qualidade de vida.

5 MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo, do tipo revisão integrativa da literatura. Segundo Whitemore e Knafl (2005), a revisão integrativa é a mais ampla abordagem metodológica no que se refere às revisões, pois permite a inclusão de estudos experimentais e não-experimentais, possibilitando uma compreensão completa do fenômeno analisado, ao combinar dados da literatura teórica e empírica, incorporando diversos propósitos: definição de conceitos, revisão de teorias e evidências, e análise de questões metodológicas de tópicos particulares.

Ao sintetizar os estudos disponíveis acerca de um determinado tema e direcionar a prática embasando-se em conhecimento científico, e considerando a necessidade de garantir uma assistência embasada em evidências científicas, a revisão integrativa vem sendo reconhecida como uma ferramenta ímpar na área da saúde (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010).

Para que uma revisão integrativa seja elaborada, é preciso que todas as etapas sejam cumpridas rigorosamente e descritas de forma clara e objetiva. Na literatura, encontra-se disponível o processo de elaboração da revisão integrativa, com algumas modificações de subdivisão, de acordo com cada autor. Neste estudo, seguiu-se as seis fases para a construção de uma revisão integrativa propostas por Mendes, Silveira e Galvão (2008) que são autores amplamente referenciados no que diz respeito a este método de pesquisa.

A OMS define idoso de acordo com o nível socioeconômico de cada nação, sendo que em países desenvolvidos, é considerado idoso o indivíduo a partir dos 65 anos de idade e, nos países em desenvolvimento, 60 anos ou mais (WHO, 2015). Importa destacar que nesta revisão utilizaremos o conceito de idoso proposto pela OMS, de forma adaptada, homogeneizando para 60 anos ou mais.

5.1 PRIMEIRA FASE: ELABORAÇÃO DA PERGUNTA NORTEADORA

Nessa fase, foi delimitado o tema da pesquisa e formulada a pergunta norteadora de forma clara e específica. Assim, a questão norteadora foi: Existe diferença na qualidade de vida, por zona de residência, entre idosos residentes em áreas urbanas e idosos residentes em áreas rurais? Essa pergunta foi sustentada na estratégia PECO (BRASIL, 2014), própria para guiar revisões de estudos observacionais, onde **P**opulação: idosos com 60 anos ou mais; **E**xposição: idosos

residentes em áreas urbanas; **Comparação:** idosos residentes em áreas rurais; **Outcome:** desfecho qualidade de vida.

5.2 SEGUNDA FASE: BUSCA OU AMOSTRAGEM NA LITERATURA

Realizou-se a busca nas principais bases de dados e bibliotecas eletrônicas, de forma ampla e diversificada. A fim de direcionar e organizar o processo de busca, foram elencados critérios de elegibilidade para os estudos procurados. Foram incluídos artigos provenientes de pesquisa original, disponíveis na íntegra, publicados em periódicos, no período de janeiro de 2011 a dezembro de 2020, em português, inglês e espanhol e que atenderam ao objetivo e à questão norteadora do estudo em tela. Foram excluídos artigos do tipo relato de caso, relato de experiências, reflexões, cartas ao editor, revisões de qualquer natureza, estudos presentes na literatura cinza. Também foram excluídos estudos que não fizeram comparação da QV de idosos entre as zonas e/ou apenas avaliou uma zona, estudos que abordaram a QV de idosos de apenas um gênero, assim como estudos que compararam a QV de idosos com alguma comorbidades associada, como: câncer, Alzheimer, fraturas de fêmur, hipertensão, diabetes, claudicação, entre outras. Isso fez-se necessários para tornar a amostra, a ser analisada, mais homogênea possível e diminuir as variáveis que pudessem gerar vieses ao estudo.

A identificação dos estudos selecionados nesta revisão ocorreu no mês de junho de 2021 por dois revisores independentes, utilizando-se os descritores controlados de acordo com os Descritores em Ciências da Saúde (DeCs) e *Medical Subject Headings* (MeSH). Os principais descritores utilizados foram: *Aged, Urban Population, Rural Population, Quality of Life*, e utilizado os operadores booleanos “AND” e “OR” nas seguintes bases de dados e bibliotecas eletrônicas de amplitude nacional e internacional: PUBMED, BVS, Web of Science e SCOPUS.

PubMed- é um service do U.S. National Library of Medicine que inclui outros 19 milhões de citações incluindo a MEDLINE (Medical Literature Analyses and Retrieval System online), revistas de ciências da vida e outros livros online. Site: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed> (BRASIL, 2014).

BVS - A Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) é o espaço de integração de fontes de informação em saúde que promove a democratização e ampliação do acesso à informação científica e técnica em saúde na América Latina e Caribe (AL&C). A coleção de fontes de informação do Portal está composta de bases de dados

bibliográficas produzidas pela Rede BVS, como LILACS, além da base de dados Medline e outros tipos de fontes de informação tais como recursos educacionais abertos, sites de internet e eventos científicos. Site: <https://bvsalud.org> (BRASIL, 2014).

Web of Science - é uma plataforma referencial de citações científicas projetada para apoiar pesquisas científicas e acadêmicas com cobertura nas áreas de ciências, ciências sociais, artes e humanidades. O Web of Science Core Collection é o principal recurso na plataforma e inclui mais de 20.000 revistas acadêmicas de alta qualidade revisadas por pares e publicadas em todo o mundo (incluindo periódicos de Acesso Aberto), e mais de 190.000 processos de conferências. Site: <https://www.webofscience.com> (BRASIL, 2014).

Scopus - é a maior base de dados de resumos e citações de literatura revisada por pares, com ferramentas bibliométricas para acompanhar, analisar e visualizar a pesquisa. Scopus contém mais de 22.000 títulos de mais de 5.000 editores em todo o mundo, abrangendo as áreas de ciência, tecnologia, medicina, ciências sociais e Artes e Humanidades. Além disso, contém mais de 55 milhões de registros que remontam a 1823, dois quais 84% possuem referências que datam de 1996. Site: <https://www.scopus.com> (BRASIL, 2014).

Na etapa da revisão, foi também realizada a construção de um mapa conceitual adaptado de Silva (2019) para organização dos descritores, seus sinônimos, termos relacionados, a partir da estratégia PECO, de maneira a elucidar adequadamente os termos controlados utilizados no processo de busca. (Quadro 1).

Quadro 1: Mapa conceitual para organização dos termos de busca de acordo com a estratégia PECO.

MAPA CONCEITUAL				
Pergunta: Existe diferença na qualidade de vida entre idosos residentes em áreas urbanas e idosos residentes em áreas rurais?				
Elementos-problemas contidos na pergunta	Termos retirados da estrutura DECs/MeSH			Termos fora do vocabulário controlado
Acrônimo PECO	DECs (BVS) MeSH (Pubmed)	Sinônimos Pubmed = Entry terms (Todos com TiAb) (Repete o DECs/ MeSH com TiAb)	Termos relacionados (Pubmed = see also)	Termos livres (Encontrados em artigos, capítulos de livro, siglas, Google etc.)

Termos relacionados à população (P)	Aged	Aged Elderly	Health Services for the Aged Homes for the Aged Pensions Retirement Housing for the Elderly	
Termos relacionados à exposição (E)	Urban Population	Urban Population Population, Urban Populations, Urban Urban Populations Urban Spatial Distribution Distribution, Urban Spatial Distributions, Urban Spatial Urban Spatial Distributions	Cities Suburban Population Urbanization	
Comparador (C)	Rural Population	Rural Population Population, Rural Populations, Rural Rural Populations Rural Spatial Distribution Distribution, Rural Spatial Distributions, Rural Spatial Rural Spatial Distributions Rural Communities Communities, Rural Community, Rural Rural Community		
Termos relacionados ao desfecho (O)	Quality of Life	Quality of Life Life Quality Health-Related Quality Of Life Health Related Quality Of Life HRQOL	Life Style Karnofsky Performance Status Sickness Impact Profile Value of Life	

Para a seleção dos estudos, com base no Mapa Conceitual, descritores e operadores booleanos, foi utilizada a seguinte expressão de busca na PUBMED e depois adaptada para as demais bases e bibliotecas eletrônicas:

“((((((((((aged[MeSH Terms]) OR (aged[Title/Abstract])) OR (Elderly[Title/Abstract])) OR (Health Services for the Aged[Title/Abstract])) OR (Homes for the Aged[Title/Abstract])) OR (Pensions[Title/Abstract])) OR (Retirement[Title/Abstract])) OR (Housing for the Elderly[Title/Abstract])) AND (((((((((((Urban Population[MeSH Terms]) OR (Urban Population[Title/Abstract])) OR (Population, Urban[Title/Abstract])) OR (Populations, Urban[Title/Abstract])) OR (Urban Populations[Title/Abstract])) OR (Urban Spatial Distribution[Title/Abstract])) OR (Distribution, Urban Spatial[Title/Abstract])) OR (Distributions, Urban Spatial[Title/Abstract])) OR (Urban

Spatial Distributions[Title/Abstract])) OR (Cities[Title/Abstract])) OR (Suburban Population[Title/Abstract])) OR (Urbanization[Title/Abstract])) AND (((((((((((((Rural Population[MeSH Terms]) OR (Rural Population[Title/Abstract])) OR (Population, Rural[Title/Abstract])) OR (Populations, Rural[Title/Abstract])) OR (Rural Populations[Title/Abstract])) OR (Rural Spatial Distribution[Title/Abstract])) OR (Distribution, Rural Spatial[Title/Abstract])) OR (Distributions, Rural Spatial[Title/Abstract])) OR (Rural Spatial Distributions[Title/Abstract])) OR (Rural Communities[Title/Abstract])) OR (Communities, Rural[Title/Abstract])) OR (Community, Rural[Title/Abstract])) OR (Rural Community[Title/Abstract])) AND (((((((((((((Quality of Life[MeSH Terms]) OR (Quality of Life[Title/Abstract])) OR (Life Quality[Title/Abstract])) OR (Health-Related Quality Of Life[Title/Abstract])) OR (Health Related Quality Of Life[Title/Abstract])) OR (HRQOL[Title/Abstract])) OR (Life Style[Title/Abstract])) OR (Karnofsky Performance Status[Title/Abstract])) OR (Sickness Impact Profile[Title/Abstract])) OR (Value of Life[Title/Abstract]))”.

5.3 TERCEIRA FASE: COLETA DE DADOS

Foram extraídos os dados das publicações selecionadas por meio de um instrumento de extração de dados adaptado do formulário proposto pelas Diretrizes Metodológicas: elaboração de revisões sistemáticas e metanálise de estudos observacionais comparativos (Brasil, 2014), contendo as seguintes informações sobre cada estudo da amostra: autores, título, ano, país, idioma, base de dado/biblioteca virtual, tipo de estudo/ nível de evidência e objetivo. Foi organizado deste modo para assegurar que a totalidade fosse extraída, para minimizar os erros na transcrição, para garantir a precisão da checagem das informações e para servir como registro.

5.4 QUARTA FASE: ANÁLISE DOS ESTUDOS INCLUÍDOS

Os artigos selecionados neste estudo foram analisados de forma detalhada, de acordo com as recomendações metodológicas da revisão integrativa, respondendo ao problema de pesquisa e aos objetivos deste estudo.

As publicações da amostra final também foram analisadas segundo a classificação proposta pela Prática Baseada em Evidência (*Evidence-based practice*), que descreve sete níveis de evidências: Nível I: Evidências oriundas de revisão sistemática ou metanálise de todos os relevantes ensaios clínicos randomizados

controlados, ou provenientes de diretrizes clínicas baseadas em revisões sistemáticas de ensaios clínicos randomizados controlados; Nível II: Evidências derivadas de, pelo menos, um ensaio clínico randomizado controlado bem delineado; Nível III: Evidências resultantes de ensaios clínicos bem delineados sem randomização; Nível IV: Evidências oriundas de estudos de coorte e de caso-controle bem delineados; Nível V: Evidências originárias de revisão sistemática de estudos descritivos e qualitativos; Nível VI: Evidências derivadas de um único estudo descritivo ou qualitativo; Nível VII: Evidências procedentes de opinião de autoridades e/ou relatório de comitês de especialistas (MELNYK; FINEOUT-OVERHOLT, 2011).

Para a análise da qualidade metodológica dos estudos incluídos, foi utilizado o instrumento STROBE (*Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology*) que serve para mensurar a qualidade de estudos observacionais a partir de uma checklist de 22 itens que guiam a adequada escrita de cada seção dos estudos, cujos desenhos estejam abrangidos por esta ferramenta (VOM ELM *et al.*, 2008; BRASIL, 2014; PACHECO *et al.*, 2017).

5.5 QUINTA E SEXTA FASES: APRESENTAÇÃO DA REVISÃO INTEGRATIVA E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Posteriormente à identificação dos estudos que compuseram a amostra final desta revisão, estes passaram por leitura crítica e aprofundada, de modo que foram interpretados e sintetizados de forma descritiva, observando-se, além dos aspectos metodológicos, os resultados encontrados, ressaltando as convergências e divergências destes, de maneira a responder à pergunta de estudo e aos objetivos propostos.

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

6.1. ARTIGO: QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS RESIDENTES EM ÁREAS URBANAS E IDOSOS RESIDENTES EM ÁREAS RURAIS: REVISÃO INTEGRATIVA

Qualidade de Vida de Idosos Residentes em Áreas Urbanas e Idosos Residentes em Áreas Rurais: Revisão integrativa

Quality of life of elderly people living in urban areas and elderly people living in rural areas: an integrative review

Suzana Maria da Silva Ferreira¹

Nilza Pereira de Araujo²

¹ Enfermeira. Mestranda em Ciências da Saúde pela Universidade Federal de Roraima, Brasil.

² Psicóloga. Doutorado em Psicobiologia pela Universidade Federal de São Paulo, Brasil. Professora do Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde da UFRR, Brasil.

RESUMO

Introdução: A qualidade de vida pode sofrer influência pelas particularidades relacionadas ao local de residência, rural e urbano, assim como pelas características de cada população. **Objetivo:** Analisar as evidências científicas existentes na literatura sobre a qualidade de vida de idosos residentes em áreas urbanas e idosos residentes em áreas rurais. **Método:** Revisão integrativa, desenvolvida em seis fases. Utilizou-se, para a busca, os descritores *Aged*, *Urban Population*, *Rural Population*, *Quality of Life*, seus sinônimos e seus termos relacionados, combinados com os operadores booleanos “AND” e “OR” nas bases de dados: PUBMED, BVS, Web of Science e SCOPUS. Compõem esta amostra 13 estudos, publicados no período de janeiro de 2011 a dezembro de 2020. **Resultados:** Principais fatores relacionados à melhor qualidade de vida de idosos residentes em áreas urbanas: nível econômico mais elevado, maior nível de escolaridade, prática regular de atividade física e melhor desempenho da função cognitiva e capacidade funcional. O estado nutricional foi classificado como um fator negativo, com IMC mais elevado. Quanto aos de idosos residentes em áreas rurais, encontrou-se a saúde de modo geral como um preditor importante de qualidade de vida. Por outro lado, fatores como depressão, ansiedade, relacionamento social, baixa escolaridade e fatores socioeconômicos foram associados à baixa qualidade de vida entre os idosos da zona rural. **Conclusão:** A

maioria dos artigos mostrou que idosos que residem em área urbana vivem com melhor qualidade do que os idosos que moram em área rural.

Palavras-chave: Qualidade de vida; Idosos. Área urbana. Área rural.

ABSTRACT

Introduction: The quality of life can be influenced by the particularities related to the place of residence, rural and urban, as well as by the characteristics of each population. **Objective:** To analyze the scientific evidence in the literature on the quality of life of elderly people living in urban areas and elderly people living in rural areas. **Method:** Integrative review, developed in six phases. For the search, the descriptors Aged, Urban Population, Rural Population, Quality of Life, their synonyms, and their related terms were used, combined with the Boolean operators "AND" and "OR" in the databases: PUBMED, BVS, Web of Science and SCOPUS. This sample comprises 13 studies, published from January 2011 to December 2020.

Results: Main factors related to a better quality of life for elderly people living in urban areas: higher economic level, higher education level, regular practice of physical activity, and better performance of cognitive function and functional capacity. Nutritional status was classified as a negative factor, with a higher BMI. As for the elderly living in rural areas, health, in general, was found to be an important predictor of quality of life. On the other hand, factors such as depression, anxiety, social relationships, low education, and socioeconomic factors were associated with poor quality of life among the elderly in rural areas. **Conclusion:** Most articles showed that elderly people living in urban areas live with better quality than elderly people living in rural areas.

Keywords: Quality of life; Seniors. Urban area. Rural area.

Introdução

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que até 2050 a população mundial de idosos terá seu quantitativo dobrado, com aumento significativo nos países de baixa e média renda (WHO, 2017a). De acordo com a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), envelhecimento é definido como “um processo sequencial, individual, acumulativo, irreversível, universal, não patológico, de deterioração de um organismo maduro, próprio a todos os membros de uma espécie, de maneira que o tempo o torne menos capaz de fazer frente ao estresse do meio ambiente e, portanto, passível da possibilidade de morte” (OPAS, 2003).

O envelhecimento não ocorre do mesmo modo com todos os indivíduos, devido aos diversos fatores ao longo da vida que influenciam de forma individual como fatores fisiológicos, psicológicos, sociais, ambientais, econômicos e culturais que podem interferir, também, na qualidade de vida. Diante do aumento da expectativa de vida da população, faz-se importante assegurar aos idosos, além de maior longevidade, uma vida feliz, com satisfação pessoal e qualidade de vida (SIMEÃO *et al.*, 2018; CELICH *et al.*, 2010).

Qualidade de vida é definida pela OMS como a percepção dos indivíduos acerca de seus próprios posicionamentos na vida, no contexto cultural e sistemas de valores em que vivem, além de seus objetivos, suas expectativas, seus padrões e interesses. Essa definição é ampla e engloba a saúde física, saúde psicológica, independência social e os relacionamentos de cada indivíduo com características externas importantes (WHO, 2011).

O processo de envelhecimento ocorre de forma bastante heterogênea, em que há indivíduos que vivem essa fase com qualidade de vida e saúde satisfatórias, com poucas doenças, com capacidade de autocuidado preservada, controle de estresse em bons níveis e satisfação com a vida. Por outro lado, há pessoas que são afetadas por outros fatores que levam à diminuição da qualidade de vida na velhice, como inatividade, fadiga, transtornos alimentares, depressão e comorbidades (GARBACCIO *et al.*, 2018). A esse respeito, González-Celis e Gómez-Benito (2013) também citam os fatores sociodemográficos, emocionais e físicos como possíveis comprometedores da qualidade de vida (QV) dos idosos.

Nessa perspectiva, de acordo com Ferreira, Meireles e Ferreira (2018), a qualidade de vida resulta de uma série de hábitos seguidos pelos idosos, e não somente de um componente apenas. Entre esses componentes que também podem comprometer as condições de vida da população idosa e, por conseguinte, sua percepção de qualidade de vida, estão fatores sociais como renda, etnia, nível de escolaridade e situação conjugal.

A QV pode sofrer influência pelas particularidades relacionadas ao local de residência, rural e urbano, assim como pelas características de cada população. No que se refere ao local de moradia, há a necessidade de se analisar as diferenças de infraestrutura, dos fatores socioeconômicos, político e culturais entre as áreas rural e urbana, uma vez que esses aspectos podem comprometer ou favorecer as condições

de saúde e QV dos idosos, de acordo com sua percepção individual e subjetiva (SANTOS *et al.*, 2013).

Devido às melhores condições econômicas nas zonas urbanas, infere-se que a população idosa dessas áreas possui facilidade de acesso aos meios de comunicação, aos serviços de saúde, lazer e aquisição de bens de consumo, refletindo positivamente para uma vida com qualidade (ALENCAR *et al.*, 2010).

Nesse sentido, Martins *et al.* (2007) enfatizam a necessidade de pesquisas que expandam o conhecimento em relação à população idosa que vive em área rural, em comparação aos idosos que residem em área urbana, com o intuito de planejar estratégias e serviços que atendam de forma mais igualitária aos anseios e necessidades dos idosos brasileiros.

Assim, avaliar, por meio de uma revisão integrativa da literatura, possíveis diferenças na qualidade de vida de idosos residentes em área urbana e idosos residentes em área rural torna-se relevante, pois mostrará um panorama mundial das principais pesquisas voltadas ao tema estudado, uma vez que a revisão integrativa exhibe o conhecimento atual acerca de um determinado tema, identificando, analisando e sintetizando os resultados de pesquisas independentes que tratam da mesma temática, o que reflete de forma benéfica na qualidade da assistência dispensada ao paciente (SILVEIRA, 2005).

Através desse conhecimento, poderão ser pensadas estratégias voltadas a essa população de forma mais adequada, de acordo com o contexto em que estão inseridas e seu local de residência, como forma de auxiliar na promoção da saúde e, dessa forma, melhorar sua qualidade de vida para que se mantenham ativos o maior tempo possível no ambiente familiar e no meio social, especialmente nesse momento histórico em que o percentual desta população cresce em ritmo acelerado.

Neste contexto, formula-se o seguinte problema de pesquisa: Existe diferença na qualidade de vida, por zona de residência, entre idosos residentes em áreas urbanas e idosos residentes em áreas rurais?

Assim, este estudo teve por objetivo analisar as evidências científicas existentes na literatura sobre a qualidade de vida de idosos residentes em áreas urbanas e idosos residentes em áreas rurais.

Método

Trata-se de um estudo descritivo, do tipo revisão integrativa da literatura. Segundo Whittmore e Knafl (2005), a revisão integrativa é a mais ampla abordagem metodológica no que se refere às revisões, pois permite a inclusão de estudos experimentais e não-experimentais, possibilitando uma compreensão completa do fenômeno analisado, ao combinar dados da literatura teórica e empírica, incorporando diversos propósitos: definição de conceitos, revisão de teorias e evidências, e análise de questões metodológicas de tópicos particulares.

Para que uma revisão integrativa seja elaborada, é preciso que todas as etapas sejam cumpridas rigorosamente e descritas de forma clara e objetiva. Neste estudo, seguiu-se as seis fases para a construção de uma revisão integrativa propostas por Mendes, Silveira e Galvão (2008) que são autores amplamente referenciados no que diz respeito a este método de pesquisa.

A OMS define idoso de acordo com o nível socioeconômico de cada nação, sendo que em países desenvolvidos, é considerado idoso o indivíduo a partir dos 65 anos de idade e, nos países em desenvolvimento, 60 anos ou mais (WHO, 2015). Importa destacar que nesta revisão utilizaremos o conceito de idoso proposto pela OMS, de forma adaptada, homogeneizando para 60 anos ou mais.

Foi delimitado o tema da pesquisa e formulada a pergunta norteadora de forma clara e específica. Assim, a questão norteadora foi: Existe diferença na qualidade de vida, por zona de residência, entre idosos residentes em áreas urbanas e idosos residentes em áreas rurais? Essa pergunta foi sustentada na estratégia PECO (BRASIL, 2014), própria para guiar revisões de estudos observacionais, onde **P**opulação: idosos com 60 anos ou mais; **E**xposição: idosos residentes em áreas urbanas; **C**omparação: idosos residentes em áreas rurais; **O**utcome: desfecho qualidade de vida.

Em seguida, realizou-se a busca nas principais bases de dados e bibliotecas eletrônicas, de forma ampla e diversificada. A fim de direcionar e organizar o processo de busca, foram elencados critérios de elegibilidade para os estudos procurados. Foram incluídos artigos provenientes de pesquisa original, disponíveis na íntegra, publicados em periódicos, no período de janeiro de 2011 a dezembro de 2020, em português, inglês e espanhol e que atenderam ao objetivo e a questão norteadora do estudo em tela. Foram excluídos artigos do tipo relato de caso, relato de experiências, reflexões, cartas ao editor, revisões de qualquer natureza, estudos presentes na

literatura cinza. Também foram excluídos estudos que não fizeram comparação da QV de idosos entre as zonas e/ou apenas avaliou uma zona, estudos que abordaram a QV de idosos de apenas um gênero, assim como estudos que compararam a QV de idosos com alguma comorbidades associada, como: câncer, Alzheimer, fraturas de fêmur, hipertensão, diabetes, claudicação, entre outras. Isso fez-se necessários para tornar a amostra, a ser analisada, mais homogênea possível e diminuir as variáveis que pudessem gerar vieses ao estudo.

A identificação dos estudos selecionados nesta revisão ocorreu no mês de junho de 2021 por dois revisores independentes, utilizando-se os descritores controlados de acordo com os Descritores em Ciências da Saúde (DeCs) e *Medical Subject Headings* (MeSH). Utilizou-se, para a busca, os descritores *Aged, Urban Population, Rural Population, Quality of Life*, seus sinônimos e seus termos relacionados, combinados com os operadores booleanos “AND” e “OR” nas seguintes bases de dados e bibliotecas eletrônicas de amplitude nacional e internacional: PUBMED, BVS, Web of Science e SCOPUS.

Foram extraídos os dados das publicações selecionadas por meio de um instrumento de extração de dados adaptado do formulário proposto pelas Diretrizes Metodológicas: elaboração de revisões sistemáticas e metanálise de estudos observacionais comparativos (BRASIL, 2014), contendo as seguintes informações sobre cada estudo da amostra: autores, título, ano, país, idioma, base de dado/biblioteca virtual, tipo de estudo/ nível de evidência e objetivo. Foi organizado deste modo para assegurar que a totalidade fosse extraída, para minimizar os erros na transcrição, para garantir a precisão da checagem das informações e para servir como registro.

Os artigos selecionados neste estudo foram analisados de forma detalhada, de acordo com as recomendações metodológicas da revisão integrativa, respondendo ao problema de pesquisa e aos objetivos deste estudo.

As publicações da amostra final também foram analisadas segundo a classificação proposta pela Prática Baseada em Evidência (*Evidence-based practice*), que descreve sete níveis de evidências: Nível I: Evidências oriundas de revisão sistemática ou metanálise de todos os relevantes ensaios clínicos randomizados controlados, ou provenientes de diretrizes clínicas baseadas em revisões sistemáticas de ensaios clínicos randomizados controlados; Nível II: Evidências derivadas de, pelo

menos, um ensaio clínico randomizado controlado bem delineado; Nível III: Evidências resultantes de ensaios clínicos bem delineados sem randomização; Nível IV: Evidências oriundas de estudos de coorte e de caso-controle bem delineados; Nível V: Evidências originárias de revisão sistemática de estudos descritivos e qualitativos; Nível VI: Evidências derivadas de um único estudo descritivo ou qualitativo; Nível VII: Evidências procedentes de opinião de autoridades e/ou relatório de comitês de especialistas (MELNYK; FINEOUT-OVERHOLT, 2011).

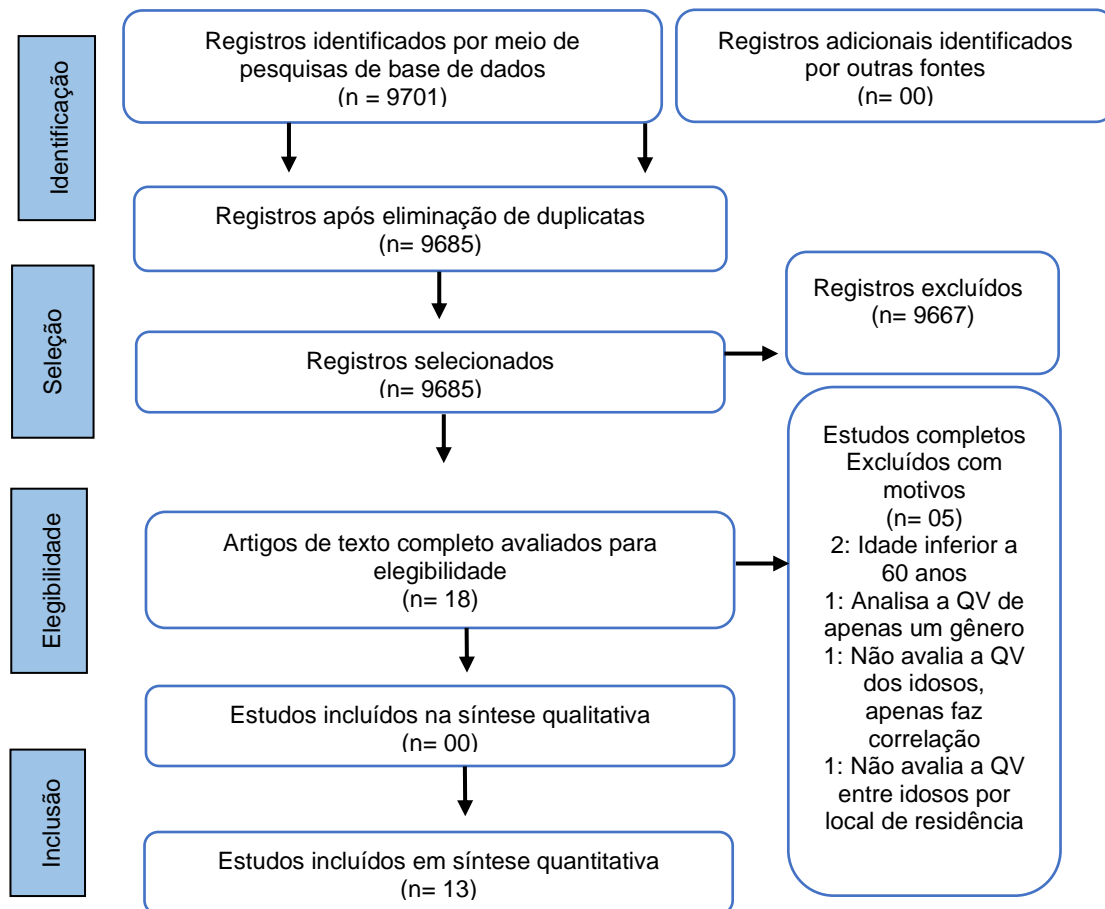
Para a análise da qualidade metodológica dos estudos incluídos foi utilizado o instrumento STROBE (*Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology*) que serve para mensurar a qualidade de estudos observacionais a partir de uma checklist de 22 itens que guiam a adequada escrita de cada seção dos estudos, cujos desenhos estejam abrangidos por esta ferramenta (VOM ELM *et al.*, 2008; BRASIL, 2014; PACHECO *et al.*, 2017).

Posteriormente à identificação dos estudos que compuseram a amostra final desta revisão, estes passaram por leitura crítica e aprofundada, de modo que foram interpretados e sintetizados de forma descritiva, observando-se, além dos aspectos metodológicos, os resultados encontrados, ressaltando as convergências e divergências destes, de maneira a responder à pergunta de estudo e os objetivos propostos.

Resultados

Na pesquisa inicial com a expressão de busca nas bases de dados, foram identificadas 9701 publicações. Após a eliminação de duplicatas, restaram 9685 resultados. Após o processo de leitura de títulos e resumos, tendo por base os critérios de elegibilidade, excluiu-se 9667 artigos, restando 18 estudos elegíveis para leitura na íntegra. Destes, 02 foram excluídos por incluírem pessoas com idade inferior a 60 anos; 01 analisou a QV de apenas um gênero; 01 não avaliou a QV dos idosos, apenas faz correlação; e 01 não avaliou a QV entre idosos por local de residência. Concluído o processo, 13 artigos compuseram a amostra final desta revisão integrativa, conforme descrito no fluxograma elaborado (figura1).

Figura 1 – Fluxograma da seleção dos artigos, adaptado do Preferred Reporting Items for Systematic Review and Meta-Analyses (PRISMA) (MOHER *et al.*, 2009).



Fonte: Elaborado pela autora (2021).

A seguir, no quadro 1, são apresentados os dados relacionados aos 13 estudos abrangidos nesta revisão, em relação à autoria, título, ano e idioma de publicação, país de origem do estudo, base de dados, tipo de estudo, nível de evidência e objetivos, numerados de 1 a 13.

Quadro 1 – Síntese das publicações utilizadas nesta revisão com informações referentes aos autores, título do estudo, ano de publicação, país, idioma, base indexadora/biblioteca eletrônica, delineamento metodológico, nível de evidência e objetivo do estudo.

N	Autores	Título	Ano País Idioma	Base indexadora/ Biblioteca Eletrônica	Delineamento metodológico/ Nível de evidência	Instrumentos	Objetivo do estudo
1	Risal; Manandhar; Manandhar; Manandha;rK unwar; Holen	Quality of life and its predictors among aging people in urban and rural Nepal.	2020 Nepal Inglês	PubMed	Estudo transversal, de base populacional, abordagem quantitativa / VI	- WHOQOL-8	Explorar a QV dos idosos no distrito de Kavre, uma amostra representativa de uma população que vive em uma região urbana e rural mista do Nepal.
2	Tavares; Bolina; Dias; Ferreira; Haas	Quality of life of elderly. Comparison between urban and rural áreas.	2014 Brasil Inglês	PubMed	Estudo transversal, do tipo inquérito domiciliar, abordagem quantitativa / VI	-WHOQOL-BREF; -WHOQOL-OLD.	Comparar os escores de qualidade de vida de idosos de acordo com o local de residência (zonas urbana e rural).
3	Gu; Cheng; Phillips; Rosenberg	Understanding the Wellbeing of the Oldest-Old in China: A Study of Socio-Economic and Geographical Variations Based on CLHLS Data.	2019 China Inglês	PubMed	Estudo transversal, Descritivo, abordagem quantitativa / VI	- Questionário CLHLS	Fornecer uma análise detalhada dos idosos mais velhos na China, seu estado de saúde e determinantes sociais, com especial atenção às disparidades e desigualdades na saúde e nos cuidados de saúde dos grupos de idosos mais velhos entre as regiões.
4	Shou; Du; Wang; Ren; Liu; Zhu	Quality of life and its contributing factors in an elderly community-dwelling population in Shanghai, China	2018 China Inglês	PubMed	Estudo do tipo transversal e observacional, abordagem quantitativa / VI	- SF-12	Investigar a relação entre a qualidade de vida e os fatores que podem influenciá-la em uma população idosa que mora na comunidade de Xangai.

5	Urošević; Odović;; Rapačić; Davidović; Trgovčević; Milovanović	Quality of life of the elderly in urban and rural areas in Serbia.	2015 Inglês Sérvia	PubMed	Estudo do tipo transversal e observacional, abordagem quantitativa / VI	- EuroQoL (EQ-5D).	Avaliar a qualidade de vida relacionada à saúde dos idosos em áreas urbanas e rurais na Sérvia.
6	Hernandez-Huayta; Chavez-Meneses; Carreazo	Salud y calidad de vida en adultos mayores de un área rural y urbana del Perú.	2016 Espanhol Perú	PubMed	Estudo transversal, abordagem quantitativa / VI	-WHOQOL-BREF -WHOQOL-OLD	Avaliar a qualidade de vida relacionada à saúde em uma amostra da população idosa de uma área rural e de uma área urbana do Peru.
7	Zhou; Zhou; Gao; Lai; Chen	Urban-rural difference in the associations between living arrangements and the healthrelated quality of life (HRQOL) of the elderly in China—Evidence from Shaanxi province.	2018 Inglês China	PubMed	Pesquisa transversal, abordagem quantitativa / VI	- EuroQoL (EQ-5D)	Comparar a qualidade de vida relacionada à saúde de idosos com quatro arranjos de moradia: morar apenas com o cônjuge, morar sozinho, morar com o cônjuge e filhos adultos e o idoso solteiro morar com filhos adultos, em áreas urbanas e rurais da China.
8	Baernholdt Yan Hinton Rose Mattos	Quality of Life in Rural and Urban Adults 65 Years and Older: Findings From the National Health and Nutrition Examination Survey	2012 Inglês EUA	PubMed	Estudo do tipo transversal e observacional, abordagem quantitativa / VI	Modelo comportamental de Andersen (adaptado)	Avaliar a qualidade de vida em uma amostra nacionalmente representativa de idosos de acordo com a localização geográfica (urbana e rural).
9	Zhou; Chen; Wang; Wang, Zhang; Zheng	Quality of Life and Related Factors in the Older Rural and Urban Chinese Populations in Zhejiang Province	2011 Inglês China	Web of Science	Estudo do tipo transversal, abordagem quantitativa / VI	- SF-36	Avaliar a qualidade de vida em idosos de populações chinesas rurais e urbanas na província de Zhejiang.
10	Tavares, Ribeiro, Ferreira, Martins, Pegorari	Idosos octogenários nos contextos urbano e rural: comparação socioeconômica, morbidades e qualidade de vida	2015 Português Brasil	BVS	Estudo transversal, observacional e analítico, abordagem quantitativa / VI	-WHOQOL-BREF -WHOQOL-OLD	Comparar as variáveis socioeconômicas, as morbidades autorreferidas e a qualidade de vida de octogenários residentes nas zonas urbana e rural de um município de Minas Gerais

11	Usha; Lalitha	Quality of Life of Senior Citizens: A Rural-Urban Comparison.	2016 Inglês India	Scopus	Estudo transversal, Descritivo, abordagem quantitativa / VI	-WHOQOL-BREF	Avaliar o perfil sociodemográfico, a QV e comparar a QV de idosos em áreas rurais e urbanas.
12	Kostka; Borowiak; Kostka	Nutritional status and quality of life in different populations of older people in Poland.	2014 Inglês Polônia	Scopus	pesquisa transversal, abordagem quantitativa / VI	- EuroQol (EQ-5D)	Estimar a associação potencial de três medidas distintas do estado nutricional (índice de massa corporal, circunferência da panturrilha e a Mini Avaliação Nutricional) com qualidade de vida relacionada à saúde, avaliada com Questionário Euroqol 5D em diferentes populações de idosos na Polônia.
13	Carta; Aguglia; Caraci; Dell'Osso; Di Sciascio; Drago; Del Giudice; Faravelli;; Hardoy; Lecca; Moro; Calo; Casacchia; Angermeyer; Balestrieri	Quality of Life and Urban / Rural Living: Preliminary Results of a Community Survey in Italy	2012 Inglês Italia	Scopus	Estudo transversal, de base populacional, abordagem quantitativa / VI	- SF-12	Examinar a associação entre qualidade de vida subjetiva e residência rural / urbana em seis regiões italianas, incluindo idade e gênero na análise.

Fonte: Elaborado pela autora (2021).

Quanto ao ano de publicação, os estudos que compõem esta revisão integrativa oscilaram entre os anos 2011 e 2020, sendo que os anos que tiveram mais de um artigo publicados foram: 2012, 2014, 2015, 2016 e 2018, com 2 artigos; os anos 2011, 2019 e 2020 tiveram 1 artigo publicado cada. Já os anos de 2013 e 2017 não tiveram estudos compondo esta amostra.

Quanto ao idioma, a maioria dos estudos foram publicados em língua inglesa, somando 11 artigos e o país com maior número de publicações foi a China, com 04 publicações, seguido por Brasil, com 02 artigos publicados. Em relação ao continente das publicações, houve predominância do continente asiático, com 06 publicações, seguido pelo continente europeu e América do Sul, com 03 publicações cada, e apenas 01 estudo contido nesta amostra é originário da América do Norte.

Todos os estudos são de natureza quantitativa, com delineamento transversal e descritivos. Na análise quanto aos níveis de evidência científica, segundo a nomenclatura de Melnyk e Fineout-Overholt (2011), todos os 13 estudos da presente revisão integrativa apresentaram nível de evidência VI, a qual está relacionada a evidências derivadas de um único estudo descritivo ou qualitativo, gerando assim, um baixo nível de evidência de acordo com a classificação em tela. Porém, de acordo com Polit e Beck (2011), mesmo as evidências surgidas de estudos descritivos sendo consideradas fracas, não podem ser descartadas, uma vez que as evidências científicas para a prática profissional dependem de estudos descritivos, correlacionais ou experimentais, com progressão lógica de expansão do conhecimento.

Contudo, após a análise dos estudos segundo a qualidade metodológica proposta pelo STROBE, todos alcançaram percentual maior que 80% de atendimentos aos critérios de avaliação e, portanto, foram considerados de alta qualidade metodológica e adequados para responder objetivamente aos objetivos propostos.

Entre os instrumentos de coleta de dados utilizados nos estudos que compõem esta amostra, destacaram-se WHOQOL-BREF e WHOQOL-OLD, presentes em grande parte dos estudos, seguidos por WHOQoL-8, EuroQoL (EQ-5D), Short Form Health Survey (SF-12) e SF-36. Além destes, também foram utilizados em alguns dos estudos da amostra os instrumentos: Questionário Longitudinal Healthy Longevity Study (CLHLS) e Modelo comportamental de Andersen (adaptado).

O WHOQOL (World Health Organization Quality of Life), instrumento para medir a Qualidade de Vida, da Organização Mundial da Saúde, esteve presente em grande parte dos estudos desta revisão, tanto o WHOQOL-OLD, específico para avaliar a QV de idosos, quanto o WHOQOL-BREF, uma versão abreviada do WHOQOL-100, e o WHOQoL-8, que é uma versão curta de oito itens extraídos da versão completa da escala de 26 itens do WHOQOL-BREF.

O WHOQOL-OLD consiste em 24 itens da escala de Likert atribuídos a seis domínios: “Funcionamento do Sensório”, “Autonomia”, “Atividades Passadas, Presentes e Futuras”, “Participação Social”, “Morte e Morrer” e “Intimidade” (SERBIM; FIGUEIREDO, 2011). O WHOQOL-BREF é constituído por quatro domínios: físico; psicológico; relações sociais; e meio ambiente (FLECK; CHACHAMOVICH; TRENTINI, 2006). O WHOQoL-8 oferece uma avaliação abrangente do bem-estar subjetivo geral ou QV e seus itens exploram a satisfação de uma pessoa com quatro domínios da vida: QV geral (global), domínios da saúde física, psicossocial e ambiental. Todos esses três questionários do WHOQOL indicam melhor QV quanto mais altas forem as pontuações (DA ROCHA *et al.*, 2012).

Outro instrumento utilizado para avaliação de QV entre os idosos foi o questionário europeu EQ-5D, desenvolvido pelo Grupo EuroQoL, que é um instrumento genérico de avaliação e descrição da QV de idosos, abrangendo 5 dimensões: mobilidade, autocuidado, atividades habituais, dor / desconforto e ansiedade / depressão. Essas dimensões possuem 3 níveis cada (nenhum problema, alguns problemas, problemas extremos). Cada dimensão possui uma resposta categórica, tendo por base avaliações pessoais de saúde, e o índice é calculado através das respostas (RABIN; CHARRO, 2001).

O questionário Pesquisa Curta de Saúde de 36 itens (Short Form Health Survey - SF-36) também foi um instrumento utilizado para coleta de dados referente a avaliação da QV dos idosos e inclui 8 escalas de estado de saúde: funcionamento físico, limitações de função devido a problemas físicos, dor corporal, percepções gerais de saúde, vitalidade, funcionamento social, limitações de papel devido a problemas emocionais e saúde mental. O questionário Pesquisa Curta de Saúde de 12 itens (SF-12), derivado do questionário SF-36, também foi utilizado, sendo um questionário que avalia qualidade de vida, desenvolvido por Ware Jr, Kosinski e Keller

(1996). Os 12 itens também incluem 8 escalas de estado de saúde, porém, de forma mais concisa.

O Chinese Longitudinal Healthy Longevity Study (CLHLS) (Pesquisa Longitudinal da Longevidade Saudável da China) é a maior pesquisa longitudinal já realizada na China com idosos e abrangeu 23 das 31 províncias do continente, o que representa 85% da população. Essas ondas de entrevistas englobaram sete anos: anos de 1998, 2000, 2002, 2005, 2008, 2011 e 2014. Os dados sobre os idosos mais velhos do CLHLS de 2011 foram usados em um dos estudos desta revisão integrativa, em que a QV autorreferida e Saúde autorreferida são utilizadas como indicadores de bem-estar. O CLHLS pediu aos idosos entrevistados que avaliassem sua QV e seu estado de saúde como muito alto, alto, regular, baixo ou muito baixo. A QV autorreferida é classificada como “alta” ou “baixa”. Já a Saúde autorreferida é dicotomizada em “saudável” (muito bom, bom e razoável) e “insalubre” (ruim e muito ruim) (YI, 2008).

Por fim, foi utilizado em um dos estudos desta revisão, de modo adaptado, o modelo comportamental de Andersen para avaliar os fatores associados à QV em idosos que vivem em áreas rurais e urbanas. Este instrumento descreve como o contexto, as características individuais e os hábitos de saúde influenciam a QV dos indivíduos, sendo que essas características são categorizadas como fatores de predisposição, fatores de habilitação e fatores de necessidades (ANDERSEN, 2008).

Discussão

De maneira geral, mesmo com as devidas particularidades metodológicas e variabilidade de instrumentos utilizados na coleta dos dados, os estudos que compõem esta revisão realizaram a comparação da qualidade de vida entre idosos de zona urbana e idosos de zona rural, levando em consideração o local de residência, foco desta revisão.

No estudo realizado por Risal, *et al.* (2020) no Nepal, com dois grupos de idosos, um pertencente à zona rural e outro pertencente à zona urbana, no distrito de Kavre, mostrou que a qualidade de vida geral entre os idosos foi relatada como boa. Contudo, os escores de QV foram significativamente maiores entre idosos residentes

em área urbana ($p < 0,001$), sendo este um preditor positivo de QV, principalmente entre idosos com menos de 75 anos ($p < 0,001$), empregados ($p < 0,001$) e com bom relacionamento familiar ($p < 0,001$). De modo geral, a depressão foi correlacionada negativamente aos escores de QV ($r = - 0,697$; $p < 0,001$).

Cerca de 80% da população total do Nepal vive em áreas rurais, onde os serviços de saúde são limitados. Além disso, grande parte dessa população reside em regiões montanhosas, tornando a prestação de serviços básicos de saúde mais desafiadoras (WHO, 2017b).

Tavares *et al.* (2014) em um estudo do tipo inquérito domiciliar, transversal, realizado em Uberaba (Mato Grosso, Brasil), através dos instrumentos WHOQOL-BREF e WHOQOL-OLD, identificou que os idosos da área rural apresentaram pontuações significativamente superiores aos da área urbana nos domínios físico, psicológico e de relações sociais no WHOQOL-BREF ($p < 0,001$); e em autonomia, atividades passadas, presentes e futuras, participação social e intimidade no WHOQOL-OLD ($p < 0,001$). Para este último instrumento, os domínios funcionamento dos sentidos e de morte e morrer, os idosos da área urbana tiveram maiores pontuações do que os da área rural ($p < 0,001$). De modo geral, o estudo concluiu que os idosos da área rural apresentaram uma melhor QV do que os idosos da zona urbana.

Um estudo transversal, descritivo, por meio do questionário CLHLS, mostrou que existem diferenças significativas na saúde e QV entre os idosos de diferentes regiões. A comparação entre os modelos sugere que o efeito de interação de residência e região parece ter mais importância do que cada um dos fatores individuais na explicação da QV e da saúde dos idosos mais velhos. Os entrevistados que moram nas cidades relataram alta QV, em comparação aos idosos mais velhos que moram em áreas rurais, sendo os resultados mostraram que tanto o nível econômico quanto o bem-estar social têm um efeito significativo na QV e na saúde dos mesmos ($p < 0,001$) (GU *et al.*, 2019).

Shou *et al.* (2018), por meio de um estudo do tipo transversal, utilizando-se do instrumento SF-12, mostraram que, em comparação com os idosos rurais, a saúde mental e física dos idosos urbanos requer mais atenção. Vários fatores como depressão, capacidade de autocuidado, cuidados médicos, presença de patologias, escolaridade, interação social e idade, entre outros, foram associados de forma

significativa à qualidade de vida dos idosos em Xangai ($p < 0,005$). Dessa forma, os resultados deste estudo indicaram que a vida rural pode proporcionar melhor qualidade de vida aos idosos do que a vida urbana).

Estudo do tipo transversal e observacional, realizado por Urošević *et al.* (2015), por meio da utilização do instrumento EuroQoL (EQ-5D), mostrou que a QV de idosos é afetada pela presença de ansiedade / depressão, sendo que esse achado foi maior nas áreas rurais do que nas urbanas, influenciado pelo aumento da idade e pobreza, perda de um cônjuge, viver sem familiares, falta de realização social, baixo convívio e baixa escolaridade. Dessa forma, é de grande importância a detecção e tratamento precoces da depressão para melhorar a qualidade de vida desses idosos. Contudo, o valor médio da qualidade de vida entre a população idosa do meio urbano e a da área rural não foi estatisticamente significativa ($p = 0,720$).

O estudo realizado por Hernandez-Huayta; Chavez-Meneses e Carreazo (2016), do tipo transversal, tendo como instrumento de coleta de dados o WHOQOL-BREF e o WHOQOL-OLD, mostrou que população idosa da zona rural teve uma qualidade de vida superior nas dimensões "Física", "Psicológica" e "Ambiente" do WHOQoL-BREF e nas "Competências sensoriais", "Autonomia", "Atividades passadas, presentes e futuras", " Participação social" e no escore total do WHOQoLOLD; em contrapartida, a população idosa da zona urbana apresentou melhor qualidade de vida apenas na dimensão "Intimidade". Assim, constatou-se que o local de residência exerce efeito diferencial na qualidade de vida relacionada à saúde dos idosos avaliados neste estudo, sendo que a área rural obteve uma melhor qualidade na maioria das dimensões analisadas ($p < 0,005$).

Os resultados de um estudo realizado por meio do instrumento EQ-5D, na província de Shaanxi, mostraram que os escores de utilidade EQ-5D dos idosos urbanos foram quase todos mais elevados do que seus homólogos rurais, mostrando que os achados sugerem que idosos urbanos apresentam melhor QVRS do que idosos rurais. Mais atenção deve ser dada à má saúde mental dos idosos que vivem sozinhos, e ressalta-se a importância do apoio familiar para com os idosos, especialmente o apoio do cônjuge, que desempenha um papel importante na manutenção e melhoria da saúde física e mental dos idosos (Zhou *et al.*, 2018).

Baernholdt *et al.* (2012), através de um estudo do tipo transversal, utilizando o Modelo comportamental de Andersen (adaptado), apontaram que os idosos nas

áreas rurais apresentaram maiores necessidades em todas as 4 áreas examinadas (número de condições crônicas, atividades de vida diária, problemas de memória e depressão). Os idosos de ambas as zonas estudadas relataram altos níveis de QV; no entanto, os idosos rurais tinham um funcionamento social inferior ao dos idosos urbanos. Esse achado sugere que a população idosa da zona rural pode se encontrar isolada socialmente. De modo geral, os resultados deste estudo mostram que os idosos residentes em área urbana apresentam níveis mais elevados de QV de que os idosos de área rural ($p < 0,005$).

Um estudo do tipo transversal, realizado por meio do instrumento SF-36, revelou a percepção de que parar de fumar cigarros e ingerir bebida alcoólica foram negativamente associados à qualidade de vida dos idosos residentes em áreas rurais; já o nível de escolaridade e prática regular de atividade física, foram positivamente associados à QV dos idosos residentes em áreas urbanas. O estudo revelou, também, que todos os escores da escala do SF-36 foram significativamente mais baixos na população rural do que na população urbana, exceto saúde geral ($p < 0,001$). Os resultados do estudo sugerem a introdução de programas de intervenção sanitária nas áreas rurais da China para redução de doenças crônicas, difundindo o conhecimento de estilos de vida saudáveis como forma de contribuir para a melhoria da qualidade de vida de sua população idosa (ZHOU *et al.*, 2011).

O artigo de autoria de Tavares *et al.* (2015) trata-se de um estudo transversal, analítico, realizado no Brasil, tendo como instrumentos de coleta de dados WHOQOL-BREF e WHOQOL-OLD. O estudo mostrou que os octogenários da zona urbana apresentaram piores condições de saúde e escores inferiores nos domínios físico e relações sociais, assim como nas facetas autonomia e atividades passadas, presentes e futuras; por outro lado, os octogenários da zona rural apresentaram escores inferiores no domínio meio ambiente e na faceta funcionamento dos sentidos. Verificou-se que os octogenários residentes na zona rural sofrem com alguns impasses relacionados aos fatores socioeconômicos e aos domínios e facetas da QV. Porém, alguns aspectos como a situação de saúde e a QV foram mais impactados na zona urbana.

Usha e Lalitha (2016), em um estudo transversal, descritivo, realizado na Índia e utilizando o instrumento WHOQOL-BREF, mostraram que os idosos rurais e urbanos pontuaram alto no domínio do meio ambiente e baixo no domínio da saúde

física, contudo, houve diferença estatisticamente significativa entre os idosos das áreas rural e urbana em todos os domínios da QV. Desse modo, concluiu-se que, apesar de a maioria dos idosos nas áreas rurais e urbanas classificarem sua percepção geral de QV como boa, os resultados mostram que os idosos urbanos apresentaram melhor QV do que os idosos da zona rural. Essa diferença foi estatisticamente significativa na percepção geral de QV, na percepção geral de saúde, saúde física, saúde psicológica e meio ambiente ($P < 0,005$).

O estudo realizado por Kostka, Borowiak e Kostka (2014), na Polônia, por meio do instrumento EuroQol, mostrou que o estado nutricional dos idosos é um fator relacionado à baixa QV, tanto em áreas urbanas quanto em comunidades rurais, sendo que em ambos os grupos, o IMC foi relacionado negativamente a várias pontuações do EuroQol. Todavia, o IMC foi mais elevado no meio urbano do que na área rural, se configurando como um fator negativo relacionado à QV dos idosos urbanos. Por outro lado, depressão e ansiedade, medidas pelo EuroQol, foram mais prevalentes na zona rural, configurando-se como um fator relacionado à baixa QV dessa população. Em relação aos fatores relacionados a uma melhor QV de idosos da zona urbana, concluiu-se que as funções funcional e cognitiva medidas foram melhores nos mesmos.

Carta *et al.* (2012), em um estudo transversal, de base populacional, realizado na Itália, por meio do instrumento SF-12, teve como população pesquisada pessoas com 18 anos ou mais, porém, entre outras estratificações, estratificou, por idade e local de residência (urbana / rural). Entre os idosos, apenas mulheres idosas apresentaram tendência de melhor QV em áreas urbanas, mas a diferença entre os escores médios urbanos e rurais do SF-12 não atingiu significância estatística. Homens com idade superior a 65 anos que vivem em áreas rurais apresentaram, em contraste, pontuações mais altas do que homens da mesma faixa etária com residência urbana. De modo geral, o estudo mostrou que os idosos vivem melhor nas áreas rurais do que nas áreas urbanas.

De maneira geral, os artigos que compõem este estudo mostraram que os principais preditores de QV de idosos, em ambas as áreas de residências, estão relacionados a ter um cônjuge, relacionamento familiar saudável, ausência ou controle de doenças crônicas, um bom convívio social. Quanto aos fatores relacionados à

baixa QV, tem-se IMC mais elevado, doenças crônicas, morar sozinho, ausência de um (a) parceiro (a), saúde mental prejudicada.

Conclusão

A síntese dos achados dos estudos permitiu a constatação de que há diferenças na qualidade de vida entre os grupos analisados, segundo local de residência, sendo que cada local possui seus preditores para uma melhor ou pior qualidade de vida. Todavia, a maioria dos artigos que integram esta revisão mostrou que idosos que residem em área urbana vivem com melhor qualidade do que os idosos que moram em área rural.

Em relação aos fatores relacionados à melhor qualidade de vida de idosos residentes em áreas urbanas, os mais encontrados nos estudos foram: nível econômico mais elevado, maior nível de escolaridade, prática regular de atividade física e melhor desempenho da função cognitiva e capacidade funcional. Em contrapartida, o estado nutricional dos idosos residentes em zonas urbanas foi classificado como um fator negativo, estando estes idosos com IMC mais elevado, quando comparados aos idosos de zona rural. Esse foi um achado importante em um dos artigos desta revisão.

No que se refere aos principais fatores relacionados à uma melhor qualidade de vida de idosos residentes em áreas rurais, encontrou-se a saúde de modo geral como um preditor importante de QV. Por outro lado, fatores como depressão, ansiedade, relacionamento social, baixa escolaridade e fatores socioeconômicos foram associados à baixa QV entre os idosos da zona rural.

Referências

ALENCAR, N. A. *et al.* Avaliação da qualidade de vida em idosos residentes em ambientes urbano e rural. **Revista brasileira de geriatria e gerontologia**, v. 13, n. 1, p. 103-109, 2010.

ANDERSEN, R. M. National health surveys and the behavioral model of health services use. **Medical care**, p. 647-653, 2008.

BAERNHOLDT, M. *et al.* Quality of life in rural and urban adults 65 years and older: findings from the National Health and Nutrition Examination survey. **The Journal of**

Rural Health, v. 28, n. 4, p. 339-347, 2012. <https://doi.org/10.1111/j.1748-0361.2011.00403.x>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Diretrizes Metodológicas: elaboração de revisão sistemáticas e metanálise de estudos observacionais comparativos sobre fatores de risco e prognósticos**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014.

CARTA, M. G. *et al.* Quality of Life and Urban / Rural Living: preliminary results of a community survey in Italy. **Clinical Practice & Epidemiology In Mental Health**, v. 8, n. 1, p. 169-174, 2012. <http://dx.doi.org/10.2174/1745017901208010169>.

CELICH, S. L. K. *et al.* Ageing with quality of life: the perception of elderly participants in groups of senior citizens. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 14, n. 2, p. 226-232, 2010.

DA ROCHA, N. S. *et al.* The EUROHIS-QOL 8-item index: comparative psychometric properties to its parent WHOQOL-BREF. **Value in Health**, v. 15, n. 3, p. 449-457, 2012. <https://doi.org/10.1016/j.jval.2011.11.035>.

FERREIRA, L. K.; MEIRELES, J. F. F.; FERREIRA, M. E. C. Evaluation of lifestyle and quality of life in the elderly: a literature review. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 21, n. 5, p. 616-627, 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/1981-22562018021.180028>.

FLECK, M. P.; CHACHAMOVICH, E.; TRENTINI, C. Development and validation of the Portuguese version of the WHOQOL-OLD module. **Revista de Saúde Pública**, v. 40, p. 785-791, 2006.

GARBACCIO, J. L. *et al.* Aging and quality of life of elderly people in rural areas. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, n. 2, p. 724-732, 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0149>.

GONZÁLEZ-CELIS, A. L.; GÓMEZ-BENITO, J. Spirituality and Quality of Life and Its Effect on Depression in Older Adults in Mexico. **Psychology**, v. 04, n. 03, p. 178-182, 2013. <http://dx.doi.org/10.4236/psych.2013.43027>.

GU, L. *et al.* Understanding the Wellbeing of the Oldest-Old in China: a study of socio-economic and geographical variations based on CHHS data. **International Journal Of Environmental Research And Public Health**, v. 16, n. 4, p. 601, 2019. <http://dx.doi.org/10.3390/ijerph16040601>.

HERNANDEZ-HUAYTA, J.; CHAVEZ-MENESES, S.; CARREAZO, N. Y. Salud y calidad de vida en adultos mayores de un área rural y urbana del Perú. **Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública**, v. 33, n. 4, p. 680-688, 2016. <http://dx.doi.org/10.17843/rpmesp.2016.334.2551>.

KOSTKA, J; BOROWIAK, E; KOSTKA, T. Nutritional status and quality of life in different populations of older people in Poland. **European Journal Of Clinical Nutrition**, v. 68, n. 11, p. 1210-1215, 2014. <http://dx.doi.org/10.1038/ejcn.2014.172>.

MARTINS, C. R. *et al.* Avaliação da qualidade de vida subjetiva dos idosos: uma comparação entre os residentes em cidades rurais e urbanas. **Estudos Interdisciplinares Sobre O Envelhecimento**, v. 11, p. 135-154, 2007. <http://dx.doi.org/10.22456/2316-2171.4817>.

MELNYK, B. M.; FINEOUT-OVERHOLT, E. (Ed.). **Evidence-based practice in nursing & healthcare: A guide to best practice**. 2. ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2011. 599 p.

MENDES, K. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 17, n. 4, p. 758-764, 2008. <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-07072008000400018>.

MOHER, D. *et al.* Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: the prisma statement. **Plos Medicine**, v. 6, n. 7, e1000097, 2009. <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pmed.1000097>.

OPAS. Organización Panamericana de la Salud. Guia Clínica para Atención Primaria a las Personas Mayores. 3ª ed. Washington: OPAS, 2003.

PACHECO, R. L. *et al.* Guidelines para publicação de estudos científicos. Parte 2: Como publicar estudos observacionais (coorte, caso-controle e transversal). **Diagn tratamento**, v. 22, p. 121-126, 2017.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para as práticas de enfermagem**. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

RABIN, R.; CHARRO, F. EQ-SD: a measure of health status from the euroqol group. **Annals Of Medicine**, v. 33, n. 5, p. 337-343, 2001. <http://dx.doi.org/10.3109/07853890109002087>.

RISAL, A. *et al.* Quality of life and its predictors among aging people in urban and rural Nepal. **Quality Of Life Research**, v. 29, n. 12, p. 3201-3212, 2020. <http://dx.doi.org/10.1007/s11136-020-02593-4>.

SANTOS, É. A. *et al.* Morbilidades y calidad de vida de ancianos con diabetes mellitus residentes en zonas rurales y urbanas. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 47, n. 2, p. 393-400, 2013. <http://dx.doi.org/10.1590/s0080-62342013000200017>.

SERBIM, A. K.; FIGUEIREDO, A. E. P. L. Qualidade de vida de idosos em um grupo de convivência. **Scientia Medica**, v. 21, n. 4, p. 166-172, 2011.

SHOU, J. *et al.* Quality of life and its contributing factors in an elderly community-dwelling population in Shanghai, China. **Psychogeriatrics**, v. 18, n. 2, p. 89-97, 2018. <http://dx.doi.org/10.1111/psyg.12288>.

SILVEIRA, C. S. **A pesquisa em enfermagem oncológica no Brasil: uma revisão integrativa**. 2005. 116 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

SIMEÃO, S. F. A. P. et al. Estudo comparativo da qualidade de vida de idosos asilados e frequentadores do centro dia. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 11, p. 3923-3934, 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320182311.21742016>.

TAVARES, D. M. S. et al. Idosos octogenários nos contextos urbano e rural: comparação socioeconômica, morbidades e qualidade de vida. **Rev. enferm. UERJ**, p. 156-163, 2015.

TAVARES, D. M. S. et al. Quality of life of elderly. Comparison between urban and rural areas. **Investigación y Educación En Enfermería**, v. 32, n. 3, p. 401-413, 2014. <http://dx.doi.org/10.17533/udea.iee.v32n3a05>.

UROSEVIC, J. et al. Quality of life of the elderly in urban and rural areas in Serbia. **Vojnosanitetski Pregled**, v. 72, n. 11, p. 968-974, 2015. <http://dx.doi.org/10.2298/vsp140831107u>.

USHA, V. K.; LALITHA, K. Quality of life of senior citizens: a rural-urban comparison. **Indian Journal Of Social Psychiatry**, v. 32, n. 2, p. 158-163, 2016. <http://dx.doi.org/10.4103/0971-9962.181104>.

VON ELM, E. et al. The Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) statement: guidelines for reporting observational studies. **Journal Of Clinical Epidemiology**, v. 61, n. 4, p. 344-349, 2008. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jclinepi.2007.11.008>.

WARE JR, J. E.; KOSINSKI, M.; KELLER, S. D. A 12-Item Short-Form Health Survey. **Medical Care**, v. 34, n. 3, p. 220-233, 1996. <http://dx.doi.org/10.1097/00005650-199603000-00003>.

WHITTEMORE, R.; KNAFL, K. The integrative review: updated methodology. **Journal Of Advanced Nursing**, v. 52, n. 5, p. 546-553, 2005. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2648.2005.03621.x>.

WHO. World Health Organization. 10 facts on ageing and health. Resource document. WHO: 2017a. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/10-facts-on-ageing-and-health>.

_____. World Health Organization. **Achieving the health-related MDGs**. In It Takes a Workforce. Geneva: WHO, 2017b.

_____. World Health Organization. **Global status report on non communicable diseases 2010**. Geneva: WHO, 2011.

_____. World Health Organization. **World report on ageing and health**. Luxembourg: WHO, 2015.

YI, Z. Introduction to the Chinese Longitudinal Healthy Longevity Survey (CLHLS). **Healthy Longevity In China**, p. 23-38, 2008. http://dx.doi.org/10.1007/978-1-4020-6752-5_2.

ZHOU, B. *et al.* Quality of Life and Related Factors in the Older Rural and Urban Chinese Populations in Zhejiang Province. **Journal Of Applied Gerontology**, v. 30, n. 2, p. 199-225, 2011. <http://dx.doi.org/10.1177/0733464810361346>.

ZHOU, Z. *et al.* Urban-rural difference in the associations between living arrangements and the health-related quality of life (HRQOL) of the elderly in China—evidence from Shaanxi province. **PLoS One**, v. 13, n. 9, e0204118, 2018. <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0204118>.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A síntese dos achados dos estudos permitiu a constatação de que há diferenças na qualidade de vida entre os grupos analisados, segundo local de residência, sendo que cada local possui seus preditores para uma melhor ou pior qualidade de vida. Todavia, a maioria dos artigos que integram esta revisão mostrou que idosos que residem em área urbana vivem com melhor qualidade do que os idosos que moram em área rural.

Em relação aos fatores relacionados à melhor qualidade de vida de idosos residentes em áreas urbanas, os mais encontrados nos estudos foram: nível econômico mais elevado, maior nível de escolaridade, prática regular de atividade física e melhor desempenho da função cognitiva e capacidade funcional. Em contrapartida, o estado nutricional dos idosos residentes em zonas urbanas foi classificado como um fator negativo, estando estes idosos com IMC mais elevado, quando comparados aos idosos de zona rural. Esse foi um achado importante em um dos artigos desta revisão.

No que se refere aos principais fatores relacionados à uma melhor qualidade de vida de idosos residentes em áreas rurais, encontrou-se a saúde de modo geral como um preditor importante de QV. Por outro lado, fatores como depressão, ansiedade, relacionamento social, baixa escolaridade e fatores socioeconômicos foram associados à baixa QV entre os idosos da zona rural.

De modo geral, os estudos mostraram que entre os principais preditores de QV de idosos, em ambas as áreas de residências, tem-se: ter um cônjuge, bom relacionamento familiar, ausência ou controle de doenças crônicas, boas relações sociais. Quanto aos fatores relacionados à baixa QV, estão: IMC mais elevado, doenças crônicas, morar sozinho, ausência de um (a) parceiro (a), saúde mental prejudicada. Esses achados mostram a importância de ações de saúde voltadas à saúde psicológica dos idosos, devido grande parte dessa população se encontrar com depressão, ansiedade e outros transtornos mentais.

Contudo, faz-se necessário que outros estudos sejam realizados no sentido de aprofundar os aspectos subjetivos desses idosos em relação a QV e a interação desses sujeitos com o meio em que vivem, visto que o estudo quantificou esses aspectos da QV, mas é necessário que seja feito o aprofundamento do ponto de vista da subjetividade, em relação a QV desses sujeitos no seu contexto social. Nesse

sentido, é imprescindível que se realizem estudos de cunho qualitativo para compreender essas nuances relacionadas a um maior ou menor nível de QV, uma vez que, mesmo que os estudos quantitativos possam verificar o comportamento e QV dessa população, existem pontos subjetivos que são melhores apreendidos pela pesquisa qualitativa.

Outro ponto importante a ser destacado é que os estudos discutidos nesta revisão são todos de delineamento transversal, de modo que não é possível fazer uma análise de causa e efeito sobre o nível de QV e o local de moradia, sendo necessário a realização de estudos com delineamentos metodológicos capazes que fazer esse tipo de análise, a saber, explicativa do problema em tela.

Além do mais, é importante, também, que estudos posteriores sejam realizados com o intuito de comparar a QV de idosos segundo comorbidades, patologias, específicas por gênero, segundo características do ciclo vital, como menopausa e, a partir desses resultados, contribuir para a construção de estratégias e ações com o objetivo de beneficiar essa população, de modo que possam viver com qualidade de vida elevada dentro de seus contextos sociais e familiares.

REFERÊNCIAS DA DISSERTAÇÃO

ALENCAR, N. A. *et al.* Avaliação da qualidade de vida em idosas residentes em ambientes urbano e rural. **Revista brasileira de geriatria e gerontologia**, v. 13, n. 1, p. 103-109, 2010.

ANDERSEN, R. M. National health surveys and the behavioral model of health services use. **Medical care**, p. 647-653, 2008.

BAERNHOLDT, M. *et al.* Quality of life in rural and urban adults 65 years and older: findings from the National Health and Nutrition Examination survey. **The Journal of Rural Health**, v. 28, n. 4, p. 339-347, 2012. <https://doi.org/10.1111/j.1748-0361.2011.00403.x>.

BARBIERI, A. F.; MELLO, R. A. As causas da obesidade: uma análise sob a perspectiva materialista histórica. **Conexões**, v. 10, n. 1, p. 121-141, 2012. <http://dx.doi.org/10.20396/conex.v10i1.8637693>.

BICALHO, P. G. *et al.* Atividade física e fatores associados em adultos de área rural em Minas Gerais, Brasil. **Revista de saúde pública**, v. 44, n. 5, p. 884-893, 2010.

BISPO, I. M.J. *et al.* Fatores de risco cardiovascular e características sociodemográficas em idosos cadastrados em uma unidade de saúde da família. **O Mundo da Saúde**, v. 40, n. 3, p. 334-342, 2016. <http://dx.doi.org/10.15343/0104-7809.20164003334342>.

BORGES, L. J. *et al.* Fatores associados aos sintomas depressivos em idosos: estudo EpiFloripa. **Revista de Saúde Pública**, v. 47, p. 701-710, 2013. <http://dx.doi.org/10.1590/s0034-8910.2013047003844>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Avaliação de efetividade de programas de Atividade Física no Brasil**. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2013.

_____. Ministério da Saúde. **Estatuto do Idoso**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2003.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional do Idoso**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1994.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Área Técnica Saúde do Idoso. **Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2007.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Diretrizes Metodológicas: elaboração de revisão sistemáticas e metanálise de estudos observacionais**

comparativos sobre fatores de risco e prognósticos. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2014.

BURLÁ, C. *et al.* Envelhecimento e doença de Alzheimer: reflexões sobre autonomia e o desafio do cuidado. *Revista Bioética*, v. 22, n. 1, p. 85-93, 2014.

CARNEIRO, J. A. *et al.* Quedas em idosos não institucionalizados no norte de Minas Gerais: prevalência e fatores associados. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 19, n. 4, p. 613-625, 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/1809-98232016019.150110>.

CARTA, M. G. *et al.* Quality of Life and Urban / Rural Living: preliminary results of a community survey in Italy. **Clinical Practice & Epidemiology In Mental Health**, v. 8, n. 1, p. 169-174, 2012. <http://dx.doi.org/10.2174/1745017901208010169>.

CAVALCANTI, G. *et al.* Multimorbidity associated with polypharmacy and negative self-perception of health. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 20, n. 5, p. 634-642, 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/1981-22562017020.170059>.

CELICH, S. L. K. *et al.* Ageing with quality of life: the perception of elderly participants in groups of senior citizens. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 14, n. 2, p. 226-232, 2010.

CHANG, A. Y. *et al.* Measuring population ageing: an analysis of the Global Burden of Disease Study 2017. **The Lancet Public Health**, v. 4, n. 3, p. 159-167, 2019. [http://dx.doi.org/10.1016/s2468-2667\(19\)30019-2](http://dx.doi.org/10.1016/s2468-2667(19)30019-2).

CORDEIRO, L. M. *et al.* Qualidade de vida do idoso fragilizado e institucionalizado. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 28, n. 4, p. 361-366, 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201500061>.

CRUZ, D. T. *et al.* Associação entre capacidade cognitiva e ocorrência de quedas em idosos. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 23, n. 4, p. 386-393, 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/1414-462x201500040139>.

DA ROCHA, N. S. *et al.* The EUROHIS-QOL 8-item index: comparative psychometric properties to its parent WHOQOL-BREF. **Value in Health**, v. 15, n. 3, p. 449-457, 2012. <https://doi.org/10.1016/j.jval.2011.11.035>.

FERREIRA, L. K.; MEIRELES, J. F. F.; FERREIRA, M. E. C. Evaluation of lifestyle and quality of life in the elderly: a literature review. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 21, n. 5, p. 616-627, 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/1981-22562018021.180028>.

FLECK, M. P.; CHACHAMOVICH, E.; TRENTINI, C. Development and validation of the Portuguese version of the WHOQOL-OLD module. **Revista de Saúde Pública**, v. 40, p. 785-791, 2006.

GARBACCIO, J. L. *et al.* Aging and quality of life of elderly people in rural areas. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, n. 2, p. 724-732, 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0149>.

GONZÁLEZ-CELIS, A. L.; GÓMEZ-BENITO, J. Spirituality and Quality of Life and Its Effect on Depression in Older Adults in Mexico. **Psychology**, v. 04, n. 03, p. 178-182, 2013. <http://dx.doi.org/10.4236/psych.2013.43027>.

GU, L. *et al.* Understanding the Wellbeing of the Oldest-Old in China: a study of socio-economic and geographical variations based on chlts data. **International Journal Of Environmental Research And Public Health**, v. 16, n. 4, p. 601, 2019. <http://dx.doi.org/10.3390/ijerph16040601>.

HERNANDEZ-HUAYTA, J.; CHAVEZ-MENESES, S.; CARREAZO, N. Y. Salud y calidad de vida en adultos mayores de un área rural y urbana del Perú. **Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública**, v. 33, n. 4, p. 680-688, 2016. <http://dx.doi.org/10.17843/rpmesp.2016.334.2551>.

IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua 2012/2019**. IBGE, 2020.

KOSTKA, J; BOROWIAK, E; KOSTKA, T. Nutritional status and quality of life in different populations of older people in Poland. **European Journal Of Clinical Nutrition**, v. 68, n. 11, p. 1210-1215, 2014. <http://dx.doi.org/10.1038/ejcn.2014.172>.

LEITE, M. T. *et al.* Capacidade funcional y nivel cognitivo de adultos mayores residentes en una comunidad en el sur de Brasil. **Enfermería Global**, v. 14, n. 1, p. 12-22, 2015. <http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.14.1.196461>.

LIMA, A. T. A. *et al.* Análise da Demência em Idosos adscritos na Estratégia de Saúde da Família do Bairro Bom Pastor. **Pensar Acadêmico**, v. 18, n. 3, p. 607-615, 2020. <http://dx.doi.org/10.21576/pa.2020v18i3.1896>.

LUCCHETTI, G.; LUCCHETTI, A. L. G.; VALLADA, H. Measuring spirituality and religiosity in clinical research: a systematic review of instruments available in the portuguese language. **Sao Paulo Medical Journal**, v. 131, n. 2, p. 112-122, 2013. <http://dx.doi.org/10.1590/s1516-31802013000100022>.

MACIEL, Á. C. C.; GUERRA, R. O. Limitação funcional e sobrevivência em idosos de comunidade. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 54, n. 4, p. 347-352, 2008. <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-42302008000400021>.

MARTINS, C. R. *et al.* Avaliação da qualidade de vida subjetiva dos idosos: uma comparação entre os residentes em cidades rurais e urbanas. **Estudos Interdisciplinares Sobre O Envelhecimento**, v. 11, p. 135-154, 2007. <http://dx.doi.org/10.22456/2316-2171.4817>.

MARTINS, N. P. R. *et al.* Quality of life of older adults admitted to a Medical Clinic Unit of a Public Hospital in Brazil. **Revista da Escola de Enfermagem da Usp**, v. 54, e03573, 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/s1980-220x2018032903573>.

MELNYK, B. M.; FINEOUT-OVERHOLT, E. (Ed.). **Evidence-based practice in nursing & healthcare: A guide to best practice**. 2. ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2011. 599 p.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. 2. ed. Brasília, DF: Organização Pan-Americana de Saúde, 2011.

MENDES, G. S.; MORAES, C. F.; GOMES, L. Prevalência de hipertensão arterial sistêmica em idosos no Brasil entre 2006 e 2010. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 9, n. 32, p. 273-278, 2014. [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc9\(32\)795](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc9(32)795).

MENDES, K. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 17, n. 4, p. 758-764, 2008. <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-07072008000400018>.

MIRANDA, G. M. D.; MENDES, A. C. G.; SILVA, A. L.; A. Population aging in Brazil: current and future social challenges and consequences. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 19, n. 3, p. 507-519, 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/1809-98232016019.150140>.

MOHER, D. *et al.* Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: the prisma statement. **Plos Medicine**, v. 6, n. 7, e1000097, 2009. <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pmed.1000097>.

NASCIMENTO, E. F. A. *et al.* O sono no contexto da qualidade de vida de idosos. **Reme Revista Mineira de Enfermagem**, v. 24, e1285, 2020. <http://dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20200014>.

OLIVEIRA-CAMPOS, M. *et al.* Impacto dos fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis na qualidade de vida. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, p. 873-882, 2013. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000300033>.

OPAS. Organización Panamericana de la Salud. Guia Clínica para Atención Primaria a las Personas Mayores. 3ª ed. Washington: OPAS, 2003.

PACHECO, R. L. *et al.* Guidelines para publicação de estudos científicos. Parte 2: Como publicar estudos observacionais (coorte, caso-controle e transversal). **Diagn tratamento**, v. 22, p. 121-126, 2017.

PES, G. M. *et al.* Overweight: a protective factor against comorbidity in the elderly. **International Journal Of Environmental Research And Public Health**, v. 16, n. 19, e3656, 2019. <http://dx.doi.org/10.3390/ijerph16193656>.

PIMENTA, F. A. P. *et al.* Doenças crônicas, cognição, declínio funcional e Índice de Charlson em idosos com demência. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 59, n. 4, p. 326-334, 2013. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ramb.2013.02.002>.

PINHO, M. X.; CUSTÓDIO, O.; MAKDISSE, M. Incidência de depressão e fatores associados em idosos residentes na comunidade: revisão de literatura. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 12, n. 1, p. 123-140, 2009. <http://dx.doi.org/10.1590/1809-9823.2009120111>.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para as práticas de enfermagem**. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

POSSATTO, J. M.; RABELO, D. F. Condições de saúde psicológica, capacidade funcional e suporte social de idosos. **Revista Kairós: Gerontologia**, v. 20, n. 2, p. 45-58, 2017. <http://dx.doi.org/10.23925/2176-901x.2017v20i2p45-58>.

RABIN, R.; CHARRO, F. EQ-SD: a measure of health status from the euroqol group. **Annals Of Medicine**, v. 33, n. 5, p. 337-343, 2001. <http://dx.doi.org/10.3109/07853890109002087>.

RINALDI, J. *et al.* Sixteen-year predictors of successful aging from a Southern Brazilian cohort The PALA study. **Dementia & Neuropsychologia**, v. 12, n. 3, p. 228-234, 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/1980-57642018dn12-030002>.

RISAL, A. *et al.* Quality of life and its predictors among aging people in urban and rural Nepal. **Quality Of Life Research**, v. 29, n. 12, p. 3201-3212, 2020. <http://dx.doi.org/10.1007/s11136-020-02593-4>.

SANTOS, É. A. *et al.* Morbilidades y calidad de vida de ancianos con diabetes mellitus residentes en zonas rurales y urbanas. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 47, n. 2, p. 393-400, 2013. <http://dx.doi.org/10.1590/s0080-62342013000200017>.

SERBIM, A. K.; FIGUEIREDO, A. E. P. L. Qualidade de vida de idosos em um grupo de convivência. **Scientia Medica**, v. 21, n. 4, p. 166-172, 2011.

SHOU, J. *et al.* Quality of life and its contributing factors in an elderly community-dwelling population in Shanghai, China. **Psychogeriatrics**, v. 18, n. 2, p. 89-97, 2018. <http://dx.doi.org/10.1111/psyq.12288>.

SILVA, A. O. *et al.* Association of body composition with sarcopenic obesity in elderly women. **International Journal Of General Medicine**, v. 6, p. 25-29, 2013. <http://dx.doi.org/10.2147/ijgm.s36279>.

SILVA, C. T. C. **Revisão sistemática sobre o ensino a distância como ferramenta de educação permanente em doença falciforme para profissionais de saúde. 2019.** 72 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Clínica Odontológica) - Programa de Pós-graduação em Odontologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2019.

SILVA, L. G. C. *et al.* Avaliação da funcionalidade e mobilidade de idosos comunitários na atenção primária à saúde. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 22, n. 5, e190086, 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/1981-22562019022.190086>.

SILVA, M. C. As tecnologias de comunicação na memória dos idosos. **Serviço Social & Sociedade**, n. 126, p. 379-389, 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/0101-6628.074>.

SILVEIRA, C. S. **A pesquisa em enfermagem oncológica no Brasil: uma revisão integrativa**. 2005. 116 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M. O cuidado de enfermagem e o cateter de Hickman: a busca de evidências. **Acta Paulista de enfermagem**, v. 18, p. 276-284, 2005.

SIMEÃO, S. F. A. P. *et al.* Estudo comparativo da qualidade de vida de idosos asilados e frequentadores do centro dia. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 11, p. 3923-3934, 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320182311.21742016>.

SOUSA, C. M. S. *et al.* Qualidade de vida dos idosos que participam das atividades realizadas no centro de referência de assistência social (CRAS). **Brazilian Journal Of Development**, v. 6, n. 10, p. 74715-74724, 2020. <http://dx.doi.org/10.34117/bjdv6n10-047>.

SOUZA, M. T.; SILVA, M. D.; CARVALHO, R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. **Einstein (São Paulo)**, v. 8, n. 1, p. 102-106, 2010. <http://dx.doi.org/10.1590/s1679-45082010rw1134>.

SPOSITO, G.; NERI, A. L.; YASSUDA, M. S. Cognitive performance and engagement in physical, social and intellectual activities in older adults: the fibra study. **Dementia & Neuropsychologia**, v. 9, n. 3, p. 270-278, 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/1980-57642015dn93000010>.

TAVARES, D. M. S. *et al.* Características sociodemográficas y calidad de vida de ancianos con hipertensión arterial sistémica que viven en la zona rural: importancia del papel del enfermero. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 21, n. 2, p. 515-522, 2013.

TAVARES, D. M. S. *et al.* Idosos octogenários nos contextos urbano e rural: comparação socioeconômica, morbidades e qualidade de vida. **Rev. enferm. UERJ**, p. 156-163, 2015.

TAVARES, D. M. S. *et al.* Quality of life of elderly. Comparison between urban and rural areas. **Investigación y Educación En Enfermería**, v. 32, n. 3, p. 401-413, 2014. <http://dx.doi.org/10.17533/udea.iee.v32n3a05>.

TAVARES, R. E. *et al.* Envelhecimento saudável na perspectiva de idosos: uma revisão integrativa. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 20, n. 6, p. 878-889, 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/1981-22562017020.170091>.

UROSEVIC, J. *et al.* Quality of life of the elderly in urban and rural areas in Serbia. **Vojnosanitetski Pregled**, v. 72, n. 11, p. 968-974, 2015. <http://dx.doi.org/10.2298/vsp140831107u>.

USHA, V. K.; LALITHA, K. Quality of life of senior citizens: a rural-urban comparison. **Indian Journal Of Social Psychiatry**, v. 32, n. 2, p. 158-163, 2016. <http://dx.doi.org/10.4103/0971-9962.181104>.

VITÓRIA. Secretaria de Assistência Social. Conselho municipal do idoso de Vitória. **Viver e envelhecer. Manual de orientação dos estudos sobre envelhecimento**. Vitória, 2010.

VON ELM, E. *et al.* The Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) statement: guidelines for reporting observational studies. **Journal Of Clinical Epidemiology**, v. 61, n. 4, p. 344-349, 2008. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jclinepi.2007.11.008>.

WARE JR, J. E.; KOSINSKI, M.; KELLER, S. D. A 12-Item Short-Form Health Survey. **Medical Care**, v. 34, n. 3, p. 220-233, 1996. <http://dx.doi.org/10.1097/00005650-199603000-00003>.

WHITTEMORE, R.; KNAFL, K. The integrative review: updated methodology. **Journal Of Advanced Nursing**, v. 52, n. 5, p. 546-553, 2005. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2648.2005.03621.x>.

WHO. World Health Organization. 10 facts on ageing and health. Resource document. WHO: 2017a. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/10-facts-on-ageing-and-health>.

_____. World Health Organization. **Achieving the health-related MDGs**. In It Takes a Workforce. Geneva: WHO, 2017b.

_____. World Health Organization. Década do Envelhecimento Saudável 2020-2030. WHO, 2020. <https://www.who.int/docs/default-source/decade-of-healthy-ageing/final-decade-proposal/decade-proposal-final-apr2020-en.pdf>.

_____. World Health Organization. **Global status report on non communicable diseases 2010**. Geneva: WHO, 2011.

_____. World Health Organization. Manual WHOQOL-OLD - Versão português. WHO, 2008.

_____. World Health Organization. **Quality of life assesment group: development of the world health organization whoqol-bref quality of life assesment**. Soc Sci Med. 1995.

_____. World Health Organization. **WHOQOL: measuring quality of life**. Geneva: The WHOQOL Group, 1997.

_____. World Health Organization. **World report on ageing and health**. Luxembourg: WHO, 2015.

XIMENES, M. A; RICO, B. L. D.; PEDREIRA, R. Q. Doença de Alzheimer: a dependência e o cuidado. **Revista Kairós: Gerontologia**, v. 17, n. 2, p. 121-140, 2014. <https://doi.org/10.23925/2176-901X.2014v17i2p121-140>.

YI, Z. Introduction to the Chinese Longitudinal Healthy Longevity Survey (CLHLS). **Healthy Longevity In China**, p. 23-38, 2008. http://dx.doi.org/10.1007/978-1-4020-6752-5_2.

ZHOU, B. *et al.* Quality of Life and Related Factors in the Older Rural and Urban Chinese Populations in Zhejiang Province. **Journal Of Applied Gerontology**, v. 30, n. 2, p. 199-225, 2011. <http://dx.doi.org/10.1177/0733464810361346>.

ZHOU, Z. *et al.* Urban-rural difference in the associations between living arrangements and the health-related quality of life (HRQOL) of the elderly in China—evidence from Shaanxi province. **PLoS One**, v. 13, n. 9, e0204118, 2018. <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0204118>.

APÊNDICES

APÊNDICE A - PRODUTO TÉCNICO DESTINADO AOS IDOSOS (FOLDER)

- ✓ Beba água mesmo sem sentir sede;
- ✓ Evite refrigerantes, sucos industrializados, e biscoitos recheados, doces.

✚ Outros comportamentos e atitudes para manter uma vida longa e saudável

- ✓ Evitar o tabagismo e excesso de álcool
- ✓ Manter as consultas e exames em dia



- ✓ Participar de atividades em grupo



- ✓ Mantenha boas relações familiares e sociais
- ✓ Durma bem e reduza o stress.



Viva com Qualidade!



UNIVERSIDADE FEDERAL DE RORAIMA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM
CIÊNCIAS DA SAÚDE - PROCISA

Elaborado por:
Enf. Esp. Suzana Maria da Silva Ferreira
Profa. Dra. Nilza Pereira de Araujo



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE RORAIMA
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL EM CIÊNCIAS
DA SAÚDE - PROCISA

*ENVELHECER COM QUALIDADE
DE VIDA É POSSÍVEL!*



VAMOS CONVERSAR SOBRE?

Envelhecer faz parte de um processo natural que pode ocorrer de forma ativa e saudável, aumentando a expectativa e a qualidade de vida.

✚ Como ter uma vida saudável?

❖ Atividades físicas

- ❖ A atividade física regular e moderada colabora diretamente para a sua qualidade de vida, fazendo com que você se mantenha ativo e saudável.



❖ Alguns dos benefícios da atividade física:

- ✓ Diminui o peso corporal;
- ✓ Melhora a coordenação motora e o equilíbrio, reduzindo o risco de queda;
- ✓ Melhora do condicionamento cardiorrespiratório;
- ✓ Corrige a postura;
- ✓ Melhora a qualidade do sono;

- ✓ Proporciona sensação de bem-estar e diminui o estresse;
- ✓ Previne e controla doenças crônicas, como Pressão Alta e Diabete;
- ✓ Permite maior interação e convívio com outras pessoas.



○ Dica importante:

Antes de começar a praticar atividade física, peça orientação de um médico para saber quais atividades são mais adequadas para você.

- **Procure fazer atividades físicas que goste e que possa ser incluída na sua rotina diária. Pode ser:**

- Caminhada
- Natação
- Hidroginástica
- Danças
- Ginástica



❖ Alimentação

Uma alimentação saudável é muito importante para a manutenção da saúde e prevenção de doenças.



○ Dica importante:

- ✓ Faça ao menos três refeições ao dia (café da manhã, almoço e jantar)
- ✓ Como frutas, legumes e verduras em todas as refeições
- ✓ Sempre inclua carnes, aves, peixes ou ovos, em pelo menos uma refeição durante o dia;
- ✓ Coloque quantidades pequenas de óleo, gorduras, açúcar e sal no preparo dos alimentos;

