



Saúde Coletiva

ISSN: 1806-3365

editorial@saudecoletiva.com.br

Editorial Bolina

Brasil

Silveira Tavares Paulin, Grasielle; Stuardo Yazlle Rocha, Juan; Zangiacomi Martinez, Edson; Araújo dos Reis, Nayara

A influência do estilo de vida na reinternação hospitalar de pacientes diabéticos

Saúde Coletiva, vol. 8, núm. 51, 2011, pp. 144-149

Editorial Bolina

São Paulo, Brasil

Available in: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=84218032004>

- How to cite
- Complete issue
- More information about this article
- Journal's homepage in redalyc.org

redalyc.org

Scientific Information System

Network of Scientific Journals from Latin America, the Caribbean, Spain and Portugal

Non-profit academic project, developed under the open access initiative

A influência do estilo de vida na reinternação hospitalar de pacientes diabéticos

Esta pesquisa objetivou investigar a influência do estilo de vida na reinternação hospitalar de mulheres com Diabetes Mellitus (DM) tipo 2. Trata-se de um estudo quantitativo do tipo caso-controle, que utilizou como instrumento um questionário preestabelecido. Nos resultados o Grupo Teste apresentou maior comprometimento nas atividades cotidianas e sociais, que mostraram associação com as possíveis reinternações das mulheres deste grupo. Conclui-se que na assistência ao diabético, é necessária a intervenção de equipe multiprofissional levando em consideração os aspectos do estilo de vida dos pacientes visando à diminuição das hospitalizações.

Descritores: Estilo de vida; Diabetes mellitus; Readmissão hospitalar.

This study investigated the influence of lifestyle on hospital readmission of women with type 2 diabetes mellitus. This is a case-control type of quantitative study, which used a previously defined questionnaire as an instrument. Results of the Test Group showed greater compromise of daily and social activities, associated with the possible readmission of women in this group. It concludes that, for the diabetic care, it is necessary the intervention of a multidisciplinary team, taking into consideration the patients' lifestyle in order to reduce hospitalizations.

Descriptors: Lifestyle; Diabetes mellitus; Hospitalar readmission.

Este estudio investigó la influencia del estilo de vida en la rehospitalización en mujeres con diabetes mellitus tipo 2. Este es un estudio cuantitativo del tipo caso controle, que utilizó un cuestionario como instrumento preestablecido. En los resultados, el Grupo Teste mostró un mayor deterioro en las actividades diarias y sociales, que estaban asociadas a la posible readmisión de las mujeres en este grupo. Se concluye que, para el cuidado de la diabetes, es necesaria la intervención de un equipo multidisciplinario, teniendo en cuenta los estilos de vida de los pacientes, con el objetivo de reducir los reingresos hospitalarios.

Descriptores: Estilo de vida; Diabetes mellitus; Reingreso hospitalario.



Grasielle Silveira Tavares Paulin

Terapeuta Ocupacional. Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica. Especialista em Técnica Assistiva. Especialista em Gerontologia. Mestre em Saúde Pública. Doutoranda em Saúde Pública pela Escola de Enfermagem da USP. Professora Assistente na Universidade Federal do Triângulo Mineiro – UFTM. grasiellet@yahoo.com.br

Planejamento do Setor Saúde. Doutor em Medicina Preventiva. Livre Docente na Faculdade de Medicina da USP Ribeirão Preto.



Edson Zangiacomi Martinez

Estatístico. Mestre em Estatística. Doutor em Tocoginecologia. Livre Docente na Faculdade de Medicina da USP Ribeirão Preto.



Juan Stuardo Yazlle Rocha

Médico. Especialista em Medicina Preventiva. Especialista em Investigação em Saúde. Especialista em



Nayara Araújo dos Reis

Enfermeira. Supervisora de Estágio de Enfermagem da Faculdade Talentos Humanos – Uberaba/Minas Gerais.



Recebido: 01/05/2010

Aprovado: 12/01/2011

INTRODUÇÃO

O diabetes mellitus (DM) constitui grave problema de saúde pública em todo o mundo, devido o número de pessoas afetadas e pelas implicações econômicas envolvidas no seu controle e tratamento¹.

A prevalência do DM no mundo é atualmente estimada

em 5,1% (194 milhões de pessoas) prevendo-se que atinja os 7,8% em 2025, correspondendo a 333 milhões de pessoas com DM, sendo de especial relevância a contribuição dos países do Terceiro Mundo².

Foi consenso, por longo período, a noção de que o impacto das doenças em termos de saúde pública fosse medi-



do pelos índices de mortalidade. Nas patologias crônicas, entretanto, outras perspectivas de avaliação dos resultados estão sendo pesquisadas, levando-se em conta não somente a dimensão médica de redução da morbimortalidade³, mas também os custos de internações e reinternações hospitalares para o sistema de saúde.

De acordo com os indicadores do Sistema Único de Saúde – SUS⁴, atualmente, no Brasil, o DM está entre as dez causas líderes de morte, atingindo o percentual de 4,38% dos óbitos da população. Entretanto, não dá para deixar de mencionar que este percentual de óbitos é consideravelmente subestimado, uma vez que frequentemente o DM não é mencionado na declaração de óbito como causa de morte e sim suas complicações, principalmente as cardiovasculares e cerebrovasculares⁵.

As complicações crônicas decorrentes do DM são causas de frequente hospitalização, gerando um custo social muito alto, sem falar na perda da qualidade de vida, pois as mesmas podem levar à cegueira, insuficiência renal, amputações de membros inferiores e doenças cardiovasculares⁶.

O DM tipo 2 representa cerca de 90 a 95% dos casos de DM diagnosticados. Ele é uma desordem metabólica de etiologia múltipla, caracterizada por hiperglicemia crônica, com distúrbios no metabolismo dos carboidratos, gorduras e proteínas, originários de uma defeituosa secreção e/ou ação da insulina nos tecidos-alvo⁷.

Um estudo descreveu em nível nacional o alto índice de in-

ternações causadas pelo diagnóstico principal de DM na rede pública. Este observou grandes gastos causados com hospitalizações, o que poderia ser evitado se o trabalho em saúde na atenção primária fosse eficiente para promover saúde, prevenir doenças e suas complicações⁸.

A hospitalização constante de pacientes com diabetes acaba comprometendo o desempenho habitual dos mesmos e acarreta também mudanças no estilo de vida. Entre os aspectos que integram o estilo de vida têm-se incluído condutas e preferências relacionadas com o tipo de alimentação, atividade física, consumo de álcool, tabaco e outras drogas, responsabilidade para a saúde, atividades recreativas, relações interpessoais, práticas sexuais, atividades laborativas e padrões de consumo⁹.

Os esquemas terapêuticos incluem o uso de medicamentos orais ou insulina, dependendo do grau de deficiência da produção de insulina. Assim, a deficiência discreta pode ser tratada apenas com dieta; a compensada, com medicação oral e a não compensada, com insulina⁶.

O fato de incluir a insulinoterapia no esquema terapêutico torna-se fator dificultador em muitos casos, pois para o paciente diabético é mais um problema a ser enfrentado, o que influencia diretamente o seu estilo de vida.

Seja qual for o esquema terapêutico de escolha, seu objetivo é aproximar o doente dos parâmetros considerados adequados, ou seja: ausência de glicosúria; glicemia de jejum inferior a

100 mg/dl; outras glicemias pré-prandiais inferiores a 140mg/dl; glicemias pós-prandiais inferior a 180mg/dl e hemoglobina glicosilada igual ou inferior a sete¹⁰.

Diante disso, observa-se na literatura a dificuldade dos diabéticos em manter os parâmetros adequados durante o tratamento, o que ocasionam reinternações para o tratamento de complicações ou agudização do DM.

Posto isso, o presente estudo foi conduzido com o objetivo de avaliar a influência do estilo de vida na reinternação hospitalar de mulheres com DM tipo 2 no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto.

METODOLOGIA

O estudo foi realizado no município de Ribeirão Preto, no Estado de São Paulo, tendo como local de pesquisa o Hospital das Clínicas que assiste um número significativo de mulheres com DM tipo 2, muitas com frequentes hospitalizações no período de estudo (2002 a 2004) através do Sistema Único de Saúde.

Foi utilizada metodologia quantitativa através de um estudo do tipo caso-controle. Para a composição do grupo da amostra foram observados os seguintes critérios de inclusão: os pacientes deveriam ser do sexo feminino, ter entre 45 e 65 anos, fazer acompanhamento no ambulatório de endocrinologia do Hospital das Clínicas, serem portadoras de DM tipo 2, apresentarem uma ou mais internações no período de 2002 a 2004, ser capaz de compreender e consentir em participar do estudo.

Os dados referentes à hospitalização por DM tipo 2 como causa principal em mulheres no período de estudo, foram obtidos através do Centro de Processamento de Dados Hospitalares do Departamento de Medicina Social.

Foi obtido aleatoriamente destes registros uma amostra de 25 pacientes para o Grupo Teste - GT (mulheres com duas ou mais hospitalizações no período de estudo). Nos registros foram encontrados 171 pacientes elegíveis para o Grupo Controle - GC (mulheres com apenas uma internação no período de estudo), sendo selecionados 25, utilizando-se o critério aleatório de seleção. Buscou-se estabelecer que os grupos tivessem a mesma quantidade de participantes e uma distribuição semelhante por faixas etárias, porém os mesmos não foram pareados em relação a outras características.

No período de 05 a 19 de agosto de 2005, foram obtidos os dados pessoais das pacientes, como endereço e telefone, através da autorização do Ambulatório de Endocrinologia. Após a obtenção destes dados entrou-se em contato com as pacientes por telefone, explicando os propósitos da pesquisa e solicitando data e horário para visita domiciliar, para aplicação do questionário e roteiro de entrevista. As visitas domiciliares para coleta de dados foram realizadas no período de 26 de agosto a 17 de setembro, marcadas com agendamento de data e horário. Quando os indivíduos a serem entrevistados não eram encontrados em casa, realizavam-se mais três tentativas e se em nenhuma delas fosse obtida resposta, o indivi-

duo era excluído da pesquisa.

A abordagem quantitativa visou conhecer de forma objetiva os fatores que influenciaram o estilo de vida das entrevistadas, através da aplicação de um questionário elaborado a partir de uma revisão de literatura e da realização de estudo piloto. Ele continha questões sobre dados de identificação, percepção e preocupação com o DM tipo 2, estilo de vida, reinternação hospitalar e vida cotidiana. Modelos de regressão logística foram utilizados para comparar os fatores que influenciaram o estilo de vida entre os dois grupos, sendo que os resultados foram ajustados por escolaridade, faixa etária, estado civil e tempo de DM tipo 2. Na interpretação dos testes de hipóteses gerados por estes modelos adotou-se um nível de significância de 5%.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê Ético-Científico do Hospital das Clínicas, através do ofício nº 3181/2004, em 24 de novembro de 2004.

RESULTADOS

O estudo obteve 100% das pacientes com DM tipo 2, no período e pelos critérios estabelecidos, visto que, em média do total de casos de diabetes em um país, 90% são do tipo 2, de 5 a 10% são do tipo 1 e 2% do tipo secundário ou associado a outras síndromes⁹.

No estudo, a idade mínima foi de 45 anos e a máxima de 65 anos; a faixa etária mais presente nos dois grupos foi de 60 a 64 anos (28% GT, e 24% GC) e observou-se significativa porcentagem de mulheres que apresentavam 65 anos (GT 20% e GC 16%). Esses dados são compatíveis com os encontrados na literatura. Estudo que caracterizou as pessoas com DM Tipo 2, cadastradas no ambulatório de uma Unidade Básica de Saúde de Porto Alegre apresentou maior prevalência de pessoas com idade entre 60 e 69 anos¹¹.

Notou-se que os dois grupos apresentaram-se homogêneos em relação à escolaridade, com prevalência de 72% de mulheres em cada um deles que completaram apenas o primeiro grau. Segundo Peres, Franco e Santos¹², durante pesquisa que buscou identificar as dimensões do pensar, sentir e agir em relação à dieta prescrita com mulheres com DM atendidas nos postos de saúde da zona urbana de Pelotas, verificou-se também baixo nível de escolaridade, até quarta série do ensino fundamental. A baixa escolaridade pode representar dificuldades no entendimento do diagnóstico, nas orientações terapêuticas e no processo de aprendizagem de novos hábitos, visando qualificar o estilo de vida e controlar melhor o diabetes.

Em relação à ocupação atual, objetivou-se investigar se as mulheres exerciam no momento da entrevista alguma atividade profissional e se haviam mudado de trabalho por causa do DM tipo 2. Observou-se em relação ao GT que nenhuma entrevistada apresentava registro em carteira, 4% trabalhavam como autônoma e 24% trabalhavam em casa, sendo 28% aposentadas por idade/tempo de serviço e 28% aposentadas por problemas de saúde. Já no GC encontrou-se 8% de mulheres com registro em carteira, 32% trabalhando como autônoma e

“OBSERVA-SE NA LITERATURA A DIFICULDADE DOS DIABÉTICOS EM MANTER OS PARÂMETROS ADEQUADOS DURANTE O TRATAMENTO, O QUE OCASIONAM REINTERNAÇÕES”

Tabela 1 - Mulheres dos Grupos Teste e Controle quanto às variáveis do estudo. Ribeirão Preto 2005

IDENTIFICAÇÃO	Grupo Teste	Grupo Controle	OR ^(a)
	n (%)	n (%)	
Após o DM, houve mudança na sua vida social			
Quase sempre	15 (60)	4 (16)	Ref.
Algumas vezes	1 (04)	-	9,0
Quase nunca	9 (36)	21 (84)	(1,8 45,0)
Você tem contato social atualmente			
Quase sempre	15 (60)	22 (88)	Ref.
Algumas vezes	2 (08)	3 (12)	0,05
Quase nunca	8 (32)	-	(<0,01 0,4)
Os ambientes que frequenta são os mesmos que frequentava antes de ficar doente			
Quase sempre	12 (48)	22 (88)	Ref.
Algumas vezes	1 (04)	-	0,05
Quase nunca	12 (48)	3 (12)	(<0,01 0,4)
Você realiza atualmente alguma atividade física			
Quase sempre	5 (20)	13 (52)	Ref.
Algumas vezes	2 (08)	2 (08)	0,12
Quase nunca	18 (72)	10 (40)	(0,02 0,6)
Você desempenha tarefas cotidianas (cuidar da higiene pessoal, cozinhar, organizar gastos)			
Quase sempre	16 (64)	23 (92)	Ref.
Algumas vezes	3 (12)	1 (04)	0,01
Quase nunca	6 (24)	1 (04)	(<0,01 0,4)
Depois do diabetes, você está satisfeita com sua rotina ou sente necessidade de mudança			
Quase sempre	12 (48)	23 (92)	Ref.
Algumas vezes	4 (16)	2 (08)	0,03
Quase nunca	9 (36)	-	(<0,01 0,3)
Você deixou de fazer algumas atividades ou as realiza com dificuldade, depois da internação			
Quase sempre	9 (36)	1 (04)	Ref.
Algumas vezes	3 (12)	2 (08)	41,9
Quase nunca	13 (52)	22 (88)	(2,3 >50)
Você sente vontade para realizar suas atividades			
Quase sempre	12 (48)	22 (88)	Ref.
Algumas vezes	5 (20)	1 (04)	0,1
Quase Nunca	8 (32)	2 (08)	(0,01 0,6)
Sua rotina após a internação continuou a mesma			
Quase sempre	10 (40)	23 (92)	Ref.
Algumas vezes	4 (16)	1 (04)	0,01
Quase nunca	11 (44)	1 (04)	(<0,01 0,2)
Após a internação você tem feito alguma coisa para mudar as situações que atualmente lhe deixam insatisfeito			
Quase sempre	2 (08)	13 (52)	Ref.
Algumas vezes	10 (40)	1 (04)	0,03
Quase nunca	13 (52)	11 (44)	(<0,01 0,3)

(a) Odds ratio ajustado por idade, estado civil, escolaridade e tempo de diabetes, segundo modelo de regressão logística. Em cada fator, as categorias "algumas vezes" e "quase nunca" foram unidas. DM: Diabetes mellitus.

32% trabalhando em casa. Quanto ao trabalho que realizavam atualmente, apenas 16% do GT diz ser o mesmo que realizavam antes de ter DM tipo 2, contra 68% do GC.

Contudo, já era esperado à aposentadoria por idade, devido a uma significativa concentração de pacientes na faixa etária entre 60-64 anos e 65 anos na amostra. A respeito da aposentadoria por problemas de saúde, observou-se no discurso das entrevistadas do GT que as incapacidades resultantes das complicações do DM tipo 2 foram determinantes para a aposentadoria. Estudo pesquisou 50798 indivíduos referentes à gerência do INSS de Vitória da Conquista e encontrou 334 benefícios relacionados ao DM e as suas complicações, fato que comprova que esta doença é incapacitante para o trabalho¹³.

Em relação a esta mesma variável, comparando-se os grupos, encontra-se no GC uma grande porcentagem de mulheres realizando trabalho autônomo, como venda de roupas e de produtos de catálogos. Outra possibilidade de trabalho neste grupo foi o trabalho em casa ou trabalho doméstico, que parece estar relacionado com a história de vida e fatores culturais de cada uma das entrevistadas. Observou-se que o trabalho manual está presente e inserido no cotidiano destas mulheres do GC. Segundo Ribeiro e Leda¹⁴ há pessoas que vêem o trabalho como realização pessoal, como a oportunidade de praticar os talentos e vocações pessoais. Neste caso, o salário vem como uma consequência, mas o foco está na realização. Portanto, uma ruptura neste domínio do estilo de vida por causa do DM pode representar um grande sofrimento para o paciente.

A tabela 1 apresenta uma descrição dos fatores que apresentaram alguma associação com os grupos ($p < 0,05$), junto com os respectivos odds ratios e intervalos de confiança 95%.

Quanto à mudança na vida social, à presença ou não de contato social atualmente e sobre frequentar os mesmos lugares que frequentava antes da doença, foi possível verificar que a doença provocou uma ruptura e mudanças significativas na vida social e coletiva das mulheres do GT. Este fator encontrado foi considerado de extrema importância e sugere a necessidade de se aprofundar as investigações, pois este aspecto é pouco estudado na literatura. As entrevistadas deste grupo fizeram referência direta à necessidade de relações interpessoais, relataram que após o diagnóstico da doença deixaram de frequentar muitos lugares e reduziram o contato social com as pessoas.

Segundo Martins¹⁵ o apoio social é considerado um dos mais importantes preditores da saúde física e do bem estar, compreendendo um processo complexo e dinâmico que envolve os indivíduos e suas redes sociais, com o intuito de satisfazer as suas necessidades, prover e complementar os recursos que possuem e, desta forma, enfrentar novas situações. É necessário que o profissional fique atento a todo o contexto em que o paciente está inserido, não apenas no seu diagnóstico, pois no presente trabalho verificou-se a necessidade de estratégias de intervenção no aspecto referente à socialização da paciente

com DM, para que esta tenha uma vida satisfatória.

Refletindo sobre os aspectos que fazem parte da vida do sujeito e o constitui, é necessário compreender a complexidade das relações sociais, isto é, a maneira como as experiências do cotidiano são vividas e entendidas pelos envolvidos e as representações que cada um faz de sua própria condição.

Para Castro e González¹⁶, as pessoas com DM estão mais propensas a enfrentar dificuldades sociais, se comparadas àquelas que não sofrem de doenças crônicas. Essas dificuldades são representadas pela necessidade de mudanças nos intervalos entre as refeições; mudanças nas atividades laborais ou estudantis para o cumprimento do tratamento; pelo tipo de alimento que se deve consumir; entre outras, as quais interferem no autocuidado e, conseqüentemente, na manutenção de um bom controle metabólico. Concordando com a afirmação destes autores, observou-se através das falas das mulheres do grupo teste que após mudanças na sua vida social, elas deixam de construir sua individualidade na sociedade.

Cunha e Zagonel¹⁷ em seu estudo afirmam que auxiliar a pessoa a reorganizar sua existência ao passar pela experiência da doença, é papel da equipe de saúde, por meio da percepção, presença, compromisso, solidariedade e, principalmente, de interações humanas. Assim o profissional deve reaver sua prática ao assistir indivíduos com doenças crônicas.

Observou-se, portanto, que na amostra de mulheres estudadas, o aspecto referente à vida social, traz grande impacto no estilo de vida, deixando clara a necessidade de outros estudos que abordem todos os determinantes nas relações sociais.

Quando questionadas sobre a contribuição dos seus hábitos para uma melhora na qualidade de vida, observou-se que as mulheres do GC são mais críticas quanto às suas ações e foram capazes de analisar seus

hábitos para verificar suas atitudes frente à sua saúde. Encontrou-se também no GT número significativo de mulheres que assumiram não seguir recomendações médicas, não fazer dieta e atividade física, fumar constantemente, não manter contato social, dentre outros.

No tocante à realização de atividades ou à dificuldade dessas após a hospitalização, foi encontrada diferença estatística entre os dois grupos estudados, sendo que 36% do GT relataram sempre encontrar obstáculos para motivação e que deixaram de fazer muitas coisas depois da internação. Este resultado pode estar associado às complicações causadas pela doença, pois muitas das entrevistadas apresentam retinopatias e realizam hemodiálise, fatores estes citados no comprometimento das atividades. Observou-se também que a internação para estas mulheres é sinônimo de medo e privação, e constatarem em relato grande “nervoso” e stress ao ficarem hospitalizadas.

Em relação à “vontade” para realização de atividades, a diferença na frequência das mulheres dos dois grupos que relataram sentir vontade para fazer suas atividades é significativa. No GT, 32% das mulheres demonstraram nunca sentir vontade em fazer coisas na sua vida após o DM, contra 8% do GC. Para Souza e Lima¹⁸, o portador de doença crônica passa a instituir

“ENCONTROU-SE TAMBÉM NO GT NÚMERO SIGNIFICATIVO DE MULHERES QUE ASSUMIRAM NÃO SEGUIR RECOMENDAÇÕES MÉDICAS, NÃO FAZER DIETA E ATIVIDADE FÍSICA, DENTRE OUTROS ”

novas formas de viver, fazendo novas escolhas possíveis em decorrência da doença, resultando em restrições e limitações. Assim, o tratamento dessa doença requer diversas mudanças nos hábitos de vida e na vida cotidiana dos pacientes, o que pode se transformar em algo extremamente penoso e difícil. Além disso, o tratamento requer uma participação ativa e efetiva do indivíduo no processo saúde/doença, o que pode ser bastante difícil para algumas pessoas. Portanto, a falta de vontade, desejo, interesse na realização de atividades cotidianas comprometem a vida da pessoa com DM, pois onde não há desejo, a vida perde o sentido e a doença se instala.

A respeito da rotina após a internação, verificou-se que a hospitalização trouxe restrições ao dia a dia das mulheres do GT, onde relatam que estão sempre no hospital e por isto deixam de realizar muitas atividades em suas vidas.

CONCLUSÃO

Foi possível identificar através do presente trabalho, na comparação entre os grupos estudados (Grupo Teste e Controle), que o GC apresentou um estilo de vida mais saudável que compreendeu: seguimento da dieta, prática de exercício físico, participação na vida social, relacionamentos interpessoais, atividades de lazer, trabalho, realização e participação nas atividades da vida cotidiana, os quais se refletem em uma forma de autocuidado e responsabilização com a própria saúde que levam estas mulheres a terem uma vida saudável, deixando-as mais distantes da possibilidade de reinternações. Já no GT, notou-se que muitas mulheres apresentaram menor satisfação pessoal, dificuldades para realização e participação nas atividades diárias e um grande comprometimento nas relações sociais, atividades de lazer e trabalho, mostrando a ausência ou desorganização

das atividades que sustentam seu cotidiano.

O instrumento utilizado (Questionário) permitiu identificar limitações presentes no estilo de vida de pacientes diabéticas que evidenciaram certa correlação com as reinternações hospitalares.

É necessário que os domínios do estilo de vida sejam entendidos e avaliados em suas particularidades, pois só assim faz sentido o planejamento de tratamentos, mudança de hábitos e a assistência especializada no cuidado ao indivíduo com DM. Torna-se importante ressaltar que para que ocorra a incorporação de atividades em seu dia a dia, é preciso que estas tenham importância e sentido para ele.

Frente a isso, verifica-se que o estudo do estilo de vida de pessoas com diabetes merece maiores investigações, principalmente no aspecto referente à realização de atividades no cotidiano e convívio social, sendo necessária a intervenção de uma equipe multidisciplinar (médico, terapeuta ocupacional, assistente social, enfermeiro e psicólogo) no processo de educação em saúde.

Cabe ressaltar que os fatores biológicos (recaída da condição clínica original e surgimento de novos problemas clínicos), fatores ambientais, de organização do sistema de saúde (dificuldade de assistência domiciliar e problemas com serviço de atenção primária) e fatores referentes ao estilo de vida, agem de forma conjunta, necessitando de intervenções eficazes na área da saúde. Dessa forma, torna-se de extrema importância à busca por estratégias que visem contribuir para modificações de elementos, como o estilo de vida, que são passíveis de intervenção a favor da prevenção ou controle do DM tipo 2, diminuição de hospitalizações e prováveis tipos de incapacidades funcionais.

Referências

1. Selli L, Papaleo LK, Meneghel SN, Torneros JZ. Educational techniques in diabetes treatment. *Cad Saude Publica*. 2005; 21(5): 1366-72.
2. Paiva I, Baptista C, Ribeiro C, Leitão P, Carvalheiro M. A diabetes na quarta idade: a nossa realidade. *Acta Med Port*. [periódico online]. 2006 [capturado 2009 Março 14]; 19: [6 telas] Disponível em: <http://www.actamedicaportuguesa.com/pdf/2006-19/1/079-084.pdf>.
3. Favarato MECDS, Favarato D, Hueb WA, Aldrighi JM. Qualidade de vida em portadores de doença arterial coronária: comparação entre gêneros. *Rev Assoc Med Bras*. 2006; 52: 236-41.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. Paineis de indicadores do SUS. Brasília; 2006, 61p.
5. Sociedade Brasileira de Diabetes. Tratamento e acompanhamento do Diabetes mellitus. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes; 2007. [citado 2009 abril 15]; [154 telas] Disponível em: <http://www.diabetes.org.br/educacao/docs/diretrizes.pdf>.
6. Beltrame V. Qualidade de vida de idosos diabéticos [dissertação]. Porto Alegre: Programa de Pós-Graduação em Gerontologia Biomédica da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul; 2008.
7. American Diabetic Association. Diagnosis and classification of diabetes mellitus. *Diabetes Care* 2006; 29 (suppl. 1):S43-8.
8. Rosa RS, Schmidt MI, Duncan BB, Souza MFM, Lima AK, Moura L. Internações por diabetes mellitus como diagnóstico principal na Rede Pública do Brasil, 1999-2001. *Rev Bras Epidemiol* 2007; 10(4): 465-78.
9. Modeneze DM. Qualidade de Vida e Diabetes: limitações físicas e culturais de um grupo específico [dissertação]. Campinas: Faculdade de Educação Física da Universidade Estadual de Campinas; 2004.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica, n. 16 - Diabetes Mellitus. Brasília; 2006.
11. Grillo MFF, Gorini MIPC. Caracterização de pessoas com Diabetes Mellitus Tipo 2. *Rev Bras Enferm*, 2007; 60(1):49-54.
12. Péres DS, Franco LJ, Santos MA. Comportamento alimentar em mulheres portadoras de diabetes tipo 2. *Rev Saúde Pública*, 2006;40 (2): 310-7.
13. Júnior IV, Andrade APDV, Andrade ACDV, Andrade RCDV, Pithon MM. Impacto do Diabetes mellitus na vida laboral: influência na previdência social loco-regional (Gerência de Vitória da Conquista-BA) no período de 2003 à Agosto 2007. *Rev.Saúde.Com* 2009; 5(1): 3-8.
14. Ribeiro CVS, Léda DB. O significado do trabalho em tempos de reestruturação produtiva. *Estudos e Pesquisas em Psicologia UERJ*, 2004; 4(2):76-83
15. Martins RML. A relevância do apoio social na velhice. *Millenium [Internet]*. 2005 [citado 2005 maio 07]; 31: 128-34. Disponível em: <http://www.ipv.pt/millennium/millennium31/9.pdf>.
16. Castro MG, González RG. Problemas sociales referidos por un grupo de personas atendidas en el Centro de Atención al Diabético. *Rev Cubana Endocrinol*. 2005; 16 (2): 1-11.
17. Cunha PJ, Zagonel IPS. As relações interpessoais nas ações de cuidar em ambiente tecnológico hospitalar. *Acta Paul Enferm* 2008; 21(3): 412-9.
18. Souza SPS, Lima RAG. Condição Crônica e normalidade: rumo ao movimento que amplia a potência de ser feliz. *Rev. Lat Am Enf*. 2007; 15 (1): 156-64.