



Acta Scientiarum. Health Sciences

ISSN: 1679-9291

eduem@uem.br

Universidade Estadual de Maringá

Brasil

Fernandes, Maria da Graças Melo; Macêdo-Costa, Kátia Nêyla de Freitas; Moreira, Maria Eliane de Araújo; Oliveira, Jacira dos Santos

Indicadores sociais e saúde autorreferida de idosos diabéticos: variações entre os sexos

Acta Scientiarum. Health Sciences, vol. 35, núm. 1, enero-junio, 2013, pp. 59-66

Universidade Estadual de Maringá

Maringá, Brasil

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=307226203009>

- ▶ Cómo citar el artículo
- ▶ Número completo
- ▶ Más información del artículo
- ▶ Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto



Indicadores sociais e saúde autorreferida de idosos diabéticos: variações entre os sexos

Maria da Graças Melo Fernandes, Kátia Nêyla de Freitas Macêdo-Costa*, Maria Eliane de Araújo Moreira e Jacira dos Santos Oliveira

*Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, Campus I, Cidade Universitária, 58059-900, João Pessoa, Paraíba, Brasil.
Autor para correspondência. E-mail: katianeyla@yahoo.com.br

RESUMO. O diabetes apresenta alta morbimortalidade, com perda importante na qualidade de vida do idoso. Assim, objetivou-se averiguar variações entre os sexos relativos aos indicadores sociais e ao estado de saúde autorreferido de idosos diabéticos. Estudo exploratório, realizado no Ambulatório de Endocrinologia do Hospital Universitário da UFPB, por meio de entrevista a 53 idosos atendidos, de outubro a dezembro de 2009. A análise dos dados foi efetivada pelo SPSS. Dos idosos, 38% eram homens e 62% mulheres; a maioria 58,49% tinha idade entre 60 a 64 anos e 71,70% referiram ser casados. Observou-se maior índice de viuvez entre as mulheres (21,21%). Considerando a renda, advinda especialmente da aposentadoria, 80% no caso dos homens e 54,55% das mulheres. Das mulheres, 42,42% referiram exercer atividade ocupacional apenas no lar e 65% dos homens não exerciam nenhuma. Quanto à falta de ajuda no cuidado em saúde, esta foi expressa por 5% dos homens. Verificou-se que 81,13% dos idosos expressavam duas ou mais enfermidades. Quanto ao uso de tecnologia assistiva, houve um predomínio entre os homens (10%). O estudo contribuiu para ampliar o conhecimento dos indicadores sociais e de saúde de homens e mulheres idosos diabéticos, o que pode melhor direcionar o cuidado de enfermagem.

Palavras-chave: idoso, diabetes *mellitus*, enfermagem.

Social indicators and self-reported health of elderly diabetic people: variations between the sexes

ABSTRACT. Diabetes has a high morbidity and mortality, with significant loss in the elderly people's life quality. Variations between the sexes with regard to social indicators and self-reported health status of elderly people with diabetics are investigated. Current exploratory study has been undertaken at the outpatient endocrinology clinic of the University Hospital of UFPB, through interviews with 53 elderly people, of whom 38% were males and 62% were females, between October and December 2009, and data were analyzed by SPSS. Most of the elderly people (58.49%) interviewed were within the 60 - 64 age bracket. Although 71.70% reported being married, a high widowhood rate (21.21%) among the females was reported. Pension was the main source of income for 80% of males and for 54.55% of females. Whereas 42.42% of the females worked only at home, 65% of the males were unemployed. Further, 81.13% of the elderly had two or more diseases, 5% of males admitted lack of help in health care, and more men (10%) than women used assistance technologies. Since current study contributed towards a broadening of social and health indication data on men and women with diabetes, it may be beneficent towards better care in nursing.

Keywords: aged, diabetes *mellitus*, nursing.

Introdução

A tendência mundial à diminuição da mortalidade, em função dos avanços da medicina e dos meios de comunicação, da fecundidade, além do prolongamento da esperança de vida têm levado ao envelhecimento populacional. Esse fenômeno ocorreu, inicialmente, nos países desenvolvidos como Japão, Europa e América do Norte. Nesse contexto, a transição demográfica se deu de modo gradual, ao longo de um

maior período de tempo, consequente ao maior desenvolvimento socioeconômico e cultural.

Não obstante, na atualidade, é um fenômeno que também alcança os países em desenvolvimento, incluindo o Brasil. Nesse cenário, essa mudança foi brusca, não permitindo que esses países se preparam adequadamente para o enfrentamento das questões oriundas dessa mudança no perfil etário de suas populações (WONG; CARVALHO, 2006). Ainda no contexto brasileiro, a população 'muito idosa', ou

aquela de 80 anos e mais, no total da população geral, também está aumentando em ritmo bastante acelerado. De 166 mil pessoas em 1940, o contingente ‘mais idoso’ passou para quase 1,8 milhão em 2000, representando, nessa data, 12,8% entre os idosos e 1,1% da população total, havendo a prevalência de mulheres. Destes, cerca de 25 mil estão acima dos cem anos (CAMARANO, 2006).

Quanto ao impacto do envelhecimento populacional sobre o setor saúde, este se configura em virtude de, paralelo às modificações observadas na demografia, emergirem, também, mudanças no perfil epidemiológico da população. Nesse quadro, doenças próprias da senescência ganham maior expressão no conjunto da sociedade (VERAS, 2007). Em geral, as doenças dos idosos são crônicas e múltiplas, perduram por vários anos e exigem acompanhamento constante, cuidados permanentes, medicação contínua e exames periódicos (GOLDEMBERG et al., 2003; LIMA FILHO, 2007), implicando elevados custos para o setor em questão, cenário caracterizado pela escassez de recursos.

Entre esses processos mórbidos, destacamos o diabetes *mellitus* que tem maior prevalência no contexto do envelhecimento, dada a relação do processo fisiológico de envelhecimento com alterações no metabolismo da glicose. A prevalência do diabetes varia de menos de duas crianças por mil, a seis pessoas por cem anos de idade, e um a cada quatro indivíduos aos 80 anos (RUSCHEL et al., 2008).

Considerando as variações entre os sexos na prevalência do diabetes no idoso, estudo circunscrito ao diabetes autorreferido que respondeu por 50,5% da prevalência na cidade de São Paulo, apontou para maior prevalência entre as mulheres – 5,7% – enquanto entre os homens esta prevalência foi de 3,5% (GOLDEMBERG et al., 1996). Do mesmo modo, a pesquisa de Cotta et al. (2009) também verificou a predominância da enfermidade no sexo feminino.

Além disso, o diabetes apresenta alta morbimortalidade, com perda importante na qualidade de vida do idoso. É uma das principais causas de insuficiência renal, amputação de membros inferiores, cegueira e doença cardiovascular. A Organização Mundial da Saúde estimou em 1997 que, após 15 anos de doença, 2% dos indivíduos acometidos estarão cegos e 30 a 45% terão algum grau de retinopatia, 10 a 20% terão nefropatia, 20 a 35% neuropatia e 10 a 25% terão desenvolvido doença cardiovascular (BRASIL, 2006).

Partindo do exposto, ao considerarmos que nossa população idosa, sobretudo a mais idosa (85 anos e

mais), é a que mais cresce na atualidade, havendo, ainda, como outros contextos, um incremento do número de mulheres nessa população – grupo mais suscetível às doenças crônicas, em especial ao diabetes e suas complicações – e, ainda, que a maioria de nossos idosos vivencia carência de recursos sociais e financeiros, é possível inferirmos a relevância desse fenômeno no contexto da atenção à saúde, o que demanda análise mais aprofundada da realidade que venha contribuir para a reorganização da rede de cuidados à saúde, tornando-a mais resolutiva no enfrentamento das questões específicas dos idosos diabéticos.

Para isso, estudos locorregionais que abordem diferenças entre os sexos, tanto no concernente aos indicadores sociais, como ao estado de saúde autorreferido, possibilitam a construção de conhecimentos sobre a realidade que indubitavelmente ampliam a possibilidade de os profissionais de saúde atuarem de forma mais individualizada no trato e cuidado de homens e mulheres idosos diabéticos. Considerando essa perspectiva, esta investigação tem por objetivo averiguar variações entre os sexos relativas aos indicadores sociais e ao estado de saúde autorreferido de idosos diabéticos.

Material e métodos

Este estudo exploratório constitui um subprojeto da pesquisa ‘Avaliação Multidimensional de Idosos Diabéticos’, realizada no Ambulatório de Endocrinologia do Hospital Universitário Lauro Wanderley da Universidade Federal da Paraíba – Campus I- João Pessoa, Estado da Paraíba. A população estudada compreendeu idosos diabéticos em atendimento no serviço de saúde ora mencionado (demanda espontânea). A amostra configura-se como de acessibilidade, e envolveram 53 idosos atendidos nos meses de outubro, novembro e dezembro de 2009, que aceitaram livremente participar da pesquisa (após devidamente esclarecidos dos seus propósitos e dos seus passos operacionais), os quais apresentavam funcionamento cognitivo preservado – avaliado por meio do miniexame mental proposto por Folstein et al. (1975) – de modo que foram capazes de responder às questões de investigação.

A coleta de dados foi realizada mediante entrevista subsidiada por um instrumento estruturado, contemplando variáveis aglutinadas em duas categorias: indicadores sociais, e condição de saúde autorreferida. A categoria indicadores sociais contemplou idade; sexo; estado conjugal; procedência de recursos financeiros; atividade

profissional/ocupacional; autopercepção da situação econômica; suporte ou ajuda familiar na resolução de problemas e no cuidado em saúde. Já a categoria condição de saúde autorreferida incorporou as variáveis: tempo de diagnóstico; presença de morbidades associadas; uso de tecnologias assistivas; evidência de sintoma ou desconforto nas duas últimas semanas; internamento hospitalar nos últimos 12 meses; impossibilidade de realizar atividades do cotidiano nas duas últimas duas semanas; além da autopercepção do estado de saúde.

A análise dos dados será efetivada numa abordagem quantitativa utilizando-se sistema computacional, por meio do *Statistical Package for the Social Sciences* – SPSS, por ser adequada ao alcance dos objetivos do estudo e por possibilitar a precisão e generalização dos seus resultados.

Cabe destacar que durante todo o processo da pesquisa, especialmente na fase da coleta de informações empíricas, serão observados os aspectos éticos que normatizam a pesquisa envolvendo seres humanos dispostos na Resolução 196/96 do CNS/MS/BRASIL, assim como estabeleceremos uma relação onde o ser pesquisado será respeitado na sua dignidade.

Quanto aos aspectos éticos normativos, dispostos na citada Resolução, observamos as questões relacionadas à nossa inserção na instituição, cenário físico e social do estudo, e a interação com os participantes da pesquisa. No tocante à instituição, encaminhamos projeto de pesquisa informando, com clareza, os passos metodológicos e operacionais da sua construção, para ser apreciado pelo Comitê de Ética em Pesquisa que referenda a investigação, o qual foi aprovado e registrado sob o protocolo de nº 204/09.

Aos participantes do estudo garantimos consentimento livre e esclarecido, elaborado em linguagem acessível, incluindo objetivos, justificativas, procedimentos utilizados e informações sobre riscos da pesquisa; esclarecimentos adicionais, quando necessário, antes, durante e após o curso da investigação; anonimato; sigilo das informações e respeito à sua privacidade; liberdade de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa sem prejuízos ao seu cuidado; assim como garantia do retorno dos benefícios da pesquisa.

Resultados

Os resultados são apresentados e analisados conforme categorias de análise das variáveis. Assim sendo, são dispostos, consecutivamente, os dados relativos aos indicadores sociais e ao estado de saúde autorreferido. Abaixo os indicadores sociais (Tabela 1).

Tabela 1. Distribuição dos indicadores sociais dos idosos diabéticos investigados (n = 53), conforme sexo. João Pessoa, Estado da Paraíba, outubro a dezembro de 2009.

Indicadores	Masculino		Feminino		Total	
	N	%	N	%	N	%
Faixa Etária						
60 -- 64 anos	10	50,00	21	63,64	31	58,49
65 -- 74 anos	7	35,00	10	30,30	17	32,08
75 -- 79 anos	-	-	1	3,03	1	1,89
80 -- 84 anos	2	10,00	1	3,03	3	5,66
85 anos ou mais	1	5,00	-	-	-	1
Estado conjugal						
Nunca casou/morou com companheiro	2	10,00	1	3,03	3	5,66
Mora com esposo/companheiro	14	70,00	24	72,73	38	71,70
Viúvo(a)	2	10,00	7	21,21	9	16,98
Separado/desquitado/divorciado	2	10,00	1	3,03	3	5,66
Procedência de recursos financeiros						
Aposentadoria	16	80,00	18	54,55	34	64,15
Pensão	-	-	3	9,09	3	5,66
Rendas	-	-	2	6,06	2	3,77
Doação	-	-	1	3,03	1	1,89
Trabalho	3	15,00	4	12,12	7	13,21
Sem Rendimento	1	5,00	5	15,15	6	11,32
Atividade profissional/ocupação						
Do lar	-	-	14	42,42	14	26,42
Atividade Formal	4	20,00	2	6,06	6	11,32
Atividade Informal	3	15,00	5	15,15	8	15,09
Sem Atividade	13	65,00	12	36,36	25	47,17
Autopercepção da situação econômica						
Boa	5	25,00	5	15,15	10	18,87
Regular	13	65,00	20	60,61	33	62,26
Má	2	10,00	8	24,24	10	18,87
Recebe ajuda de familiares para resolver problemas						
Sim	13	65,00	24	72,73	37	69,81
Não	7	35,00	9	27,27	16	30,19
Recebe ajuda de familiares no seu cuidado em saúde						
Sim	19	95,00	32	96,97	51	96,23
Não	1	5,00	1	3,03	2	3,77

De acordo com os dados contidos na Tabela 1, a maioria da população deste estudo foi constituída por 33 mulheres (62%), enquanto 20 (38%) eram homens. No que se refere à faixa etária, 58,49% dos idosos tinham idade compreendida entre 60 a 64 anos e 32,08% tinham de 65 a 74 anos. Em relação ao estado conjugal, 24 (72,73%) das mulheres e 14 (70%) dos homens viviam com companheiro. Dos aposentados, 80,00% são mulheres e 54,55% homens. Desses homens, 13 (65%) não possuem nenhuma ocupação. Do total, 69% dos idosos recebem ajuda de familiares para resolver problemas e 96,23 no seu cuidado em saúde. A seguir, a condição de saúde autorreferida pelos idosos.

Percebe-se na Tabela 2, que há maior percentual de idosos com tempo de diagnóstico de até cinco anos (33,96%), seguido daqueles que apresentavam diabetes num período de dez a 20 anos (28,30%). Referente às tecnologias assistivas, 92,45% relataram não fazer uso, no entanto entre os que faziam, observou-se um predomínio dos homens (10%) quando comparado com as mulheres (6,6%). O internamento hospitalar nos últimos 12 meses esteve presente em nove (27,27%) das mulheres e três (15%) dos homens. A evidência de sintoma ou desconforto nas duas

últimas semanas ocorreu em 20 (60,61%) das mulheres e nove (45%) dos homens. Dentre os idosos, 17 (85%) mulheres consideraram sua saúde regular, seguidos de 16 (48,48) homens.

Tabela 2. Condição de saúde autorreferida dos idosos diabéticos investigados (n = 53), conforme sexo. João Pessoa, Estado da Paraíba, outubro a dezembro de 2009.

Condição de saúde	Masculino		Feminino		Total	
	N	%	N	%	N	%
Tempo de diagnóstico						
Até 5 anos	5	25,00	13	39,39	18	33,96
5 a 10 anos	7	35,00	5	15,15	12	22,64
10 a 20 anos	6	30,00	9	27,27	15	28,30
Mais de 20 anos	2	10,00	6	18,18	8	15,09
Uso de tecnologias assistivas						
Bengala/Muleta	2	10,00	2	6,06	4	7,55
Nenhum	18	90,00	31	93,94	49	92,45
Internamento hospitalar nos últimos 12 meses						
Sim	3	15,00	9	27,27	12	22,64
Não	17	85,00	24	72,73	41	77,36
Impossibilidade de realizar atividades do cotidiano nas duas últimas semanas						
Sim	1	5,00	5	15,15	6	11,32
Não	19	95,00	28	84,85	47	88,68
Evidência de sintoma ou desconforto nas duas últimas semanas						
Sim	9	45,00	20	60,61	29	54,72
Não	11	55,00	13	39,39	24	45,28
Opinião do idoso quanto a sua saúde						
Excelente	-	-	1	3,03	1	1,89
Boa	2	10,00	3	9,09	5	9,43
Regular	17	85,00	16	48,48	33	62,26
Ruim	1	5,00	13	39,39	14	26,42
Opinião do idoso sobre sua saúde atual quando comparado com as pessoas de sua idade						
Melhor	8	40,00	16	48,48	24	45,28
Igual	10	50,00	8	24,24	18	33,96
Pior	2	10,00	9	27,27	11	20,75
Morbidades associadas						
01 doença	3	17,65	5	9,43	8	15,09
02 ou mais doenças	12	70,59	31	93,94	43	81,13
Nenhuma doença	2	11,76	-	-	2	3,78

Em relação à incidência de morbidades associadas, verificou-se na Tabela 2 que 81,13% dos idosos expressavam duas ou mais enfermidades. Abaixo serão apresentadas as comorbidades mais comumente evidenciadas pelos idosos diabéticos.

Observa-se na Figura 1 que todas as morbidades associadas incluindo hipertensão, dislipidemia, problemas oftalmológicos, complicações cardíacas e complicações renais estiveram mais presentes entre as mulheres.

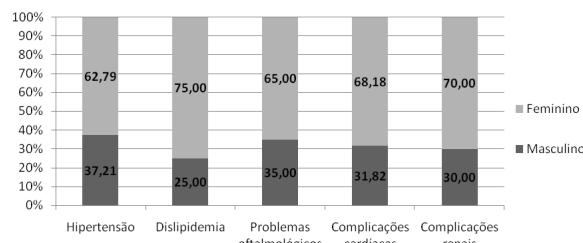


Figura 1. Distribuição das morbidades associadas ao diabetes evidenciadas pelos idosos pesquisados, conforme o sexo. João Pessoa, Estado da Paraíba, outubro a dezembro de 2009.

Discussão

No tocante ao sexo dos idosos pesquisados, verificou-se na Tabela 1 que 20 (38%) eram homens e 33 (62%) compreendiam mulheres. Esse achado relaciona-se, dentre outros fatores, com a maior sobrevida das mulheres ou com a 'feminização do envelhecimento' (manifestação do processo de transição de gênero que acompanha o envelhecimento populacional), bem como com a maior procura dos serviços de saúde por parte das mulheres. A síntese de indicadores sociais da população brasileira realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2008) revela que, em 2007, havia no país 79 homens idosos para cada cem mulheres. A pesquisa evidencia ainda que a razão de sexo acentua-se com a elevação da idade: no grupo de 65 anos ou mais, a razão cai a 76 homens para cada cem mulheres, chegando a apenas 72 homens para cada cem mulheres de 70 anos ou mais.

A maior procura por serviços de saúde demonstrada pelas mulheres tem sido verificada em estudos realizados em diferentes contextos culturais, os quais apontam diferenciais de gênero como base geradora de tal comportamento, pois as mulheres têm mais permissão cultural para expressarem queixas de desconfortos do que os homens, talvez por serem mais acostumadas a terem seus corpos medicalizados ao longo dos seus diferentes ciclos de vida, tornando-as mais expressivas quanto à necessidade de autocuidado, condição pouco referendada pelos homens (PASCHOALICCK et al., 2006).

No que tange à faixa etária, 58,49% dos idosos tinham idade compreendida entre 60 a 64 anos, 32,08% tinham de 65 a 74 anos. Os demais (9,7%) eram aqueles com idade superior a 75 anos, havendo prevalência de mulheres nas faixas etárias mais elevadas – aspecto já discutido anteriormente.

Quanto ao estado conjugal, a maioria dos idosos (71,70%) referiu ser casada, morando, portanto, com esposo ou companheiro. Este fato suscita a possibilidade do envolvimento familiar no acompanhamento ou controle do diabetes por parte desses idosos. A despeito de boa parcela dos idosos serem casados, verifica-se maior índice de viuvez entre as mulheres (21,21%). Isso se deve a maior longevidade feminina e a fatores socioculturais, que levam os homens, mesmo os idosos, a se casarem com mulheres mais jovens, reduzindo a oportunidade de um recasamento entre as idosas. Corroborando essa assertiva, Rocha et al. (2005) ressaltam que muitas mulheres ao vivenciarem a velhice sofrem uma opressão cultural, pela qual não se julgam mais pelo que são, pelos seus desejos, mas

pelo desejo masculino clássico, que procura a mulher jovem, com tudo no lugar certo.

Vale lembrar que no caso do homem idoso, geralmente, a experiência da viuvez transcorre entre a desvalia (*helplessness*) doméstica e o recurso aos saberes e ajudas de outras mulheres, geralmente do próprio círculo familiar. Com meios próprios de subsistência, a maioria recasa, sem grande demora, quase sempre com mulheres mais jovens do que a esposa anterior.

Considerando a renda dos idosos, esta se caracteriza como baixa, sendo equivalente, na maioria dos casos, a um salário mínimo. Sua procedência, como esperado, era especialmente da aposentadoria – 80% no caso dos homens e 54,55% entre as mulheres e da pensão (que favorecia 9,09% das mulheres). Cabe destacar que 15,15% das mulheres não tinham rendimento. Tal achado revela o baixo nível socioeconômico dos idosos. Situação preocupante, tendo em vista que no cenário familiar do idoso brasileiro de baixa renda, verifica-se a realidade em que o idoso está sendo o principal elemento a fornecer suporte econômico ao seu núcleo familiar, especialmente a filhos e netos, que para fazerem frente à crise socioeconômica vigente, particularmente referente à falta de oportunidade de inserção no mercado de trabalho, compartilham do domicílio e do salário do idoso para sobreviverem.

A circunstância ora expressa está fortemente imbricada no fato de os idosos entrevistados perceberem negativamente sua condição econômica. Neste cenário, 65% dos homens consideraram sua situação econômica como regular. Do mesmo modo, 60,61% das mulheres vislumbram tal situação como regular. Já 24,24% delas percebem sua condição econômica como má. Isso nos permite inferir que os idosos têm renda insuficiente para satisfazer suas necessidades básicas ou de autocuidado.

Além do exposto, boa parte das mulheres (42,42%) referiu exercer atividade ocupacional apenas no âmbito do lar, o que não confere uma identidade profissional para elas, apesar de terem uma vida permeada por muito trabalho, especialmente com a educação com os filhos, corroborando, assim, diferentes estudos que apontam as mulheres idosas como aquelas que vivenciam maior precariedade das condições socioeconômicas, quando comparadas aos homens, o que sinaliza a feminização da pobreza.

Assim sendo, na contemporaneidade, a pobreza vista no contexto das relações de gênero passou a conformar nova análise das experiências de vida das mulheres. Nessa análise, a precariedade da situação social das mulheres, especialmente das idosas,

passou a ser vista como resultante da divisão sexual do trabalho, de menores oportunidades em termos de educação, de situações de trabalho instáveis e com menor remuneração, de níveis inferiores de saúde e de bem-estar, de reduzida participação nas decisões (tanto no âmbito privado como no público, mas especialmente, neste) e, ainda, de limitada autonomia pessoal (FONSECA, 2005).

Circunstância, aparentemente sem relevância, porém, intimamente associada com implicações negativas para os homens idosos foi o fato de 65% deles declararem não exercer nenhuma atividade ocupacional. Segundo Figueiredo et al. (2007), a produção e o mundo público para os homens é verdadeiramente algoz com os idosos que, com a aposentadoria, passam a ter como espaço de convivência o recinto privado do lar, trocando a produtividade pela inatividade e vivenciando perdas relativas a doenças e a incapacidades.

Cabe destacar, que os idosos entrevistados, mesmo vivenciando maior permanência no cenário doméstico por ocasião da aposentadoria, também não desempenham atividades nesse ambiente, pois este, em virtude da masculinidade socialmente instituída, no geral, é visto como de domínio feminino por excelência. Assim sendo, o homem idoso, ante a aposentadoria, não tende a supremacia do espaço doméstico, marca seus dias de não-trabalho pelas lembranças do tempo em que produziam e eram reconhecidos (MOTTA, 2006), o que pode comprometer sua sociabilidade e seu estado de saúde.

Sobre os indicadores sociais, qualificadores dos idosos, aqui apresentados, somados às limitações impostas pelo diabetes, faz-se necessário um repensar às ações de educação em saúde realizadas pela equipe multiprofissional nos diferentes cenários de prática, principalmente no que se refere às orientações para o autocuidado, de modo que estas sejam individualizadas, considerando o contexto social e cultural dos idosos e, também, as especificidades destas variáveis, considerando o sexo dos idosos diabéticos. Cabe destacar, ainda, que a pobreza é uma característica da maioria dos idosos, especialmente das mulheres, no contexto brasileiro, o que interfere de modo significativo nas suas relações sociais, no seu estado de saúde, na adesão ao tratamento medicamentoso e dietético e, por sua vez, na sua qualidade de vida.

Ao serem inquiridos sobre ajuda recebida por familiares para fazerem frente aos seus problemas, 65% dos homens afirmaram receber esse apoio. Quanto às mulheres, 72,73% manifestaram contar com ajuda de familiares para a resolução dos seus problemas. Considerando, de modo particular, os

idosos que tinham alguém para prover cuidado quando da ocorrência de problemas de saúde, verificou-se que 95% dos homens fizeram referência positiva desse suporte. Esse auxílio também era disponível para 96,97% das mulheres.

Quanto à falta de ajuda no cuidado em saúde, esta foi expressa por 5% dos homens e por 3,03% das mulheres diabéticas. Apesar deste índice ser pouco representativo do ponto de vista numérico, ele expressa importantes implicações sociais, devendo ser considerado por parte do sistema social formal (profissionais e serviços sociais e de saúde, por exemplo), com vistas a tornar este sistema efetivo na provisão do cuidado requerido por parte desses idosos. A despeito da similaridade dos achados relativos a essas variáveis entre homens e mulheres idosos, verifica-se a expectativa de receber cuidado familiar um pouco mais elevada entre as mulheres.

O suporte social pode ter um papel essencial para manter ou mesmo promover a saúde. Os efeitos positivos do suporte social estão associados com a utilidade de diferentes tipos de suporte fornecidos pela família (emocional, instrumental, de informação). Sob a presença de apoio, ajuda ou suporte familiar é esperado que as pessoas idosas sintam-se amadas e seguras para lidar com problemas de saúde. Segundo Ramos (2002), a investigação gerontológica transcultural vem demonstrando que a prevalência de apoio familiar na vida dos idosos de ambos os sexos vem aumentando no Brasil, tanto na vida cotidiana como em momentos de crise – aspecto corroborado por este estudo.

Cabe destacar que quando um membro familiar desencadeia um processo de dependência, o cuidado, no geral, é provido por outro, obedecendo às seguintes situações: grau de parentesco, gênero (predomínio da mulher cuidadora), maior proximidade física e afetiva. Considerando que a maioria dos idosos pesquisados era casada, deduz-se que nesse cenário o potencial cuidador constituía o cônjuge, que também é idoso. Tal fato poderá contribuir para piora da sua condição de saúde e estabelecer novas dependências, uma vez que a sobrecarga do cuidado envolve aspectos emocionais, físicos, sociais e outros.

Na observação dos dados apresentados na Tabela 2, verifica-se maior índice de mulheres com diagnóstico situado nos períodos de até cinco anos (39,39%). Já os homens, obtiveram maior percentual nos períodos de cinco a dez anos (35,00%) e de dez a 20 anos (30,00%). A leitura deste achado aponta variações pouco significativas no tempo de diagnóstico verificado entre homens e mulheres, destacando-se, apenas, o maior percentual de mulheres que convivem com a doença

há mais de 20 anos. Dado que pode receber influência da maior sobrevida das mulheres. Faz-se necessário destacar a estreita relação do tempo de diagnóstico do diabetes com a ocorrência de morbidades associadas – assertiva consubstanciada pelos achados desta investigação.

Corroborando esse achado, estudo realizado pela Organização Mundial de Saúde em 12 países em desenvolvimento revelou que, embora as mulheres tivessem a esperança de vida aos 65 anos superior à dos homens, a proporção de anos vividos com doença também era maior por parte delas (VICTOR et al., 2009). Essa desvantagem das mulheres em relação aos homens no tocante ao estado de saúde, também foi confirmada pelo estudo de Camargos et al. (2005) que avaliaram a esperança de vida saudável em amostra representativa do município de São Paulo. Neste estudo observou-se que ao atingir os 60 anos os homens paulistanos podiam esperar viver, em média, 18 anos, 83% dos quais livres de incapacidade (definida no estudo como a dificuldade para realizar pelo menos uma atividade da vida diária, como vestir-se ou tomar banho). As mulheres poderiam esperar viver 22 anos, mas, somente 74% deles, livres de incapacidade ou doença.

Quanto ao uso de tecnologia assistiva, observou-se o predomínio deste entre os homens (10%), quando comparado com as mulheres (6,6%), especialmente naqueles com maior tempo de adoecimento. No referente à avaliação dos idosos quanto ao próprio estado de saúde, observou-se que 62,26% deles avaliaram seu estado de saúde como regular, sendo a maioria do sexo masculino. Já quando os idosos estabeleceram comparação do seu estado de saúde com aquele expresso por outras pessoas de sua idade, verificou-se que 45,28% deles consideraram a sua condição de saúde melhor do que aquela evidenciada por outros idosos.

Vale destacar que tão importante quanto o bom estado de saúde, mensurado por avaliações objetivas, como indicador de envelhecimento bem-sucedido, é o estado de saúde percebido. Esta avaliação é feita pelo idoso com base em critérios pessoais, referenciados a valores e expectativas sociais e individuais, bem como a mecanismos de comparação social e temporal. Idosos que avaliam negativamente seu estado de saúde apresentam risco aumentado de todas as causas de mortalidade, em comparação com aqueles que classificam sua saúde como boa ou excelente. Além disso, a autoavaliação positiva da saúde constitui um fator particularmente importante de satisfação de vida ou do bem-estar subjetivo (TEIXEIRA; NERI, 2008).

Quanto aos possíveis fatores contributivos, infere-se ser, dentre outros, a necessidade de

modificações no estilo de vida, do uso contínuo de medicamentos, de seguimento clínico e, ainda, a dependência dos serviços de saúde. Ao ponderar sobre essa questão, Jóia et al. (2008) consideram importante o conhecimento dos fatores que interferem na satisfação com a saúde entre idosos, tendo em vista que esta informação é de fundamental importância para o planejamento de políticas sociais focadas na melhoria da sua qualidade de vida.

Considerando a incidência de morbidades associadas, verificou-se na Figura 1 que 81,13% dos idosos expressavam duas ou mais enfermidades. Na distribuição dos problemas de saúde evidenciados pelos idosos diabéticos, conforme o sexo, observou-se predominância destes nas mulheres idosas.

As comorbidades mais comumente evidenciadas pelos idosos diabéticos (considerando ambos os sexos) foram: hipertensão arterial (81,13%), problemas oftalmológicos (75,47%), dislipidemias (52,83%) e complicações cardíacas (41,51%), achados compatíveis com aqueles verificados por Tavares et al. (2008). Essas doenças podem exercer influência sobre o controle metabólico dos idosos. Por exemplo, a hipertensão arterial contribui para o segmento de complicações vasculares e de cardiopatia. Além disso, na presença dessas enfermidades crônicas associadas ao diabetes, faz-se necessário o uso frequente de medicamentos como diuréticos (tiazídicos, furosemida, bumetanida, ácido etacrínico), que podem reduzir a secreção de insulina, diminuir o nível plasmático de potássio e elevar os teores de triglicérides e colesterol (COELHO, AMARAL, 2008; LACERDA et al., 2010).

Conclusão

O estudo colabora com os profissionais de saúde ao entender as dificuldades de pessoas idosas com diabetes *mellitus* de acordo com o sexo. Permite ampliar o conhecimento dos indicadores sociais e de saúde desses homens e mulheres que possuem a doença, possibilitando a discussão e o planejamento de ações e cuidados individualizados a essa população. Além disso, permitiu conhecer sobre a realidade de atuação dos profissionais de saúde, de acordo com a diversidade regional, otimizando a prevenção de agravos, manutenção da saúde e melhor direcionamento do cuidado de enfermagem.

Referências

BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília: Departamento de Atenção Básica, 2006. (Cadernos de Atenção Básica, n. 19).

CAMARANO, A. A. Envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica. In: FREITAS, E. V.; PY, L.; NERI, A. L.; CANÇADO, F. A. X.; GORZONI, M. L.; ROCHA, S. M. (Ed.). **Tratado de geriatria e gerontologia**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 2006. p. 88-104.

CAMARGOS, M. C. S.; PERPÉTUO, I. H. O.; MACHADO, C. J. Expectativa de vida livre de e com incapacidade funcional para idosos paulistanos. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 17, n. 5, p. 379-386, 2005.

COELHO, C. R.; AMARAL, V. L. A. R. Análise de contingências de um portador de diabetes mellitus. **Psico-USF**, v. 13, n. 2, p. 243-251, 2008.

COTTA, R. M. M.; BATISTA, K. C. B.; REIS, R. S.; SOUZA, G. A.; DIAS, G.; CASTRO, F. A. F.; ALFENAS, R. C. G. Perfil sociossanitário e estilo de vida de hipertensos e/ou diabéticos, usuários do Programa Saúde da Família, MG. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 14, n. 4, p. 1251-1260, 2009.

FIGUEIREDO, M. L. F.; TYRREL, M. A. R.; CARVALHO, C. M. R. G.; LUZ, M. H. B. A.; AMORIM, F. C. M.; LOIOLA, N. L. A. As diferenças de gênero na velhice. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 60, n. 4, p. 422-427, 2007.

FOLSTEIN, M. F.; FOLSTEIN, S. E.; MCHUGH, H. R. Mini-mental state: a practical method of grading the cognitive state of patients for the clinician. **Journal of Psychiatry**, v. 12, n. 1, p. 189-91, 1975.

FONSECA, R. M. G. S. Equidade de gênero e saúde das mulheres. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 39, n. 4, 450-459, 2005.

GOLDENBERG, P.; SCHENKMAN, S.; FRANCO, L. J. Prevalência de diabetes mellitus: diferenças de gênero e igualdade entre os sexos. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 6, n. 1, p. 18-26, 2003.

GOLDEMBERG, P.; FRANCO, L. J.; PAGLIARO, H.; SILVA, R. S.; SANTOS, C. A. Diabetes mellitus auto-referido no município de São Paulo: prevalência e desigualdade. **Caderno de Saúde Pública**, v. 12, n. 1, p. 37-45, 1996.

IBGE-Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Síntese de Indicadores Sociais**: uma análise das condições de vida da população brasileira. Rio de Janeiro: IBGE, 2008.

JÓIA, L. C.; RUIZ, T.; DONALÍSIO, M. R.; Grau de satisfação com a saúde entre idosos do Município de Botucatu, Estado de São Paulo, Brasil. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 17, n. 3, p. 187-193, 2008.

LACERDA, I. C.; VELOSO, S. D. G.; SOUZA, A. C. C.; MOREIRA, T. M. M. Características da clientela atendida por crise hipertensiva na emergência de um hospital municipal de Fortaleza, Estado do Ceará. **Acta Scientiarum. Health Sciences**, v. 32, n. 1, p. 73-78, 2010.

LIMA FILHO, J. B. Políticas públicas e privadas para a prevenção e atendimento à velhice fragilizada. **A Terceira Idade**, v. 18, n. 38, p. 25-36, 2007.

- MOTTA, A. Visão antropológica do envelhecimento. In: FREITAS, E. V.; PY, L.; NERI, A. L.; CANÇADO, F. A. X.; GORZONI, M. L.; ROCHA, S. M. (Ed.). **Tratado de geriatria e gerontologia**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 2006. p. 78-82.
- PASCHOALICCK, R. C.; LACERDA, M. R.; CENTA, M. L. Gênero masculino e saúde. **Cogitare Enfermagem**, v. 11, n. 1, p. 80-86, 2006.
- RAMOS, M. Apoio social e saúde entre idosos. **Sociologias**, v. 4, n. 7, p. 156-175, 2002.
- ROCHA, C.; GOBBI, I.; MAZZARINO, M.; KRABBE, S.; AREOSA, S. V. C. Como mulheres viúvas de terceira idade encaram a perda do companheiro. **Revista Brasileira de Ciência do Envelhecimento Humano**, v. 2, n. 2, p. 65-73, 2005.
- RUSCHEL, A. P.; MILANO, D.; BERLEZI, E. M.; SCHNEIDER, R. H. Condições vasculares periféricas do pé diabético em idosos. **Revista Brasileira de Envelhecimento Humano**, v. 5, n. 2, p. 88-100, 2008.
- TAVARES, D. M. S.; DRUMOND, F. R.; PEREIRA, G. A. Condições de saúde de idosos com diabetes no município de Uberaba, Minas gerais. **Texto e Contexto - Enfermagem**, v. 17, n. 2, p. 342-349, 2008.
- TEIXEIRA, I. N. A. O.; NERI, A. L. Envelhecimento bem-sucedido: uma meta no curso da vida. **Psicologia USP**, v. 19, n. 1, p. 81-94, 2008.
- VERAS, R. Fórum. Envelhecimento populacional e as informações de saúde do PNAD: demandas e desafios contemporâneos. Introdução. **Caderno de Saúde Pública**, v. 23, n. 10, p. 2463-2466, 2007.
- VICTOR, J. F.; XIMENES, L. B.; ALMEIDA P. C.; VASCONCELOS, F. F. Perfil sociodemográfico e clínico de idosos atendidos em Unidade Básica de Saúde da Família. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 22, n. 1, p. 49-54, 2009.
- WONG, L. L. R.; CARVALHO, J. A. O rápido processo de envelhecimento populacional do Brasil. **Revista Brasileira de Estudo da População**, v. 23, n. 1, p. 5-26, 2006.

Received on June 1, 2010.

Accepted on July 27, 2011.

License information: This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.