Revista de Enfermagem UFPE On Line

ISSN: 1981-8963

ARTIGO ORIGINAL

AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DE IDOSAS COM DIABETES MELLITUS

EVALUATION OF QUALITY OF LIVING OF ELDERLY WITH DIABETES MELLITUS

EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA DE ANCIANAS CON DIABETES MELLITUS

Ana Hélia de Lima Sardinha[1], Pabline Medeiros Verzaro[2], Larissa Di Leo Nogueira Costa[3], Aline Fernanda Fontineli Murici[4], Bruna Caroline Silva Falcão[5]

RESUMO

Objetivo: avaliar a qualidade de vida em idosas com diabetes mellitus. ***Método:*** estudo quantitativo, descritivo, transversal. A coleta de dados foi com o instrumento WHOQOL - Bref, de acordo com os domínios físico, psicológico, das relações sociais e do meio ambiente. Envolveu 146 mulheres idosas. Os dados foram analisados nos programas EPIINFO 7.1.4, no Microsoft Excel 2010 e no SPSS. ***Resultados:*** a maioria dos escores para a qualidade de vida obteve um valor de médio para insatisfatório, principalmente no domínio meio ambiente. As facetas dos domínios mais prejudicadas foram: dependência de medicação e tratamento (49,32) para o domínio físico; sentimentos positivos (44,18) para o domínio psicológico; atividade sexual (32,53) para o domínio das relações sociais e cuidados de saúde (34,25) para o domínio do meio ambiente. ***Conclusão:*** o envelhecimento acompanhado do diabetes mellitus acarreta riscos crescentes à mulher em termos de saúde, funcionalidade, proteção e integração social. ***Descritores*:** Idoso; Diabetes Mellitus; Qualidade de Vida; Perfil de Saúde; Envelhecimento; Enfermagem Geriátrica.

ABSTRACT

Objective: to evaluate the quality of life in elderly women with diabetes mellitus. ***Method:*** quantitative, descriptive, cross-sectional study. Data were collected using the WHOQOL - Bref instrument, according to the physical, psychological, social and environmental domains. It involved 146 elderly women. Data were analyzed in the EPIINFO 7.1.4, Microsoft Excel 2010 and SPSS programs. ***Results:*** most of the scores for quality of life obtained a mean value for unsatisfactory, mainly in the environmental domain. The facets of the most impaired domains were: drug dependence and treatment (49,32) for the physical domain; positive feelings (44,18) for the psychological domain; (32,53) for the domain of social relations and health care (34,25) for the environmental domain. ***Conclusion:*** aging accompanied by diabetes mellitus brings increasing risk to women in terms of health, functionality, protection and social integration. ***Descriptors*:** Aged; Diabetes Mellitus; Quality of Life; Health Profile; Aging; Geriatric Nursing.

RESUMEN

Objetivo: evaluar la calidad de vida en ancianos con diabetes mellitus. ***Método:*** estudio cuantitativo, descriptivo, transversal. La recolección de datos fue con el instrumento WHOQOL - Bref, de acuerdo con los dominios físico, psicológico, de las relaciones sociales y del medio ambiente. Envolvió a 146 mujeres mayores. Los datos se analizaron en los programas EPIINFO 7.1.4, en Microsoft Excel 2010 y en el SPSS. ***Resultados:*** la mayoría de los escores para la calidad de vida obtuvo un valor de medio para insatisfactorio, principalmente en el dominio medio ambiente. Las facetas de los dominios más perjudicados fueron: dependencia de medicación y tratamiento (49,32) para el dominio físico; sentimientos positivos (44,18) para el dominio psicológico, actividad sexual (32,53) para el dominio de las relaciones sociales y cuidados de salud (34,25) para el dominio del medio ambiente. ***Conclusión:*** el envejecimiento acompañado de la diabetes mellitus acarrea riesgos crecientes a la mujer en términos de salud, funcionalidad, protección e integración social. ***Descriptores*:** Anciano; Diabetes Mellitus; Calidad de Vida; Perfil de Salud; Envejecimiento; Enfermería Geriátric.

[1]Doutora, Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Maranhão/UFMA. São Luís (MA), Brasil. E-mail: anahsardinha@ibest.com.br ORCID iD: https://orcid.org/0000-0002-8720-6348; [2]Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde e Ambiente, Universidade Federal do Maranhão/UFMA. São Luís (MA), Brasil. E-mail: pabline_medeiros@hotmail.com ORCID iD: https://orcid.org/0000-0003-1449-1990; [3]Mestre em Enfermagem (egressa), Universidade Federal do Maranhão/UFMA. São Luís (MA), Brasil. E-mail: larissadileonc@hotmail.com ORCID iD: https://orcid.org/0000-0003-3206-612X; [4]Especialista em Saúde de Adulto (egressa), Programa de Residência de Enfermagem/Secretaria de Saúde do Distrito Federal/SES/DF. Brasília (DF), Brasil. E-mail: nine_fonti@hotmail.com ORCID iD: https://orcid.org/0000-0002-8567-9256; [5]Enfermeira (egressa), Universidade Federal do Maranhão/UFMA. São Luís (MA), Brasil. E-mail: bruna_falcao5@hotmail.com ORCID iD: https://orcid.org/0000-0001-5028-1670

ISSN: 1981-8963 https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i2a23164p345-356-2018

INTRODUÇÃO

As mulheres idosas experimentam situações de vulnerabilidade podendo sofrer discriminação por ser mulher e por ser idosa. Em relação ao gênero, a mulher, em quase todas as sociedades, era valorizada exclusivamente por seu papel reprodutivo e pelo cuidado das crianças. Em relação ao aspecto cronológico, desprezo e desdém marcam a sua passagem à velhice. É uma etapa da vida marcada por uma série de eventos associados a perdas como abandono dos filhos adultos, a viuvez, a valorização da juventude pela sociedade e as condições físico-psíquicas da menopausa que as tornam ainda mais fragilizadas pelo envelhecimento do corpo e, ainda, o conjunto de transformações físicas e psicológicas trazido com o avanço da idade.[1]

O processo de envelhecimento não está, necessariamente, relacionado a doenças e incapacidades, mas as doenças crônico-degenerativas são frequentemente encontradas entre os idosos. Assim, a tendência atual é se ter um número crescente de indivíduos idosos que, apesar de viverem mais, apresentam mais condições crônicas.[2]

Aspectos funcionais das relações sociais, características socioeconômicas, hábitos de vida e de condições de saúde são fatores que se mostram mais relevantes em idosos com maior vunerabilidade social.[3] Dentre as transformações físicas ocasionadas pelo envelhecimento, o aumento das doenças crônicas em todo o mundo as transforma nas principais causas de morte, às quais foram atribuídos 35 milhões de óbitos em 2005, quase 60% da mortalidade mundial e 45,9% da carga global de doenças. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), se essa tendência for mantida, elas deverão responder por 73% dos óbitos e 60% da carga de doenças no ano 2020. Dentre este grupo destacam-se as doenças cardiovasculares, como a hipertensão arterial sistêmica e as doenças metabólicas, como o diabetes mellitus.[4]

O Diabetes Mellitus (DM) é uma doença crônica de alta prevalência, de acordo com a Federação Internacional de Diabetes[5]. No mundo, 6% da população possuem a doença, o que corresponde a cerca de 240 milhões de pessoas. Dados recentes indicam que, no Brasil, os custos diretos com o DM variam entre 2,5% e 15% do orçamento anual em saúde, além dos custos ditos intangíveis como dor, ansiedade, perda de qualidade de vida que resultam em grande impacto na vida das pessoas.[4]

Devido ao aumento da longevidade da população, muitas mulheres vivenciam o processo de envelhecer acompanhado do desenvolvimento de doenças crônicas, como o Diabetes Mellitus tipo 2, que implica adaptações nos hábitos de vida envolvendo a reeducação alimentar, a realização de exercícios físicos, o uso de medicamentos e o cumprimento de metas terapêuticas e de controle da doença.[5] Estas mudanças podem ser difíceis levando ao surgimento de reações emocionais em resposta a este processo. Além disso, mulheres com DM têm pior controle metabólico, de autocuidado e qualidade de vida do que homens e estão expostas a muitos agentes geradores de estresse tanto por serem portadoras de uma doença crônica, quanto pela questão de gênero e seus papéis na sociedade.[6]

Na literatura, são conhecidas as diferenças entre homens e mulheres em diversas variáveis psicológicas. Contudo, essas diferenças raramente são tidas em conta na literatura relacionada com o diabetes. Estes estudos demonstram que as mulheres têm valores significativamente mais elevados nos fatores que se correlacionam negativamente com a adesão terapêutica no diabetes. As mulheres diabéticas relatam ter uma pior situação de saúde, comparadas aos homens diabéticos, no que diz respeito ao autorrelato de saúde, qualidade de vida, bem-estar mental e percepção de qualidade de cuidado.[7]

Um dos fatores preocupantes no idoso é a sua saúde global, o que torna as morbidades um tema de fundamental importância. Assim, a prevenção e a promoção da saúde podem evitar declínios funcionais e oferecer uma melhor qualidade de vida aos idosos. Toda política destinada aos idosos deve levar em conta a capacidade funcional, a necessidade de autonomia, de participação, de cuidado e de autossatisfação.[2]

Nesse sentido, faz-se necessária a mobilização da sociedade por meio de programas de saúde possibilitando à população maior acesso à saúde, melhor processo de educação em saúde, profissionais qualificados levando, assim, a uma melhoria geral na vida dos idosos.

OBJETIVO

- Avaliar a qualidade de vida em idosas com diabetes mellitus.

MÉTODO

Estudo quantitativo, descritivo, transversal, realizado no Ambulatório de Endocrinologia do Hospital Universitário

Unidade Presidente Dutra (HUUPD) da Universidade Federal do Maranhão. Este desenvolve um atendimento aos pacientes diabéticos e é referência dentro do Estado do Maranhão atendendo pacientes provenientes de vários municípios. Por suas características de natureza pública, atende a todos, indistintamente, respeita os princípios éticos das profissões e se integra - mediante convênio - à estrutura orgânica do SUS, conforme o Artigo 45 da Lei n.º 8.080/90.

A população estudada foi composta por 146 idosas portadoras de diabetes mellitus. O tamanho da amostra foi determinado com base na estimativa da proporção populacional. Foram considerados grau de confiança de 95% (α=0,05) e erro amostral fixado em cinco pontos percentuais. Acrescentaram-se, ao tamanho da amostra, 10% pelas possibilidades de perdas e recusas.

Os critérios de inclusão foram: ter diagnóstico confirmado de diabetes mellitus há pelo menos seis meses, ter idade igual ou superior a 60 anos, ser do sexo feminino e ter condição física e mental para comunicar-se com o pesquisador.

A pesquisa foi realizada por meio de entrevistas nas quais foram utilizados formulários contendo dados quantitativos com perguntas abertas e fechadas a respeito das condições socioeconômicas e demográficas da idosa, idade, raça/cor, escolaridade, residência, estado civil, ocupação, renda familiar, presença ou não de filhos, tipo de moradia, antecedentes mórbidos pessoais e tempo de doença; o segundo questionário foi o WHOQOL – Abreviado, versão em português.

Os formulários foram aplicados em uma sala reservada após as consultas de Enfermagem. Houve a explicação dos objetivos e procedimentos da pesquisa e a solicitação da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Para as idosas analfabetas ou com dificuldade de visualização do questionário, o mesmo era lido de forma clara a fim de garantir a participação dessas no estudo. Durante a entrevista, as idosas eram orientadas a ter em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações tomando como referências as duas últimas semanas de vida.

O WHOQOL - bref é um instrumento genérico que consta de 26 questões, sendo duas questões gerais de qualidade de vida e as demais 24 representam cada uma das 24 facetas que compõem o instrumento original, sendo estas distribuídas em quatro domínios: Físico, Psicológico, Relações Sociais e Meio Ambiente, distribuídos conforme apresentados a seguir. Assim, diferente do WHOQOL – 100, em que cada uma das 24 facetas é avaliada a partir de quatro questões, no WHOQOL - bref cada faceta é avaliada por apenas uma questão.[8] As duas questões sobre qualidade de vida são calculadas em conjunto para gerar um único escore independente dos outros domínios. Essas questões são denominadas “overall” ou “Índice Geral de Qualidade de Vida (IGQV)” e foram estudadas por meio de quatro domínios:

- **Domínio I - Físico**

3. Dor e desconforto

4. Dependência de medicação e tratamentos

10. Energia e fadiga

15. Mobilidade

16. Sono e repouso

17. Atividades da vida cotidiana

18. Capacidade de trabalho

- **Domínio II - Psicológico**

5. Sentimentos positivos

6. Espiritualidade/religião/crenças pessoais

7. Pensar/aprender/memória/concentração

11. Imagem corporal e aparência

19. Autoestima

26. Sentimentos negativos

- **Domínio III - Relações Sociais**

20. Relações pessoais

21. Atividade sexual

22. Suporte/apoio social

- **Domínio IV - Meio Ambiente**

8. Segurança física e proteção

9. Ambiente no lar

12. Recursos financeiros

13. Cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade

14. Oportunidades de adquirir novas informações e habilidades

23. Participação em e oportunidades de recreação/lazer

24. Ambiente físico: (poluição/ruído/trânsito/clima)

25. Transporte

A coleta de dados foi realizada de maio a outubro de 2014. Os dados relacionados às condições socioeconômicas e demográficas foram analisados no programa software EPIINFO 7.1.4 e o cálculo dos escores e a estatística descritiva do WHOQOL - bref por meio do Microsoft Excel 2010, por meio de uma ferramenta construída e testada para suprimir a complexidade e o valor elevado do software proposto pela OMS, o software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), que se constituiu um fator limitante em sua utilização.

A ferramenta foi testada em diversas versões do Microsoft Excel e os resultados, comparados com os do software SPSS, sendo que os resultados obtidos foram idênticos ao da sintaxe proposta pela OMS. Nessa perspectiva, conclui-se que foi possível a disponibilização de uma ferramenta fidedigna para os cálculos dos escores e estatística descritiva do instrumento WHOQOL - bref construída a partir de uma plataforma amplamente difundida e de menor complexidade de utilização, o Microsoft Excel.[8]

Para calcular os escores sobre qualidade de vida, foi utilizada a sintaxe disponibilizada pelo grupo WHOQOL, que calcula os escores da qualidade de vida geral e dos domínios, não havendo um escore único total de avaliação, mas escores que devem ser avaliados separadamente devido à multidimensionalidade do constructo "qualidade de vida".

As respostas seguem a escala do tipo Likert (de um a cinco, quanto maior a pontuação, melhor a qualidade de vida). Há algumas exceções quanto ao uso desta escala como, por exemplo, nas questões três, quatro e 26, em que a resposta um equivale ao cinco, a resposta dois equivale ao quatro, a resposta três equivale ao três, a resposta quatro equivale ao dois e a resposta cinco equivale ao um. Nessas três questões, quanto menor a pontuação, melhor a qualidade de vida.

Os índices das facetas resumem os domínios aos quais pertencem utilizados para o cálculo dos escores dos domínios. Tanto a Qualidade de Vida Geral, quanto os domínios são medidos em direção positiva. Assim, os escores mais altos indicam melhor avaliação da qualidade de vida.

O projeto de pesquisa foi aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa com parecer/CEP-HUUFMA do Hospital Universitário Unidade Presidente Dutra de n.º 012/11.

RESULTADOS

Em relação aos dados socioeconômicos e demográficos (tabela 1), a idade mínima foi 60 anos e a máxima de 90, sendo que a maioria apresentou frequência de 60-69 anos, representando 67,12% das entrevistadas.

Quanto à cor/raça, a maioria referiu ser da cor parda, representada por 63,01% das idosas. O segundo lugar ficou representado pela cor preta 26,02% e, em último lugar, a cor branca (10,97%). A cor ou raça adotada neste trabalho está de acordo com o IBGE do ano de 2010.

Em relação ao nível de escolaridade, a maioria foi representada pelo ensino médio incompleto 47,95% e, em menor frequência, obteve-se com o mesmo percentual de 2,74% para as analfabetas, as com ensino superior incompleto e ensino superior completo. Em relação ao estado civil, houve a predominância de casadas, totalizando 61,60%. Na sequência, vieram as viúvas e separadas, com 28,81% e 5,48%, respectivamente.

No que se refere à ocupação, a maior frequência foi de aposentadas, representadas por 78,08%. A renda mensal de maior destaque foi a de um salário mínimo (54,79%). Em segundo lugar, de dois a três salários mínimos (30,14%) e no último lugar o valor de 1,37% para as idosas com renda mensal de seis a sete salários mínimos. Quanto ao tipo de moradia, a maioria das idosas residia em casa própria (95,89%). Em relação ao local da residência, a grande maioria das idosas reside em São Luís (73,97%), seguido de outros municípios da ilha (19,18%).

Quanto aos antecedentes mórbidos pessoais, houve a predominância da hipertensão arterial sistêmica, representada por 50,68%. Em segundo lugar, pôde-se observar que, entre as idosas, 30,14% têm a associação de duas ou mais doenças. E em menor frequência obteve-se, com o mesmo valor de 1,27%, a presença de AVE e IAM (Tabela 1).

Tabela 1. Dados socioeconômicos e demográficos de idosas portadoras de diabetes mellitus. São Luís (MA), Brasil, 2014.

Variáveis	n	%
Idade (em anos completos)		
60 – 69 anos	98	67,12
70 – 79 anos	26	17,81
80 – 89 anos	20	13,70
90	2	1,37
Cor/Raça		
Branca	16	10,96
Preta	38	26,03

Parda	92	63,01
Nível de Escolaridade		
Analfabeta	4	2,74
Ensino fundamental incompleto	10	6,85
Ensino fundamental completo	32	21,92
Ensino médio incompleto	70	47,95
Ensino médio completo	22	15,07
Ensino superior incompleto	4	2,74
Ensino superior completo	4	2,74
Estado civil		
Solteira	6	4,11
Casada	90	61,60
Viúva	42	28,81
Separada	8	5,48
Ocupação		
Aposentado	114	78,08
Outros	32	21,92
Renda mensal		
1 salário mínimo	80	54,79
2 a 3 salários mínimos	44	30,14
4 a 5 salários mínimos	20	13,70
6 a 7 salários mínimos	2	1,37
Antecedentes mórbidos pessoais		
Hipertensão arterial sistêmica	74	50,68
AVE	2	1,37
IAM	2	1,37
Dislipidemia	10	6,85
Duas ou mais das doenças descritas associadas	44	30,14
Outras	14	9,59
Total	146	100,0

Em relação aos escores dos domínios do instrumento WHOQOL – bref, os domínios Físico e Psicológico apresentaram os mais altos escores, com 52,01 e 51,66, respectivamente. Os domínios Relações Sociais e Meio Ambiente apresentaram os escores mais baixos, 47,83 e 38,91, respectivamente.

A figura 1 representa os escores de cada faceta do instrumento WHOQOL - bref. É válido lembrar que cada pergunta é representada por uma faceta e que a Autoavaliação da Qualidade de Vida é referente a duas perguntas (um e dois) do instrumento. O instrumento possui 24 facetas a serem analisadas pela averiguação dos seus escores. As colunas vermelhas no gráfico representam as três perguntas que possuem uma escala de resposta invertida, o que significa que escores mais baixos representam um melhor nível de satisfação com a sua qualidade de vida e vice-versa. A análise do gráfico 2 permite verificar que os escores apresentaram variação de 32,53 a 57,88 em uma escala que varia de zero a 100. O valor máximo foi alcançado pela faceta autoestima e o valor mínimo pela faceta de atividade sexual.

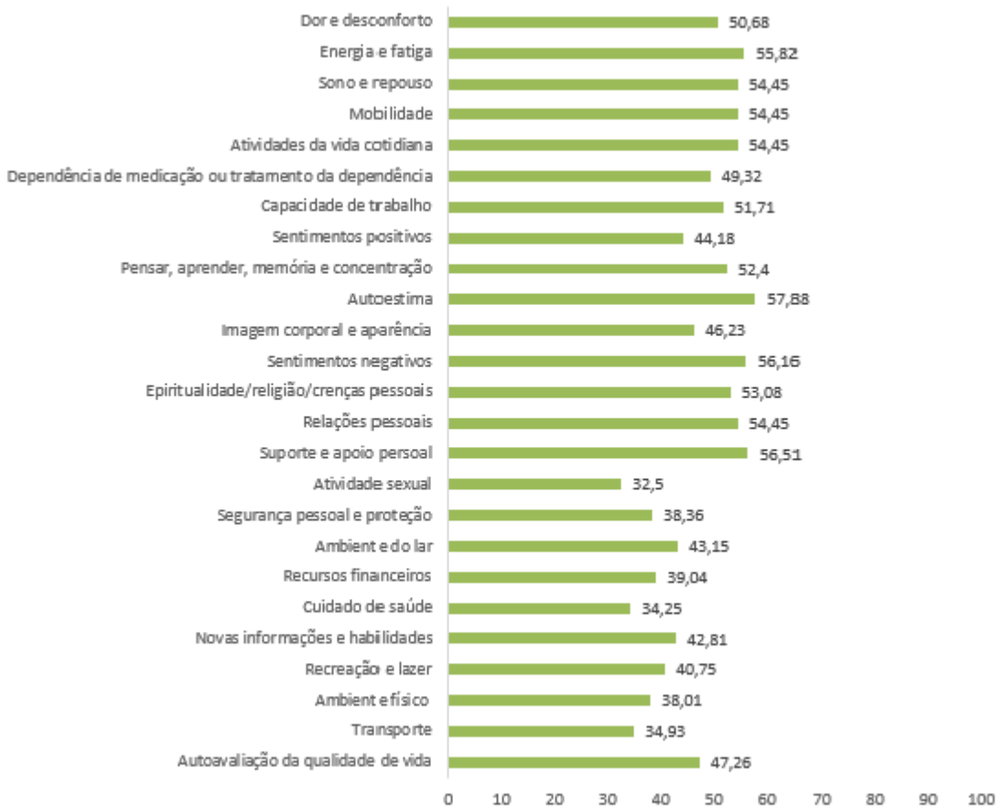

Figura 1. Escores das facetas do instrumento WHOQOL-bref segundo as respostas das idosas portadoras de diabetes mellitus. São Luís (MA), Brasil, 2014, (N=146).

A qualidade de vida geral (QVG) refere-se à média entre as duas primeiras questões do WHOQOL – abreviado: a primeira questão avalia a qualidade de vida de um modo geral (Q1) e a segunda avalia a satisfação com a própria saúde (Q2). Essas duas questões não fazem parte dos domínios e, por isso, serão avaliadas separadamente (Tabela 2). Como as questões estão relacionadas a respostas que variam de um a cinco, seus escores, da mesma forma, estão com seus valores representados nessa faixa.

Quando foram questionadas de como avaliariam sua qualidade de vida, a maioria das idosas indicou como resposta a opção nem ruim, nem boa (61,64%), seguida de boa (17,81%). Quando indagadas sobre a satisfação com a sua saúde, a maioria das idosas (41,9%) demostrou nem satisfeita, nem insatisfeita e 30,14% responderam estar insatisfeitas com a sua saúde.

Ao se observar a tabela 2, a média das respostas para as questões um (Q1), que avaliam a qualidade de vida de modo geral, e as questões dois (Q2), sobre a satisfação com a própria saúde, foram, respectivamente, 3,0 e 2,78, valores mais próximos de três, que correspondem à opção intermediária nem ruim, nem boa e nem satisfeito, nem insatisfeito no questionário.

Treze idosas avaliaram sua qualidade de vida de forma negativa: 5,48% como muito ruim e 12,33% como ruim. Em relação à satisfação com a própria saúde, 27 mulheres avaliaram sua saúde de forma negativa: 30,14% responderam estarem insatisfeitas e 6,85%, muito insatisfeitas.

Tabela 2. Avaliação da qualidade de vida geral do WHOQOL-Bref de idosas portadoras de diabetes mellitus. São Luís (MA), Brasil, 2014 (N=146).

Questão	Opções de Resposta	n	%	Escore médio
Q1 – Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1- Muito ruim	8	5,48	3,0
	2- Ruim	18	12,33	
	3- Nem ruim, nem boa	90	61,64	
	4- Boa	26	17,81	
	5- Muito boa	4	2,74	
Q2 - Quão satisfeito você está com sua saúde?	1- Muito insatisfeito	10	6,85	2,78
	2- Insatisfeito	44	30,14	
	3- Nem satisfeito, nem insatisfeito	60	41,09	
	4- Satisfeito	32	21,92	
	5- Muito satisfeito	0	0	
Total		146	100	

Em relação aos domínios de qualidade de vida (Tabela 3), é importante destacar que, nessa tabela, o valor dos escores varia entre quatro e 20 pontos devido ao fato do cálculo do escore das facetas ser realizado por meio da multiplicação da média das questões que

constituem cada faceta por quatro, que é o número de domínios. Analisando em conjunto os domínios, o domínio físico apresentou maior escore médio (12,48), seguido pelos domínios psicológico (11,94) e relações sociais (11,65), nesta ordem. O domínio mais prejudicado foi o do meio ambiente, com escore médio de 10,23.

Para as questões do domínio físico, o maior escore médio (3,23) foi para a questão de número dez, que avaliava energia e fadiga referentes à resposta *médio*. A dependência de medicamentos e tratamentos (Q4) obteve o menor escore médio (2,33), que equivale à resposta *bastante*.

Para o domínio psicológico, a faceta de maior escore médio (3,32) foi de espiritualidade, religião e crenças pessoais (Q6), que equivale à resposta *mais ou menos*. A faceta que recebeu o menor escore médio (2,77) foi a de sentimentos positivos que também equivale à resposta *mais ou menos*. É importante destacar que, quanto aos sentimentos negativos, o escore médio foi de 3,25, que corresponde à resposta *frequentemente*.

Para o domínio das relações sociais, Q20 e Q22 referentes às facetas relações pessoais e suporte/apoio social, nesta ordem, apresentaram valores semelhantes em relação aos seus escores médios, que foram 3,18 e 3,26, respectivamente. O menor escore médio (2,30) foi para a faceta atividade sexual (Q21). Esse valor corresponde à resposta *insatisfeito* (Tabela 3).

Tabela 3. Escores médios, desvios-padrão e coeficiente de variação para os domínios da qualidade de vida do WHOQOL - Bref, Hospital Universitário, São Luís - MA, Brasil, 2014, (N=146).

Questão (faceta avaliada)	Escore médio	Desvio-padrão	Coeficiente de variação
Domínio Físico			
Q3 (dor e desconforto)	3,03	1,30	42,99
Q4 (dependência de medicação e tratamentos)	2,33	1,05	35,45
Q10 (energia e fadiga)	3,23	1,01	31,16
Q15 (mobilidade)	3,18	1,18	37,21
Q16 (sono e repouso)	3,18	0,99	31,18
Q17 (atividades da vida cotidiana)	3,07	1,12	36,57
Domínio Psicológico			
Q5 (sentimentos positivos)	2,77	0,87	31,60
Q6 (espiritualidade/religião/ crenças pessoais)	3,22	1,05	31,75
Q7 (pensar/aprender/memória/concentração)	3,10	0,92	29,57
Q11 (imagem corporal e aparência)	2,85	1,01	35,42
Domínio Relações Sociais			
Q20 (relações pessoais)	3,18	1,03	32,47
Q21 (atividade sexual)	2,30	1,02	44,46
Q22 (suporte/apoio social)	3,26	0,93	28,48
Domínio Meio Ambiente			
Q8 (segurança física e proteção)	2,53	0,78	30,90
Q9 (ambiente físico, poluição, ruído, trânsito, clima)	2,52	0,94	37,47
Q12 (recursos financeiros)	2,56	0,90	35,03
Q13 (oportunidades de adquirir novas informações e habilidades)	2,71	0,98	36,08
Q14 (participação em e oportunidades de recreação/lazer)	2,63	1,01	38,29
Q23 (ambiente no lar)	2,73	0,92	33,63
Q24 (cuidados de saúde e sociais)	2,37	0,87	36,88
Q25 (transporte)	2,40	0,92	38,55

Os escores médios, desvios-padrão das facetas que compõem o domínio meio ambiente da qualidade de vida, estão representados na tabela 3. No que diz respeito a este domínio, a questão 23 (Q23) obteve maior escore médio (2,73) e a questão 24 (Q24), que analisa o acesso aos serviços de saúde, obteve o menor escore (2,37).

DISCUSSÃO

No que se refere à idade, conclui-se que a população estudada é heterogênea, sendo encontrada uma idade mínima de 60 anos e máxima de 90 anos completos, com média de 67 anos. Os resultados deste estudo apontaram que 67,12% das idosas encontravam-se na faixa etária de 60 a 69 anos, sendo, então, consideradas idosas jovens.

O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE[9] determinou que a expectativa de vida dos brasileiros é, em média, de 73,8 anos, porém, com grandes variações regionais e entre os sexos. O que corrobora com o estudo sobre qualidade de vida e comorbidades em idosos,[10] que teve predominância de idosos de 70 a 80 anos, sexo feminino, casados ou que moravam com companheiro, e renda individual mensal de um salário mínimo. No Maranhão, a expectativa de vida está em torno de 68,7 anos, sendo o Estado do Brasil com menor

valor. As mulheres vivem, em média, 7,2 anos a mais que os homens. Essa disparidade entre os gêneros varia também entre as unidades federativas.

Em relação à coloração da pele, foi encontrada uma maioria na cor parda, com um total de 63,01%. Em segundo lugar ficou a cor preta (26,02%) e em último lugar, a cor branca (10,97%). Esses valores podem ser explicados pelo IBGE[9], que declarou que, em comparação com o Censo realizado em 2000, o percentual de pardos cresceu de 38,5% para 43,1% (82 milhões de pessoas) em 2010. A proporção de pretos também subiu de 6,2% para 7,6% (15 milhões) no mesmo período. Esse resultado também aponta que a população que se autodeclara branca caiu de 53,7% para 47,7% (91 milhões de brasileiros).

Quanto ao nível de escolaridade, a maioria das idosas afirmou que tinha o ensino médio incompleto (47,95%), 2,74% eram analfabetas e apenas 2,74% possuíam o ensino superior. Esses dados entram em concordância com o estudo realizado em Belo Horizonte sobre qualidade de vida e fatores associados em idosos[2] que demonstrou que 21,4% possuíam menos de quatro anos de estudo e 8,6% dos idosos não frequentaram a escola. Na população feminina, a concentração da prevalência nos níveis mais baixos de escolaridade pode ser explicada por uma herança histórica herdada desde o século XX, onde a mulher de baixa renda sofria dois tipos de discriminação: primeiro, por ser mulher e, segundo, por ser pobre.

Esta pesquisa também corrobora com o estudo realizado em Belo Horizonte[2] com relação aos dados socioeconômicos. Nesse estudo, as idosas, em sua maioria, eram aposentadas, representadas por 78,08%, com renda mensal de um salário mínimo (54,79%). Nos estudos realizados no centro de referência à pessoa idosa de Belo Horizonte[2], houve uma relação à ocupação e renda, onde verificou-se que 80,2% eram aposentados. A justificativa acerca da aposentadoria, encontrada na maioria das idosas, é o fato de que, acima de 60 anos, já se apresentam na terceira idade conquistando, assim, o direito de receber os benefícios da previdência social, a aposentadoria.

Além desse aspecto, a baixa renda, associada ao processo de envelhecimento, tem repercutido na autonomia dos idosos com DM. Este passa a ter uma relação de maior dependência com o serviço público de saúde, local onde necessitará receber atendimento e medicamentos para se tratar. De outra forma, a perda da autonomia pode influenciar a autoestima e propiciar o descaso com a sua saúde, diminuindo o autocuidado e favorecendo o aparecimento de complicações crônicas.[10]

Isto está relacionado, como já foi mencionado, à baixa escolaridade, que levou à não inserção da mulher em tempos anteriores no mercado de trabalho. Isso fez com que essas mulheres, mesmo conquistando a aposentadoria por idade, não contemplem uma renda adequada para a sua sobrevivência.

Em se tratando do estado civil, houve a predominância de casadas (61,60%), índice condizente com o de um estudo transversal sobre qualidade de vida, sintomas depressivos e religiosidade em idosos.[11] Estes dados evidenciam que a Enfermagem pode estimular o apoio familiar no cuidado ao idoso, buscando a corresponsabilidade.

Em menores quantitativos, obtiveram-se as viúvas e separadas, com a proporção de 28,81% e 5,48%, respectivamente. Pode-se afirmar, por meio do estudo, que a maior proporção de idosas casadas está relacionada à menor faixa etária que foi encontrada no estudo, onde encontraram-se idosas de 60 a 69 anos (idosas jovens) e que o aumento da idade está intimamente ligado ao aumento da proporção de viuvez.

Como se pode observar, com relação às características demográficas das mulheres com DM, os resultados da pesquisa convergem com achados de vários outros estudos, indicando que esta doença acomete pessoas com mais de 50 anos sendo que, devido à maior longevidade das mulheres, a maioria delas é casada ou viúva, aposentada e morando em domicílio próprio.

Quanto aos antecedentes mórbidos pessoais, houve a predominância da hipertensão arterial sistêmica, representada por 50,68%, seguida da associação de duas ou mais doenças cardiovasculares (30,14%). A hipertensão arterial é duas vezes mais frequente em pessoas com diabetes quando comparadas à população em geral. O Diabetes Mellitus, associado à hipertensão arterial, se torna o principal fator de risco para as doenças cardiovasculares.[12]

No estudo realizado no centro de referências à pessoa idosa, em Belo Horizonte, as comorbidades mais frequentes foram: hipertensão arterial (63,4%), dislipidemia (26,5%), diabetes mellitus (23,7%) e doenças osteoarticulares (23,3%)[2].

Em estudo sobre quedas e qualidade de vida em idosos com catarata,[13] foi constatado que os idosos relataram (34,21%) problemas cardíacos e 23 (60,53%), hipertensão arterial e

diabetes (7,89%). Por isso, segundo a Sociedade Brasileira de Diabetes[4], os benefícios de um controle mais rigoroso dos níveis pressóricos mostram-se maiores que aqueles obtidos com o controle mais rígido dos níveis glicêmicos. Esse fato deve ser observado pelos profissionais inseridos no cuidado de idosos diabéticos em nível de atenção primária à saúde.

Para considerar a perspectiva da Qualidade de Vida Geral (QVG), adota-se uma abordagem influenciada por estudos sociológicos, sem que haja ênfase a disfunções ou agravos. A qualidade de vida é influenciada tanto por fatores demográficos, quanto clínicos e comportamentais.[2] Apenas aspectos funcionais das relações sociais, como a insatisfação com os relacionamentos pessoais e não ter, sempre que necessário, o apoio de alguém para ajudar a ficar de cama, ir ao médico e preparar refeições foram independentemente associados à pior qualidade de vida.[3]

Na análise da qualidade de vida quanto à Qualidade de Vida Geral (QVG), que é representada pelas questões um (Q1) e dois (Q2) do questionário WHOQOL - bref, pôde-se observar que as idosas, quando questionadas a respeito de sua qualidade de vida, a maioria indicou como resposta a opção nem ruim, nem boa (61,64%) e, quando indagadas sobre a satisfação com a sua saúde, a maioria das idosas (41,9%) demostrou nem satisfeitas, nem insatisfeitas, enquanto 30,14% responderam estar insatisfeitas com a sua saúde. Quanto aos escores da QVG, a média das respostas para a questão um (Q1), que avalia a qualidade de vida de modo geral, e a questão 2 (Q2), sobre a satisfação com a própria saúde foi, respectivamente, 3,0 e 2,78, valores mais próximos de três, que corresponde à opção intermediária nem ruim, nem boa e nem satisfeito, nem insatisfeito. Treze idosas avaliaram sua qualidade de vida de forma negativa: 5,48% como muito ruim e 12,33% como ruim. Em relação à satisfação com a própria saúde, 27 mulheres avaliaram sua saúde de forma negativa, sendo que 30,14% responderam estar insatisfeitas e 6,85%, muito insatisfeitas. Na escala de zero a 100, a QVG apresentou valor de 47,26, apontando uma avaliação geral intermediária em relação à qualidade de vida.

Ao analisar os escores dos domínios em conjunto, pode-se observar que o domínio físico apresentou maior escore médio (12,48), seguido pelos domínios psicológico (11,94) e relações sociais (11,65), nesta ordem, e que o domínio de menor escore foi o do meio ambiente, com escore médio de 10,23.

A partir destes dados, pode-se observar uma percepção mais otimista perante o domínio físico e uma percepção negativa dos idosos perante o domínio meio ambiente. É importante o incentivo à responsabilização pessoal da sociedade de criar ambientes amistosos para a terceira idade estimulando a solidariedade entre as gerações.[14]

Na análise dos domínios de forma individual, pôde-se observar que, para as questões do domínio físico, o maior escore médio (3,23) foi para a questão de número dez, que avaliava energia e fadiga referentes à resposta *médio*. A dependência de medicamentos e tratamentos (Q4) obteve o menor escore médio (2,33), que equivale à resposta *bastante*.

A manutenção da capacidade funcional que, em outras palavras, significa manter a autonomia e a independência do indivíduo que envelhece, é um pilar fundamental da atenção à saúde do idoso. Há evidências de que a trajetória de saúde do indivíduo resulta de uma combinação genética, ambiental, de estilo de vida, nutrição e, também, de circunstâncias imprevisíveis.[14]

Para o domínio psicológico, a faceta de maior escore médio (3,32) foi de espiritualidade, religião e crenças pessoais (Q6), que equivale à resposta *mais ou menos*. A faceta que recebeu o menor escore médio (2,77) foi a de sentimentos positivos (Q5), que também equivale à resposta *mais ou menos*. É importante destacar que, quanto aos sentimentos negativos (Q26), o escore médio foi de 3,25, que corresponde à resposta *frequentemente* e que, quanto à imagem corporal e aparência (Q11), o escore médio foi de 2,85, que equivale à resposta *médio*.

As mulheres idosas classificaram o seu bem-estar mental e qualidade de vida piores que os dos homens, sendo que os homens de meia-idade se encontram mais satisfeitos com a sua memória e apetite do que as mulheres. As mulheres desta faixa etária percebem a sua qualidade de cuidado significativamente pior que a do homem. [7]

Os menores níveis de qualidade de vida nos domínios meio ambiente e, principalmente, no físico não parecem influenciar nos resultados mais elevados no Domínio Psicológico. Os resultados indicam que, mesmo sendo o processo e a experiência do envelhecimento de caráter individual, existe a possibilidade de vivenciar aspectos negativos, como ambientes inadequados, doenças e perdas funcionais, sem um grande impacto na qualidade de vida psicológica.[11]

Em um estudo sobre envelhecimento e qualidade de vida de idosos institucionalizados,[15] no domínio psicológico, as mulheres tiveram média inferior (3,34) à dos homens (3,94). Essa diferença entre os sexos foi justificada pelo fato de que, na pesquisa dos autores, as mulheres responderam que aproveitam menos a vida, concentram-se menos, têm sentimentos negativos, ansiedade e depressão mais frequentemente que os homens. Assim, percebe-se que a qualidade de vida subjetiva é melhor para os homens do que para as mulheres idosas, talvez porque o envelhecimento seja percebido pela mulher como mais negativo. De modo geral, as avaliações das idosas sobre a sua própria saúde pioram com a idade, mas as diferenças entre os sexos se mantêm, isto é, os homens seguem pontuando mais alto do que as mulheres. O menor escore encontrado na avaliação da qualidade de vida foi na faceta intimidade, mostrando que os idosos estão pouco preocupados com as relações pessoais e íntimas.[15]

Um estudo sobre qualidade de vida do idoso fragilizado e institucionalizado[14] constatou que motivos diversos levam o idoso a ingressar, por conta própria, em instituições de longa permanência para idosos seja por morar sozinho, por se considerar um fardo ou se sentir desprezado pela família, ou por ter consciência de que passou a necessitar de cuidados em saúde. Entende-se que isso pode acarretar níveis baixos de qualidade de vida, pois esse idoso pode apresentar dificuldade de adaptação, permanecendo na instituição não por aceitação da sua nova realidade, mas por orgulho ou necessidade de saúde.

Ao viver em sociedade baseada na produtividade e em padrões jovens de beleza e estética, envelhecer significa redução da produtividade e perda de uma beleza até então considerada ideal. Assim, o envelhecimento, para a mulher, se torna dramático, pois a mesma deixa de ser duplamente produtiva (trabalho e reprodução humana), atrelado à saída dos padrões de beleza e estereótipos socialmente construídos.[16]

No que se refere à execução do cuidado domiciliar, os filhos se destacaram como cuidadores principais (66,7%) e secundários (30%), exercendo essa atividade, na maioria dos casos (55%), há menos de cinco anos, evidenciando a crescente demanda por novos cuidadores; sem recebimento de auxílio financeiro (73,3%) ou treinamento (83,3%) e desempenhando esse papel de forma solitária (36,7%).[17]

Para o domínio das relações sociais, Q20 e Q22, referentes às facetas relações pessoais e suporte/apoio social, apresentaram valores semelhantes em relação aos seus escores médios, que foram 3,18 e 3,26, respectivamente. O menor escore médio (2,30) foi para a faceta atividade sexual (Q21). Esse valor corresponde à resposta *insatisfeita*.

Na velhice avançada, as mulheres são mais negativamente afetadas em suas experiências sexuais e um fator importante na perda do interesse sexual é a reação negativa com que a sociedade avalia as mudanças corporais e de aparência física da mulher idosa. A sexualidade na velhice ainda é um tema delicado para ser discutido no âmbito da pesquisa e no discurso acadêmico, o que tem refletido na assistência dessa parcela da população.[18] As mudanças hormonais do climatério, acrescidas àquelas próprias do envelhecimento, tendem a sobrecarregar essa etapa da vida, comprometendo a imagem corporal e a autoimagem e trazendo pensamentos negativos, ansiedade e depressão. Assim, a diminuição da atividade sexual no envelhecimento pode ser interpretada não apenas como um fenômeno biológico, mas como de uma transição fisiológica, psicológica e social[19]. Estudos mostram[18] que a abordagem inadequada dos profissionais de saúde motiva negativamente esse quadro. O fato de acreditarem que os idosos não têm vida sexual ativa faz que médicos e enfermeiros não dialoguem ou questionem sobre questões relacionadas à vida sexual.

No que diz respeito ao domínio meio ambiente, a questão 23 (Q23), que avalia o ambiente no lar, obteve maior escore médio (2,73) e a questão 24 (Q24), que analisa o acesso aos serviços de saúde, obteve o menor escore (2,37). Quanto aos recursos financeiros (Q12), o escore médio apresentou valor de 2,56.

A qualidade de vida na velhice tem relação direta com a existência de condições ambientais que permitam aos idosos desempenhar suas atividades de vida diária com independência e autonomia. O ambiente físico em que esse idoso está inserido pode influenciar intimamente na dependência ou não desse indivíduo. É mais provável que um idoso esteja física e socialmente ativo se tiver a oportunidade de ir andando com segurança nas calçadas, ir até o parque ou, até mesmo, tomar um transporte público.[20] É também de grande valia atentar para intervenções a fim de melhorar ainda mais a saúde mental e emocional, fortificar o apoio social e controlar

doenças crônicas, que são fatores cruciais na manutenção da qualidade de vida. Dessa maneira, pode-se inferir que a moradia e o ambiente físico adequados têm influência positiva na qualidade de vida do idoso.[14]

CONCLUSÃO

A maioria dos estudos publicados acerca do diabetes mellitus foca-se, primariamente, nos aspectos fisiológicos da doença, ignorando o contexto social no qual a mulher idosa diabética está inserida. As diferenças de sexo, associadas às competências de autogestão do diabetes relacionadas à qualidade de vida, têm recebido pouca atenção na investigação científica. Todavia, diversos estudos reconhecem a necessidade de a investigação ser mais relevante culturalmente, considerando o gênero como um fator psicossocial determinante na qualidade de vida e no controle do Diabetes Mellitus.

A mulher idosa diabética merece destaque devido ao seu caráter cultural de cuidadora e, nesse caso, idosa e dependente. Portanto, estratégias para oferecer suporte para essas idosas devem ser desenvolvidas pelas equipes considerando esses achados.

Qualidade de vida na velhice é um fenômeno complexo e sujeito a múltiplas influências. A feminização da velhice se faz acompanhar de queda na qualidade de vida em comparação com fases precedentes do ciclo vital. O envelhecimento, acompanhado da presença do diabetes mellitus, acarreta riscos crescentes à mulher em termos de saúde, funcionalidade, proteção e integração social.

REFERÊNCIAS

1. Debert GG. Gênero e Envelhecimento. Estud Feministas [Internet]. 1994 Jan/June [cited 2017 Mar 21];2:33-51. Available from: https://periodicos.ufsc.br/index.php/ref/article/view/16288/14829

2. Miranda LCV, Soares SM, Silva PAB. Quality of life and associated factors in elderly people at a Reference Center. Ciênc saúde coletiva. 2016 Nov; 2(11):3533-44. Doi: http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320152111.21352015

3. Camelo LV, Giatti L, Barreto SM. Health related quality of life among elderly living in region of high vulnerability for health in Belo Horizonte, Minas Gerais, Brazil. Rev Bras Epidemiol. 2016 Apr/June; 19(2):280-93. Doi: http://dx.doi.org/10.1590/1980-5497201600020006

4. Sociedade Brasileira de Diabetes. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes. São Paulo: SBD; 2013.

5. International Diabetes Federation. IDF Diabetes Atlas. 8th ed. In: International Diabetes Federation. What is diabetes? [Internet]. Brussels: IDF; 2011 [cited 2016 Dec 27], p. 14-24. Available from: https://www.idf.org/component/attachments/attachments.html?id=1405&task=download

6. Lessamann JC, Silva DMGV, Nassar SM. Women with type 2 diabetes mellitus: sociodemographic profile, biometrics and health. Acta Paul Enferm. 2012; 25 (Spe):81-6. Doi: http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002012000800013

7. Cunha AA. Diferenças de gênero na adesão terapêutica na Diabetes Mellitus tipo 2 [dissertation] [Internet]. Braga: Universidade do Minho; 2011 [cited 2017 Mar 21]. Available from: http://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/15865

8. Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF, quality of Life Assesment. The Whoqol Group. Psychol Med. 1988 May;28(3):551-8. PMID: 9626712

9. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (BR), Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Cidades. Informações sobre os municípios brasileiros [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2012 [cited 2015 dec 16]. Available from: http://www.ibge.gov.br/cidadesat/default.php

10. Tavares DMS, Côrtes RM, Dias FA. Quality of life of elderly with diabetes mellitus. Cienc Cuid Saude. 2011 Abr/June; 10(2):290-7. Doi: http://dx.doi.org/10.4025/cienccuidsaude.v10i2.10888

11. Chaves ECL, Paulino CF, Souza VHS, Mesquita AC, Carvalho FS, Nogueira DA. Quality of life, depressive symptoms and religiosity in elderly adults: a cross-sectional study.Texto contexto-enferm. 2014 July/Sept; 23(3) 648-55. Doi: http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072014001000013

12. Tavares DMS, Côrtes RM, Dias FA. Quality of life and co-morbidities among elderly diabetic. Rev Enferm UERJ [Internet]. 2010 Jan/Mar [cited 2017 Mar 15]; 18(1):97-103. Available from: http://www.facenf.uerj.br/v18n1/v18n1a17.pdf

13. Menezes C, Vilaça KHC, Menezes RL. Falls and quality of life of people with cataracts. Rev bras oftalmol. 2016 Jan/Feb;75(1):40-4.

Doi: http://dx.doi.org/10.5935/0034-7280.20160009

14. Cordeiro LM, Paulino JL, Bessa MEP, Borges CL, Leite SFP. Quality of life of frail and institutionalized elderly. Acta Paul Enferm. 2015 Aug; 28(4):361-6. Doi: http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201500061.

15. Lima DL, Lima AVD, Ribeiro CG. Aging and quality of life of elderly institutionalized. RBCEH. 2010 Sept/Dec; 7(3):346-56. Doi: http://dx.doi.org/10.5335/rbceh.2012.782

16. Jahn EF. Mulheres camponesas idosas e suas leituras das cartilhas do movimento de mulheres camponesas/RS [dissertation] [Internet]. Porto Alegre: UFRGS; 2013 [cited 2017 Aug 15]. Available from: http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/78761

17. Muniz EF, Freitas CASL, Oliveira EN, Lacerda MR. Overload degree of caregivers of elderly assisted at home by the Family Health Strategy. Saúde debate. 2016 July/Sept; 40(110):172-82. Doi: http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104201611013

18. Alencar RA, Ciosak SI. Aids in the elderly: reasons that lead to late diagnosis. Rev Bras Enferm. 2016 Nov/Dec;69(6):1140-6. Doi: http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0370

19. Maciel M, Laganà L. Older women's sexual desire problems: biopsychosocial factors impacting them and barriers to their clinical assessment. BioMed Research International. 2014 June; 2014. Doi: http://dx.doi.org/10.1155/2014/107217

20. Dias DSG, Carvalho CS, Araújo CV. Comparison of subjective perceptions of quality of life and well-being of elderly people living alone, with family and institutionalized. Rev bras geriatr gerontol. 2013 Jan/Mar; 16(1):127-38. Doi: http://dx.doi.org/10.1590/S1809-98232013000100013

Submissão: 11/07/2017
Aceito: 07/12/2017
Publicado: 01/02/2018

Correspondência

Ana Hélia de Lima Sardinha
Universidade Federal do Maranhão
Departamento de Enfermagem
Av. Bacanga, s/n
Prédio Paulo Freire
Cidade Universitária
CEP: 65000-000 – São Luís (MA), Brasil