

UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA
ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA

**Caracterização e Avaliação Psicossocial de Diabéticos Amputados
do Concelho do Porto**

Estudo Observacional

18ª Mestrado em Saúde Pública

Dissertação apresentada para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Saúde Pública, realizada sob a orientação científica de Professor Doutor Paulo Sousa e Dr.ª Celeste Gonçalves

setembro de 2016

Agradecimentos

Ao Professor Doutor Paulo Sousa e Dr.^a Celeste Gonçalves pela orientação em todo o processo de construção da tese de mestrado.

Ao Dr. Jorge Dores da Unidade Coordenadora Funcional para a Diabetes, Endocrinologista no Centro Hospitalar do Porto, por todo o apoio na investigação.

Ao Dr. Henrique Salgado, Médico Interno de Psiquiatria do Hospital Magalhães Lemos pela orientação na escolha de um instrumento de avaliação clínico de ansiedade e depressão.

A todos os colegas dos Serviços Hospitalares de Cirurgia Vasculiar e Endocrinologia, do Centro Hospitalar do Porto e Centro Hospitalar São João, que permitiram a minha presença nos seus serviços e que tiveram a disponibilidade de responder a todas as minhas questões.

Aos assistentes sociais das Unidades de Recursos Assistenciais Partilhados, dos Agrupamentos de Centros de Saúde do Porto Ocidental e Oriental.

Aos coordenadores das Unidades de Saúde Pública do Porto Ocidental e Oriental pelo apoio e orientação.

Aos utentes que eu contactei e, principalmente, àqueles que permitiram que eu entrasse nas suas habitações e partilharam a sua informação pessoal, sensível e que muitas vezes os emocionou a eles e a mim. Por perceberem que o que partilharam será importante para a Medicina.

À minha esposa Margarida, pela paciência e apoio incondicional em todos os momentos mais difíceis. Por ser a força que permitiu a conclusão deste trabalho.

Aqui fica o meu agradecimento

Resumo

Introdução: O diabético com amputação do membro inferior é uma prioridade do sistema de saúde devido aos seus elevados custos e alta prevalência de comorbilidades e mortalidade. Pretende-se caracterizar e avaliar a qualidade de vida da população residente de diabéticos amputados no Concelho do Porto.

Métodos: Efetuou-se um estudo observacional através da aplicação de um questionário heteroadministrado, construído com base no Inquérito Nacional de Saúde, EU-SILC, HADS e WHOQOL-Bref. Analisaram-se os dados correspondentes a um grupo-estudo de 45 utentes entrevistados, sujeitos a amputação não traumática no período entre janeiro de 2013 e maio de 2015 num centro hospitalar do Porto.

Resultados: O perfil do diabético amputado no concelho é de uma idade média de 66,51 anos, homem (82,22%), amputado a primeira vez com 61,27 anos, sendo mais prevalente a amputação menor (57,80%), está sem ocupação devido à incapacidade associada à diabetes (55,56%), que vive numa habitação com presença de barreiras à mobilidade (84,44%), a retinopatia (68,90%) e a ansiedade crónica (47,50) são as doenças associadas mais prevalentes. A qualidade de vida destes utentes é menor a nível do domínio físico ($\bar{x}=48,30$ DP 13,55). A análise estatística de associação revelou que fatores como a presença de barreiras à mobilidade, perceção de dificuldades de acesso a cuidados de saúde, o apoio social e a idade mais tardia do diagnóstico de diabetes têm uma diferença com significado estatístico em termos de algumas dimensões de qualidade de vida e presença de ansiedade ou depressão clínica ($p<0,05$).

Conclusões: Este estudo sugere que há a necessidade de investir em estratégias que se foquem na melhoria da qualidade de vida, nomeadamente em termos de condições habitacionais e acompanhamento social dos utentes diabéticos amputados e se tenha de atuar sobre condicionantes ambientais e sociais, independentemente do tipo de amputação.

Palavras-Chave: Diabéticos Amputados, Ansiedade, Depressão, Qualidade de Vida, Saúde Pública

Abstract

Introduction: The diabetic lower-limb amputee is a healthcare system priority, particularly the diabetic amputee, due to its high treatment costs and high morbidity and mortality rates. This study pretends to profile and evaluate the quality of life of the diabetic amputees who reside in Oporto.

Methods: An observational study was conducted by applying a questionnaire with interview, developed by using as support the National Health Survey, EU-SILC, HADS and WHOQOL-Bref. Analysis was performed to the data obtained out of an interviewed study-group of 45 people, who suffered non-traumatic amputation, between january 2013 and may 2015, in a Oporto hospital.

Results: The Diabetic amputee profile shows a mean age of 66,51 years, male (82,22%), amputated for the first time at an average of 61,27 years, amputation minor had the highest prevalence (57,80%), is unoccupied due to disability associated with diabetes (55,56%), lives in a habitation with barriers to mobility (84,44%), retinopathy (68,90%) and chronic anxiety (47,50%) were the most prevalent diseases associated to diabetes. The study-group presented a lower quality of life at the physical domain (48,30 DP 13,55). Statistical association analysis revealed that factors like barriers to mobility, perception of difficult access to healthcare, social support and older age diagnosis of diabetes, have a statistical significant difference according to some quality of life dimensions and presence of clinical anxiety and/or depression ($p < 0,05$).

Conclusions: This study suggests that it is a priority to invest in strategies focused on quality of life improvement, namely in housing conditions and social support of diabetic amputees, and act over environmental and social determinants, no matter the type of amputation.

Key words: Diabetic Amputee, Anxiety, Depression, Quality of Life, Public Health

Índice

RESUMO	III
ABSTRACT	V
LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS.....	IX
ÍNDICE DE TABELAS.....	XI
ÍNDICE DE GRÁFICOS.....	XV
1. INTRODUÇÃO	1
2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	3
2.1. A DIABETES MELLITUS	3
2.2. IMPLICAÇÕES DA DIABETES.....	4
2.3. DIABETES, UM PROBLEMA À ESCALA GLOBAL.....	6
2.4. AS COMPLICAÇÕES ASSOCIADAS À DIABETES.....	7
2.5. O PÉ DIABÉTICO COMO COMPLICAÇÃO MAJOR DA DIABETES E A EVOLUÇÃO PARA A AMPUTAÇÃO	8
2.6. FATORES PSICOSSOCIAIS DA AMPUTAÇÃO NÃO TRAUMÁTICA NO DIABÉTICO	10
2.7. CONTEXTO EPIDEMIOLÓGICO NACIONAL E REGIONAL	11
2.8. CONTEXTO EPIDEMIOLÓGICO LOCAL QUANTO À MAGNITUDE DO DIABÉTICO AMPUTADO	13
2.9. FINALIDADE DA INVESTIGAÇÃO.....	14
3. OBJETIVOS.....	15
3.1. OBJETIVO GERAL:	15
3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:	15
4. MÉTODOS.....	17
4.1. TIPO DE ESTUDO	17
4.2. UNIDADE DE OBSERVAÇÃO	18
4.3. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E DE EXCLUSÃO.....	18
4.4. FONTES E COLHEITA DE DADOS	19
4.5. MAPA DE VARIÁVEIS.....	19
4.6. O MODELO DE RECOLHA DE DADOS	20
4.7. O QUESTIONÁRIO E SUA IMPLEMENTAÇÃO	26
4.8. ESTRATÉGIAS DE TRATAMENTO E ANÁLISE DE DADOS – PLANO DE ANÁLISE DOS DADOS	27
4.9. ASPETOS ÉTICOS	28

5. APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS	29
5.1. DETERMINAÇÃO DO GRUPO-ESTUDO	29
5.2. CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E DOS DETERMINANTES AMBIENTAIS	30
5.3. CARACTERIZAÇÃO DA MORBILIDADE FÍSICA	32
5.4. AVALIAÇÃO DA ANSIEDADE E DEPRESSÃO (APLICAÇÃO DO HADS)	34
5.5. AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA (APLICAÇÃO DO WHOQOL-BREF)	35
ANÁLISE BIVARIADA	37
5.6. ANÁLISE BIVARIADA ENTRE AS CARACTERÍSTICAS DOS UTENTES COM A HISTÓRIA DE DIABETES E AMPUTAÇÃO	37
5.7. ASSOCIAÇÃO ENTRE CARACTERÍSTICAS DO GRUPO-ESTUDO E A AVALIAÇÃO PSICOSSOCIAL.....	39
5.8. ASSOCIAÇÃO ENTRE RENDIMENTOS E TIPO DE AMPUTAÇÃO.....	49
6. DISCUSSÃO DE RESULTADOS	51
6.1. A INCIDÊNCIA DOS DIABÉTICOS AMPUTADOS EM RELAÇÃO AO CONTEXTO NACIONAL E LOCAL.....	51
6.2. O QUE CARACTERIZA O DIABÉTICO AMPUTADO DO CONCELHO DO PORTO	52
6.3. CONTEXTO CLÍNICO DO DIABÉTICO AMPUTADO.....	54
6.4. A AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA COMO UM FATOR DETERMINANTE PARA A CARACTERIZAÇÃO DO DIABÉTICO AMPUTADO	56
6.5. LIMITAÇÕES DO ESTUDO	58
7. CONCLUSÕES	61
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	65
ANEXOS	71
ANEXO A.....	71
ANEXO B.....	73
ANEXO C.....	81
ANEXO D.....	83

Lista de Siglas e Abreviaturas

ACES:	Agrupamento de Centros de Saúde
ACSS:	Administração Central dos Serviços de Saúde
ARS:	Administração Regional de Saúde
CS:	Centro de Saúde
CHP:	Centro Hospitalar do Porto
CHSJ:	Centro Hospitalar S.João
DCV:	Doença Cardiovascular
DM1:	Diabetes Mellitus tipo 1
DM2:	Diabetes Mellitus tipo 2
DP:	Desvio Padrão
EU- SILC:	European Union - Survey on Income and Living Conditions
GDH:	Grupos de Diagnósticos Homogéneos
HADS:	Hospital Anxiety and Depression Scale
ICPC:	«Classificação Internacional de Cuidados Primários»
INE:	Instituto Nacional de Estatística
INS:	Inquérito Nacional de Saúde
QdV:	Qualidade de Vida
QOL:	score Quality of Life (valor da avaliação da Qualidade de Vida através do WHOQOL-Bref) – muitas vezes utilizado no contexto de referência a «Qualidade de Vida»
OMS:	Organização Mundial de Saúde
ONS:	Official National Statistics – entidade Inglesa homóloga ao INE
UCF:	Unidade Coordenadora Funcional
WHOQOLBREF:	«Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde – versão breve»

Índice de Tabelas

Tabela 1 Caracterização geral do grupo-estudo em relação a idade, sexo, escolaridade e estado civil.....	30
Tabela 2 Caracterização do grupo-estudo em relação a freguesia de residência, nacionalidade, dimensão do agregado familiar, ocupação nas duas semanas anteriores à aplicação do questionário e causa associada e quanto acessibilidade à habitação	31
Tabela 3 Caracterização do grupo-estudo quanto a acesso a cuidados de saúde, níveis de rendimentos e apoio social.....	32
Tabela 4 Caracterização do grupo-estudo quanto à idade de diagnóstico de diabetes, anos vividos com a doença, tipo de terapêutica, prevalência de doenças crónicas e número de consultas efetuadas no centro de saúde nos últimos 12 meses.....	33
Tabela 5 Caracterização do grupo-estudo quanto à prevalência de indivíduos com prótese, idade da primeira amputação, idade da primeira amputação minor e major e distribuição por tipo de amputação	34
Tabela 6 Resultados da avaliação clínica de ansiedade e depressão, através da aplicação do HADS.....	35
Tabela 7 Caracterização do grupo estudo em relação à avaliação da qualidade desagregada por 4 temas.....	35
Tabela 8 Análise bivariada da idade em relação às variáveis tempo entre idade de diagnóstico da Diabetes e a idade da primeira amputação, idade da amputação minor, idade da amputação major, idade da primeira amputação.....	37
Tabela 9 Análise bivariada dos rendimentos em relação às variáveis tempo entre idade de diagnóstico da Diabetes e a idade da primeira amputação, idade da amputação minor, idade da amputação major, idade da primeira amputação.....	38
Tabela 10 Análise bivariada do número de consultas nos cuidados primários nos últimos 12 meses em relação às variáveis tempo entre idade de diagnóstico da Diabetes e a idade da primeira amputação, idade da amputação minor, idade da amputação major, idade da primeira amputação	38

Tabela 11 Análise bivariada do tamanho do agregado familiar em relação às variáveis tempo entre idade de diagnóstico da Diabetes e a idade da primeira amputação, idade da amputação menor, idade da amputação major, idade da primeira amputação	38
Tabela 12 Análise bivariada das variáveis idade de diagnóstico da Diabetes e a idade da primeira amputação, idade da amputação menor, idade da amputação major, idade da primeira amputação entre si.....	39
Tabela 13 Análise bivariada da variável sexo em função das variáveis Avaliação Psicossocial, por domínio e avaliação clínica de ansiedade/depressão	40
Tabela 14 Análise bivariada da variável escolaridade em função das variáveis Avaliação Psicossocial por domínio e avaliação clínica de ansiedade/depressão	41
Tabela 15 Análise bivariada da variável escolaridade em função do resultado da avaliação clínica de ansiedade/depressão	41
Tabela 16 Análise bivariada da variável escolaridade em função da variável de avaliação clínica da ansiedade/depressão	42
Tabela 17 Análise bivariada da variável tipo de amputação em função das variáveis Avaliação Psicossocial por domínio e avaliação clínica de ansiedade/depressão	42
Tabela 18 Análise bivariada da variável ocupação em função das variáveis Avaliação Psicossocial por domínio e avaliação clínica de ansiedade/depressão	43
Tabela 19 Análise bivariada da variável estado civil em função das variáveis Avaliação Psicossocial por domínio e avaliação clínica de ansiedade/depressão	44
Tabela 20 Análise bivariada da variável apoio social em função das variáveis Avaliação Psicossocial por domínio e avaliação clínica de ansiedade/depressão	45
Tabela 21 Análise bivariada da variável acesso à habitação em função das variáveis Avaliação Psicossocial por domínio e avaliação clínica de ansiedade/depressão.....	45
Tabela 22 Análise bivariada da variável ter elevador em função das variáveis Avaliação Psicossocial por domínio e avaliação clínica de ansiedade/depressão	46
Tabela 23 Análise bivariada do variável acesso a cuidados de saúde em função das variáveis Avaliação Psicossocial por domínio e avaliação clínica de ansiedade/depressão.....	46

Tabela 24 Análise bivariada da variável capacidade económica de acesso a cuidados de saúde em função das variáveis Avaliação Psicossocial por domínio e avaliação clínica de ansiedade/depressão..... 47

Tabela 25 Estudo da correlação entre os domínios da avaliação da Qualidade de vida e avaliação clínica de ansiedade e depressão, e as variáveis idade, rendimentos, número de consultas nos últimos 12 meses, tamanho do agregado familiar, idade de diagnóstico de Diabetes, o tempo entre a idade do diagnóstico de diabetes e a idade em que ocorreu a primeira amputação, idade em que ocorreu amputação minor e major 48

Tabela 26 Estudo da correlação entre as variáveis dos diferentes domínios da avaliação da qualidade de vida, e entre a variável HADS. 48

Índice de Gráficos

Gráfico 1 Taxa de sobrevivência a cinco anos dos 4 tipos de cancro mais comuns e taxa de sobrevivência relativa estimada a cinco anos de pacientes diabéticos com úlcera no pé (20)	9
Gráfico 2 Scores (da escala EQ-5D) da Qualidade de vida relacionada com a saúde, de doentes diabéticos com úlcera no pé e com outras morbilidades crónicas (20)	10
Gráfico 3 Proporção de causas dos internamentos por Descompensação/ Complicações da Diabetes (4)	11
Gráfico 4 Amputações dos membros inferiores consequente de Diabetes (3).....	12
Gráfico 5 Estrutura hierárquica do WHOQOLBREF: por domínios e temas das questões ..	23
Gráfico 6 Número de novos casos de Diabéticos Amputados/ano, série de 2013-2015 CHP	29
Gráfico 7 Incidência de casos de amputação minor e major entre 2013 -2015 em relação a casos intervencionados no CHP (censos 2011)	29
Gráfico 8 Box-plot da distribuição dos scores de avaliação WHOQOLBREF-26 por domínio	36
Gráfico 9 Distribuição de indivíduos com amputação minor e major de acordo com níveis de rendimento.....	49
Gráfico 10 Proporção de patologias reportadas no grupo-estudo	54

1. Introdução

No Agrupamento de Centros de Saúde (ACeS) Grande Porto V - Porto Ocidental) onde o presente investigador se inseria em 2014, a Diabetes Mellitus¹ era um problema prioritário de saúde identificado pelo diagnóstico de situação. Em particular, a problemática dos diabéticos amputados surge pela falta de conhecimento de dados epidemiológicos mais atualizados e do estado de saúde global deste grupo populacional.(1) Neste contexto, a Unidade Coordenadora Funcional para a Diabetes (UCFD) (2) do ACeS promoveu o estudo dos fenómenos de saúde relativos à área de influência, como os diabéticos amputados, com o objetivo de conseguir desenhar estratégias específicas e eficientes contra a Diabetes e morbilidades associadas. O investigador, sendo membro desse AceS, procurou apoiar o trabalho da UCFD através de um estudo aumetasse o conhecimento sobre os doentes diabéticos com amputação não-traumática.

A nível mundial, a Diabetes é uma das doenças com maior prevalência e com consequências significativas a nível da morbilidade e mortalidade.(3) A progressão desta doença está associada a várias patologias que reduzem a qualidade de vida destes utentes. Uma das patologias associadas que mais impacto têm é o Pé Diabético. (3,4)

O Pé Diabético tem uma progressão para manifestação de fenómenos macro e microangiopáticos periféricos que resultam, em alguns utentes, na amputação. Esta intervenção traduz-se em utentes que necessitam de cuidados que atravessam todos os níveis dos cuidados de saúde e é um evento que só poderá ser mitigado com a implementação de estratégias de prevenção primordial a quartenária. (4,5)

A amputação em diabéticos pode envolver um número reduzido de utentes em relação ao restante população de diabéticos, mas as necessidades de resposta em termos de serviços de saúde é grande, acrescentando-se, por exemplo, custos diretos com transporte, consultas de várias especialidades, produção hospitalar de cirurgia e exames clínicos e laboratoriais, cuidados de higiene e tratamentos em ambiente de ambulatório e domiciliar, por exemplo. (4) A par dos custos diretos com tratamentos e de reabilitação física em utentes diabéticos amputados, há evidência de que fatores como a depressão ou fatores que influenciam a qualidade de vida são igualmente importantes e influenciam o prognóstico e evolução da patologia do Pé Diabético e do fenómeno de amputação não traumática no diabético. (6–9)

¹ Para efeitos neste documento, sempre que se lê “Diabetes”, é referência à condição de Diabetes Mellitus

No início do trabalho de investigação, durante a revisão de literatura, foi identificado que o segmento dos diabéticos submetidos a amputação não traumática dos membros inferiores C pouco conhecimento empírico e atualizado sobre o seu estado de saúde, nomeadamente em relação a fenómenos de ansiedade e depressão. No entanto, havia várias referências a situações sociais neste grupo e que este era um fenómeno de saúde discutido em termos de processo de contratualização dos cuidados de saúde primários. (10)

Neste contexto, este trabalho tem como objetivo caracterizar a população de Diabéticos com amputação não traumática e residentes no Concelho do Porto, a nível sociodemográfico, de morbilidades psicossociais e físicas e de qualidade de vida. O estudo incluiu todos os que foram sujeitos a intervenção cirúrgica para amputação não traumática dos membros inferiores desde 1 de janeiro de 2013 a maio de 2015, no Centro Hospitalar São João ou Centro Hospitalar do Porto.

Em termos de estrutura, este documento apresenta inicialmente o enquadramento conceptual da problemática, seguindo-se a apresentação do método de investigação e análise utilizado, apresentação dos resultados e sua discussão e apresentação das considerações finais, onde se incluem as principais conclusões do estudo.

A metodologia deste trabalho teve por base a utilização de instrumentos de recolha de dados validados e ajustados a uma caracterização da população-alvo, tanto a nível dos seus determinantes intrínsecos, como dos seus determinantes sociofamiliares e ambientais relevantes (como barreiras à mobilidade existentes, tamanho do agregado familiar ou situação de emprego).

Dentro do contexto inicial deste trabalho, o autor pretendeu contribuir para uma área de atividade do serviço a que pertence e, conseqüentemente, melhorar a qualidade da prestação de cuidados de saúde a um conjunto de utentes com situações de saúde, doença e condicionantes sociais. Este trabalho pretende trazer ganhos em saúde através do aumento do conhecimento sobre este grupo populacional e, desta forma, apoiar as atividades de intervenção em Saúde Pública.

2. Enquadramento Teórico

2.1. A Diabetes Mellitus

Segundo a literatura de referência, a Diabetes Mellitus é um distúrbio metabólico de múltipla etiologia, que se caracteriza por uma hiperglicemia crônica com distúrbios no metabolismo dos hidratos de carbono, lípidos e proteínas, que resulta de deficiências na secreção e/ou ação da insulina. Na maioria das vezes os sintomas iniciais não são graves, podendo até estar ausentes. Pode estar presente, durante um período de tempo extenso (anos), uma hiperglicemia “silenciosa”, que pode causar alterações patológicas e funcionais antes de ser feito o diagnóstico.

As pessoas que sofrem de Diabetes têm um risco aumentado de doença cardiovascular, de doenças vasculares periféricas e cerebrovasculares. Em casos mais graves, pode agravar-se o quadro clínico que pode conduzir a letargia, coma e, na ausência de tratamento adequado, à morte. (11)

Estão envolvidos no desenvolvimento da Diabetes vários mecanismos patogénicos. Estes incluem mecanismos que destroem as células- β do pâncreas com conseqüente deficiência de insulina (Diabetes Mellitus tipo1/Diabetes Insulinodependente, mais rara), e outros que resultam na resistência à ação da insulina (Diabetes Mellitus tipo2/Diabetes não Insulinodependente). As perturbações nos metabolismos glucídico, lipídico e protídico devem-se à deficiente ação da insulina nos tecidos alvo, que resulta da insensibilidade ou falta de insulina. Contrariamente à DM2, a DM1 aparece com maior frequência nas crianças e nos jovens, podendo também aparecer em adultos e até em idosos. Este tipo de DM não está diretamente relacionada, como no caso da DM2, com hábitos de vida ou de alimentação errados, mas sim com a manifesta falta de insulina. Estes doentes necessitam de uma terapêutica com insulina para toda a vida.” (11–13)

“Frequentemente, a DM2 permanece muitos anos sem ser diagnosticada pois, em geral, a hiperglicemia não é suficientemente elevada para provocar sintomas. No entanto, estes doentes apresentam um risco aumentado de desenvolverem complicação macro e microvasculares.” (11)

2.2. Implicações da Diabetes

A problemática da Diabetes tem destaque como prioridade de Saúde desde a década de 70, na altura sob a forma do Programa Nacional de Controlo da Diabetes, tendo sido integrado no Plano Nacional de Saúde, como o Programa Nacional para a Diabetes. (14,15) Nos últimos anos tem sido prioridade monitorizar o fenómeno da Diabetes em vários contextos, tendo vindo a ser promovidas várias iniciativas de investigação e de intervenção. (15)

A importância de reforçar as respostas de intervenção e a importância da saúde pública na ação sobre esta problemática, nomeadamente na componente de diagnóstico de situação e avaliação de riscos, tem vindo a ser destacado em termos legislativos e a ser estimulada pelo próprio programa nacional. (15,16)

Desta forma, tem sido integrado nos contratos-programa dos ACeS vários indicadores que motivem o acompanhamento e tratamento do fenómeno da diabetes e comorbilidades associadas e a implementação de ações de promoção e prevenção. Neste conjunto de indicadores são realçados aspetos importantes como a avaliação da proporção de utentes diabéticos com terapêutica de insulina ou não-insulínicos, cumprimento de vigilância, em particular sobre a incidência de diabéticos amputados major residentes na área de influência do ACeS. A importância do contexto da diabetes na população de uma área local de serviços de saúde é realçada quando se observa que uma das dimensões de *clusters* para a avaliação de desempenho é o “peso” da Diabetes a nível local. Isto quer dizer que a classificação das Unidades Funcionais e dos ACeS a nível nacional pode ser estratificada de acordo com a proporção de utentes inscritos com diabetes. (17)

No seguimento do estudo desta problemática e seu impacto nos serviços de saúde, a inclusão de um indicador de avaliação de amputação major em diabéticos é relevante por vários motivos. Em primeiro lugar, a amputação destaca-se pelo fator económico, como condição com elevados gastos para o Serviço Nacional de Saúde, tanto a nível de tratamento farmacológico como a nível de reabilitação física e acompanhamento pelos serviços, logo é essencial orientar estrategicamente os serviços para a redução do fenómeno e eventos associados (15). Em segundo lugar, sabe-se que as intervenções para reduzir o número de complicações associadas à diabetes partem de um pensamento estratégico com base numa perspetiva e ação de saúde pública e de cuidados de saúde primários. Em terceiro lugar, é do conhecimento científico que a medição da amputação major é um sinal indireto do sucesso da intervenção a montante, acrescentando-se o desempenho da vigilância sobre a magnitude das condicionantes ambientais e sociais sobre a evolução da doença. (18) Por isso, o estudo de um perfil do diabético amputado pode indicar áreas que possam contribuir para a redução

da incidência de diabéticos amputados e até de outros fenómenos de morbilidade da Diabetes, como a retinopatia ou a ansiedade ou depressão.

A importância da avaliação da depressão e ansiedade no contexto de uma amputação é realçado pela literatura, nomeadamente pela influência que estes determinantes têm sobre o prognóstico pós amputação. Assim, na perspetiva de saúde pública, tem sentido procurar estudar o perfil de um diabético amputado em associação com a avaliação do diagnóstico clínico da ansiedade e depressão. Paralelamente sabe-se que há determinantes sociodemográficos (como condições de habitabilidade, presença de apoio social ou situação de isolamento social) que são condicionantes do próprio diagnóstico de ansiedade ou depressão.(19–21)

A evidência para suportar o uso, a nível do pensamento estratégico de intervenção de escalas de avaliação psicossocial dos diabéticos, em qualquer momento da evolução da doença, tem vindo a aumentar. A medição da qualidade de vida através de um instrumento de avaliação permite apoiar a determinação do prognóstico de doença e quais as áreas de intervenção a focar de acordo com os resultados nos diferentes domínios de qualidade de vida – como físicos, psicológicos, fatores sociais e ambientais. (22)

A inclusão, neste trabalho, destas várias vertentes de estudo permite obter um cenário o mais completo possível do *status* do diabético amputado. Assim, uma imagem do grupo-estudo atual constituirá um apoio à gestão da área local dos serviços de saúde públicos e apoiará a intervenção de uma equipa multidisciplinar. (22,23)

2.3. Diabetes, um problema à escala global

A situação da DM não é uma problemática prioritária só na área do concelho onde a investigação foi efetuada, tem impacto significativo em tudo o mundo. A OMS contextualiza a problemática da Diabetes a nível global com os seguintes factos:

1. 347 Milhões de pessoas em todo o mundo têm Diabetes. É uma epidemia global, consequente de um aumento rápido de prevalência de excesso de peso, obesidade e de sedentarismo;
2. Prevê-se que a Diabetes se torne a 7ª principal causa de morte à escala global no ano 2030; estima-se que o número total de mortes por Diabetes aumente em mais de 50% até 2024;
3. A DM2 é responsável por mais de 90% de todos os diagnósticos de Diabetes em todo o mundo. Os registos de diagnósticos deste tipo de Diabetes em crianças – algo que era raro – têm aumentado em todo o mundo. Em alguns países, quase metade dos novos casos de diagnóstico de DM2 tem sido em crianças e adolescentes;
4. A Doença Cardiovascular (DCV) é responsável por 50% a 80% das mortes em pessoas com diagnóstico de Diabetes. A Diabetes tornou-se numa das principais causas de mortalidade e morbilidade prematura na maioria dos países, principalmente através do aumento de risco de DCV;
5. Em 2012, a Diabetes foi a causa direta de 1,5 milhões de mortes. A Diabetes provocou 5,1 milhões de mortes em 2013. A cada seis segundos morre uma pessoa por Diabetes; (10)
6. Os países com baixo e médio nível de rendimentos são onde ocorre 80% das mortes por Diabetes. Nos países mais desenvolvidos, a maioria das pessoas com Diabetes estão em idades de reforma, enquanto nos países em vias de desenvolvimento os indivíduos entre os 35-64 anos de idade são os mais afetados;
7. A Diabetes é a principal causa de cegueira, amputação e insuficiência renal. A falta de conhecimento sobre as Diabetes, combinada com o acesso insuficiente a cuidados de saúde e terapêutica essencial, pode levar a complicações como as acima referidas;
8. A DM2 pode ser prevenida. A prática de atividade física de média intensidade, com duração de 30 minutos na maioria dos dias da semana, e uma dieta saudável podem reduzir drasticamente o risco de desenvolver DM2. (3)

2.4. As Complicações associadas à Diabetes

A Diabetes tem várias complicações associadas em que a sua manifestação tem interferência noutras comorbilidades, este conjunto de fatores cria efeitos cumulativos que induzem o agravamento da condição dos utentes:

- Retinopatia – lesão da retina;
- Nefropatia – lesão renal;
- Neuropatia – lesão nos nervos periféricos do organismo;
- Macroangiopatia – doença coronária, cerebral e dos membros inferiores;
- Hipertensão arterial;
- Hipoglicemia – nível baixo do açúcar no sangue;
- Hiperglicemia – nível elevado de açúcar no sangue;
- Lípidos no sangue – gorduras no sangue;
- Pé diabético – arteriopatia, neuropatia;
- Doenças cardiovasculares – angina de peito, ataques cardíacos e acidentes vasculares cerebrais;
- Obstrução arterial periférica – perturbação da circulação, por exemplo nas pernas e nos pés;
- Disfunção e impotência sexual – a primeira manifesta-se de diferentes formas em ambos os sexos;
- Infeções diversas e persistentes – boca e gengivas, infeções urinárias, infeções das cicatrizes depois das cirurgias. (24)

2.5. O Pé Diabético como complicação major da Diabetes e a evolução para a amputação

A DM é uma doença crónica que, durante a sua história natural, traz complicações macroangiopáticas (onde há um agravamento progressivo no aporte de oxigénio aos pés) e neuropáticas. Estas complicações têm como consequência o aumento de lesões nas extremidades dos membros inferiores, nomeadamente no pé. Este quadro designa-se por “Pé Diabético”. Por não existir vascularização dos tecidos do pé, este fica fragilizado e, quando se forma uma ferida (que evolui para úlcera), há uma progressiva redução do processo cicatricial, podendo, em casos mais graves, evoluir para a necrose dos tecidos. Quando se chega a este estado é necessária a amputação para que o tecido próximo, que está são, não seja infetado e/ou afetado pelos produtos metabólicos tóxicos derivados do processo de inflamação e de necrose. (20,24,25)

Os fatores de risco diretamente relacionados com a condição de DM associada à amputação não traumática dos membros inferiores incluem o tempo prolongado de doença, fraco controlo da glicémia e pressão sistólica elevada. (20,25) Os determinantes sociais também influenciam o risco de amputação e o prognóstico dos diabéticos pós amputação. Alguns estudos referem que o estatuto socioeconómico é tanto um fator de risco para a intervenção de amputação, como também um elemento de agravamento do prognóstico pós-amputação. (25–27)

De acordo com dados dos EUA, anualmente, quase 50 000 intervenções cirúrgicas de amputação são devidas ao agravamento do quadro clínico “Pé Diabético”. A maioria destes indivíduos são readmitidos para internamento devido a complicações associadas ao membro afetado durante o ano seguinte à amputação.(28) Estudos qualitativos relevam que as amputações consequentes do Pé Diabético com úlcera têm, frequentemente, um impacto social, económico e com consequências psicológicas negativas, tanto para o indivíduo doente como para os membros envolventes da sua família.(27) Segundo uma publicação do Official National Statistics (Gráfico 1), a sobrevivência dos diabéticos com úlcera no pé a 5 anos [em indivíduos entre 70-74 anos] é inferior à dos doentes com cancro da próstata e cancro da mama, na Inglaterra. (23)

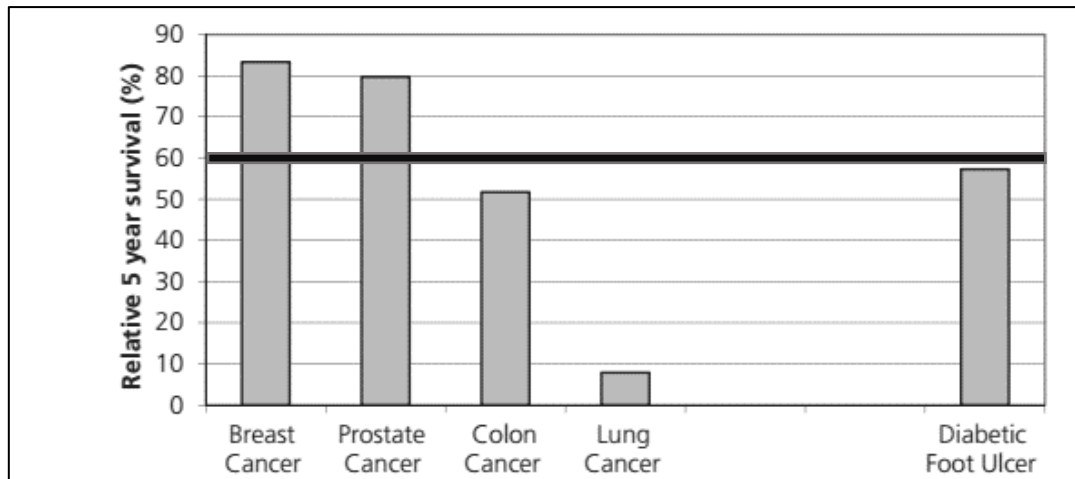


Gráfico 1 Taxa de sobrevivência a cinco anos dos 4 tipos de cancro mais comuns e taxa de sobrevivência relativa estimada a cinco anos de pacientes diabéticos com úlcera no pé (23)

A patologia do pé diabético é uma das complicações mais graves da Diabetes, sendo o “principal motivo de ocupação prolongada de camas hospitalares pelas pessoas com Diabetes e a responsável por aproximadamente 70% de todas as amputações efetuadas por causas não traumáticas. Estima-se que quase 25% de todas as pessoas com Diabetes tenha condições favoráveis ao aparecimento de lesões nos pés, nomeadamente pela presença de neuropatia sensitivo-motora e de doença vascular aterosclerótica.” (29)

Um outro estudo, no Reino Unido, revelou que metade das amputações observadas (major e minor), no período entre 2007-2010, ocorreram em diabéticos (49%). A incidência observada foi de 2.51/1000 em diabéticos e de 0,11/1000 em não diabéticos (RR = 23,3). A maioria das amputações no grupo dos diabéticos foram minor. (30)

2.6. Fatores psicossociais da amputação não traumática no diabético

Existem vários estudos sobre a estatística de prevalência de pé diabético e a amputação não traumática em doentes com Diabetes, mas poucos estudos existem, tanto a nível nacional como a nível internacional, sobre a adaptação à amputação, qualidade de vida e condição social dos diabéticos nesta situação. (27,31–33)

A medição da qualidade de vida fornece uma perspetiva mais global da condição de diabético amputado. A associação entre doença e determinantes psicossociais revela-se facilmente em estudos sobre impacto social da Diabetes. Nestes estudos, quando comparados com os diabéticos não amputados, os diabéticos sujeitos a amputação não traumática major dos membros inferiores tinham uma significativa pior adaptação ao novo estado de qualidade de vida e maior severidade nos diagnósticos de depressão e de ansiedade. Estes doentes chegavam a apresentar *scores* de avaliação de qualidade de vida inferiores aos de doentes com Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica ou em Hemodiálise (Gráfico 2). (23)

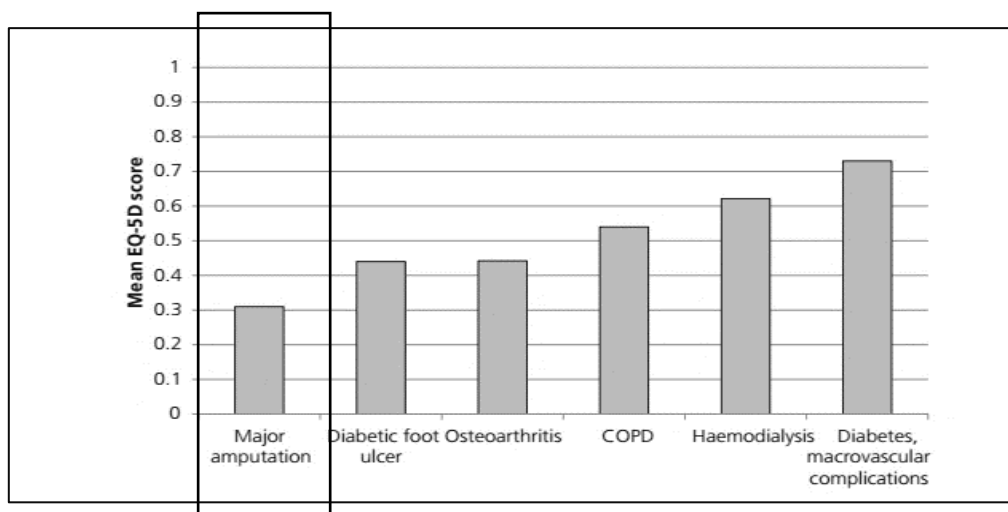


Gráfico 2 Scores (da escala EQ-5D) da Qualidade de vida relacionada com a saúde, de doentes diabéticos com úlcera no pé e com outras morbilidades crónicas (23)

Fenómenos como a presença de barreiras físicas à mobilidade ou apoio social influenciam a mobilidade dos utentes e, conseqüentemente, a sua acessibilidade a cuidados de saúde ou afetam a sua capacidade para conseguir concretizar um projeto de vida. A observação clínica pura não tem em conta fluxogramas que coloquem estas questões em detalhe. É por isso que, perante um problema tão complexo como o diabético amputado, se espera que a avaliação da qualidade de vida seja um instrumento de determinação mais completo do estado e prognóstico destes utentes.

A qualidade de vida, como avaliação psicossocial, revela uma associação com estados de depressão e/ou ansiedade clínica. A inclusão da avaliação da depressão e ansiedade clínica

a par com a avaliação da qualidade de vida serve para validar o grau de influência dos determinantes envolventes ao doente - se conseguem ou não afetar a psicologia do utente. Esta combinação mede a urgência da necessidade de intervenção e esclarece a necessidade de intervenção a nível de saúde mental. Sabe-se que a depressão está associada, como um fator de impacto negativo, à motivação para aderir a programas de reabilitação funcional e à qualidade de vida. (27,31–33)

2.7. Contexto epidemiológico nacional e regional

No contexto da realidade mais próxima deste estudo, foi possível retirar da literatura revista que em 2014, a prevalência estimada da Diabetes na população portuguesa com idades compreendidas entre os 20 e os 79 anos (7,7 milhões de indivíduos) foi de 13,1%, isto é, mais de 1 milhão de portugueses neste grupo etário tem Diabetes. Verifica-se a existência de uma diferença estatisticamente significativa na prevalência da Diabetes entre os homens (15,8%) e as mulheres (10,8%). Verifica-se também a existência de um forte aumento da prevalência da Diabetes com a idade. Mais de um quarto das pessoas entre os 60-79 anos tem Diabetes. (uma tendência crescente para este grupo etário e o seguinte mais jovem) (4)

Em 2013, a Diabetes representou oito anos de vida perdida por cada óbito por Diabetes na população com idade inferior a 70 anos. A população com Diabetes representou, em 2014, 24,8% da letalidade intra-hospitalar no SNS (correspondendo a 11736 indivíduos). Desde 2009 que a proporção de utentes saídos por complicações circulatórias periféricas em diabéticos se mantém acima dos 22% (Gráfico 3), o que salienta a potencial maior magnitude do “Pé Diabético” comparativamente às outras complicações.

Causas dos Internamentos por Descompensação/ Complicações da Diabetes (com a exclusão dos Day Cases) nos Hospitais do SNS						
	2009	2010	2011	2012	2013	2014
DM c/ Cetoacidose	15%	15%	15%	14%	14%	15%
DM c/ Hiperosmolaridade	4%	4%	4%	5%	5%	5%
DM c/ Coma Diabético	2%	2%	2%	1%	2%	2%
DM c/ Manifestações Renais	10%	10%	11%	12%	12%	12%
DM c/ Manifestações Oftálmicas	11%	10%	10%	9%	8%	8%
DM c/ Manifestações Neurológicas	2%	2%	3%	3%	3%	3%
DM c/ Alterações Circulatórias Periféricas	22%	24%	22%	22%	24%	24%
DM s/ Menção de Complicações	18%	19%	20%	19%	19%	18%
DM c/ Outras Manifestações Especificadas	14%	12%	13%	13%	14%	14%
DM c/ Complicações Não Especificadas	2%	2%	2%	1%	1%	1%
Utentes Saídos dos Internamentos – Total	10 625	9 943	9 318	9 327	8 903	8 139

Fonte:
GDH –ACSS/DGS; N.º de Internamentos (Utentes Saídos) DM – Diagnóstico Principal – Continente – SNS; Tratamento OND

Gráfico 3 Proporção de causas dos internamentos por Descompensação/ Complicações da Diabetes (4)

O número de utentes saídos (internamentos hospitalares) por “Pé Diabético” registou um acréscimo entre 2011 e 2013 (mais 201 episódios). O número total de amputações dos membros inferiores, por motivo de Diabetes, também tem registado uma ligeira trajetória de crescimento nesse mesmo período (associado principalmente ao aumento das amputações menor). No entanto, a tendência dos últimos 10 anos é decrescente. (Gráfico 4)

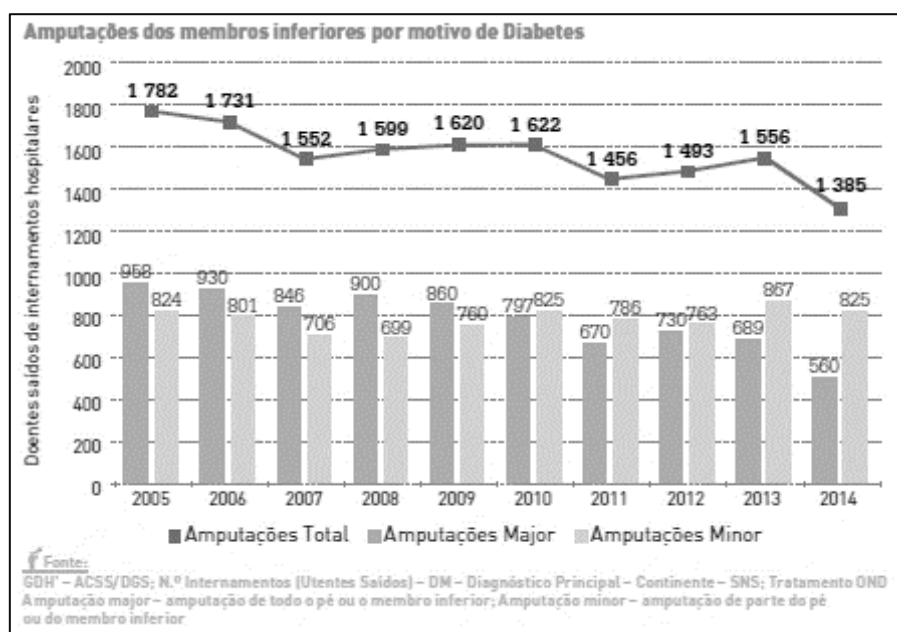


Gráfico 4 Amputações dos membros inferiores consequente de Diabetes (4)

A Região Norte é a região com menor número de amputados por 100 000 residentes (6,0 e 4,4, maior e menor, respetivamente), abaixo do valor nacional. (4)

Se apenas se considerar a população com Diabetes diagnosticada em Portugal em 2014 o custo aparente desta doença representa 862 milhões de euros (para todos os indivíduos com Diabetes diagnosticada entre os 20-79 anos). A Diabetes representou nesse ano um custo estimado entre 0,7-0,9% do PIB e 8-10% da despesa em saúde. (4)

Uma das consequências da amputação é o potencial reequilíbrio, com aumento da carga sobre o outro membro inferior, o que traz um aumento de risco para nova amputação não traumática (com ou sem prótese colada previamente). Segundo a evidência, 5 anos após a primeira amputação, mais de metade dos amputados terão de ser sujeitos a nova intervenção cirúrgica para amputação não traumática no membro inferior contralateral. (29)

2.8. Contexto epidemiológico local quanto à magnitude do Diabético Amputado

No seguimento do estudo do contexto epidemiológico, foi efetuada uma pesquisa sobre o conhecimento quanto à temática a nível do ACeS Porto Ocidental como ponto de fundamentação para a implementação do estudo.

O relatório de indicadores de fevereiro de 2015 utilizado no diagnóstico da UCFD do ACeS em causa, mencionava que em outubro de 2014 a incidência da DM1 era de 0,03 e a de DM2 era de 0,45 por cada 100 inscritos no SNS. No mesmo relatório observa-se que: em 128 indicadores, 30 são referentes à condição de Diabetes e nenhum referente a amputações não traumáticas, consequentes de Diabetes. O mesmo documento identificava que 76% dos diabéticos vigiados tinham registo de risco de ulceração no pé e que 8,33% manifestavam uma úlcera ativa do pé.

Com base numa pesquisa no SIARS (com a opção de observar os dados recolhidos em 4 Centros de Saúde do ACeS) e escolhendo o código ICPC L28 (limitação funcional, funcional/incapacidade), cruzado com os códigos respetivos a DM1 e 2 (T89 e T90, respetivamente), observou-se que houve um crescimento no número de diabéticos inscritos entre janeiro de 2012 e dezembro de 2014 e com registo simultâneo de limitação funcional/incapacidade. Porém, este aumento pode ter ocorrido por melhoria dos registos de diagnóstico nos cuidados de saúde primários.

Dados comunicados pela UCFD, em 2011, identificavam que o ACeS Porto Ocidental teve uma incidência de amputações major em diabéticos de 6,6 por 100 000 residentes, que contrastava com os dados da ARS Norte que, para a mesma situação, teve uma incidência de 2,6 por 100 000 residentes. Fica por esclarecer se estes dados têm interferência por parte de fenómenos como mau acompanhamento dos utentes ou assimetrias na qualidade do registo nas instituições.

2.9. Finalidade da investigação

Após apresentação da contextualização do tema e pesquisa preparatória, o investigador identificou que existe informação sobre os fatores de risco, determinantes da condição de Diabetes e sua relação com a amputação e informação relativa à epidemiologia da sobrevivência e probabilidade da necessidade de novas amputações. Ficou também demonstrado que o ACeS Porto Ocidental revelava um valor superior de diabéticos amputados major comparativamente à Região Norte, colocando este ACeS como área prioritária de intervenção relativamente a intervenção neste grupo populacional.

No entanto, a informação obtida é omissa quanto ao contexto psicossocial atual deste grupo populacional e, principalmente, o que os caracteriza quanto a outros fatores, como determinantes sociais. Ora, a revisão da literatura mostra que é tão importante a contextualização de morbilidades intrínsecas tradicionais dos utentes diabéticos (e principalmente os que sofreram uma amputação não-traumática) – como o tipo de amputação ou comorbilidades físicas – quanto o conhecimento relativamente ao seu contexto psicossocial e social.

A finalidade deste trabalho de investigação é o de contribuir para aumentar o conhecimento quanto à caracterização dos diabéticos amputados no concelho do Porto, no que diz respeito a determinantes sociais (incluída caracterização de alguns elementos urbanos envolventes), características de morbilidade física e psicológica, e avaliar a qualidade de vida.

A partir da informação obtida espera-se que se crie uma base de trabalho para o planeamento de intervenções de saúde dirigidas, adequadas e mais eficientes, trazendo melhoria da qualidade de vida e redução da severidade das comorbilidades associadas à Diabetes, em particular na condição de amputação não traumática no contexto de Diabetes.

3. Objetivos

3.1. Objetivo geral:

Este estudo pretende caracterizar a população de Diabéticos que são residentes no Concelho do Porto, com pelo menos uma amputação não traumática dos membros inferiores, efetuada entre 1 de janeiro de 2013 e fim do primeiro semestre de 2015, com particular destaque sobre a avaliação psicossocial.

3.2. Objetivos específicos:

1. Determinar a prevalência de utentes residentes no Concelho do Porto que são Diabéticos com amputação não traumática, em 2015
2. Caracterizar quanto às variáveis sociodemográficas
3. Caracterizar quanto às variáveis sobre as morbilidades físicas relacionadas com a Diabetes e a Amputação
4. Caracterizar quanto às variáveis sobre morbilidades psicológicas (nomeadamente *depressão e ansiedade*);
5. Avaliar a qualidade de vida do grupo-estudo;
6. Testar a existência de associação entre características sociodemográficas e as características clínicas do grupo estudo;
7. Testar a existência de associação entre as características sociodemográficas, de morbilidade física e os resultados da avaliação clínica de ansiedade e depressão e avaliação da qualidade de vida;
8. Propor um conjunto de recomendações que tenham em conta os resultados obtidos mais relevantes para uma estratégia de intervenção sobre este grupo populacional.

4. Métodos

4.1. Tipo de Estudo

Com base no enquadramento referido e objetivos propostos, realizou-se um estudo observacional, transversal e descritivo.

Pretendeu-se caracterizar um grupo-estudo de acordo com um conjunto de variáveis. Para esta caracterização foi protocolada uma recolha de dados através da aplicação de um questionário hétero-administrado. A importância de haver interação direta com a população-alvo prendeu-se pelo facto de haver certas variáveis que levantam questões técnicas de caracterização de patologia e que seriam melhor esclarecidas com a presença de um investigador formado na área das ciências médicas. A presença de um investigador durante a administração de um questionário também é uma mais-valia, pois as dúvidas são esclarecidas mais rapidamente e o viés de resposta pode ser evitado.

4.1.1. População Alvo

A população-alvo foi constituída por todos os indivíduos residentes na área de influência do ACeS Porto Ocidental ou Oriental, com diagnóstico de Diabetes e que se encontravam amputados (amputação não traumática minor ou major) em consequência da doença. À data do início do estudo não havia acesso à ficha de caracterização dos ACeS feita pelos serviços de administração central, pelo que uma estimativa foi calculada com base na incidência de amputação major em 2011 – 6,6 por 100 000 residentes. Ou seja, para uma população residente de 124.887 no ACeS Porto Ocidental (Censos 2011, INE), poderia encontrar-se, aproximadamente 40 diabéticos com amputação major em todo o concelho (assumindo um valor igual no ACeS homólogo – Porto Oriental). Considerando que o número de diabéticos com amputação minor é duas a três vezes superior ao número de amputados major, estimava-se que existissem 120 a 160 novos diabéticos amputados (minor e major) no Concelho do Porto (desde 1 de janeiro de 2013).

4.1.2. População em Estudo

A população em estudo foi constituída pelo conjunto da população-alvo que aceitou participar no estudo e que respondeu a um inquérito por aplicação de um questionário hétero-administrado.

4.2. Unidade de Observação

A unidade de observação foi o indivíduo que tem o diagnóstico de Diabetes e se encontra amputado (amputação não traumática minor ou major do membro inferior) em consequência da doença base, codificado nas bases de dados do SNS (discriminadas no capítulo 4.4., dados de 1 de janeiro de 2013 e 31 de maio de 2015) e que aceitou participar no estudo.

4.3. Critérios de inclusão e de exclusão

4.3.1. Critérios de inclusão

1. Indivíduos com diagnóstico de Diabetes e amputação não traumática segundo a definição de unidade de observação acima referida;
2. Indivíduos cujo diagnóstico esteja codificado em bases de dados das entidades hospitalares da área do ACeS considerada;
3. Indivíduos com residência na área de influência do ACeS Porto Ocidental ou Oriental
4. Indivíduos vivos até 30 de julho de 2015;
5. Em caso de haver múltiplas intervenções, considera-se o último registo por motivos de análise estatística;

4.3.2. Critérios de exclusão

1. Indivíduos que não estavam registados nas bases de dados acima referidas, nomeadamente os registados apenas em entidades privadas;
2. Indivíduos que não aceitaram participar no estudo;
3. Incapacidade total de responder ao questionário.

4.4. Fontes e Colheita de Dados

As fontes de informação escolhidas para a recolha de dados foram:

1. Base de dados do SIARS
 - 1.1. Relatório de Indicadores ACeS no período em análise
 - 1.2. Relatório de Inscritos com doenças crónicas com ICPC escolhidos: T89 e T90 (DM1 e DM2) e L28 (Limitação funcional/ Incapacidade)
2. Base de dados hospitalares, por patologia ou procedimento codificado (GDH), das instituições:
 - Centro Hospitalar do Porto E.P.E. (CHP)
 - Centro Hospitalar de São João E.P.E. (CHSJ)
 - 2.1. Elementos que estão codificados com GDH (CID-9) de diagnóstico 250 e de procedimento 84.11 a 84.17.
3. Base de dados das Assistentes Sociais da Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP) do ACeS Porto Ocidental e Oriental
4. Inquérito por Questionário a indivíduos incluídos no estudo de acordo com os critérios definidos.

Os dados foram recolhidos diretamente das fontes acima referidas para fichas de registo em suporte digital.

4.5. Mapa de Variáveis

O dicionário das variáveis consideradas no questionário encontra-se em anexo (ANEXO A). As variáveis estão agrupadas por 4 grupos de questões:

1. Caracterização sociodemográfica;
2. Caracterização das morbilidades físicas;
3. Caracterização da morbilidade psicológica;
4. Avaliação da Qualidade de Vida.

Durante o desenvolvimento do questionário foram encontradas algumas questões que tiveram que ser adaptadas.

Também foram recodificadas algumas variáveis durante o estudo dos resultados de acordo com as necessidades de análise - nomeadamente as variáveis relativas à *escolaridade, ocupação, estado civil e rendimentos*.

4.6. O Modelo de Recolha de Dados

Todos os instrumentos utilizados e/ou adaptados para a construção do questionário, estão validados para a população portuguesa e foram escolhidos com base na revisão de literatura e discussão com diversos profissionais com experiência e conhecimento relevante para o estudo. (a escala de medida encontra-se sintetizada no mapa de variáveis em anexo).

Para a recolha de dados que permitissem responder aos objetivos de estudo foram escolhidos os seguintes instrumentos a associar a um questionário.

4.6.1. Instrumento para caracterização sociodemográfica: teve por base a aplicação de questões incluídas no Inquérito Nacional de Saúde (INS).(34) Deste questionário foram escolhidas as questões relativas à obtenção de dados sobre: *sexo, grupo etário escolaridade, freguesia, estado civil, nacionalidade, número de indivíduos da família, ocupação principal, rampa de acesso, se tem elevador quando vive em habitação predial, facilidade de acesso a cuidados de saúde, capacidade económica de acesso a cuidados de saúde, rendimento e presença de apoio social.*

As utilizações de algumas perguntas do INS, como a questão das acessibilidades ao edifício, são importantes perante as características físicas dos indivíduos estudados. A pergunta mais específica do acesso à habitação em tipologia predial, querendo esclarecer a existência de acesso por rampa ao elevador (caso haja), surgiu após discussão com uma Assistente Social do Serviço Social da URAP do ACeS Porto Ocidental. Em reunião, ficou claro que a pergunta-tipo referente às acessibilidades não é ajustada à realidade de uma cidade como o Porto, onde a habitação predial é caracterizada por uma grande quantidade de edifícios antigos com degraus de acesso ao elevador. A quantificação deste fenómeno era e é essencial para gerar a evidência necessária para promover a adaptação das estruturas a todos os grupos populacionais com problemáticas de mobilidade semelhantes.

As variáveis - *facilidade de acesso a cuidados de saúde, capacidade económica de acesso a cuidados de saúde* – são adaptadas de questões do EU-SILC e pretendem caracterizar quanto à acessibilidade a cuidados de saúde. Pretendia-se aqui obter dados que permitissem esclarecer melhor a associação entre fatores económicos e perceção de acesso a cuidados com a avaliação psicossocial.

4.6.2. Instrumento para caracterização das morbilidades físicas: também teve por base o INS. Foram escolhidas questões que recolhessem informação sobre: *idade em que foi feito o diagnóstico de Diabetes, idade da primeira amputação menor, idade da primeira amputação*

major, presença de prótese, tipo de medicação, presença de outras doenças, número de consultas relacionadas com Diabetes nos últimos 12 meses² e comorbilidades. (34)

A questão da terapêutica efetuada teve que ser adaptada por motivos de inovação terapêutica recente. A questão clássica, até incluída no inquérito nacional de saúde, questiona quanto à toma de diabéticos orais ou insulina. Recentemente apareceram fármacos antidiabéticos injetáveis, ditos injetáveis não insulínicos. Assim, a questão foi adaptada à nova realidade.

4.6.3. Caracterização da morbilidade Psicológica: dependerá da aplicação de uma escala – Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) / Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar. Esta é uma medida da sintomatologia de depressão e ansiedade, principalmente para ser aplicada na população doente em ambiente hospitalar. Zigmond & Snaith (1983) desenvolveram o Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), e a versão portuguesa foi traduzida e adaptada por McIntyre, Pereira, Soares, Gouveia & Silva, tendo como objetivo avaliar, de forma breve, os níveis de ansiedade e depressão em doentes com patologia e sob tratamento ambulatorio. Este instrumento tendo sido desenvolvido com amostras da população geral, isto é, amostras não psiquiátricas, onde o instrumento é mais sensível e permite aferir níveis mais baixos de ansiedade e depressão. Tendo sido validado para português por Pais Ribeiro (35), obtendo índices de aferição elevados, quer de fidelidade, quer de validade.

O Hospital Anxiety and Depression Scale ou HADS é constituído por 14 itens, sendo sete destes orientados para a avaliação da ansiedade (HADS-A) e os restantes sete para a depressão (HADS-D). A escala de medida é de 4 pontos, 0-1-2-3, podendo atingir 21 pontos cada escala. Segue-se o significado atribuído às pontuações em ambas as escalas:

- HAD-ansiedade/depressão: sem ansiedade de 0 a 7;
- HAD-ansiedade/depressão entre “8 a 10” “leve”,
- HAD-ansiedade/depressão entre “11 a 14” “moderada”
- HAD- ansiedade/depressão entre “15 a 21” “grave”

² Esta pergunta é colocada porque existe um número de consultas que um doente diabético deve fazer por ano, nos cuidados primários. Assume-se que um doente diabético bem acompanhado no SNS realizou, pelo menos, uma vez observação dos pés, dos olhos e duas vezes medida a Hemoglobina Glicada (HbA1C), por ano. (29) Esta questão permite ter uma perceção do grau de acompanhamento e controlo da condição de diabetes, no entanto, para este estudo só foi focado o número de vezes que foi ao médico de família por causa da diabetes, nos últimos 12 meses.

A aplicação do HADS justifica-se pela sua capacidade comprovada na avaliação clínica da ansiedade e depressão. Este instrumento é amplamente utilizado não só na investigação, mas também na prática clínica, tendo já sido utilizado em estudos semelhantes para avaliação destas condições clínicas em diabéticos amputados. (21)

4.6.4. Instrumento de avaliação da Qualidade de Vida: A maioria dos instrumentos apresentam perguntas com escalas do tipo Likert que variam de 3 a 10 pontos. Este é o caso de questionários como o WHOQOL-100, WHOQOL-Bref e o EuroQoL EQ-5D.(36–38) Algumas escalas apresentam perguntas com respostas dicotómicas tipo “sim”/”não” ou “assinala”/”não assinala” como a Nottingham Health Profile e a Sickness Impact Profile – 68 items. (39,40)

De uma forma genérica, as escalas de avaliação de Qualidade de Vida podem ser divididas em Escalas de Qualidade de Vida Geral e Escalas de Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde.

As Escalas de Qualidade de Vida Geral, como é o caso do WHOQOL-100 e da sua versão resumida WHOQOL-Bref, avaliam o estado geral do indivíduo, independentemente do seu diagnóstico. As Escalas de Qualidade de Vida Relacionadas com a Saúde, como o SF-36 e o EuroQol, permitem o conhecimento global dos efeitos da doença e das terapêuticas utilizadas. (38,41)

Nos Quadros 1 e 2 (pág. 24 e 25) estão esquematizadas algumas das escalas de avaliação da Qualidade de Vida Geral e de Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde, nomeadamente no que diz respeito aos autores, número de domínios, designação dos domínios, modo de administração e existência de validação em Portugal.

Para efeitos deste estudo foi escolhido o WHOQOL-bref por este já ter sido utilizado em estudos semelhantes. (32,33) Esta avaliação complementa as 3 primeiras partes do questionário, pois inclui questões que se referem a características intrínsecas do utente e sobre os seus determinantes envolventes. (42,43)

As dimensões de estudo podem ser vistas em detalhe no gráfico hierárquico a seguir (Gráfico 5):

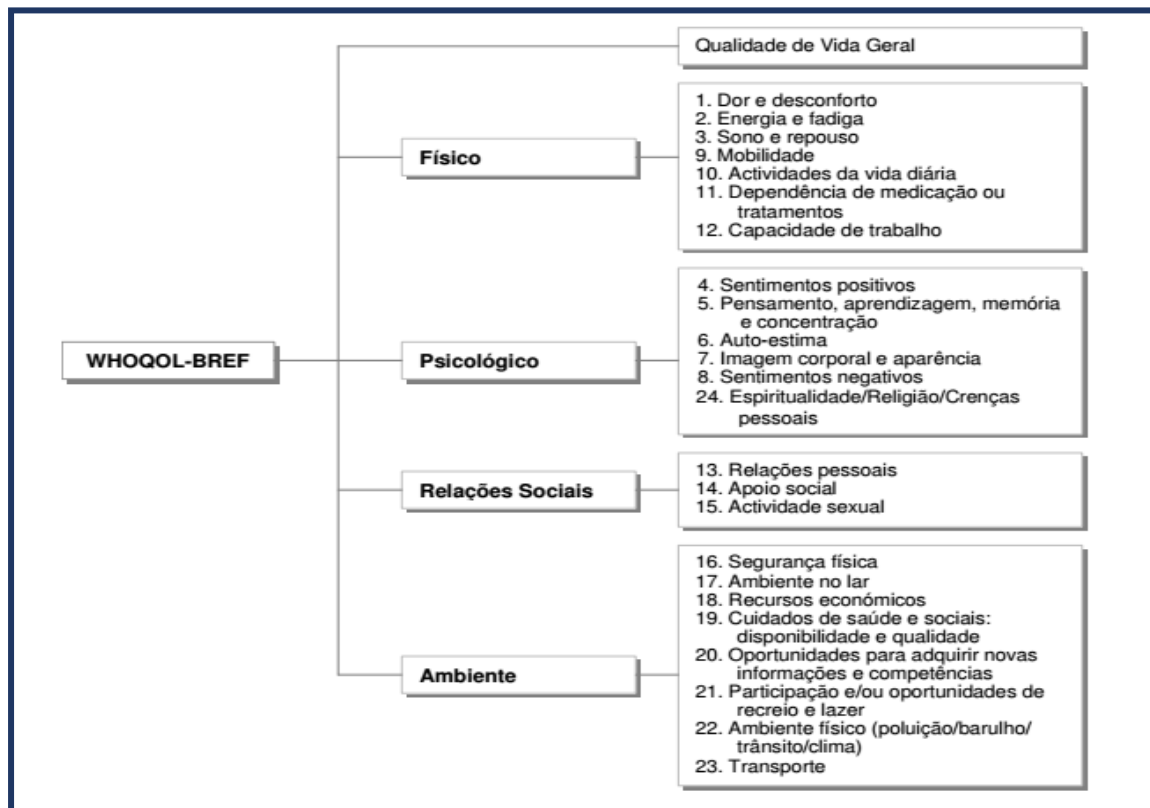


Gráfico 5 Estrutura hierárquica do WHOQOLBREF: por domínios e temas das questões

Para efeitos deste trabalho de investigação foi contactado o ponto focal responsável pela validação do questionário WHOQOL em Portugal, tendo sido permitida a utilização do modelo e fornecido todo o apoio para a análise dos dados e interpretação dos resultados obtidos.

Quadro 1 Escalas de Avaliação de Qualidade de Vida Geral

Nome	Autores	Domínios	Descrição dos Domínios	Modo de Administração	Validação para Portugal
WHOQOL-100	WHOQOL group (1994) (44)	6	Físico, Psicológico, Nível de Independência, Relações Sociais, Ambiente e Espiritualidade/Religião/	100 perguntas numa escala de Likert de 5 pontos	Canavarro (2006) (42)
WHOQOL-Bref	WHOQOL group (1998) (45)	4	Físico, Psicológico, Relações Sociais e Ambiente	26 perguntas numa escala de Likert de 5 pontos	Canavarro (2006) (46)
Nottingham Health Profile (NHP)	Hunt (1980) (47)	6	Mobilidade Física, Energia, Sono, Dor, Isolamento Social e Reações Emocionais	38 perguntas de resposta “sim” /” não”	Ferreira (1999) (48)
Quality of Life Inventory	Frish (1994) (49)	16	Saúde, Auto-estima, Objetivos e Valores, Dinheiro, Trabalho, Vivências, Amor, Criatividade, Ajuda, Amigos, Filhos, Familiares, Casa, Vizinhos, Comunidade	16 domínios cotados numa escala de 6 pontos, seguido de avaliação da satisfação em cada domínio numa escala de 3 pontos	
Global Quality of Life Scale (GQOL)	Hyland e Sodergreen (1996) (50)	1		Escala única de 0 (“sem qualidade de vida”) a 100 (“qualidade de vida perfeita”)	
Perceived Quality of Life Scale (PQOL)	Patrick e Danis (1988, revisto em 2000) (7,51)	3 (+1)	Físico, Social e Cognitivo (mais pergunta sobre satisfação global)	19 perguntas numa escala de Likert de 10 pontos	

Quadro 2 Escalas de Avaliação de Qualidade de Vida relacionada com a Saúde

Nome	Autores	Domínios	Descrição dos Domínios	Modo de Administração	Validação para Portugal
SF-36 Health Survey	Ware (1992) (41)	8	Capacidade Funcional, Aspetos Físicos, Dor, Estado Geral de Saúde, Vitalidade, Aspetos Sociais, Aspetos Emocionais e Saúde Mental	36 perguntas	Pais-Ribeiro (2005) (52)
EuroQoL EQ-5D	EuroQoL Group (1990) (38)	5	Mobilidade, Cuidados Pessoais, Atividades habituais, Dor/Mal-estar e Ansiedade/depressão	5 perguntas numa escala de Likert de 3 pontos	Ferreira (2013) (53)
Sickness Impact Profile – 68 items (SIP-68)	Bruin (1994) (40)	5	Autonomia somática, Controlo mobilidade, Autonomia física e comunicação, Comportamento social e Estabilidade emocional	68 pergunta de resposta “não assinala” /” assinala”	Santos (2000) (54)
Quality of Life Scale (QoLS)	Flanagan (1978) citado por (55)	5	Bem-estar físico e material; Relacionamentos; Atividades sociais, comunitárias e cívicas; Desenvolvimento e realização pessoal e recreação	15 perguntas numa escala de Likert de 7 pontos	

4.7. O Questionário e sua implementação

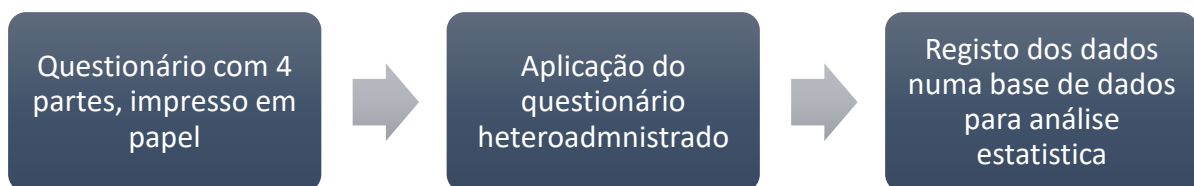
O questionário foi construído de forma a ser possível aplicá-lo através de entrevista, de modo heteroadministrado, pelo próprio investigador.

Para determinar quanto tempo o questionário demorava a ser aplicado em entrevista, o investigador mediu o tempo que demorava na leitura das questões. Como a leitura do questionário não foi superior a 4-5 minutos, partiu-se da presunção que um entrevistado (que cumprisse os critérios de inclusão) demorasse 4-5 minutos a responder também às perguntas. No entanto, com a necessidade de introdução por parte do investigador/entrevistador e estimando-se interrupções ou colocação de perguntas por alguma razão, o período atribuído para estar com cada utente para aplicação do questionário, foi estimado em 30-45 minutos.

Todas as questões seleccionadas no trabalho prévio de estudo de desenvolvimento do questionário foram compiladas para um só documento (ANEXO C) que foi impresso em papel.

Para a implementação do questionário, foi idealizado o agendamento com os utentes para que a entrevista ocorresse na sua habitação, entre entrevistador e utente, apenas.

Após cada indivíduo questionado, todos os dados foram registados na mesma base de dados em formato digital.



4.8. Estratégias de tratamento e análise de dados – Plano de análise dos dados

Os dados foram obtidos através da aplicação do Questionário e registados utilizando-se o Microsoft Office Excel® (uma cópia do documento da folha de cálculo mencionada no capítulo anterior) para criação de tabelas e limpeza dos dados. Posteriormente foi utilizado o Software IBM® SPSS® Statistics, versão 21 para Windows, como ferramenta de análise estatística. Foi criada uma base de dados única, com uma *password* de acesso. Os dados não completos foram ignorados por célula de análise. A variável “número de utente do SNS” foi registada recorrendo a um algoritmo, de forma a gerar um número diferente, evitando o registo do número original e mantendo a confidencialidade do utente.

Para a análise das variáveis em estudo foi efetuado, em primeiro lugar, uma análise estatística descritiva simples. Algumas variáveis foram recodificadas e traduzidas em variáveis estratificadas. Também foi efetuada uma análise bivariada, de forma a procurar a existência de associações entre algumas variáveis (por exemplo, entre a variável sexo e o *score* de qualidade de vida). Esta análise teve por base os exemplos de análise efetuados nos estudos e documentos citados e foi efetuada de acordo com as condições de aplicabilidade.

As variáveis com distribuição normal são descritas com a apresentação de medidas de tendência central [média e desvio padrão (DP)]. Para as variáveis categóricas os resultados são apresentados em número ou percentagens (conforme a melhor visualização da informação).

Em termos de fiabilidade a aplicação do HADS e WHOQOLBREF (passando a ser aqui referido como WHOQOL) revelou uma boa consistência interna, superior a 0,70 (alfa de *Cronbach*), logo não foi rejeitada nenhuma das questões para motivos de determinação de *score* e análise estatística. Os *scores* mais elevados nos domínios do HADS são sinal de maiores níveis de ansiedade ou depressão, respetivamente. Na avaliação WHOQOL todos os domínios com *scores* mais elevados (escala de 0-100) são indicativos de melhor qualidade de vida.

4.9. Aspetos Éticos

Para efeitos de execução deste estudo, apenas o investigador responsável e único investigador do estudo acedeu à base de dados onde esteve toda a informação recolhida. A confidencialidade foi sempre garantida e protegida. Os dados existem apenas num computador, protegidos por palavra passe.

A Lei Geral de Proteção de Dados (Lei nº 67/98) é a lei que se aplica no presente estudo. Segundo a lei supracitada, o acesso à informação de saúde para fins de investigação é permitido, desde que a informação tenha sido previamente anonimizada.

Relativamente à proteção dos dados recolhidos, há alguns pontos a referir quanto à recolha de dados:

- a. Os indivíduos foram contactados primeiro por carta de apresentação, com informação relativa ao estudo e à manutenção da confidencialidade da informação. Nesta carta foram informados de que haveria um contacto telefónico*³ até dois dias antes da deslocação prevista ao local de residência. Esta carta foi também assinada pela coordenadora da USP, informando o conhecimento do estudo por parte da Comissão de Ética da ARS Norte e dos Diretores Executivos dos dois ACeS do concelho do Porto.
- b. No contacto com o utente foi sempre apresentado o consentimento informado não sendo financiado toda a participação foi voluntária (ANEXO D).

Este protocolo foi submetido à Comissão de Ética para a Saúde da Administração Regional de Saúde(ARS) do Norte, ao Conselho Clínico do ACeS Porto Ocidental e Oriental e aos constituintes da Unidade Coordenadora Funcional da Diabetes de cada um dos ACeS. Tendo sido aprovado favoravelmente pela Comissão de Ética para a Saúde da ARS Norte e pelos responsáveis dos serviços hospitalares do Centro Hospital do Porto (CHP) (estando a aguardar resposta por parte do Centro Hospitalar São João (CHSJ) à data de entrega deste relatório).

Foi de participação voluntária após consentimento informado verbal e escrito, livre e esclarecido, sem prejuízos, assistenciais ou outros, em caso de recusa de participação. Todos os dados individuais recolhidos para o estudo são confidenciais e de uso exclusivo para o mesmo, estando assegurado o anonimato de todos os utentes que participaram no estudo.

³ Com o contacto telefónico pretendeu-se perguntar se há consentimento para a progressão do estudo e caso a resposta fosse positiva agendou-se a visita

5. APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS

5.1. Determinação do Grupo-Estudo

Foi obtida uma base de dados de utentes por parte do CHP com 419 registos na sua totalidade. Após tratamento da base de dados resultaram 84 registos que cumpriam o critério de inclusão de residência no Porto. Há registo de 8 indivíduos terem sido submetidos a 2 intervenções para amputação não-traumática no período de tempo observado. Destes, 4 foram intervencionados em menos de 1 ano após primeiro registo de intervenção e os restantes entre o primeiro e segundo ano pós primeira amputação. Foram filtrados os registos duplicados, tendo sido obtidos 76 indivíduos, dentro dos critérios estabelecidos (definidos como “Grupo-estudo”). Verificaram-se 16 óbitos até à data do início dos procedimentos para recolha de dados, por isso o “grupo-estudo” a aplicar o questionário foi constituído por 60 indivíduos.

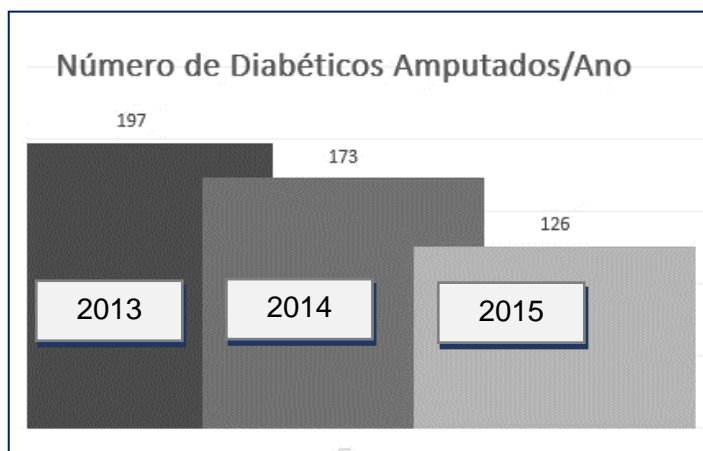


Gráfico 6 Número de novos casos de Diabéticos Amputados/ano, série de 2013-2015 CHP (ajustado o ano de 2015 à estimativa de número de casos/mês vezes 12 meses)

A observação dos registos revelou que de 1 de janeiro a 31 de maio de 2015 foram registados um número decrescente de casos de internamento para amputação não-traumática dos membros inferiores por causa de complicações associadas a diabetes, havendo uma tendência decrescente de casos ao longo dos anos desde 2013. (Gráfico 6)

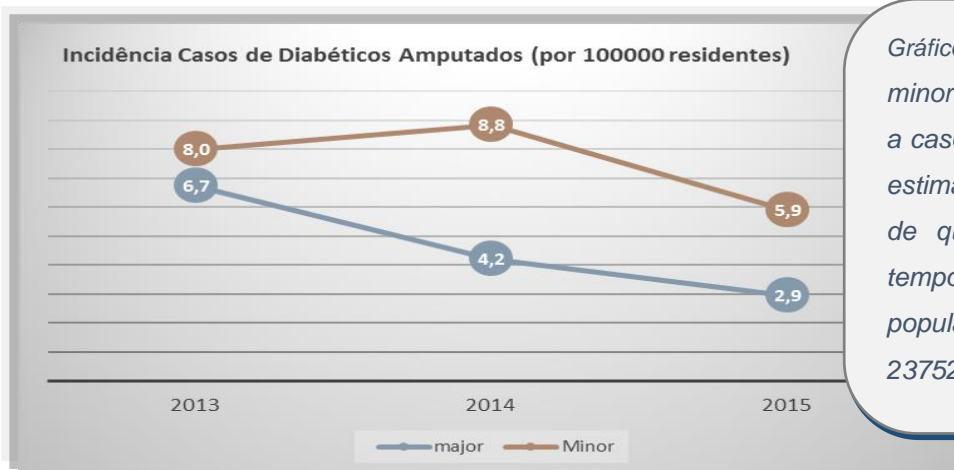


Gráfico 7 Incidência de casos de amputação minor e major entre 2013 -2015 em relação a casos intervencionados no CHP, (valores estimados para 2015 através da presunção de que os casos surgiram numa série temporal constante durante o ano, por mês), população residente no concelho do Porto 237521 (censos 2011)

A incidência de amputações minor foi superior à de amputações major em todos os anos observados. Em 2014, registou-se o dobro de casos de amputação minor em relação a casos major (8,8 para 4,2, por 100 000 residentes), estimando-se que em 2015 a incidência de amputados major seja de 2,9 por 100 000 residentes. (Gráfico 7)

Foram aplicados até ao fim do mês de julho de 2016, 45 questionários hétero-administrados (ou seja, 75% de taxa de resposta). Durante a aplicação dos procedimentos de recolha de informação houve duas recusas de resposta ao questionário.

Foram analisados dados relativos a 45 inquéritos aplicados a utentes inquiridos.

5.2. Caracterização Sociodemográfica e dos determinantes ambientais

De acordo com os resultados obtidos, é possível observar que maioria dos utentes eram homens, de nacionalidade portuguesa, com uma idade média de 66,11 anos [DP 10,39; min-máx (36-90)], a maioria com nível de escolaridade do ensino básico (1^o-9^o ano).

Tabela 1 Caracterização geral do grupo-estudo em relação a idade, sexo, escolaridade e estado civil

VARIÁVEL	MEDIDA	RESULTADO
Idade (n=45)	média (anos) (DP)	66,51 (11,39)
	[min,max]	[36-90]
Sexo (n=45)		
Homem	n (%)	37 (82,22)
Mulher		8 (17,78)
Escolaridade (n=45)		
Não sabe ler nem escrever	n (%)	4 (9,09)
Ensino básico		25 (56,82)
Ensino Secundário		10 (22,73)
Estudos Universitários		5 (11,37)
Estado Civil (n=45)		
Solteiro (a)	n (%)	3 (6,70)
Casado (a)		23 (51,10)
União de Facto		3 (6,70)
Separado (a)		1 (2,20)
Divorciado (a)		6 (13,30)
Víuvo (a)		6 (20,0)

A dimensão média do agregado familiar era de 2,69 indivíduos [DP 1,48; min-máx (1-10)]. Nenhum dos utentes reportou ter qualquer ocupação nas duas semanas anteriores ao inquérito e a maioria referiu não ter ocupação por estar permanentemente incapacitado. A

distribuição de resposta da causa de “não ocupação” surgiu em apenas duas possibilidades, sendo transversal a causa de reforma, em que 55,56% resultou de incapacidade permanente.

O acesso por rampa na entrada da habitação é inexistente para 84,4% (n=38) e 23,1% dos que viviam em habitação predial possuía elevador no prédio, mas só 1 dos inquiridos é que referiu ter rampa de acesso até ao elevador.

Tabela 2 Caracterização do grupo-estudo em relação a freguesia de residência, nacionalidade, dimensão do agregado familiar, ocupação nas duas semanas anteriores à aplicação do questionário e causa associada e quanto acessibilidade à habitação

VARIÁVEL	MEDIDA	RESULTADO
Freguesia (n=44)		
Bonfim	n (%)	3 (6,80)
Campanhã		2 (4,50)
Paranhos		4 (9,10)
Ramalde		9 (20,50)
União de Freguesias de Aldoar		4 (9,10)
União das Freguesias de Cedofeita		4 (9,10)
União das Freguesias de Lordelo do Ouro		6 (13,30)
Utentes fora de área		12 (27,30)
Nacionalidade (n=45)		
Portuguesa	n (%)	44 (97,80)
Senegalês		1 (2,20)
Dimensão do Agregado Familiar (n=45)		
	média (anos) (DP)	2,69 (1,48)
	min,max	[1-10]
Ocupação nas duas últimas semanas (n=45)		
Não teve ocupação	n (%)	45 (100)
Reformado (a), aposentado (a)		20 (44,44)
Permanentemente incapacitado (a)		25 (55,56)
Acesso por rampa na entrada da habitação (n=45)		
Não	n (%)	38 (84,44)
Sim		7 (15,56)
Se vivem em habitação predial (n= 39)		
Tem elevador	n (%)	9 (23,08)
Não tem elevador		30 (76,92)

Quanto ao acesso aos cuidados de saúde, 26,5% dos inquiridos identificaram dificuldade económica para aceder a cuidados. Na outra vertente questionada, 4,56% referiram que lhes foi negado o acesso a cuidados de saúde. Quase um terço dos inquiridos indicaram que não

receberam apoio social. Verifica-se que a maioria dos inquiridos fazem parte de um agregado familiar com um rendimento acima dos 700 euros por mês (59,08%).

Tabela 3 Caracterização do grupo-estudo quanto a acesso a cuidados de saúde, níveis de rendimentos e apoio social

VARIÁVEL	MEDIDA	RESULTADO	
Necessitou de Cuidados de Saúde, mas não teve capacidade económica (n=44)			
Sim,	n (%)	9	(26,5)
Não		25	(73,5)
Necessitou de cuidados de saúde, mas foi negado o acesso? (n=43)			
Sim	n (%)	2	(4,56)
Não		41	(93,18)
Nível de Rendimentos (n=44)			
Até 150€,	n (%)	1	(2,27)
De 151€ a 250€,		0	(0,00)
De 251€ a 350€,		3	(9,09)
De 351€ a 500€,		4	(11,36)
De 501 a 700€,		7	(18,18)
De 701€ a 900€,		4	(11,36)
De 901€ a 1.200€,		6	(18,18)
De 1.201€ a 1.500€,		4	(13,63)
De 1.501€ a 2.000€,		4	(9,09)
Mais de 2.000€,		2	(6,82)
Não recebem apoio social por parte de qualquer entidade, (n=45)	n (%)	33	(73,33)

5.3. Caracterização da Morbilidade Física

A idade média de diagnóstico de DM dos inquiridos foi aos 46,51 anos [DP 12,00, min-max (12-75)], sendo que a média de anos vividos com Diabetes à data do inquérito foi de 19,84 anos [DP 10,65, min-max (0-49)].

Quanto ao tipo de terapêutica, a maioria dos inquiridos encontrava-se a fazer insulínicos (68,9%). Observou-se que 88,6% tiveram o número de consultas recomendadas para vigilância da diabetes.

Relativamente a outras complicações identificadas associadas à diabetes, as três mais prevalentes foram a retinopatia, ansiedade crónica e AVC (68,9%; 47,8%; 35,6%, respetivamente).

Tabela 4 Caracterização do grupo-estudo quanto à idade de diagnóstico de diabetes, anos vividos com a doença, tipo de terapêutica, prevalência de doenças crónicas e número de consultas efetuadas no centro de saúde nos últimos 12 meses

VARIÁVEL	MEDIDA	RESULTADO
Idade Diagnóstico Diabetes (anos), (n=43)	média (DP)	46,51 (12,00)
	min,max	[12-75]
Anos Vividos com Diabetes (anos), (n=43)	média (DP)	19,84 (10,65)
		[0-49]
Terapêutica (n=45)		
Insulínicos,		31 (68,89)
Não-Insulínicos,	n (%)	13 (28,89)
Não sabe,		1 (2,22)
Prevalência de Doenças Crónicas declaradas, cada utente pode ter mais do que uma condição (n=45)		
Retinopatia,		31 (68,90)
Obesidade,		12 (23,53)
Insuficiência renal,		12 (26,70)
Ansiedade crónica,	n (%)	17 (47,80)
AVC (acidente vascular cerebral),		16 (35,60)
Depressão,		10 (22,20)
Enfarte do miocárdio,		10 (22,20)
Número de consultas nos cuidados primários por causa da diabetes, nos últimos 12 meses (n=45)		
Pelo menos 1 (recomendado pela norma),	n (%)	39 (88,60)
Nenhuma,		5 (11,40)

Dos 45 indivíduos inquiridos, 26 possuíam uma amputação menor, 19 uma amputação major. A idade média da primeira amputação major foi de 65 anos e da amputação menor 60 anos. Foram submetidos 10 indivíduos a pelo menos uma amputação major e/ou uma amputação menor. Estes tiveram uma mediana de 5 anos e meio entre tipo de amputação, dos quais 50% foram sujeitos a intervenções num período inferior a 5 anos. Menos de um quarto dos indivíduos possuíam prótese (17,8%)

A diferença entre a idade média da primeira amputação e a idade média de diagnóstico conhecido de diabéticos foi de 14,76 anos.

Tabela 5 Caracterização do grupo-estudo quanto à prevalência de indivíduos com prótese, idade da primeira amputação, idade da primeira amputação minor e major e distribuição por tipo de amputação

VARIÁVEL	MEDIDA	RESULTADO
Indivíduos com Prótese (n=45)	n (%)	8 (17,78)
Idade Primeira Amputação (n=45)	média (DP)	61,27 (11,99)
Min-max		[34-87]
Idade primeira amputação minor (n=36),	média (DP)	60,36 (12,49)
Min-max		[34-87]
Idade primeira amputação major (n=19),	média (DP)	64,95 (11,34)
Min-max		[37-88]
Distribuição por tipo de amputação (n=45)		
Só amputação minor		26 (57,80)
Só amputação major		9 (20,00)
Com amputação major e minor (ou já teve minor)	n (%)	10 (22,20)

5.4. Avaliação da Ansiedade e Depressão (aplicação do HADS)

O score dos resultados da aplicação do HADS foi recodificado em: Normal (0-7); Leve (8-10); Moderada (11-14); Severa (15-21). A maioria dos inquiridos (54,8%) revelava ter níveis de ansiedade normais (0-7) e no caso da patologia depressiva mais de 59,5% tinha Leve ou Moderado nível de depressão (8-14). Estas diferenças foram consideradas para análise estatística bivariada.

Tabela 6 Resultados da avaliação clínica de ansiedade e depressão, através da aplicação do HADS

VARIÁVEL (n= 42)		MEDIDA	RESULTADO	
Ansiedade		média (DP)	7,00	(5,24)
min, máx			[0-18]	
Normal	(0-7), n (%)	n (%)	23	(54,8)
Leve	(8-10), n (%)		9	(21,4)
Moderada	(11-14), n (%)		7	(16,7)
Severa	(15-21), n (%)		3	(7,1)
Depressão		Média (DP)	8,19	(4,37)
min, máx			[1-17]	
Normal	(0-7),	n (%)	17	(40,5)
Leve	(8-10),		11	(26,2)
Moderada	(11-14), n (%)		11	(26,2)
Severa	(15-21),		3	(7,1)

5.5. Avaliação da qualidade de vida (aplicação do WHOQOL-Bref)

Observando os domínios da avaliação da Qualidade de Vida (QdV) (com a exceção do domínio QOL-Geral), foi possível verificar que o domínio físico teve a menor média da QdV de 48,30 [DP 13,55, min-max (21,43-78,57)] e o domínio ambiente a maior média de QOL 65,77 [DP 14,27, min-max (34,38 – 96,88)].

Tabela 7 Caracterização do grupo estudo em relação à avaliação da qualidade desagregada por 4 temas

VARIÁVEL (N= 42)	MEDIDA	RESULTADOS	CRONBACH'S ALPHA
Qualidade de Vida Geral	Média, DP	46,73 (25,46)	0,809
Min, Máx		[0-100]	
QOL – Domínio Físico	Média, DP	48,30 (13,55)	0,711
Min, Máx		[21,43-78,57]	
QOL – Domínio Psicológico	Média, DP	58,93 (16,01)	0,744
Min, Máx		[25,00-91,67]	
QOL – Domínio Relações Sociais	Média, DP	50,99 (23,44)	0,713
Min, Máx		[8,33-100]	
QOL – Domínio Ambiente	Média, DP	65,77 (14,27)	0,862
Min, Máx		[34,38-96,88]	

A mediana é sempre acima do score QOL 50, sendo maior no domínio psicológico e ambiente. (Gráfico 8). A variável QOL-geral envolve as questões de carácter geral, cuja avaliação é “grosseira”, relativamente à Qualidade de Vida e Satisfação com a Saúde. Como tal é referida, mas não será utilizada como uma “variável de interesse”.

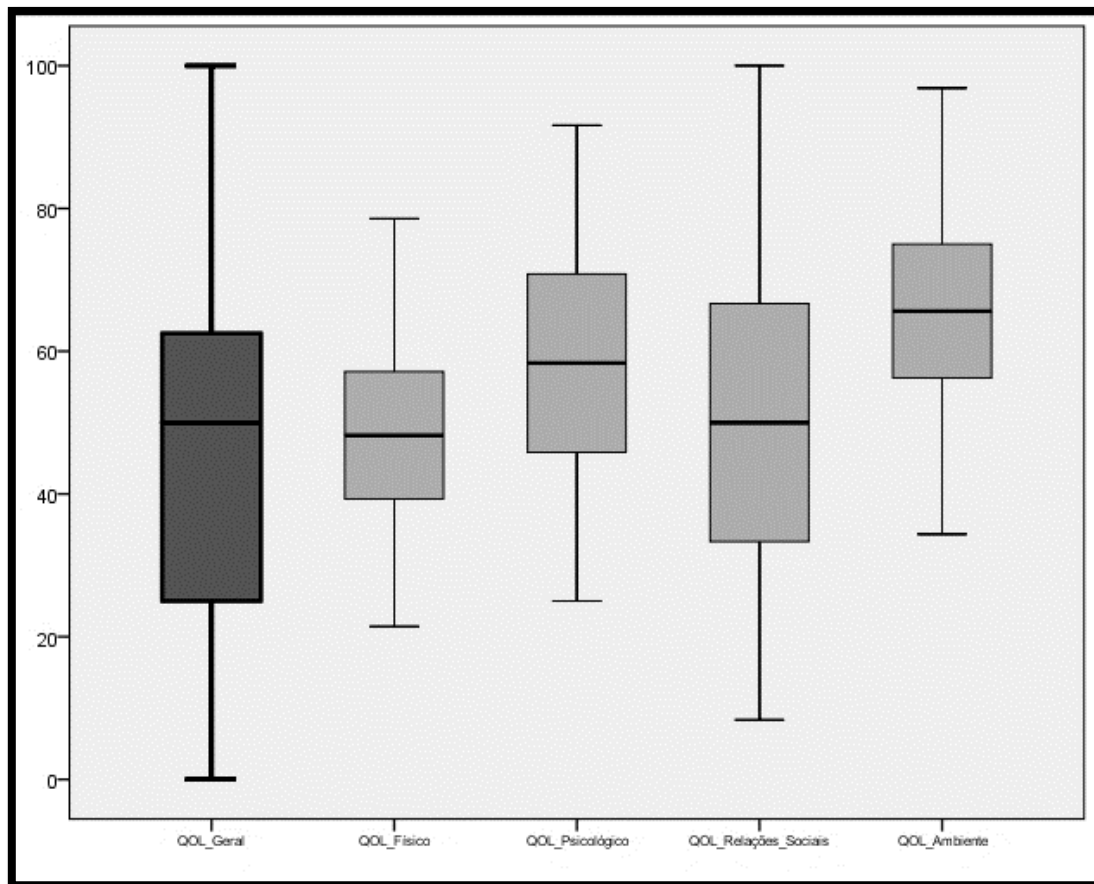


Gráfico 8 Box-plot da distribuição dos scores de avaliação WHOQOLBREF-26 por domínio

Análise bivariada

Após a caracterização por variável, foi efetuada uma análise das variáveis de interesse (algumas das variáveis foram excluídas da análise porque, por exemplo, a nacionalidade, como observado nos resultados do capítulo 5.2., só tinha um caso de nacionalidade diferente. Assim, excluiu-se da análise certas variáveis para evitar fenómenos de inferência sujeitos à lei dos pequenos números).

Para efetuar a análise estatística de correlação linear simples entre variáveis contínuas foi utilizado um modelo de Correlação Linear de Spearman. Em anexo encontra-se o “mapa” de resultados do estudo de correlação (ANEXO D). Aqui destacando-se os resultados com correlação significativa e relevantes para a análise.

5.6. Análise bivariada entre as características dos utentes com a história de diabetes e amputação

5.6.1. Correlação entre a variável idade e relações temporais com o fenómeno de diabético amputado

A relação entre a idade em que se conhece o diagnóstico de DM tem uma relação inversa com o tempo entre o diagnóstico e o evento da amputação, ou seja, quanto mais tardio foi o diagnóstico DM, mais curto foi o período de tempo entre o diagnóstico e a amputação ($r = -0,506$, p -valor $<0,01$). Observou-se que existe uma correlação significativa entre maior idade e eventos de amputação em idades mais tardias, sendo mais forte esta associação para a amputação major.

Tabela 8 Análise bivariada da idade em relação às variáveis tempo entre idade de diagnóstico da Diabetes e a idade da primeira amputação, idade da amputação minor, idade da amputação major, idade da primeira amputação

Variáveis	T entre diag DM e Amp	Id		
		Id amp minor	Amputação major	Id 1ª amp
Idade	,144	,870**	,968**	,850**
N	44	36	19	45

** correlação significativa para $p < 0,01$

5.6.2. Correlação com a variável rendimentos e relações temporais com o fenómeno de diabético amputado

Para proceder a esta análise estatística foi assumido que a variável rendimentos, devido a existirem mais de 10 estratos, funciona como uma variável contínua. Constatou-se que existe uma correlação fraca positiva entre o nível de rendimentos e o tempo entre o diagnóstico de

diabetes e amputação e as idades mais tardias do evento de amputação. A correlação é fraca a intermédia no caso das amputações minor. No caso das amputações major existe uma correlação fraca positiva, mas não tem significado estatístico.

Tabela 9 Análise bivariada dos rendimentos em relação às variáveis tempo entre idade de diagnóstico da Diabetes e a idade da primeira amputação, idade da amputação minor, idade da amputação major, idade da primeira amputação

Variáveis	T entre diag DM e Amp	Id amp minor	Id Amputação major	Id 1ª amp
Rendimentos	,348 [*]	,570 ^{**}	,257	,368 [*]
N	43	35	19	44

* correlação significativa para $p < 0,05$ ** correlação significativa para $p < 0,01$

5.6.3. Correlação com a variável número de consultas nos últimos 12 meses e relações temporais com o fenómeno de diabético amputado

Foi possível observar que não existe correlação com significado estatístico (para p-valor $< 0,05$) no caso da variável consultas nos últimos 12 meses. A associação é fraca a muito fraca neste conjunto de variáveis em análise (entre -0,2 e 0,2).

Tabela 10 Análise bivariada do número de consultas nos cuidados primários nos últimos 12 meses em relação às variáveis tempo entre idade de diagnóstico da Diabetes e a idade da primeira amputação, idade da amputação minor, idade da amputação major, idade da primeira amputação

Variáveis	T entre diag DM e Amp	Id amp minor	Id Amputação major	Id 1ª amp
NConsultas últimos 12 meses	,167	-,205	,047	-,192
N	44	36	18	44

5.6.4. Correlação com a variável tamanho do agregado familiar e relações temporais com o fenómeno de diabético amputado

Constatou-se que não existe correlação com significado estatístico (para p-valor $< 0,05$) no caso de um agregado familiar. A associação é fraca a muito fraca neste conjunto de variáveis em análise (entre 0,02 e 0,2).

Tabela 11 Análise bivariada do tamanho do agregado familiar em relação às variáveis tempo entre idade de diagnóstico da Diabetes e a idade da primeira amputação, idade da amputação minor, idade da amputação major, idade da primeira amputação

Variáveis	T entre diag DM e Amp	Id amp minor	Id Amputação major	Id 1ª amp
Agregado	,022	,039	,200	,043
N	44	36	19	45

5.6.5. Correlação entre variáveis de relações temporais com o fenómeno de diabético amputado

Verificou-se uma correlação significativa (p -valor $<0,05$) com associação intermédia ($r = -0,506$), ou seja, quanto maior for a idade menor é o tempo entre o diagnóstico e o evento de amputação. Existe uma correlação positiva com associação intermédia entre a idade em que se conhece o diagnóstico de DM e a idade em que acontece o evento de amputação, com significado estatístico (para p -valor $<0,05$).

Observa-se que existe uma correlação positiva, com uma associação forte ($r=0,784$, para p -valor $<0,01$), entre a idade em que ocorre uma amputação minor e a idade em que ocorre uma amputação major.

Estes resultados sugerem que os eventos de amputação são influenciados por diagnósticos tardios de diabetes, com maior associação com o evento de amputação minor.

Tabela 12 Análise bivariada das variáveis idade de diagnóstico da Diabetes e a idade da primeira amputação, idade da amputação minor, idade da amputação major, idade da primeira amputação entre si

Variáveis	T entre diag DM e Amp	Id amp minor	Id Amputação major	Id 1ª amp
Idade Diag DM	-,506**	,456**	,573*	,590**
N	43	35	18	43
T diag DM e Amp	1,000	,384*	,092	,268
N		36	18	44
Id amp minor		1,000	,784**	1,0**
N			10	36
Id amp major			1,000	,852**
N				19

* correlação significativa para $p<0,05$ ** correlação significativa para $p<0,01$

5.7. Associação entre características do grupo-estudo e a avaliação psicossocial

Pretendeu-se perceber se existia diferença com significado estatístico entre as variáveis categóricas - {género, nível de escolaridade, tipo de amputação, Ocupação, Estado civil, existir elevador no prédio} - e as variáveis contínuas – {idade, rendimentos, número de consultas nos últimos 12 meses, tamanho do agregado familiar, idade diagnóstico de DM, tempo entre diagnóstico de DM e evento de amputação, idade em que ocorreu amputação minor, idade em que ocorreu amputação major, idade da primeira amputação} – e qualquer um dos testes psicométricos.

No caso das variáveis categóricas, a distribuição dos valores de QOL (em todos os domínios) dos inquiridos nos casos em que se verifica distribuição normal – p (SW) $> 0,05$, foi efetuada

um estudo paramétrico. Nos casos em que a normalidade não foi verificada, efetuaram-se testes não-paramétricos (de acordo com a aplicabilidade).⁴

5.7.1. Associação entre Género e Avaliação Psicométrica

Não se encontrou qualquer associação com significado estatístico entre a variável género e a avaliação psicométrica efetuada (para $p > 0,05$). A maior diferença de destaque é que as mulheres têm valores médios mais elevados de ansiedade e depressão do que os homens.

Tabela 13 Análise bivariada da variável sexo em função das variáveis Avaliação Psicossocial, por domínio e avaliação clínica de ansiedade/depressão

ANÁLISE TESTES PSICOMÉTRICOS VS GÉNERO (N=42)		N	MÉDIA	DP	VALOR DE P
QOL_FÍSICO	H	34	48,21	13,96	0,934
	M	8	48,66	12,51	
QOL_PSICOLÓGICO	H	34	58,95	16,80	0,989
	M	8	58,85	13,07	
QOL_RELAÇÕES_SOCIAIS	H	34	50,98	25,27	0,995
	M	8	51,04	14,39	
QOL_AMBIENTE	H	34	65,26	14,59	0,635
	M	8	67,97	13,54	
HADS_ANSIEDADE	H	34	6,71	5,44	0,460
	M	8	8,25	4,37	
HADS_DEPRESSÃO	H	34	7,70	4,53	0,072
	M	8	10,25	3,01	

⁴ Os outputs de SPSS da análise estatística encontram-se no Anexo D

5.7.2. Associação entre nível de escolaridade e a avaliação psicométrica

Quanto à questão se o nível de escolaridade tem associação com a avaliação psicométrica é possível observar grande variabilidade na tendência entre dimensões de QdV, não havendo diferenças com significado estatístico, para um nível de significância de 5%.

Tabela 14 Análise bivariada da variável escolaridade em função das variáveis Avaliação Psicossocial por domínio e avaliação clínica de ansiedade/depressão

ANÁLISE TESTES PSICOMÉTRICOS VS NÍVEL DE ESCOLARIDADE (N=42)		N	MÉDIA	DP	VALOR DE P
QOL_FÍSICO	Não sabe ler nem escrever	4	49,10	20,28	0,842
	Ensino Básico	27	46,95	10,51	
	Ensino Secundário	7	52,04	16,08	
	Estudos Universitários	4	50,00	23,86	
QOL_PSICOLÓGICO	Não sabe ler nem escrever	4	52,08	7,97	0,322
	Ensino Básico	27	62,34	16,72	
	Ensino Secundário	7	54,16	12,02	
	Estudos Universitários	4	51,04	20,51	
QOL_RELACIONAMENTOS	Não sabe ler nem escrever	4	56,25	24,88	0,910
	Ensino Básico	27	50,31	24,94	
	Ensino Secundário	7	47,62	19,67	
	Estudos Universitários	4	56,25	24,88	
QOL_AMBIENTE	Não sabe ler nem escrever	4	65,62	9,20	0,683
	Ensino Básico	27	64,70	13,59	
	Ensino Secundário	7	65,18	17,25	
	Estudos Universitários	4	74,22	19,99	

No caso da avaliação HADS os resultados parecem indicar que os Indivíduos com Ensino Secundário têm um grau de ansiedade “Leve”, ao contrário dos restantes níveis de escolaridade. No entanto, esta diferença não tem significado estatístico, para um nível de significância de 5%.

Tabela 15 Análise bivariada da variável escolaridade em função do resultado da avaliação clínica de ansiedade/depressão

ANÁLISE TESTES PSICOMÉTRICOS VS NÍVEL DE ESCOLARIDADE (N=42)		N	MÉDIA	DP	VALOR DE P
HADS_ANSIEDADE	Não sabe ler nem escrever	4	7,25	3,77	0,796
	Ensino Básico	27	6,70	5,41	
	Ensino Secundário	7	8,71	6,02	
	Estudos Universitários	4	5,75	5,06	

Relativamente à avaliação HADS Depressão, é possível observar que não há diferenças com significado estatístico (para um nível de significância de 5%), no entanto há uma tendência

para que níveis de escolaridade mais avançados se traduzam em níveis de depressão cada vez maiores.

Tabela 16 Análise bivariada da variável escolaridade em função da variável de avaliação clínica da ansiedade/depressão

ANÁLISE TESTES PSICOMÉTRICOS VS NÍVEL DE ESCOLARIDADE (N=42)		N	MÉDIA	DP	VALOR DE P
HADS_DEPRESSÃO	Não sabe ler nem escrever	4	7,00	5,24	0,735
	Ensino Básico	27	7,75	4,03	
	Ensino Secundário	7	8,15	4,46	
	Estudos Universitários	4	9,57	4,54	

5.7.3. Associação entre tipo de amputação e avaliação psicométrica

O tipo de amputação relativamente ao score da avaliação psicossocial e patologia ansiedade e depressão revela que os amputados minor têm scores de QdV superiores e scores de HADS inferiores [com a exceção no QOL – Físico (minor 47,32 DP 14,72; major 49,60 DP 12,12), mas esta diferença não é estatisticamente significativa ($t(40) = -0,535$; p -valor = 0,595). Os scores de HADS são tendencialmente menores e com valores não patológicos no grupo de amputados minor.

Tabela 17 Análise bivariada da variável tipo de amputação em função das variáveis Avaliação Psicossocial por domínio e avaliação clínica de ansiedade/depressão

ANÁLISE TESTES PSICOMÉTRICOS VS TIPO DE AMPUTAÇÃO (N=42)		N	MÉDIA	DP	VALOR DE P
QOL_FÍSICO	Minor	24	47,32	28,90	0,595
	Major	18	49,60	20,21	
QOL_PSICOLÓGICO	Minor	24	60,59	14,72	0,444
	Major	18	56,71	12,12	
QOL_RELAÇÕES_SOCIAIS	Minor	24	51,04	18,35	0,988
	Major	18	50,93	12,39	
QOL_AMBIENTE	Minor	24	69,01	26,27	0,090
	Major	18	61,46	19,78	
HADS_ANSIEDADE	Minor	24	6,29	14,74	0,318
	Major	18	7,94	12,77	
HADS_DEPRESSÃO	Minor	24	7,17	5,80	0,080
	Major	18	9,56	4,36	

5.7.4. Associação entre ocupação e avaliação psicométrica

Todos os inquiridos referiram não ter uma ocupação e a sua distribuição surge apenas em duas possibilidades – sem ocupação por situação de reforma habitual (reformados) ou por situação de incapacidade. Os reformados têm uma tendência para valores de QdV superiores em relação ao grupo dos indivíduos que estão sem ocupação por situação de incapacidade. A tendência é inversa no caso de HADS Ansiedade, em que os reformados têm referência a maior nível de ansiedade. Ambos os grupos apresentam situação patológica de depressão (grau “Leve”). Não há diferenças com significado estatístico (para $p < 0,05$).

Tabela 18 Análise bivariada da variável ocupação em função das variáveis Avaliação Psicossocial por domínio e avaliação clínica de ansiedade/depressão

ANÁLISE TESTES PSICOMÉTRICOS VS OCUPAÇÃO (N=42)		N	MÉDIA	DP	VALOR DE P
QOL_FÍSICO	Incapacitado	24	44,94	13,11	0,063
	Reformado	18	52,78	13,17	
QOL_PSIOLÓGICO	Incapacitado	24	55,38	14,03	0,098
	Reformado	18	63,66	17,61	
QOL_RELAÇÕES_SOCIAIS	Incapacitado	24	47,57	20,78	0,280
	Reformado	18	55,56	26,51	
QOL_AMBIENTE	Incapacitado	24	63,15	12,77	0,172
	Reformado	18	69,27	15,76	
HADS_ANSIEDADE	Incapacitado	24	6,42	4,96	0,412
	Reformado	18	7,78	5,64	
HADS_DEPRESSÃO	Incapacitado	24	8,54	4,22	0,554
	Reformado	18	7,72	4,65	

5.7.5. Associação entre Estado Civil e avaliação psicométrica

Foi recodificada a variável Estado Civil em {Casado/União de facto, Viúvo, Separado/Divorciado/Solteiro}, com o objetivo de evitar *outliers*.

Os viúvos aparentam ter scores QOL superiores em quase todos os domínios em relação aos Casados/União de facto, exceto no domínio das relações sociais [51,19 (DP 18,28), $F(2,39) = 3,66$, $p = 0,035$]. Os Separados/Solteiros/Divorciados apresentam scores de QdV inferiores, em média, comparativamente a todos os outros grupos, e, também maior grau de ansiedade. Os viúvos são os que manifestam maior grau de depressão. No entanto, nenhuma destas diferenças tem significado estatístico (para valor de $p < 0,05$).

Tabela 19 Análise bivariada da variável estado civil em função das variáveis Avaliação Psicossocial por domínio e avaliação clínica de ansiedade/depressão

ANÁLISE TESTES PSICOMÉTRICOS VS ESTADO CIVIL (N=42)		N	MÉDIA	DP	VALOR DE P
QOL_FÍSICO	Casado/União de Facto	25,00	48,14	13,41	0,601
	Viúvo	7,00	52,55	11,97	
	Separado/Solteiro/Divorciado	10,00	45,71	15,50	
QOL_PSIOLÓGICO	Casado/União de Facto	25,00	60,50	15,27	0,237
	Viúvo	7,00	63,69	12,20	
	Separado/Solteiro/Divorciado	10,00	51,67	19,06	
QOL_RELAÇÕES_SOCIAIS	Casado/União de Facto	25,00	57,33	25,04	0,350
	Viúvo	7,00	51,19	18,28	
	Separado/Solteiro/Divorciado	10,00	35,00	14,59	
QOL_AMBIENTE	Casado/União de Facto	25,00	67,25	12,70	0,250
	Viúvo	7,00	74,11	16,70	
	Separado/Solteiro/Divorciado	10,00	56,25	12,33	
HADS_ANSIEDADE	Casado/União de Facto	25,00	6,52	5,22	0,777
	Viúvo	7,00	7,57	3,99	
	Separado/Solteiro/Divorciado	10,00	7,80	6,34	
HADS_DEPRESSÃO	Casado/União de Facto	25,00	7,64	4,21	0,291
	Viúvo	7,00	10,57	1,27	
	Separado/Solteiro/Divorciado	10,00	7,90	5,78	

5.7.6. Associação entre a variável “apoio social” e avaliação psicométrica

Os que referiram ter apoio social revelam ter uma tendência para pior QdV e maior grau de ansiedade ou depressão. Observa-se uma associação estatisticamente significativa com o QOL-psicológico e se tem apoio social, em que os que não têm apoio social manifestaram maior QdV neste domínio, comparativamente aos que têm apoio social [t (40) = 2,706, p= 0,010, para p-valor <0,05)].

Tabela 20 Análise bivariada da variável apoio social em função das variáveis Avaliação Psicossocial por domínio e avaliação clínica de ansiedade/depressão

ANÁLISE TESTES PSICOMÉTRICOS VS SE TEM APOIO SOCIAL (N=42)		N	MÉDIA	DP	VALOR DE P
QOL_FÍSICO	Não	31	48,96	13,81	0,600
	Sim	11	46,43	13,27	
QOL_PSICOLÓGICO	Não	31	62,63	15,83	0,010*
	Sim	11	48,48	11,68	
QOL_RELAÇÕES_SOCIAIS	Não	31	52,69	25,40	0,438
	Sim	11	46,21	16,82	
QOL_AMBIENTE	Não	31	67,24	13,43	0,270
	Sim	11	61,65	16,42	
HADS_ANSIEDADE	Não	31	6,55	5,57	0,355
	Sim	11	8,27	4,15	
HADS_DEPRESSÃO	Não	31	7,90	4,47	0,482
	Sim	11	9,00	4,20	

5.7.7. Associação entre as condições de acesso à habitação e avaliação psicométrica

Os que referem ter acesso facilitado à habitação reportam scores de HADS depressão com uma diferença de quase 4 pontos abaixo em relação aos que referem ter presença de barreiras [8,78 (DP 4,25) e 4,67 (DP 3,61), respetivamente, $t(40) = 2,233$, $p < 0,01$]. Aqueles com acesso facilitado apresentam scores de QdV superiores aos que têm barreiras, em todos os domínios, mas esta diferença não é estatisticamente significativa (para $p < 0,05$).

Tabela 21 Análise bivariada da variável acesso à habitação em função das variáveis Avaliação Psicossocial por domínio e avaliação clínica de ansiedade/depressão

ANÁLISE TESTES PSICOMÉTRICOS VS SE TEM ACESSO FÁCIL À HABITAÇÃO (N=42)		N	MÉDIA	DP	VALOR DE P
QOL_FÍSICO	Não	36	47,82	13,88	0,579
	Sim	6	51,19	12,09	
QOL_PSICOLÓGICO	Não	36	58,80	16,24	0,898
	Sim	6	59,72	15,96	
QOL_RELAÇÕES_SOCIAIS	Não	36	49,07	23,21	0,198
	Sim	6	62,50	23,42	
QOL_AMBIENTE	Não	36	64,93	13,82	0,355
	Sim	6	70,83	17,31	
HADS_ANSIEDADE	Não	36	7,00	5,20	1,000
	Sim	6	7,00	6,00	
HADS_DEPRESSÃO	Não	36	8,78	4,25	0,031*
	Sim	6	4,67	3,61	

No caso dos utentes que vivem em habitação predial, há uma tendência para maiores valores de QdV ($p > 0,05$), em todos os domínios, naqueles que têm elevador, e uma tendência para

menor grau de ansiedade (mais de 4 pontos de diferença) e depressão (havendo uma diferença com significado estatístico, para um nível de significância de 5%, no caso da avaliação HADS_Ansiedade [$t(35) = 2,292$; valor $p = 0,028$].

Tabela 22 *Análise bivariada da variável ter elevador em função das variáveis Avaliação Psicossocial por domínio e avaliação clínica de ansiedade/depressão*

ANÁLISE TESTES PSICOMÉTRICOS VS SE TEM ELEVADOR SE VIVE PRÉDIO (N=39)		N	MÉDIA	DP	VALOR DE P
QOL_FÍSICO	Não	29	48,28	14,31	0,191
	Sim	8	55,36	8,10	
QOL_PSIOLÓGICO	Não	29	57,47	16,46	0,245
	Sim	8	65,10	14,93	
QOL_RELAÇÕES_SOCIAIS	Não	29	50,86	24,93	0,901
	Sim	8	52,08	22,60	
QOL_AMBIENTE	Não	29	63,90	14,09	0,143
	Sim	8	72,27	13,51	
HADS_ANSIEDADE	Não	29	8,07	5,04	0,028*
	Sim	8	3,75	3,15	
HADS_DEPRESSÃO	Não	29	8,86	4,21	0,225
	Sim	8	6,75	4,59	

5.7.8. Associação entre as condições de acesso a cuidados de saúde e avaliação psicométrica
Constata-se que o *score* QdV é inferior em todos os domínios e o grau de ansiedade e depressão é superior no grupo de indivíduos que referiram ter sido negado o acesso a cuidados de saúde. A diferença em relação aos que referiram não ter tido sido negado o acesso tem significado estatístico para os domínios de QOL-Físico, Psicológico e Ambiente (este último tem significado marginal) e para ambos os graus de HADS Ansiedade e HADS depressão.

Tabela 23 *Análise bivariada do variável acesso a cuidados de saúde em função das variáveis Avaliação Psicossocial por domínio e avaliação clínica de ansiedade/depressão*

ANÁLISE TESTES PSICOMÉTRICOS VS SE FOI NEGADO O ACESSO A CUIDADOS (N=42)		N	MÉDIA	DP	VALOR DE P
QOL_FÍSICO	Não	40	49,64	12,42	0,003*
	Sim	2	21,43	0,00	
QOL_PSIOLÓGICO	Não	40	60,21	15,18	0,019*
	Sim	2	33,33	11,79	
QOL_RELAÇÕES_SOCIAIS	Não	40	52,50	22,97	0,061
	Sim	2	20,83	5,89	
QOL_AMBIENTE	Não	40	66,72	13,90	0,054
	Sim	2	46,88	8,84	
HADS_ANSIEDADE	Não	40	6,60	5,00	0,025*
	Sim	2	15,00	4,24	
HADS_DEPRESSÃO	Não	40	7,90	4,27	0,053
	Sim	2	14,00	1,41	

Quanto à acessibilidade a cuidados de saúde, os inquiridos que referiram não ter capacidade económica apresentam valores de QOL inferiores em todos os domínios e níveis de Ansiedade e Depressão superiores. Estas diferenças são estatisticamente significativas para o QOL – Relações Sociais e ambiente e no HADS ansiedade e depressão (para valor-p <0,05).

Tabela 24 Análise bivariada da variável capacidade económica de acesso a cuidados de saúde em função das variáveis Avaliação Psicossocial por domínio e avaliação clínica de ansiedade/depressão

ANÁLISE TESTES PSICOMÉTRICOS VS SE TEVE INCAPACIDADE ECONÓMICA PARA ACEDER A CUIDADOS (N=42)		N	MÉDIA	DP	VALOR DE P
QOL_FÍSICO	Não	33	49,78	12,37	0,177
	Sim	9	42,86	16,94	
QOL_PSIOLÓGICO	Não	33	59,72	15,85	0,545
	Sim	9	56,02	17,19	
QOL_RELACÕES_SOCIAIS	Não	33	55,56	21,82	0,014*
	Sim	9	34,26	22,61	
QOL_AMBIENTE	Não	33	68,37	13,62	0,022*
	Sim	9	56,25	13,17	
HADS_ANSIEDADE	Não	33	6,09	5,13	0,029*
	Sim	9	10,33	4,44	
HADS_DEPRESSÃO	Não	33	7,27	4,24	0,008*
	Sim	9	11,56	3,17	

* correlação significativa para $p < 0,05$ ** correlação significativa para $p < 0,01$

5.7.9. Estudo de correlação entre os domínios QOL

Em relação às variáveis idade, rendimentos, número de consultas nos últimos meses, tamanho do agregado familiar e variáveis de relações temporais com o fenómeno da diabetes e evento de amputação, foi possível constatar que existe uma correlação muito fraca a fraca com os diferentes domínios QOL. Estas associações entre variáveis não tiveram significado estatístico (para $p\text{-valor} < 0,05$). No entanto observa-se uma tendência em que quanto mais velho for o utente, quanto mais tarde sofreu amputação menor e maior e maior for o período de tempo entre ter sido feito o diagnóstico de diabetes e a amputação, pior será a qualidade de vida no domínio psicológico e de relações sociais.

A única exceção observou-se na correlação entre a idade do diagnóstico de diabetes e o resultado do HADS Ansiedade, sendo que quanto mais tardio for o diagnóstico, maior é o grau de ansiedade. No entanto, esta associação positiva é fraca ($r=0,310$, $p\text{-valor} < 0,05$).

Tabela 25 Estudo da correlação entre os domínios da avaliação da Qualidade de vida e avaliação clínica de ansiedade e depressão, e as variáveis idade, rendimentos, número de consultas nos últimos 12 meses, tamanho do agregado familiar, idade de diagnóstico de Diabetes, o tempo entre a idade do diagnóstico de diabetes e a idade em que ocorreu a primeira amputação, idade em que ocorreu amputação minor e major

Variáveis	QOL_ Físico	QOL_ Psicológico	QOL_ Relações_ Sociais	QOL_ Ambiente	HADS_ Ansiedade	HADS_ Depressão
Idade	,192	-,131	-,016	,118	,124	,219
N	42	42	42	42	42	42
Rendimentos	,199	,102	,178	,275	-,120	,017
N	42	42	42	42	42	42
NConsultas ult12meses	,092	,211	-,054	-,076	-,126	-,096
N	42	42	42	42	42	42
Agregado	,103	,086	,202	,226	,017	,066
N	42	42	42	42	42	42
Idade Diag DM	,192	-,053	,011	-,204	,310*	,087
N	42	42	42	42	42	42
T diag DM e Amp	-,104	-,029	-,195	,239	-,065	,040
N	42	42	42	42	42	42
Id amp minor	,134	-,125	-,048	,222	,125	,141
N	34	34	34	34	34	34
Id amp major	,145	-,115	,163	,453	-,007	,257
N	18	18	18	18	18	18

* correlação significativa para $p < 0,05$

Entre os diferentes domínios QOL verifica-se uma correlação positiva entre todos e com significado estatístico (para $p\text{-valor} < 0,05$ e $p\text{-valor} < 0,01$). Sendo a associação moderada entre os domínios QOL-Físico, o QOL-Psicológico e QOL-Relações Sociais e o QOL-Ambiente e QOL-Relações Sociais.

No caso de correlação entre os domínios QOL e a avaliação HADS, constata-se uma associação negativa (algo expectável), com significado estatístico ($p\text{-valor} < 0,05$ e $p\text{-valor} < 0,01$). A exceção é entre o QOL-Ambiente e o HADS-Depressão, onde esta associação não tem significado estatístico. A associação é mais forte entre o HADS Ansiedade e Depressão e o QOL-psicológico e entre o QOL-Ambiente e HADS Ansiedade.

Tabela 26 Estudo da correlação entre as variáveis dos diferentes domínios da avaliação da qualidade de vida, e entre a variável HADS.

Variáveis	QOL_ Físico	QOL_ Psicológico	QOL_ Relações_ Sociais	QOL_ Ambiente	HADS_ Ansiedade	HADS_ Depressão
QOL_Físico	1,000	,505**	,524**	,309*	-,384*	-,332*
QOL_Psicológico		1,000	,437**	,353*	-,474**	-,602**
QOL_Rel/Sociais			1,000	,582**	-,440**	-,312*
QOL_Ambiente				1,000	-,562**	-,243
HADS_Ansiedade					1,000	,581**

* correlação significativa para $p < 0,05$ ** correlação significativa para $p < 0,01$

5.8. Associação entre rendimentos e tipo de amputação

Pretendeu-se verificar se existia uma associação entre o nível de rendimento e o tipo de amputação, no sentido de esclarecer se havia uma relação com a vertente económica e o ser amputado minor ou major. Assim, foi estudado se a distribuição de casos de acordo com o tipo de amputação por *níveis de rendimento*, distribuídos por 4 estratos diferentes - {0-500; 501-700; 701-1200; mais de 1201} euros

A análise estatística não revelou diferenças com significado estatístico ($\chi^2(1)=0,073$; $p = 0,787$). (Gráfico 9)

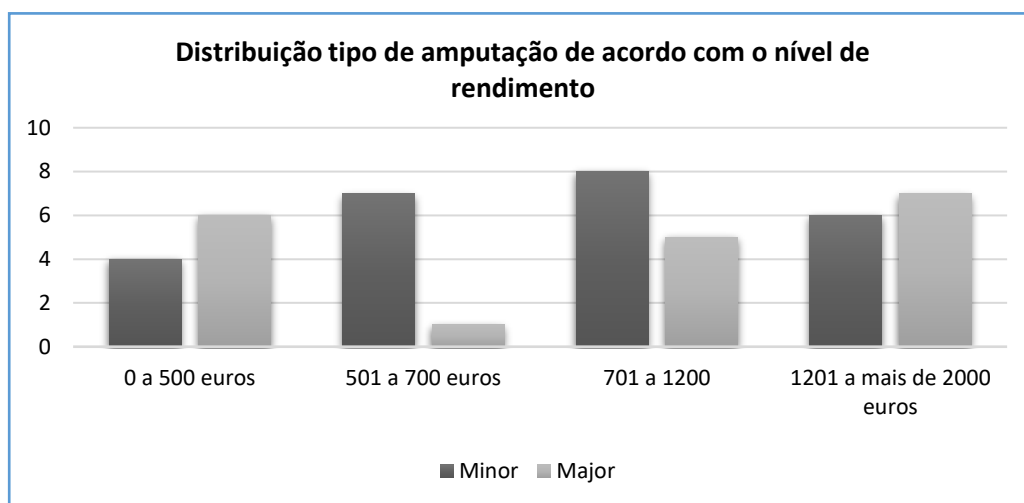


Gráfico 10 Distribuição de indivíduos com amputação menor e major de acordo com níveis de rendimento

6. DISCUSSÃO DE RESULTADOS

6.1. A incidência dos diabéticos amputados em relação ao contexto nacional e local

De acordo com a tendência observada nos últimos 10 anos, os dados obtidos do CHP revelaram uma redução dos casos intervencionados para amputação não-traumática associada a diabetes, desde 2013. Embora faltem na análise os registos do CHSJ e não tenha sido possível contabilizar casos que provenham de estabelecimentos privados, ou intervencionados fora do concelho, mas com residência no Porto, os resultados sugerem que a incidência de diabéticos amputados major está tendencialmente a diminuir. Também se encontrou diferença na proporção entre amputados minor e major, no entanto, a diferença foi próxima de 3:1, a partir de 2014.

De acordo com as fichas de caracterização dos ACeS Porto Ocidental e Oriental, em 2015, (ACSS, dados 31 de dezembro de 2015) a incidência do conjunto dos dois ACeS para o fenómeno de diabéticos amputados major é de 7,7 por 100 000 residentes (sendo 2,1/100 000 residentes para o ACeS Porto Ocidental).(56,57) Considerando que a área de referenciação principal do CHP inclui os residentes do lado ocidental, é possível inferir que a estimativa efetuada (2,9 por 100 000 residentes) não esteve longe da realidade. Estes resultados mostram que o ACeS Porto Oriental tem maior incidência de amputados major do que o ACeS Ocidental e quanto à média nacional – 2,1 por 100 000 residentes. (desconhece-se o valor da região norte para 2015). Isto sugere que podem existir fenómenos geográficos a interferir com o fenómeno da diabetes ou uma diferença na distribuição da população quanto a idade ou até acesso desigual a cuidados de saúde.

Verificou-se que a incidência de amputados major mantém-se inferior ao valor estimado para os amputados minor, mas considerando a relação entre minor e major seria importante esclarecer nos próprios relatórios a incidência de amputados minor – algo que se mantém como uma não prioridade no estudo efetuado para os relatórios e diagnósticos de situação dos ACeS e produção hospitalar.

O facto de existir a possibilidade de haver mais diabéticos amputados major no lado oriental do concelho, implementa a ideia de que há fatores geográficos a influenciar o fenómeno. Infelizmente não houve possibilidade de efetuar esta análise porque os dados de contacto do CHSJ não foram obtidos em tempo útil para a realização desta investigação.

6.2. O que caracteriza o diabético amputado do concelho do porto

Com base na literatura científica já existente e opinião por parte de profissionais nas áreas de intervenção de relevo para a patologia em estudo, era possível prever que se iria observar uma relação entre os determinantes sociodemográficos, a avaliação da qualidade de vida e da ansiedade/depressão. Esperava-se também verificar se o grupo de inquiridos é semelhante aos perfis identificados na literatura e distribuição, relativamente à problemática da diabetes e morbilidade da amputação não-traumática associada.

6.2.1. Quem é o diabético amputado?

Os resultados obtidos revelam que a prevalência em homens é superior à verificada em mulheres e que a idade média dos inquiridos encontra-se dentro da idade espectável de encontrar a média dos diabéticos (60-70 anos). As comorbilidades associadas também estão a par dos dados nacionais de referência, sendo que as complicações por AVC (35,29%) e renais (32,35%) são das mais mencionadas. (4) No entanto, neste estudo, a retinopatia foi a que teve maior prevalência entre os inquiridos (70,59%).

De acordo com os resultados a maioria dos diabéticos amputados provém do lado ocidental do concelho do Porto, sendo dessa área o centro histórico onde há maior prevalência (31,5%). Isto acontece porque o número de casos provindo do lado oriental tem menor prevalência, porque a sua referenciação foi ocasional e pontual (por estarem inscritos numa USF do lado ocidental, por exemplo). Um fenómeno que aconteceu durante a recolha de dados está identificado nos resultados no grupo na linha - "Utentes fora de área". Este grupo surgiu porque enquanto o investigador frequentava a consulta de diabéticos amputados no CHP, com o objetivo de conseguir inquirir alguns dos diabéticos mais difíceis de contactar por via telefónica, encontrou indivíduos que estavam identificados com residência no Porto, no entanto, a sua residência oficial era fora da área do Porto. Estes utentes não deixaram de ser incluídos porque a maior parte da sua vivência tinha sido no concelho do Porto (mantendo todo o acompanhamento médico no concelho) e só estavam ausentes recentemente por motivos de proximidade aos cuidadores. Apesar de ser adequado estes utentes estarem próximos de cuidadores dedicados e família, o investigador chegou a contactar com utentes que faziam mais de 100km todas as semanas para manter o contacto com o seu médico assistente no CHP ou que se viam obrigados a deslocar-se ao CHP para tratamentos diários. Seria importante esclarecer o porquê da manutenção desta situação e não ter havido referenciação para um hospital de maior proximidade para os utentes.

Tendo em conta que o mínimo de idade foi 36, houve o contacto com diabéticos que estariam em idade considerada ativa. No entanto, nenhum dos entrevistados possuía uma ocupação ou atividade regular num emprego. Este ponto levanta questões importantes pois é uma

situação que irá influenciar a avaliação dos anos vividos com incapacidade para este grupo populacional e, mais importante, este estudo revela que há um conjunto de indivíduos em idade ativa sem nenhuma resposta para inclusão social, mantendo-se desocupados.

A nível de escalão de rendimentos, 41% dos inquiridos afirmou auferir rendimentos mensais, a nível do agregado, inferiores a 700 euros. Considerando os custos de transportes, medicação, terapia de reabilitação e outros, associados à diabetes, amputação e outras comorbilidades, existe aqui a possibilidade de haver algum esforço com a doença por parte do agregado.

Em termos de acessibilidade à habitação, a maioria não tem acesso por rampa na entrada da habitação. Esta questão tem o viés de que os que têm habitações ao nível da rua, não necessitariam de um acesso facilitado por rampa. No entanto, através da vantagem da deslocação à habitação por parte do investigador, foi possível constatar que alguns dos utentes acabam por ter algum desnível à entrada da habitação, e até degraus nas proximidades da porta principal da habitação. Aliás, a maioria das habitações que o investigador visitou eram maioritariamente do tipo predial. Não foi incomum encontrar utentes, instalados em cadeira de rodas, que se encontravam sozinhos (por assim viverem ou por os familiares estarem ausentes por motivos de trabalho), com alguma comorbilidades associada (com um nível de acuidade visual bastante baixa, por exemplo) e com várias barreiras à sua volta dentro da habitação (sem casa de banho adaptada, por exemplo). A esta situação acrescenta-se que 76,92% dos utentes (39 viviam em habitação predial) não tinham elevador, o que sinaliza as dificuldades de deslocação que estes utentes enfrentam. Dos 9 que referiram ter elevador e alguns dos que não tinham elevador no prédio, também não foi incomum, encontrar utentes que viviam no “rés-do-chão”, ou andar “a-nível-da-rua”, que tinham escadas até ao piso da habitação. Um dos utentes, por exemplo, era um amputado bilateral major (tudo consequência da diabetes), que vivia numa habitação desta última tipologia, que tinha um conjunto de escadas até ao piso, que acrescentava ser tão estreita, que não passava uma cadeira de rodas. Referiu que quando precisava de sair para ir ao hospital (a única razão pelo qual saía da habitação), era deslocado até ao veículo de transporte, às costas de um familiar. Este exemplo é anedótico, mas, com os resultados apresentados neste estudo, é possível apelar a que futuros estudos descrevam em maior detalhe as condições habitacionais e de que forma afetam a qualidade de vida e morbilidade deste grupo de utentes.

Estas observações levantam questões como porque razão este utente não se encontrava em estrutura apropriada para o receber e cuidados adequados? Seria por falha do sistema de

apoio social? Ou porque havia desconhecimento do utente de quais as respostas e serviços a que recorrer?

É difícil “culpar” o utente porque a maioria dos inquiridos (93,18%) referiu que não lhe foram negados cuidados de saúde de que necessitou, não foram negados (desconhecemos qual o nível de literacia sobre as necessidades em saúde por parte do próprio utente). Mesmo em termos de capacidade económica verificou-se que 3 em cada 4 utentes referiu ter acesso a cuidados de saúde sem dificuldades económicas que impedissem tal acesso. A análise da associação entre o tipo de amputação e o estrato de rendimentos também não revelou diferenças com significado estatístico. Isto sugere que o SNS tem boa capacidade de resposta a ambos os tipos de diabéticos amputados e que a acessibilidade aos cuidados foi razoável.

6.3. Contexto clínico do diabético amputado

A idade média e período de tempo vivido está dentro do esperado de acordo com a literatura. É de referir que a sobrevivência ao longo dos últimos anos nos diabéticos tem vindo a aumentar.(4) É provável que esta associação tenha a ver com a melhoria do acompanhamento dos utentes a nível dos cuidados de saúde primários (88,60% dos utentes tinham cumprido pelo menos uma ida ao médico assistente).

É preciso referir que existem práticas recentes da clínica, com a introdução de não-insulínicos injetáveis, que melhoram o controlo da diabetes substancialmente, comparativamente a outras terapias (pela vantagem de garantirem maior *compliance* por ser injeção semanal e o seu perfil terapêutico ter evidência de ser mais seguro). O estudo da problemática da diabetes terá que passar a ter em conta esta situação, pois é um fator que irá influenciar o prognóstico da situação de diabetes e, conseqüentemente, a evolução para amputação. (58)

Em termos de patologia a saúde mental é um fator a ter em conta na situação do diabético amputado, visto que Ansiedade Crónica é a segunda doença crónica mais frequente e a Depressão está a par ao enfarte do miocárdio em termos de frequência. (Gráfico 10)

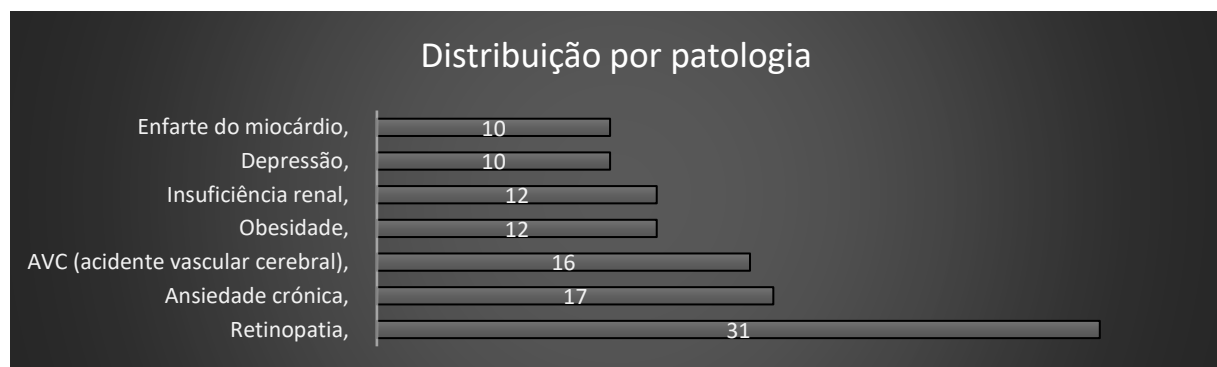


Gráfico 10 Proporção de patologias reportadas no grupo-estudo

Em termos de existência de uma prótese, nem toda a situação de amputação corresponde à necessidade de colocação de prótese. No entanto, foi da experiência do investigador que havia alguns utentes que desconheciam a possibilidade de colocação de prótese. Fica aqui por esclarecer o grau de conhecimento dos utentes quanto às possibilidades de reabilitação que incluía a colocação de prótese. O investigador também verificou que há indivíduos com próteses que estavam arrumadas e cuja utilização foi referida como “pouco frequente”. Esta situação pode ocorrer porque os indivíduos se encontram sozinhos e por isso não têm apoio ou estímulo para realizar atividades de lazer ou atividades fora de casa. Os resultados deste estudo suportam a tese de que o isolamento afeta a reabilitação, pois os utentes em situação de maior isolamento sociofamiliar têm pior qualidade de vida e tendência para ansiedade e depressão clínica. É necessário esclarecer a razão da reduzida distribuição de próteses, no sentido de identificar se a causa depende de elementos físicos (de capacidade física) ou devido a outros determinantes.

Em termos de prevalência de ansiedade e depressão, fica reforçada a necessidade de esclarecer as diferenças observadas entre o que é reportado de doenças crónicas e os resultados da avaliação de ansiedade e depressão através da utilização do HADS. Ou seja, apesar de a ansiedade ser 2ª doença crónica mais identificada pelos utentes, 53,8% dos inquiridos teve um grau Normal de ansiedade identificado pela aplicação do HADS. Este resultado contrasta com os resultados da aplicação do HADS Depressão, onde 59,5% dos inquiridos tinha situação patológica de Depressão, no entanto foi a penúltima patologia associada à diabetes, identificada pelos utentes. Poderá aqui haver interesse em clarificar se se está perante um fenómeno influenciado pelo grau de literacia em saúde ou da perceção dos utentes em relação ao seu estado de saúde.

A leitura dos resultados evidencia que se está perante um conjunto de utentes que vive, em média, há mais de 10 anos amputado, que na sua generalidade, refere não ter dificuldades de acesso a cuidados de saúde e que se desloca, como recomendado pela norma clínica, ao seu médico assistente para monitorização clínica. No entanto, manifesta situação de depressão e ansiedade, que se sabe agravar tanto o prognóstico de reabilitação como de doença e, obviamente, induz um agravamento da qualidade de vida.

Foi consistente com a literatura a existência de uma elevada prevalência de sintomas depressivos e ansiosos. Comparativamente ao Continente, a ARS Norte ou a população inscrita total do ACeS, o grupo-estudo teve uma maior proporção de ansiedade e depressão. Em 2014 a proporção da população de inscritos em cuidados de saúde primários com estas perturbações da ansiedade e depressivas na ARS Norte foi de 5,65% e 8,86%, respetivamente. (59) Estes dados contrastam com os valores obtidos neste estudo onde se

evidência uma proporção de utentes com 45,2% com ansiedade clínica e 59,5% de depressão clínica.

Relativamente à média do score HADS para ambas as patologias, este estudo revelou valores superiores a outros estudos citados, inclusivamente quando se compara com estudos que só mediram a prevalência da ansiedade e depressão clínica em amputados não diabéticos.(19) No entanto, podem existir fatores culturais que justificam as diferenças observadas. (21,31)

6.4. A avaliação da Qualidade de Vida como um fator determinante para a caracterização do Diabético Amputado

Nos últimos anos tem existido um crescendo de procura por ferramentas que avaliem um “estado” de saúde que vai mais além do que a observação ou diagnóstico clínico direto. Há uma franca necessidade de incluir na avaliação clínica ferramentas que apoiem a intervenção em todos os contextos dos doentes e a monitorização do utente de forma a ter em conta fatores como o seu estado mental, grau de satisfação e até a sua envolvência e vivência com a sociedade em geral.(22,25,27)

Um dos utentes entrevistados foi amputado 6 vezes nos dois anos anteriores ao inquérito e que na semana anterior à entrevista tinha tentado auto-lesão por ideação suicida. É difícil apontar um conjunto de causas definitivas para a situação descrita, mas é um cenário que acompanha os resultados deste estudo. A observação de que a qualidade de vida tem uma associação negativa (Tabela 26) com os diagnósticos de depressão e/ou ansiedade permite destacar a importância de se atuar sobre estas perturbações de forma a reduzir o impacto negativo sobre a QdV.

Em termos de associação entre variáveis e olhando para as variáveis sexo e idade, os resultados são consistentes com os estudos citados, ou seja, que não há diferenças estatisticamente significativas entre estas variáveis e os scores de QdV e o HADS. (31,33) No entanto, verifica-se nos resultados a tendência de que as mulheres mostram scores mais elevados de depressão e ansiedade, podendo ser um grupo mais vulnerável, por também sobreviverem mais tempo com a doença e comorbilidades. A razão da idade não mostrar a associação significativa provém de que a restrição de movimentos pode mesmo vir a beneficiar uma melhoria da qualidade de vida e redução dos níveis de ansiedade e depressão (principalmente em idades mais avançadas). (31)

Apesar de não haver uma associação com significado estatístico entre avaliação de QdV e a escolaridade, é possível inferir que há alguma influência entre a escolaridade e a qualidade

de vida. Esta influência é sugerida pela diferença entre os resultados de HADS e a escolaridade, onde existe até uma inversão dos resultados – os resultados sugerem uma imagem em que a escolaridade mais avançada está associada a menor ansiedade, mas com associação a maiores níveis de estado depressivo. Poderão estar aqui fatores como a diversidade na perceção sobre a doença ou como atua o *coping* em diferentes grupos de escolaridade.

Quanto à questão de ter sido negado cuidados de saúde, os resultados sugerem uma associação com o HADS Ansiedade e QOL – Físico e Psicológico ($p < 0,05$). No entanto, o número de indivíduos que referiu que lhes foi negado cuidados são apenas 2, o que torna difícil inferir sobre este aspeto da caracterização e análise. Na questão da capacidade económica em aceder a cuidados de saúde, as diferenças observadas sugerem que houve influência na QdV de relações sociais e ambiente. É provável que a questão do apoio social e o nível de rendimentos tenham algum impacto nas diferenças observadas.

A presença de barreiras à entrada de habitação ou a presença de elevadores em caso de habitação predial, não aparenta influenciar a qualidade de vida significativamente. Apesar disso há uma tendência para que a presença de barreiras arquitetónicas se traduza em piores scores de qualidade de vida. A influência da presença de barreiras à entrada da habitação influencia a depressão, enquanto a existência de elevador influencia a ansiedade e depressão. O facto de os utentes não saírem de casa pode contribuir para estes resultados, pois há menor peso sobre a qualidade de vida, por haver menos vivência com a dificuldade de interação com as barreiras.

Quanto ao tipo de amputação e avaliação psicossocial os resultados sugerem que os indivíduos amputados minor ou major inquiridos podem ter menores diferenças do que o expectável ($p\text{-valor} > 0,05$). É possível inferir que a amputação minor tem uma tendência para sofrer maior impacto em matéria de vivência com a dor e diminuição da capacidade de estar ativo do que nos casos de amputação major (note-se os scores de QdV inferiores na dimensão física). A razão de não se observarem estas diferenças pode ser devido à reduzida dimensão do grupo-estudo. No entanto, outros estudos mostraram diferenças quanto ao nível de amputação (desagregado por transmetatarsica, transtibial e transfemural, ao contrário de que neste estudo foi feita a análise considerando entre minor e major. Foi observado em alguns estudos que não há diferenças a nível do QOL – psicológico, em particular (8) A explicação para este fenómeno passa pelo facto de que o diabético amputado minor ou major ser um doente que além de ter que se ajustar à amputação ocorrida, mantém a necessidade de se ajustar às comorbilidades da Diabetes, com um aumento da ansiedade e depressão. Ou seja, é provável que o diabético amputado seja um doente com maior necessidade de

investimento no apoio psicológico e social, independentemente do tipo de intervenção, e assim, após haver qualquer intervenção cirúrgica, há a necessidade de tratar o amputado menor como um indivíduo com necessidades de suporte psicológico tão imediatos como aquele existente para os amputados major. (22,60)

Os determinantes como as relações sociais, manifestação de dor, capacidade de mobilidade ou a dependência para cuidados poderão ser importantes para justificar os *scores* mais baixos de QdV em alguns dos grupos para variáveis como a ansiedade e/ou depressão. (9,22,26,31,32) Este tipo de relação verifica-se na associação existente entre os resultados QdV e destes com a avaliação HADS. O facto de haver uma associação positiva moderada entre todos os domínios QdV, sugere a possibilidade de uns influenciarem outros e, assim, justificar a aposta em diferentes estratégias para melhorar a qualidade de vida nos diferentes domínios, tendo em atenção diferentes fatores como as condições de habitabilidade ou as relações sociais.

A importância da saúde mental destaca-se nos resultados obtidos onde existe uma associação moderada a forte entre a QdV psicológico e o HADS Depressão ($r=-0,602$, p -valor $<0,01$), realçando a importância de considerar estratégias específicas de intervenção na área da saúde mental, em particular para perturbações depressivas neste grupo de doentes diabéticos.

6.5. Limitações do estudo

Os doentes diabéticos sujeitos a amputação não traumática dos membros inferiores são doentes com prognósticos complexos, que a evidência na literatura revela serem condicionados por vários fatores - como a idade, gravidade das comorbilidades associada à Diabetes, sexo, estado psíquico e determinantes socioeconómicos. A severidade da combinação deste conjunto de fatores de prognóstico pode explicar a mortalidade elevada deste tipo de doentes. (22,32)

Perante os valores de 2011 de diabéticos com amputação major conhecidos na região do ACeS Porto Ocidental, pode ser estimado que existia uma incidência baixa destes utentes (1). Este valor sugeria que o número de indivíduos na população em estudo podia ser pequeno, reduzindo a capacidade de inferência estatística.

A opção deste estudo ser essencialmente descritivo criou limitações quanto a uma inferência estatística mais robusta. No entanto, um estudo descritivo com o detalhe aqui presente tem o potencial de gerar evidência que contemple uma perspetiva mais abrangente da problemática estudada e contribuir para um pensamento estratégico mais alargado.

Perante a falta de associação com significado estatístico entre o tipo de amputação em relação à avaliação da qualidade de vida e a ansiedade e depressão, para futuros estudos a avaliação deste grupo populacional poderá beneficiar da desagregação dos casos de acordo com a caracterização por nível específico de amputação – transmetársica, transtibial, transfemural.

Houve pelo menos uma tentativa de contacto com os utentes elegíveis para aplicação do questionário através do número telefónico obtido em registos oficiais (após envio de carta a informar sobre o estudo). Alguns dos contactos estariam inabilitados para conseguir responder ao questionário segundo os seus familiares; outros não atenderam à tentativa de contacto; e outros não tinham forma de serem contactados. Verificou-se que alguns utentes tinham informação desatualizada e mesmo os serviços por onde passaram não tinham conhecimento de última morada ou contacto (algo de preocupante considerando que eram utentes com múltiplas comorbilidades e alguns com pouco suporte familiar ou social). O investigador chegou mesmo a acompanhar assistentes sociais na tentativa de encontrar alguns dos utentes. Sem sucesso para alguns para alguns utentes elegíveis.

Apesar do tempo dedicado para a realização deste trabalho de investigação ter sido significativo, o tempo de resposta das comissões de ética é bastante extenso, o que encurta o tempo útil de investigação. A dificuldade neste estudo aumentou quando se tornou necessário pedir múltiplos pareceres de autorização e de ética - Comissão de Ética para a Saúde da ARS Norte, Conselho Clínico do ACeS (Porto Ocidental e Oriental), Comissão de Ética do Centro Hospitalar do Porto e Comissão de Ética do Centro Hospital São João. A opinião por parte de algumas instituições – como os “utentes são nossos” - resultou em não conseguir argumentar a autorização do protocolo de investigação proposto em tempo útil para recolher a informação dos utentes identificados como elegíveis na base de dados do CHSJ. O investigador conseguiu criar uma parceria com um profissional de saúde do serviço de cirurgia vascular com o objetivo de acelerar a recolha dos dados (após aprovação pela comissão de ética) mas não foi possível aplicar os questionários devido a um surto de uma doença infecciosa no serviço onde são efetuadas as consultas, resultando no adiamento de todo o contacto com os utentes identificados que iriam à consulta de vigilância. No entanto, este percurso permitiu verificar que a construção deste tipo de parcerias é facilitador na obtenção da informação sobre os utentes.

7. Conclusões

Este trabalho de investigação surgiu de um desafio proposto por uma equipa de intervenção que precisava de realizar um diagnóstico de situação de um grupo prioritário – diabéticos amputados do Concelho do Porto. Esta equipa é formada por elementos dos cuidados de saúde primários, cuidados hospitalares, por médicos, enfermeiros, assistentes sociais e outros profissionais de saúde, com vista a implementar estratégias integradoras e coordenadas entre todos os níveis de prestação de cuidados de saúde. É perante este quadro que se salienta a Saúde Pública – com uma perspetiva sobre populações com necessidades emergentes, desenvolvendo a investigação que permite a ação estratégica sobre problemas de saúde.

Pretendeu-se caracterizar a população de diabéticos sujeitos a amputação não-traumática, residentes no concelho do Porto, com o objetivo de conseguir caracterizar este grupo em várias dimensões – sociodemografia, envolvimento, morbilidades físicas e psicossociais e avaliar qualidade de vida. A resposta a este objetivo geral e aos objetivos operacionais, permitiu gerar conhecimento, contribuindo para colmatar a ausência de dados e informação específica e útil sobre este grupo populacional, numa dada região específica. Acrescenta que este trabalho conseguiu desenvolver uma ferramenta de apoio à gestão que permite replicar o método de recolha de dados de forma a obter informação mais completa e relevante sobre as características deste grupo populacional.

A incidência de diabéticos amputados no concelho do Porto em 2015 foi de 7,7 por 100 000 residentes, 2,1 para o ACeS Porto Ocidental. (56,57) Este valor é inferior à incidência referenciada em 2011 para a mesma área (6,6/100 000 residentes) e está próximo da estimativa da evolução da incidência dos diabéticos amputados até ao fim de 2015 (mesmo considerando as limitações da informação). Esta evolução está associada à melhoria do acompanhamento dos utentes por parte do SNS, em particular nos Cuidados de Saúde Primários.

O perfil geral do diabético amputado descrito neste trabalho é coincidente com o esperado encontrar na literatura: 66,10 anos (3), maioritariamente do sexo masculino (82,22%), com baixa escolaridade (56,82% com o Ensino Básico), casado (51,10%), com um agregado familiar composto por 3 indivíduos (2,69 +/- 1,48) e sem ocupação por questões de reforma ou por situação de incapacidade.

O grupo-estudo era constituído por uma proporção de amputados minor de 57,80%, de 20% amputados major e de 22,20% de diabéticos que passaram por ambas as amputações.

Relativamente a determinantes da envolvimento e acessibilidade a cuidados, o grupo estudo é caracterizado por ter condições de habitabilidade com presença de barreiras à mobilidade, em que 76,62% dos diabéticos que viviam em habitação predial não possuíam elevador para se deslocar dentro do prédio. A maioria dos inquiridos não referiu limitações de acesso a cuidados de saúde, havendo evidência que 88,60% cumpriu as recomendações de vigilância da diabetes a nível dos cuidados de saúde primários.

A prevalência de ansiedade e depressão clínica têm valores a par da literatura sugerindo que há responsabilidade por parte dos serviços de saúde e sociais de procurar respostas e pensar em estratégias que procurem a melhoria da saúde mental destes utentes. Este estudo também comprovou que elementos como barreiras habitacionais, perceção do acesso a cuidados de saúde e o diagnóstico tardio da diabetes estão associados com perturbações de ansiedade e de depressão. (19,21,22,31)

Os resultados da implementação da avaliação psicossocial da QdV são difíceis de utilizar para comparar com outros estudos, no entanto, a sua utilização é essencial para verificar quais os domínios que mais se destacam e explorar hipóteses de investigação que possam esclarecer as diferenças de QdV observadas entre grupos de variáveis. Este estudo demonstrou que o domínio psicológico e o ambiente foram os que tiveram scores mais elevados. Estas observação sugere que situações que reduzam a mobilidade ou agravem a condições física ou relações sociais podem justificar os menores valores de QdV nos outros domínios. Segundo este estudo os fatores mais relevantes que influenciaram a qualidade de vida foram o apoio social, a perceção sobre acesso a cuidados de saúde e a presença de quadro clínico de ansiedade e depressão. Esta evidência realça o peso que a saúde mental e os determinantes sociais têm sobre a qualidade de vida dos diabéticos amputados.

Apoiado nos resultados aqui apresentados, há dois grandes eixos de intervenção a procurar melhorar no período de tempo pós amputação: a qualidade das condições ambientais (como estrutura habitacional, transportes e segurança na área da habitação) e o apoio do utente em termos de saúde mental (no ajuste da nova imagem corporal, por exemplo). Para suportar estes dois eixos deve-se procurar a utilização de escalas como o WHOQOL, pois esta permitem obter uma perspetiva mais abrangente do estado de saúde dos diabéticos amputados, nomeadamente quanto à sua QdV em vários domínios.

No momento pré-amputação ainda há que manter as estratégias do Plano Nacional para a Diabetes e continua a ser prioritário investir na prevenção da diabetes e das suas comorbilidades pré-amputação (em particular o pé-diabético). É evidente que quanto maior for o controlo da Diabetes, menores serão os eventos dramáticos como a amputação major.

A atenção tem que ser ainda maior sobre os determinantes sociais, pois estes revelaram ter uma associação com a qualidade de vida e estado depressivo/ansiedade no grupo-estudo. A ação sobre estes determinantes não depende só da atividade clínica e/ou hospitalar, por isso, é preciso investir na estratégia multisectorial com maior presença na comunidade, onde estão os fatores sociais e ambientais.

Estudos prospetivos, longitudinais, com a criação de grupos controlo apropriados são necessários para elucidar melhor o processo de ajustamento psicossocial nos indivíduos. Estudos deverão focar os diabéticos amputados nas dimensões que mostraram associação com significado estatístico e maior força de associação, com vista a desenvolver estratégias de prevenção para reduzir os fenómenos negativos neste grupo populacional.

Ao contrário dos indivíduos com amputação traumática, os diabéticos amputados têm que continuar a viver com as suas comorbilidades associadas à condição médica base – diabetes – e também ajustar-se à amputação. O facto de a maioria ter problemas de retinopatia e a própria amputação é sinal de que são utentes com necessidades particulares em termos de estrutura habitacional, de transporte e de acompanhamento. As estratégias de intervenção têm que ser tanto sobre as condicionantes do meio envolvente destes utentes, como a nível da terapêutica farmacológica ou cirúrgica.

As limitações neste estudo não reduzem a importância dos resultados obtidos e esta evidência permite ser um guião que sugira quais as áreas de intervenção em Saúde Pública (integradora da prestação de cuidados de saúde) que podem ter maior impacto na melhoria do estado de saúde desta população, contribuindo assim para aumentar os ganhos em saúde.

Referências Bibliográficas

1. Unidade de Saúde Pública Porto Ocidental. Diagnóstico de Situação do ACeS Porto Ocidental, 2015
2. Direção Geral da Saúde. Despacho nº 3052/2013, Diário da República. 2013;40(2ª série):7527–9.
3. WHO. 10 facts about Diabetes [last update April 2016; cited feb 2016] Available from <http://www.who.int/features/factfiles/diabetes/en/>
4. Sociedade Portuguesa de Diabetologia. Diabetes: Factos e Números 2014 – Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes. Edição de 2015
5. National Institute for Health and Care Excellence. Type 2 diabetes prevention: population and community-level interventions, 2011. Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/ph35>
6. Mazlina M, Shamsul AS, Jeffery FAZ. Health-related quality of life in patients with diabetic foot problems in Malaysia. *Med J Malaysia*. 2011;66(3):234–8.
7. Patrick DL, Kinne S, Engelberg RA, Pearlman RA. Functional status and perceived quality of life in adults with and without chronic conditions. *J Clin Epidemiol*. 2000 Aug;53(8):779–85.
8. Cox PSL, Williams SKP, Weaver SR. Life after lower extremity amputation in diabetics, *West Indian Med J*. 2011 Oct;60(5):536–40.
9. Horgan O, MacLachlan M. Psychosocial adjustment to lower-limb amputation: a review, *Disabil Rehabil* Jan;26(14–15):837–50. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15497913>
10. Ministério da Saúde. Bilhete de Identidade dos Indicadores de Contratualização dos Cuidados de Saúde Primários Propostos para o Ano 2015. 2015;
11. Sociedade Portuguesa de Diabetologia. Definição, Diagnóstico e Classificação da Diabetes Mellitus, tradução do Relatório do grupo de peritos consultados pela OMS, 2006 [cited 2015 Dec 1]. Available from: <http://www.spd.pt/index.php/grupos-de-estudo-mainmenu-30/classificacao-da-diabetes-mellitus-mainmenu-175>
12. WHO. Definition and diagnosis of diabetes mellitus and intermediate hyperglycemia. 2006.

13. DGS. Diabetes, 2013 [cited 2014 Dec 1]. Available from: <http://www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/enciclopedia+da+saude/ministeriosaud e/doencas/doencas+cronicas/diabetes.htm>
14. Diário da República. 2.^a série — N.º 94 — 16 de maio de 2016. Despacho n.º 6401/2016.
15. Direção-Geral da Saúde. Programa Nacional para a Diabetes. 2016; Available from: <https://www.dgs.pt/programa-nacional-para-a-diabetes.aspx>
16. Diário da República. 1.^a série — N.º 103 — 30 de maio de 2016, Resolução da Assembleia da República n.º 93/2016
17. ACSS. Termos de Referência para contratualização nos cuidados de saúde primários em 2016. 2016;3–53.
18. Jeffcoate WJ, Van Houtum WH. Amputation as a marker of the quality of foot care in diabetes. *Diabetologia*, 2004;47(12):2051–8.
19. Hawamdeh ZM, Othman YS, Ibrahim AI. Assessment of anxiety and depression after lower limb amputation in Jordanian patients. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2008;4(3):627–33.
20. Moxey PW, Gogalniceanu P, Hinchliffe RJ, Loftus IM, Jones KJ, Thompson MM, et al. Lower extremity amputations--a review of global variability in incidence. *Diabet Med*, 2011;28(10):1144–53. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21388445>
21. Machado Vaz I, Roque V, Pimentel S, Rocha A, Duro H. Caracterização psicossocial de uma população Portuguesa de amputados do membro inferior. *Acta Med Port*. 2012;25(2):77–82.
22. Siersma V, Thorsen H, Holstein PE, Kars M, Apelqvist J, Jude EB, et al. Health-related quality of life predicts major amputation and death, but not healing, in people with diabetes presenting with foot ulcers: The eurodiale study. *Diabetes Care*. 2014;37(3):694–700.
23. Kerr M. *Foot Care for People with Diabetes: The Economic Case for Change*. 2012
24. APDP. *Complicações da Diabetes*, 2015, [cited dec 2015]. Available from: <http://www.apdp.pt/a-diabetes/complicacoes>
25. Soomro N, Khan M, Ahmed SI, Minhas MA. Determinants of lower extremity amputations: an institutional experience. *J Coll Physicians Surg Pak [Internet]*. 2013 Jul;23(7):491–4. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23823954>

26. Venermo M, Manderbacka K, Ikonen T, Keskimäki I, Winell K, Sund R. Amputations and socioeconomic position among persons with diabetes mellitus, a population-based register study. *BMJ Open* [Internet]. 2013 Jan;3(4). Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3641442&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
27. Foster D, Lauver LS. When a diabetic foot ulcer results in amputation: a qualitative study of the lived experience of 15 patients. *Ostomy Wound Manage* [Internet]. 2014 Nov;60(11):16–22. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25380097>
28. Ziegler- Graham K, MacKenzie EJ, Ephraim PL, Trivison TG BR. Estimating the Prevalence of Limb Loss in the United States: 2005 to 2050. *Arch Phys Med Rehabil*. 2008;
29. DGS. Diagnóstico Sistemático do Pé Diabético. 2013;1(1):9. Available from: <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i018596.pdf>
30. Holman N, Young RJ, Jeffcoate WJ. Variation in the recorded incidence of amputation of the lower limb in England. *Diabetologia*. 2012 Jul;55(7):1919–25.
31. Coffey L, Gallagher P, Horgan O, Desmond D, MacLachlan M. Psychosocial adjustment to diabetes-related lower limb amputation. *Diabet Med* [Internet]. 2009;26(10):1063–7. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19900240>
32. Cox PSL, Williams SKP, Weaver SR. Life after lower extremity amputation in diabetics. *West Indian Med J* [Internet]. 2011;60(5):536–40. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22519229>
33. McDonald S, Sharpe L, Blaszczynski A. The psychosocial impact associated with diabetes-related amputation. *Diabet Med* [Internet]. 2014 Nov;31(11):1424–30. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24766143>
34. Instituto Nacional de Estatística, Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge. Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006. Inquérito Nac Saúde 2005/2006. 2009;330.
35. Pais-Ribeiro J, Silva I, Ferrreira T, Martins A, Meneses R BM. Validation study of a Portuguese version of the Hospital Anxiety and Depression Scale. *Psychol Health Med*. 2006;1–13.
36. Group W. Development of the WHOQOL: Rationale and current status. *Int J Ment Heal*. 1994;(23:24–56.).

37. Group. TW. Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. *Psychol Med.* 1998;28(3):551–.
38. Group E. EuroQol--a new facility for the measurement of health-related quality of life. *Health Policy (New York).* 1990 Dec;16(3):199–208.
39. Hunt SM, McKenna SP, McEwen J, Backett EM, Williams J PE. A quantitative approach to perceived health status: a validation study. *J Epidemiol Community Heal.* 1980;Dec;34(4):
40. de Bruin AFF, Buys M, de Witte LPP, Diederiks JPMP. The sickness impact profile: SIP68, a short generic version. First evaluation of the reliability and reproducibility. *J Clin Epidemiol. Elsevier;* 1994 Aug;47(8):863–71.
41. Ware JE, Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Med Care.* 1992 Jun;30(6):473–83.
42. Vaz Serra, A., Canavarro, M.C., Simões, M.R., Pereira, M., Gameiro, S., Quartilho, M.J. et al. Estudos Psicométricos do Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-100) para Português de Portugal. *Psiquiatr Clínica.* 2006;27(1):31–40.
43. Simões MR., Machado C, Gonçalves MM., Almeida LS. Avaliação Psicológica: Instrumentos validados para a população portuguesa Volume III. 2007. p. 77–100.
44. WHOQOL group. Development of the WHOQOL: Rationale and current status. *Int J Ment Heal.* 1994;23:24–56.
45. The WHOQOL Group. Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. *Psychol Med.* 1998 May;28(3):551–8.
46. Vaz Serra, A., Canavarro, M.C., Simões, M.R., Pereira, M., Gameiro, S., Quartilho, M.J. et al. Estudos Psicométricos do Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-Bref) para Português de Portugal. *Psiquiatr Clínica.* 2006;27(1):41–9.
47. Hunt SM, McKenna SP, McEwen J, Backett EM, Williams J, Papp E. A quantitative approach to perceived health status: a validation study. *J Epidemiol Community Health.* 1980 Dec;34(4):281–6.
48. Ferreira PL, Melo E. Percepção de saúde em qualidade de vida: validação intercultural do Perfil de Saúde de Nottingham. *Nursing (Lond).* 1999;135(9).

49. Frisch MB, Cornell J, Villanueva M, Retzlaff PJ. Clinical validation of the Quality of Life Inventory. A measure of life satisfaction for use in treatment planning and outcome assessment.
50. Hyland ME, Sodergren SC. Development of a new type of global quality of life scale, and comparison of performance and preference for 12 global scales. *Qual Life Res.* 1996 Oct;5(5):469–80.
51. Patrick DL, Danis M, Southerland LI, Hong G. Quality of life following intensive care. *J Gen Intern Med.* 1988 Jan;3(3):218–23.
52. Pais Ribeiro J. O Importante é a Saúde. Estudo de adaptação de uma técnica de avaliação do Estado de Saúde-SF-36. Dohme. FMS&, editor. Lisboa; 2005.
53. Ferreira PL, Ferreira LN, Pereira LN. [Contribution for the validation of the Portuguese version of EQ-5D]. *Acta médica Port.* 2013 Jan;26(6):664–75.
54. I S. Contributo para a adaptação cultural e linguística do Sickness Impact Profile - 68 itens (SIP 68). Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Coimbra; 2002.
55. Burckhardt CS, Anderson KL. The Quality of Life Scale (QOLS): reliability, validity, and utilization. *Health Qual Life Outcomes.* 2003 Jan;1:60.
56. Ministério da Saúde A. Ficha de Caracterização ACeS Grande Porto V- Porto Ocidental. 2016.
57. Ministério da Saúde A. Ficha de Caracterização ACeS Grande Porto VI - Porto Oriental. 2016.
58. Evans JL, Balkan B, Chuang E et al. Oral and Injectable (Non-insulin) Pharmacological Agents for Type 2 Diabetes. PUBMED, [Internet]. 2016;(updated 2016, jul 20). Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK279141/>
59. Programa Nacional para a Saúde Mental, Direção de Serviços de Informação e Análise. Saúde Mental em Números – 2015. Direção Geral da Saúde. 2015;115.
60. Price P. The Diabetic Foot : Quality of Life. 2004;129–31.

Anexos

ANEXO A

Dicionário de Variáveis do Estudo do “Contexto social dos Diabéticos Amputados da Cidade do Porto”, idealizadas no protocolo do estudo

Nome	Definição operacional	Valores/unidades	Tipo de variável
SNS	Número de Utente do SNS	[000000000,999999999]	numérica
Sexo	Conjunto de características físicas e funcionais que distinguem o macho da fêmea	0 – Feminino 1 – Masculino	Ordinal
Idade (Data de Nascimento)	Intervalo de tempo que decorre entre a data de nascimento (dia, mês ou ano) e as 0 horas da data de referência	Em anos	Numérica
Residência/Freguesia	Freguesia onde reside no ACeS Porto Ocidental	Nome da Freguesia	Nominal
Escolaridade	Nível de habilitação literária	1- Não sabe ler nem escrever 2- Sabe ler e/ou escrever 3- 1º-4º anos 4- 5º -6º anos 5- 7º-9º anos 6- 10º-12º anos 7- Estudos universitários 8- Formação pós graduada	Ordinal
Estado Civil		1- Solteiro (a) 2- Casado (a) 3- União de facto 4- Separado (a) 5- Divorciado (a) 7- Viúvo (a)	Ordinal

Nome	Definição operacional	Valores/unidades	Tipo de variável
Tipo de Amputação	Nível de amputação	1 – Amputação minor 2 – Amputação major	Ordinal
Nacionalidade	-	Nome da Nacionalidade	Nominal
Agregado Fam	Quantos indivíduos tem a família	XX	Numérica
Ocupação	Situação de empregabilidade	{1-14}	Ordinal
Acesso_Rampa	Rampa entrada do Prédio	0 – Não 1- Sim	Ordinal
HabPred*Ele	Se tem Elevador, se vive em Habitação predial		Ordinal
PrecisouCSRA	Se no último ano precisou de cuidados de saúde, mas foi recusado ou adiado o acesso		Ordinal
PrecisouCSCE	Se no último ano precisou de cuidados de saúde mas não teve capacidade económica para aceder a esses cuidados		Ordinal
Rendimentos	Valor de Rendimento	{1-12}	Ordinal
Apoio_Social	Se tem registado suporte por parte de alguma entidade que preste apoio social	0 – Não 1 - Sim	Ordinal
IdDiagDM	Idade do diagnóstico de DM	XX	Numérica
IdAmp	Idade da primeira amputação	XX	Numérica
HADS (Depressão/Ansiedade)	Score de resultado de avaliação clínica de ansiedade e depressão	XX	Numérica
WHOQOL26	Score de resultado de avaliação psicossocial – escala de qualidade de vida Quality of Life – 26 da Organização Mundial de Saúde	XX	Numérica

ANEXO B

Modelo de recolha de dados – Inquérito por Questionário

1ª Parte – Caracterização Sociodemográfica

1	Data de Nascimento	
---	--------------------	--

dd/mm/aaaa

2	Sexo	Masculino		Feminino	
---	------	-----------	--	----------	--

3	Escolaridade	Não sabe ler nem escrever	
		Sabe ler e/ou escrever	
		1º-4º anos	
		5º-6º anos	
		7º-9º anos	
		10-12º anos	
		Estudos Universitários	
		Formação Pós-graduada	

4	Freguesia	
---	-----------	--

5	Estado Civil	Solteiro (a)		6	Nacionalidade	
		Casado(a)				
		União de facto		7	Quantos indivíduos tem a família	
		Separado(a)				
		Divorciado(a)				
		Viúvo(a)				

8	Das seguintes categorias, qual a que melhor descreve a sua ocupação principal do(a) sr(a) nas duas últimas semanas?	
	Exerce uma profissão, tem um trabalho, mesmo que não remunerado para uma pessoa de família	
	É aluno/estudante	
	Ocupa-se das tarefas domésticas (dona/o de casa)	
	Não teve ocupação porque está:	
	Desempregado(a) há menos de 1 ano	
	Desempregado(a) há 1 ano e mais	
	Reformado(a), aposentado (a)	
	Permanentemente incapacitado(a)	
	Doente há 3 meses ou mais	
	Doente há menos de 3 meses	
	À procura do 1º Emprego	
	Em estágio não remunerado	
	De férias	
	Noutra situação de inactividade (indique)	
	Não sabe	

9	Tem acesso por rampa na entrada da habitação/prédio?	Sim		Não	
10	Se vive em habitação predial,				
10.1	Tem elevador?	Sim		Não	
10.2	Tem rampa de acesso até ao elevador?	Sim		Não	

11	No último ano precisou de cuidados de saúde mas foi recusado ou adiado o acesso?				
	<table border="1"> <tr> <td>Sim</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Não</td> <td></td> </tr> </table>	Sim		Não	
Sim					
Não					

12	No último ano precisou de cuidados de saúde mas não teve capacidade económica para aceder a esses cuidados?				
	<table border="1"> <tr> <td>Sim</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Não</td> <td></td> </tr> </table>	Sim		Não	
Sim					
Não					

13	<p>Vou agora mostrar um cartão e peço o favor de me indicar qual a letra que mais se aproxima do rendimento (ganho) total desta família no mês passado. Inclua nesse rendimento os ordenados, salários, honorários, rendas e pensões, abonos, subsídios, etc., de todas as pessoas.</p> <p>Considere o Rendimento Líquido Total</p>																								
	<table border="1"> <tr><td>1</td><td></td></tr> <tr><td>2</td><td></td></tr> <tr><td>3</td><td></td></tr> <tr><td>4</td><td></td></tr> <tr><td>5</td><td></td></tr> <tr><td>6</td><td></td></tr> <tr><td>7</td><td></td></tr> <tr><td>8</td><td></td></tr> <tr><td>9</td><td></td></tr> <tr><td>10</td><td></td></tr> <tr><td>Não sabe</td><td></td></tr> <tr><td>Não responde</td><td></td></tr> </table>	1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		Não sabe		Não responde	
1																									
2																									
3																									
4																									
5																									
6																									
7																									
8																									
9																									
10																									
Não sabe																									
Não responde																									

14	Recebe apoio social por parte de alguma entidade? (Serviço Social (URAP), Misericórdia, outros)	
	Sim	
	Não	

2ª Parte – Caracterização da Morbilidade Física

15	Com que idade lhe foi feito o diagnóstico de Diabetes mellitus?	
----	---	--

16	Em que idade foi submetido a amputação não traumática (pela primeira vez)?	
16.1.	Idade:	
16.1.1	Primeira minor (abaixo do tornozelo)	
16.1.2	Primeira major (acima do tornozelo)	

17	Possui uma prótese?	
	Sim	
	Não	

18	Diga-me então que medicamentos tomou ou que tratamento faz:	
	Não-Insulínicos	
	Insulínicos	

19	O (a) sr(a) tem ou já teve alguma ou algumas destas outras doenças crónicas que vou referir?	
	Retinopatia (doença da retina)	
	Insuficiência renal	
	Ansiedade crónica	
	AVC (acidente vascular cerebral)	
	Obesidade	
	Depressão	
	Enfarte do miocárdio	
	Outra (indique na linha a seguir)	
	Não sabe	
	Não responde	

20	Quantas consultas médicas, nos cuidados primários, por causa da Diabetes ou das complicações associadas foi no último ano?	
----	--	--

ESCALA DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO CLÍNICA – HADS

Instruções

Este questionário procura conhecer a sua qualidade de vida, saúde, e outras áreas da sua vida.

Por favor, responda a todas as perguntas. Se não tiver a certeza da resposta a dar a uma pergunta, escolha a que lhe parecer mais apropriada. Esta pode muitas vezes ser a resposta que lhe vier primeiro à cabeça.

Por favor, tenha presente os seus padrões, expectativas, alegrias e preocupações. Pedimos-lhe que tenha em conta a sua vida nas **duas últimas semanas**.

Por exemplo, se pensar nestas duas últimas semanas, pode ter que responder à seguinte pergunta:

	Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Completamente
Recebe das outras pessoas o tipo de apoio que necessita?	1	2	3	4	5

Deve pôr um círculo à volta do número que melhor descreve o apoio que recebeu das outras pessoas nas duas últimas semanas. Assim, marcaria o número 4 se tivesse recebido bastante apoio, ou o número 1 se não tivesse tido nenhum apoio dos outros nas duas últimas semanas.

Por favor leia cada pergunta, veja como se sente a respeito dela, e ponha um círculo à volta do número da escala para cada pergunta que lhe parece que dá a melhor resposta.

		Muito Má	Má	Nem Boa Nem Má	Boa	Muito Boa
1 (G1)	Como avalia a sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

		Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
2 (G4)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As perguntas seguintes são para ver até que ponto sentiu certas coisas nas duas últimas semanas.

		Nada	Pouco	Nem muito nem pouco	Muito	Multíssimo
3 (F1.4)	Em que medida as suas dores (físicas) o(a) impedem de fazer o que precisa de fazer?	1	2	3	4	5
4 (F11.3)	Em que medida precisa de cuidados médicos para fazer a sua vida diária?	1	2	3	4	5
5 (F4.1)	Até que ponto gosta da vida?	1	2	3	4	5
6 (F24.2)	Em que medida sente que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7 (F5.3)	Até que ponto se consegue concentrar?	1	2	3	4	5
8 (F16.1)	Em que medida se sente em segurança no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
9 (F22.1)	Em que medida é saudável o seu ambiente físico?	1	2	3	4	5

H
N

4ª Parte - Caracterização da Qualidade de vida – WHOQOL- Bref

As seguintes perguntas são para ver **até que ponto** experimentou ou foi capaz de fazer certas coisas nas duas últimas semanas.

		Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Completamente
10 (F2.1)	Tem energia suficiente para a sua vida diária?	1	2	3	4	5
11 (F7.1)	É capaz de aceitar a sua aparência física?	1	2	3	4	5
12 (F18.1)	Tem dinheiro suficiente para satisfazer as suas necessidades?	1	2	3	4	5
13 (F20.1)	Até que ponto tem fácil acesso às informações necessárias para organizar a sua vida diária?	1	2	3	4	5
14 (F21.1)	Em que medida tem oportunidade para realizar actividades de lazer?	1	2	3	4	5

		Muito Má	Má	Nem boa nem má	Boa	Muito Boa
15 (F9.1)	Como avaliaria a sua mobilidade [capacidade para se movimentar e deslocar por si próprio(a)]?	1	2	3	4	5

As perguntas que se seguem destinam-se a avaliar se se sentiu **bem ou satisfeito(a)** em relação a vários aspectos da sua vida nas duas últimas semanas.

		Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
16 (F3.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com o seu sono?	1	2	3	4	5
17 (F10.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua capacidade para desempenhar as actividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18 (F12.4)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua capacidade de trabalho?	1	2	3	4	5
19 (F6.3)	Até que ponto está satisfeito(a) consigo próprio(a)?	1	2	3	4	5
20 (F13.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com as suas relações pessoais?	1	2	3	4	5
21 (F15.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22 (F14.4)	Até que ponto está satisfeito(a) com o apoio que recebe dos seus amigos?	1	2	3	4	5
23 (F17.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com as condições do lugar em que vive?	1	2	3	4	5
24 (F19.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com o acesso que tem aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25 (F23.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com os transportes que utiliza?	1	2	3	4	5

As perguntas que se seguem referem-se à **frequência** com que sentiu ou experimentou certas coisas nas duas últimas semanas.

		Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Frequentemente	Sempre
26 (F8.1)	Com que frequência tem sentimentos negativos, tais como tristeza, desespero, ansiedade ou depressão?	1	2	3	4	5

Parecer da Comissão de Ética para a Saúde



ARS NORTE

Administração Regional
de Saúde do Norte, I.P.

Handwritten initials

Comissão de Ética para a Saúde
Administração Regional de Saúde do Norte, IP

PARECER nº 53/2015

PARECER . Sobre o estudo: "Diabéticos amputados do Concelho do Porto – morbidade psicossocial e física e avaliação da qualidade de vida"
T394/2015

A .1: Requerente(s): Hugo Filipe Baptista Monteiro

Data parecer UIC: 25/02/2015

Âmbito: Curso de Especialização em Saúde pública da ENSP

Instituição de Acolhimento: ACeS Grande Porto V e VI

A.2. Documentos constantes no processo e alvo de análise: Parecer da UIC; Protocolo de Investigação; CV do investigador; Manifestação de interesse no estudo do director clínico do ACeS Porto Ocidental; Declaração da Coordenadora da USP Grande Porto V – Porto Ocidental garantindo as condições necessárias para a realização do estudo; Declaração da Coordenadora da USP Grande Porto VI – Porto Oriental garantindo as condições necessárias para a realização do estudo. Declaração de compromisso do investigador garantindo a confidencialidade dos dados. Modelo de consentimento informado.

A.3. Objectivos do estudo:

- Determinar a prevalência de amputação não traumática associada à Diabetes em utentes residentes no Concelho do Porto e respectivos determinantes;
- Avaliar a qualidade de vida em doentes diabéticos com amputação não traumática;
- Identificar a presença de co-morbilidades nomeadamente ansiedade e depressão nos doentes diabéticos com amputação não traumática.
- Georeferenciar os dados.

A.4. Metodologia

Tipo de estudo: Observacional; Transversal.

Amostra: Doentes com amputação não traumática associada à Diabetes residentes na área de influência dos ACeS Porto Oriental e Ocidental.

- Critérios de exclusão: "indivíduos incapazes de responder ao questionário".

Colheita de dados:

A amostra será seleccionada a partir do SIARS, "das bases de dados das entidades hospitalares da área do ACeS considerada CHSJ e CHP e na base de dados do Serviço Social (URAP)", nomeadamente.

A todos os indivíduos seleccionados será enviada uma carta de apresentação do estudo. Posteriormente serão contactados telefonicamente e inquiridos se aceitam ou não participar. Aos que aceitarem participar no estudo será aplicado pelo investigador na residência do doente, após assinatura do consentimento informado, um questionário compreendendo questões



Rua Santa Catarina, 1288 Tel: 220 431 000 arsnorte@arsnorte-nra-saude.pt
4200-447 Porto Fax: 220 431 005 www.arsnorte-nra-saude.pt



GOVERNO DE
PORTUGAL

MINISTÉRIO DA SAÚDE

sociodemográficas, escala de qualidade de vida (HWQOL-BREF), escala de depressão e ansiedade (HADS), morbilidades físicas e psicológicas.

Cronograma: 6 meses

Outras considerações:

B.1 Está assegurado o uso responsável e racional dos recursos para investigação. Qualquer encargo inerente a este projecto será da responsabilidade do investigador.

B.2 Está assegurada a não exploração dos seres humanos participantes, poupando-os quer a riscos, quer a sobrecargas infrutíferas ou desproporcionadas para os benefícios (sociais ou científicos) que se esperam obter.

B.3 Respeitada a igualdade e justiça no tratamento dos participantes.

B.4 Respeitada o princípio da beneficência.

B.5 Respeitado o princípio de não maleficência.

B.6 Garantida a preservação da autonomia dos participantes, com respeito pelos seus valores, interesses e opções pessoais.

C – Conclusões

Deve o projecto ser aprovado.

Não obstante, deve ser solicitada autorização dos hospitais a que o Investigador irá solicitar dados.

Aprovado em reunião do dia 05/5/2015, por unanimidade

O relator,



Dr. Pedro Norton

O Presidente da Comissão de Ética para a Saúde da ARS Norte IP



Professor Doutor Alberto Pinto Hespanhol

ANEXO D

Outputs do SPSS relativamente à análise estatística:

1. Género vs avaliação psicossocial

Group Statistics

	GÉNERO	RECOD	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
QOL_Geral	H		34	47,7941	24,32237	4,17125
	M		8	42,1875	31,29461	11,06432
QOL_Físico	H		34	48,2143	13,96418	2,39484
	M		8	48,6607	12,50911	4,42264
QOL_Psicológico	H		34	58,9461	16,79660	2,88059
	M		8	58,8542	13,06985	4,62089
QOL_Relações_Sociais	H		34	50,9804	25,27331	4,33434
	M		8	51,0417	14,39074	5,08789
QOL_Ambiente	H		34	65,2574	14,59208	2,50252
	M		8	67,9688	13,54453	4,78871
HADS_Ansiedade	H		34	6,7059	5,44131	,93318
	M		8	8,2500	4,36708	1,54400
HADS_Depressão	H		34	7,7059	4,53625	,77796
	M		8	10,2500	3,01188	1,06486

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
QOL_Geral	Equal variances assumed	1,083	,304	,556	40	,582	5,60662	10,09084	-14,78773	26,00096
	Equal variances not assumed			,474	9,092	,647	5,60662	11,82448	-21,10091	32,31414
QOL_Físico	Equal variances assumed	,059	,809	-,083	40	,934	-,44643	5,39158	-11,34322	10,45036
	Equal variances not assumed			-,089	11,497	,931	-,44643	5,02941	-11,45796	10,56510
QOL_Psicológico	Equal variances assumed	1,547	,221	,014	40	,989	,09191	6,36835	-12,77900	12,96282
	Equal variances not assumed			,017	13,079	,987	,09191	5,44522	-11,66458	11,84841
QOL_Relações_Sociais	Equal variances assumed	2,421	,128	-,007	40	,995	-,06127	9,32550	-18,90882	18,78627
	Equal variances not assumed			-,009	18,752	,993	-,06127	6,68380	-14,06316	13,94061
QOL_Ambiente	Equal variances assumed	,001	,971	-,479	40	,635	-2,71140	5,66412	-14,15901	8,73622
	Equal variances not assumed			-,502	11,169	,626	-2,71140	5,40318	-14,58184	9,15904
HADS_Ansiedade	Equal variances assumed	1,034	,315	-,746	40	,460	-1,54412	2,07053	-5,72881	2,64057
	Equal variances not assumed			-,856	12,689	,408	-1,54412	1,80409	-5,45136	2,36312
HADS_Depressão	Equal variances assumed	6,190	,017	-1,503	40	,141	-2,54412	1,69307	-5,96595	,87771
	Equal variances not assumed			-1,929	15,528	,072	-2,54412	1,31877	-5,34670	,25847

2. Nível de escolaridade (4 níveis) vs Avaliação Psicossocial

		Descriptives							
		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
						Lower Bound	Upper Bound		
QOL_Geral	Não sabe ler nem escrever	4	59,3750	11,96784	5,98392	40,3315	78,4185	50,00	75,00
	Ensino Básico	27	47,6852	26,41137	5,08287	37,2372	58,1332	,00	100,00
	Ensino Secundário	7	35,7143	23,30568	8,80872	14,1601	57,2684	,00	62,50
	Estudos Universitários	4	46,8750	32,87445	16,43722	-5,4356	99,1856	,00	75,00
	Total	42	46,7262	25,46212	3,92889	38,7916	54,6607	,00	100,00
QOL_Físico	Não sabe ler nem escrever	4	49,1071	20,28182	10,14091	16,8342	81,3800	32,14	78,57
	Ensino Básico	27	46,9577	10,51573	2,02375	42,7978	51,1176	25,00	60,71
	Ensino Secundário	7	52,0408	16,08559	6,07978	37,1641	66,9175	21,43	67,86
	Estudos Universitários	4	50,0000	23,86897	11,93449	12,0191	87,9809	21,43	71,43
	Total	42	48,2993	13,55349	2,09135	44,0758	52,5229	21,43	78,57
QOL_Psicológico	Não sabe ler nem escrever	4	52,0833	7,97856	3,98928	39,3877	64,7790	41,67	58,33
	Ensino Básico	27	62,3457	16,72592	3,21890	55,7291	68,9622	29,17	91,67
	Ensino Secundário	7	54,1667	12,02813	4,54621	43,0425	65,2908	41,67	70,83
	Estudos Universitários	4	51,0417	20,51845	10,25923	18,3922	83,6911	25,00	75,00
	Total	42	58,9286	16,00758	2,47002	53,9403	63,9169	25,00	91,67
QOL_Relações_Sociais	Não sabe ler nem escrever	4	56,2500	24,88399	12,44200	16,6540	95,8460	33,33	91,67
	Ensino Básico	27	50,3086	24,94454	4,80058	40,4409	60,1764	8,33	100,00
	Ensino Secundário	7	47,6190	19,66989	7,43452	29,4274	65,8107	16,67	75,00
	Estudos Universitários	4	56,2500	24,88399	12,44200	16,6540	95,8460	25,00	83,33
	Total	42	50,9921	23,44069	3,61698	43,6874	58,2967	8,33	100,00
QOL_Ambiente	Não sabe ler nem escrever	4	65,6250	9,19975	4,59988	50,9861	80,2639	56,25	78,13
	Ensino Básico	27	64,6991	13,58884	2,61517	59,3235	70,0746	34,38	87,50
	Ensino Secundário	7	65,1786	17,25164	6,52051	49,2235	81,1337	40,63	96,88
	Estudos Universitários	4	74,2188	19,98942	9,99471	42,4111	106,0264	53,13	96,88
	Total	42	65,7738	14,27811	2,20316	61,3244	70,2232	34,38	96,88
HADS_Ansiedade	Não sabe ler nem escrever	4	7,2500	3,77492	1,88746	1,2433	13,2567	3,00	12,00
	Ensino Básico	27	6,7037	5,40523	1,04024	4,5655	8,8419	,00	17,00
	Ensino Secundário	7	8,7143	6,01981	2,27527	3,1469	14,2817	,00	18,00
	Estudos Universitários	4	5,7500	5,05800	2,52900	-2,2984	13,7984	,00	12,00
	Total	42	7,0000	5,24055	,80864	5,3669	8,6331	,00	18,00
HADS_Depressão	Não sabe ler nem escrever	4	7,7500	4,03113	2,01556	1,3356	14,1644	3,00	12,00
	Ensino Básico	27	8,1481	4,46097	,85851	6,3834	9,9129	1,00	17,00
	Ensino Secundário	7	9,5714	4,54082	1,71627	5,3719	13,7710	2,00	15,00
	Estudos Universitários	4	6,5000	4,79583	2,39792	-1,1312	14,1312	2,00	13,00
	Total	42	8,1905	4,37419	,67495	6,8274	9,5536	1,00	17,00

ANOVA

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
QOL_Geral	Between Groups	1513,724	3	504,575	,765	,521
	Within Groups	25067,378	38	659,668		
	Total	26581,101	41			
QOL_Físico	Between Groups	160,772	3	53,591	,276	,842
	Within Groups	7370,812	38	193,969		
	Total	7531,584	41			
QOL_Psicológico	Between Groups	910,241	3	303,414	1,202	,322
	Within Groups	9595,711	38	252,519		
	Total	10505,952	41			
QOL_Relações_Sociais	Between Groups	313,419	3	104,473	,179	,910
	Within Groups	22214,690	38	584,597		
	Total	22528,108	41			
QOL_Ambiente	Between Groups	319,023	3	106,341	,503	,683
	Within Groups	8039,422	38	211,564		
	Total	8358,445	41			
HADS_Ansiedade	Between Groups	29,442	3	9,814	,340	,796
	Within Groups	1096,558	38	28,857		
	Total	1126,000	41			
HADS_Depressão	Between Groups	25,604	3	8,535	,427	,735
	Within Groups	758,872	38	19,970		
	Total	784,476	41			

3. Tipo de Amputação vs Avaliação Psicossocial

Group Statistics

TIPOAMPUTAÇÃO		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
QOL_Geral	Minor	24	49,4792	28,90181	5,89956
	Major	18	43,0556	20,21130	4,76385
QOL_Físico	Minor	24	47,3214	14,71596	3,00388
	Major	18	49,6032	12,11990	2,85669
QOL_Psicológico	Minor	24	60,5903	18,34729	3,74513
	Major	18	56,7130	12,38830	2,91995
QOL_Relações_Sociais	Minor	24	51,0417	26,27343	5,36304
	Major	18	50,9259	19,78002	4,66219
QOL_Ambiente	Minor	24	69,0104	14,74180	3,00916
	Major	18	61,4583	12,77276	3,01057
HADS_Ansiedade	Minor	24	6,2917	5,80464	1,18487
	Major	18	7,9444	4,35852	1,02731
HADS_Depressão	Minor	24	7,1667	4,40026	,89820
	Major	18	9,5556	4,06162	,95733

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
QOL_Geral	Equal variances assumed	4,647	,037	,806	40	,425	6,42361	7,97341	-9,69125	22,53847
	Equal variances not assumed			,847	39,850	,402	6,42361	7,58281	-8,90362	21,75084
QOL_Físico	Equal variances assumed	1,618	,211	-.535	40	,595	-2,28175	4,26331	-10,89821	6,33472
	Equal variances not assumed			-.550	39,597	,585	-2,28175	4,14536	-10,66248	6,09899
QOL_Psicológico	Equal variances assumed	3,000	,091	,773	40	,444	3,87731	5,01592	-6,26024	14,01487
	Equal variances not assumed			,816	39,643	,419	3,87731	4,74890	-5,72327	13,47790
QOL_Relações_Sociais	Equal variances assumed	3,335	,075	,016	40	,988	,11574	7,39969	-14,83960	15,07108
	Equal variances not assumed			,016	39,995	,987	,11574	7,10621	-14,24651	14,47799
QOL_Ambiente	Equal variances assumed	1,311	,259	1,738	40	,090	7,55208	4,34624	-1,23200	16,33617
	Equal variances not assumed			1,774	39,094	,084	7,55208	4,25659	-1,05701	16,16118
HADS_Ansiedade	Equal variances assumed	3,043	,089	-1,012	40	,318	-1,65278	1,63356	-4,95432	1,64877
	Equal variances not assumed			-1,054	39,997	,298	-1,65278	1,56821	-4,82226	1,51670
HADS_Depressão	Equal variances assumed	,804	,375	-1,799	40	,080	-2,38889	1,32817	-5,07323	,29545
	Equal variances not assumed			-1,820	38,215	,077	-2,38889	1,31273	-5,04587	,26809

4. Estado Civil vs Avaliação Psicossocial

Descriptives

		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
						Lower Bound	Upper Bound		
QOL_Geral	Casado/União de Facto	25	48,0000	22,44206	4,48841	38,7364	57,2636	,00	100,00
	Viúvo	7	46,4286	28,60861	10,81304	19,9700	72,8871	,00	87,50
	Separado/Solteiro/Divorciado	10	43,7500	32,40906	10,24864	20,5660	66,9340	,00	75,00
	Total	42	46,7262	25,46212	3,92889	38,7916	54,6607	,00	100,00
QOL_Físico	Casado/União de Facto	25	48,1429	13,40753	2,68151	42,6085	53,6772	25,00	78,57
	Viúvo	7	52,5510	11,97260	4,52522	41,4782	63,6238	32,14	67,86
	Separado/Solteiro/Divorciado	10	45,7143	15,50364	4,90268	34,6237	56,8049	21,43	67,86
	Total	42	48,2993	13,55349	2,09135	44,0758	52,5229	21,43	78,57
QOL_Psicológico	Casado/União de Facto	25	60,5000	15,26767	3,05353	54,1978	66,8022	29,17	87,50
	Viúvo	7	63,6905	12,19875	4,61069	52,4085	74,9724	45,83	83,33
	Separado/Solteiro/Divorciado	10	51,6667	19,06373	6,02848	38,0293	65,3040	25,00	91,67
	Total	42	58,9286	16,00758	2,47002	53,9403	63,9169	25,00	91,67
QOL_Relações_Sociais	Casado/União de Facto	25	57,3333	25,03701	5,00740	46,9986	67,6681	8,33	100,00
	Viúvo	7	51,1905	18,27552	6,90750	34,2884	68,0925	33,33	75,00
	Separado/Solteiro/Divorciado	10	35,0000	14,59325	4,61479	24,5606	45,4394	16,67	50,00
	Total	42	50,9921	23,44069	3,61698	43,6874	58,2967	8,33	100,00
QOL_Ambiente	Casado/União de Facto	25	67,2500	12,69766	2,53953	62,0087	72,4913	46,88	96,88
	Viúvo	7	74,1071	16,70383	6,31345	58,6587	89,5556	50,00	96,88
	Separado/Solteiro/Divorciado	10	56,2500	12,32517	3,89756	47,4331	65,0669	34,38	71,88
	Total	42	65,7738	14,27811	2,20316	61,3244	70,2232	34,38	96,88
HADS_Ansiedade	Casado/União de Facto	25	6,5200	5,22111	1,04422	4,3648	8,6752	,00	17,00
	Viúvo	7	7,5714	3,99404	1,50961	3,8776	11,2653	2,00	14,00
	Separado/Solteiro/Divorciado	10	7,8000	6,33859	2,00444	3,2656	12,3344	1,00	18,00
	Total	42	7,0000	5,24055	,80864	5,3669	8,6331	,00	18,00
HADS_Depressão	Casado/União de Facto	25	7,6400	4,21189	,84238	5,9014	9,3786	1,00	17,00
	Viúvo	7	10,5714	1,27242	,48093	9,3946	11,7482	9,00	13,00
	Separado/Solteiro/Divorciado	10	7,9000	5,78216	1,82848	3,7637	12,0363	1,00	17,00
	Total	42	8,1905	4,37419	,67495	6,8274	9,5536	1,00	17,00

ANOVA

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
QOL_Geral	Between Groups	129,762	2	64,881	,096	,909
	Within Groups	26451,339	39	678,239		
	Total	26581,101	41			
QOL_Físico	Between Groups	193,975	2	96,987	,515	,601
	Within Groups	7337,609	39	188,144		
	Total	7531,584	41			
QOL_Psicológico	Between Groups	747,817	2	373,909	1,494	,237
	Within Groups	9758,135	39	250,209		
	Total	10505,952	41			
QOL_Relações_Sociais	Between Groups	3563,029	2	1781,515	3,664	,035
	Within Groups	18965,079	39	486,284		
	Total	22528,108	41			
QOL_Ambiente	Between Groups	1447,619	2	723,810	4,085	,025
	Within Groups	6910,826	39	177,201		
	Total	8358,445	41			
HADS_Ansiedade	Between Groups	14,446	2	7,223	,253	,777
	Within Groups	1111,554	39	28,501		
	Total	1126,000	41			
HADS_Depressão	Between Groups	48,102	2	24,051	1,274	,291
	Within Groups	736,374	39	18,881		
	Total	784,476	41			

5. Ocupação vs Avaliação Psicossocial

Group Statistics

	OCUPAÇÃO	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
QOL_Geral	Incapacitado	24	46,8750	25,60411	5,22642
	Reformado	18	46,5278	26,01101	6,13085
QOL_Físico	Incapacitado	24	44,9405	13,10817	2,67569
	Reformado	18	52,7778	13,16825	3,10379
QOL_Psicológico	Incapacitado	24	55,3819	14,03494	2,86487
	Reformado	18	63,6574	17,60853	4,15037
QOL_Relações_Sociais	Incapacitado	24	47,5694	20,77589	4,24086
	Reformado	18	55,5556	26,50687	6,24773
QOL_Ambiente	Incapacitado	24	63,1510	12,76816	2,60629
	Reformado	18	69,2708	15,76226	3,71520
HADS_Ansiedade	Incapacitado	24	6,4167	4,95998	1,01245
	Reformado	18	7,7778	5,64181	1,32979
HADS_Depressão	Incapacitado	24	8,5417	4,22188	,86179
	Reformado	18	7,7222	4,65018	1,09606

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
QOL_Geral	Equal variances assumed	,000	,992	,043	40	,966	,34722	8,03765	-15,89748	16,59192
	Equal variances not assumed			,043	36,456	,966	,34722	8,05623	-15,98447	16,67892
QOL_Físico	Equal variances assumed	,000	1,000	-1,914	40	,063	-7,83730	4,09516	-16,11393	,43933
	Equal variances not assumed			-1,913	36,682	,064	-7,83730	4,09790	-16,14287	,46827
QOL_Psicológico	Equal variances assumed	3,386	,073	-1,695	40	,098	-8,27546	4,88090	-18,14014	1,58921
	Equal variances not assumed			-1,641	31,734	,111	-8,27546	5,04312	-18,55133	2,00041
QOL_Relações_Sociais	Equal variances assumed	,862	,359	-1,095	40	,280	-7,98611	7,29118	-22,72214	6,74992
	Equal variances not assumed			-1,058	31,355	,298	-7,98611	7,55109	-23,37961	7,40739
QOL_Ambiente	Equal variances assumed	,823	,370	-1,390	40	,172	-6,11979	4,40220	-15,01697	2,77739
	Equal variances not assumed			-1,348	32,103	,187	-6,11979	4,53822	-15,36269	3,12310
HADS_Ansiedade	Equal variances assumed	,671	,418	-,830	40	,412	-1,36111	1,64027	-4,67622	1,95400
	Equal variances not assumed			-,814	33,982	,421	-1,36111	1,67135	-4,75776	2,03554
HADS_Depressão	Equal variances assumed	,609	,440	,596	40	,554	,81944	1,37475	-1,95902	3,59791
	Equal variances not assumed			,588	34,711	,561	,81944	1,39428	-2,01194	3,65083

6. Apoio Social vs Avaliação Psicossocial

Group Statistics

APOIOSOCINUMERO		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
QOL_Geral	Não	31	46,7742	25,20081	4,52620
	Sim	11	46,5909	27,43795	8,27285
QOL_Físico	Não	31	48,9631	13,80727	2,47986
	Sim	11	46,4286	13,26727	4,00023
QOL_Psicológico	Não	31	62,6344	15,82909	2,84299
	Sim	11	48,4848	11,67748	3,52089
QOL_Relações_Sociais	Não	31	52,6882	25,40297	4,56251
	Sim	11	46,2121	16,81750	5,07067
QOL_Ambiente	Não	31	67,2379	13,42589	2,41136
	Sim	11	61,6477	16,42281	4,95166
HADS_Ansiedade	Não	31	6,5484	5,56680	,99983
	Sim	11	8,2727	4,14948	1,25112
HADS_Depressão	Não	31	7,9032	4,46732	,80236
	Sim	11	9,0000	4,19524	1,26491

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
QOL_Geral	Equal variances assumed	,260	,613	,020	40	,984	,18328	9,04694	-18,10126	18,46783
	Equal variances not assumed			,019	16,393	,985	,18328	9,43009	-19,76872	20,13529
QOL_Físico	Equal variances assumed	,044	,835	,528	40	,600	2,53456	4,79901	-7,16460	12,23372
	Equal variances not assumed			,539	18,264	,597	2,53456	4,70654	-7,34328	12,41241
QOL_Psicológico	Equal variances assumed	2,007	,164	2,706	40	,010	14,14956	5,22919	3,58097	24,71815
	Equal variances not assumed			3,127	23,904	,005	14,14956	4,52540	4,80760	23,49152
QOL_Relações_Sociais	Equal variances assumed	3,114	,085	,783	40	,438	6,47605	8,26557	-10,22928	23,18138
	Equal variances not assumed			,949	26,875	,351	6,47605	6,82115	-7,52285	20,47495
QOL_Ambiente	Equal variances assumed	,170	,682	1,119	40	,270	5,59018	4,99559	-4,50628	15,68664
	Equal variances not assumed			1,015	15,024	,326	5,59018	5,50760	-6,14738	17,32773
HADS_Ansiedade	Equal variances assumed	2,556	,118	-936	40	,355	-1,72434	1,84196	-5,44708	1,99840
	Equal variances not assumed			-1,077	23,638	,292	-1,72434	1,60154	-5,03245	1,58377
HADS_Depressão	Equal variances assumed	,193	,663	-710	40	,482	-1,09677	1,54450	-4,21832	2,02477
	Equal variances not assumed			-732	18,659	,473	-1,09677	1,49792	-4,23584	2,04230

7. Acesso Rampa/Facilitado à entrada da habitação vs Avaliação Psicossocial

Group Statistics

	ACESSOCASAN	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
QOL_Geral	Não	36	44,0972	24,90807	4,15134
	Sim	6	62,5000	25,00000	10,20621
QOL_Físico	Não	36	47,8175	13,87884	2,31314
	Sim	6	51,1905	12,09374	4,93725
QOL_Psicológico	Não	36	58,7963	16,23787	2,70631
	Sim	6	59,7222	15,95712	6,51447
QOL_Relações_Sociais	Não	36	49,0741	23,21208	3,86868
	Sim	6	62,5000	23,42245	9,56217
QOL_Ambiente	Não	36	64,9306	13,81703	2,30284
	Sim	6	70,8333	17,30547	7,06493
HADS_Ansiedade	Não	36	7,0000	5,19890	,86648
	Sim	6	7,0000	6,00000	2,44949
HADS_Depressão	Não	36	8,7778	4,25012	,70835
	Sim	6	4,6667	3,61478	1,47573

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
QOL_Geral	Equal variances assumed	,000	,992	-1,675	40	,102	-18,40278	10,98850	-40,61136	3,80581
	Equal variances not assumed			-1,670	6,765	,140	-18,40278	11,01818	-44,64137	7,83581
QOL_Físico	Equal variances assumed	,151	,699	-,560	40	,579	-3,37302	6,02722	-15,55449	8,80846
	Equal variances not assumed			-,619	7,385	,555	-3,37302	5,45225	-16,13051	9,38448
QOL_Psicológico	Equal variances assumed	,001	,971	-,130	40	,898	-,92593	7,14487	-15,36625	13,51440
	Equal variances not assumed			-,131	6,846	,899	-,92593	7,05425	-17,68313	15,83127
QOL_Relações_Sociais	Equal variances assumed	,002	,962	-1,310	40	,198	-13,42593	10,24721	-34,13630	7,28445
	Equal variances not assumed			-1,302	6,745	,236	-13,42593	10,31513	-38,00550	11,15365
QOL_Ambiente	Equal variances assumed	,700	,408	-,936	40	,355	-5,90278	6,30557	-18,64682	6,84126
	Equal variances not assumed			-,794	6,109	,457	-5,90278	7,43076	-24,00682	12,20126
HADS_Ansiedade	Equal variances assumed	,338	,564	,000	40	1,000	,00000	2,33957	-4,72846	4,72846
	Equal variances not assumed			,000	6,315	1,000	,00000	2,59823	-6,28144	6,28144
HADS_Depressão	Equal variances assumed	,434	,514	2,233	40	,031	4,11111	1,84144	,38943	7,83280
	Equal variances not assumed			2,511	7,512	,038	4,11111	1,63693	,29327	7,92895

8. Se prédio tem elevador vs Avaliação Psicossocial

Group Statistics

	SEPRÉDIOelevador	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
QOL_Geral	Não	29	44,8276	25,98876	4,82599
	Sim	8	54,6875	26,67387	9,43064
QOL_Físico	Não	29	48,2759	14,30549	2,65646
	Sim	8	55,3571	8,09924	2,86351
QOL_Psicológico	Não	29	57,4713	16,45624	3,05585
	Sim	8	65,1042	14,92998	5,27854
QOL_Relações_Sociais	Não	29	50,8621	24,93492	4,63030
	Sim	8	52,0833	22,60338	7,99150
QOL_Ambiente	Não	29	63,9009	14,08941	2,61634
	Sim	8	72,2656	13,51230	4,77732
HADS_Ansiedade	Não	29	8,0690	5,03510	,93499
	Sim	8	3,7500	3,15096	1,11403
HADS_Depressão	Não	29	8,8621	4,20649	,78113
	Sim	8	6,7500	4,59036	1,62294

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
QOL_Geral	Equal variances assumed	,024	,877	-,945	35	,351	-9,85991	10,43398	-31,04202	11,32220
	Equal variances not assumed			-,931	10,958	,372	-9,85991	10,59373	-33,18736	13,46754
QOL_Físico	Equal variances assumed	3,745	,061	-1,333	35	,191	-7,08128	5,31060	-17,86238	3,69981
	Equal variances not assumed			-1,813	20,447	,085	-7,08128	3,90596	-15,21756	1,05500
QOL_Psicológico	Equal variances assumed	,203	,655	-1,183	35	,245	-7,63290	6,45455	-20,73633	5,47053
	Equal variances not assumed			-1,251	12,137	,234	-7,63290	6,09928	-20,90542	5,63961
QOL_Relações_Sociais	Equal variances assumed	,230	,635	-,125	35	,901	-1,22126	9,77871	-21,07309	18,63056
	Equal variances not assumed			-,132	12,147	,897	-1,22126	9,23600	-21,31789	18,87536
QOL_Ambiente	Equal variances assumed	,524	,474	-1,499	35	,143	-8,36476	5,58132	-19,69544	2,96591
	Equal variances not assumed			-1,536	11,569	,151	-8,36476	5,44684	-20,28167	3,55215
HADS_Ansiedade	Equal variances assumed	2,975	,093	2,292	35	,028	4,31897	1,88448	,49326	8,14467
	Equal variances not assumed			2,970	18,091	,008	4,31897	1,45440	1,26448	7,37345
HADS_Depressão	Equal variances assumed	,607	,441	1,234	35	,225	2,11207	1,71163	-1,36273	5,58687
	Equal variances not assumed			1,173	10,478	,267	2,11207	1,80113	-1,87642	6,10056

9. Precisou de cuidados de saúde mas foi-lhe negado o acesso vs Avaliação Psicossocial

Group Statistics

	PRECISOU CUIDADOS MA NEGADON	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
QOL_Geral	Não	40	48,7500	24,31761	3,84495
	Sim	2	6,2500	8,83883	6,25000
QOL_Físico	Não	40	49,6429	12,41928	1,96366
	Sim	2	21,4286	,00000	,00000
QOL_Psicológico	Não	40	60,2083	15,18376	2,40076
	Sim	2	33,3333	11,78511	8,33333
QOL_Relações_Sociais	Não	40	52,5000	22,97341	3,63242
	Sim	2	20,8333	5,89256	4,16667
QOL_Ambiente	Não	40	66,7188	13,89546	2,19707
	Sim	2	46,8750	8,83883	6,25000
HADS_Ansiedade	Não	40	6,6000	4,99641	,79000
	Sim	2	15,0000	4,24264	3,00000
HADS_Depressão	Não	40	7,9000	4,27155	,67539
	Sim	2	14,0000	1,41421	1,00000

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
QOL_Geral	Equal variances assumed	1,467	,233	2,439	40	,019	42,50000	17,42758	7,27754	77,72246
	Equal variances not assumed			5,792	1,893	,032	42,50000	7,33799	9,15745	75,84255
QOL_Físico	Equal variances assumed	3,821	,058	3,175	40	,003	28,21429	8,88543	10,25616	46,17241
	Equal variances not assumed			14,368	39,000	,000	28,21429	1,96366	24,24241	32,18617
QOL_Psicológico	Equal variances assumed	,431	,515	2,455	40	,019	26,87500	10,94687	4,75055	48,99945
	Equal variances not assumed			3,099	1,173	,168	26,87500	8,67226	-51,48798	105,23798
QOL_Relações_Sociais	Equal variances assumed	1,939	,171	1,925	40	,061	31,66667	16,45029	-1,58061	64,91394
	Equal variances not assumed			5,729	3,052	,010	31,66667	5,52771	14,24463	49,08871
QOL_Ambiente	Equal variances assumed	,772	,385	1,986	40	,054	19,84375	9,99301	-,35287	40,04037
	Equal variances not assumed			2,995	1,262	,162	19,84375	6,62492	-32,45644	72,14394
HADS_Ansiedade	Equal variances assumed	,409	,526	-2,328	40	,025	-8,40000	3,60760	-15,69122	-1,10878
	Equal variances not assumed			-2,708	1,143	,199	-8,40000	3,10227	-37,85960	21,05960
HADS_Depressão	Equal variances assumed	2,467	,124	-1,993	40	,053	-6,10000	3,06039	-12,28528	,08528
	Equal variances not assumed			-5,055	2,109	,033	-6,10000	1,20671	-11,04293	-1,15707

10. Necessitou de cuidados de saúde mas não teve capacidade económica para acesso vs Avaliação Psicossocial

Group Statistics

	NECESSITACUIDADOSM ASNCAPAZN	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
QOL_Geral	Não	33	50,3788	25,09452	4,36839
	Sim	9	33,3333	23,38536	7,79512
QOL_Físico	Não	33	49,7835	12,36984	2,15331
	Sim	9	42,8571	16,94077	5,64692
QOL_Psicológico	Não	33	59,7222	15,85479	2,75996
	Sim	9	56,0185	17,19364	5,73121
QOL_Relações_Sociais	Não	33	55,5556	21,81705	3,79786
	Sim	9	34,2593	22,60947	7,53649
QOL_Ambiente	Não	33	68,3712	13,61613	2,37026
	Sim	9	56,2500	13,16586	4,38862
HADS_Ansiedade	Não	33	6,0909	5,12569	,89227
	Sim	9	10,3333	4,44410	1,48137
HADS_Depressão	Não	33	7,2727	4,23728	,73762
	Sim	9	11,5556	3,16667	1,05556

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
QOL_Geral	Equal variances assumed	,029	,866	1,831	40	,075	17,04545	9,31182	-1,77443	35,86534
	Equal variances not assumed			1,908	13,481	,078	17,04545	8,93570	-2,18912	36,28002
QOL_Físico	Equal variances assumed	2,624	,113	1,374	40	,177	6,92641	5,04256	-3,26499	17,11781
	Equal variances not assumed			1,146	10,440	,277	6,92641	6,04355	-6,46285	20,31566
QOL_Psicológico	Equal variances assumed	,367	,548	,611	40	,545	3,70370	6,06624	-8,55663	15,96404
	Equal variances not assumed			,582	11,980	,571	3,70370	6,36115	-10,15865	17,56606
QOL_Relações_Sociais	Equal variances assumed	,014	,907	2,577	40	,014	21,29630	8,26478	4,59256	38,00003
	Equal variances not assumed			2,523	12,379	,026	21,29630	8,43934	2,97087	39,62172
QOL_Ambiente	Equal variances assumed	,435	,513	2,383	40	,022	12,12121	5,08694	1,84012	22,40230
	Equal variances not assumed			2,430	13,070	,030	12,12121	4,98780	1,35158	22,89084
HADS_Ansiedade	Equal variances assumed	,879	,354	-2,258	40	,029	-4,24242	1,87906	-8,04014	-,44471
	Equal variances not assumed			-2,453	14,384	,027	-4,24242	1,72933	-7,94219	-,54266
HADS_Depressão	Equal variances assumed	2,660	,111	-2,815	40	,008	-4,28283	1,52146	-7,35781	-1,20785
	Equal variances not assumed			-3,326	16,724	,004	-4,28283	1,28774	-7,00315	-1,56251

11. Associação entre Nível de Rendimento estratificado e tipo de amputação

Ranks

	TIPOAMPUTAÇÃO	N	Mean Rank
NIVEL_REND_QUINTIL	Minor	25	22,06
	Major	19	23,08
	Total	44	

Test Statistics^{a,b}

	NIVEL_REND _QUINTIL
Chi-Square	,073
df	1
Asymp. Sig.	,787
Exact Sig.	,793
Point Probability	,003

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable:
TIPOAMPUTAÇÃO

Correlação entre variáveis	Rend/	NConsultas 2014	Agregado	Idade Diag DM	T entre diag DM e Amp	Id amp minor	Id amputação major	Id 1ª amp	QOL_Geral	QOL_Físico	QOL_Psicológico	QOL_Relações Sociais	QOL_Ambiente	HADS_Ansiedade	HADS_Depressão
Idade	,459**	-,113	,070	,555**	,144	,870**	,968**	,850**	-,034	,192	-,131	-,016	,118	,124	,219
N	44	44	45	43	44	36	19	45	42	42	42	42	42	42	42
Rendimentos	1,000	,184	,370*	,066	,348*	,570**	,257	,368*	,033	,199	,102	,178	,275	-,120	,017
N		43	44	43	43	35	19	44	42	42	42	42	42	42	42
NConsultas 2014		1,000	-,166	-,207	,167	-,205	,047	-,192	-,008	,092	,211	-,054	-,076	-,126	-,096
N			44	43	44	36	18	44	42	42	42	42	42	42	42
Agregado			1,000	,132	,022	,039	,200	,043	-,047	,103	,086	,202	,226	,017	,066
N				43	44	36	19	45	42	42	42	42	42	42	42
Idade Diag DM				1,000	-,506**	,456**	,573*	,590**	-,141	,192	-,053	,011	-,204	,310*	,087
N					43	35	18	43	42	42	42	42	42	42	42
T diag DM e Amp					1,000	,384*	,092	,268	,118	-,104	-,029	-,195	,239	-,065	,040
N						36	18	44	42	42	42	42	42	42	42
Id amp minor						1,000	,784**	1,0**	,056	,134	-,125	-,048	,222	,125	,141
N							10	36	34	34	34	34	34	34	34
Id amp major							1,000	,852**	,125	,145	-,115	,163	,453	-,007	,257
N								19	18	18	18	18	18	18	18
Id 1ª amp								1,000	,000	,098	-,119	-,078	,099	,280	,204
QOL_Geral									1,000	,509**	,483**	,471**	,440**	-,644**	-,599**
QOL_Físico										1,000	,505**	,524**	,309*	-,384*	-,332*
QOL_Psicológico											1,000	,437**	,353*	-,474**	-,602**
QOL_Rel/Sociais												1,000	,582**	-,440**	-,312*
QOL_Ambiente													1,000	-,562**	-,243
HADS_Ansiedade														1,000	,581**

* correlação é significativa para p <0,05 (2-tailed)

** correlação é significativa para p <0,01 (2-tailed)

