



AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS DIABÉTICOS TIPO II: APLICAÇÃO DO QUESTIONÁRIO SOBRE A QUALIDADE DE VIDA NO DIABETES (DQOL)

Taiana Caira Barbosa Galves

taianacaira@hotmail.com

Acadêmica de Enfermagem/ UFMS

Fabiana de Souza Orlandi

forlandi@ufscar.br

Universidade Federal de São Carlos

Viviane Massumi Ano

massumi_ano@hotmail.com

Acadêmica de Enfermagem/ UFMS

Talita de Melo e Silva

talitinhanelu@hotmail.com

Acadêmica de Enfermagem/ UFMS

Luis Gonçalves de Lima Filho

luis_nurse@hotmail.com

Acadêmico de Enfermagem/ UFMS

RESUMO

A Qualidade de Vida (QV) é um importante indicador de saúde, sua determinação permite mensurar o bem estar de grupos específicos bem como as necessidades encontradas pelos mesmos. O diabetes *mellitus* (DM) está associado a complicações que comprometem a produtividade, a sobrevida e a QV dos portadores. Por ser o DM uma doença crônica que acomete a população de idosos, ele pode afetar negativamente a QV deste grupo. O presente trabalho tem como objetivo principal avaliar a QV de uma população de idosos portadores de DM tipo II residentes no município de Ilha Solteira-SP. Trata-se de um estudo descritivo, de corte transversal, com abordagem quantitativa. O estudo foi desenvolvido no município de Ilha Solteira. A amostra foi composta por 70 idosos com idade igual ou superior a 60 anos. A coleta de dados ocorreu durante os meses de abril a novembro de 2008. Os dados foram coletados por meio de entrevista domiciliar dos idosos através de um instrumento de caracterização dos sujeitos e do Questionário sobre a Qualidade de Vida no Diabetes (DQOL). Os resultados mostraram que, a idade variou de 60 a 89 anos, 62,86% dos idosos eram do sexo feminino, 61,43% casados e 30,0% viúvos, 34,29% tinham de 4 a 7 anos de escolaridade. O tempo de diagnóstico de DM tipo II variou de 1 mês a 40 anos, 91,43% realizavam tratamento medicamentoso e 64,29% faziam uso da insulina NPH, 85,71% tinham pelo menos uma patologia não associada ao DM, sendo a mais comum a Hipertensão Arterial. Dos entrevistados 15,71% possuíam Macroangiopatias e 48,57% Microangiopatias. Estudos desse nível reafirmam as necessidades encontradas por esse grupo populacional, e sugerem a necessidade de políticas de saúde direcionadas a sanar tais necessidades, e dessa forma atuar de maneira efetiva na elevação de QV dos idosos portadores de doenças crônicas.

Keywords: Quality of life; Diabetes *Mellitus*; Elderly

INTRODUÇÃO

O envelhecimento mundial decorre de alterações nos padrões de sobrevivência e nas altas taxas de crescimento, devido à alta fecundidade prevaiente no passado em comparação com a atual, a redução da mortalidade a melhoria nas condições de vida da população, a ampliação da cobertura previdenciária e o acesso aos serviços de saúde, medicamentos e alimentação, bem como a melhoria das condições sanitárias mundiais e o progresso médico-tecnológico (International Diabetes Federation, 2006a).

A Organização Panamericana de Saúde (OPAS) define o envelhecimento como “ um processo seqüencial, individual, acumulativo, irreversível, universal, não patológico, de deterioração de um organismo maduro, próprio a todos os membros de uma espécie, de maneira que o tempo o torne menos capaz de fazer frente ao estresse do meio ambiente e, portanto, aumente sua possibilidade de morte”. (International Diabetes Federation, 2006a; OMS 2003).

O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) considera idoso a pessoa com 60 anos ou mais, mesmo limite de idade considerado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pela Organização das Nações Unidas (ONU). (OMS 2003; International Diabetes Federation, 2006b)

Embora essa mudança altere a pirâmide etária brasileira, o perfil de adoecimento da população também se modifica. A senescência, geralmente, não provoca nenhum problema, porém o convívio com as doenças crônicas pode afetar a funcionalidade das pessoas idosas e a qualidade de vida dos idosos. (International Diabetes Federation, 2006a).

As doenças crônicas são a maior causa de morte e invalidez no mundo atualmente. Em 2005, o número de pessoas acometidas superava os 35 milhões. O número de pessoas que morrem em consequência de doenças crônicas é o dobro de que todas as mortes por doenças infecto-contagiosas, maternas e perinatais (UKPDS, 1998).

O termo “condição crônica” abrange as doenças não-transmissíveis, como as cardiopatias, o diabetes, os distúrbios mentais e as deficiências físicas (OMS, 2003).

O Diabetes *mellitus* (DM) é uma síndrome metabólica em que a hiperglicemia é um achado comum, causada por uma secreção inadequada de insulina, por alterações em sua ação ou por uma combinação de ambos os mecanismos. (SBD, 2002; SBD, 2007) Tais anormalidades têm como elemento fundamental uma deficiência insulínica absoluta e/ou relativa, que se manifesta por uma deficiente função secretora de insulina pelo pâncreas, ou por uma ação deficiente da insulina nos tecidos-alvo, comprometendo o metabolismo dos carboidratos, lipídios e proteínas no organismo humano (Ministério da Saúde, 2003).

De acordo com a OMS, cerca de 30 milhões de indivíduos apresentavam DM em 1985, passando para 135 milhões em 1995, isto é, 4% da população adulta mundial. Em 2000, existiam cerca de 177 milhões de pessoas com DM no mundo, e 240 milhões em 2005, e esse índice deverá aumentar para aproximadamente 370 milhões até 2030 (Wild et al. 2003; Barceló et al. 2003).

Segundo a OMS, o Brasil é o primeiro país da América do Sul em prevalência de DM em 2000, com 4.553.000 de indivíduos, e a projeção para 2030 é chegar a 11.305.000 indivíduos (WHO, 2008).

Muitos autores são unânimes quando afirmam que a prevalência verdadeira de DM2 é subestimada, tornando o impacto populacional da doença ainda maior. A *National Health and Nutrition Examination Survey* aponta a existência de pelo menos um caso não

diagnosticado de DM2 para cada caso conhecido (Harris, 1993).

O DM2 resulta de graus variados de resistência à insulina e da deficiência relativa de secreção de insulina. A maioria dos diagnósticos é feita a partir dos 40 anos de idade e abrangem 85% a 90% do total de casos, (OMS, 2003) Geralmente, ambos os defeitos estão presentes quando a hiperglicemia se manifesta, podendo haver predomínio de um deles. Em geral, os pacientes apresentam sobrepeso ou obesidade. Os pacientes não são dependentes de insulina exógena, podendo utilizá-la caso necessário para controle metabólico (SBD, 2007).

As doenças crônicas são consideradas de alta prevalência e mortalidade e estão, na sua maioria, relacionadas ao processo de envelhecimento humano (WALDMAN, 2006). Aproximadamente 80% dos idosos possuem pelo menos uma doença crônica e, destes, 50% apresentam duas ou mais patologias (OMS, 2003).

As complicações crônicas são as principais responsáveis pela morbidade e mortalidade dos diabéticos. A incapacidade física, na pessoa diabética, decorre do desenvolvimento de lesões crônicas nos vasos sanguíneos e nervos afetando principalmente, rins, retina, artérias, cérebro e nervos periféricos. Além disso, a pessoa está sujeita as complicações de natureza aguda, caracterizadas por crises de hipoglicemia ou hiperglicemia (Gross et al. 1999).

Dentre as complicações crônicas, as doenças cardiovasculares, nefropatias, neuropatias, retinopatias e amputações são as principais responsáveis pela morbidade e mortalidade dos pacientes diabéticos (Ministério da Saúde, 2006).

As complicações crônicas são classificadas em microvasculares – retinopatia, nefropatia e neuropatia – e macrovasculares – doença arterial coronariana, doença cerebrovascular e vascular periférica. Os mecanismos fisiopatológicos dessas complicações não estão bem esclarecidos, mas a duração do DM e seu controle interagem com outros fatores de risco, determinando o curso da micro e da macroangiopatia (Ministério da Saúde, 2006).

Sendo o DM uma condição crônica degenerativa, as complicações tanto as agudas, quanto as crônicas tardias, são motivo de repetidas hospitalizações, de desemprego, de desestruturação de relações e, principalmente, de invalidez (WALDMAN, 2006). Mais que isso, são responsáveis pela diminuição da qualidade de vida das pessoas afetadas e, conseqüentemente, de seus familiares uma vez que suas repercussões não se limitam ao plano individual, pois abrangem o cotidiano das famílias e o macrosocial (WALDMAN, 2006).

A OMS conceitua Qualidade de Vida (QV) como a auto-percepção do indivíduo da sua condição de vida em todos os contextos (Fleck et al. 2000). Envelhecimento e QV são fenômenos que despertam interesses em pesquisadores e na população, aumentando a consciência de que é importante identificar e promover ações que permitam a ocorrência de um envelhecimento saudável, mesmo na presença de uma condição crônica. O DM exerce um impacto sobre a QV no idoso. A auto-percepção de saúde é inferior nos idosos diabéticos, em comparação com idosos saudáveis (Agostinho et al. 2008).

O diabetes *mellitus* (DM) está associado a complicações que comprometem a produtividade, a sobrevida e a Qualidade de Vida dos portadores (Gross et al. 2000), acarretando em comprometimento social, financeiro e emocional. Em geral, os idosos diabéticos sofrem modificações em seu padrão de vida, em virtude da incapacidade na execução de atividades de vida cotidianas, decorrente dos agravos da doença (cegueira, osteoporose, vasculopatia periférica, insuficiência renal). Além disso, fatores como idade, sexo, obesidade e tratamento também influenciam na Qualidade de Vida (Mata Cases et al. 2003; UKPDS, et al. 1999).

As informações sobre Qualidade de Vida fornecem condições para a avaliação do impacto físico e psicossocial do DM, permitindo um melhor conhecimento do idoso e de sua adaptação ao cotidiano, influenciando nas decisões e condutas terapêuticas da equipe de saúde (Morris, et al. 1998).

Para a avaliação da qualidade de vida existem instrumentos padronizados. Os instrumentos específicos são utilizados em uma população que apresente perfil, doença ou estado funcional específico, que afetem a qualidade de vida, sendo sensíveis às mudanças clínicas do paciente (Spilker, et al. 1996), sendo a maior vantagem desse tipo de instrumento a habilidade de detectar mudanças específicas de determinadas doenças e grupos específicos (Beaton, et al. 2003; Campolina, et al. 2006).

Dentre os instrumentos específicos utilizados para avaliação da qualidade de vida de diabético tipo II, há o DQOL o *Diabetes Quality of Life Measure* (DQOL) foi desenvolvido pelo grupo *Diabetes Control and Complications Trial* (DCCT), originalmente em língua inglesa, para pacientes com diabetes melito tipo 1 (DM1) (DCCT, 1998) e, posteriormente, utilizado também para diabetes melito tipo 2 (DM2) (Jacobson, et al. 1994). É voltado para uso em adolescentes e adultos, sob diferentes tipos de tratamento para diabetes (Jacobson, et al. 1994).

O DQOL foi traduzido ao português segundo protocolo e aplicado em 121 indivíduos (56,2% mulheres), com tempo diagnóstico médio de diabetes melito tipo 2 de $8,1 \pm 7,13$ anos e na faixa etária de 32 a 89 anos. O trabalho foi desenvolvido pelo Departamento de Farmácia da Universidade Federal do Paraná (Correr, et al 2008).

O DQOL-Brasil apresenta aspectos de confiabilidade e validade adequados para sua utilização em pacientes adultos com diabetes mellitus tipo 2 (Correr, et al 2008).

OBJETIVO

Frente ao que foi discorrido até o momento, pretende-se com este estudo avaliar a qualidade de vida de idosos diabéticos tipo II por meio do Questionário sobre a Qualidade de Vida no Diabetes (DQOL).

MÉTODOS E TÉCNICAS

Trata-se de um estudo descritivo, de corte transversal, com abordagem quantitativa. O estudo foi desenvolvido no município de Ilha Solteira. A amostra foi composta por 70 idosos com idade igual ou superior a 60 anos. Teve como critérios de inclusão: 1. Ter idade igual ou superior a 60 anos; 2. Ter diagnóstico médico de diabetes mellitus tipo II; 3. Estar cadastrado na Associação dos Diabéticos de Ilha Solteira (ADIS) e 4. Aceitar participar da pesquisa com a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Como critérios de exclusão: 1. Possuir déficit auditivo acentuado e 2. Possuir problemas cognitivos ou mentais graves.

A coleta de dados ocorreu durante os meses de Abril a Novembro de 2008. Os dados foram coletados por meio de entrevista no domicílio dos idosos no município de Ilha Solteira – SP.

Os dados coletados em todas as fases do estudo foram digitados em um banco de dados específico, criado para o projeto. Posteriormente, os dados foram transferidos para planilha eletrônica, utilizando o programa Excel®, onde foi realizada uma conferência minuciosa de todas as informações, sendo corrigidos os erros de digitação encontrados.

No primeiro contato com o sujeito da pesquisa foi abordado os objetivos do presente estudo e foi solicitada a assinatura do TCLE em duas vias. Após o consentimento, foi agendada

nova visita domiciliária, na qual foram aplicados: o instrumento de caracterização dos sujeitos da pesquisa e o Questionário sobre a Qualidade de Vida no Diabetes (DQOL).

O instrumento de caracterização dos sujeitos foi composto pelos seguintes itens: identificação, dados sócio-demográficos, dados clínicos, fatores de risco, descendentes familiares e complicações crônicas do DM tipo II.

O DQOL contém 44 questões de múltipla escolha organizadas em quatro domínios: satisfação (15 questões), impacto (18 questões), preocupações sociais/vocacionais (7 questões) e preocupações relacionadas ao diabetes (4 questões). Por essa forma de abordagem, o DQOL pode ser considerado uma série de sub testes relacionados. As respostas estão organizadas em uma escala Likert de 5 pontos. A satisfação está distribuída em uma escala de intensidade (1 = muito satisfeito; 2 = bastante satisfeito; 3 = médio satisfeito; 4 = pouco satisfeito; 5 = nada satisfeito). As respostas dos domínios de impacto e das preocupações estão distribuídas em uma escala de frequência (1 = nunca; 2 = quase nunca; 3 = às vezes; 4 = quase sempre; 5 = sempre) (15). Nessas escalas, quanto mais próximo a 1 estiver o resultado, melhor a avaliação da qualidade de vida, o escore total do instrumento pode variar de 44 a 220 (Correr, et al 2008).

Quanto aos aspectos éticos, a pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul. Todo o processo da pesquisa obedeceu aos princípios éticos dispostos na Resolução n. 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde, garantindo aos participantes, entre outros direitos, o seu consentimento livre e esclarecido, sigilo das informações e privacidade.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Características Sócio-demográficas

Em relação aos resultados, observou-se que a idade variou de 60 a 89 anos, sendo que, 62,86% tinham de 60 a 69 anos, 35,71% 70 a 79 anos e 1,43% 80 a 89 anos. Dos entrevistados 62,86% dos idosos eram do sexo feminino e 37,14% sexo masculino, 100% eram de nacionalidade brasileira. Em relação à procedência haviam pessoas dos seguintes estados: (AL, BA, CE, MS, MG, MT, PB, PE, RJ, RN, SE e SP). 61,43% eram casados, 30,00% viúvos e 8,57% divorciado; 30,00% dos idosos tinham acima de cinco filhos, 25,71% quatro filhos, 22,86% três filhos, 14,29% dois filhos, 7,14% um filho; 61,43% eram católicos, 30,00% evangélicos, 2,86% testemunhas de Jeová, 2,86% espíritas, 2,86% não tinham religião ou eram de outras denominações; 31,43% tinham de 1 a 3 anos de escolaridade, 34,29% de 4 a 7 anos, 20,00% de 8 a 11 anos, 14,29% eram analfabetos; 87,14% moravam com familiares e 12,86% moravam sozinhos; 64,29% eram aposentados, 12,86% pensionistas, 11,43% atividade não remunerada, 5,71% desempregados, 5,71% atividade remunerada; 14,29% até 1 salário mínimo, 61,43% possuíam renda mensal de 1 a 3 salários mínimos, 15,71% de 4 a 5 salários mínimos, 5,71% mais de 5 salários mínimos e 2,86% não souberam informar.

Dados clínicos

O tempo de diagnóstico de DM tipo II variou de 1 mês a 40 anos, sendo que destes a maioria estava na faixa de 10 a 20 anos; 64,29% dos entrevistados faziam parte da Associação dos Diabéticos de Ilha Solteira e 32,86% não faziam parte da Associação; 91,43% realizavam tratamento medicamentoso, sendo os medicamentos mais utilizados o glicefor 850mg e o glibenclamida 5mg; 64,29% faziam uso da insulina NPH. Vale destacar que somente 22,85% realizavam controle glicêmico diário. Em relação as patologias não associadas, 85,71% tinham pelo menos uma patologia não associada a DM, sendo a mais comum a Hipertensão Arterial; 81,43% dos entrevistados faziam uso de medicamentos não

associados a DM.

Fatores de risco

A maioria dos entrevistados apresentava sobrepeso e conseqüentemente o IMC acima da média. Verificou-se que, 75,72% dos entrevistados apresentavam hipertensão arterial, 88,58% dos entrevistados não fumavam e apenas 12,85% ingerem bebidas alcoólicas ocasionalmente. Vale enfatizar que 32,85% dos idosos entrevistados apresentavam Dislipidemia e 2,85% não sabia informar se apresentavam ou não. Com relação aos descendentes familiares 60% tinham pessoas obesas na família, 65,71% tinham pessoas hipertensas na família, 67,14% tinham pessoas diabéticas na família e apenas 25,71% tinham pessoas com problemas cardíacos na família. Dentre as atividades de lazer e práticas de esporte, 65,71% assistiam TV muito frequentemente, 61,43% ouviam rádio, 68,58% mantinham o hábito de leitura com frequência variada, 80% não jogavam nenhum tipo de jogos de salão, apenas 37,71% faziam algum tipo de atividade manual, 58,58% realizavam caminhadas, 74,29% cuidavam de plantas, 44,28% cuidavam de animais, apenas 10% participavam de Bailes da Terceira Idade, somente 5,71% praticavam algum tipo de esporte. Em relação às atividades físicas, a maioria 57,15 realizavam algum tipo de atividade física, sendo a atividade mais comum a caminhada.

Complicações Crônicas do DM tipo II

Observou-se que, 15,71% dos entrevistados possuem Macroangiopatias, sendo que as mais referidas foram Insuficiência Coronariana, Infarto Agudo do Miocárdio e Acidente Vascular Encefálico; já quanto as microangiopatias representaram 48,57% dos entrevistados, sendo a Neuropatia e a Retinopatia as mais prevalentes entre os idosos diabéticos. As maiorias dos idosos (94,29%) não possuíam cuidador, apenas 17,14% é dependente de cuidadores para realizar alguma atividade de vida diária, somente 27,14% tem no DM tipo II uma patologia limitante. Vale destacar que, 91,43% utilizam hipoglicemiantes correta e diariamente e que 65,72% seguem com rigor a dieta específica. Verificou-se que, apenas 31,42% dos entrevistados já necessitaram ser atendido por uma hipo/hiperglicemia de maneira emergencial. Em relação ao pé diabético, 88,58% tinham sensibilidade nos pés, 14,28% já apresentaram úlcera no pé e 100% dos entrevistados não apresentavam úlcera no pé ou membro inferior no momento da entrevista.

Qualidade de Vida no Diabetes

Para avaliar a qualidade de vida dos idosos diabéticos tipo II foi utilizado o questionário DQOL.

Dimensões	Escore Médio
Satisfação (15 a 75)	35
Impacto (18 a 90)	34
Preocupação social e vocacional 7 a 35)	9
Preocupações relacionadas ao diabetes (4 a 20)	8

A OMS conceitua QV como a autopercepção do indivíduo da sua condição de vida em todos os contextos. (Fleck, et al. 2000) E com o crescente número de idosos é de grande interesse que se estude o envelhecimento e a QV para que dessa forma possam ser oferecidas ações e promoção de saúde que permitam um envelhecimento saudável e melhor qualidade de vida para portadores de patologias crônica

A baixa escolaridade traz inúmeras dificuldades ao idoso, uma vez que concorre para sua dependência. Os resultados obtidos no grau de escolaridade corroboram outros estudos (Tavares, et al. 2007; Sakata 2007; Lebrão, 2003).

O Projeto SABE no município de São Paulo; uma abordagem inicial. Brasília: OPAS; 2003) e

com a média nacional para essa população. (Ministério do Planejamento, 2008) Encontramos uma relação entre a escolaridade e a melhoria da QV, mostrando um melhor impacto e melhor entendimento em relação à patologia e tratamento nos idosos que apresentam maior nível de escolaridade. (eu) O entendimento da própria doença e do tratamento pode estar relacionado diretamente com o nível de escolaridade dos idosos, bem como com a diminuição da memória. (Glasgow, et al. 1992; Özer, et al. 2003).

O suporte familiar e social é reconhecido por vários autores como fundamental para o controle e o tratamento do DM. (Gomez, 2004; Zimmermem, 2002).

A convivência familiar é considerada um local seguro, de cuidados e de proteção. (Mazo et al. 2001) O rompimento de laços pessoais e a solidão são os principais fatores de estresse, depressão e isolamento social, aumentando os riscos de deficiência e influenciando negativamente a QV. As relações sociais animadoras são fontes vitais de força emocional, influenciando positivamente no autocuidado. (Gironda, 2003) Sendo todos esses dados corroborados com o presente estudo.

A pobreza apresenta um risco maior de doenças e deficiências, sendo os idosos particularmente vulneráveis. (WHO, 2005) A renda apresentou-se como fator influenciador na percepção da QV, foi encontrado correlação principalmente no domínio psicológico em relação à preocupação com os gastos dispendidos com o tratamento com a impossibilidade de adquirir um tratamento com melhor qualidade devido ao alto custo do mesmo.

Estudos sugerem que fatores como autoestima, bem-estar pessoal, nível socioeconômico, estado emocional, interação social, atividade intelectual, autonomia, suporte familiar, satisfação com atividades diárias e/ou emprego, saúde e religiosidade, proporcionam melhor disposição e empoderamento. (Silva, 2008).

Com relação aos aspectos físicos, vários fatores podem interferir na QV do idoso diabético. A dor crônica se apresenta como uma condição comum na população em geral, porém denota um aumentando com o avançar da idade. A prevalência de dor crônica em idosos diabéticos é um importante problema, apesar de ser pouco avaliada até o momento. (Krein, et al. 2005).

A impossibilidade de realizar algumas atividades habituais, tais como subir escadas e andar um quarteirão, é duas ou três vezes maiores do que em idosos não-diabéticos. (Gregg, et al. 2000; Guralnik, et al. 1993).

Conforme Souza et al (Souza et al. 1997), enfermidades como o diabetes, quando bem controladas e cuidadas, não afetam a qualidade de vida do indivíduo.

A capacidade funcional influencia diretamente a capacidade dos idosos de participar de maneira independente de eventos sociais. (Heikkinen, 1998). Sendo as relações sociais um dos fatores que provocam mudanças consideráveis na QV observa-se, que quanto maior for a integração social do idoso, maior será a possibilidade de novas experiências. Essas experiências auxiliam na autoestima, e o apoio social recebido garante a promoção da satisfação de estar vivo (Conte, et al. 2002).

Com relação aos aspectos psicológicos, um dos fatores que sugere a diminuição da QV nos idosos com DM é o progressivo de declínio cognitivo (Stewart, et al. 1999; Grodstein, et al. 2001).

As perdas decorrentes deste declínio normal ao processo de envelhecimento podem ser compensadas por ganhos em sabedoria e conhecimento. Nesse aspecto, a escolaridade influencia o escore geral e total da QV, sendo fortes indícios para o envelhecimento ativo e a longevidade (Smits et al. 1999).

As doenças crônicas, entre elas o DM, exercem um impacto sobre a QV. A independência de pessoas mais velhas é ameaçada quando deficiências físicas e cognitivas dificultam a execução de atividades cotidianas. Desse modo, subsídios para a implantação de programas para esse grupo etário favorecem a obtenção de redes de apoio social (Franco, 1998).

CONCLUSÃO

Estudos desse nível reafirmam as necessidades encontradas por esse grupo populacional, e sugerem a necessidade de políticas de saúde direcionadas a sanar tais necessidades, e dessa forma atuar de maneira efetiva na elevação de QV dos idosos portadores de doenças crônicas.

REFERÊNCIAS

International Diabetes Federation, 2006a. Diabetes Atlas. Pre release, Cape Town, South Africa.

OMS. Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação: relatório mundial / **Organização Mundial da Saúde** – Brasília, 2003.

International Diabetes Federation. Diabetes Atlas. Third edition. Brussels. 2006b.

United Kingdom Prospective Diabetes Study Group. Tight blood pressure control and risk of macrovascular and microvascular complications in type 2 diabetes: UKPDS 38. *BMJ* 1998;317:703-13.

Organização Mundial da Saúde. Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação: Relatório Mundial. Brasília, DF: OMS; 2003.

Sociedade Brasileira de Diabetes. Consenso Brasileiro sobre Diabetes, 2002: diagnóstico e classificação do Diabetes Mellitus e tratamento do diabetes Mellitus do tipo 2 [Internet]. Rio de Janeiro: Diagraphic; 2003 [Acesso 2007 mar. 07]. 72 p. Disponível em: http://www.saude.rio.rj.gov.br/media/Consenso_Diabetes_SBD_2002.pdf.

Sociedade Brasileira de Diabetes. Tratamento e acompanhamento do Diabetes Mellitus: diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes. Rio de Janeiro: SBD; 2007.

Ministério da Saúde - Brasil. Coordenação de Doenças Crônico–Degenerativas. **Manual de Diabetes**. 2 ed. Brasília: MS; 1993.

Wild S, Roglic G, Green A, Sicree R, King H. **Global prevalence of diabetes**. Estimates for the year 2000 and projections for 2030: *Diabetes Care*. 2004;27(5):1047-53.

Barceló A, Aedo C, Rajpathak S, Robles S. **The cost of diabetes in Latin America and the Caribbean**: *Bull World Health Organ*. 2003;81(1):19-27.

World Health Organization. Region of the Americas. Prevalence of diabetes in the WHO [Internet]. Geneva: WHO; 2008 [acesso 2005 abr. 28]. Disponível em: <http://www.who.int/diabetes>

Harris MI. Undiagnosed NIDDM: **Clinical and public health issues**. *Diabetes Care*. 1993;16(4):642-53.

WALDMAN, B.F. **Envelhecimento bem-sucedido: Uma metodologia de cuidado a pessoas com Diabetes mellitus**. Porto Alegre. Tese (Doutorado em Gerontologia Biomédica) Instituto de Geriatria e Gerontologia - Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2006.

Gross JL, Nehme M. Detecção e tratamento das complicações crônicas do diabetes melito: Consenso da Sociedade Brasileira de Diabetes e Conselho Brasileiro de Oftalmologia. **Revista Associação Médica Brasileira** 1999;45(3):279-84.

Ministério da Saúde - Brasil. Secretaria de Atenção à Saúde. **Departamento de Atenção Básica. Diabetes Mellitus**. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2006. 64 p. (Cadernos de Atenção Básica; n. 16); (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

Fleck MPA, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L, Pinzon V. Aplicação da versão em português do instrumento de avaliação da qualidade de vida —WHOQOL-bref||. **Revista Saúde Pública**. 2000;34(2):178-83.

Agostinho F, Vilela TR, Carvalho GA. Determinantes da qualidade de vida em idosos diabéticos. **Revista Digital** [Internet]. 2008 [acesso 2008 dez. 09];13(124). Disponível em: <http://www.efdeportes.com/efd124/determinantes-da-qualidade-de-vida-em-idosos-diabeticos.htm>

Gross, JL, Ferreira SRG, Franco LJ, Schmidt MI, Motta DG, Quintão E, et al. Consenso Brasileiro de Diabetes. Diagnóstico e Classificação do Diabetes Melito e Tratamento do Diabetes Melito Tipo 2. Recomendações da Sociedade Brasileira de Diabetes. **Arq Bras Endocrinol Metabol**. 2000;44(4 suppl.1):S8-27.

Mata Cases M, Roset Gamisans M, Badia Llach X, Antonanzas Villar F, Ragel Alcazar J. Effect of type-2 diabetes mellitus on the quality of life of patients treated at primary care consultations in Spain. **Aten Primaria**. 2003;31(8):493-9.

UKPDS Group. Quality of life in type 2 diabetic patients is affected by complications but not by intensive policies to improve blood glucose or blood pressure control (UKPDS 37). U.K. Prospective Diabetes Study Group. **Diabetes Care**. 1999;22(7):1125-36.

Morris J, Perez D, McNoe B. The use of quality of life data in clinical practice. **Qual Life Res**. 1998;7(1):85-91.

Beaton DE, Schemitsch E. Measures of health-related quality of life and physical function. **Clin Orthop Relat Res**. 2003; (413):90-105.

Campolina AG, Ciconelli RM. Qualidade de vida e medidas de utilidade: parâmetros clínicos para as tomadas de decisão em saúde. **Revista Panamericana Salud Pública = Pan Am J Public Health**. 2006;19(2):128-36.

Spilker B. Introduction. In: Spilker B, editor. Quality of life and pharmacoeconomics in clinical trials. 2ª ed. **New York: Lippincott Williams & Wilkins**; 1996.

DCCT Group. Reliability and validity of a diabetes quality-of-life measure for the diabetes control and complications trial (DCCT). The DCCT Research Group. **Diabetes Care**.

1988;11:725-32.

Jacobson AM, de Groot M, Samson JA. The evaluation of twomeasures of quality of life in patients with type I and type IIdiabetes. **Diabetes Care**. 1994;17:267-74.

Correr, Cassyano Januário; Rolo Roberto Ponta; Melchiors, Ana Carolina; Rossignoli, Paula; Llimós, Fernando Fernández, Radominski, Rosana Bento. Tradução para o Português e Validação do Instrumento *Diabetes Quality of Life Measure* (DQOL-Brasil) ; **Arq Bras EndocrinolMetab** 2008; 52/3:515-522)

Tavares DMS, Rodrigues FR, Silva CGC, Miranzi SSC. Caracterização de idosos diabéticos atendidos na atenção secundária. **Revista Ciência da Saúde Coletiva**. 2007;12(5):1341-52. 129

Sakata S. **Diabetes mellitus entre idosos no município de São Paulo**: uma visão longitudinal [dissertação]. São Paulo (SP): USP; 2007.

Lebrão ML, Laurenti R. Condições de saúde. In: Lebrão ML, Duarte YAO, organizadoras. **SABE: saúde, bem-estar e envelhecimento**. O Projeto SABE no município de São Paulo; uma abordagem inicial. Brasília: OPAS; 2003. p. 75-91.

Brasil. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Diretoria de Pesquisas. Coordenação da População e Indicadores Sociais. Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira, 2008 [Internet]. **Rio de Janeiro: IBGE; 2008** [acesso 2008 dez. 09]. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/indicadoresminimos/sinte_seindicisociais2008/default.shtm

Glasgow RE, Toobert DJ, Hampson SE, Brown JE, Lewinsohn PM, Donnelly J. Improving self-care among older patients with type II diabetes. **Patient Educ Couns**. 1992;19(1):61-74.

Özer E, Sengül AM, Gedik S, Salman S, Salman F, Sargin M, et al. Diabetes Education: a chance to improve well-being of Turkish people with type 2 diabetes. **Patient Educ Couns**. 2003;51(1):39-44.

Gomez PISA. **Qualidade de vida em pessoas com diabetes mellitus tipo 2** [tese]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2004.

Zimmermem BR, Walker EA. **Guia completo sobre diabetes da American Diabetes Association**. Rio de Janeiro (RJ): Anima; 2002.

Mazo GZ; Lopes MA; Benedetti TB. **Atividade física e o idoso: concepção gerontológica**. Porto Alegre: Sulina; 2001.

Gironda M, Lubben J. Preventing loneliness and isolation in older adulthood. In: Gullotta TP, Bloom M, eds. **Encyclopedia of primary prevention and health promotions**. New York: Springer; 2003. p. 666-71.

World Health Organization. **Envelhecimento ativo: uma política de saúde**. Brasília: OPAS; 2005.

Silva TPV. **Qualidade de vida em idosos da cidade de Rio Verde, Goiás** [dissertação]. Brasília (DF): Universidade de Brasília; 2008.

Krein SL, Heisler M, Piette JD, Makki F, Kerr EA. The effect of chronic pain on diabetes patients' self-management. **Diabetes Care**. 2005;28(1):65-70.

Gregg EW, Beckles GL, Williamson DF, Leveille SG, Langlois JA, Engelgau MM, et al. Diabetes and physical disability among older U.S. adults. **Diabetes Care**. 2000;23(9):1272-7.

Guralnik JM, LaCroix AZ, Abbott RD, Berkman LF, Satterfield S, Evans DA, et al. Maintaining mobility in late life. I. **Demographic characteristics and chronic conditions**. *Am J Epidemiol*. 1993;137(8):845-57.

Souza TT, Santini I, Wada AS, Vasco CF, Kimura M. Qualidade de vida da pessoa diabética. **Rev Esc Enferm USP**. 1997;31(1):150-64.

Heikkinen RL. O papel da atividade física no envelhecimento saudável. Brasília, DF: **Organização Mundial da Saúde**; 1998.

Conte EMT; Lopes AS. Indicadores de qualidade de vida de homens idosos de Florianópolis: um estudo de descritivo. **Cad Educ Fis**. 2002;4(8):83-97.

Stewart R, Liolitsa D. Type 2 diabetes mellitus, cognitive impairment and dementia. **Diabet Med**. 1999;16(2):93-112. 132

Grodstein F, Chen J, Wilson RS, Manson JE. Type 2 diabetes and cognitive function in communitydwelling elderly women. **Diabetes Care**. 2001;24(6):1060-5.

Smits CH; Deeg DM, Schmand B. Cognitive functioning and health as determinants of mortality in an older population. **Am J Epidemiol**. 1999;150 (9):978-86.

Franco LJ, Mameri C, Pagliaro H, Iochida LC, Goldenberg P. Diabetes como causa básica ou associada de morte no Estado de São Paulo, Brasil, 1992. **Rev Saude Publica**. 1998;32(3):267-245.