



Qualidade de vida e o tempo do diagnóstico do diabetes *mellitus* em idosos

Quality of life and time since diagnosis of diabetes *mellitus* among the elderly

180

Luciano Ramos de Lima^{1,2}
Silvana Schwerz Funghetto^{1,2}
Cris Renata Grou Volpe²
Walterlânia Silva Santos^{2,3}
Mani Indiana Funez^{1,2}
Marina Morato Stival²

Resumo

Objetivos: Avaliar a qualidade de vida dos idosos com diabetes *mellitus* e relacionar o tempo do diagnóstico do diabetes com a qualidade de vida desses idosos atendidos em uma unidade básica de saúde. **Método:** Estudo quantitativo, de desenho transversal realizado em Unidade Básica de Saúde com 196 idosos. Para coleta de dados foram utilizados três instrumentos: um estruturado (variáveis sociodemográficas e clínicas), os escores do Whoqol-Bref e Whoqol-Old variam de 0 a 100. Foram realizados: análise estatística descritiva, teste t de *Student* e correlação de Pearson. **Resultados:** Dos 196 diabéticos, a maioria era do sexo masculino (54,6%) com idade média de 67,5 ($\pm 6,5$) anos. O tempo médio do diabetes *mellitus* foi de 9,1 anos. Os domínios do Whoqol-Bref com maiores escores, indicando melhor qualidade de vida *Relações Sociais* e *Psicológico*, e uma pior qualidade de vida observada foi *Meio Ambiente*. As facetas do Whoqol-Old com melhores escores foram: *Intimidade* e *Atividades passadas, presente e futura* e a pior foi *Morte e Morrer*. Os domínios associados entre si foram o *Físico* e *Psicológico*, *Físico* e *Relações Sociais*, e *Psicológico* e *Meio Ambiente*. As facetas associadas foram *Atividades passadas, presente e futuras* e *Participação Social*. Os idosos com mais de 10 anos de diabetes *mellitus* apresentaram piores escores de qualidade de vida no *Físico* ($p=0,001$), *Relações Sociais* ($p=0,002$), e nas facetas *Autonomia* ($p=0,0012$), *Participação Social* ($p=0,041$), *Morte e Morrer* ($p=0,001$). **Conclusão:** O tempo de diagnóstico do diabetes *mellitus* associou negativamente na qualidade de vida dos idosos evidenciando piores escores na maioria dos domínios e facetas do Whoqol.

Palavras-chave: Qualidade de Vida. Idoso. Diabetes *Mellitus*. Atenção Primária à Saúde. Enfermagem Geriátrica.

Abstract

Objectives: To evaluate the quality of life of the elderly with Diabetes *Mellitus* and to relate the time since diagnosis of diabetes with the quality of life of elderly persons receiving care at a basic health unit. **Method:** A cross-sectional quantitative study carried out in a Basic Health Unit with 196 elderly persons. For data collection, three instruments were

Keywords: Quality of Life. Elderly. Diabetes *Mellitus*. Primary Health Care. Geriatric Nursing.

¹ Universidade de Brasília, Faculdade de Ceilândia, Programa de Pós-graduação Ciências e Tecnologias em Saúde. Brasília, Distrito Federal, Brasil.

² Universidade de Brasília, Faculdade de Ceilândia, Curso de Graduação em Enfermagem. Brasília, Distrito Federal, Brasil.

³ Universidade de Brasília, Faculdade de Ciências da Saúde, Programa de Pós-graduação em Enfermagem. Brasília, Distrito Federal, Brasil.

used: one structured (sociodemographic and clinical variables) and the Whoqol-bref and Whoqol-old, with scores ranging from 0 to 100. Descriptive statistical analysis, Student's T-test and Pearson's correlation were performed. *Results:* Of the 196 diabetic patients, the majority were male (54.6%) with a mean age of 67.5 (± 6.5) years. The mean time since diagnosis of Diabetes Mellitus was 9.1 years. The domains of the Whoqol-bref with the highest scores, indicating better quality of life, were *Social Relations* and *Psychological*, while a worse quality of life was observed in *Environment*. The facets of the Whoqol-old with the best scores were: *Intimacy* and *Past, Present and Future Activities*, and the worst was *Death and Dying*. The domains associated with one another were *Physical* and *Psychological*, *Physical* and *Social Relations*, and *Psychological* and *Environmental*. The associated aspects were *Past, Present and Future Activities* and *Social Participation*. Elderly persons with more than ten years of Diabetes Mellitus had worse quality of life scores in *Physical* ($p=0.001$), *Social relations* ($p=0.002$), and in the *Autonomy* ($p=0.0012$), *Social Participation* ($p=0.041$) and *Death and Dying* ($p=0.001$) facets. *Conclusion:* The time of diagnosis of Diabetes Mellitus was negatively associated with the quality of life of the elderly, with worse scores in most domains and facets of the Whoqol.

INTRODUÇÃO

Diabetes mellitus (DM) é uma doença metabólica crônica não transmissível de origem multifatorial caracterizada pela elevação permanente dos níveis glicêmicos decorrente da ausência e/ou incapacidade da insulina de exercer sua função fisiológica, gerando uma série de complicações e disfunções de órgãos essenciais. É considerada como uma epidemia mundial e um problema de saúde pública, com crescente prevalência e considerada em todo o mundo. As estimativas da Organização Mundial da Saúde (OMS) sobre DM sugerem que a doença foi responsável por 1,4 milhão de óbitos em 2011. Apontam ainda que, entre 2010 e 2030, haverá um aumento de 69% no número de adultos com DM nos países em desenvolvimento e de 20% nos países desenvolvidos. Até 2025, a expectativa é de 350 milhões de pessoas acometidas pela doença em 2025 e no Brasil serão 18,5 milhões^{1,2}.

Em idosos, o DM tem sido encontrado em incidências que variam de 18,6 a 23,5% em pesquisas realizadas no Brasil. O aumento da expectativa de vida em idosos, quando associados a hábitos de vida inadequados consequentemente reflete em uma maior incidência de doenças crônicas nessa população, especialmente, o DM³⁻⁵.

Além de ser uma doença com despesas consideráveis no tratamento e controle de suas complicações, o DM também tem um efeito deletério sobre a qualidade de vida (QV) do idoso. É reconhecido em resultados de

pesquisas um grande número de fatores que podem influenciar na QV desses pacientes com DM, tais como o uso de insulina, a idade, o sexo, a renda, a escolaridade, as complicações da doença, os fatores psicológicos, o conhecimento sobre a doença, o tipo de cuidados de saúde, entre outros^{1,6-11}. É evidente também que um melhor controle glicêmico está associado a uma melhor QV. A hiperglicemia constante e o DM de longa duração são fatores associados às complicações, que podem atingir cerca de 50% dos pacientes e ocorre em torno de 10 anos após o diagnóstico da doença^{1,12}.

Neste sentido, a QV é considerada com um conceito amplo e com diferentes interpretações. Neste estudo, foi considerada a definição da OMS que conceitua a QV como a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais vive em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações^{13,14}.

O DM é uma doença progressiva na qual os indivíduos acometidos, especialmente idosos, tendem a deteriorar seu estado de saúde com o passar do tempo, principalmente após os 10 anos de convívio com a doença, quando começam a aparecer as complicações derivadas do mau controle glicêmico, que podem refletir negativamente na sua QV^{4,9,11}. O DM tem um impacto físico e emocional significativo, culminando na diminuição da autonomia e na autoconfiança desses indivíduos, fazendo com que a percepção de si próprio esteja alterada enxergando-se como incapazes de cumprir os seus objetivos,

diminuindo assim a sua QV^{1,4,12,14}. A temática de QV em pacientes idosos com DM já foi investigada por muitos estudos⁶⁻¹², porém ainda carece de pesquisas no sentido de comparar a QV dos idosos após o convívio de uma década com a doença. Diante disso, este estudo se propôs a associar o tempo de diagnóstico do DM e a QV desses pacientes e a inter-relação entre os domínios de QV visando a um futuro direcionamento da atenção em diabetes nos idosos, principalmente, na assistência à saúde desses indivíduos atendidos na atenção primária.

Diante do exposto, este estudo objetivou avaliar a qualidade de vida dos idosos com diabetes *mellitus* (DM) e relacionar o tempo do diagnóstico do DM com a qualidade de vida dos idosos atendidos em uma unidade básica de saúde do Distrito Federal. Além disso, propôs-se verificar a relação entre os domínios e facetas dos instrumentos de qualidade de vida.

MÉTODO

Estudo quantitativo, descritivo, exploratório e transversal realizado em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) do Distrito Federal, Brasil.

A população de estudo foi de idosos que atendiam aos seguintes critérios de inclusão: ter 60 anos ou mais e ser cadastrado no Grupo de Diabéticos da referida UBS. No grupo estavam cadastrados aproximadamente 500 idosos, considerando uma margem de erro de 5% e grau de confiança de 95%, foi calculada uma amostra representativa de 218 idosos. Todos os idosos foram convidados a participarem da pesquisa, que resultou em uma amostra por conveniência de 202 idosos que concordaram em participar da pesquisa.

O critério de exclusão considerado foi o diagnóstico médico de doenças mentais e psiquiátricas que os impediam de responder as perguntas do instrumento. Dos 202 idosos, foram excluídos da pesquisa seis idosos que atendiam ao critério de exclusão, resultando, portanto, em uma amostra final de 196 idosos.

Inicialmente, os idosos foram abordados na UBS, no momento da reunião do Grupo de Diabéticos, orientados quanto ao objetivo da pesquisa e convidados a participar da pesquisa. A coleta de

dados ocorreu após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), nos meses de agosto a dezembro de 2016.

Para a realização da coleta de dados foram utilizados três instrumentos: o primeiro um questionário estruturado, composto por perguntas fechadas, direcionadas ao perfil socioeconômico e demográfico (idade, sexo, renda, estado civil, escolaridade e ocupação), hábitos de vida (tabagismo, etilismo, sedentarismo e controle alimentar) e condições clínicas (tempo de diagnóstico do diabetes *mellitus*, uso de insulina, alterações visuais e lesões autorreferidas nos pés), com o objetivo de caracterizar a população envolvida. O segundo instrumento foi o questionário *World Health Organization Quality of Life – Bref* (Whoqol-Bref) e o terceiro o *World Health Organization Quality of Life Assessment for Older Adults* (Whoqol-Old), ambos validados no Brasil, sendo aplicados pelos pesquisadores evitando-se influenciar as respostas do indivíduo. Os instrumentos foram aplicados em apenas um encontro com cada idoso, em privacidade. A leitura dos questionários foi realizada juntamente com o idoso e suas respostas marcadas pelos pesquisadores, previamente treinados.

O Whoqol-Bref, considerado um instrumento genérico, é constituído por quatro domínios, sendo eles: *Físico, Psicológico, Relações Sociais e Meio Ambiente*¹⁵. Já o Whoqol-Old, um instrumento específico para idosos, é composto por seis facetas: *Funcionamento dos Sentidos, Autonomia, Atividades passadas, presentes e futuras, Participação Social, Morte e Morrer e Intimidade*. Os escores de ambos os instrumentos variam de 0 a 100, sendo o maior valor correspondente à melhor qualidade de vida¹⁶.

As entrevistas realizadas foram submetidas à revisão e à codificação. Os dados coletados foram processados no banco de dados por duas pessoas, em dupla entrada. Posteriormente, se fossem constatados dados inconsistentes entre as duas bases de dados, procedia-se correção por meio da consulta à entrevista original. Os questionários foram consolidados com suas respectivas sintaxes. Os domínios do Whoqol-Bref e facetas Whoqol-Old foram analisados separadamente.

Inicialmente, foi realizada a análise descritiva. O coeficiente Alfa de Cronbach foi calculado para avaliar a homogeneidade dos itens dos instrumentos.

Para analisar a normalidade das variáveis aplicou-se o teste de Komogorov- Smirnov. O teste t de *student* foi utilizado para verificar as diferenças entre as médias das medidas de QV. Para a análise da relação existente entre os diversos domínios e facetas analisados foi utilizada a correlação de Pearson, observando a amplitude da relação. Esta medida oscila de -1 (correlação negativa perfeita) a +1 (correlação positiva perfeita), passando pelo 0 (ausência de correlação). Foram consideradas as correlações maiores que 0,50 (força moderada e forte). O nível de significância considerado foi de $p \leq 0,05$.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Saúde do Distrito Federal parecer nº 251.361 e CAEE nº 14557613.1.0000.5553.

RESULTADOS

Foram entrevistados 196 pacientes diabéticos, sendo a maioria do sexo masculino, com idade média 67,5 ($\pm 6,5$) anos, solteiros, com 1 a 5 anos de estudo, renda de até um salário mínimo (SM) e aposentado (Tabela 1).

Tabela 1. Variáveis sociodemográficas e clínicas de idosos com diabetes *mellitus* (N=196). Brasília, DF, 2017.

Variáveis	n (%)	Variáveis	n (%)
Sexo		Usa insulina	
Feminino	89 (45,4)	Sim	64 (32,7)
Masculino	107 (54,6)	Não	132 (67,3)
Idade (anos)		Tabagismo	
60-70	143 (73,0)	Sim	26 (13,3)
71-80	42 (21,4)	Não	170 (86,7)
> 80	11 (5,6)	Etilismo	
Estado civil		Sim	18 (9,2)
Solteiro	80 (40,8)	Não	178 (90,8)
Casado	58 (29,6)	Atividade física	
Viúvo	24 (12,2)	Sim	84 (42,9)
Divorciado	34 (17,4)	Não	112 (57,1)
Escolaridade		Controle alimentar	
Analfabeto	38 (19,3)	Sim	67 (34,2)
1-5 anos	144 (73,5)	Não	129 (65,8)
6-9 anos	13 (6,7)	Alteração visual	
>9 anos	1 (0,5)	Sim	146 (74,5)
Renda mensal (salário mínimo)		Não	50 (25,5)
Até 1	120 (61,2)	Lesão pés	
Entre 1 e 3	57 (29,1)	Sim	34 (17,3)
>4	19 (9,7)	Não	162 (82,7)
Ocupação			
Desempregado	41 (20,9)		
Aposentado	124 (63,3)		
Outros	31 (15,8)		

Em relação às condições clínicas e hábitos de vida dos idosos observou-se que o tempo médio do diabetes *mellitus* (DM) entre os pacientes foi de 9,1 ($\pm 6,2$) anos (mínimo: um ano; máximo: 40 anos). A maioria não fazia uso de insulina, não era tabagista, não etilista e sedentário, relatou não realizar controle alimentar, referiu alterações visuais e não apresentou lesões nos pés (Tabela 1).

Na avaliação da QV dos idosos com DM observou-se que os domínios do Whoqol-Bref com maiores escores foram: *Relações Sociais* [M= 66,70 ($\pm 20,95$)] e *Psicológico* [M= 60,18 ($\pm 14,89$)], enquanto o pior foi *Meio Ambiente* [M= 55,89 ($\pm 15,77$)]. Já em relação ao Whoqol-Old as facetas com melhores escores foram: *Intimidade* [M= 69,51 ($\pm 23,48$)] e *Atividades passadas,*

presente e futura [M= 66,10 ($\pm 18,22$)], enquanto a pior foi *Morte e Morrer* [M=55,58 ($\pm 31,97$)] (Tabela 2).

A avaliação da consistência interna dos instrumentos de avaliação de QV por meio do Coeficiente Alfa de Cronbach mostrou homogeneidade dos domínios e facetas (Tabela 2).

A Tabela 3 demonstra a relação existente entre os domínios e facetas analisados. Os domínios que apresentaram maior força de associação foram o *Físico* e *Psicológico* ($r=0,53$), *Físico* e *Relações Sociais* ($r=0,54$) e *Psicológico* e *Meio Ambiente* ($r=0,52$). Nas relações entre as facetas, muitas associações significativas ficaram evidentes ($p<0,01$), porém a mais associada entre si e com correlação moderada foi entre *Atividades passadas, presente e futuras* e *Participação Social* ($r=0,57$) (Tabela 3).

Tabela 2. Medidas descritivas e coeficiente de fidedignidade de Cronbach dos domínios do Whoqol-Bref e facetas do Whoqol-Old dos idosos com diabetes *mellitus* (N=196). Brasília, DF, 2017.

Domínios Whoqol-Bref	Média (desvio-padrão)	Mínimo/Máximo	Alfa de Cronbach
Físico	58,47 ($\pm 14,36$)	25,00/96,43	0,731
Psicológico	60,18 ($\pm 14,89$)	20,83/91,67	0,716
Relações Sociais	66,7 ($\pm 20,95$)	8,33/100,00	0,739
Meio Ambiente	55,89 ($\pm 15,77$)	12,5/93,75	0,750
Facetas Whoqol-Old			
Funcionamento do Sensório	63,58 ($\pm 23,66$)	0,00/100,00	0,746
Autonomia	57,97 ($\pm 18,08$)	6,25/100,00	0,777
Atividades passadas, presente e futura	66,1 ($\pm 18,22$)	6,25/100,00	0,757
Participação Social	60,14 ($\pm 19,27$)	6,25/100,00	0,765
Morte e Morrer	55,58 ($\pm 31,97$)	0,00/100,00	0,782
Intimidade	69,51 ($\pm 23,48$)	0,00/100,00	0,781

Tabela 3. Matriz de correlação entre os domínios do Whoqol-Bref e entre as facetas do Whoqol-Old dos idosos com diabetes *mellitus* (N=196). Brasília, DF, 2017.

Domínios Whoqol-Bref	1	2	3	4		
1. Físico	1,00					
2. Psicológico	0,53**	1,00				
3. Relações Sociais	0,54**	0,50**	1,00			
4. Meio Ambiente	0,40**	0,52**	0,46**	1,00		
Facetas Whoqol-Old	1	2	3	4	5	6
1. Funcionamento do Sensório	1,00					
2. Autonomia	0,21**	1,00				
3. Atividades passadas, presente e futura	0,09	0,46**	1,00			
4. Participação Social	0,23**	0,40**	0,57**	1,00		
5. Morte e Morrer	0,20**	0,11	-0,02	0,15*	1,00	
6. Intimidade	-0,05	0,06	0,33**	0,18**	-0,09	1,00

** $p<0,01$; * $p<0,05$ - Correlação de Pearson.

Os resultados apresentados na Figura 1 evidenciam as associações entre a QV e o tempo de diagnóstico do diabetes mellitus (DM). Os domínios que apresentaram diferença estatística significativa entre as pontuações obtidas pelo tempo de diagnóstico do DM foram o *Físico* ($p=0,001$) e *Relações Sociais* ($p=0,002$), demonstrando assim que, os idosos com mais de 10 anos de diagnóstico

do DM apresentaram piores escores de QV nestes domínios, quando comparados aos idosos com menos de 10 anos de doença. O domínio *Físico* apresentou a menor média (57,3), porém o domínio *Relações Sociais* apresentou maior variação entre os dois grupos (13,3), sendo mais elevada a média das pontuações naqueles idosos com menos de 10 anos de DM.

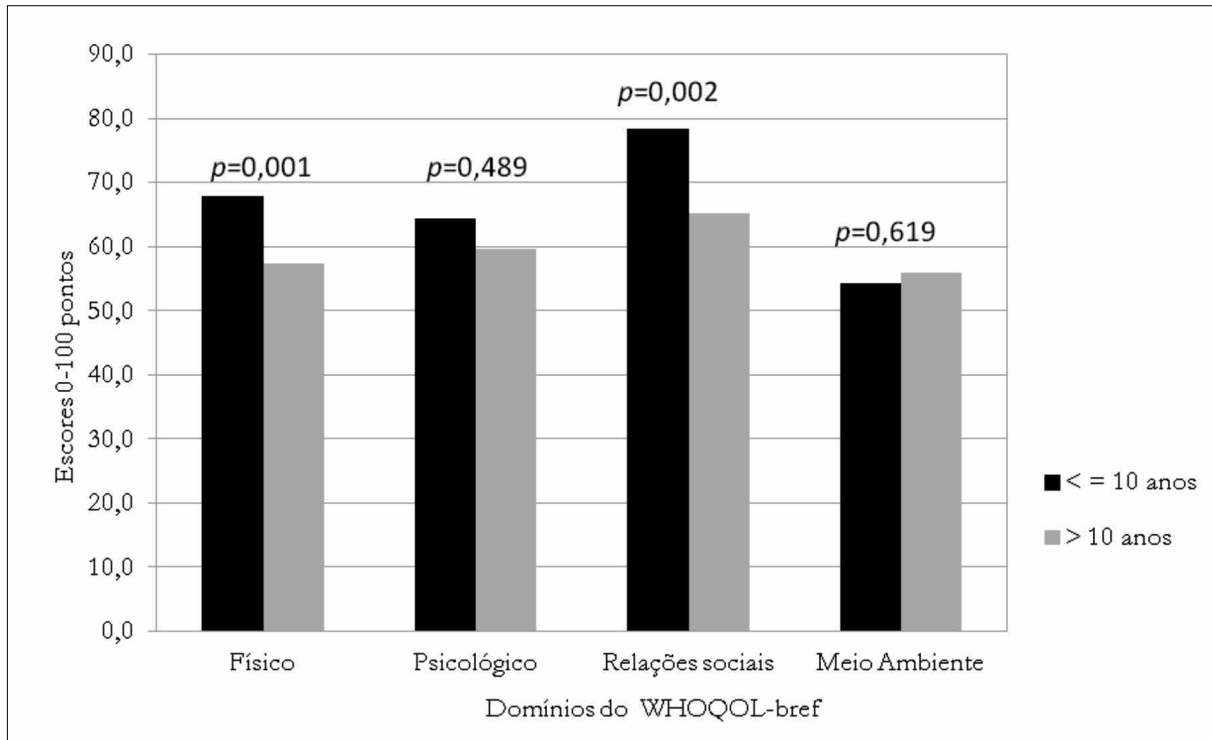


Figura 1. Média dos dos idosos de acordo com o tempo do diabetes mellitus (N=196). Brasília, DF, 2017.

Na comparação da QV avaliada pelo Whoqol-Old entre os idosos de acordo com o tempo de diagnóstico do DM ficou evidente na Figura 2 que as facetas *Autonomia* ($p=0,012$), *Participação Social* ($p=0,041$), *Morte e Morrer* ($p=0,001$) apresentaram diferenças estatísticas

entre os escores obtidos pelos entre os dois grupos. Os idosos com mais de 10 anos de diagnóstico do DM obtiveram menores escores de QV nessas facetas. A faceta *Morte e Morrer* apresentou maior discrepância entre os valores conforme a duração do DM.

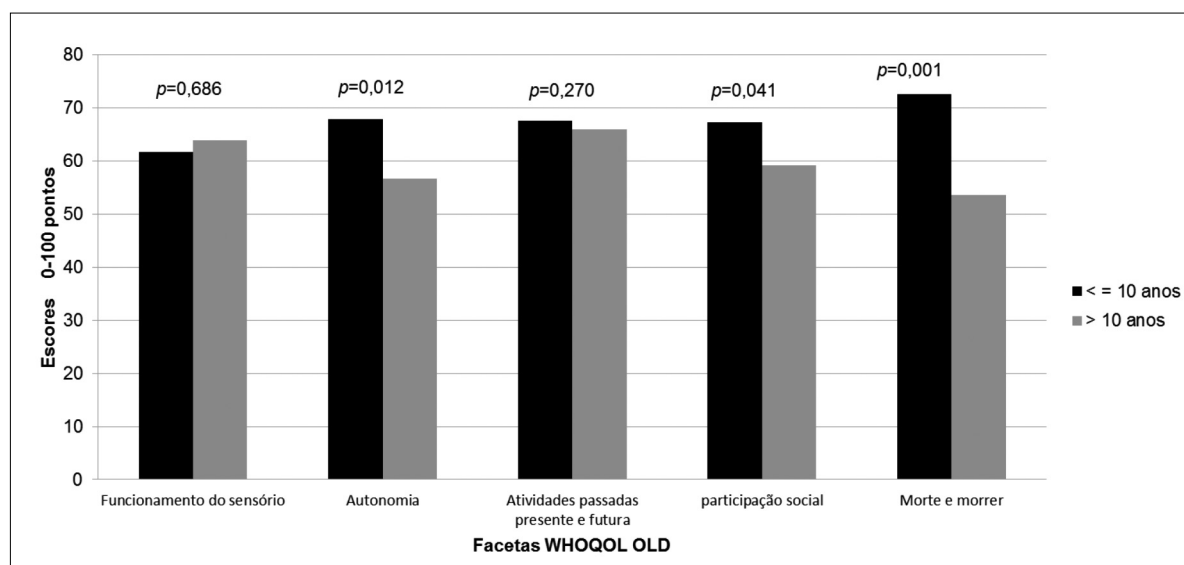


Figura 2. Média das facetas do Whoqol-Old dos idosos de acordo com o tempo do diabetes *mellitus* (N=196). Brasília, DF, 2017.

DISCUSSÃO

A caracterização sociodemográfica mostrou predomínio de idosos do sexo masculino, com idade entre 60 e 70 anos, solteiros e com pouca escolaridade, baixa renda e aposentados. Resultados semelhantes foram encontrados em outros estudos em relação à idade, escolaridade, renda e aposentadoria^{3,8-10}. Por outro lado, outros estudos encontraram predomínio do sexo feminino e casados^{3,7-9}.

Quanto aos hábitos de vida e tempo de DM, os idosos apresentaram uma média menor que 10 anos de DM, sedentários, não tabagistas e etilistas, porém relataram não realizar controle alimentar. A maioria referiu alteração visual e não apresentava lesões nos pés. O tempo de diagnóstico desse estudo corroborou os resultados de outros estudos realizados com idosos no Piauí⁸ e Fortaleza (CE)¹⁰. Os comportamentos inadequados também foram resultados de outras pesquisas^{9,10,12}. Vale ressaltar a importância de hábitos de vida saudáveis tanto na saúde física como na saúde mental do idoso, refletindo assim em uma melhor qualidade de vida. Isto posto, processos de intervenção nesse sentido são sugeridos para profissionais de saúde que desenvolvem atividades

preventivas, assistenciais, educativas e de atenção à saúde do idoso⁹.

Em relação à QV os domínios do Whoqol-bref que apresentaram maior pontuação e, conseqüentemente, maior satisfação dos idosos em relação a sua saúde foram *Relações Sociais* seguido pelo *Psicológico*. Esse achado foi semelhante a outros estudos que também encontraram maiores médias de pontuação no domínio *Relações Sociais*^{11,17-19}.

Apesar da doença, os idosos sentem-se apoiados socialmente e consideram que têm boas relações sociais. Esse resultado pode estar relacionado às atividades realizadas pelos enfermeiros da unidade de saúde que sempre propõem encontros, organizam viagens, momentos de interação social com os amigos a fim de promover a participação dos idosos em grupos sociais. Essas atividades são proporcionadas para os idosos que participam do Grupo de Diabéticos da UBS, demonstrando assim a satisfação dos idosos na convivência nesse grupo.

O domínio *Psicológico* avalia questões relacionadas a sentimentos positivos e negativos, concentração, autoestima, aparência, espiritualidade e crenças

peçoais. Apesar de o estudo evidenciar um maior escore no domínio *Psicológico*, sabe-se que os sentimentos fazem parte do processo de adaptação do indivíduo à doença crônica, o que pode comprometer o seu estado psicológico, considerando que desde o início do tratamento é ressaltado para o idoso que o DM não tem cura, apenas controle. Além disso, os alertas quanto às possíveis complicações são ideias que podem favorecer sentimentos e expectativas negativas para o futuro, o que agrava esse aspecto na avaliação da QV²⁰.

Por outro lado, uma pior pontuação foi observada no domínio *Meio Ambiente*, evidenciando baixa satisfação dessa população com o ambiente em que vivem, resultado semelhante ao encontrado em outro estudo realizado com idosos com DM em Uberaba (MG)⁷ e com idosos com DM no interior da Bahia¹¹. Outro estudo realizado com 277 idosos no Distrito Federal também resultou em baixos escores de QV no domínio *Meio Ambiente*, que pode estar relacionado ao fato de os idosos não se sentirem seguros e protegidos em seu ambiente doméstico⁹. As boas condições de moradia, segurança física, recursos financeiros, transporte, aquisição de alguns bens de consumo, dentre outros, podem estar associados à melhoria da qualidade de vida¹¹.

Já em relação ao Whoqol-Old as facetas com melhores escores foram: *Intimidade e Atividades passadas, presente e futura*, enquanto a pior foi *Morte e Morrer*. Um fato notório é que os desvios-padrão nessas facetas foram altos, o que caracteriza que houve uma grande variação de respostas dos idosos.

A faceta *Intimidade* avalia a capacidade do idoso de se relacionar com outra pessoa¹⁶. O baixo número de idosos viúvos e divorciados pode ter interferido nesse achado, pois acreditamos que a perda do cônjuge ou parceiro pode influenciar no convívio com outra pessoa e nas relações íntimas. Os idosos também estavam satisfeitos com as conquistas obtidas ao longo da vida e com aquilo que ainda almejam. Por outro lado, uma dificuldade de aceitação da morte em alguns idosos foi observada neste estudo.

Estudo realizado com 51 idosos com DM em Campina Grande (PB) também evidenciaram melhores escores de QV no domínio *Atividades passadas, presente e futura* enfatizando que os idosos

têm aspirações talvez não alcançadas e que alimentam sentimentos de esperança, porém observaram uma pior QV no domínio *Funcionamento Sensorial*¹.

Na análise de relação entre os domínios observou-se que os domínios que apresentaram uma boa correlação foram o *Físico* com *Relações Sociais* e o *Psicológico* com o *Meio ambiente*. Entende-se que um bom estado físico favorece as relações sociais. O DM predispõe o idoso a complicações agudas e crônicas, que podem fazê-los sentirem-se fragilizados fisicamente. Vale ressaltar que a maioria dos participantes deste estudo é sedentária, não realiza controle alimentar e refere alterações visuais, o que pode impactar negativamente nos aspectos físicos e, conseqüentemente, refletir nas suas relações sociais.

A relação entre *Psicológico* e *Meio Ambiente* pode ser explicada pelo fato da região onde foi realizado o estudo apresentar elevados índices de violência e, além disso, a maioria dos idosos entrevistados apresentou renda de até um salário mínimo, vivem em regiões com ambientes precários, no que se refere a ruas e asfaltos, em regiões inseguras, não saem sozinhos e ficam mais suscetíveis ao isolamento social e depressão.

Na correlação entre facetas, uma boa relação foi evidenciada entre *Atividades passadas, presente e futuras* e *Participação Social*. Esse resultado evidencia que a satisfação do idoso com as conquistas da vida e expectativas futuras está intimamente ligada à sua participação social. Esse fato pode estar relacionado à cronicidade da doença e às complicações que interferem na independência do idoso com DM, podendo limitar a realização de atividades prazerosas e assim trazer insegurança quanto ao futuro. É importante que os políticos e profissionais de saúde estejam cientes do fato de que as pessoas que vivem com uma condição crônica, especialmente o DM, sofrem não somente a carga de uma doença, mas também um fardo social, pois o isolamento social parece ser muito mais prejudicial ao seu bem-estar geral²².

Neste estudo, o tempo de diagnóstico do diabetes demonstrou ser uma variável de grande influência sobre a QV. A maioria dos domínios e facetas dos instrumentos de QV reduz os escores com o passar dos anos de DM.

Os domínios que apresentaram diferença estatística significativa entre as pontuações obtidas pelo tempo de diagnóstico do DM foram o *Físico* e *Relações Sociais*, demonstrando assim que, os idosos com mais de 10 anos de diagnóstico do DM apresentaram piores escores de QV nestes domínios, quando comparados aos idosos com menos de 10 anos de doença. Os resultados do nosso estudo corroboram pesquisa realizada no Paquistão com 501 diabéticos que demonstrou que os pacientes com mais de 10 anos de evolução do diabetes tiveram menores escores em todos os domínios, indicando uma diminuição da QV conforme o aumento do tempo do DM²³. Outro estudo também evidenciou o impacto do tempo do DM na QV ao avaliar 201 idosos em Montes Claros (MG), e concluir que um tempo DM maior que 10 anos influencia negativamente na QV dos idosos²⁴.

Ainda neste sentido, na comparação da QV pelo Whoqol-Old de acordo com o tempo de diagnóstico do DM ficou evidente que as facetas *Autonomia*, *Participação Social*, *Morte e Morrer* apresentaram diferenças estatísticas, ou seja, os idosos com mais de 10 anos de diagnóstico do DM obtiveram menores escores de QV nestas facetas.

A autonomia e a participação social diminuem com o passar dos anos devido ao maior comprometimento da doença. Com mais de 10 anos de doença o paciente com DM pode apresentar mais limitações físicas, maior intensidade de dor e desconforto com prejuízos na sua vida diária e até mesmo, aumentando o sentimento de tristeza, isolamento social e medo da morte. Além disso, a perda da autonomia, do seu poder de decisão pode influenciar na autoestima e propiciar o descaso com a sua saúde, diminuindo o autocuidado e favorecendo assim o aparecimento de complicações crônicas da doença²⁵⁻²⁹.

Destaca-se que neste estudo observou-se que 17,3% dos diabéticos já apresentavam lesões nos pés, o que pode refletir em uma diminuição da autonomia e da participação social como consequência de

diminuição da mobilidade associada a processos âlgicos de origem vascular ou neuropáticos.

O tempo de doença é uma variável relevante, visto que possui uma relação inversa com a adesão ao tratamento. Quanto maior o tempo do diagnóstico menor será a prevalência da adesão ao tratamento dos usuários, maior o risco de adversidades advindas de um insatisfatório controle metabólico e, conseqüentemente, menor QV²⁹.

Este estudo teve como limitação o seu delineamento transversal, por não permitir o acompanhamento dos idosos a fim de conhecer fatores causais e também o fato de não ter um grupo controle para comparações. Outra limitação se refere à representatividade da amostra, pois o tamanho da amostra calculado não foi alcançado.

CONCLUSÃO

Este estudo demonstrou uma melhor qualidade de vida nos domínios: *Relações Sociais* e *Psicológico* e nas facetas: *Intimidade* e *Atividades passadas, presente e futura*. Por outro lado, uma pior qualidade de vida dos idosos foi observada no *Meio Ambiente* e na faceta *Morte e Morrer*.

No que tange ao impacto do tempo do diagnóstico do diabetes *mellitus* na qualidade de vida desses idosos, os resultados deste estudo evidenciaram pior qualidade de vida nos domínios *Físico*, *Psicológico* e *Relações Sociais* e nas facetas: *Autonomia*, *Atividades passadas, presente e futura*, *Participação Social* e *Morte e Morrer* dos idosos com mais de 10 anos de diagnóstico desta doença.

O presente estudo apresenta relevância no sentido de direcionar o profissional de saúde, que atua principalmente na atenção primária, frente ao controle e prevenção de complicações do diabetes *mellitus*. O cuidado com o idoso deve ser planejado no sentido de promover uma melhor qualidade de vida, uma vez que se conhecem os principais problemas relacionados ao tempo desta doença.

REFERÊNCIAS

1. Ababio GK, Bosomprah S, Olumide A, Aperkor N, Aimakhu C, Oteng-Yeboah A, et al. Predictors of quality of life in patients with diabetes Mellitus in Two Tertiary Health Institutions in Ghana and Nigeria. *Nigerian Postgrad Med J* [Internet]. 2017 [acesso em 15 jun. 2017];24(1):48-55. Disponível em: <http://www.npmj.org/article.asp?issn=1117-1936;year=2017;volume=24;issue=1;spage=48;epage=55;aualast=Ababio>
2. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. *Diabetes Mellitus*. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2006.
3. Mendes TAB, Goldbaum M, Segri NJ, Barros MBA, Cesar CLG, Carandina L, et al. Diabetes Mellitus: fatores associados à prevalência em idosos, medidas e práticas de controle e uso dos serviços de saúde em São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2011;27(6):1233-43.
4. Silva AB, Engroff P, Sgnaolin V, Ely LS, Gomes I. Prevalência de diabetes mellitus e adesão medicamentosa em idosos da Estratégia Saúde da Família de Porto Alegre/RS. *Cad Saúde Coletiva* [Internet]. 2016 [acesso em 03 set. 2016];24(3):308-31. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/cadsc/v24n3/1414-462X-cadsc-24-3-308.pdf>
5. Iser BPM, Stopa SR, Chueiri OS, Szwarcwald CL, Malta DC, Monteiro HOC, et al. Prevalência de diabetes autorreferido no Brasil: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde 2013. *Epidemiol Serv Saúde* [Internet]. 2015 [acesso em 10 set. 2016];24(2):305-14. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ress/v24n2/2237-9622-ress-24-02-00305.pdf>
6. Tavares DMS, Cortês RM, Dias FA. Qualidade de vida e comorbidades entre os idosos diabéticos. *Rev Enferm UERJ* [Internet]. 2010 [acesso em 15 Dez. 2016];18(1):97-103. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v18n1/v18n1a17.pdf>
7. Santos EA, Tavares DMS, Rodrigues LR, Dias FA, Ferreira PCS. Morbidades e qualidade de vida de idosos com diabetes mellitus residentes nas zonas rural e urbana. *Rev Esc Enferm USP*. 2013;47(2):393-400.
8. Leal LB, Moura IH, Carvalho RBN, Leal NTB, Silva AQ, Silva ARV. Qualidade de vida relacionada à saúde de pessoas com diabetes mellitus tipo 2. *Rev Rene* [Internet]. 2014 [acesso em 12 jun. 2016];15(4):676-82. Disponível em: <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/1684/pdf>
9. Stival MM, Lima LR, Funghetto SS, Silva AO, Pinho DLM, Karnikowski MGO. Fatores associados à qualidade de vida de idosos que frequentam uma unidade de saúde do Distrito Federal. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2014;17(2):395-405.
10. Frota SS, Guedes MVC, Lopes LV. Fatores relacionados à qualidade de vida de pacientes diabéticos. *Rev Rene* [Internet]. 2015 [acesso em 15 jun. 2016];16(5):639-48. Disponível em: http://www.repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/14492/1/2015_art_ssfrota.pdf
11. Sousa MC, Dias FA, Nascimento JS, Tavares DMS. Correlation of quality of life with the knowledge and attitude of diabetic elderly. *Invest Educ Enferm* [Internet]. 2016 [acesso em 15 jun. 2017];34(1):180-8. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/pdf/ice/v34n1/v34n1a20.pdf>
12. Mata AR, Álvares J, Diniz LM, Ruberson M, Alvernaz BR, Guerra Júnior BA et al. Quality of life of patients with Diabetes Mellitus Types 1 and 2 from a referral health centre in Minas Gerais, Brazil. *Expert Rev Clin Pharmacol* [Internet]. 2016 [acesso em 10 abr. 2017]:1-13. Disponível em: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1586/17512433.2016.1152180?journalCode=ierj20>
13. WHOQOL Group. The WHO quality of life assessment (WHOQOL): Development and general psychometric properties. *Soc Sci Med*. 1998;46:1569-83.
14. Chibante CIP, Sabóia VM, Teixeira ER, Silva JLL. Qualidade de vida de pessoas com diabetes mellitus. *Rev Baiana Enferm* [Internet]. 2014 [acesso em 14 jun. 2016];28(3):235-43. Disponível em: <https://portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/11909/8986>
15. 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):178-83.
16. Fleck MPA, Chachamovich E, Trentini C. Development and validation of the Portuguese version of the WHOQOL-OLD module. *Rev Saúde Pública*. 2006;40(5):785-91.
17. Oliveira ERA, Gomes MJ, Paiva KM. Institucionalização e qualidade de vida de idosos da região Metropolitana de Vitória- ES. *Rev Esc Enferm USP*. 2011;15(3):518-23.
18. Franco Junior AJA, Heleno MG, Lopes AP. Qualidade de vida e controle glicêmico do paciente portador de Diabetes Mellitus tipo 2. *Rev Psicol Saúde* [Internet]. 2013 [acesso em 14 jun. 2016];5(2):102-8. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rpsaude/v5n2/v5n2a05.pdf>

19. Tavares DMS, Dias FA. Capacidade funcional, morbidades e qualidade de vida de idosos. *Texto & Contexto Enferm* [Internet]. 2012 [acesso em 10 jun. 2017];21(1):112-20. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n1/a13v21n1.pdf>
20. Dahmer L, Oliveira TB, Kemper C, Sant'Ana AP, Melo GL, Avila JG. Avaliação da qualidade de vida de pacientes hipertensos e diabéticos. *Rev Contexto & Saúde* [Internet]. 2015 [acesso em 13 abr 2017];15(28):41-9. Disponível em: <https://www.revistas.unijui.edu.br/index.php/contextoesaude/article/view/3211/3688>
21. Nogueira MF, Magalhães LD, Maia AKF, Torquato IMB, Trigueiro JVS, Alves MSCF. Quality assessment of elderly living with diabetes mellitus. *J Nurs UFPE On Line* [Internet]. 2015 [acesso em 15 jun. 2016];9(Suppl. 6):8688-97. Disponível em: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/7498/pdf_8251
22. Lame AN, Olsen JA. Yes, health is important, but as much for its importance via social life: the direct and indirect effects of health on subjective well-being in chronically ill individuals. *Health Econ* [Internet]. 2017 [acesso em 15 jun 2017];1-14. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/318049784_Yes_health_is_important_but_as_much_for_its_importance_via_social_life_The_direct_and_indirect_effects_of_health_on_subjective_well-being_in_chronically_ill_individuals
23. Riaz M, Rehman RA, Hakeem R, Shahan F. Health related quality of life in patients with diabetes using SF-12 questionnaire. *J Diabetol* [Internet]. 2013 [acesso em 12 abr. 2016];2(1):1-7. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/249008506_Health_related_quality_of_life_in_patients_with_diabetes_using_SF-12_questionnaire
24. Matias COF, Matias COF, Alencar BR. Qualidade de vida em idosos portadores de Diabetes Mellitus Tipo 2 atendidos em Unidades Básicas de Saúde de Montes Claros/MG. *Rev Bras Qual Vida* [Internet]. 2016 [acesso em 15 jun. 2017];8(2):119-29. Disponível em: <https://periodicos.utfpr.edu.br/rbqv/article/view/3841/2782>
25. D'Amato C, Morganti R, Greco C, Gennaro FD, Cacciotti L, Longo S, et al. Diabetic peripheral neuropathic pain is a stronger predictor of depression than other diabetic complications and comorbidities. *Diabetes Vasc Dis Res* [Internet]. 2016 [acesso em 15 jun. 2017];13(6):418-28. Disponível em: <http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/1479164116653240>
26. De Oliveira JEP, Vencio S, organizadores. *Diretrizes da Sociedade Brasileira De Diabetes (2015-2016)* [Internet]. São Paulo: A.C. Farmacêutica; 2016 [acesso em 15 jun. 2017]; Disponível em: <http://www.diabetes.org.br/profissionais/images/docs/DIRETRIZES-SBD-2015-2016.pdf>
27. American Diabetes Association. *Diabetes Guidelines 2016. Summary Recommendations from NDEI* [Internet]. 2016. [acesso em 15 jun. 2017]; Disponível em: <http://www.ndei.org/ADA-diabetes-management-guidelines-diagnosis-A1C-testing.aspx>
28. Kraychete DC. Dor crônica persistente [Internet]. [sem local]; Cristália; 2016 [acesso em 15 jun. 2017]. Disponível em: http://www.sbed.org.br/sites/arquivos/downloads/fasc_cro_persist.pdf
29. Rodrigues FFL, Santos MA, Teixeira CRS, Gonela JT, Zanetti ML. Relação entre conhecimento, atitude, escolaridade e tempo de doença em indivíduos com diabetes mellitus. *Acta Paul Enferm* [Internet]. 2012 [acesso em 15 jun. 2017];25(2):284-90. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002012000200020>

Recebido: 21/11/2017

Revisado: 08/02/2018

Aprovado: 27/02/2018

