



FATORES ASSOCIADOS À QUALIDADE DE VIDA DOS IDOSOS COM DIABETES MELLITUS

FACTORS ASSOCIATED WITH QUALITY OF LIFE OF ELDERLY PEOPLE WITH DIABETES MELLITUS

FACTORES ASOCIADOS A LA CALIDAD DE VIDA DE LAS PERSONAS MAYORES CON DIABETES MELLITUS

Darlene Mara dos Santos Tavares¹, Érica Aparecida dos Santos², Flavia Aparecida Dias³, Pollyana Cristina dos Santos Ferreira⁴, Paula Beatriz de Oliveira⁵

RESUMO

Objetivos: descrever as características sociodemográficas, de saúde e a qualidade de vida (QV) de idosos diabéticos; verificar os fatores associados aos menores escores de QV de idosos diabéticos. **Método:** estudo analítico e transversal realizado com 104 idosos que autorreferiram diabetes, na zona rural. Utilizaram-se o WHOQOL-BREF e WHOQOL-OLD. Realizou-se análise descritiva e regressão linear múltipla ($p < 0,05$). O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, Protocolo 1477. **Resultados:** predominaram as mulheres, de 60 a 70 anos, casadas, com escolaridade e renda baixas. No domínio físico, o número de morbidades e o hábito de não ingerir álcool contribuíram para os menores escores de QV. Na faceta 'funcionamento dos sentidos', os menores escores associaram-se à ausência de renda e na autonomia, à escolaridade e ao tempo de diagnóstico. **Conclusão:** o maior número de morbidades, ausência de renda, menor escolaridade e maior tempo de diagnóstico se mostraram fatores impactantes na QV do idoso. **Descritores:** Idoso; Qualidade de Vida; Diabetes Mellitus; Enfermagem Geriátrica.

ABSTRACT

Objectives: describing the socio-demographic, health and quality of life (QoL) characteristics in diabetic elderly; verify factors associated with lower QoL scores of diabetic elderlies. **Method:** analytical and cross-sectional study performed with 104 older adults who self-reported diabetes, in the countryside. It was used the WHOQOL-BREF and WHOQOL-OLD. A descriptive analysis and a multiple linear regression ($p < 0,05$) were performed. The research project was approved by the Research Ethics Committee, Protocol in 1477. **Results:** predominated females, 60-70 years old, married, with low education and income. In the physical domain, the number of morbidities and the habit of not drinking alcohol contributed to the lower QoL scores. In the facet 'functioning of the senses', the lowest scores were associated with lack of income and autonomy, schooling and the time of diagnosis. **Conclusion:** the largest number of morbidities, the lack of income, less education, and delayed diagnosis proved impacting factors on the QoL of the elderly. **Descriptors:** Aged; Quality of Life; Diabetes Mellitus; Geriatric Nursing.

RESUMEN

Objetivos: describir las características socio-demográficas, de salud y de la calidad de vida (CDV) de ancianos diabéticos; revisar los factores asociados con las puntuaciones más bajas de la CDV de ancianos diabéticos. **Método:** estudio analítico y transversal realizado con 104 mayores que autorreferiram diabetes, en la zona rural. Utilizarán se el WHOQOL-BREF y el WHOQOL-OLD. Se realizó el análisis descriptivo y la regresión lineal múltiple ($p < 0,05$). El proyecto de investigación ha sido aprobado por el Comité de ética de la investigación, protocolo de 1477. **Resultados:** las mujeres predominaban, de 60 hasta 70 años de edad, casadas, con ingresos y educación baja. En el ámbito físico, el número de morbilidades y el hábito de no ingerir alcohol contribuyeron a las puntuaciones más bajas de la CDV. En la faceta 'funcionamiento de los sentidos', las puntuaciones más bajas asociaron se a la ausencia de ingresos y autonomía, a la educación y al tiempo del diagnóstico. **Conclusión:** el mayor número de morbilidad, la ausencia de ingresos, menos educación y mayor tiempo de diagnóstico fueron factores que inciden sobre la CDV de los ancianos. **Descriptor:** Adultos Mayores; Calidad de Vida; Diabetes Mellitus; Enfermería Geriátrica.

¹Enfermeira, Professora Doutora em Enfermagem, Departamento de Enfermagem em Educação e Saúde Comunitária, Curso de Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Triângulo Mineiro/UFTM. Uberaba (MG), Brasil. E-mail: darlenetavares@enfermagem.uftm.edu.br; ²Enfermeira, Mestranda em Atenção à Saúde, Departamento de Medicina Social, Universidade Federal do Triângulo Mineiro/UFTM. Uberaba (MG), Brasil. E-mail: ericasfx@gmail.com; ³Enfermeira, Professora Mestre em Atenção à Saúde, Departamento de Medicina Social, Universidade Federal do Triângulo Mineiro/UFTM. Uberaba (MG), Brasil. E-mail: flaviadias_ura@yahoo.com.br; ⁴Enfermeira, Professora Mestre em Atenção à Saúde, Departamento de Medicina Social, Universidade Federal do Triângulo Mineiro/UFTM. Uberaba (MG), Brasil. E-mail: pollycris21@bol.com.br; ⁵Enfermeira, Mestre em Atenção à Saúde, Hospital de Clínicas, Universidade Federal do Triângulo Mineiro/UFTM. Uberaba (MG), Brasil. E-mail: paulabeatrizde@yahoo.com.br

INTRODUÇÃO

Dentre as doenças crônicas que acometem os idosos, destaca-se o diabetes mellitus (DM), definido como *“síndrome de etiologia múltipla, decorrente da falta de insulina e/ou da incapacidade da insulina de exercer adequadamente seus efeitos. Caracteriza-se por hiperglicemia crônica com distúrbios do metabolismo dos carboidratos, lipídios e proteínas”*.^{1:56}

Inquérito na Suécia observou predomínio do DM entre os idosos da zona rural (16,1%) em relação aos que residiam no espaço urbano (6,3%).² No entanto, investigação conduzida no interior de Minas Gerais obteve que os idosos residentes em áreas rurais apresentam menores chances de terem a doença e reforçam a necessidade de se realizar outros estudos para entender tais fatos.³

Apesar de o Brasil ser um país primariamente agrário e ter muitos de seus municípios enquadrados como rurais, as pesquisas sobre o envelhecimento tem sido desenvolvidas, principalmente, em áreas urbanas, gerando lacuna sobre as reais necessidades dessas populações.⁴ O processo de envelhecimento também é vivenciado no espaço rural, porém, com maior evidência de pobreza; isolamento social; baixa escolaridade; presença de residências em condições precárias; restrição de acesso ao transporte e, distância dos recursos sociais e de instituições de saúde.⁵

Tais fatores podem subestimar a prevalência de doenças crônicas, como o DM, entre os idosos, assim como limitar a atenção à sua saúde. Soma-se a estes fatores o impacto negativo do DM na qualidade de vida (QV) do idoso, decorrentes da presença de possíveis complicações crônicas, como retinopatia, nefropatia, cardiopatia, lesões cerebrais e cardiovasculares.⁶⁻⁷

Reconhecendo que a QV abrange a subjetividade, multidimensionalidade e bipolaridade, o conceito adotado no presente estudo foi o elaborado por estudiosos da Organização Mundial de Saúde que a definem como: *“a percepção do indivíduo em relação a sua vida num contexto cultural dentro do sistema em que ele está inserido, e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”*.^{8:1405}

Partindo destas considerações, este estudo questionou << **Quais os aspectos encontram-se mais impactados na QV do idoso com DM do meio rural? quais os fatores estão associados a sua QV?** >>.

O presente estudo tem como objetivos:

- Descrever as características sociodemográficas, de saúde e a qualidade de vida (QV) de idosos diabéticos.
- Verificar os fatores associados aos menores escores de QV de idosos diabéticos.

MÉTODO

Estudo analítico, transversal e observacional, desenvolvido na zona rural do município de Uberaba-MG. Esta localidade tem 100% de cobertura, atendida por quatro unidades de Estratégias Saúde da Família (ESF).

A população total de idosos residentes na zona rural, segundo listagem fornecida pelas ESF, em junho de 2010 era de 1.297 habitantes. Destes foram entrevistados 850 idosos, sendo excluídos 447, dos quais: 117 tinham mudado de endereço, 105 apresentaram declínio cognitivo, 75 recusaram participar, 57 não foram encontrados após três tentativas do entrevistador, 11 tinham falecido, três encontravam-se hospitalizados e 79 por outros motivos.

Na presente investigação foram incluídos 104 idosos que atenderam aos critérios: ter 60 anos ou mais de idade; residir na zona rural do município de Uberaba-MG; não ter declínio cognitivo; autorreferir diagnóstico de DM e concordar em participar da pesquisa.

A avaliação cognitiva foi realizada por meio do Mini-exame do Estado Mental (MEEM), traduzido e validado no Brasil.⁹ O MEEM avalia as funções cognitivas relacionadas à: orientação temporal e para local, memória imediata, atenção e cálculo, memória de evocação, linguagem e capacidade construtiva visual. O escore varia de zero a 30 pontos, considerando os pontos de corte: 13 para analfabetos, 18 para escolaridade baixa/média (1 a 11 anos) e 26 para alta escolaridade (superior a 11 anos).⁹

Para descrever as características dos idosos utilizou-se o instrumento estruturado, baseado no questionário *Older Americans Resources and Services* (OARS), adaptado à realidade brasileira.¹⁰ A QV foi avaliada por: instrumento genérico *World Health Organization Quality of Life - BREF* (WHOQOL-BREF) e, específico para idoso, *World Health Organization Quality of Life Assessment for Older Adults* (WHOQOL-OLD), ambos validados no Brasil.¹¹⁻¹²

As variáveis estudadas foram: características sociodemográficas e econômicas (sexo, faixa etária, estado conjugal, escolaridade, renda individual, procedência de recursos financeiros, razão de

aposentadoria, moradia e arranjo domiciliar); condições de saúde (tempo da doença, complicações, uso regular de medicamentos, problema para obter medicamento, tipo de medicação, tabagismo, tempo de tabagismo, número de cigarros/dia, etilismo, frequência de consumo do álcool, tipo de bebida e número de morbidades); QV avaliação pelo WHOQOL-BREF (domínios: físico; psicológico, relações sociais e meio ambiente e QV avaliação pelo WHOQOL-OLD (facetas: funcionamento dos sentidos; autonomia; atividades passadas, presentes e futuras; participação social, morte e morrer e intimidade.

Os dados foram coletados nas residências do idoso no período de junho de 2010 a março de 2011. Os dados coletados foram processados em microcomputador, por duas pessoas, em dupla entrada, em uma planilha de dados eletrônica, no programa Excel®. Procedeu-se a consistência entre os dois bancos de dados, quando necessário retornou-se a entrevista original para correção. O banco de dados foi transportado para o *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS), versão 17.0 para realizar a análise.

Cada domínio do WHOQOL-BREF e faceta do WHOQOL-OLD foram analisados isoladamente, com suas respectivas sintaxes. Os escores variam de zero a 100, sendo que os maiores correspondem à melhor QV. Os dados foram analisados por meio de distribuição de frequência simples para as variáveis categóricas, e medidas de centralidade (média, mediana) e de dispersão (desvio padrão) para as variáveis numéricas.

Para verificar os fatores associados à QV foi realizada análise bivariada preliminar por meio do teste *t*-Student, para as variáveis numéricas, de acordo com a normalidade dos dados e homogeneidade das variâncias. As variáveis nominais foram recategorizadas de

modo a tornarem-se dicotômicas: estado conjugal (sem ou com companheiro), renda (sem ou com), moradia (própria ou não), presença de complicações (sim ou não), etilismo (sim ou não), tabagismo (sim, não). Em relação à idade, escolaridade, número de morbidades e tempo de doença foi utilizada correlação de Pearson de acordo com a normalidade dos dados e homogeneidade das variâncias. Os testes foram considerados significativos quando $p<0,10$.

Incluiu-se no modelo de regressão linear múltipla, com escalonamento reverso (método Backward), as variáveis que atenderam ao critério acima ($p<0,10$). Consideraram-se como variáveis dependentes os escores de cada domínio e faceta da QV, individualmente, e, como preditoras o sexo; idade; estado conjugal; escolaridade; renda; arranjo domiciliar; número de morbidades; tempo da doença; uso de medicação; complicações, tabagismo e etilismo. Os testes foram considerados significativos quando $p<0,05$.

O estudo teve o projeto de pesquisa aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, protocolo nº 1477. Procedeu-se a entrevista após o idoso assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS

Na Tabela 1 encontram-se as características sociodemográficas e econômicas dos idosos com DM. Predominaram os idosos do sexo feminino (65,4%), na faixa etária de 60-70 anos (61,5%), com 4-8 anos de estudo (44,2%), casados/tinham companheiros (64,4%) e dividiam o domicílio somente com o cônjuge (45,2%). A maioria recebia um salário mínimo (41,3%), proveniente de aposentadoria (72,1%) por idade (30,8%), possuía casa própria (72,1%).

Tabela 1. Distribuição de frequência das variáveis sociodemográficas e econômicas dos idosos com DM residentes na zona rural. Uberaba, 2012.

Variáveis	n	%
Sexo		
Feminino	68	65,4
Masculino	36	34,6
Faixa Etária		
60 - 70	64	61,5
70 - 80	30	28,8
80 ou mais	10	9,6
Estado Conjugal		
Nunca se casou/morou com companheiro	9	8,7
Casado ou mora com esposo(a) ou companheiro	67	64,4
Viúvo	26	25,0
Separado(a), desquitado(a) ou divorciado	2	1,9
Arranjo domiciliar		
Só	14	13,5
Somente com cônjuge	47	45,2
Com outros de sua geração (com ou sem cônjuge)	10	9,6
Com filhos com ou sem cônjuge)	26	25,0
Com netos (com ou sem cônjuge)	3	2,9
Outros arranjos	4	3,8
Escolaridade (anos)		
Sem escolaridade	24	23,1
1 -4	29	27,9
4 -8	46	44,2
8	4	3,8
9 -11	1	1,0
Renda individual (salários mínimos)*		
Sem renda	14	13,5
< 1	4	3,8
1	43	41,3
1 -3	33	31,7
3 -5	8	7,7
6 ou mais	2	1,9
Razão da aposentadoria		
Tempo de serviço	28	37,3
Idade	32	42,7
Problema de saúde	15	20,0
Moradia		
Casa própria	75	72,1
Estranho - paga aluguel	10	9,6
Cedida - sem aluguel	19	18,3

*salário mínimo no período da coleta: R\$ 545,00
Departamento Intersindical de Estatística e estudos Socioeconômicos (DIEESE). Salário mínimo. [acesso em 2012 jun 27]. Disponível em: <http://www.dieese.org.br/rel/rac/salminMenu09-05.xml>xml. Acesso em 27 jun 2012.

A mediana do tempo de diagnóstico de DM correspondeu a oito anos, variando de um a 40 anos. Em relação às condições de saúde, as complicações mais as referidas foram: problemas cardíacos (9,6%) e retinopatia (9,6%), contudo, a maioria dos idosos não aludiu complicações (64,4%). Destaca-se que 99% dos idosos usavam regularmente os medicamentos prescritos pelo médico, sem problemas para adquiri-los (55,7%). Entretanto, 36,5% dos idosos relataram dificuldade devido ao alto custo. O medicamento mais utilizado foi a metformina (64,4%); com dose de 850mg (50%) duas vezes ao dia (30,7%). Destaca-se que 13,4% dos idosos utilizavam insulina e, destes, 45% faziam uso acima de 30 UI insulina por dia.

Os tabagistas representaram 7,6%, consumindo, em média, 31 cigarros por dia, tendo este hábito há cerca de 53 anos. A ingestão de álcool foi referida por 19,2% dos

idosos, com maior frequência de 4|-7 vezes por semana (45%), seguido por 1|-4 vezes (30%), sendo a cerveja a bebida predominante (65%). A média do número de morbidades associadas ao DM foi de 7,2 (DP=3,1).

O maior percentual de idosos considerou a sua QV boa (60,9%) e estavam satisfeitos com a sua saúde (59%). A seguir, a Tabela 2 apresenta as médias dos escores de QV. O maior escore de QV mensurada pelo WHOQOL-BREF foi para o domínio relações sociais (71,88; DP=12,99) e o menor no meio ambiente (59,71; DP= 12,53). A QV avaliada pelo WHOQOL-OLD verificou maior escore na faceta intimidade (73,50; DP=16,35) e menor na autonomia (63,04; DP=16,78), Tabela 2.

Tabela 2. Escores de QV segundo WHOQOL-BREF e WHOQOL-OLD dos idosos com diabetes mellitus da zona rural. Uberaba, 2012.

Variáveis de QV	Média	DP
WHOQOL-BREF		
Físico	60,34	16,09
Psicológico	66,86	13,96
Relações sociais	71,88	12,99
Meio ambiente	59,71	12,53
WHOQOL-OLD		
Funcionamento dos sentidos	66,23	23,23
Autonomia	63,04	16,78
Atividades passadas, presentes e futuras	68,93	12,96
Participação social	64,48	13,91
Morte ou morrer	66,65	26,12
Intimidade	73,50	16,35

As variáveis, por domínios, que atenderam ao critério estabelecido na análise bivariada ($p<0,1$), e compuseram o modelo de regressão foram: físico (sexo, $p=0,044$; escolaridade, $p=0,087$; presença de complicações crônicas, $p<0,001$; etilismo, $p=0,007$; idade, $p=0,064$; número de morbidades, $p<0,001$ e o tempo de diagnóstico, $p=0,062$); psicológico (sexo, $p=0,007$; presença de complicações crônicas, $p=0,007$ e número de morbidades, $p=0,005$); meio ambiente (moradia, $p=0,008$; complicações, $p=0,041$ e número de morbidades, $p=0,028$).

Quanto as variáveis, por facetas, que compuseram o modelo de regressão foram: funcionamento dos sentidos (renda, $p=0,035$; complicações, $p=0,093$; etilismo, $p=0,06$; tabagismo, $p=0,071$ e número de morbidades, $p=0,088$); participação social (presença de complicações crônicas, $p=0,035$); morte e

morrer (renda, $p=0,075$; etilismo, $p=0,075$); intimidade (tabagismo, $p=0,034$).

Na Tabela 3 apresenta-se o modelo de regressão dos escores de QV no WHOQOL-BREF e no WHOQOL-OLD. Na análise multivariável, o domínio físico apresentou menores escores de QV associados à ausência de etilismo ($p=0,021$) e ao maior número de morbidades ($p<0,001$), sendo este último o preditor que mais contribuiu para os menores escores de QV ($\beta=-0,48$), Tabela 3.

Na faceta funcionamento dos sentidos a ausência de renda contribuiu para os menores escores de QV ($p=0,041$). Enquanto que na autonomia a ausência de escolaridade ($p=0,004$) e o menor tempo de diagnóstico ($p=0,002$) associaram-se aos menores escores de QV, permaneceram como maior preditor de menores escores de QV o tempo de diagnóstico ($\beta=0,302$), Tabela 3.

Tabela 3. Modelo de regressão dos escores de QV do WHOQOL-BREF e WHOQOL-OLD da população estudada. Uberaba, 2012.

Modelo inicial			Modelo final	
	B padronizado*	p	B padronizado*	p
WHOQOL-BREF				
Físico				
Sexo	0,098	0,327	-	-
Escolaridade	0,127	0,174	-	-
Presença de complicações	-0,149	0,138	-	-
Etilismo	0,25	0,005	0,198	0,021
Idade	-0,116	0,205	-	-
Morbidades	-0,411	<0,001	-0,48	<0,001
Tempo de diagnóstico	-0,065	0,46	-	-
Psicológico				
Sexo	-0,172	0,094	-	-
Presença de complicações	-0,169	0,115	-	-
Morbidades	-0,149	0,189	-	-
Meio ambiente				
Moradia	0,18	0,068	-	-
Presença de complicações	-0,153	0,166	-	-
Morbidades	-0,144	0,189	-	-
WHOQOL-OLD				
Funcionamento dos sentidos				
Renda	0,195	0,049	0,201	0,041
Presença de complicações	-0,111	0,322	-	-
Etilismo	0,155	0,113	-	-
Tabagismo	-0,182	0,069	-	-
Morbidades	-0,068	0,537	-	-
Autonomia				
Escolaridade	0,237	0,01	0,276	0,004
Renda	0,174	0,057	-	-
Etilismo	0,169	0,066	-	-
Morbidades	-0,18	0,054	-	-
Tempo de diagnóstico	0,341	<0,001	0,302	0,002
Morte e morrer				
Renda	0,166	0,092	-	-
Etilismo	0,078	0,425	-	-

*coeficiente de regressão.

DISCUSSÃO

As características demográficas relacionadas ao sexo, faixa etária, escolaridade e aposentadoria obtidas neste estudo, corroboram com os resultados de investigação conduzida entre idosos com DM, residentes nas áreas urbanas e rurais do estado de Minas Gerais, Brasil. Entretanto, diverge quanto à renda, uma vez que na referida investigação 92,26% recebiam até um salário mínimo.³ Pesquisa realizada nos Estados Unidos entre idosos com DM também obteve maior percentual de mulheres (49,1%).¹³

Cabe ressaltar que o diagnóstico do DM em idades mais jovens, entre os idosos, permite que a ESF acompanhe esta população visando postergar as complicações advindas da doença, uma vez que a localidade de realização da presente investigação possui 100% de cobertura. Porém, a baixa escolaridade e renda podem dificultar a adesão ao tratamento. O desenvolvimento de ações educativas para o autocuidado, norteadas pela comunicação eficaz e coerente com a necessidade do grupo pode ser uma estratégia para amenizar esta situação. Além

disso, os idosos são acompanhamento pelas ESF e cadastrados no Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos (HIPERDIA), que oferece determinados medicamentos para o tratamento do DM e pode referenciar para outros serviços de maior densidade tecnológica, quando necessário.

Com relação ao estado conjugal e arranjo de moradia, investigação na zona rural nos Estados Unidos encontrou percentual inferior de idosos com diabetes casados (52,1%)¹⁴ e pesquisa realizada na Turquia observou porcentagem maior de idosos rurais que viviam somente com o cônjuge (65%).¹⁵ O tipo de arranjo familiar em que o idoso está inserido pode influenciar no tratamento da DM. Evidencia-se a necessidade de se abordar não somente o indivíduo com diabetes, mas também seus familiares para que a adesão aos cuidados referentes à doença sejam incentivada, melhor acompanhadas e que possibilite mais suporte para a continuidade do tratamento junto aos profissionais de saúde.¹⁶ Considerando o resultado desta pesquisa, os profissionais de saúde devem direcionar sua atenção para incentivo e

manutenção do apoio do cônjuge no tratamento.

O fato da maioria dos idosos do presente estudo residir em casa própria pode decorrer dos benefícios concedidos, especialmente, à população rural, garantidos pela Constituição de 1988 e ao sistema de financiamento habitacional do Banco Nacional de Habitação.¹⁷

Concernente ao tempo de diagnóstico, outro estudo entre adultos e idosos com DM obteve resultado superior ao desta pesquisa, apresentando mediana de 12 anos, sendo no mínimo um e no máximo 40 anos.¹⁸ Destaca-se que o maior tempo de diagnóstico pode interferir negativamente no aprendizado das pessoas com DM como encontrado em um ambulatório em São Paulo¹⁹, bem como favorecer o aparecimento de complicações crônicas.

Estudo conduzido na Grécia obteve resultado divergente quanto a prevalência de complicações entre idosos com DM; 23,6% referiram complicações microvasculares como angiopatia e retinopatia e 31,4% macrovasculares, principalmente doenças cardiovasculares.²⁰ Deste modo, é relevante o acompanhamento das condições de saúde do idoso, pelo enfermeiro, auxiliando na melhora do seu tratamento, tendo em vista que, as complicações podem ser postergadas se mantidos o controle e o autocuidado.¹⁹

Em relação ao uso de medicamentos, as dificuldades financeiras encontradas para sua obtenção podem estar relacionadas à renda destes idosos, considerando que, neste estudo, o maior percentual recebia um salário mínimo, o que inviabiliza a compra dos remédios não oferecidos pelo serviço de saúde.²¹ Contudo, a entrega de medicamentos nas Unidades de Saúde, durante as consultas no HIPERDIA junto à distribuição de fármacos pela rede pública por meio das ESF, que abrange 100% dos idosos estudados, pode favorecer a aquisição desses remédios. Em uma análise feita sobre o acesso gratuito de medicamentos para DM e hipertensão arterial, observou-se que, atualmente, com a ESF, a obtenção destes remédios está mais facilitada se comparada com outras formas de acesso.²¹

Quanto ao tipo de medicação, resultado condizente foi observado em inquérito realizado na zona rural nos Estados Unidos com idosos diabéticos, o qual verificou que a maioria utilizava hipoglicemiante oral (60,2%). No entanto, 28% fazia uso de insulina.¹⁴ Divergindo desta pesquisa, achados norte-americanos entre idosos com DM verificaram que a insulina (27,6%) foi o segundo tipo de medicamento mais utilizado.¹³

O enfermeiro tem papel fundamental na orientação do uso correto de medicamentos por idosos com DM. Sabe-se que o sucesso da adesão está relacionado ao monitoramento dos indivíduos desde o início do tratamento. Devem ser fornecidas orientações suficientes sobre a funcionalidade da medicação prescrita, seus efeitos colaterais, a frequência de uso, a quantidade diária e possíveis interações medicamentosas.²² Além disso, o idoso deve ser orientado e acompanhado, quando necessário, no preparo e administração da insulina. Devem-se considerar as suas limitações, como a diminuição da acuidade visual, por exemplo, enfatizando os locais corretos de aplicação, a forma de manipulação e o armazenamento do medicamento.

Com relação ao tabagismo e etilismo, pesquisa realizada em uma população geral de tabagistas com DM observou-se que 34,3% apresentavam complicações macrovasculares e 73,3%, microvasculares e, dentre os que ingeriam álcool, 32,6% e 66,7%, respectivamente.²³ Neste contexto, é necessário que o enfermeiro agregue os idosos com DM e seus familiares para discutir e refletir sobre os efeitos do tabaco e do álcool no organismo, visando à diminuição do seu consumo na comunidade.

A média do número de morbidades obtida em inquérito realizado com idosos diabéticos residentes na zona rural dos Estados Unidos foi inferior à deste estudo, cinco morbidades crônicas.²⁴ Estes dados reforçam a necessidade de acompanhamento sistemático do idoso com DM, considerando que a associação de morbidades pode contribuir para o estabelecimento de dependências e incapacidades funcionais.

Referente à autoavaliação positiva da QV resultado condizente foi obtido em estudo conduzido com idosos na zona rural da Paraíba.⁴ Já a satisfação com a saúde, pode estar relacionada, no presente estudo, a maioria de idosos sem complicações crônicas.

O maior escore no domínio das relações sociais é semelhante ao encontrado entre idosos na zona rural da Paraíba e no norte da Tailândia (65,40; DP=22,06).⁴⁻²⁵

O maior impacto da QV no meio ambiente foi condizente ao obtido entre idosos na zona rural da Paraíba e divergente de pesquisa com idosos do meio rural da Tailândia, em que o menor escore foi no domínio físico (54,93; DP=19,98).⁴⁻²⁵ Este fato pode estar relacionado às dificuldades de acesso ao serviço de saúde, que está entre os aspectos mensurados neste domínio.¹¹ Além disso, pode-se inferir que devido à distância entre

vizinhos e possíveis aglomerados, são poucas as opções de lazer tornando a socialização mais escassa.

O maior escore médio na faceta intimidade diverge de pesquisa realizada na zona rural da Suécia, em que se obteve na participação social (70,29; DP=17,92).²⁵

Quanto ao menor escore, WHOQOL-OLD, resultado discordante foi descrito na área rural da Tailândia, no qual o menor escore médio foi para morte e morrer (48,03; DP=35,73).²⁵ No entanto, o menor escore de QV na autonomia dentre os idosos do presente estudo sugere a sensibilização e estimulação da família na inclusão do idoso nos processos de decisão, contribuindo para o maior vínculo entre os membros. Busca-se favorecer o direito a escolha, garantindo e respeitando a autonomia do idoso com DM.

Destaca-se que o DM pode influenciar negativamente na QV, por meio do impacto nas funções fisiológicas do idoso, na vida social, saúde mental e liberdade de escolha, principalmente, no que se refere à alimentação.²⁶ Para minimizar estes agravos, o profissional de saúde deve sensibilizar e orientar os cuidadores e familiares a fim de maximizar a autonomia e independência do idoso, mesmo na presença de doenças crônicas.²⁷

O maior impacto das morbidades sobre o domínio físico pode estar relacionado a dependência de medicação e tratamentos em saúde¹¹, considerando que o maior percentual dos idosos no presente estudo fazia uso de hipoglicemiante oral.

No que concerne o etilismo, destaca-se que o consumo de álcool nas comunidades rurais é tido como uma prática de lazer e socialização para as populações destes locais. Outro ponto a ser enfatizado é a facilidade de acesso aos bares que tem como principal item de venda a bebida alcoólica.²⁸ Destaca-se que os diabéticos podem não entender o etilismo como hábito de vida prejudicial ao DM.²⁹ Desta forma, cabe ao enfermeiro realizar a sensibilização do idoso diabético no que se refere aos hábitos de vida e as alterações que podem ocorrer com o uso de álcool.

A ausência de renda como preditor de menores escores na faceta funcionamento dos sentidos pode estar relacionado às dificuldades de medidas corretivas exigidas para melhoria do funcionamento deste sistema, como o uso de óculos e de aparelho auditivo. É relevante que o enfermeiro esteja atento a perdas sensoriais entre os idosos com DM. As perdas visuais e sensitivas podem dificultar a identificação inicial de lesões em membros inferiores. Pesquisa realizada no

norte do estado de Minas Gerais obteve relação entre baixa renda e a presença de complicações crônicas do DM.³⁰

O aumento do tempo de diagnóstico como principal fator relacionado a diminuição da autonomia pode estar relacionado ao aparecimento de complicações tais como retinopatia, diminuição da sensibilidade periférica, doença arterial coronariana e cerebrovascular.¹⁹⁻⁷

Uma vez instaladas, essas complicações podem acarretar em prejuízo na capacidade de decisão, principalmente no que se refere à interferência por parte dos familiares. Muitas vezes, visando atender a demanda da dieta e acompanhamento do idoso aos serviços de saúde outras pessoas no domicílio se encarregam destas atividades³ podendo comprometer o poder decisório do idoso. Além deste aspecto, é importante salientar a necessidade de sensibilizar os familiares visando estimular e manter a autonomia do idoso mesmo que este apresente limitações decorrentes do DM.

CONCLUSÃO

Os maiores escores de QV foram para o domínio relações sociais e faceta intimidade, enquanto os menores foram para meio ambiente e autonomia. Os menores escores de QV estiveram associados: no domínio físico à ausência de etilismo e ao maior número de morbidades; na faceta funcionamento dos sentidos à ausência de renda e na autonomia à ausência de escolaridade e ao maior tempo de diagnóstico.

Destacam-se como limitações do presente estudo a autorreferência do DM e o recorte transversal que não permite estabelecer relações de causalidade. A presença do enfermeiro no acompanhamento dos idosos com DM mostra-se fundamental, tendo em vista que esta população requer maior atenção a sua saúde e que esta doença crônica demanda cuidados específicos. Frente às dificuldades que as zonas rurais apresentam para o desenvolvimento dessas atividades, cabe a este profissional criar opções, tais como a realização de parcerias com entidades populares (religiosas, festas típicas, comércios, entre outros) a fim de desenvolver campanhas e orientações que mobilizem coletivamente o cuidado para com a DM e a sua prevenção.

FINANCIAMENTO

Conselho Nacional de Pesquisa – CNPq

REFERÊNCIAS

1. American Diabetes Association (ADA). Diagnosis and classification of diabetes mellitus. Diabetes care [Internet]. 2008 [cited 2013 Feb 18];31(1):S55-S60. Available from: http://care.diabetesjournals.org/content/31/Supplement_1/S55.full
2. Sjolund BM, Nordberg G, Wimo A, Strauss EV. Morbidity and physical functioning in old age: differences according to living area. J am geriatr soc [Internet]. 2010 [cited 2013 Feb 18];58(10):1855-62. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20929463>
3. Viegas-Pereira APF, Rodrigues RN, Machado CJ. Fatores associados à prevalência de diabetes auto-referido entre idosos de Minas Gerais. Rev bras estud popul [Internet]. 2008 [cited 2013 Feb 18];25(2):365-76. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbepop/v25n2/v25n2a11.pdf>
4. Martins CR, Albuquerque FJB, Gouveia CNNA, Rodrigues CFF, Neves MTS. Avaliação da qualidade de vida subjetiva dos idosos: uma comparação entre os residentes em cidades rurais e urbanas. Estud interdiscip envelhec [Internet]. 2007 [cited 2013 Feb 18];11:135-54. Available from: <http://seer.ufrgs.br/RevEnvelhecer/article/view/4817>
5. Morais EP, Rodrigues RAP, Gerhardt TE. Os idosos mais velhos no meio rural: realidade de vida e saúde de uma população do interior gaúcho. Texto contexto & enferm [Internet]. 2008 [cited 2013 Feb 18];17(2):374-83. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072008000200021&lng=en&nrm=iso&tlng=pt
6. Lima MG, Barros MBA, César CLG, Goldbaum M, Carandina L, Ciconelli RM. Impact of chronic disease on quality of life among the elderly in the state of São Paulo, Brazil: a population-based study. Rev panam salud publica [Internet]. 2009 [cited 2013 Feb 18];25(4):314-21. Available from: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892009000400005
7. Brasil. Ministério da Saúde. Cadernos da Atenção Básica. Diabetes Mellitus. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diabetes_mellitus.PDF
8. WHOQOL Group. The world health organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the world health organization. Soc Sci Med [Internet]. 1995 [cited 2013 Feb 18];41(10):1403-9. Available from: http://ac.els-cdn.com/027795369500112K/1-s2.0-027795369500112K-main.pdf?_tid=8af57862-76d1-11e2-88ee-00000aab0f6c&acdnat=1360865492_ed3973531e0352904ee81e373c472ae3
9. Bertolucci PHF, Brucki SMD, Campacci SR, Juliano Y. O mini-exame do estado mental em uma população geral: impacto da escolaridade. Arq neuropsiquiatria [Internet]. 1994 [cited 2013 Jan 14];52:1-7. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S0004-282X1994000100001&lng=en&nrm=iso&tlng=pt
10. Ramos LR. Growing old in São Paulo, Brazil. Assessment of Health status and family support of the elderly of different socio-economic strata living in the community [tese]. London, England: London School of Hygiene and Tropical Medicine; 1987
11. Fleck MPA, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L, et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref". Rev saúde pública [Internet]. 2000 [cited 2013 Feb 18];34(2):178-83. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v34n2/1954.pdf>
12. Fleck MPA, Chachamovich E, Trentini CM. Desenvolvimento e validação da versão em Português do módulo WHOQOL-OLD. Rev saúde pública [Internet]. 2006 [cited 2013 Feb 18];40(5):785-91. Available from: <http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v40n5/07.pdf>
13. Arcury TA, Bell RA, Snively BM, Smith SL, Skelly AH, Wetmore LK et al. Complementary and alternative medicine use as health self-management: rural older adults with diabetes. J gerontol b psychol sci soc sci [Internet]. 2006 [cited 2013 Feb 18];61(2):68-70. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1622916/>
14. Bell RA, Andrews JS, Arcury TA, Snively BM, Golden SL, Quandt SA. Depressive symptoms and diabetes self-management among rural older adults. Am j health behav [Internet]. 2010 [cited 2013 Feb 18];34(1):36-44. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2726973/>
15. Arslantas D, Ünsal A, Metintas S, Arslantas A. Life quality and daily life activities of elderly people in rural areas, Eskişehir. Arch gerontol geriatr [Internet]. 2009 [cited 2013 Feb 18];48(2):127-31. Available from:

<http://www.sciencedirect.com.ez33.periodicos.capes.gov.br/science/article/pii/S0167494307002403>

16. Silva LMCS, Palha PF, Barbosa GR, Protti ST, Ramos ASR. Aposentados com diabetes tipo 2 na Saúde da Família em Ribeirão Preto, São Paulo. Rev esc enferm USP [Internet]. 2010 [cited 2013 Feb 18];44(2):462-8. Available from:

http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342010000200031&script=sci_arttext

17. Camarano AA. Mecanismos de proteção social para a população idosa brasileira. Texto para Discussão nº 1179. 2006 [cited 2012 Nov 15]. Available from:

<http://cdi.mecon.gov.ar/biblio/doc/ipea/td/1179.pdf>

18. Stacciarini TSG, Haas VJ, Pace AE. Fatores associados à auto-aplicação da insulina nos usuários com diabetes mellitus acompanhados pela Estratégia Saúde da Família. Cad saúde pública [Internet]. 2008 [cited 2013 Feb 18];24(6):1314-22. Available from:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008000600012

19. Pace AE, Ochoa-Vigo K, Caliri MHL, Fernandes APM. O conhecimento sobre diabetes mellitus no processo de autocuidado. Rev Lat Am Enfermagem [Internet]. 2006 [cited 2013 Feb 18];14(5):728-34. Available from:

http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n5/pt_v14n5a14.pdf

20. Papadopoulos AA, Kontodimopoulos N, Frydas A, Ikonomakis E, Niakas D. Predictors of health-related quality of life in type II diabetic patients in Greece. BMC Public Health [Internet]. 2007 [cited 2013 Feb 18];7(186). Available from:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1973072/>

21. Paniz VMV, Fassa AG, Facchini LA, Piccini RX, Tomasi E, Thumé E et al. Acesso gratuito a medicamentos para hipertensão e diabetes em idosos: uma realidade a ser construída. Cad saúde pública [Internet]. 2010 [cited 2013 Feb 18];26(6):1163-74. Available from:

<http://www.scielo.br/pdf/csp/v26n6/10.pdf>

22. Andrade DMC, Costa DMN, Valente GSC, César RF. Adesão ao tratamento do diabetes mellitus e hipertensão arterial sistêmica: um enfoque nas relações de gênero. J nurs UFPE on line [Internet]. 2011 [cited 2012 Nov 15];5(10):2359-67. Available from:

http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/1860/pdf_713

23. Santos ICRV, Carvalho EF, Souza WV, Medeiros MCWC, Nóbrega MGL, Lima PMS. Complicações crônicas dos diabéticos tipo 2 atendidos nas Unidades de Saúde da Família, Recife, Pernambuco, Brasil. Rev bras saúde matern infant [Internet]. 2008 [cited 2013 Feb 18];8(4):427-33. Available from:

http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1519-38292008000400008&script=sci_arttext

24. Bell RA, Arcury TA, Stafford JM, Golden SL, Snively BM, Quandt SA. Ethnic and sex differences in ownership of preventive health equipment among rural older adults with diabetes. J rural health [Internet]. 2007 [cited 2013 Feb 18];23(4):332-8. Available from:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2612629/>

25. Sudnongbua SL, Lagrow S, Boddy J. Feelings of abandonment and quality of life among older persons in rural Northeast Thailand. J cross cult gerontol [Internet]. 2010 [cited 2013 Feb 18];25(3):257-69. Available from:

http://download.springer.com/static/pdf/787/art%253A10.1007%252Fs10823-010-9126-6.pdf?auth66=1362511203_d35a0da3f68850844012f12b32a48674&ext=.pdf

26. Aguiar CCT, Vieira APGF, Carvalho AF, Montenegro-Junior RM. Instrumentos de avaliação de qualidade de vida relacionada à saúde no diabetes melito. Arq bras endocrinol metab [Internet]. 2008 [cited 2013 Feb 18];52(6):931-9. Available from:

<http://www.scielo.br/pdf/abem/v52n6/04.pdf>

27. Lima AP, Pereira DAG, Romano VF. Perfil sócio-demográfico e de saúde de idosos diabéticos atendidos na atenção primária. Rev bras ciênc saúde [Internet]. 2011;15(1):39-46. Available from:

periodicos.ufpb.br/ojs/index.php/rbcs/article/download/9911/5813

28. Martins IS, Oliveira DC, Marinho SP, Araújo EAC. Hipertensão em segmentos sociais pauperizados da região do Vale do Paraíba São Paulo. Cien saude colet [Internet]. 2008 [cited 2013 Feb 18];13(2):477-86. Available from:

<http://redalyc.uaemex.mx/pdf/630/63013219.pdf>

29. Mendes TAB, Goldbaum M, Segri NJ, Barros MBA, Cesar CLG, Carandini L et al. Diabetes mellitus: fatores associados à prevalência em idosos, medidas e práticas de controle e uso dos serviços de saúde em São Paulo, Brasil. Cad saúde pública [Internet]. 2011 [cited 2013 Feb 18];27(6):1233-43. Available from:

<http://www.scielosp.org/pdf/csp/v27n6/20.pdf>

Tavares DMS, Santos ÉA dos, Dias FA et al.

Fatores associados à qualidade de vida dos idosos...

30. Coutinho WLM, Santos GA, Silva MP, Santos TA, Carreiro DL, Lafetá JC et al. Correlação do nível funcional e da qualidade de vida entre idosos não diabéticos, diabéticos e diabéticos neuropatas. Rev digital [Internet]. 2011 [cited 2013 Feb 18];16(156). Available from: <http://www.efdeportes.com/efd156/qualidade-de-vida-entre-idosos-diabeticos-neuropatas.htm>

Submissão: 06/12/2012

Aceito: 05/04/2014

Publicado: 01/06/2014

Correspondência

Darlene Mara dos Santos Tavares
Rua Jonas de Carvalho, 420
Bairro Olinda
CEP 38055-440 – Uberaba (MG), Brasil