

QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS COM DIABETES MELLITUS

Darlene Mara dos Santos Tavares*
Renata Maciel Côrtes**
Flavia Aparecida Dias***

RESUMO

O diabetes *Mellitus* pode interferir na qualidade de vida de indivíduos, por isto este estudo objetivou comparar os escores de qualidade de vida de idosos com diabetes *Mellitus* com a renda individual, a escolaridade e ao número de incapacidades funcionais. O estudo consiste em um inquérito domiciliar no qual foram entrevistados 358 idosos com o emprego dos instrumentos estruturados WHOQOL-BREF e WHOQOL-OLD. Utilizou-se distribuição de frequências absolutas e percentuais e testes ANOVA-F e Tukey ($p < 0,05$). Em sua maioria, os participantes eram do sexo feminino, com 60-70 anos, eram casados ou moravam com companheiro, tinham 1-3 anos de estudo e renda mensal individual de um salário mínimo. A falta de renda ou a renda baixa relacionaram-se a menores escores de qualidade de vida nos domínios psicológico e meio ambiente e nos aspectos autonomia e atividades passadas, presentes e futuras. Os idosos sem escolaridade apresentaram menor escore no domínio meio ambiente. O maior número de incapacidades funcionais esteve relacionado a menores escores nos domínios físico, psicológico, de relações sociais e meio ambiente e nas facetas *habilidades sensoriais, autonomia e atividades passadas, presentes e futuras e participação social*. Evidencia-se a necessidade de serem consideradas as características sociodemográficas e de saúde como fatores impactantes na qualidade de vida dos idosos diabéticos.

Palavras-chave: Idoso. Diabetes *Mellitus*. Qualidade de Vida. Enfermagem Geriátrica.

INTRODUÇÃO

Entre as doenças crônicas prevalentes em idosos encontra-se o diabetes *Mellitus* (DM)⁽¹⁻³⁾, que é considerado uma “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”⁽⁴⁾.

No Brasil, tem sido encontrada uma incidência desta doença que varia de 13,1%⁽¹⁾ a 15,4% entre idosos^(2,5). Trata-se de um problema de saúde pública que vem apresentando aumento das taxas de mortalidade nesta faixa etária correspondendo a 6,25 em 2008 e 6,47 em 2010⁽⁶⁾. Além disso, a literatura científica descreve que o DM pode comprometer a qualidade de vida (QV)^(2,7). Este fato pode ser decorrente de fatores psicológicos ou de outros - como educação, conhecimento sobre a doença,

tipo de assistência, uso de insulina, idade, complicações, nível social etc⁽⁸⁾.

Em relação aos idosos com DM e sua QV observa-se que a doença apresenta impacto sobre a vitalidade, a saúde mental⁽²⁾ e componentes físicos, os custos do manejo, como a dieta alimentar, as medicações e, principalmente, o automonitoramento, podem comprometer o tratamento e a QV⁽¹⁰⁾.

Diante do aumento da expectativa de vida e da maior incidência do DM entre os idosos, delimitou-se o objetivo deste estudo tendo-se como recorte a renda individual, a escolaridade e as incapacidades funcionais. Considerando-se que estes fatores podem influenciar a QV⁽¹¹⁾, surgem as seguintes questões: Quais os aspectos mais impactados na QV do idoso com DM sendo esta mensurada por meio de instrumento específico para esta faixa etária? A renda, a escolaridade e o número de incapacidade funcional apresentam relação com a QV do idoso com DM?

Ressalta-se que para o presente estudo foi adotado o termo QV proposto por estudiosos da

* Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Associado do Departamento de Enfermagem em Educação e Saúde Comunitária do Curso de Graduação em Enfermagem (CGE) da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM). E-mail: darlenetavares@netsite.com.br.

** Enfermeira graduada pelo CGE/UFTM. E-mail: renatinha_maciel@hotmail.com.

*** Enfermeira. Mestre em Atenção à Saúde pela UFTM. E-mail: flaviadias_ura@yahoo.com.br.

Organização Mundial de Saúde (OMS), os quais o definem como: “percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”^(12:1405).

Em vista disto, o objetivo desta investigação foi comparar os escores de QV dos idosos com DM com a renda individual, a escolaridade e o número de incapacidades funcionais.

METODOLOGIA

Esta pesquisa faz parte de um estudo maior, do tipo inquérito domiciliar, transversal e observacional, desenvolvido com os idosos residentes na zona urbana do município de Uberaba - MG, que investigou a QV de 2.143 idosos.

Para a condução desta pesquisa foram incluídos os idosos que atenderam aos seguintes critérios: ter 60 anos ou mais, referir ter DM, ter obtido pontuação mínima de 13 pontos na avaliação cognitiva realizada em estudo anterior, ter respondido pelo menos 80% dos instrumentos WHOQOL-OLD e WHOQOL-BREF, residir na zona urbana de Uberaba e aceitar participar da pesquisa. A avaliação cognitiva foi baseada no Mini Exame do Estado Mental (MEEM), versão reduzida validada pelos pesquisadores do Projeto SABE⁽¹³⁾.

Desta forma, partiu-se de uma amostra de 418 idosos com DM, dos quais foram entrevistados 359, visto que 18 faleceram antes da entrevista, 15 recusaram-se a participar e 26 não foram encontrados após três visitas.

Os dados foram coletados no domicílio, utilizando-se os instrumentos WHOQOL-BREF e WHOQOL-OLD e um questionário com as variáveis sexo, faixa etária, estado conjugal, renda individual em salários mínimos, escolaridade e atividades da vida diária (AVD). Foi considerado incapacidade funcional o fato de o idoso necessitar da ajuda de terceiros para a realização de determinada AVD.

O WHOQOL-BREF possui quatro domínios: o físico, o psicológico, o de relações sociais e o de meio ambiente⁽¹⁴⁾. O módulo WHOQOL-OLD possui seis facetas: habilidade sensorial, autonomia, atividades passadas, presentes e futuras, participação social, morte e morrer e

intimidade⁽¹⁵⁾. Optou-se pela entrevista direta na aplicação dos instrumentos de QV, os quais são autoaplicáveis, em razão da possível dificuldade de leitura, problemas visuais e analfabetismo entre os idosos.

A análise dos dados sociodemográficos foi realizada no programa *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS). Cada domínio do WHOQOL-BREF e cada faceta do WHOQOL-OLD foram analisados isoladamente. Os maiores escores correspondem a melhor QV e podem variar de zero a 100. Os questionários de QV foram digitados, tabulados e consolidados no *software* SPSS, com suas respectivas sintaxes.

Os dados foram analisados por meio de distribuição de frequência simples. Para comparar a QV com a escolaridade, a renda e o número de incapacidades funcionais foi utilizado o ANOVA-F seguido do teste de Tukey ($p < 0,05$).

O projeto desta pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, mediante o Protocolo N.º 897/2007. Os idosos foram contatados em seus domicílios, sendo-lhes apresentados os objetivos e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e oferecidas as informações pertinentes. A entrevista foi conduzida somente após a anuência do entrevistado e assinatura do TCLE.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Na tabela 1, a seguir, estão descritas as características da população estudada.

A maioria (69,6%) era do sexo feminino (tabela 1). O predomínio do referido sexo tem sido observado em estudos realizados com idosos diabéticos no Brasil^(2,5,7). Este fato pode ser explicado pela maior preocupação e busca das mulheres pelos serviços de saúde, fator que facilita a abordagem e o diagnóstico⁽⁷⁾. Sendo assim, a enfermagem pode contribuir nestes aspectos desenvolvendo ações que visem buscar o homem idoso para as atividades nos serviços de saúde, o que possibilita o rastreamento e o possível diagnóstico da doença.

Observou-se o predomínio da faixa etária de 60|-70 anos (45,1%), como mostra a tabela 1, resultado semelhante ao obtido em pesquisa conduzida com idosos em São Paulo (55,8%)⁽²⁾.

Tabela 1. Distribuição de frequência das variáveis sociodemográficas dos idosos diabéticos. Uberaba, 2009.

VARIÁVEIS		N	%
Sexo	Feminino	250	69,6
	Masculino	109	30,4
Faixa etária (em anos)	60 70	162	45,1
	70 80	149	41,5
	80 e mais	48	13,4
Estado conjugal	Casado ou mora com companheiro	181	50,4
	Separado/desquitado/divorciado	25	7,0
	Viúvo	136	37,9
	Solteiro	17	4,7
Escolaridade (Em anos de estudo)	Sem escolaridade	65	18,2
	1 -3	228	63,7
	4 -8	17	4,7
	8	10	2,8
	9 -11	12	3,4
	11 ou mais	9	2,5
Renda individual (Em salário mínimo)	Sem renda	39	10,9
	< 1	5	1,4
	1	197	54,9
	1 - 3	96	26,7
	3 - 5	15	4,2
	> 5	5	1,4

No tocante ao estado conjugal, a maioria (50,4%) era casada ou morava com companheiro(a) (tabela 1), índice condizente com investigação conduzida com idosos em São Paulo (58,9%)⁽²⁾. Estes dados evidenciam que a enfermagem pode estimular o apoio familiar no cuidado ao idoso, buscando a corresponsabilidade.

A maioria (63,7%) apresentou 1|-3 anos de estudo (tabela 1). A baixa escolaridade entre os idosos com DM também foi evidenciada em outra pesquisa, na qual 65,6% possuíam de 1 a 5 anos de estudo e 18,4% eram analfabetos⁽⁷⁾. O acesso à informação pode ser dificultado pela baixa escolaridade, que favorece a menor chance de aprendizado sobre o autocuidado além de dificuldades no entendimento das condutas terapêuticas a serem seguidas⁽⁷⁾. Nesta perspectiva, a enfermagem deve utilizar estratégias que valorizem a imagem e as vivências, em preferência à escrita, visando a uma aprendizagem efetiva e significativa. Estes aspectos podem ser estimulados por intervenções educativas através de grupos de discussão, com informações acerca da doença e estilo de vida saudável. Estes podem proporcionar conhecimentos e habilidades e assim contribuir para o cuidado diário exigido pela doença⁽⁵⁾.

Quanto à renda mensal individual, 54,4% referiram um salário mínimo (tabela 1). Esta renda pode ser insuficiente para satisfazer às necessidades básicas do idoso e interferir na sua saúde, contribuindo para não adesão ao tratamento medicamentoso e alimentar, em decorrência da falta de dinheiro para suprir tais necessidades⁽¹⁶⁾.

Quanto à avaliação da QV segundo o WHOQOL-BREF, o maior escore foi para o domínio relações sociais (67,15) e o menor para o físico (54,38). Resultados semelhantes são encontrados na literatura científica, que aponta maior escore para o domínio social (84,1) e menor para o físico (64,5)⁽³⁾. É possível que o menor escore para o domínio físico tenha relação com a necessidade contínua de tratamento e acompanhamento da doença. Ademais, o DM predispõe a complicações agudas e crônicas, que podem fazer os idosos sentirem-se fragilizados fisicamente⁽³⁾. Nesse sentido, é relevante que os serviços de saúde realizem acompanhamento e monitoramento das condições de saúde do idoso com DM, objetivando controlar as comorbidades para favorecer a QV.

Na mensuração pelo WHOQOL-OLD, o maior escore foi para faceta habilidade sensorial (77,58). Destaca-se que com o processo de envelhecimento tem-se a diminuição do

funcionamento dos sentidos. Assim, é relevante que no atendimento ao idoso, durante a consulta de enfermagem, o enfermeiro seja capaz de fazer distinção entre as alterações fisiológicas e aquelas consideradas patológicas.

Nesta pesquisa, o menor escore foi para autonomia (58,69). Com o decorrer dos anos o DM leva a complicações crônicas que podem comprometer a capacidade física e a independência dos idosos, diminuindo-lhes a autonomia^(3,17). Neste sentido, a enfermagem pode promover ações direcionadas aos idosos e seus familiares refletindo acerca dos motivos da limitação à tomada de decisão.

Verificou-se que os idosos que não possuíam renda, quando comparados aos que recebiam de 1-3 salários mínimos, apresentaram menor escore de QV no domínio psicológico ($F=2,667$; $p=0,015$), como mostra a tabela 2. A influência negativa da falta de renda neste domínio sugere a realização de ações em saúde, individual e/ou coletiva, que visem à melhoria da cognição e da autoestima.

Em relação ao domínio meio ambiente obteve-se que os idosos sem renda e os que recebiam menos de um salário mínimo apresentaram escores de QV significativamente menores quando comparados aos que tinham renda de 1-3 salários ($F=4,364$; $p<0,001$), como mostra a tabela 2. Considerando-se que este domínio avalia, entre outros aspectos, os recursos financeiros⁽¹⁴⁾, este resultado evidencia que a renda pode se constituir em fator limitante da QV, já que o idoso não dispõe de recursos suficientes para o autocuidado em relação à saúde. Deste modo, os serviços de saúde devem refletir sobre as ações realizadas, principalmente aquelas relacionadas ao autocuidado. Deve-se considerar o contexto cultural e social dos indivíduos com DM, pois assim se pode contribuir para o cuidado e a manutenção de hábitos saudáveis⁽⁷⁾.

No WHOQOL-OLD, os idosos sem renda obtiveram menor escore de QV na autonomia quando comparados aos que recebiam um salário mínimo e de 1-3 salários mínimos ($F=2,342$; $p=0,031$), como mostra a tabela 2. Diferentemente dos achados desta pesquisa, outro inquérito realizado entre idosos com DM não observou diferença significativa entre a renda individual e as facetas de QV⁽³⁾; contudo, a

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 em que 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.

No aspecto atividades passadas, presentes e futuras, os menores escores foram para os idosos sem renda, em comparação com os que recebiam um salário mínimo e 1-3 ($F=2,908$; $p=0,009$), conforme a tabela 2. Este dado denota a insatisfação dos idosos com menor renda quanto às conquistas ocorridas no decorrer da vida e esperança futura. Neste contexto, a equipe de saúde, em especial a enfermagem, deve promover ações em saúde que busquem compreender e discutir as perspectivas futuras, auxiliando o idoso na busca de atividades que lhe tragam realização pessoal dentro de suas possibilidades financeiras.

A comparação entre os grupos evidenciou que, no domínio meio ambiente, os idosos sem escolaridade apresentaram menor escore de QV do que aqueles com oito anos de estudo e onze ou mais ($F=2,653$; $p=0,011$), como mostra a tabela 2. O impacto neste domínio evidencia a possível insegurança física, de proteção e no cuidado com a saúde. Deste modo, evidencia-se a necessidade de os profissionais de saúde refletirem sobre a atenção que tem sido dispensada a esta população. Considerando-se a escolaridade e a renda dos idosos deste estudo, é relevante repensar as ações educativas, principalmente no que se refere às orientações para o autocuidado. Estas devem respeitar o contexto social e cultural da comunidade, aproveitando seus recursos e sendo consoantes com a sua realidade⁽²⁾.

Não houve diferença estatisticamente significativa entre escolaridade e as facetas mensuradas pelo WHOQOL-OLD, semelhantemente ao obtido em uma pesquisa com idosos que frequentavam grupos⁽³⁾.

A tabela 2, a seguir, apresenta os domínios e facetas da QV de acordo com a renda e a escolaridade.

Tabela 2 - Distribuição dos escores da QV do WHOQOL-BREF e WHOQOL-OLD de idosos diabéticos de acordo com a renda e a escolaridade. Uberaba, 2009.

QV	RENDA (EM SALÁRIOS MÍNIMOS)					ESCOLARIDADE						
	0	<1	1	1-3	3-5	>5	0	1-3	4-8	8	9-11	11 ou mais
WHOQOL-BREF												
Físico	51,03	49,28	52,06	56,93	62,61	65	50,11	55,29	53,01	59,45	59,36	54,38
Psicológico	61,07	64,16	63,85	67,72	69,72	64,16	61,66	65,57	64,49	68,13	68,33	66,99
Relações sociais	67,21	73,33	66,11	68,01	70	75	65,51	66,44	67,5	68,62	69,16	70,39
Meio ambiente	56,33	48,75	61,84	65,26	65,83	68,12	59,66	61,42	61,84	69,11	65,31	66,94
WHOQOL-OLD												
Habilidade sensorial	72,53	58,75	78,42	78,25	77,91	81,25	76,82	77,58	76,38	85,29	68,75	80,75
Autonomia	51,8	52,5	59,13	60,35	60	63,75	57,21	58,17	58,48	63,6	60,62	60,85
Ativ. pres., pas. e fut.	57,23	66,25	64,72	65,13	64,16	71,25	63,36	63,39	63,56	66,17	65,62	67,26
Participação social	72,53	58,75	78,42	78,25	77,91	81,25	61,25	62,12	60,52	66,17	60	63,15
Morte e morrer	76,64	71,25	76,61	74,21	86,75	68,75	78,84	77,22	75,06	67,27	87,5	70,88
Intimidade	66,11	70	69,28	70,31	75,83	72,5	64,8	69,03	71,31	71,69	73,75	72,2

Observou-se que 70,5% dos idosos apresentaram incapacidade funcional, com maior percentual para 1|-|4 (47,9%), vindo a seguir os que tinham 5|-|8 (15,6%), 9|-|12 (5,9%) e 13 (1,1%). As incapacidades funcionais mais frequentes foram: cortar as unhas dos pés (38,4%), subir e descer escadas (9,7%) e andar perto de casa (8,4%). Destaca-se que idosos com DM apresentam maior propensão à dependência devido às complicações causadas por problemas cardiovasculares, cegueira e amputações de membros inferiores⁽³⁾. Deste modo, a enfermagem deve atentar para suas necessidades e implementar ações preventivas de doenças e de promoção da saúde, pois com isto estarão contribuindo para postergar o aparecimento de incapacidades funcionais e incentivando a autonomia, independência e melhoria na QV dos idosos.

A tabela 3, a seguir, apresenta os domínios e facetas da QV de acordo com o número de incapacidades funcionais.

Os idosos sem incapacidade funcional apresentaram maiores escores de QV no domínio físico em comparação aos demais ($F=22,643$; $p<0,001$), como mostra a tabela 3. Esses dados são condizentes com os de um inquérito que demonstrou que os idosos com esta condição têm 36,1 vezes mais risco de apresentar menor escore no domínio físico⁽¹⁸⁾.

A ausência de incapacidade funcional esteve relacionada ao maior escore no domínio psicológico quando comparados aqueles que tinham 5|-|8 e os que tinham 13 ($F=7,570$; $p<0,001$ - tabela 3). Os idosos com incapacidade funcional apresentam 16,9 vezes mais riscos de

ter pior QV psicológica⁽¹⁸⁾. A incapacidade pode gerar sentimentos negativos, além da impotência diante da dificuldade em lidar com as limitações. Ações educativas em que se discute o continuum da capacidade e incapacidade podem estimular a utilização de todo o potencial para a realização das AVDs e minimizar os efeitos dessa situação.

Em relação ao domínio relações sociais, os idosos sem incapacidade funcional apresentaram maiores escores de QV, enquanto os que possuíam 1|-|4 e 5|-|8 incapacidades apresentaram os menores escores ($F=3,957$; $p=0,004$ - tabela 3). Este dado remete à necessidade de refletir sobre quanto de suporte social tem sido oferecido a esse idoso e sobre a qualidade das suas relações pessoais. Sabe-se que a doença pode intervir na QV e tornar a convivência com o idoso mais difícil⁽⁷⁾. Nesse contexto, é primordial que a enfermagem busque a inserção do familiar no cuidado, fortalecendo a rede social.

Os maiores escores relacionados ao domínio meio ambiente foram para os idosos sem incapacidade funcional, quando comparado aos que apresentaram de 1|-|4 e 5|-|8 ($F=6,964$; $p<0,001$ - tabela 3). Este resultado sugere que o maior número de incapacidades funcionais pode gerar insegurança física e falta de proteção no domicílio, além da dificuldade de acesso aos cuidados de saúde e de lazer mensurados neste domínio⁽¹⁴⁾. Nesta perspectiva, a Estratégia Saúde da Família é um espaço privilegiado para enfrentamento desta situação. O domicílio se constitui em um ponto de atenção à saúde para a equipe e, desta forma, favorece a ampliação do conhecimento sobre a condição de saúde do

idoso com DM e o estabelecimento de intervenções em consonância com a realidade social.

Tabela 3 - Distribuição dos escores de QV do WHOQOL-BREF e WHOQOL-OLD, de idosos diabéticos segundo o número de incapacidades funcionais. Uberaba, 2009.

QV	INCAPACIDADE FUNCIONAL					p
	0	1 - 4	5 - 8	9 - 12	13	
WHOQOL-BREF						
Físico	61,29	56,02	43,3	39,96	33,03	<0,001
Psicológico	68,37	65,17	59,07	63,88	51,04	<0,001
Relações Sociais	69,6	67,7	62,57	62,7	66,66	0,004
Meio Ambiente	66,25	61,77	56,36	62,94	58,59	<0,001
WHOQOL-OLD						
Habilidade sensorial	83,15	77,07	71,2	75,29	54,68	0,002
Autonomia	62,61	69,81	50,66	54,76	40,62	<0,001
Atividades presentes, passadas e futuras	66,30	65,27	56,91	62,5	59,37	<0,001
Participação social	66,01	63,98	52,61	51,48	35,93	<0,001
Morte e morrer	80,71	73,02	77,23	71,42	93,75	0,05
Intimidade	70,77	70,96	64,62	64,28	65,62	0,05

Quanto à faceta habilidade sensorial, os idosos sem incapacidade funcional apresentaram maior escore de QV do que aqueles com 5|-|8 ($F=4,458$; $p=0,002$), como mostra a tabela 3. No processo de envelhecimento ocorrem alterações na audição e na visão que podem ser acentuadas por doenças crônicas como o DM⁽³⁾. Por outro lado, esta morbidade pode levar à retinopatia. É necessário identificar, na consulta de enfermagem, até que ponto a incapacidade funcional está comprometendo as habilidades sensoriais, com vista ao planejamento do cuidado.

Na autonomia, os idosos sem incapacidade funcional apresentaram maior escore de QV, enquanto para os que tinham 5|-|8 e 13 ($F=11,027$; $p<0,001$) os escores foram menores (tabela 3). Este aspecto avalia a capacidade do idoso de viver de forma autônoma e tomar suas próprias decisões⁽¹⁵⁾. Neste sentido, o impacto das complicações do DM, como as amputações, as retinopatias, as neuropatias⁽¹⁷⁾, as nefropatias e os comprometimentos vasculares podem levar a incapacidades funcionais, comprometendo sua independência. Deste modo, o idoso apresenta diminuição da liberdade, pois se torna dependente de terceiros para a realização de atividades que antes eram realizadas sem auxílio de outrem.

A análise da faceta *atividades passadas, presentes e futuras* demonstrou que os idosos sem incapacidade funcional apresentaram maior escore quando comparados aos que tinham 5|-|8,

9|-|12 e 13 ($F=6,412$; $p<0,001$), como mostra a tabela 3. Este resultado evidencia que o maior número de incapacidades funcionais pode influenciar na satisfação com as conquistas da vida e expectativas futuras. Este fato pode estar relacionado à cronicidade da doença e às complicações que interferem na independência do portador de DM, podendo limitar a realização de atividades prazerosas e trazer insegurança quanto ao futuro⁽³⁾. Além disso, tais fatos podem propiciar a não adesão ao tratamento do DM, uma vez que se espera pouco do futuro.

Na participação social os maiores escores foram para os idosos sem incapacidade e com 1|-|4, se comparados àqueles com 5|-|8, 9|-|12 e 13 ($F=13,574$; $p<0,001$ - tabela 3). Os serviços de saúde devem buscar estratégias que incentivem e facilitem a participação do idoso nas atividades comunitárias de acordo com seus interesses e suas limitações. No processo de incapacidade funcional, as alterações do metabolismo muscular causadas pelo DM, associadas ao envelhecimento e ao estilo de vida, representam um importante alvo de intervenções para melhorar as atividades entre os idosos⁽¹⁷⁾. Deste modo, os grupos desenvolvidos nos serviços de saúde podem promover espaço de apoio para o enfrentamento de dificuldades e a troca de experiências⁽¹⁹⁾.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo traçou um perfil dos fatores relacionados à QV dos idosos com DM,

fornecendo subsídios para a atenção à saúde desta população. Deste modo, é relevante que os profissionais de saúde sejam capazes de identificar as características da comunidade à qual direcionam o cuidado, objetivando atender a demanda de acordo com suas especificidades. Além disso, é necessário que durante a sua formação os enfermeiros sejam estimulados a desenvolver atividades de pesquisa com vista à ampliação da sua visão crítica, considerando o envelhecimento da população e as conseqüentes necessidades de saúde.

Destaca-se que a mensuração da QV deve ser realizada nos serviços de saúde, especialmente na consulta de enfermagem do Hiperdia (Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes *Mellitus*), uma vez que os idosos retornam mensalmente. Tal avaliação contribui para desvelar determinados fatores presentes no cotidiano do idoso que interferem no acompanhamento e na adesão ao tratamento do DM e, por vezes, estão encobertos nas relações familiares, profissionais e sociais.

QUALITY OF LIFE OF ELDERLY WITH DIABETES MELLITUS

ABSTRACT

Diabetes mellitus can interfere with quality of life of individuals. Thus, this study aimed to compare the scores of quality of life of elderly patients with diabetes mellitus and individual income, educational level and number of functional disability. It is a household survey in which 358 elderly were interviewed using structured instruments, WHOQOL-BREF and WHOQOL-OLD. Absolute frequencies and percentages and ANOVA and Tukey-F ($p < 0.05$) tests were applied. Most subjects were female, 60-70 years, married or living with partners, 1-3 years of study and individual monthly income of a minimum wage. The lack of income and lower income were related to lower scores of quality of life for psychological and environmental aspects and the autonomy and past activities, present and future. Elderly without education presented lower scores in the environment domain. The largest number of functional disability was related to lower scores for physical, psychological, environmental and social relations, as well as on aspects such as sensory abilities, autonomy, past activities, present and future, and social participation. This study highlights the need to consider the socio-demographic and health factors as impairable on quality of life of a diabetic elderly.

Keywords: Aged. Diabetes Mellitus. Quality of Life. Geriatric Nursing.

CALIDAD DE VIDA DE ANCIANOS CON DIABETES MELLITUS

RESUMEN

La diabetes mellitus puede interferir en la calidad de vida de individuos. Así, este estudio tuvo como objetivo comparar las puntuaciones de calidad de vida de ancianos con diabetes mellitus con la renta individual, escolaridad y número de incapacidad funcional. Se trata de una encuesta domiciliaria en la que fueron entrevistados 358 ancianos utilizando instrumentos estructurados, WHOQOL-BREF y WHOQOL-OLD. Se utilizó la distribución de frecuencias absolutas y porcentajes, además de ANOVA y Tukey-F ($p < 0,05$). La mayoría era del sexo femenino, con 60-70 años, casadas o que viven con sus parejas, 1-3 años de estudio y renta mensual individual de un salario mínimo. La ausencia de renta así como renta baja se relacionaron con menores puntuaciones de calidad de vida en los aspectos psicológicos y ambientales, también en las facetas autonomía y actividades pasadas, presentes y futuras. Los ancianos sin escolaridad tuvieron puntuaciones más bajas en el dominio ambiental. El mayor número de incapacidad funcional estuvo relacionada con puntuaciones más bajas para los aspectos físico, psicológico, relación social y ambiental, igualmente en las facetas habilidades sensoriales, autonomía, actividades pasadas, presentes y futuras y la participación social. Este estudio pone de relieve la necesidad de considerarse los factores sociodemográficos y de salud como factores que inciden en la calidad de vida de los ancianos diabéticos.

Palabras clave: Anciano. Diabetes Mellitus. Calidad de Vida. Enfermería Geriátrica.

REFERÊNCIAS

1. Campos FG, Barrozo LV, Ruiz T, César CLG, Barros MBA, Carandina L, et al. Distribuição espacial dos idosos de um município de médio porte do interior paulista segundo algumas características sócio-demográficas e de morbidade. *Cad Saúde Pública*. 2009;25(1):77-86.
2. 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*. 2009;25(4):314-21.
3. Beltrame V. Qualidade de vida idosos diabéticos [tese de doutorado]. Porto Alegre: Pontifícia Universidade Católica Rio Grande do Sul; 2008. 101 p.
4. American Diabetes Association. Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus. *Diabetes Care*. 2008;31(supl.1):55-60.
5. Francisco PMSB, Belon AP, Barros MBA, Carandina L,

- Alves MCGP, Goldbaum M et al. Diabetes auto-referido em idosos: prevalência, fatores associados e práticas de controle. *Cad Saúde Pública*. 2010;26(1):175-184.
6. Ministério da Saúde. Datasus [Internet] 2010. [acesso em 18 dez 2010]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sih/cnv/nruf.def>.
7. Grillo MFF, Goroni MIPC. Caracterização da pessoa com Diabetes Mellitus Tipo 2. *Rev Bras Enferm*. 2007;60(1):49-54.
8. 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*. 2008;52(6):931-9.
9. Graham JE, Stoebner-May DG, Ostir GV, Snih SA, Peek MK, Markides K et al. Health related quality of life in older Mexican Americans with diabetes: a cross-sectional study. *Health Qual Life Outcomes*. 2007;5:39.
10. Araújo AF, Souza MEA, Menezes CA. Qualidade de vida e aspectos socioeconômicos em diabéticos tipo 1. *Arq Bras Endocrinol Metab*. 2008;52(7):1124-1130.
11. Santos KA, Koszuoski R, Costa JSD, Pattussi MP. Fatores associados com a incapacidade funcional em idosos do Município de Guatambu, Santa Catarina, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2007;23(11):2781-2788.
12. The WHOQOL Group. The development of the World Health Organization Quality of Life Assessment Instrument (WHOQOL): position paper from the world health organization. *Soc Sci Med*. 1995;41(10):1403-1409.
13. Lebrão ML, Duarte YAO. O Projeto Sabe no município de São Paulo: uma abordagem inicial. Brasília (DF): Organização Pan-Americana da Saúde; Ministério da Saúde; 2003. 255 p.
14. Fleck MPA, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L, et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref". *Rev Saúde Pública*. 2000;34(2):178-183.
15. Fleck MPA, Chachamovich E, Trentini C. Development and validation of the Portuguese version of the WHOQOL-OLD module. *Rev Saúde Pública*. 2006;40(5):785-791.
16. Tavares DMS, Pereira GA, Iwamoto HH, Miranzi SSC, Rodrigues LR, Machado ARM. Incapacidade funcional entre idosos residentes em um município do interior de Minas Gerais. *Texto & Contexto Enferm*. 2007;16(1):32-39.
17. Bourdel-Marchasson I, Helmer C, Fagot-Campagna A, Dehail P, Joseph PA. Disability and quality of life in elderly people with diabetes. *Diabetes Metabolism*. 2007;33(Suppl.1):S66-74.
18. Floriano JP, Dalgalarondo P. Saúde mental, qualidade de vida e religião em idosos de um Programa de Saúde da Família. *J Bras Psiquiatr*. 2007;56(3):162-170.
19. Munari DB, Lucchese R, Medeiros M. Reflexões sobre o uso de atividades grupais na atenção a portadores de doenças crônicas. *Cienc Cuid Saúde*. 2009;8(Supl.):148-154.

Endereço para correspondência: Darlene Mara dos Santos Tavares. Rua Jonas de Carvalho, 420. Bairro Olinda, CEP: 38055-440, Uberaba, Minas Gerais.

Data de recebimento: 27/08/2010

Data de aprovação: 28/05/2011