

**PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E CLÍNICO DE IDOSOS COM DIABETES****SOCIODEMOGRAPHIC AND CLINICAL PROFILE OF DIABETIC ELDERLY****PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO Y CLÍNICO DE ANCIANOS CON DIABETES**

Eduardo Gomes de Melo<sup>1</sup>, Carla Lidiane Jácome dos Santos<sup>2</sup>, Rossandro Aranha Batista Filho<sup>3</sup>, Laís Leite de Souza<sup>4</sup>, Daniele Santana de Vasconcelos<sup>5</sup>, Augusto Cezar Camarotti de Lima<sup>6</sup>, Lucas Costa Macedo<sup>7</sup>, Marta Miriam Lopes Costa<sup>8</sup>

**RESUMO**

**Objetivo:** caracterizar o perfil de pessoas idosas com diabetes acompanhados em seguimento ambulatorial de uma instituição hospitalar utilizando os dados sociodemográficos e clínicos. **Método:** trata-se de um estudo quantitativo, descritivo, transversal, realizado com 168 idosos. Reuniram-se os dados a partir de entrevista e consulta ao prontuário, submetendo-os às técnicas de estatística descritiva, sendo realizado o teste estatístico Qui-quadrado, e os resultados apresentados em forma de tabelas. **Resultados:** identificou-se a prevalência três vezes maior do sexo feminino (121=72%); o número de casados foi superior às demais categorias (90=53,6%); metade recebia até um salário mínimo (58=50%); a maioria encontrava-se na faixa de 60 a 69 anos (114=67,9%); o tempo de diagnóstico do diabetes foi superior a 10 anos em 73 (43,5%) entrevistados, sendo a neuropatia diabética a complicação de maior prevalência (97=58,1%). **Conclusão:** reporta-se, pela realização desse estudo, a uma visão holística de alguns aspectos que são passíveis de intervenções, para a equipe multiprofissional de saúde, a qual cabe-lhe a realização da assistência efetiva e integral visando a atender as necessidades biológicas e psicossociais. **Descritores:** Idoso; Diabetes Mellitus; Diabetes Mellitus Tipo 2; Autocuidado; Pessoal de Saúde; Assistência Ambulatorial.

**ABSTRACT**

**Objective:** to characterize the profile of elderly people with diabetes followed up at the outpatient clinic of a hospital using socio-demographic and clinical data. **Method:** this is a quantitative, descriptive, cross-sectional study of 168 elderly people. Data was collected from interviews and consultations of the medical record, subjecting them to descriptive statistics techniques, and the Chi-square statistical test was performed, and the results were presented in the form of tables. **Results:** a threefold prevalence of the female sex (121 = 72%) was identified; the number of married couples was higher than the other categories (90 = 53.6%); half received a minimum wage (58 = 50%); the majority were in the range of 60 to 69 years (114 = 67.9%); the diagnosis time of diabetes was over ten years in 73 (43.5%) interviewed, with diabetic neuropathy being the most prevalent complication (97 = 58.1%). **Conclusion:** this study presents a holistic view of some aspects that are possible for interventions for the multiprofessional health team, which is responsible for the effective and integral assistance to meet the biological and psychosocial. **Descriptors:** Elderly; Diabetes Mellitus; Type 2 Diabetes Mellitus; Self-care; Health Personnel; Ambulatory Care.

**RESUMEN**

**Objetivo:** caracterizar el perfil de personas mayores con diabetes acompañados en seguimiento ambulatorio de una institución hospitalaria utilizando los datos sociodemográficos y clínicos. **Método:** se trata de un estudio cuantitativo, descriptivo, transversal, realizado con 168 ancianos. Se reunieron los datos a partir de entrevista y consulta al prontuario, sometiéndolos a las técnicas de estadística descriptiva, siendo realizado el test estadístico Qui-cuadrado, y los resultados presentados en forma de tablas. **Resultados:** se identificó la prevalencia tres veces mayor del sexo femenino (121 = 72%); el número de casados fue superior a las demás categorías (90 = 53,6%); la mitad recibía hasta un salario mínimo (58 = 50%); la mayoría se encontraba en el rango de 60 a 69 años (114 = 67,9%); el tiempo de diagnóstico de la diabetes fue superior a 10 años en 73 (43,5%) entrevistados, siendo la neuropatía diabética la complicación de mayor prevalencia (97 = 58,1%). **Conclusión:** se reporta, por la realización de este estudio, una visión holística de algunos aspectos que son pasibles de intervenciones, para el equipo multiprofesional de salud, la cual le corresponde la realización de la asistencia efectiva e integral para atender las necesidades biológicas y psicosocial. **Descritores:** Ancianos; Diabetes Mellitus; Diabetes Mellitus Tipo 2; Autocuidado; Personal de Salud; Atención Ambulatorial.

<sup>1,2</sup>Mestres, Universidade Federal da Paraíba/UFPB. João Pessoa (PB), Brasil. E-mail: [eduardogomesmelo@ig.com.br](mailto:eduardogomesmelo@ig.com.br). ORCID iD: <http://orcid.org/0000-0002-0130-6138>; E-mail: [carlalima2006@yahoo.com.br](mailto:carlalima2006@yahoo.com.br). ORCID iD: <http://orcid.org/0000-0002-5101-4408>; <sup>3,4,5,6,7</sup>Graduandos, Universidade Federal da Paraíba UFPB. João Pessoa (PB), Brasil. E-mail: [rossandrofilho@hotmail.com](mailto:rossandrofilho@hotmail.com). ORCID iD: <http://orcid.org/0000-0002-7464-6942>; E-mail: [laislSouza26@hotmail.com](mailto:laislSouza26@hotmail.com). ORCID iD: <http://orcid.org/0000-0002-8388-5355>; E-mail: [danielesantanamed@gmail.com](mailto:danielesantanamed@gmail.com). ORCID iD: <http://orcid.org/0000-0002-9525-1595>; E-mail: [augustoccl@gmail.com](mailto:augustoccl@gmail.com). ORCID iD: <http://orcid.org/0000-0001-9803-7335>; E-mail: [lucascmacedo@gmail.com](mailto:lucascmacedo@gmail.com). ORCID iD: <http://orcid.org/0000-0002-9279-2732>; <sup>8</sup>Doutora, Universidade Federal da Paraíba/UFPB. João Pessoa (PB), Brasil. E-mail: [marthamiryam@hotmail.com](mailto:marthamiryam@hotmail.com). ORCID iD: <http://orcid.org/0000-0002-2119-3935>

## INTRODUÇÃO

Sabe-se que o Diabetes mellitus (DM) é uma doença crônica não transmissível, complexa, associada à hiperglicemia, que ocorre a partir de deficiências na secreção, ação da insulina, ou ambos. Colocam-se, pelo desequilíbrio metabólico crônico associado a esta doença, os pacientes em alto risco de complicações macro e microvasculares de longo prazo que, se não forem atendidas com alta qualidade, levam à frequente hospitalização e risco elevado de doenças cardiovasculares.<sup>1</sup>

Mostra-se, em estudos epidemiológicos, que a prevalência e incidência do diabetes, no Brasil, têm aumentado a cada ano. Revela-se que o Brasil lidera os países da América Latina com as maiores ocorrências da doença, representadas por 14,3 milhões de brasileiros e prevalência de 8,0%, podendo aumentar para 23,3 milhões nos próximos 25 anos.<sup>2-3</sup>

Pode-se compreender o Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) pela ocorrência de defeitos na secreção de insulina associados a uma resistência à substância.<sup>4</sup> Leva-se o indivíduo pelo diabetes, quando não tratado de forma adequada, a apresentar, em longo prazo, complicações crônicas e irreversíveis, como a neuropatia, nefropatia, retinopatia, infarto agudo do miocárdio, acidentes vasculares e infecções.<sup>4</sup>

Destaca-se, entre as doenças crônicas não transmissíveis, o DM como importante causa de morbidade e mortalidade, especialmente entre os idosos. Contribui-se, pelo ritmo acelerado do processo de envelhecimento da população, para uma maior tendência ao sedentarismo e aos inadequados hábitos alimentares, além de outras mudanças sociocomportamentais, para os níveis crescentes da incidência e prevalência do DM, bem como da mortalidade pela doença.<sup>4</sup>

Tem-se o DM2 como uma das doenças crônicas que mais acometem as pessoas idosas, sendo que a prevalência de indivíduos com mais de 60 anos com DM2 está entre 15 a 20%. Aponta-se, por outras estatísticas, que um em cada quatro indivíduos com mais de 60 anos apresenta o DM2. Pode-se, sendo assim, a doença estar associada ao aumento da idade.<sup>5</sup>

Envolvem-se, no tratamento para o controle do DM2 e para prevenir as complicações crônicas, mudanças no dia a dia, com a incorporação de hábitos que incluem: automonitorização da glicemia; alimentação saudável; diminuição do uso de produtos industrializados; prática diária de, pelo menos, uma atividade física e administração

de medicamentos com horários determinados (antidiabéticos orais e/ou insulina).

Chama-se a atenção para fatores psicológicos e sociais serem incluídos como algo fundamental a ser avaliado no manejo do DM. Destaca-se, também, a necessidade de que fatores emocionais, como a depressão, a ansiedade e o estresse, sejam avaliados quando há diminuição do controle glicêmico, pois tais fatores são de extrema importância para o seguimento do tratamento.<sup>6</sup>

Ajuda-se no controle das manifestações clínicas por meio das alterações no estilo de vida, evitando a possibilidade de complicações. Adverte-se que, quando o indivíduo não é orientado corretamente sobre como realizar medidas de autocuidado, o tratamento se torna frágil e a possibilidade de complicações relacionadas com o DM2 se potencializa.<sup>7</sup>

Necessita-se, para manter controle metabólico do diabetes, que a pessoa com DM siga as recomendações dos profissionais de saúde, criando uma rotina diária de autocuidados. Deve-se o indivíduo com DM ter conhecimento de que a doença é por toda a vida, sendo o controle o elemento essencial para se obter um regime terapêutico de sucesso e evitar possíveis complicações.<sup>8</sup>

Gera-se, no indivíduo, pela necessidade de mudanças nos hábitos de vida, um conflito, pois são imprescindíveis a adaptação e as mudanças sociais, econômicas e clínicas. Enfrenta-se, logo, pelos profissionais de saúde, o desafio de conscientizar a pessoa com DM2 para se ter um controle sobre a sua doença e, quando se trata de pessoa idosa, o desafio se torna mais difícil ainda, já que muitas não compreendem ou não querem compreender que devem existir adequações no seu estilo de vida.

Norteia-se este estudo, tendo em vista a relevância epidemiológica e as complicações agudas e/ou crônicas que o DM2 pode ocasionar em idosos, pelo seguinte questionamento: “Qual o perfil dos idosos com DM2 acompanhados em seguimento ambulatorial considerando suas características sociodemográficas e clínicas?”.

Justifica-se o estudo devido ao aumento progressivo dos casos de DM2 em idosos e pelo propósito de conhecer as características dos pacientes que frequentam o serviço, para que os profissionais de saúde possam implementar intervenções no sentido de contribuir para a adaptação do idoso à sua doença.

## OBJETIVO

- Caracterizar o perfil de pessoas idosas com diabetes acompanhados em seguimento ambulatorial de uma instituição hospitalar utilizando os dados sociodemográficos e clínicos.

## MÉTODO

Trata-se de um estudo quantitativo, descritivo, transversal, realizado no Ambulatório de Endocrinologia do Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW), localizado no município de João Pessoa - PB, Brasil, que é responsável por assistência médica, de Enfermagem e nutricional aos pacientes com DM. Escolheu-se o referido serviço por ser um serviço de referência para esse tipo de atendimento no Estado da Paraíba, recebendo pacientes encaminhados das Unidades Básicas de Saúde com o propósito de controle ambulatorial do DM e de suas comorbidades.

Constituiu-se a população do estudo por idosos com DM2 atendidos no serviço ambulatorial de Endocrinologia do HULW. Solicitou-se, para saber o número de pacientes com DM2 atendidos no ambulatório, informação junto à Coordenação de Enfermagem, que disponibilizou uma listagem com os números dos atendimentos consolidados no ano de 2016. Possibilitou-se identificar, assim, que, de janeiro a dezembro de 2016, foram atendidas 697 pessoas idosas com DM. Estabeleceu-se, considerando um erro de amostragem máximo de 5% e uma confiança em uma amostra representativa de 95%, que o tamanho da amostra precisava ser de, pelo menos, 126 pacientes a serem avaliados no HULW.

Utilizou-se, para a seleção da amostra, a do tipo não probabilística, em que os critérios de inclusão foram: ter diagnóstico médico de DM; ser maior de 59 anos de idade e ser acompanhado no ambulatório de Endocrinologia do citado serviço. Considera-se, no Brasil, como idosa, a pessoa com idade na faixa dos 60 anos ou mais de idade.<sup>9</sup> Elencou-se como critério de exclusão: apresentar síndrome demencial ou qualquer alteração cognitivo-comportamental que impedisse a compreensão e resposta aos instrumentos de coleta por meio de avaliação do pesquisador especialista em Geriatria. Entrevistaram-se, ao todo, 168 pacientes.

Utilizou-se, para as entrevistas, um formulário, construído pelo pesquisador, abordando as variáveis sociodemográficas

(idade, sexo, estado civil, profissão ou função, renda mensal familiar, arranjo familiar e religião) e clínicas (tempo de diagnóstico do DM, doenças associadas, presença de complicações do diabetes). Realizou-se, para ajudar na coleta, um treinamento com os pesquisadores de campo: cinco estudantes do curso de graduação em Medicina do 7º e 11º períodos. Consultaram-se, para contemplar as informações, os prontuários dos entrevistados. Aplicou-se o formulário enquanto os pacientes aguardavam a consulta médica, de Enfermagem ou de Nutrição, em um local reservado para garantir a privacidade dos participantes, nos turnos manhã e tarde, de segunda a sexta-feira, durante os meses de fevereiro a março de 2018.

Coletaram-se e digitaram-se os dados quantitativos, empregando a técnica de validação em dupla digitação em planilhas do programa *Excel®* para o *Windows XP®* da *Microsoft®* para a avaliação de consistência. Trataram-se, após essa validação, os dados estatisticamente com o auxílio do *software SPSS (Statistical Package for the Social Sciences)* - versão 20.0. Aplicaram-se as técnicas de estatística descritiva com medidas de frequência, em números absolutos e percentual, sendo realizado o teste estatístico Qui-Quadrado, utilizando nível de significância igual a 5% (ou 0,05).

Ressalta-se que as observâncias éticas contempladas nas diretrizes e normas regulamentadoras para pesquisas envolvendo seres humanos - Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, sobretudo no que diz respeito ao consentimento livre e esclarecido dos participantes, sigilo e confidencialidade dos dados, continuaram sendo respeitadas. Submeteu-se o projeto de pesquisa ao Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital Universitário Lauro Wanderley da Universidade Federal da Paraíba, sendo aprovado pelo CAEE 76715517.6.0000.5183

## RESULTADOS

Percebe-se, segundo a tabela 1, conforme segue abaixo, que, na população investigada, houve, aproximadamente, uma prevalência três vezes maior do sexo feminino. Destaca-se que o número de casados foi superior às demais categorias, metade recebia até um salário mínimo e a maioria da amostra tinha religião católica, sendo que quase 70% dos entrevistados tinham entre 60 e 69 anos de idade, metade era constituída de aposentados e cerca de 60% desses idosos viviam com o cônjuge, filho ou neto.

Tabela 1. Distribuição dos idosos segundo as características sociodemográficas. João Pessoa (PB), Brasil, 2018.

| Variáveis                  | n   | %    | Teste x <sup>2</sup> (Valor-p) |
|----------------------------|-----|------|--------------------------------|
| Gênero                     |     |      |                                |
| Feminino                   | 121 | 72,0 | < 0,001                        |
| Masculino                  | 47  | 28,0 |                                |
| Estado civil               |     |      |                                |
| Casado                     | 90  | 53,6 | < 0,001                        |
| Divorciado                 | 21  | 12,5 |                                |
| Solteiro                   | 22  | 13,1 |                                |
| Viúvo                      | 35  | 20,8 |                                |
| Renda                      |     |      |                                |
| Até 1 salário mínimo       | 58  | 50,0 | < 0,001                        |
| 2 salários mínimos         | 35  | 30,2 |                                |
| 3 salários mínimos         | 15  | 12,9 |                                |
| Mais de 3 salários mínimos | 8   | 6,9  |                                |
| Religião                   |     |      |                                |
| Católica                   | 110 | 65,4 | < 0,001                        |
| Evangélica                 | 46  | 27,4 |                                |
| Outras                     | 10  | 6,0  |                                |
| Sem religião               | 2   | 1,2  |                                |
| Idade                      |     |      |                                |
| 60 a 69                    | 114 | 67,9 | < 0,001                        |
| 70 a 79                    | 43  | 25,6 |                                |
| 80 a 89                    | 11  | 6,5  |                                |
| Profissão                  |     |      |                                |
| Aposentado                 | 81  | 48,2 | < 0,001                        |
| Doméstica                  | 31  | 18,5 |                                |
| Outra                      | 56  | 33,3 |                                |
| Composição familiar        |     |      |                                |
| Sozinho                    | 17  | 10,1 | < 0,001                        |
| Esposa                     | 27  | 16,1 |                                |
| Esposa + Filho             | 28  | 16,7 |                                |
| Filho + Neto               | 44  | 26,2 |                                |
| Outro                      | 52  | 31,0 |                                |

Teste x<sup>2</sup>: Teste de Qui-quadrado. Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

Apresentam-se, na tabela 2, conforme mostrado abaixo, as características clínicas dos idosos e pôde-se observar que esta população, em sua maioria, tem um tempo de diagnóstico de diabetes maior que dez anos e teve a neuropatia diabética como a

complicação de maior prevalência, sendo que outros sintomas de maior ocorrência foram a retinopatia diabética e a doença arterial periférica, apenas 7% dos pacientes tinham o hábito de fumar e, aproximadamente, a metade dos idosos tinha depressão.

Tabela 2. Distribuição dos idosos segundo as características clínicas. João Pessoa (PB), Brasil, 2018.

| Variáveis                   | n   | %    | Teste x <sup>2</sup> (Valor-p) |
|-----------------------------|-----|------|--------------------------------|
| Tempo de diagnóstico        |     |      |                                |
| Até um ano                  | 12  | 7,1  | < 0,001                        |
| 2 a 5                       | 45  | 26,8 |                                |
| 6 a 10                      | 38  | 22,6 |                                |
| Mais de 10                  | 73  | 43,5 |                                |
| Doenças associadas          |     |      |                                |
| Nefropatia                  | 31  | 18,6 | < 0,001                        |
| Retinopatia                 | 88  | 52,7 | 0,537                          |
| Neuropatia diabética        | 97  | 58,1 | 0,045                          |
| Doença arterial periférica  | 38  | 22,8 | < 0,001                        |
| Pé diabético                | 30  | 18,0 | < 0,001                        |
| Amputação parte membro inf. | 10  | 6,0  | < 0,001                        |
| Acidente Vascular Cerebral  | 19  | 11,4 | < 0,001                        |
| Aneurisma de aorta          | 1   | 0,6  | -                              |
| Doença Coronariana          | 30  | 18,0 | < 0,001                        |
| Tabagismo                   |     |      |                                |
| Sim                         | 12  | 7,1  | < 0,001                        |
| Não                         | 156 | 92,9 |                                |
| Depressão                   |     |      |                                |
| Não                         | 131 | 78,0 | < 0,001                        |
| Moderada                    | 20  | 11,9 |                                |
| Grave                       | 17  | 10,1 |                                |

Teste x<sup>2</sup> : Teste de Qui-quadrado · Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

## DISCUSSÃO

Salienta-se que os dados sociodemográficos são importantes para conhecer a população e estabelecer metas de apoio e que, neste trabalho, 72% da amostra era do sexo feminino, verificando, portanto, uma clara predominância das mulheres. Justifica-se esse dado pelo fato de as mulheres serem mais preocupadas quando apresentam sintomas e sinais físicos de doenças e, com isso, buscam, de forma mais rápida, a assistência médica, além disso, são as principais frequentadoras dos serviços de saúde.<sup>10-2</sup>

Identificou-se que 53,6% dos entrevistados eram casados. Revelou-se, em trabalho realizado no interior de São Paulo, que 57% dos idosos viviam com o companheiro, valor aproximado ao deste estudo, sugerindo que essa convivência possa ser benéfica para o idoso visto que, talvez, contribua para os cuidados em relação à saúde.<sup>13</sup> Fortalece-se, pela presença de companheiro para dividir os cuidados com o tratamento, o autocuidado, elevando as chances de sucesso no tratamento.<sup>11</sup>

Alerta-se que esta pesquisa trouxe um achado preocupante, pois metade dos indivíduos investigados recebia até um salário mínimo, renda insuficiente para a manutenção básica do idoso,<sup>14</sup> pois, a partir do momento da aposentadoria, este tem perda financeira significativa, comprometendo a sua capacidade de manter os cuidados necessários em relação a uma boa alimentação, ao uso de medicamentos, à realização de exames periódicos, fatores que comprometem a preservação da saúde e, por conseguinte, o controle da doença.<sup>15</sup> Lembra-se que, entre as pessoas com diabetes, 3/4 vivem em países de renda baixa a média,<sup>3</sup> e, para a população idosa, um estudo verificou associação estatisticamente significativa entre diabetes e baixos níveis educacionais e de renda.<sup>16</sup>

Mostra-se, quanto à religião, pela literatura, que acreditar em um suporte religioso reduz a ansiedade e os conflitos emocionais e fortalece as atitudes de autocuidado, o que favorece a adesão ao tratamento,<sup>17</sup> pois, independente de qual religião seja, a fé ajuda na adesão ao tratamento.

Aponta-se que a maior faixa etária dos idosos com DM2 desta pesquisa tinha entre 60 a 69 anos. Apresentou-se, corroborando este resultado, em uma outra pesquisa realizada na atenção básica de saúde, que 54,7% se encontravam nesta mesma faixa etária,<sup>18</sup> entretanto, na pesquisa realizada no Estado de São Paulo, a média de idade representada

era de 75,9 ( $\pm 6.2$ ) anos, 69,8% eram do sexo feminino e 32,6% eram casados.<sup>19</sup> Pode-se entender, dessa forma, que a cronicidade do diabetes reflete nas altas faixas etárias.

Acrescenta-se, em se tratando de profissão, que a maioria era aposentada, o que mostra a prevalência do DM2 em indivíduos que não exercem atividade profissional. Influencia-se, por esse fator, a renda familiar e também o tratamento porque o idoso com diabetes toma várias medicações e deve seguir dieta balanceada, o que demanda alimentos caros, muitas vezes negligenciados devido à falta de recursos e, além disso, muitos idosos contribuem com as despesas da casa.<sup>20</sup>

Verificou-se, na composição familiar, que 55% dos idosos viviam com o cônjuge, filho ou neto e, dentre os participantes de outro estudo, a maioria dos idosos entrevistados relatou morar com algum familiar, sugerindo uma convivência intergeracional na própria residência.<sup>21</sup>

Prevaleceu-se, em relação às variáveis clínicas, o tempo de diagnóstico DM2 superior a dez anos, e este dado já era esperado devido à alta faixa etária dos participantes da pesquisa; além disso, quanto maior o tempo de diagnóstico do DM2, maior será a gravidade da doença e a possibilidade de complicações crônicas.<sup>22</sup>

Evidenciou-se, como a complicação crônica mais encontrada no estudo, a neuropatia diabética, seguida da retinopatia. Geram-se, quando as complicações aparecem, sentimentos de medo e insegurança no idoso com DM2 e, devido a estes sentimentos, o idoso acaba impulsionado a se comprometer mais em realizar melhor o tratamento.<sup>23</sup> Acredita-se que, mesmo neste momento difícil, o profissional de saúde deve criar estratégias para facilitar e ajustar os cuidados que o idoso com DM2 deve ter com relação ao seu tratamento. Comprovou-se, em outro estudo sobre o DM, a predominância de complicações crônicas na maioria dos participantes da pesquisa.<sup>11</sup>

Declarou-se, a respeito do hábito de fumar, pela maioria dos idosos com DM2, não fazer uso de tabaco, apesar de o tabaco ser considerado um fator de risco para o DM2,<sup>12</sup> contudo, como os participantes são idosos, não houve questionamentos se, em algum momento da sua vida, eles mantiveram o hábito de fumar. Expõe-se que pesquisa realizada com idosos com DM na Estratégia de Saúde da Família em Recife, Pernambuco, Brasil, foi ao encontro com este achado, representando 56,8% da sua amostra não tabagista.<sup>24</sup>

Reflete-se, com relação à depressão, pelos resultados, uma significativa amostra de idosos com DM com algum grau de depressão. Aponta-se, em alguns estudos, a depressão em pessoas com DM como algo comum, e a probabilidade de desenvolver a doença é duas vezes maior do que na população em geral.<sup>25</sup> Compromete-se o tratamento, além disso, pelos sintomas depressivos, dificultando o autocuidado e sua adesão e, além do mais, a depressão pode provocar alteração glicêmica, comprometendo o controle do metabolismo.<sup>26</sup>

## CONCLUSÃO

Reporta-se, pela realização de um perfil sociodemográfico e clínico de idosos com DM, a uma visão holística de alguns aspectos, que são passivos de intervenções. Cabe-se, assim, ao profissional de saúde, bem como à equipe multiprofissional, a realização de uma assistência efetiva e integral ao idoso com DM2 visando a atender suas necessidades tanto biológicas, como psicossociais. Possibilitam-se, pelo comprometimento da equipe junto com o idoso com DM2, as chances de um tratamento mais eficaz. Deve-se capacitar, por isso, o profissional de saúde a lidar com esse público, estimulando mudanças de hábitos que irão ajudá-lo em atitudes positivas no seu cuidado.

Devem-se as limitações encontradas nesta pesquisa tanto às características do estudo transversal, o qual não explica a relação causa-efeito, quanto pela análise não probabilística, que não permite uma chance igual para todos os participantes. Espera-se que o resultado deste estudo desperte o interesse no desenvolvimento de outras pesquisas, principalmente na realização de estudos randomizados com o intuito de confrontar esses resultados, além de contribuir para mudanças e reflexões nas práticas assistenciais.

## REFERÊNCIAS

1. National Institute for Health and Care Excellence. Internal Clinical Guidelines Team. Type 2 Diabetes in Adults: Management [Internet]. London: National Institute for Health and Care Excellence; 2015 [cited 2016 Mar 21]. Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng28/resources/type-2-diabetes-in-adults-management-1837338615493>
2. Santos AL, Teston EF, Latorre MRDO, Mathias TAF, Marcon SS. Trend in hospitalizations for diabetes mellitus: implications for health care. *Acta paul enferm.* 2015 Sept;28(5):401-7. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1518-8787.2017051000011>
3. International Diabetes Federation. IDF Diabetes Atlas [Internet]. Brussels: IDF; c2015 [cited 2016 Jan 02]. Available from: <http://www.diabetesatlas.org>
4. Sociedade Brasileira de Diabetes. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (2015-2016) [Internet]. São Paulo: A.C. Farmacêutica; 2016 [cited 2017 Jan 10]. Available from: <http://www.diabetes.org.br/profissionais/imagens/pdf/DIRETRIZES-SBD-2015-2016.pdf>
5. Malta DC, Bernal RTI, Iser BPM, Szwarcwald CL, Duncan BB, Schmidt MI. Factors associated with self-reported diabetes according to the 2013 National Health Survey. *Rev Saúde Pública.* 2017 June; 51(Suppl1):12s. Doi: [10.1590/S1518-8787.2017051000011](https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2017051000011)
6. American Diabetes Association. Standards of Medical Care in Diabetes-2011. *Diabetes care* [Internet]. 2011 Jan [cited 2016 Mar 20];34(1):11-61. Available from: [http://care.diabetesjournals.org/content/diabetes/34/Supplement\\_1/S11.full.pdf](http://care.diabetesjournals.org/content/diabetes/34/Supplement_1/S11.full.pdf)
7. Faria HTG, Veras VS, Xavier ATF, Teixeira CRS, Zanetti ML, Santos MA. Quality of life in patients with diabetes mellitus before and after their participation in an educational program. *Rev esc enferm USP.* 2012 Apr;47(2):344-9. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342013000200011>
8. Leal LB, Moura IH, Carvalho RBN, Leal NTB, Silva AQ, Silva ARV. Related quality of life health of people with type 2 diabetes mellitus. *Rev RENE.* 2014;15(4):676-82. Doi: [10.15253/2175-6783.2014000400015](https://doi.org/10.15253/2175-6783.2014000400015)
9. Ministério da Saúde. Estatuto do Idoso [Internet]. 3rd ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2003 [cited 2018 June 15]. Available from: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estatuto\\_idoso\\_3edicao.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estatuto_idoso_3edicao.pdf)
10. Seramin CMS, Danze L, Oliveira KCS. Knowledge and attitude: components for education in diabetes mellitus in primary health units of Bebedouro - Brazil. *Rev Fafibe on-line* [Internet]. 2013 [cited 2017 Dec 10];1(6):130-9. Available from: <http://www.unifafibe.com.br/revistasonline/arquivos/revistafafibeonline/sumario/28/11122013185648.pdf>
11. Oliveira PS, Lima CLJ, Ferreira JDL, Ferreira TMC, Lucena ALR, Acioly CMC, et al. Characterization of People with Diabetes Mellitus Assisted in an Outpatient Follow-up Clinic. *Int Arch Med.* 2017; 10(130):1-12. Doi: <https://doi.org/10.3823/2400>

12. Lima CLJ, Ferreira TMC, Oliveira PS, Ferreira JDL, Silva EC, Costa MML. Characterization of users at risk of developing diabetes: a cross-sectional study. *Rev Bras Enferm.* 2018; 71(Suppl 1):475-82. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0776>
13. Veras VS, Santos MA, Rodrigues FFL, Arrelias CCA, Pedersoli TAM, Zanettid ML. Self-care among patients enrolled in a self-monitoring blood glucose program. *Rev Gaúcha Enferm.* 2014 Dec ;35(4):42-8. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2014.04.47820>
14. Rezende Neta DS, Silva ARV, Silva GRF. Adherence to foot self-care in diabetes mellitus patients. *Rev Bras Enferm.* 2015 Jan/Feb; 68(1):111-6. Doi: [10.1590/0034-7167.2015680115p](http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2015680115p)
15. Ministério da Saúde (BR), Gabinete do Ministro. Portaria no 4.279 de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para organização da rede de atenção à saúde do SUS [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2010 [cited 2017 July 23]. Available from: [http://conselho.saude.gov.br/ultimas\\_noticias/2011/img/07\\_jan\\_portaria4279\\_301210.pdf](http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2011/img/07_jan_portaria4279_301210.pdf)
16. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde. *Vigitel Brasil 2016: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico* [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2014 [cited 2017 July 23]. Available from: <http://portal.arquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/abril/17/Vigitel.pdf>
17. Melo CF, Sampaio IS, Souza DLA, Pinto NS. Correlation between religiousness, spirituality and quality of life: a review of literature. *Estud pesqui psicol* [Internet]. 2015 [cited 2016 Jan 2];15(2):447-64. Available from: <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revispsi/article/view/17650/13050>
18. Borba AKOT, Marques APO, Ramos VP, Leal MCC, Arruda IKG, Ramos RSPS. Factors associated with elderly diabetic adherence to treatment in primary health care. *Ciênc saúde coletiva.* 2018;23(3):953-61. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018233.03722016>
19. Souza NPG, Oliveira GYM, Girão ALA, Souza LM, Maniva SJCF, Freitas CHA. Conceptions of illness from hypertension and Diabetes Mellitus among a group of hospital inpatients. *Rev Enferm UERJ.* 2015 June/Feb;23(1):52-7. Doi: <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2015.15579>
20. Borba AKOT, Leal MC, Marques APO, Arruda IKG, Diniz AS. Knowledge and attitude about diabetes self-care of older adults in primary health care. *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 2017 [cited 2018 June 21]. Available from: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/conhecimento-sobre-o-diabetes-e-atITUDE-para-o-autocuidado-de-idosos-na-atencao-primaria-de-saude/16222?id=16222>
21. Nagai PA, Chubaci RYS, Neri AL. Idosos diabéticos: as motivações para o autocuidado. *Rev Kairós* [Internet]. 2012 [cited 2015 May 10];15(6):407-34. Available from: <https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/17315/12860>
22. Cortez DN, Reis IA, Souza DAS, Macedo MML, Torres HC. Complications and the time of diagnosis of diabetes mellitus in primary care. *Acta paul enferm.* 2015 May/June;28(3):250-5. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201500042>
23. Chaves MO, Teixeira MRF, Silva SED. Perceptions of people with diabetes about the disease: nursing contributions. *Rev Bras Enferm.* 2013 Mar/Apr;66(2):215-21. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672013000200010>
24. Silva PAB, Santos FC, Soares SM, Silva LB. Sociodemographic and clinical profile of elderly persons accompanied by Family Health teams under the gender perspective. *J res fundam care online.* 2018 Jan/Mar; 10(1):97-105. Doi: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2018.v10i1.97-105>
25. Felisberto V, Saavedra T, Santos M, Nunes M. Depression in Type 2 Diabetes Mellitus or Type 2 Diabetes Mellitus in Depression? - A Review. *Rev Portuguesa Diabetes* [Internet]. 2017 [cited 2018 Mar 20];12(3):112-7. Available from: <http://www.revportdiabetes.com/wp-content/uploads/2017/11/RPD-Vol-12-n%C2%BA-3-Setembro-2017-Artigo-de-Revis%C3%A3o-p%C3%A1gs-112-117.pdf>
26. Borges AM, Gorayeb R, Foss-Freitas MC. Psychosocial characterization of diabetes mellitus patients of a public university hospital. *Arq bras psicol* [Internet]. 2013 [cited 2018 Mar 10]; 65(2):214-29. Available from: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/arb/v65n2/05.pdf>

Submissão: 30/06/2018

Aceito: 24/01/2019

Publicado: 01/03/2019

### **Correspondência**

Eduardo Gomes de Melo

Rua Coronel Miguel Satyro, 350

Bairro Cabo Branco

CEP: 58045-110 – João Pessoa (PB), Brasil