



Ciência & Saúde Coletiva

ISSN: 1413-8123

cecilia@claves.fiocruz.br

Associação Brasileira de Pós-Graduação em

Saúde Coletiva

Brasil

dos Santos Tavares, Darlene Mara; Resende Rodrigues, Fernanda; Goulart Conrado Silva, Cíntia; de Souza Castro Miranzi, Sybelle

Caracterização de idosos diabéticos atendidos na atenção secundária

Ciência & Saúde Coletiva, vol. 12, núm. 5, setembro-outubro, 2007, pp. 1341-1352

Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63012531>

- ▶ Como citar este artigo
- ▶ Número completo
- ▶ Mais artigos
- ▶ Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe , Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Caracterização de idosos diabéticos atendidos na atenção secundária

Characterization of elderly diabetics receiving secondary care

Darlene Mara dos Santos Tavares¹

Fernanda Resende Rodrigues²

Cíntia Goulart Conrado Silva³

Sybelle de Souza Castro Miranzi⁴

Abstract *The purpose of this survey is to characterize elderly diabetics by social, demographic and economic variables, describing their health status, functional capacity and use of healthcare services, related to the time when diabetes was diagnosed, in order to contribute to future healthcare planning actions in this area. The population sample was obtained through the diabetes services at three endocrinology units in Uberaba, Minas Gerais State in the course of a year, interviewing 113 elderly diabetics at home. The simple frequency distribution was used for the analysis, together with descriptive measurements. Associations were studied through χ^2 ($p < 0.05$) test; 72.6% of the respondents were women with average age of 69 years (± 4.6). The longest times since diagnosis (51.3%) are between ten and twenty years. All the respondents presented other health problems in addition to diabetes. The main aspects of dependence identified through functional capacity were: trimming toenails (23.9%) and use of transportation (18.6%). The time since diagnosis was not an aggravating factor for dependence among these elderly diabetics. However, dependency during the aging process is present, offering a challenge to healthcare practitioners.*

Key words *Diabetes mellitus, Elderly, Health of senior citizens, Health conditions, Prevention and control*

Resumo *Caracterizou-se os idosos diabéticos segundo as variáveis sociodemográficas e econômicas e descreveu-se as condições de saúde, capacidade funcional e utilização dos serviços de saúde, relacionando-as com o tempo de diagnóstico de diabetes, almejando-se contribuir para o planejamento das intervenções de saúde dessa área. A amostra populacional foi obtida através do atendimento de diabéticos nos três serviços de endocrinologia de Uberaba (MG), no período de um ano. Entrevistaram-se 113 idosos diabéticos, no domicílio. Para análise, utilizou-se distribuição de freqüência simples, medidas descritivas e as associações foram estudadas através do teste χ^2 ($p < 0,05$). São do sexo feminino 72,6% dos sujeitos; com idade média de 69 anos ($\pm 4,6$). O maior percentual do tempo de diagnóstico (51,3%) está na faixa de 10—20 anos. Todos apresentam outro problema de saúde além do diabetes. Os maiores percentuais para dependência, identificados através da capacidade funcional, foram: cortar unhas dos pés (23,9%) e usar transporte (18,6%). O tempo de diagnóstico não se constituiu em agravante para a dependência do idoso. Contudo, a dependência no envelhecimento está presente e se constitui em desafio para os profissionais de saúde.*

Palavras-chave *Diabetes mellitus, Idoso, Saúde do idoso, Condições de saúde, Prevenção e controle*

¹ Departamento de Enfermagem em Educação e Saúde Comunitária, Centro de Graduação em Enfermagem/ Universidade Federal do Triângulo Mineiro. Av. Afrânio Azevedo 2063, Bairro Olinda. 38055-470 Uberaba MG.
darlenetavares@netsite.com.br

² Programa de Saúde da Família do município de Frutal.

³ Fundação Civil da Casa de Misericórdia de Franca.

⁴ Departamento de Medicina Social, Universidade Federal do Triângulo Mineiro.

Introdução

O **diabetes mellitus** é considerado um crescente problema de saúde pública, independente do grau de desenvolvimento do país. Este fato se deve ao aumento exponencial de sua prevalência, em especial o do tipo 2, atingindo níveis epidêmicos em vários países¹.

Com o aumento da expectativa de vida da população, verifica-se maior prevalência do **diabetes mellitus** entre os idosos². Estudos realizados no Brasil evidenciaram que entre os sujeitos de 30 a 39 anos de idade a prevalência da referida doença é de 1,7%, aumentando nas outras faixas até atingir 17,3% entre aqueles com 60 a 69 anos de idade^{3,4}.

A intervenção na atenção à saúde do idoso portador de diabetes deve objetivar manter os níveis glicêmicos normais, visando evitar as lesões micro e macrovasculares, bem como controlar os fatores de risco cardiovasculares, rastrear e tratar as síndromes geriátricas comuns². Ademais, deve procurar mantê-los na sua capacidade máxima, de forma a resguardar sua independência física e mental, nos âmbitos da comunidade e de suas famílias⁵. Deve-se, ainda, enfatizar ações educativas e estimular a participação ativa do idoso em seu processo de autocuidado. Para alcançar tais objetivos, os profissionais envolvidos nesta assistência devem conhecer o processo de envelhecimento, identificar as necessidades básicas alteradas e a capacidade funcional para a realização das atividades da vida diária⁶.

Portanto, caracterizar os idosos diabéticos, conhecer as suas condições de saúde, a capacidade funcional e a utilização dos serviços de saúde, relacionando-os com o tempo de diagnóstico contribuirá para o desenvolvimento do planejamento em saúde direcionado a esta população.

Este estudo teve os objetivos de caracterizar os idosos diabéticos, atendidos em três serviços de endocrinologia no município de Uberaba, segundo as variáveis sociodemográficas e econômicas e descrever as condições de saúde, capacidade funcional e utilização dos serviços de saúde, autopercebidos pelos idosos diabéticos, relacionando-os com o tempo de diagnóstico de diabetes.

Metodologia

Trata-se de um estudo observacional do tipo inquérito transversal. A amostra populacional foi constituída, inicialmente, por 151 sujeitos, obtidos através do número de consultas para diabe-

tes, realizadas em todos os três serviços públicos de saúde do município de Uberaba (MG), os quais contam com o profissional de endocrinologia, no período de janeiro a dezembro de 2002.

Os critérios de inclusão para a constituição da amostra foram: ter **diabetes mellitus** com diagnóstico médico confirmado há mais de cinco anos; idade entre 60 e 80 anos; ser atendido em um dos três serviços públicos de saúde; morar no município de Uberaba e aceitar participar da pesquisa.

Foram realizadas visitas domiciliares a todos os idosos que realizaram consultas para diabetes no ano de 2002 em um dos três serviços públicos, com o objetivo de aplicação do questionário, obtendo-se 113 entrevistas. Os motivos para a não realização das demais foram: 18 sujeitos mudaram-se; 09 não foram encontrados em seus domicílios, os quais receberam novas visitas até um total de três; 06 faleceram, 04 recusaram e 01 estava impossibilitado de responder devido a problema de saúde.

Na visita domiciliar, foi realizada avaliação cognitiva, utilizando-se o mini exame do estado mental (MEEM)⁷ com os idosos, antes da entrevista, objetivando verificar as suas condições em responder as questões propostas.

Os entrevistadores eram acadêmicos do VI período de enfermagem, que receberam treinamento prévio para a realização do teste cognitivo e da entrevista no domicílio, que foi efetuada durante os meses de abril a julho de 2003.

Para coleta dos dados, utilizou-se de instrumento estruturado, baseado no questionário Older Americans Resources and Services (OARS), elaborado pela Duke University⁸ e adaptado à realidade brasileira por Ramos⁹. Este instrumento possibilita uma avaliação multidimensional do estado funcional do idoso, bem como a identificação das dimensões que comprometem a capacidade funcional. Neste estudo, utilizou-se partes deste questionário, que são adequadas aos objetivos propostos.

As variáveis de análise foram agrupadas por categoria: **características sociodemográficas e econômicas:** sexo; idade; tempo de diagnóstico; estado conjugal; número de filhos vivos; anos de estudo; renda individual e familiar; procedência de recursos financeiros; atividade profissional atual; razão de aposentadoria; autopercepção da situação econômica, situação econômica e com quem o idoso compartilha moradia; **condições de saúde:** autopercepção da saúde, visão e audição; número de dentes; apoio para locomoção; uso regular de medicamentos; problemas para obter medicamentos, gastos com medicamentos e pro-

blemas de saúde; tempo de diagnóstico; **capacidade funcional:** atividades básicas e instrumentais da vida diária e **uso de serviços de saúde:** tipo de serviço de saúde que procura; atendimento e internação nos últimos doze meses; satisfação com a internação, realização de exames e problemas no atendimento.

A análise descritiva das variáveis qualitativas foi realizada através da distribuição de freqüência. As variáveis quantitativas foram submetidas à média, desvio padrão, mediana, valores máximos e mínimos, de acordo com a distribuição de normalidade ou não. Possíveis associações, entre as variáveis, foram estudadas a partir do teste χ^2 ; considerou-se significativo quando $P < 0,05$. Para descrever as condições de saúde, capacidade funcional e utilização dos serviços de saúde, autopercebidos pelos idosos diabéticos, relacionando-os com o tempo de diagnóstico de diabetes, foram utilizadas as seguintes faixas: 5 anos de diagnóstico, 5—| 10 anos, 10—| 20 anos e 20 anos e mais.

Esta pesquisa atende a Resolução do CNS 196/96 e foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal do Triângulo Mineiro.

Resultados

Os resultados são apresentados segundo categorias de análise das variáveis.

Características sociodemográficas e econômicas

Verificou-se que 72,6% dos sujeitos entrevistados são do sexo feminino. O tempo de diagnóstico apresentou maior percentual (51,3%) para a faixa de 10 —| 20 anos, em ambos os sexos. A média de idade foi ligeiramente maior entre os homens ($69,5; \pm 4,5$) do que entre as mulheres ($68,9; \pm 4,4$).

Para o estado conjugal, obteve-se que 50,5% são casados/moram com companheiro. Destaca-se que apenas para os sujeitos com tempo de diagnóstico de 5 —| 10 anos obteve-se maior percentual para viúvos (62,5%). A maioria refere ter filhos (93,8%), sendo o número médio de 4,6 ($\pm 3,1$) filhos vivos.

Verificou-se que 19,5% dos sujeitos entrevistados eram analfabetos e 39,8% tinham até três anos de estudo.

A aposentadoria (56,6%) e pensão (22,1%) constituem as principais fontes de recursos financeiros. A renda individual, categorizada em salá-

rio mínimo (à época R\$ 200,00), identificou maior percentual (49,6%) de sujeitos recebendo um salário mínimo e 14,2% sem rendimento próprio. Em relação à renda familiar, 22,2% possuem renda de dois salários mínimos e 40,0% referem desconhecer esse valor.

A atividade profissional desenvolvida, atualmente, com maior percentual é a do lar (56,6%). Ressalta-se que 30,1% não exercem atividade, com maior concentração para aqueles sujeitos com 20 anos e mais de tempo de diagnóstico. Verificou-se que 59,3% se aposentaram motivados: pela idade (25,7%), por problemas de saúde (16,8%) e a mesma porcentagem por tempo de serviço. Destaca-se que os sujeitos com tempo de diagnóstico de 10 —| 20 anos (27,6%) e de 5 —| 10 anos (12,5%) apresentaram os maiores percentuais de aposentadoria por problemas de saúde.

A autopercepção da situação econômica foi considerada pela maioria como regular (43,4%). Ressalta-se que dentre os sujeitos com tempo de diagnóstico de 5 —| 10 anos a maioria a considerou boa (41,7%).

Dos sujeitos entrevistados 79,6% compartilham a sua moradia. (Tabela 1)

Condições de saúde

Com relação a autopercepção de saúde, 41,6% consideraram-na regular. Entre os que a consideraram péssima/má (19,5%), a maioria possui tempo de diagnóstico de 5 —| 10 anos (20,8%) e 20 anos e mais (28%) (Tabela 2).

Referiram ser cegos 6,2% dos sujeitos entrevistados. A autopercepção da audição foi considerada pela maioria (77%) como excelente/boa e ninguém referiu surdez. Contudo, os percentuais para autopercepção da audição ruim são iguais para os sujeitos com tempo de diagnóstico entre 5 —| 10 anos e 10—| 20 anos (20,8%), aumentando entre aqueles com 20 anos e mais (36,0%).

Os edentulos representam 62,8%, estando o maior percentual entre os sujeitos com tempo de diagnóstico de 5 anos (83,3%).

Dentre os sujeitos entrevistados, 8% necessitam de apoio para locomoção, como: bengala/muleta (5,3%), cadeira de rodas (1,8%) e andador (0,9%). Os maiores percentuais referentes ao uso de bengala/muleta estão entre os sujeitos com tempo de diagnóstico de 5 anos (8,3%) e 20 anos e mais (8,0%). Para o uso de cadeira de rodas, verificou-se um aumento porcentual conforme aumentou o tempo de diagnóstico. A necessidade de andador encontra-se apenas para os sujeitos com tempo de diagnóstico de 20 anos e mais (4%).

Tabela 1. Distribuição percentual de variáveis sociodemográficas e econômicas de idosos diabéticos, segundo tempo de diagnóstico. Uberaba, 2003.

Indicadores de variáveis sociodemográficas e econômicas	Tempo de diagnóstico (em anos)				Total geral*
	5	5 — 10	10 — 20	20+	
Estado conjugal					
Nunca casou/morou com companheiro	0,0	4,2	6,9	4,0	5,3
Mora esposo/companheiro	50,0	29,1	51,7	68,0	50,5
Viúvo	50,0	62,5	36,2	20,0	38,9
Separado/desquitado/divorciado	0,0	4,2	5,2	8,0	5,3
Procedência de recurso financeiro					
Aposentadoria	33,3	50,0	63,8	52,0	56,6
Pensão	50,0	29,1	15,5	24,0	22,1
Rendas	0,0	4,2	1,7	0,0	1,8
Doação	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Trabalho	16,7	12,5	3,5	0,0	5,3
Sem rendimento	0,0	4,2	15,5	24,0	14,2
Atividade profissional atual					
Do lar	33,3	62,5	55,1	60,0	56,6
Atividade formal	0,0	4,2	3,5	4,0	3,6
Atividade informal	33,3	20,8	6,9	0,0	9,7
Sem atividade	33,4	12,5	34,5	36,0	30,1
Razão da aposentadoria					
Tempo de serviço	50,0	8,3	13,8	24,0	16,8
Idade	0,0	33,3	22,4	32,0	25,7
Problema de saúde	0,0	12,5	27,6	0,0	16,8
Não se aposentou	50,0	45,9	36,2	44,0	40,7
Autopercepção da situação econômica					
Boa	33,3	41,7	31,0	32,0	33,6
Regular	50,0	37,5	48,5	36,0	43,4
Má	16,7	20,8	20,7	32,0	23,0
Compartilha moradia					
Sozinho	16,7	12,5	13,8	12,0	13,3
Sua casa com acompanhante	50,0	79,2	79,3	88,0	79,6
Casa de outra pessoa	33,3	8,3	6,9	0,0	7,1

* Para o cálculo do total geral, considerou-se o número total de respostas obtida por categoria dividindo-se pelo número de sujeitos estudados (113).

O uso regular de medicamentos foi referido pela grande maioria (98,2%), sendo o custo elevado o problema mais citado para adquirir os remédios (70%). O gasto com remédio no último mês foi superior a 10% do salário mínimo para 83,2% dos entrevistados. O maior percentual foi obtido entre os sujeitos com 20 anos e mais de diagnóstico (92%) (Tabela 2).

Verificou-se que todos os sujeitos apresentam outro problema de saúde, além do diabetes. Destacam-se, a seguir, os cinco problemas de saúde que apresentaram maior percentual. A hipertensão arterial foi a mais prevalente (17,6%), entre os sujeitos com tempo de diagnóstico entre 5—|

10 anos (20,2%) e 10 —| 20 anos (19,2%). Os problemas de visão foram referidos por 10,4% dos sujeitos entrevistados. Os problemas de coluna (9%) apresentaram aumento percentual conforme aumentou o tempo de diagnóstico. Já quanto aos problemas cardíacos (7,8%), houve uma diminuição do percentual conforme aumentou o tempo de diagnóstico. Verificou-se para catarata (7%) maior prevalência entre os sujeitos com tempo de diagnóstico de 20 anos e mais (9,8%) e 5 anos (8,6%). Não houve associação entre as variáveis “tempo de diagnóstico” e a “presença de outro problema de saúde”, além do diabetes (Tabela 3).

Tabela 2. Distribuição percentual de indicadores da condição de saúde de idosos diabéticos, segundo tempo de diagnóstico. Uberaba, 2003.

Indicadores da condição de saúde	Tempo de diagnóstico (em anos)				Total geral*
	5	5 — — 10	10 — — 20	20+	
Autopercepção da saúde					
Ótima/boa	33,3	41,7	39,7	36,0	38,9
Regular	50,0	37,5	44,8	36,0	41,6
Péssima/má	16,7	20,8	15,5	28,0	19,5
Autopercepção da visão					
Excelente/boa	16,7	33,3	25,9	16,0	24,8
Regular	16,7	37,5	25,9	24,0	27,4
Ruim/péssima	66,6	20,8	43,1	52,0	41,6
Cega	0,0	8,4	5,1	8,0	6,2
Autopercepção da audição					
Excelente/boa	100,0	79,2	79,2	64,0	77,0
Ruim	0,0	20,8	20,8	36,0	23,0
Surdo	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Número de dentes					
Perda ≤ 6	16,7	20,8	13,8	12,0	15,0
Perda > 6	0,0	16,7	20,7	36,0	22,2
Edêntulos	83,3	62,5	65,5	52,0	62,8
Apoio para locomoção					
Bengala/muleta	0,0	8,3	3,4	8,0	5,3
Andador	0,0	0,0	0,0	4,0	0,9
Cadeira de rodas	0,0	0,0	1,7	4,0	1,8
Nenhum	100,0	91,7	94,9	84,0	92,0
Uso regular de medicamentos					
Sim	100,0	95,8	98,3	100,0	98,2
Não	0,0	4,2	1,7	0,0	1,8
Problemas p/ obter remédios					
Sem problema	33,3	29,2	22,4	20,0	23,9
Custo	66,7	54,2	72,4	80,0	70,0
Dificuldade de encontrar	0,0	16,6	5,2	0,0	6,1
Gastos com medicamentos					
Menos R\$ 8,00	16,7	4,2	8,6	4,0	7,0
De R\$ 8,00 a R\$ 20,00	0,0	4,2	6,9	4,0	5,3
Mais R\$ 20,00	83,3	83,3	79,3	92,0	83,2
Não sabe	0,0	8,3	5,2	0,0	4,5

* Para o cálculo do total geral, considerou-se o número total de respostas obtida por categoria dividindo-se pelo número de sujeitos estudados (113).

Capacidade funcional

Para todas as atividades da vida diária (AVD), foi obtido percentual de dependência, ou seja, os sujeitos não conseguem realizar a AVD, necessitando da ajuda de terceiros. Entretanto, neste estudo, o nível de dependência não se mostrou relacionado ao tempo de diagnóstico. Apresentar-se-ão seis AVD que demonstraram maior percentual de dependência entre os sujeitos entrevista-

dos. A dependência para cortar as unhas dos pés (23,9%) foi a mais prevalente entre os sujeitos com 5 anos de tempo de diagnóstico (33,3%). Para usar transportes, 18,5% referiram ser dependentes, estando o maior percentual entre os sujeitos com 20 anos e mais de tempo de diagnóstico. A dependência para fazer compras diversas (15%) foi considerada maior entre os sujeitos com 5 anos de tempo de diagnóstico. Para subir e descer escada, 10,6% são dependentes, dos quais os

maiores percentuais estão entre os sujeitos com 5 anos de tempo de diagnóstico. A dependência para administrar finanças e dificuldade para sair de casa foi relatada por 9,7% dos sujeitos entrevistados, apresentando maiores percentuais entre aqueles com tempo de diagnóstico de 5 anos (Tabela 4).

Uso do serviço de saúde

Quando necessitam de atendimento à saúde, 90,3% dos entrevistados recorrem ao Sistema Único de Saúde (SUS). Destaca-se que os sujeitos com tempo de diagnóstico de 5 —| 10 anos (79,2%) são os que menos procuram os serviços do SUS. Nos últimos doze meses, 80,5% dos sujeitos procuraram os serviços de saúde. Aqueles com tempo de diagnóstico de 10 —| 20 anos fo-

ram os que mais procuraram (86,2%), enquanto os com 20 anos e mais procuraram em menor proporção (68%).

No período de estudo, 30,3% estiveram internados, com maiores percentuais para os sujeitos com 10 —| 20 anos (36,2%) e 5 —| 10 anos (25%). Apresentaram insatisfação com a internação 10,3% e 8,3%, respectivamente, dos referidos grupos. No período de um ano, 95,6% dos entrevistados realizaram exames. Destaca-se que 100% dos sujeitos com tempo de diagnóstico de 5 anos e 20 anos e mais realizaram exames.

Referiram ter problemas no atendimento do serviço de saúde 41,6%; dentre eles, o maior percentual foi para o grande tempo de espera (41,6%), especialmente para aqueles com tempo de diagnóstico de 5 anos (50%) e 20 anos e mais (52%) (Tabela 5).

Tabela 3. Distribuição percentual de problemas de saúde de idosos diabéticos, segundo tempo de diagnóstico. Uberaba, 2003.

Problemas de saúde	Tempo de diagnóstico (em anos)				Total geral*
	5	5 — 10	10 — 20	20+	
Reumatismo	5,7	1,2	2,6	5,2	3,3
Artrite/artrose	0,0	4,7	3,0	3,0	3,1
Osteoporose	2,9	6,0	4,3	5,2	4,7
Asma ou bronquite	0,0	1,2	3,4	1,5	2,3
Tuberculose	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Embolia	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Hipertensão arterial	11,3	20,2	19,2	14,9	17,6
Problemas cardíacos	8,6	8,3	8,1	6,7	7,8
Obesidade	2,9	1,2	2,1	0,7	1,6
Acidente vascular cerebral	2,9	2,4	1,7	0,7	1,6
Parkinson	0,0	0,0	0,4	0,0	0,2
Incontinência urinária	5,7	3,6	3,0	4,5	3,7
Incontinência fecal	0,0	2,4	1,7	1,5	1,6
Problemas para dormir	5,7	8,3	5,1	3,7	5,3
Catarata	8,6	3,6	6,4	9,8	7,0
Glaucoma	2,9	0,0	0,9	2,2	1,2
Problemas de coluna	5,7	8,3	8,5	9,8	9,0
Problema renal	8,6	1,2	4,7	3,7	4,1
Seqüela acidente/trauma	0,0	1,2	2,1	2,2	1,8
Tumores malignos	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Tumores benignos	0,0	0,0	0,0	0,7	0,2
Problemas de visão	11,3	14,3	8,5	11,2	10,4

* Para o cálculo do total geral, considerou-se o número total de respostas obtida por categoria dividindo-se pelo número de sujeitos estudados (113).

Tabela 4. Distribuição percentual de alguns indicadores da capacidade funcional de idosos diabéticos, segundo tempo de diagnóstico. Uberaba, 2003.

Indicadores da capacidade funcional	Tempo de diagnóstico (em anos)				Total geral*
	5	5 — 10	10 — 20	20+	
Comer, tomar banho, vestir-se ou pentear cabelo					
Nenhuma	100,0	95,8	94,8	96,0	95,5
Pouca dificuldade	0,0	4,2	3,4	0,0	1,8
Muita dificuldade	0,0	0,0	1,7	0,0	1,8
Não consegue	0,0	0,0	1,7	4,0	1,8
Controlar os esfincteres					
Nenhuma	83,3	91,6	86,2	80,0	85,0
Pouca dificuldade	8,3	4,2	6,9	8,0	6,2
Muita dificuldade	0,0	0,0	1,7	4,0	2,6
Não consegue	8,4	4,2	5,2	8,0	6,2
Andar no plano					
Nenhuma	83,3	95,8	84,2	72,0	84,1
Pouca dificuldade	16,7	4,2	10,5	16,0	10,6
Muita dificuldade	0,0	0,0	1,8	4,0	1,8
Não consegue	0,0	0,0	3,5	8,0	3,5
Subir e descer escada					
Nenhuma	66,7	79,2	69,0	64	70,0
Pouca dificuldade	0,0	12,5	17,2	16,0	15,0
Muita dificuldade	0,0	8,3	5,2	0,0	4,4
Não consegue	33,3	0,0	8,6	20	10,6
Deitar/levantar da cama					
Nenhuma	83,3	95,8	91,4	84,0	90,3
Pouca dificuldade	16,7	0,0	6,9	12,0	7,1
Muita dificuldade	0,0	0,0	0,0	4,0	0,8
Não consegue	0,0	4,2	1,7	0,0	1,8
Andar perto de casa					
Nenhuma	83,3	87,5	72,4	76,0	77,0
Pouca dificuldade	0,0	8,3	13,8	4,0	9,7
Muita dificuldade	16,7	0,0	8,6	12,0	8,0
Não consegue	0,0	4,2	5,2	8,0	5,3
Cortar as unhas dos pés					
Nenhuma	50,0	70,8	62,1	64,0	63,7
Pouca dificuldade	0,0	4,2	5,2	4,0	4,4
Muita dificuldade	16,7	0,0	10,3	8,0	8,0
Não consegue	33,3	25,0	22,4	24,0	23,9
Medicar-se no horário					
Nenhuma	66,6	83,4	93,1	68,0	84,0
Pouca dificuldade	0,0	8,3	1,7	8,0	4,4
Muita dificuldade	16,7	0,0	0,0	12,0	3,5
Não consegue	16,7	8,3	5,2	12,0	8,0
Fazer compras diversas					
Nenhuma	50,0	75,0	79,3	52,0	70,8
Pouca dificuldade	16,7	8,3	8,6	16,0	10,7
Muita dificuldade	0,0	4,2	1,7	8,0	3,5
Não consegue	33,3	12,5	10,4	24,0	15,0
Uso transportes					
Nenhuma	66,6	79,2	62,1	60,0	65,5
Pouca dificuldade	0,0	4,2	10,3	4,0	7,1
Muita dificuldade	16,7	0,0	8,6	16,0	8,8
Não consegue	16,7	16,6	19,0	20,0	18,5

continua

Tabela 4. continuação

Indicadores da capacidade funcional	Tempo de diagnóstico (em anos)				Total geral *
	5	5 — 10	10 — 20	20+	
Administristrar finanças					
Nenhuma	66,6	87,5	82,8	76,0	81,4
Pouca dificuldade	16,7	8,3	5,2	8,0	7,2
Muita dificuldade	0,0	0,0	1,7	4,0	1,7
Não consegue	16,7	4,2	10,3	12,0	9,7
Dificuldade p/ sair de casa					
Nenhuma	49,9	79,1	68,9	76,0	81,4
Pouca dificuldade	16,7	12,5	13,8	8,0	7,1
Muita dificuldade	16,7	4,2	12,1	4,0	1,8
Não consegue	16,7	4,2	5,2	12,0	9,7
Conclusão					

* Para o cálculo do total geral, considerou-se o número total de respostas obtida por categoria dividindo-se pelo número de sujeitos estudados (113).

Tabela 5. Distribuição percentual de alguns indicadores de uso de serviços de saúde de idosos diabéticos, segundo tempo de diagnóstico. Uberaba, 2003.

Indicadores de usos de serviços de saúde	Tempo de diagnóstico (em anos)				Total geral *
	5	5 — 10	10 — 20	20+	
_tipo de serviço de saúde que procura					
SUS	100,0	79,2	93,1	92,0	90,3
Convênio	0,0	16,7	6,9	8,0	8,8
Particular	0,0	4,1	0,0	0,0	0,9
Atendimento no serviço de saúde últimos 12 meses					
Sim	83,3	79,2	86,2	68,0	80,5
Não	16,7	20,8	13,8	32,0	19,5
Internação últimos 12 meses					
Sim	16,7	25,0	36,2	24,0	30,3
Não	83,3	75,0	63,8	76,0	70,0
Satisfação internação					
Muito satisfeito/satisffeito	100,0	91,7	89,7	100,0	92,9
Muito insatisfeito/insatisffeito	0,0	8,3	10,3	0,0	7,1
Realização de exames					
Sim	100,0	87,5	96,6	100,0	95,6
Não	0,0	12,5	3,4	0,0	4,4
Problemas no atendimento serviço de saúde					
Sem problema	50,0	79,1	56,9	44,0	58,4
Tem que esperar muito	50,0	12,5	34,5	52,0	34,5
Não confia no atendimento	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Distância de casa	0,0	4,2	5,2	4,0	4,4
Difícil ser atendido	0,0	4,2	1,7	0,0	1,8
Atendimento não é bom	0,0	0,0	1,7	0,0	0,9

* Para o cálculo do total geral, considerou-se o número total de respostas obtida por categoria dividindo-se pelo número de sujeitos estudados (113).

Discussão

A prevalência do diabetes, no Brasil, apresenta percentuais iguais (7,6%), para ambos os sexos¹⁰. Contudo, estudos desenvolvidos em instituições de saúde, com idosos portadores de diabetes, têm apresentado maior predominância do sexo feminino^{11,12,13}, semelhante aos resultados obtidos neste estudo. Este fato pode estar relacionado a tendência das mulheres se cuidarem mais e estarem mais presentes nos serviços de saúde, favorecendo o diagnóstico da doença¹⁴.

Apesar de maiores percentuais terem sido obtidos para sujeitos morando com esposa/companheiro, há um grande percentual (38,9%) de viúvos. O estado conjugal é considerado pela OMS¹⁵ como um fator decisivo para o asilamento, pois interfere em toda a dinâmica familiar. Destaca-se também que os idosos que moram sozinhos (13,3%) podem apresentar decréscimo na qualidade de vida, agravamento da morbidade e risco de mortalidade¹⁶.

É necessário pontuar também que morar com familiares, por si só, não representa melhoria na qualidade de vida do idoso; seria mister aprofundar no tipo de relações que são estabelecidas entre os membros familiares; disponibilidade do suporte familiar, caso necessário e o respeito à sua individualidade. Às vezes, o cuidado oferecido por um dos membros da família pode ocorrer de forma inadequada em razão de seu despreparo, de sua indisponibilidade ou de sobrecarga¹⁷. Cabe aos profissionais de saúde investigar melhor tal situação, identificar o cuidador e instrumentalizá-lo para oferecer suporte ao idoso, minimizando muitas complicações.

Os dados obtidos para escolaridade mostram que a maioria é considerada analfabeta funcional¹⁸, pois possuem até três anos de estudo. Durante o desenvolvimento da atenção à saúde ao idoso, é necessário avaliar as estratégias que estão sendo utilizadas para verificar o quanto está sendo eficaz a comunicação. Estudo realizado por Souza *et al.*¹⁹ verificou tendência para o aumento da prevalência do diabetes em sujeitos com baixo grau de escolaridade.

A baixa renda é um fator que poderá comprometer as condições de saúde dos idosos portadores de diabetes. Verificou-se que 98,2% fazem uso regular de medicamentos. Desta forma, a adesão ao tratamento medicamentoso e dietético pode ficar comprometida, principalmente quando a maioria (83,2%) gasta mais de 10% do seu recurso financeiro com a compra de remédios. Esta situação é ainda pior para aqueles que

não possuem rendimentos (14,2%), ficando à mercê de políticas públicas, para distribuição de medicamentos e dos familiares. Em geral, os estudos realizados com idosos corroboram os dados obtidos nesta investigação, na qual a principal fonte de renda é aposentadoria e pensão²⁰.

A experiência tem mostrado que a autopercepção da saúde positiva possibilita maior envolvimento, dos sujeitos, no tratamento e controle da doença. Os percentuais obtidos para autopercepção da saúde ótima/boa (38,9%) estão abaixo dos obtidos por Veras²¹ no Rio de Janeiro (44%) e por Ramos *et al.*⁹ em São Paulo (70%). Ressaltamos que os estudos citados foram desenvolvidos com idosos; contudo, não necessariamente com idosos diabéticos. O maior percentual para autopercepção ruim/péssima está entre os sujeitos que possuem 20 anos e mais de tempo de diagnóstico (28%), podendo estar relacionada à complexa rede que compõe a atenção à saúde (serviço de saúde, mudança de estilo de vida, aspectos econômicos, presença de polimorbidades, dependência, entre outros) e o processo de envelhecimento.

Quanto ao relato da cegueira, não se pode, necessariamente, associá-la ao diabetes. Entretanto, dentre as complicações crônicas desta doença, destaca-se a oftalmopatia diabética, que pode afetar várias partes do olho, a saber, cristalino, vítreo e retina, evoluindo desde o obscurecimento temporário da visão até à cegueira. Sabe-se que o estrito controle do **diabetes mellitus** pode minimizar o desenvolvimento da retinopatia²².

Verificou-se que poucos sujeitos (1,8%) necessitam de cadeira de rodas para sua locomoção, estando seu uso centrado naqueles com maior tempo de diagnóstico. Contudo, há de se considerar a perda de independência para a realização de determinadas AVD.

O percentual de edêntulos, obtido nesta investigação (62,8%), está abaixo do encontrado em estudo realizado em São Paulo, com a população na faixa etária de 50 a 59 anos (75%), no qual se verificou a relação dessa situação com a renda mensal familiar²³. As doenças bucais apresentam sua magnitude e intensidade diferenciada de acordo com a inserção social anterior ou atual do idoso. A perda dos elementos dentais reduz o tônus da musculatura facial, levando à deformação da face, fala, deglutição e mastigação, afetando, assim, o processo digestivo²³.

A maior ocorrência dos problemas de saúde referidos estava entre os sujeitos com tempo de diagnóstico de 5 —| 10 anos e 20 anos e mais. A hipertensão arterial foi a doença mais observada neste estudo, corroborando outros realizados com

idosos^{24,25} e idosos diabéticos¹³. A hipertensão arterial e o **diabetes mellitus** constituem os principais fatores de risco para as doenças cardiovasculares, principal causa de óbito no Brasil. Desta forma, é mister implementar ações de saúde visando o diagnóstico precoce e os fatores de risco nos diversos serviços de saúde²⁶.

O maior percentual de dependência foi obtido para cortar unhas dos pés (23,9%), considerada atividade básica da vida diária, ou seja, aquelas tarefas próprias do autocuidado. Este dado corrobora estudos realizados anteriormente com idosos diabéticos^{11,13}. Outra atividade básica da vida diária que ficou em quarto maior percentual para dependência foi subir e descer escada (10,6%). As outras AVD (uso de transporte; fazer compras diversas; administrar finanças e dificuldade para sair de casa) compõem as atividades instrumentais da vida, que são “indicativas da capacidade de levar uma vida independente na comunidade”¹⁶. Quando um membro familiar desencadeia o processo de dependência, ocorrem alterações na dinâmica familiar. O cuidado deverá ser provido por alguém que obedeça, geralmente, a quatro situações: parentesco, gênero (predomina a mulher), maior proximidade física e afetiva. Na maioria das vezes, o cuidador é um idoso independente. Desta forma, observa-se uma sobrecarga em vários aspectos, como emocionais, físicos, financeiros e déficit de conhecimento. Tal fato poderá contribuir para piora da condição de saúde do idoso e estabelecer novas dependências. Os serviços de saúde deverão se organizar para dar o suporte necessário ao cuidador, de forma a contribuir para a melhoria das condições de saúde desta população¹⁶.

Verificou-se que a maioria dos sujeitos entrevistados (90,3%) necessita dos serviços públicos de saúde para receberem atendimento à saúde; ressalva-se porém que este estudo foi realizado em serviços públicos de saúde, o que pode acarretar em viés para o resultado encontrado. Existem diferenças no acesso aos serviços de saúde, onde sujeitos menos favorecidos economicamente tendem a adoecer mais; contudo, possuem menor chance de serem atendidos nos serviços de saúde, quando comparados àqueles com melhores condições financeiras²⁷. Isto se constitui em

outro fator que pode gerar a dependência e, consequentemente, sobrecarga para a família. Por outro lado, a pouca iniciativa, dos sujeitos entrevistados, em procurar os serviços de saúde para controle e acompanhamento das doenças pode também favorecer o estabelecimento da dependência. Destaca-se que os sujeitos entrevistados com tempo de diagnóstico de 20 anos e mais foram os que menos procuraram os serviços de saúde no último ano.

O principal problema encontrado no atendimento pelo serviço de saúde (grande tempo de espera) sugere que os sujeitos procuram diferentes instituições de saúde a fim de conseguir resolutividade para sua doença. As instituições de saúde, através de seus profissionais, devem rediscutir o sistema de referência e contra-referência para que possam ter mecanismos capazes de sanar tal deficiência.

Considerações finais

Neste estudo, o nível de dependência não se mostrou relacionado ao tempo de diagnóstico do diabetes. Entretanto, observou a dependência para a realização de todas as AVD. Os sujeitos estudados apresentam, em geral, baixa renda e escolaridade, dependem dos serviços públicos para receberem atenção à saúde, a maioria utiliza medicamentos e possui pelo menos mais de uma doença, além do diabetes.

O aumento do contingente de idosos e a maior vulnerabilidade desta população em apresentar doenças crônicas impõem a necessidade de rediscutir a atenção à saúde, visando implementar ações promocionais e, sobretudo, a orientação de idosos e seus cuidadores, na perspectiva da manutenção da autonomia e independência, assim como reforçar o conteúdo de geriatria e gerontologia nas instituições de ensino. Caldas¹⁶ refere que “as políticas públicas do Brasil reconhecem oficialmente a contribuição dos cuidadores informais, dos voluntários e do setor privado para complementar a assistência pública”. Relata ainda que a discussão sobre a responsabilidade do tratamento do idoso dependente precisa ser aprofundada; afinal, o que cabe a família e o que cabe ao Estado?

Colaboradores

DM dos Santos Tavares participou da elaboração do projeto de pesquisa, supervisão e orientação do desenvolvimento da pesquisa. FR Rodrigues e CG Conrado Silva foram responsáveis pela coleta de dados. SSC Miranzi participou da análise dos dados e redação final do texto.

Agradecimentos

Esta pesquisa recebeu bolsa de iniciação científica financiada pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e foi apresentada na XI Jornada de Iniciação Científica da Faculdade de Medicina do Triângulo Mineiro (FMTM) e no 11º Congresso Panamericano de Profissionais de Enfermagem e 54º Congresso Brasileiro de Enfermagem.

Referências

1. Franco LJ. Um problema de saúde pública - epidemiologia. In: Oliveira JEP, Milech A, organizadores. *Diabetes mellitus: clínica, diagnóstico e tratamento multidisciplinar*. São Paulo: Atheneu; 2004. p.19-32.
2. Lourenço RA. Diabetes no idoso. In: Oliveira JEP, Milech A, organizadores. *Diabetes mellitus: clínica, diagnóstico e tratamento multidisciplinar*. São Paulo: Atheneu; 2004. p.339-44.
3. Oliveira JEP. The prevalence of diabetes in Rio de Janeiro, Brazil. *Diabetes Care* 1996; 19(6):663-666.
4. Zagury L, Naliato ECO, Meirelles RMR. *Diabetes mellitus* em idosos de classe média brasileira: estudo retrospectivo de 416 pacientes. *J Bras Med* 2002; 82(6):59-61.
5. Brito FC, Ramos LR. Serviço de atenção à saúde do idoso. In: Papaléo Netto M, organizador. *Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada*. São Paulo: Atheneu; 1996. p.394-402.
6. Duarte AOD. Princípios da assistência de enfermagem gerontológica. In: Papaléo Netto M, organizador. *Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada*. São Paulo: Atheneu; 1996. p.222-29.
7. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. Mini-mental state: a practical method of grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatry Res* 1975; 12:189.
8. Duke University Center for the Study of Aging and Human Development. *Multidimensional functional assessment: the OARS methodology*. Durham, NC: Duke University Center for the Study of Aging and Human Development; 1978.
9. Ramos LR, Tonido NJ, Cendorolo MS, Garcia JT, Najas MS, Peracini M. Two-year follow-up study of elderly residents in São Paulo, Brazil: methodology and preliminary results. *Rev. Saúde Pública* 1998; 32(5):397-407.
10. Brasil. CENEPI. Estudo multicêntrico sobre a prevalência do diabetes no Brasil. *Informe epidemiológico do SUS* 1992; 1(3): 45-73.
11. Tavares DMS. *Educação conscientizadora do idoso diabético: uma proposta de intervenção do enfermeiro* [dissertação]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 1997.
12. Rossi VEC. *Perfil das pessoas com diabetes mellitus tipo 2 cadastradas no programa de assistência ao diabético de Passos - MG* [dissertação]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 1999.
13. Tavares DMS. *Condições de saúde de idosos diabéticos* [tese]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2001.
14. Franco LJ. Epidemiología del *diabetes mellitus*. In: Lessa I, organizador. *O adulto brasileiro e as doenças da modernidad*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: ABRASCO; 1998. p. 123-138.
15. Organización Mundial de la Salud. Grupo científico sobre la epidemiología del envejecimiento. *Aplicaciones de la epidemiología al estudio de los ancianos*. Ginebra: OMS; 1984.
16. Caldas CP. Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família. *Cad Saúde Pública* 2003; 19(3):773-781.

17. Caldas CP. Idoso em processo demencial: o impacto na família. In: Minayo MC, Coimbra Jr CEA, organizadores. **Antropologia, saúde e envelhecimento**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2002. p. 51-71.
18. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Síntese de indicadores sociais-1999**. Rio de Janeiro: IBGE; 2000.
19. Souza, LJ, Chalita FEB, Reis AFF, Teixeira CL, Gicovate Neto C, Bastos DA et al. Prevalência de **diabetes mellitus** e fatores de risco em Campos dos Goytacazes. *Arq Bras Endocrinol Metab* 2003; 47(1):69-74.
20. Chaimowicz F. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. *Rev. Saúde Pública* 1998; 31(2):184-200.
21. Veras R. **A survey of the health of elderly people in Rio de Janeiro, Brazil** [tese]. London: University of London; 1992.
22. Davidson MB. **Diabetes mellitus: diagnóstico e tratamento**. 4ª ed. Rio de Janeiro: Revinter; 2001.
23. Pucca Junior GA. Saúde bucal do idoso: aspectos sociais e preventivos. In: Papaléo Netto M. **Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada**. São Paulo: Atheneu; 1996. p. 297-310.
24. Lima-Costa MF, Barreto SM, Giatti L. Condições de saúde, capacidade funcional, uso de serviços de saúde e gastos com medicamentos da população idosa brasileira: um estudo descritivo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. *Cad Saúde Pública* 2003; 19(3):735-43.
25. Giatti L, Barreto SM. Saúde, trabalho e envelhecimento no Brasil. *Cad Saúde Pública* 2003; 19(3):759-71.
26. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Programa de reorientação da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus**. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.
27. Travassos C, Viacava F, Fernandes C, Almeida CM. Desigualdades geográficas e sociais na utilização de serviços de saúde no Brasil. *Rev C S Col* 2000; 5(1):133-149.

Artigo apresentado em 09/12/2005

Aprovado em 15/12/2006

Versão final apresentada em 15/02/2007