

PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E ECONÔMICOS DE PESSOAS IDOSAS COM RETINOPATIA DIABÉTICA

Fabiana Gomes da Silva ¹
Rafaella Felix Serafim Veras ²
Rebecca Kelly Fernandes de Andrade ³
Rafaelly Barreto Rocha de Oliveira ⁴
Jacira dos Santos Oliveira ⁵

RESUMO

A Retinopatia Diabética trata-se de uma patologia ocasionada pela diminuição da disponibilidade de vasos fisiologicamente normais que nutrem e oxigenam a retina provocando hipóxia tecidual, o que resulta em uma diminuição da acuidade visual ao longo dos estágios dessa patologia. O objetivo é identificar o perfil sociodemográfico e econômicos de pessoas idosas com Retinopatia Diabética. Trata-se de um estudo do tipo exploratório, descritivo com abordagem quantitativa. A pesquisa foi realizada com 98 idosos atendidos da unidade de visão de um hospital de ensino de estado da Paraíba no período de fevereiro a junho de 2018. Como critério de inclusão dos participantes foi utilizado o Mini Exame do Estado Mental. Utilizou-se de um instrumento de coleta de dados sociodemográficos e econômicos. Os dados coletados foram compilados primeiramente em planilha eletrônica para em seguida serem tratados por meio de um programa de *Statistical Package for the Social Sciences* versão 20.0. Foram respeitados os aspectos éticos em pesquisa envolvendo seres humanos, preconizados pela Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde sob parecer nº 2.454.647. Os resultados mostraram que não houve predomínio entre os sexos (feminino – 55,% e masculino – 44,9%), com idade entre 60 – 70 anos (77,5%), com 1 a 4 anos de estudos (37,7%), casados/moram juntos (64,3%), moram acompanhados (86,7%), católicos (59,2%), com renda de 1 – 3 salários mínimos proveniente de aposentadoria (85,8%). A partir das características identificadas nesta amostra será possível planejar ações que visem reduzir a proporção do agravo, visando um atendimento de acordo com suas necessidades específicas.

Palavras-chave: Enfermagem, Idoso, Retinopatia Diabética.

INTRODUÇÃO

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) têm correspondido a um elevado número de mortes prematuras, redução da qualidade de vida e incapacidades para realizar

¹ Especialista em Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva Faculdade Santa Emília de Rodat - FASER, fabiana_gomes79@yahoo.com.br;

² Mestranda do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba - UFPB, rafafsv@gmail.com;

³ Graduanda do Curso de Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba - UFPB, rebecca.kelly.fernandes@hotmail.com;

⁴ Graduanda do Curso de Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba - UFPB, rafaellybarretorochoa@email.com;

⁵ Professor orientador: Doutora pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP, Docente da Universidade Federal da Paraíba – UFPB, jacirasantosoliveira@gmail.com.

atividades da vida diária. Representam considerável impacto econômico para as sociedades e sistemas de saúde (WHO, 2014).

O Diabetes Mellitus (DM) é uma das DCNT mais prevalentes na população idosa e constitui um dos problemas de saúde pública. Cerca de 80% dos indivíduos com diabetes vivem em países em desenvolvimento. Os investimentos relacionados a essa patologia são altos, estimou-se que para o controle do DM os gastos mundiais foram de US\$ 1.622 a US\$ 2.886USD dólares no ano de 2015. Além disso, ao comparar os custos de indivíduos diabéticos em relação a não diabéticos para o sistema de saúde atribui-se um consumo de duas a três vezes mais aos que tem a patologia (INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION, 2015).

Para controlar o DM, é consenso que o indivíduo deve adotar medidas para a modificação de estilos de vida. Tais medidas envolvem manter uma alimentação saudável e praticar atividade física regularmente, além de tratamento medicamentoso, quando necessário (WHO, 2014).

De acordo com Gregg, Sattar e Ali et al. (2016), ao longo do tempo, o DM está associada a diversas complicações resultantes de disfunções microvasculares (retinopatia, nefropatia e neuropatia) e macrovasculares (doença cerebrovascular, doença coronária isquêmica e doença arterial periférica).

A Retinopatia Diabética (RD) representa a principal causa de deficiência visual e perda de visão entre adultos e afeta mais de 90% dos pacientes diabéticos em algum grau. Aproximadamente 10% dos pacientes diabéticos com mais de 15 anos desenvolvem deficiência visual grave, sendo que cerca de 10% chegam a cegueira. Esta complicação é decorrente de danos na retina em consequência de danos provenientes de hiperglicemia crônica (KIRBOGA et al., 2014; JIN et al., 2016).

O tempo de duração do diabetes e o controle glicêmico são fatores essenciais relacionados ao desenvolvimento e a gravidade da RD. De maneira geral, a cada 1% de redução da hemoglobina glicada ocorre uma diminuição no risco de aparecimento da retinopatia de 35% e de progressão de 39% (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2018).

Investimentos em diagnóstico precoce, manutenção da adesão ao tratamento designado e acesso à assistência de qualidade são medidas efetivas em saúde pública (BRASIL, 2013). Justifica-se este trabalho pois ao conhecer o perfil sociodemográfico e econômico dos indivíduos será possível elaborar estratégias que contemplem as demandas para aderência dos pacientes ao tratamento e, conseqüentemente, favorecer o controle da diabetes e suas complicações.

Portanto, o objetivo desse estudo foi identificar o perfil sociodemográfico e econômicos de pessoas idosas com retinopatia diabética.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo exploratório, descritivo e abordagem quantitativa, realizado nos meses de fevereiro a junho de 2018, em unidade de visão, referência em tratamento de Retinopatia Diabética, localizado em um Hospital Universitário do Estado da Paraíba.

A população do estudo foi constituída por pessoas idosas que realizam consulta e tratamento na referida unidade e que tinham diagnóstico médico de Retinopatia Diabética. Para seleção da amostra foi utilizada o tipo de amostragem por acessibilidade. Para cálculo da amostra, utilizou-se a seguinte fórmula: $n_0 = (z^2 \times p [1-p]) / d^2$ $n = n_0 / (1 + (n_0 / N))$ onde: n_0 = tamanho amostral; z = valor da normal reduzida para o nível de confiança de 95% ($z = 1,96$); p = probabilidade de encontrar o fenômeno estudado ($p = 0,50$ ou 50%); d = precisão desejada; n = tamanho amostral mínimo que deverá ser selecionado; N = tamanho da população investigada e desvio padrão de 5,05.

Considerando a população de 130 idosos, quantidade média atendida por ano na unidade de visão, o tamanho da amostra foi definido admitindo-se o nível de confiança de 95% e com base no parâmetro de erro amostral de 5%. Segundo o cálculo amostral, a amostra mínima para o estudo é de 98 pacientes. Foram utilizados como critério de inclusão: indivíduos com idade de 60 anos ou mais e escore maior ou igual a 23, avaliadas por meio do Mini Exame do Estado Mental (BRUCK et al., 2003). Foram excluídos aqueles que por ventura, estavam no setor para atendimento de outra complicação que não a do estudo.

Considerando os critérios de inclusão e exclusão, foram entrevistados um total de 102 pacientes. A coleta de dados ocorreu por meio de um instrumento elaborado para esse fim, contendo duas partes. Dessa forma, foram abordadas as seguintes variáveis quantitativas: data de nascimento, idade, renda mensal em salários mínimos. Quanto as variáveis qualitativas foram abordadas: sexo, situação conjugal, com quem residem, ocupação, fonte da renda e religião. Para validação do questionário foi realizado um teste piloto com três idosos com Retinopatia Diabética, sendo esses descartados.

Os dados coletados foram compilados primeiramente em um banco de dados no *software Excel 2007* para em seguida serem tratados por meio de um programa de *Statistical Package for the Social Sciences* versão 20.0 for Windows. Posteriormente foi realizada análise

descritiva das frequências absolutas e relativas e a discussão a partir da literatura pertinente, com os resultados apresentados em forma de tabela para melhor visualização.

Ressalta-se que em todo o percurso metodológico, os preceitos da Resolução nº 466/12 (BRASIL, 2012) do Conselho Nacional da Saúde foram observados, sob o CAAE 80984917.0.0000.518 e parecer nº 2.454.647. Portanto antes do início da coleta, os participantes receberam as devidas informações sobre a pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

DESENVOLVIMENTO

As DCNT representam a principal causa de mortalidade e incapacidade, esta ocorrência pode ser atribuída às mudanças no estilo de vida dos indivíduos, especialmente em relação aos hábitos alimentares, aos níveis de atividade física, tais mudanças decorrem dos processos de industrialização, urbanização, desenvolvimento econômico e crescente globalização do mercado de alimentos (OMS, 2011).

O DM é um tipo de DCNT de alta prevalência na população idosa. O diagnóstico desta patologia usualmente é realizado baseado na glicemia em jejum maior ou igual a 126mg/dl, associado a uma glicemia pós prandial ou teste oral de tolerância à glicose com 75g de dextrosol maior que 200mg/dl ou uma glicemia aleatória maior ou igual a 200mg/dl com sintomas clássicos de hiperglicemia. A utilização de hemoglobina glicada (HbA1c) como critério de diagnóstico para o DM também é recomendado, de modo que indivíduos com alto risco para o desenvolvimento de diabetes apresentam HbA1c entre 5,7 e 6,4% (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2018; AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2017).

Pode ser classificado em quatro subclasses: (a) o tipo 1, causado por destruição de células pancreáticas e deficiência de produção de insulina; (b) o tipo 2, caracterizado por resistência à insulina e deficiência relativa de produção de insulina, ocorrendo geralmente em pessoas com mais de 30 anos; (c) tipos associados a doenças ou síndromes específicas; (d) diabetes gestacional (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2017).

A OMS atribui a glicemia elevada a terceira causa de mortalidade prematura, superada apenas por pressão arterial aumentada e uso de tabaco. O diabetes é potente preditor da mortalidade prematura em diversos países, do modo que, aproximadamente 5 milhões de pessoas com idade entre 20 e 79 anos morreram por DM em 2015, o equivalente a um óbito a cada 6 segundos. As taxas de mortalidade por diabetes no Brasil, como causa básica progride

com o avançar da idade, aumentando mais de 400 vezes da faixa etária de 0 a 29 anos para a de 60 anos ou mais (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2018).

Nos últimos anos o DM tem contribuído para o aumento da mortalidade devido ao alto risco de desenvolvimento de complicações agudas e crônicas. Como complicações agudas destacam-se a hipoglicemia, cetoacidose diabética e o coma hiperosmolar. Como exemplo de complicações crônicas estão em evidência alterações na microcirculação, originando retinopatia e nefropatia; na macrocirculação, levando à cardiopatia isquêmica, doença cerebrovascular e doença vascular periférica, além de neuropatias (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2017).

A RD merece destaque, uma vez que é um problema que se associa a perda da qualidade de vida de indivíduos acometidos. A gravidade e repercussão dessa complicação depende do tempo em que o indivíduo apresenta DM e controle dos níveis glicêmicos. De modo que, após 20 anos de doença sistêmica, estima-se que a RD está presente em mais de 90% dos pacientes com DM tipo 1 e em 60% daqueles com DM tipo 2 (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2018).

A RD passa por um período assintomático no qual se deve proceder ao diagnóstico e ao tratamento com o objetivo de evitar alterações irreversíveis. A avaliação oftalmológica de rotina é recomendada para portadores de DM a fim de propiciar o diagnóstico e tratamento adequado. Uma vez que, o risco de cegueira pela RD pode ser reduzido a menos de 5% quando o diagnóstico é realizado em tempo adequado e o tratamento feito de modo correto podendo desta forma minimizar consequências adversas (VENTURA et al, 2012).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Conforme resultados da Tabela 01 foram entrevistados 102 indivíduos porém 98 atenderam aos critérios de inclusão e exclusão. Como resultados, não houve predomínio entre os sexos (feminino – 55,% e masculino – 44,9%), com idade entre 60 – 70 anos (77,5%), com 1 a 4 anos de estudos (27,6%), casados/moram juntos (64,3%), moram acompanhados (86,7%), católicos (59,2%), com renda de 1 – 3 salários mínimos proveniente de aposentadoria (85,8%).

TABELA 01 – Dados sociodemográficos e econômicos de pessoas idosas com Retinopatia Diabética atendidos em Unidade de Visão de um hospital Universitário, João Pessoa – PB, 2018. (n=98).

Variáveis	Categorias	n (%)
Sexo	Masculino	44(44,9%)
	Feminino	54(55,1%)
Faixa etária	60-70 anos	76(77,5%)
	71-80 anos	22(22,5%)
Escolaridade	Sem escolaridade	28(28,6%)
	1 a 4 anos	37(37,7%)
	4 a 8 anos	23(23,5%)
	8 anos ou mais	10(10,2%)
Estado civil	Solteiro	04(4,1%)
	Casado(a)/Mora Junto	63(64,3%)
	Viúvo	20(20,4%)
	Separado(a)/Divorciado(a)	07(6,9%)
	Não respondeu	04(4,1%)
Arranjo familiar	Sozinho(a)	13(13,3%)
	Acompanhado(a)	85(86,7%)
Renda mensal (Salário Mínimo = SM)*	<1 SM	07(7,1%)
	1 a 3 SM	82(85,8%)
	4 a 5 SM	01(1,0%)
	Sem renda	01(1,0%)
	Não respondeu	05(5,1%)
Procedência da renda	Aposentadoria	62(63,3%)
	Pensão	10(10,2%)
	Trabalho Próprio	17(17,3%)
	Auxílio doença	03(3,1%)
	Sem renda	01(1,0%)
	Não respondeu	05(5,1%)
Religião	Católico	58(59,2%)
	Evangélico	34(34,7%)
	Cristão	04(4,1%)
	Sem religião	02(2,0%)

*Valor do salário mínimo = R\$ 954,00.

Fonte: Pesquisa de campo, 2018.

A distribuição dos indivíduos quanto ao sexo não revelou diferenças na amostra, sendo composta por homens (44,9%) e mulheres (55,1%). No Brasil, um estudo realizado em 2013 estimou a prevalência de diabetes autoreferido em 7% nas mulheres e 5,4% entre os homens (ISER et al., 2015). Em relação as DCNT, as mulheres usam mais os serviços, tanto em consultas quanto em internações e relatam mais limitações em decorrência da DCNT (MALTA et al. 2017). Outro estudo atribuiu o uso à maior percepção das mulheres aos sintomas e sinais das doenças e, conseqüentemente, maior procura dos serviços, médicos, exames, práticas de promoção e prevenção. Mulheres são apontadas por apresentarem o hábito de utilizar serviços de saúde com frequência maior que homens, devido maior adesão a práticas de promoção da saúde (LEVORATO et al., 2014). O comportamento semelhante da amostra em relação ao sexo pode ser explicado pela característica do agravo estudado, o qual se trata de uma complicação de uma DCNT já instalada.

Quanto a faixa etária 77,5% apresentava entre 60 e 70 anos de idade. De acordo com Thurston et al. (2015), a idade avançada é uma das barreiras para a adesão ao tratamento, devido, principalmente, as alterações cognitivas e funcionais que podem interferir na capacidade de compreensão das informações sobre a doença, gerando um déficit no autocuidado.

A maior parte dos entrevistados era casado e morava acompanhado. O apoio social se refere às estruturas das relações interpessoais e seu provável efeito na prevenção de perturbações psicológicas e orgânicas. Por se tratar de uma doença que envolve mudança no estilo de vida para controle, o indivíduo com DM necessita de apoio familiar. Portanto, o objetivo terapêutico é alcançado com o envolvimento da pessoa em conjunto com sua família, serviços de saúde e comunidade (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2017).

Em relação a escolaridade, os entrevistados da amostra apresentavam poucos anos de estudo, de modo que 66,3% (relataram não serem alfabetizados ou frequentarem a escola por 1 – 4 anos. Segundo Malta et al. (2017), revelaram que indivíduos com DCNT com baixa escolaridade tiveram maior prevalência de deixar de realizar atividades laborais ou habituais por motivo de saúde e menor prevalência de consulta médica e internações nos últimos 12 meses. Tal fato, interfere no controle da DM e prevenção de suas complicações.

Quanto as características econômicas, grande parte da amostra apresentava renda mensal igual ou inferior a 3 salários mínimos (92,9%). A baixa renda repercute no acesso a recursos básicos, entre eles os relacionados à promoção da saúde e prevenção de agravos

relacionados a DCNT. As condições em que as pessoas nascem, vivem, trabalham e envelhecem sofrem grande influência de fatores sociais e econômicos assim como condições para atuar efetivamente sobre os fatores de risco modificáveis. No caso da RD, o acesso precoce ao diagnóstico clínico da complicação pode ser decisivo para evitar danos permanentes. Estudos apontam que as DCNT afetam mais populações de baixa renda, por estarem mais vulneráveis, mais expostas aos riscos e terem menor acesso aos serviços de saúde e às práticas de promoção à saúde e prevenção das doenças (OMS, 2011).

Uma grande proporção da amostra relatou participar alguma religião (98%). De acordo com Stopp e Almeida (2008) o envolvimento em atividades religiosas (cultos, reuniões, missas e atividades voluntárias) está associado a uma melhor saúde física, essencialmente se essas atividades ocorrem na comunidade em que se está inserido. Apesar de não existirem evidências de que a religiosidade provoque modificações no estado de agravamento da doença ou prolongamento da vida, atribui-se a ela benefícios relacionados a qualidade de vida e ao propósito de viver.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No presente estudo foi possível identificar as características de pessoas idosas atendidas na unidade de visão de um hospital universitário com diagnóstico de Retinopatia Diabética. Na distribuição da amostra não foi percebida diferenças entre os indivíduos em relação ao sexo. A maior parte eram casados, católicos e apresentavam escolaridade igual ou inferior a 4 anos de estudo, assim como baixa renda mensal. Desse modo, a amostra apresenta maior vulnerabilidade por já apresentar uma complicação da DM instalada associada a baixo nível de escolaridade e renda mensal.

O delineamento do estudo permite um diagnóstico situacional permitindo a descrição de uma realidade local, não sendo passível generalizações. No entanto, a partir das características sociais, demográficas e econômicas identificadas nestes idosos com RD é possível planejar ações voltadas a esta parcela da população, visando um atendimento de acordo com suas necessidades específicas.

REFERÊNCIAS

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. Standards of medical care in diabetes. *Diabetes Care*. v. 40, p. 1-131, 2017

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.** Comissão de Ética e Pesquisa - CONEP sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília; 2012.

Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica.** Diabetes mellitus. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRUCK, S. M. D. et al. Sugestões para o uso do mini-exame do estado mental no Brasil. *Arquivos de Neuropsiquiatria*. v. 61, n. 3, p. 777 – 781, 2003.

GREGG, E. W. SATTAR, N. ALI, M. K. The changing face of diabetes complications. *Lancet Diabetes Endocrinol*. v. 4, n. 6, p 537 – 547, 2016.

INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION. IDF Atlas. 7th ed. Brussels, Belgium: International Diabetes Federation; 2015

ISER, B. P. M. et al. Prevalência de diabetes autorreferido no Brasil: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde 2013. *Epidemiologia nos Serviços de Saúde*. v. 24, n. 2, p. 305 – 314, 2015.

KIRBOGA, K. et al. The association between diabetic retinopathy and levels of ischemia-modified albumin, total thiol, total antioxidant capacity, and total oxidative stress in serum and aqueous humor. *Journal of Ophthalmology*, 2014.

LEVORATO, C. D. et al. Fatores associados à procura por serviços de saúde numa perspectiva relacional de gênero. *Ciência e Saúde Coletiva*. v. 19, n. 4, p. 1263 – 1274, 2014.

MALTA, D. C. et al. Doenças crônicas não transmissíveis e a utilização de serviços de saúde: análise da Pesquisa Nacional de Saúde no Brasil. *Revista de Saúde Pública*. v. 51, supl, 1, 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Diminuindo diferenças: a prática das políticas sobre determinantes sociais da saúde: documento de discussão. In: Conferência Mundial sobre Determinantes Sociais. 2011 out 19-21; Rio de Janeiro. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2011.

JIN, J. et al. Development of diagnostic biomarkers for detecting diabetic retinopathy at early stages using quantitative proteomics. **Journal of Diabetes Research.** 2016.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2017-2018 / Organização José Egídio Paulo de Oliveira, Renan Magalhães Montenegro Junior, Sérgio Vencio. -- São Paulo : Editora Clannad, 2017.

STROPP, M. ALMEIDA, A. **Religiosidade e saúde.** p. 427-443 In: Salgado MI, Freire G, orgs. Saúde e espiritualidade: uma nova visão da medicina. Belo Horizonte: Inede, 2008.

VENTURA, M.C. et al. Impacto do déficit visual na qualidade de vida em idosos usuários do sistema único de saúde vivendo no sertão de Pernambuco. **Arquivos Brasileiros de Oftalmologia.** v. 75, n. 3, p. 161 – 165, 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Global status report on noncommunicable diseases 2014. Geneva: World health organization, 2014.

THURSTON, M. M. et al. Impact of health literacy level on aspects of medication nonadherence reported by underserved patients with type 2 diabetes. **Diabetes Technology & Therapeutics.** v. 17, n. 3, p. 187 – 93, 2015.