



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR
Ciências Sociais e Humanas

Perceção da Qualidade de Vida numa Amostra de Pessoas Diagnosticadas com Diabetes Mellitus

Ana Meritxell Lemos Costa

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em
Psicologia Clínica e da Saúde
(2º ciclo de estudos)
Versão Final Após Defesa

Orientador: Prof.^a Doutora Paula Saraiva Carvalho

Covilhã, dezembro de 2016

Dedicatória

Dedico este trabalho à minha irmã, Íris. Um dia perceberás o porquê. Um dia irás perceber a complexidade da força que existe na simples palavra: querer. Um dia irás perceber o poder dos sonhos, a resistência da vontade e a inutilidade da preguiça. Um dia irás perceber que serás o que quiseres ser.

Resumo

Objetivo: A presente dissertação insere-se no âmbito do Projeto CRON/PFT 2014, que pretende contribuir para o desenvolvimento de conhecimento científico capaz de basilar estratégias de intervenção na doença, através do estudo da doença crónica e saúde mental. Nesta linha de investigação, este trabalho preconizou, enquanto objetivo geral, avaliar a qualidade de vida numa amostra de pessoas diagnosticadas com Diabetes Mellitus (DM), em seguimento nas consultas de diabetologia do Centro Hospitalar Cova da Beira, E.P.E. e do Centro de Saúde da Covilhã.

Introdução: Ao longo dos anos tem-se assistido ao crescente aumento da esperança média de vida. Contudo, a maior longevidade é acompanhada pelo aumento do número e prevalência de doenças crónicas, como é o caso da DM. Os cuidados diários, adaptações e mudanças nos estilos de vida, bem como os sintomas e possíveis complicações clínicas associadas, tendem a exercer um impacto significativo não apenas ao nível físico, como também psicológico, social e económico. Nesta linha, surge o interesse pela avaliação da qualidade de vida, e fatores relacionados, em pessoas que têm que conviver diariamente com as exigências impostas por esta doença crónica.

Métodos: A amostra da presente investigação é constituída por 75 sujeitos, que responderam ao protocolo de avaliação composto por um questionário sociodemográfico e de informação clínica e pelos seguintes questionários de auto-resposta: World Health Organization Quality of Life - Brief, Hospital Anxiety and Depression Scale e Brief Illness Perception Questionnaire.

Resultados: De um modo geral, em relação às características sociodemográficas, encontraram-se diferenças significativas entre a qualidade de vida e género, estado civil, escolaridade e situação profissional. Ao nível das características clínicas, o diagnóstico de outros problemas de saúde, a administração de insulina e a prática de exercício físico também evidenciaram diferenças ao nível da qualidade de vida percebida. No que concerne à sintomatologia psicopatológica, constatou-se que níveis de depressão exercem maior influência sobre a qualidade de vida quando comparados com os níveis de ansiedade, sendo ambos bons preditores da variância do constructo avaliado. Relativamente à avaliação das representações de doença, verificou-se que a resposta emocional apresenta uma associação negativa com a qualidade de vida, enquanto a compreensão de doença revela uma associação positiva com o constructo avaliado.

Discussão/conclusão: Tendo em consideração os resultados obtidos, afigura-se essencial o desenvolvimento de intervenções interdisciplinares capazes de atuar ao nível bio-psico-social,

de modo a promover o desenvolvimento de estratégias de intervenção adequadas na gestão emocional, cognitiva e comportamental da diabetes.

Palavras-chave

Doenças crónicas, Diabetes Mellitus, Qualidade de vida.

Abstract

Objective: This work is part of the scope of CRON /PFT 2014 Project, which aims to contribute to the development of scientific knowledge able to support intervention strategies on disease through the study of chronic disease and mental health. In this line of research, this study aims to evaluate the quality of life in a sample of subjects with Diabetes Mellitus (DM), following in the diabetology consultations of Centro Hospitalar Cova da Beira, E.P.E. and Centro de Saúde da Covilhã.

Introduction: Over the years there has been increasing the average of life expectancy. However, the longevity is followed by an increase of the number and prevalence of chronic diseases, such as DM. The daily care and changes in the lifestyles, as well as the symptoms and development of clinical complications tend to have a significant impact in a physical, psychological, social and economic level. For this reason arises the interest of assessing the quality of life and of his related factors in people who have to live with the requirements imposed by this chronic disease.

Method: The sample is composed by 75 subjects that answered to the collection protocol composed by the following questionnaires: sociodemographic and clinical information, World Health Organization Quality of Life - Brief, Hospital Anxiety and Depression Scale and Brief Illness Perception Questionnaire.

Results: In general, regarding the sociodemographic characteristics, we found significant differences between the quality of life and the gender, marital status, education and employment status. In terms of clinical features, the diagnosis of other health problems, insulin administration and physical exercise also showed differences in the perception of quality of life. Regarding the psychopathological symptoms, it was found that depression levels have more influence on the quality of life than anxiety levels, and both were good predictors of variance in the construct. In the assessment of disease representations, it was found that the emotional response has a negative association with the quality of life, while understanding disease reveals a positive association with the target construct.

Discussion/conclusion: It is important to develop interdisciplinary interventions capable of acting in a bio-psycho-social level, to promote the development of appropriate strategies in the emotional, cognitive and behavioral management of DM.

Keywords

Chronic disease, Diabetes Mellitus, Quality of Life.

Índice

Introdução	1
I. Enquadramento Teórico	5
Capítulo 1: Diabetes Mellitus	5
1.1 Doença crónica e diabetes mellitus	5
1.2. Classificação da diabetes mellitus	6
1.2.1. Diabetes Mellitus tipo 1	6
1.2.2. Diabetes Mellitus tipo 2	7
1.3. Epidemiologia da diabetes mellitus	8
1.4. Complicações clínicas na diabetes mellitus	9
1.5. Tratamento clínico na diabetes mellitus	11
1.6. Diabetes Mellitus e sintomatologia psicopatológica	13
1.6.1. Diabetes Mellitus e ansiedade	14
1.6.2. Diabetes Mellitus e depressão	14
Capítulo 2: Qualidade de Vida	17
2.1. Conceptualização teórica da qualidade de vida	17
2.1.1. Perceção de qualidade de vida e fatores relacionados	17
2.1.2. Avaliação da qualidade de vida	18
2.1.3. Qualidade de vida e saúde	19
2.2. Qualidade de vida e diabetes mellitus	19
2.2.1. Características epidemiológicas	20
2.2.2. Complicações clínicas	22
2.2.3. Tipo de tratamento	23
2.2.4. Sintomatologia psicopatológica	24
2.2.5. Representação de doença	25
II. Estudo Empírico	29
Capítulo 3: Metodologia	29
3.1. Fundamentação e objetivos de estudo	29
3.2. Desenho do estudo	30
3.3. Caracterização da amostra	31
3.4. Instrumentos	37
3.4.1. Questionário sociodemográfico	37
3.4.2. WOQOLF-BREF	38
3.4.3. HADS	40
3.4.4. Brief-IPQ	42
3.5. Procedimentos de recolha de dados	43
3.5.1. Aspectos éticos	43

3.5.2. Recolha de dados	44
3.6. Tratamento estatístico dos dados	45
Capítulo 4: Apresentação dos Resultados	49
4.1. Verificação da normalidade das distribuições e da homogeneidade das variâncias	49
4.2. Análise descritiva dos resultados	50
4.2.1. WOQOLF-BREF	50
4.2.2. HADS	50
4.2.3. Brief-IPQ	51
4.3. Análise inferencial dos resultados	53
4.3.1. Qualidade de vida e características sociodemográficas	53
4.3.2. Qualidade de vida e características clínicas	55
4.3.3. Qualidade de vida e sintomatologia psicopatológica (WOQOLF-BREF e HADS)	57
4.3.4. Qualidade de vida e representação de doença (WOQOLF-BREF e Brief-IPQ)	59
Capítulo 5: Discussão	61
5.1. Discussão dos resultados	61
5.2. Limitações da investigação	68
5.3. Implicações Práticas	70
Conclusão	73
Bibliografia	75
Anexos	85
Anexo I: Consentimento Informado	87

Lista de Figuras

Figura 1: Diagrama de dispersão da relação entre os níveis de ansiedade e a qualidade de vida em pessoas com DM

Figura 2: Diagrama de dispersão da relação entre os níveis de depressão e a qualidade de vida em pessoas com DM

Lista de Tabelas

Tabela 1: Frequências e percentagens relativas às características sociodemográficas

Tabela 2: Análise descritiva da característica sociodemográfica idade

Tabela 3: Frequências e percentagens relacionadas com as características clínicas

Tabela 4: Análise descritiva do tempo de diagnóstico e do tempo de seguimento em anos

Tabela 5: Frequências e percentagens das características clínicas relacionadas com o tipo de terapêutica adotada

Tabela 6: Frequências e percentagens das características clínicas relacionadas com os valores das últimas análises efetuadas e com o diagnóstico de complicações crónicas associadas à DM

Tabela 7: Frequências e percentagens relativas à satisfação com a informação sobre a doença e respetivo tratamento e à satisfação com os serviços de saúde prestados pela instituição

Tabela 8: Cálculo da confiabilidade do World Health Organization Quality of Life - Bref através do alpha de Cronbach

Tabela 9: Cálculo da confiabilidade dos domínios do World Health Organization Quality of Life - Bref através do alpha de Cronbach

Tabela 10: Cálculo da confiabilidade do Hospital Anxiety and Depression Scale através do alpha de Cronbach

Tabela 11: Testes de normalidade para o World Health Organization Quality of Life - Bref (WHOQOLF-BREF)

Tabela 12: Testes de normalidade para o Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)

Tabela 13: Testes de normalidade para o Brief Illness Perception Questionnaire (Brief IPQ)

Tabela 14: Estatística descritiva dos resultados das duas dimensões do HADS (média, desvio-padrão, valores mínimo e máximo)

Tabela 15: Valores clínicos obtidos pela amostra nas dimensões da ansiedade e da depressão do HADS

Tabela 16: Análise das diferenças do WHOQOLF-BREF (26 itens) em termos de género - teste t

Tabela 17: Análise das diferenças do WHOQOLB-BREF (26 itens) em termos do estado civil, das habilitações literárias e da situação profissional - ANOVA

Tabela 18: Análise das diferenças do WHOQOLB-BREF (26 itens) em termos da idade e do agregado familiar - ANOVA

Tabela 19: Análise das diferenças do WHOQOLB-BREF (26 itens) em termos do diagnóstico de outros problemas de saúde (física ou mental) crónicos, da administração de insulina injetável e do aumento da atividade física - teste t

Tabela 20: Análise das diferenças do WHOQOLB-BREF (26 itens) em termos do tipo de DM, do controlo regular dos níveis de glicémia, da adoção de uma alimentação saudável e do diagnóstico de complicações crónicas na diabetes - teste t

Tabela 21: Coeficiente de Correlação de Spearman entre o WHOQOLB-BREF e dois domínios do HADS

Tabela 22: Modelo de regressão linear múltipla

Tabela 23: Modelo de regressão linear múltipla relativa à associação entre o WHOQOLB-BREF e as duas dimensões que compõe o HADS

Tabela 24: Modelo de regressão linear múltipla sobre as representações de doença e a qualidade de vida

Tabela 25: Modelo de regressão linear múltipla relativa à associação entre o WHOQOLB-BREF e as dimensões que compõe o IPQ

Lista de Acrónimos

DM	Diabetes Mellitus
CHCB	Centro Hospitalar Cova da Beira, E.P.E.
APA	American Psychiatric Association
OPP	Ordem dos Psicólogos Portugueses
WOQOLF-BREF	World Health Organization Quality of Life - Bref
HADS	Hospital Anxiety and Depression Scale
Brief IPQ	Brief Illness Perception Questionnaire
OMS	Organização Mundial de Saúde
SPSS	Statistical Package for Social Science, versão 22.0
K-S	Teste de Kolmogorov-Smirnov
p	Probabilidade de significância
t	Distribuição t de Student
\bar{x}	Média
DP	Desvio Padrão
Sig	Nível de significância
gl	Graus de liberdade
N	Número de participantes
r_s	Coefficiente de Correlação de Spearman

Introdução

O desenvolvimento tecnológico acarreta não apenas progressos desejados nas experiências e vivências das pessoas, como também desafios aos mais diversos níveis, nomeadamente ao nível da saúde. Os avanços na medicina permitiram o aumento da esperança média de vida, tendo desencadeado, contudo, o surgimento e a disseminação de novos problemas de saúde e doenças crónicas (Instituto Nacional de Estatística [INE], 2012; Kohen, Burgess, Catalán, & Lant, 1998; Martins, França, & Kimura, 1996; Romero, Ortiz, & Navas, 2010; Silva, Ribeiro, Cardoso, & Ramos, 2003). Estas doenças com carácter crónico, que permitem viver durante longos períodos de tempo através de intervenções e tratamentos diversificados, tendem a exercer impacto a vários níveis, nomeadamente ao nível físico, psicológico, social, comportamental e económico (Chibante, Sabóia, Teixeira, & Silva, 2014; Stanton, Revenson, & Tennen, 2007; Silva, et al., 2003; Souza, Santini, Wada, Vasco, & Kimura, 1997; Vinaccia & Orozco, 2005; Wagner, 1998).

A Diabetes Mellitus (DM) é uma das doenças crónicas mais frequentes e constitui atualmente uma problemática a nível universal, afetando aproximadamente 2 a 14% da população (Hernández, et al., 2000; Rodríguez & Plata, 2015; Sikdar, Wang, MacDonald, & Gadag, 2010). Esta doença crónica pertence ao grupo das doenças metabólicas (Chibante, et al., 2014; Dickerson, et al., 2011; Federação Internacional de Diabetes [IDF], 2015), e tem como principal característica a hiperglicémia associada às dificuldades de secreção e/ou ação da insulina (Araújo, et al., 2013; Almeida, Silveira, Santo, Pereira, & Salomé, 2013; Miranzi, Ferreira, Iwamoto, Pereira, & Miranzi, 2008; Teixeira & Silva, 2014;). A hiperglicémia, para além de se manifestar através de múltiplos sintomas desagradáveis para a pessoa, está ainda associada ao desenvolvimento de complicações crónicas que podem ocorrer em diferentes órgãos (Gross, Silveiro, Camargo, Reichelt, & Azevedo, 2002). De modo a promover a estabilidade do quadro clínico bem como a prevenção das complicações associadas, a vivência da DM exige cuidados diários, mudanças e adaptações constantes nos estilos de vida adotados, o que envolve múltiplos esforços não apenas ao nível comportamental, como também ao nível cognitivo e emocional (Amorim & Coelho, 2008).

Afigura-se, por este motivo, importante a avaliação da qualidade de vida das pessoas que conseguem viver e suportar longos anos as exigências diárias de uma doença crónica. Compreender a avaliação individual e subjetiva que cada pessoa faz da sua vida, tendo em consideração a perceção que possui do seu bem-estar físico, emocional e social (Shamshirgaran, Ataei, Alamdari, Safaeian, & Aminisani, 2016; Sepúlveda, et al., 2015; Vinaccia & Orozco, 2005; Wang, He, & Zhao, 2015), revela-se de extrema importância para: perceber o impacto da diabetes ao nível físico e psicossocial, constatar os resultados e eficácia do respetivo tratamento, descobrir as dificuldades sentidas por estas pessoas, e

consequentemente delinear intervenção mais adaptadas e eficazes (Bannier, et al., 2015; Miranzi, et al., 2008; Rubin & Peyrot, 1999; Vinaccia & Orozco, 2005).

Vários autores se têm dedicado ao estudo desta temática, sendo vasta a literatura que constata o impacto da DM ao nível da qualidade de vida percebida por estes utentes. Neste âmbito empírico, os resultados que se debruçam nas possíveis variáveis explicativas desta associação demonstram ser muito díspares. Contudo, de um modo geral, a maioria encontrou diferenças estatisticamente significativas ao nível do constructo avaliado tendo em conta as características sociodemográficas e clínicas dos participantes. De modo complementar, a literatura consultada desperta para a importância dos fatores psicológicos nesta vivência, sendo largamente defendido o impacto significativo dos sintomas e consequências da diabetes ao nível da saúde mental (Santos, et al., 2014). Para além dos fatores supracitados, encontraram-se ainda evidências na literatura que sugerem que a forma como interpretamos a doença pode contribuir, positiva ou negativamente, para o nosso bem-estar físico e mental e, desse modo, para a perceção de qualidade de vida (Vinaccia & Orozco, 2005).

Neste âmbito conceptual e empírico, o objetivo geral desta investigação é avaliar a qualidade de vida numa amostra de pessoas diagnosticadas com Diabetes Mellitus, em seguimento nas consultas de diabetologia do Centro Hospitalar Cova da Beira, E.P.E. (CHCB) e do Centro de Saúde da Covilhã. De forma a dar resposta à questão de investigação formulada, objetiva-se avaliar se existem diferenças entre as características sociodemográficas e clínicas e a qualidade de vida percebida pelos utentes; avaliar os níveis de ansiedade e depressão da amostra e a associação entre estes e a qualidade de vida percebida; avaliar as representações cognitivas e emocionais dos participantes e a correlação entre estas e a qualidade de vida percebida; e pretende-se ainda explorar possíveis variáveis preditoras de uma melhor qualidade de vida em pessoas com DM.

De forma a apresentar o trabalho desenvolvido, o documento encontra-se organizado em duas partes distintas, uma relativa ao enquadramento teórico, e outra que se debruça no estudo empírico. A primeira parte está dividida em dois capítulos, no primeiro é realizada uma revisão da literatura sobre a DM. Por um lado, nesta fase objetiva-se caracterizar clinicamente a problemática, tendo em consideração a sua classificação, causas, sintomas, complicações e possíveis consequências, quer a nível físico como também ao nível psicológico. Por outro lado, pretende-se também compreender e alertar para a sua prevalência e impacto em Portugal e a nível mundial. Num segundo capítulo, para além de se realizar a conceptualização teórica da qualidade de vida abrangendo a sua multidimensionalidade, pretende-se fazer uma revisão da literatura e organização dos dados recolhidos, no que concerne à multiplicidades de resultados encontrados sobre o impacto que DM exerce ao nível da qualidade de vida.

No que diz respeito ao estudo empírico, este também será dividido em dois capítulos, um debruçar-se-á sobre a metodologia de investigação adotada, onde será apresentado o desenho do estudo e explicitado o tratamento estatístico dos dados. Posteriormente, e ainda neste capítulo, será realizada a caracterização da amostra e efetuada uma breve descrição dos instrumentos que compõem o protocolo de avaliação. No segundo capítulo, proceder-se-á à apresentação dos resultados obtidos. Após a discussão desses resultados com base em literatura atualizada, será apresentado um último tópico relativo à conclusão. Aqui serão apresentadas as principais conclusões retiradas desta investigação, refletidas as limitações existentes e expostos os possíveis contributos para a prática clínica.

Ambiciona-se assim com esta investigação, trazer um contributo científico positivo em termos da exploração e organização da informação teórica, da apresentação de resultados complementares e amplificadores do conhecimento da temática, e capazes de espoletar o interesse pelo desenvolvimento de investigações posteriores em torno da qualidade de vida em pessoas diagnosticadas com DM.

I. Enquadramento Teórico

Capítulo 1: Diabetes Mellitus

1.1. Doença crónica e diabetes mellitus

Ao longo dos anos tem-se assistido ao crescente aumento da esperança média de vida, sendo que entre 2008 e 2010 rondou os 76,14 anos de idade no caso dos homens e os 82,05 nas mulheres (INE, 2012). Contudo, a maior longevidade não é necessariamente sinónimo de saúde. Assim, e segundo dados do Instituto Nacional de Estatística (INE, 2014), tanto o número de pessoas afetadas por doenças crónicas, como também a prevalência das mesmas, aumentou consideravelmente desde o ano 2005/2006. Por doença crónica entende-se uma perturbação orgânica que se prolonga no tempo e que quase nunca pode ser completamente curada (Stanton et al., 2007; Vinaccia & Orozco, 2005). Estas doenças com carácter crónico, tendem a exercer impacto a vários níveis, nomeadamente ao nível físico (e.g., dores, incapacidades), psicológico (e.g., sintomatologia depressiva, ansiosa), social (e.g., impacto nos relacionamentos interpessoais, família), comportamental (e.g., mudanças no estilo de vida) e económico (e.g., tratamentos médicos) (Chibante et al., 2014; Stanton et al., 2007; Souza et al., 1997; Vinaccia & Orozco, 2005; Wagner, 1998). Deste modo, o estudo dos aspetos psicológicos alcança uma crescente relevância, nomeadamente na Diabetes Mellitus, doença que afeta aproximadamente 2 a 14% da população mundial (Hernández et al., 2000; Rodríguez & Plata, 2015; Stanton et al., 2007; Wagner, 1998).

A DM é uma doença crónica que pertence ao grupo das doenças metabólicas (Chibante et al., 2014; Dickerson et al., 2011; IDF, 2015), e que tem como principal característica a hiperglicémia associada às dificuldades de secreção e/ou ação da insulina (Araújo et al., 2013; Almeida et al., 2013; Chibante et al., 2004; Gross et al., 2002; Miranzi et al., 2008 Teixeira & Silva, 2014). A hiperglicémia manifesta-se através de sintomas como poliúria, polidipsia, polifagia, perda de peso e visão turva (Gross et al., 2002). Por seu turno, a hiperglicemia crónica está associada a complicações clínicas que podem ocorrer em diferentes órgãos, especialmente: olhos, rins, coração, nervos e vasos sanguíneos (Gross et al., 2002).

O défice da insulina (produzida no pâncreas), característica da diabetes, causa então o aumento dos níveis de glicose no sangue, o que pode afetar diferentes sistemas do organismo e, até mesmo, em casos extremos, causar morte prematura (Chibante et al., 2014; Faria, et al., 2013; Rodríguez & Plata, 2015; Sikdar et al., 2010; Silva, Ribeiro & Cardoso, 2004; Souza et al., 1997; World Health Organization [WHO], 2016). Deste modo, tendo em conta a

recorrência da sintomatologia na diabetes, a abrangência e a severidade das suas complicações, esta doença crónica pode ter impacto ao nível não apenas físico como também psicológico e social (Araújo, et al., 2013; McLellan, Barbalho, Cattalini, & Lerario, 2007; Ozdemir, Hocaoglu, Koçak, & Ersoz, 2011).

1.2. Classificação da diabetes mellitus

Desde 1997 que a Associação Americana de Diabetes classifica a Diabetes com base em 4 classes clínicas, nomeadamente: DM tipo 1, DM tipo 2, Diabetes gestacional (quando é diagnosticado no segundo ou terceiro mês de gestação), e tipos específicos de diabetes devido a outras causas (American Diabetes Association [ADA], 2003; ADA, 2016). Atualmente, a nomenclatura mais frequentemente utilizada prende-se com a subdivisão em dois tipos distintos: DM tipo 1 e DM tipo 2.

1.2.1. Diabetes mellitus tipo 1

A **DM tipo 1** constitui 5 a 10% dos casos e, apesar de poder ser diagnosticada em qualquer idade, surge frequentemente na infância e adolescência (ADA, 2016; Araújo, Souza, & Menezes, 2008; Silva et al., 2004). Ao nível da prevalência da DM tipo 1, verificou-se que, no ano de 2014, aproximadamente 0,16% da população portuguesa com idades compreendidas entre os 0 e os 19 anos de idade sofria desta doença crónica (3365 indivíduos), tendo sido nesse ano detetados mais 17,5 novos casos por cada 100 000 pessoas com idades entre os 0 e os 14 anos de idade (Observatório Nacional da Diabetes [OND], 2015).

Este tipo de DM é causado pela destruição das células beta, produtoras de insulina do pâncreas, o que conduz à deficiência completa de secreção de insulina e, por esse motivo, à dependência da mesma, podendo também estas pessoas ser denominados de insulino-dependentes (Araújo et al., 2008; Eiser, Riazi, Eiser, Hammersley, & Tooke, 2001; Gross et al., 2002; Silva et al., 2004; WHO, 2016). Apesar da causa dessa destruição ser desconhecida, motivo pelo qual este tipo de diabetes não pode ser prevenido, pensa-se que possa estar relacionada com a conjugação de fatores genéticos e fatores ambientais, embora ainda não existam resultados satisfatórios quanto à especificidade desses fatores (WHO, 2016).

Pessoas com DM tipo 1 tendem a apresentar sintomas agudos de diabetes e níveis de açúcar no sangue acentuadamente elevados (ADA, 2016). Os sintomas mais frequentes prendem-se com sede anormal, boca seca, fome constante, micção frequente, sensação de cansaço, perda de peso súbita, visão turva, infeções recorrentes e feridas de cura lenta (IDF, 2015; OND, 2015; WHO, 2016).

Tendo em conta as exigências deste tipo de diabetes, a idade prematura dos sujeitos pode constituir uma dificuldade não apenas nas adaptações e mudanças necessárias como também no controle glicémico que se revela essencial na DM tipo 1 (Araújo et al., 2008).

1.2.2. Diabetes mellitus tipo 2

Contrariamente, a **DM tipo 2** é mais frequente que a anterior, podendo corresponder entre 90 a 95% dos casos (ADA, 2016; Araújo, et al., 2013; Gross et al., 2002; Hernández, et al., 2000; Miranzi et al., 2008; Silva et al., 2004; Souza et al., 1997; WHO, 2016). Este tipo de diabetes é caracterizado pela resistência à ação da insulina ou deficiência na secreção da mesma, por este motivo, estes pacientes também podem ser tratados com recurso à administração de insulina para controlar os níveis de hiperglicemia (Araújo, et al., 2013; Eiser et al., 2001; Silva et al., 2004). Contudo, o tratamento com recurso à administração de insulina só se verifica quando a estabilidade do quadro clínico não é obtida através de antidiabéticos orais e de dietas alimentares adaptadas (ADA, 2016).

Alguns dos fatores de risco frequentemente associados ao seu surgimento, prendem-se com predisposições genéticas e familiares, bem como ao desadequado estilo de vida adotado, sedentarismo, inatividade física, alimentação desequilibrada, obesidade, excesso de peso e hábitos tabágicos. Além disso, este tipo de DM é mais frequente em pessoas com idade adulta média ou avançada (mais de 40 anos) (ADA, 2016; Araújo, et al., 2013; IDF, 2015; Miranzi et al., 2008; WHO, 2016). Na altura do diagnóstico, a maioria destas pessoas apresenta peso acima da média, motivo pelo qual alguns autores consideram que a DM tipo 2 é mais frequente em pessoas obesas, podendo este excesso de peso contribuir para algum grau de resistência à ação da insulina (ADA, 2016; Rodríguez & Plata, 2015; Silva et al., 2004).

Apesar dos sintomas poderem ser semelhantes aos da DM tipo 1, frequentemente este tipo de DM é desvalorizado pelos utentes pelo possível caráter assintomático inicial, ou pela reduzida severidade da sintomatologia (WHO, 2016). Contudo, mesmo não diagnosticada, a hiperglicémia aumenta o risco de desenvolvimento de complicações micro e macrovasculares (ADA, 2016). Por este motivo, a DM tipo 2 muitas vezes é diagnosticado tardiamente, após a manifestação de complicações clínicas associadas, ou de forma acidental através de resultados anormais relativos aos valores de glicose no sangue e/ou urina (ADA, 2003; Becker & Heleno, 2015; WHO, 2016).

1.3. Epidemiologia da diabetes mellitus

Esta doença crónica constitui uma problemática a nível universal, que afeta aproximadamente 2 a 14% da população (Hernández, et al., 2000; Rodríguez & Plata, 2015; Souza et al., 1997; Sánchez, et al., 2008; Sikdar et al., 2010). No ano de 2014, cerca de 422 milhões de adultos (com mais de 18 anos de idade) foram diagnosticados com diabetes em todo o mundo (WHO, 2016), sendo mais de um milhão portugueses entre os 20 e os 79 anos de idade (13,1%) (OND, 2015).

O crescimento desta problemática é visível através de dados oficiais da World Health Organization (WHO, 2016), onde se constata que desde 1980 o número de pessoas com esta doença crónica praticamente duplicou, tendo passado de 4,7% para 8,5% da população adulta em 2014. Estes dados são ainda corroborados pelo Instituto Nacional de Estatística (INE, 2014), que indica que, em 2014, 9,3% da população com mais de 15 anos referenciou ter diabetes, constituindo estes números mais 21,9% do que se verificou no ano de 2005/2006. Estima-se ainda que em 2025, aproximadamente 300 milhões de pessoas, espalhadas por todo o mundo, sofram desta doença não transmissível (Almeida et al., 2013; Sánchez, et al., 2008). Pensa-se que este aumento progressivo, visível em todo o mundo, esteja vinculado à industrialização e crescente urbanização que acarreta alterações ao nível do aumento da esperança média de vida, envelhecimento da população, sedentarismo, dietas hipercalóricas e consequentes problemas de excesso de peso e obesidade (Ferreira & Santos, 2009; Souza et al., 1997; WHO, 2016). Este facto é corroborado pelo Observatório Nacional da Diabetes (OND, 2015), segundo o qual 90% das pessoas com diabetes apresentam excesso de peso (49,2%) ou sofrem de obesidade (39,6%).

A diabetes tem aumentado assim como a sua severidade, constituindo a terceira principal causa de morte em Portugal (Chibante et al., 2014; Faria, et al., 2013; Rodríguez & Plata, 2015). No ano de 2012, 1,5 milhões de mortes em todo o mundo foram devidas a este problema de saúde crónico, tendo constituído nesse ano a oitava causa de morte em ambos os sexos (WHO, 2016). Em 2014, a Diabetes esteve na origem de 4,0% das mortes ocorridas em Portugal (OND, 2015) e, já no ano de 2015, dados do Instituto Internacional de Diabetes revelam que 627 000 pessoas morreram em toda a Europa devido à diabetes. Tendo em conta os anteriores valores, pensa-se que aproximadamente 4 milhões de pessoas morrem anualmente devido à DM e/ou às complicações clínicas associadas (Almeida et al., 2013; Sánchez, et al., 2008), e estima-se ainda que em 2030 a diabetes represente a principal causa de morte a nível mundial (Sapkota, Brien, Greenfield, & Aslani, 2015).

Atualmente, esta doença crónica representa um crescente problema de saúde pública, pelas implicações que representa para estas pessoas e pelos altos custos de saúde associados (Chibante et al., 2014; Faria, et al., 2013; Mclellan et al., 2007; Rodríguez & Plata, 2015; Sánchez, et al., 2008; Silva et al., 2004; Souza et al., 1997).

Relativamente às diferenças de género na incidência desta problemática, existem diferenças estatisticamente significativas na prevalência da diabetes no ano de 2014, tendo sido mais diagnosticada em homens (15,8%) do que em mulheres (10,8%) (OND, 2015). Contudo, e apesar de diferentes autores apontarem para resultados divergentes, de um modo geral, os estudos efetuados referem uma maior prevalência da DM em mulheres, com idade avançada e de baixo nível socioeconómico (Araújo, et al., 2013; Chibante et al., 2014; Faria, et al., 2013; Ferreira & Santos, 2009; Hernández, et al., 2000; Miranzi et al., 2008; Rodríguez & Plata, 2015; Sánchez, et al., 2008; Souza et al., 1997). No que concerne aos resultados encontrados sobre a idade de diagnóstico, Souza, Santini, Wada, Vasco, e Kimura (1997), corroboram também a prevalência desta doença em pessoas com idade adulta média ou avançada, defendendo que a faixa etária predominante está compreendida entre os 51 e os 70 anos de idade. Um estudo de Miranzi e colaboradores (2008), pelo contrário, refere que a faixa etária predominante se situa aproximadamente nos 35 anos de idade (Miranzi et al., 2008), e que na sua maioria são pessoas casadas (Chibante et al., 2014; Ferreira & Santos, 2009; Miranzi et al., 2008; Rodríguez & Plata, 2015; Souza et al., 1997). Contudo, contrariamente a estes resultados, outros autores defendem a inexistência de diferenças estatisticamente significativas ao nível do sexo, raça ou nível socioeconómico na DM tipo dois (Araújo, et al., 2013).

Assim, a DM parece afetar diferentes populações independentemente do nível geográfico, etário, racial, como também do nível socioeconómico a que pertencem (Rodríguez & Plata, 2015; Sánchez, et al., 2008; Souza et al., 1997).

1.4. Complicações clínicas na diabetes mellitus

A DM tem um carácter progressivo, persistente, degenerativo e não transmissível (Almeida et al., 2013; Chibante et al., 2014; Dickerson, et al., 2011; Faria, et al., 2013; Ferreira & Santos, 2009; Miranzi et al., 2008; Rodríguez & Plata, 2015; Shrivastava, Shrivastava, & Ramasamy, 2013). O supracitado, conjuntamente com a inexistência de um tratamento completamente efetivo, contribuem para o facto de a DM ser caracterizada pela significativa probabilidade de desenvolvimento e coocorrência de complicações clínicas aos mais diversos níveis (Ferreira & Santos, 2009; Miranzi et al., 2008; Silva et al., 2004).

Estas complicações clínicas são desencadeadas pela persistência de um elevado nível de glicose no sangue, e/ou pela ocorrência de crises de hipo ou hiperglicemia (Chibante et al., 2014; IDF, 2015; OND, 2015; Rodríguez & Plata, 2015; Souza et al., 1997). Assim, é documentado que as complicações clínicas surgem mais facilmente em pessoas com fraco controlo metabólico (Gross et al., 2002; Salvotelli, et al., 2015). Estas lesões orgânicas irreversíveis podem causar danos em diversos órgãos como rins, olhos, nervos periféricos e

sistema vascular (IDF, 2015; OND, 2015; Sá, Navas, & Alves, 2014). Consequentemente, vão manifestar-se através de complicações crónicas que podem causar incapacidades físicas irreversíveis nos indivíduos e ter implicações ao nível da sua produtividade e qualidade de vida percebida, podendo até mesmo causar morte prematura (Chibante et al., 2014; Rodríguez & Plata, 2015; Sánchez, et al., 2008; Souza et al., 1997; WHO, 2016).

As complicações associadas a esta doença crónica são diversas, no entanto algumas das mais documentadas na literatura são: pé diabético, retinopatia, neuropatia, nefropatia e doença cardiovascular (OND, 2015). Qualquer uma destas complicações pode ser diagnosticada de forma isolada, em comorbilidade, ou ainda contribuir para o desenvolvimento de outras, como é documentado no caso específico da **neuropatia** diabética que consiste numa complicação crónica que é considerada um fator de risco para o desenvolvimento de outras morbilidades, como o pé diabético (Duarte & Gonçalves, 2011; Salvotelli, et al., 2015).

Segundo Duarte e Gonçalves (2011), a complicação clínica mais frequentemente diagnosticada é o **pé diabético**, com uma prevalência de 23-42%, que contribui para o aumento do número de amputações, da morbilidade e mortalidade destes utentes. A WHO (2016) e o International Diabetes Federations (IDF, 2015) acrescentam que o risco de amputação de membros afetados aumenta 10 a 25 vezes em pessoas diagnosticadas com DM. Deste modo, a intervenção deve estar voltada para a prevenção do desenvolvimento do pé diabético ou atraso da sua progressão, através de programas educativos e de *follow-up* que promovam o exame clínico do pé e a adoção dos cuidados necessários por parte dos utentes (Duarte & Gonçalves, 2011). Em 2010, 1,9% das pessoas diagnosticadas com **retinopatia diabética** sofreram impacto de moderado a severo na sua visão (WHO, 2016), tendo causado cegueira em 2,6% dos casos. No entanto, no ano de 2014 verificou-se o decréscimo acentuado da prevalência desta complicação, que se deveu ao aumento da abrangência dos programas de rastreio (OND, 2015). Por seu turno, segundo dados da WHO (2016), a probabilidade de vir a sofrer de alguma **doença cardiovascular** aumenta duas a três vezes mais em adultos com diabetes. Segundo dados do IDF (2015), a doença cardiovascular é a causa mais comum de morte em pessoas com diabetes. Já no caso da **nefropatia**, também esta é muito mais comum em pessoas com diabetes quando comparadas com pessoas sem este diagnóstico (IDF, 2015).

Alguns autores referem que muitas das complicações associadas a este quadro clínico estão relacionadas com o facto de frequentemente as pessoas com DM desconhecerem a sua condição crónica até ao surgimento destas queixas, o que agrava o quadro nosológico principal (Ferreira & Santos, 2009; Souza et al., 1997). Além disso, Rodríguez e Plata (2015) acrescentam que existe outro grupo de risco, constituído pelas pessoas que sabem que têm DM mas que não recebem o tratamento adequado, estando por esse motivo vulneráveis a complicações como ataques cardíacos, insuficiência renal, cegueira, entre outras.

Contudo, importa salientar que todas as complicações enumeradas têm em comum o facto de poderem ser prevenidas através do bom controlo dos níveis de glicose e pressão do sangue e ainda dos níveis de colesterol (IDF, 2015). Deste modo, intervenções voltadas para a educação sobre a diabetes e o seu tratamento revelam-se fulcrais para a sua prevenção e controlo (IDF, 2015).

Para além destas complicações clínicas orgânicas, é amplamente defendido na literatura que a DM contribuiu para o desenvolvimento de complicações psicopatológicas associadas, facto que será aprofundado no ponto 1.6.

1.5. Tratamento clínico na diabetes mellitus

A DM enquanto doença crónica sem cura existente, requer acompanhamento médico contínuo e a adoção de constantes cuidados quer para o controlo desta doença, como também para a prevenção e redução da probabilidade de desenvolvimento de possíveis complicações a curto e a longo prazo (ADA, 2003; Silva et al., 2004; Souza et al., 1997; WHO, 2016).

Assim, frequentemente, pessoas com DM devem adotar um estilo de vida saudável, através de uma alimentação equilibrada, prática de exercício físico, não adoção de comportamentos de risco (e.g., hábitos tabágicos e alcoólicos), adesão aos tratamentos/indicações médicas restritivas, consultas e exames médicos regulares (para controlo da diabetes e possível desenvolvimento de complicações associadas), e podem ainda depender da administração de insulina e/ou ingestão medicamentosa (Araújo, et al., 2013; Chibante et al., 2014; Hernández, et al., 2000; Mcllellan et al., 2007; Sapkota et al., 2015; Sá et al., 2014; Sánchez, et al., 2008; Silva et al., 2004; Souza et al., 1997; WHO, 2016). Ou seja, o controlo desta doença crónica exige, por parte dos diferentes indivíduos, a adoção de um papel ativo e de uma terapêutica não farmacológica adicionais às intervenções médicas, o que só é possível com uma extraordinária capacidade de adaptação e mudança de comportamentos, hábitos e estilos de vida, de forma regular e diária (Araújo, et al., 2013; Chibante et al., 2009; Mcllellan et al., 2007; Rubin & Peyrot, 1999; Sapkota et al., 2015; Shrivastava et al., 2013; Souza et al., 1997; Teixeira & Silva, 2014;). Deste modo, o tratamento desta doença crónica pode acarretar implicações a diversos níveis (Araújo, et al., 2013; Almeida et al., 2013), motivo pelo qual Souza et al. (1997), afirmam que “Ser diabético significa vivenciar uma profunda transformação em seu mundo, aprender a viver com certas limitações e com situações que exigem domínio físico e psíquico de si mesmo.” (p.160).

Tendo em conta o estado de arte, existem essencialmente três aspetos que as pessoas com diabetes têm que ter em consideração relativamente à sua terapêutica: medicação, alimentação e exercício físico.

1) A **auto-monitorização dos níveis de glicémia** no sangue está relacionada com o aumento da efetividade do tratamento da Diabetes (ADA, 2003; Gross et al., 2002). O controlo metabólico vai permitir não apenas a prevenção de crises de hipoglicémia, como também vai possibilitar o constante ajustamento da medicação, alimentação e atividade física, e ainda a diminuição da prevalência de retinopatia, nefropatia e neuropatia diabética nestes pacientes (ADA, 2003). Deste modo, os utentes devem efetuar os testes de glicémia capilar várias vezes ao dia, geralmente uma vez em jejum e regularmente antes e depois das refeições. Importa salientar que estes aspetos são vuláteis consoante o tipo de DM, o tipo de tratamento adotado, a estabilidade do quadro metabólico e as características clínicas específicas associadas (ADA, 2003; Gross, et al., 2002). Este controlo deve ainda ser complementado com análises clínicas regulares para uma avaliação e seguimento contínuos (Gross et al., 2002; Sá et al., 2014). Ao nível da medicação importa também salientar o papel responsável dos utentes na administração de insulina e/ou ingestão da medicação oral para a estabilidade da diabetes.

2) Uma intervenção focada no **aconselhamento nutricional** revela-se fundamental na prevenção e no controlo da diabetes. Por um lado, intervenções ao nível da prevenção primária contribuem para a diminuição da prevalência de casos de obesidade e de desenvolvimento de pré-diabetes. Por outro lado, após o diagnóstico desta doença crónica, intervenções médicas ao nível da nutrição permitirão a normalização dos valores metabólicos e a prevenção e/ou controlo do desenvolvimento de complicações crónicas associadas (Franz & Wylie-Rosett, 2007; Shrivastava et al., 2013). Deste modo, uma alimentação saudável deve constituir um complemento ao tratamento médico da diabetes (ADA, 2003; Morris & Wylie-Rosett, 2010). Neste âmbito, vários autores reafirmam e salientam a importância da promoção de intervenções personalizadas, realizadas por profissionais competentes, voltadas para as temáticas da adoção de uma alimentação saudável e equilibrada (Franz & Wylie-Rosett, 2007; Morris & Wylie-Rosett, 2010).

3) A prática regular de **exercício físico**, para além de estar associada à prevenção do desenvolvimento de diabetes tipo 2, promove melhores níveis de glicose no sange, diminuição dos riscos de desenvolvimento de doença cardiovascular, diminuição de peso e aumento da perceção de bem-estar (ADA, 2003; Shrivastava et al., 2013).

Alguns autores defendem que, tendo em conta a complexidade do tratamento, a adesão ao mesmo vai depender de diversos fatores como a idade, género, escolaridade, psicopatologias associadas, personalidade, rede de suporte social e relação com a equipa médica (Sapkota et al., 2015). Deste modo, é essencial a promoção de planos de tratamento individualizados, de forma a atender às idiossincrasias de cada pessoa, como também multidisciplinares, capazes de abranger diferentes componentes do tratamento (e.g., aconselhamento nutricional, educação médica sobre a DM e o seu tratamento, acompanhamento psicológico) (Sapkota et al., 2015). Aqui, importa ainda salientar que quanto mais precocemente for realizado o

diagnóstico, mais efetivo tende a ser o tratamento, mais positiva a vivência e melhor o prognóstico (WHO, 2016).

Souza et al. (1997) defendem que “O objetivo da terapêutica para a maioria dos indivíduos com condições crônicas não é a cura, mas sim a redução da severidade da doença ou a detenção da sua progressão” (p.157). Desta forma, apesar de não existir cura para a diabetes, um diagnóstico precoce, um bom controlo metabólico e a adoção de um estilo de vida saudável e regrado, vão permitir não apenas a promoção da saúde destas pessoas como também a prevenção e redução da probabilidade de desenvolvimento de complicações clínicas associadas (Hernández, et al., 2000; Rodríguez & Plata, 2015; Sánchez, et al., 2008).

1.6. Diabetes mellitus e sintomatologia psicopatológica

O diagnóstico de DM pode constituir um desafio pelas necessárias adaptações, restrições e exigências impostas pelo seu caráter crónico, e pela possibilidade de desenvolvimento de complicações micro e macro vasculares. Estas alterações no estilo de vida dos utentes podem ter impacto a vários níveis, nomeadamente ao nível psicológico (Amorim & Coelho, 2008; Marcelino & Carvalho, 2005). Compreender este impacto e os processos inerentes ao mesmo, permitirão delinear intervenções psicossociais adaptadas para uma melhor vivência e ajustamento à diabetes (Amorim & Coelho, 2008). Deste modo, a comorbilidade entre a DM e as perturbações psicopatológicas tem sido amplamente estudada, constituindo, de forma crescente, um tópico de interesse para diversos investigadores (Amorim & Coelho, 2008; Marcelino & Carvalho, 2005; Ozdemir et al., 2011).

As perturbações psicopatológicas funcionam como um fator de risco para a DM uma vez que podem ter consequências ao nível da apresentação clínica, severidade, progressão e adesão ao tratamento (Ozdemir et al., 2011; Silva et al., 2004). Para além do referido, as psicopatologias associadas à diabetes, ao influenciarem a adesão ao tratamento (e.g., controlo glicémico), podem constituir também um fator de risco ao desenvolvimento de complicações micro e macrovasculares na diabetes (Issa, Yussuf, & Baiyewo, 2007; Khuwaja, et al., 2010; Ozdemir et al., 2011). No entanto, não estamos perante uma relação linear, assim a diabetes pode também constituir um fator de risco para o surgimento de perturbações psicopatológicas, sendo as mais frequentes a depressão, a ansiedade, dependência e abuso de substâncias (alcool e drogas) e as perturbações da alimentação (Ozdemir et al., 2011), existindo uma maior prevalência de sintomas psicopatológicos em pessoas com DM quando comparadas com a população em geral (Ozdemir et al., 2011; Rubin & Peyrot, 1999).

Existe uma alta prevalência do desenvolvimento de sintomatologia ansiosa e depressiva em pessoas com doenças crónicas (26,27%), verificando-se o mesmo no caso específico da

diabetes (7,8%) (Khuwaja, et al., 2010). Diversos autores acrescentam ainda que pessoas com diabetes têm duas vezes mais probabilidade de vir a desenvolver uma perturbação de humor ou ansiosa quando comparados com indivíduos sem este quadro clínico (Boarolli, Ferreira, Bavaresco, Felipe, & Amboni, 2014; Khuwaja, et al., 2010). De acordo com estes dados, seguidamente serão abordadas duas das perturbações psicopatológicas mais frequentemente associadas à DM, bem como a sua prevalência e impacto nesta doença crónica. Nesta linha, importa salientar que a maioria dos autores se têm dedicado ao estudo da depressão na diabetes por esta constituir a perturbação psicopatológica mais prevalente e com maior impacto ao nível da DM.

1.6.1. Diabetes mellitus e ansiedade

As adaptações e mudanças exigidas pela presença de DM, bem como os constantes e diários cuidados a ter com o seu controlo (e.g., gestão da alimentação, exercício físico, controlo metabólico), podem constituir um fator de *stress* (Dickerson, et al., 2011; Silva et al., 2004), surgindo a ansiedade com mais frequência em pessoas com DM tipo 2 quando comparadas com a população em geral (Ozdemir et al., 2011). Para esta prevalência, contribuem não apenas o esforço e a preocupação associados com esta doença, mas também a pressão e medo causados pela probabilidade de desenvolvimento de complicações crónicas (Dickerson, et al., 2011).

Estima-se que a ansiedade seja uma das psicopatologias mais frequentes (Grigsby, Anderson, Freedland, Clouse, & Lustman, 2002; Smith, et al., 2013), com uma prevalência de aproximadamente 12 a 21% na população em geral (Smith, et al., 2013). Deste modo, alguns autores têm vindo a referir que as pessoas com diabetes tendem a experienciar maiores níveis de ansiedade, quando comparadas com pessoas sem este diagnóstico (Smith, et al., 2013; Shahi & Mohammadyfar, 2016). Esta comorbidade tende a exercer influência sobre a diabetes através de: aumento dos sintomas e do sofrimento; menor adesão ao tratamento; piores níveis de glicose no sangue; aumento da probabilidade de vir a desenvolver complicações associadas; diminuição da qualidade de vida, desenvolvimento de sintomatologia depressiva; aumento do índice de massa corporal (Grigsby et al., 2002; Santos, et al., 2014; Smith, et al., 2013). Smith et al. (2013), constatou ainda que a ansiedade pode também constituir um fator de risco para o desenvolvimento de diabetes tipo 2.

1.6.2. Diabetes mellitus e depressão

A depressão é uma das perturbações psicopatológicas mais frequentes em indivíduos com mais de 18 anos de idade (Renn, Feliciano, & Segal, 2011). Alguns dos sintomas mais frequentes

estão relacionados com humor disfórico, anedonia, avolia, perturbação do sono e perda do apetite (Renn et al., 2011). É largamente defendido pela literatura que as exigências físicas e psicossociais relacionadas com a diabetes e o seu tratamento, bem como as alterações bioquímicas, como é o caso da hiperglicémia, podem exercer um forte impacto no desenvolvimento de sintomatologia depressiva na diabetes (Moreira et al., 2009; Renn et al., 2011).

Assim, diferentes estudos reportam para o facto de pessoas com diabetes apresentarem uma probabilidade de desenvolver depressão duas vezes superior quando comparadas com indivíduos sem esse diagnóstico (Boarolli et al., 2014; Renn et al., 2011; Siddiqui, 2014; Wang et al., 2015). Outros autores defendem valores superiores, com uma probabilidade 3 a 4 vezes mais alta (Ozdemir et al., 2011; Silva et al., 2004). Assim, estima-se que entre 11% a 30% dos utentes com diabetes apresentem diagnóstico comorbido de depressão (Boarolli et al., 2014; Fisher, Chan, Nan, Sartorius, & Oldenburg, 2012; Renn et al., 2011). Sublinhe-se, contudo, que não é consensual entre os investigadores, a existência de diferenças relativas à prevalência da sintomatologia depressiva consoante o tipo de diabetes, o género, ou a idade (Roy & Lloyd, 2012).

O diagnóstico de depressão na DM está associado à menor adesão às indicações terapêuticas e autocuidados, fraco controlo dos níveis de glicémia, pior progressão da doença, maior probabilidade de desenvolvimento de complicações clínicas, pior prognóstico para ambos os quadros clínicos, maior mortalidade, morbilidade e diminuição da qualidade de vida (tópico que será aprofundado no ponto 2.4.3.) (Boarolli et al., 2014; Fisher et al., 2012; Moreira, Amâncio, Brum, Vasconcelos, & Nascimento, 2009; Oladeji & Gureje, 2013; Schram, Baan, & Pouwer, 2009; Shahi & Mohammadyfar, 2016; Roy & Lloyd, 2012; Katon, 2008; Khuwaja, et al., 2010).

Embora a associação entre diabetes e depressão seja amplamente reconhecida, a natureza desta relação não é consensual (Roy & Lloyd, 2012; Shahi & Mohammadyfar, 2016). Deste modo, estamos perante uma influência bidirecional. Estudos referem que não apenas a DM é um fator de risco para a depressão, como a depressão aumenta o risco de ocorrência de DM (Fisher et al., 2012; Joshi, Dhungana, & Subba, 2015; Katon, 2008; Ozdemir et al., 2011; Roy & Lloyd, 2012; Renn et al., 2011; Siddiqui, 2014; Wang et al., 2015). Nesta linha, Renn, Feliciano, e Segal (2011), defendem que a sintomatologia depressiva aumenta o risco de vir a desenvolver DM tipo 2 em 37%, e Siddiqui (2014) aumenta esta probabilidade para 60%. Esta relação é justificada por alguns autores pelo facto de pessoas com sintomatologia depressiva descuidarem os autocuidados e adotarem dietas hipercalóricas e estilos de vida sedentários promotoras de obesidade, que podem constituir fatores de risco para o desenvolvimento de DM tipo 2 (Renn et al., 2011).

Existe ainda uma correlação bidirecional significativa entre as complicações clínicas, da DM tipo 2 e o diagnóstico de depressão (Ozdemir et al., 2011). Deste modo, não só as complicações podem constituir um fator de risco para o desenvolvimento de depressão (devido às suas exigências, limitações e caráter crónico), como também a sintomatologia depressiva pode contribuir para o surgimento ou agravamento dessas complicações (devido à falta de cuidados) (Moreira et al., 2009; Oladeji & Gureje, 2013; Siddiqui, 2014).

Ao longo deste capítulo efetuamos uma breve caracterização da DM, salientando o número elevado e crescente de casos acometidos por esta doença crónica, em Portugal e a nível mundial, com visível impacto não apenas ao nível físico, como também psicológico. Assim, para além de se ter incidido na abordagem das possíveis complicações clínicas orgânicas, pretendeu-se ainda alertar para a grande prevalência de perturbações psicopatológicas associadas a esta doença crónica, bem como para o impacto da comorbilidade de diagnósticos físicos ou psiquiátricos para ambos os quadros clínicos. O capítulo objetivou também refletir sobre a necessidade de alteração de estilos de vida e a importância da adoção de um papel ativo por parte dos sujeitos no tratamento da DM, para a obtenção do controlo e estabilidade desejáveis na vivência da diabetes.

Capítulo 2: Qualidade de Vida

Neste capítulo, começamos por efetuar uma breve revisão teórica acerca do conceito de qualidade de vida, abordando a sua multidimensionalidade e pertinência no estudo da Diabetes Mellitus. Pretende-se, com base na revisão bibliográfica, compreender e apresentar brevemente o impacto da diabetes na qualidade de vida dos sujeitos, atendendo às diferentes características epidemiológicas, à presença e diversidade de complicações clínicas associadas, à comorbilidade com sintomatologia psicopatológica depressiva e ansiosa e ainda considerando as diferentes representações de doença.

2.1. Conceptualização teórica da qualidade de vida

Apesar de não existir consenso entre os autores quanto à definição universal do constructo (Araújo et al., 2008; Canavaro, 2010; Ferreira & Santos, 2009; Miranzi et al., 2008; Silva et al., 2003), a Organização Mundial de Saúde, define Qualidade de Vida como “a perceção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e do sistema de valores em que vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (Araújo et al., 2008, p.1125; Ferreira & Santos, 2009, p.406; Miranzi et al., 2008, p.673). Outros autores definem qualidade de vida como sendo “o conjunto de respostas manifestadas pelos indivíduos aos fatores físicos, emocionais, sociais e económicos com os quais interagem” (Souza et al., 1997; p.152). Deste modo, apesar de não haver consenso quanto à definição deste constructo, é amplamente aceite, pelos diversos autores, a multidimensionalidade do mesmo (Canavaro, 2010; Diaz, Moreira, Haluch, Ravazzani, & Kusma, 2016).

2.1.1. Perceção de qualidade de vida e fatores relacionados

A qualidade de vida deriva da avaliação individual e subjetiva que cada pessoa faz da sua vida, tendo em consideração a perceção que possui do seu bem-estar físico, emocional e social (Diaz et al., 2016; Romero et al., 2010; Shamshirgaran et al., 2016; Rubin & Peyrot, 1999; Sepúlveda, et al., 2015; Vinaccia & Orozco, 2005; Wang et al., 2015).

Diferentes autores defendem a diversidade de indicadores, objetivos e subjetivos, capazes de influenciar o constructo, nomeadamente: físicos, psicológicos, emocionais, sociais, culturais, espirituais, financeiros/económicos, políticos e ambientais (Araújo et al., 2008; Megari, 2013; Faria et al., 2013; Vinaccia & Orozco, 2005). Assim, a avaliação da qualidade de vida vai depender do grau de satisfação com que os indivíduos percecionam a sua vida nesses diferentes domínios (Miranzi et al., 2008).

Importa referir também que não é consensual o número e a denominação das dimensões que compõem este constructo (Silva et al., 2003). Contudo, a divisão que parece ser mais consensual entre os autores, perceciona a qualidade de vida como sendo composta pelo bem-estar físico, psicológico, social e espiritual (Almeida et al., 2013; Araújo et al., 2008; Romero et al., 2010; Vinaccia & Orozco, 2005).

Desta forma, devemos percecionar a qualidade de vida como conceito multidimensional e complexo capaz de almejar diversos domínios e dimensões inter-relacionadas e interdependentes, que constituem e influenciam de forma recíproca o ser humano (Araújo et al., 2008; Chibante et al., 2014; Faria et al., 2013; Megari, 2013; Romero et al., 2010; Rubin & Peyrot, 1999; Silva et al., 2003; Souza et al., 1997; Vinaccia & Orozco, 2005). Além disso, importa salientar que estamos perante um conceito subjetivo (depende da perceção e avaliação individual), polivalente (pode ter diferentes significados) e multifatorial (e.g., sexo, idade, cultura, inserção social) (Araújo et al., 2008; Canavarro, 2010; Faria, et al., 2013; Megari, 2013; Martins et al., 1996; Silva et al., 2003; Souza et al., 1997; Vinaccia & Orozco, 2005).

2.1.2. Avaliação da qualidade de vida

Do mesmo modo que não existe consenso quanto à definição deste constructo, também não existe uma forma universal única para estudar adequadamente a qualidade de vida. Avaliar a qualidade de vida é ser capaz de atender à sua multidimensionalidade e subjetividade (Sánchez, et al., 2008; Vinaccia & Orozco, 2005). Assim, de forma congruente, o indivíduo deve ser percecionado de forma holística pois, e segundo Martins, França, e Kimura (1996), “o doente (...) é uma pessoa e, como tal, não é um ser isolado, não abandona todo o seu contexto de vida depois de ser acometido pela doença.” (p.7). Por este motivo, avaliar este conceito é saber percecionar a pessoa como um todo indissociável capaz de influenciar e ser influenciado em diversos níveis (Chibante et al., 2014; Souza et al., 1997).

Contudo, apesar da qualidade de vida ser um constructo impossível de medir (através de indicadores e meios físicos objetivos de mensuração), é possível de avaliar através da perceção individual que cada pessoa tem do seu bem-estar físico, emocional e social e da forma como a doença interferiu no mesmo (através do recurso a instrumentos de auto-relato) (Araújo et al., 2008; Dickerson et al., 2011; Faria, et al., 2013; Kohen et al., 1998; Sánchez et al., 2008). Por este motivo, Faria et al., (2013) defendem que avaliação deste constructo é caracterizada sobretudo pela subjetividade.

2.1.3. Qualidade de vida e saúde

Consideramos também importante clarificar a distinção entre Qualidade de Vida e o conceito de Saúde, uma vez que tendem a ser frequentemente confundidos. Apesar de inicialmente saúde ser definida como a ausência de doença, desde 1948 que a OMS (Organização Mundial de Saúde) reformulou o entendimento deste conceito (Rubin & Peyrot, 1999). Assim, atualmente o estado de saúde é explicado não apenas pelo bem-estar físico, como também pela perceção, boa ou má, que a pessoa tem relativamente à sua saúde física, mental e social (Silva et al., 2003; Rubin & Peyrot, 1999; Vaz Serra, 2010; Vinaccia & Orozco, 2005;). Por outro lado, a qualidade de vida está diretamente relacionada com a perceção, boa ou má, que a pessoa tem relativamente à sua vida (Silva et al., 2003; Vaz Serra, 2010). Assim, Miranzi, Ferreira, Iwamoto, Pereira, e Miranzi (2008), defendem que a saúde é “uma importante dimensão da qualidade de vida” (p.673). Logo, a perceção individual de qualidade de vida pode ser influenciada pela forma como a pessoa percebe o seu estado de saúde (Souza et al., 1997). Podemos afirmar que a saúde deve ser um dos domínios incluídos na avaliação da qualidade de vida ao invés de ser entendida como um sinónimo dela (Silva et al., 2003; Souza et al., 1997), uma vez que a qualidade de vida, segundo Vaz Serra (2010), “procura atender a uma perspectiva holística sobre a natureza bio-psico-social do ser humano” (p.23).

Sendo a saúde um dos domínios fundamentais na avaliação deste constructo, podemos partir do pressuposto que a doença influenciará a perceção de qualidade de vida das pessoas. Assim, de um modo geral, os estudos apontam para o fato da qualidade de vida ser negativamente influenciada pela presença de doenças crónicas (Silva et al., 2003; Souza et al., 1997).

2.2. Qualidade de vida e diabetes mellitus

Como foi referido anteriormente, o facto de a DM constituir uma doença crónica, que para além de exigir constantes adaptações no estilo de vida e cuidados diários, estimula ainda o desenvolvimento de possíveis complicações crónica associadas, pode ter um impacto significativo ao nível físico, psicossocial e ainda ao nível da qualidade de vida percebida (Almeida et al., 2013; Diaz et al., 2016; Shamshirgaran et al., 2016). Assim, o foco da avaliação deste constructo deve ser a aquisição dos conhecimentos necessários que nos permitam compreender a forma como a DM, os seus sintomas, tratamento e possíveis incapacidades, influenciam os diferentes domínios de vida das pessoas com esta doença (Bannier et al., 2015; Miranzi et al., 2008; Rubin & Peyrot, 1999; Silva et al., 2003; Vinaccia & Orozco, 2005). Só assim será possível desenhar intervenções mais adequadas e adaptadas que permitam promover a qualidade de vida (Almeida et al., 2013; Rubin & Peyrot, 1999; Silva et

al., 2003). Segundo Hernández et al. (2000), promover a alteração dos estilos de vida das pessoas com DM vai permitir uma adaptação positiva à doença e conseqüentemente uma percepção positiva relativa à qualidade de vida. Assim, o objetivo final e principal da intervenção na DM deve ser a promoção da qualidade de vida destas pessoas (Dickerson et al., 2011)

Também os resultados encontrados quanto à relação que existe entre a qualidade de vida e a DM não são consensuais. Por um lado, vários autores defendem que a DM tem um impacto negativo na qualidade de vida, ou seja, que pessoas com DM têm pior qualidade de vida quando comparadas com as pessoas sem esta doença crónica, destacando: Diaz et al., 2016; Chibante et al., 2014; Estrada et al., 2012; Ferreira & Santos, 2009; Gimeno et al., 2015; Hayes et al., 2016; Rubin & Peyrot, 1999; Shahi & Mohammadyfar, 2016; Sikdar et al., 2010. Por outro lado, autores defendem que não é a DM que tem um impacto negativo na qualidade de vida, mas sim o tratamento desta doença crónica (Ferreira & Santos, 2009). Ainda neste âmbito, autores referem que qualidade de vida das pessoas com diabetes pode ser significativamente afetada pelo medo relacionado com a ocorrência de crises de hipoglicémia (Gimeno et al., 2015). Contrariamente ao supracitado, existem autores que defendem que a percepção geral de qualidade de vida não é afetada pela DM, podendo estas pessoas, ao invés disso, revelar uma melhor percepção da mesma devido à adoção, após o diagnóstico, de um estilo de vida mais saudável, uma alimentação mais equilibrada, aumento da prática de exercício físico, o que conduz à percepção de maior controlo e capacidade física, desenvolvimento psicológico e menor preocupação com o futuro (Bannier et al., 2015; Miranzi et al., 2008; Martins et al., 1996; Silva et al., 2003; Sánchez, et al., 2008; Souza et al., 1997).

2.2.1. Características epidemiológicas

Passamos agora a apresentar os resultados de vários estudos em que foi possível constatar que os dados relativos à percepção de qualidade de vida, de pessoas com DM, foram variando tendo em consideração diferentes características sociodemográficas.

Enquanto alguns autores defendem a inexistência de diferenças estatisticamente significativas na percepção da qualidade de vida em relação ao **género** (Awotidebe et al., 2016; Ramos & Ferreira, 2011; Rodríguez & Plata, 2015), a maioria encontrou resultados que apontam para o facto de as mulheres avaliarem mais negativamente a sua qualidade de vida comparativamente com os homens (Araújo et al., 2008; Diaz et al., 2016; Ozdemir et al., 2011; Rubin & Peyrot, 1999; Shamshirgaran et al., 2016; Sepúlveda et al., 2015; Sikdar et al., 2010). Isto é explicado pela maior aderência dos homens ao tratamento da diabetes, pela menor prevalência de comorbilidades com sintomas psicopatológicos nesse género, e pelo menor desenvolvimento de complicações clínicas (Ozdemir et al., 2011; Rubin & Peyrot, 1999;

Sikdar et al., 2010). Num estudo realizado por Sepúlveda et al. (2015), a percepção de pior qualidade de vida pelas mulheres estava ainda associada à maior longevidade do diagnóstico e à maior prevalência de obesidade, fatores estes que funcionam como factor de risco para a qualidade de vida percebida (Sepúlveda et al., 2015).

Relativamente à **idade**, é defendido, de um modo geral, que a qualidade de vida diminui à medida que a idade das pessoas com DM aumenta (Hahl et al., 2002; Sepúlveda et al., 2015; Wang et al., 2015). Alguns autores relacionam esses resultados não com o aumento da idade dos pacientes mas sim com o aumento do **tempo de diagnóstico**, tendo sido encontrado que pessoas com tempo de diagnóstico superior a 10 anos revelaram pior percepção da sua qualidade de vida (Alba, Morales, & Catano, 2016; Araújo et al., 2008; Diaz et al., 2016; Ozdemir et al., 2011; Sánchez et al., 2008), portanto, quando maior o tempo de diagnóstico menor tende a ser a qualidade de vida percebida pelo sujeito (Awotidebe et al., 2016; Hayes et al., 2016; Shamshirgaran et al., 2016; Sepúlveda et al., 2015; Wang et al., 2015). O que pode ser justificado, segundo Sánchez et al. (2008), com o surgimento de complicações clínicas associadas à DM. Contudo, contrariamente ao defendido pelos autores supracitados, outros autores divulgaram que pessoas em idade avançada apresentam melhor qualidade de vida que pessoas mais novas (Diaz et al., 2016; Imayama, Plotnikoff, Courneya, & Johnson, 2011; Plotnikoff, Courneya, & Johnson, 2011). Isto pode ser explicado, segundo os referidos autores, pelo facto de conviverem há mais tempo com a doença e consequentemente terem desenvolvido ao longo dos anos estratégias de *coping* adequadas e uma visão mais otimista relativamente ao seu futuro (Imayama et al., 2011).

Segundo Araújo, Souza, e Menezes (2008), o **nível sócioeconómico**, o **nível de escolaridade** e a **etnia** não revelaram ser determinantes na avaliação do constructo. Contudo, e de um modo geral, outros autores referem que pessoas de baixo nível sócioeconómico e de baixa escolaridade revelam menor qualidade de vida (Alba et al., 2016; Dickerson et al., 2011; Júnior, Heleno, & Lopes, 2013; Shamshirgaran et al., 2016). E, pelo contrário, no estudo realizado por Estrada, Strauss, Beltrán, Baltazar, e Moreno (2012), pessoas com maior nível de escolaridade revelaram pior qualidade de vida.

Relativamente ao **estado civil**, foi encontrado que pessoas solteiras tendem a ter melhor qualidade de vida (Júnior et al., 2013). Contudo, resultados contraditórios foram encontrados por Shamshirgaran, Ataei, Alamdari, Safaeian, e Aminisani (2016), que afirmam que pessoas casadas tendem a perceber mais positivamente a sua qualidade de vida devido ao suporte social e económico existente.

Autores defendem que, no que concerne aos dados relativos ao **agregado familiar**, pessoas que residem com três ou mais pessoas tendem a revelar melhor qualidade de vida (Júnior et al., 2013). Este facto ressalta para a importância das relações familiares no suporte e controlo da diabetes (Júnior et al., 2013).

2.2.2. Complicações clínicas

Como referido anteriormente (*cf.* ponto 1.4.), a DM frequentemente estimula o desenvolvimento de complicações clínicas. Com exceção de alguns autores, que afirmam não existir impacto estatisticamente significativo entre essas complicações da diabetes e a qualidade de vida percebida (Bannier et al., 2015), a grande maioria encontrou resultados opostos defendendo que as pessoas com **complicações clínicas associadas** à diabetes têm pior qualidade de vida que pessoas apenas com DM (Alba et al., 2016; Boarolli et al., 2014; Eiser et al., 2001; Hayes et al., 2016; Hahl et al., 2002; Moreira et al., 2009; Romero et al., 2010; Rubin & Peyrot, 1999; Shamshirgaran et al., 2016; Silva et al., 2003). Resultados estes suportados pela OMS (2016), que refere que as complicações associadas à diabetes tendem a diminuir a qualidade de vida e a aumentar a mortalidade. Esta relação é ainda mais significativa quando as pessoas adotam comportamentos de risco (e.g., tabagismo, alcoolismo), apresentam obesidade e inatividade física (Megari, 2013; Sánchez et al., 2008).

Acrescenta-se ainda que múltiplas condições crónicas associadas à diabetes estão relacionadas com a diminuição da qualidade de vida percebida, ou seja, quanto maior o número de complicações menor a qualidade de vida destas pessoas (Dickerson et al., 2011; Estrada et al., 2012; Megari, 2013; Rubin & Peyrot, 1999; Sánchez et al., 2008; Silva et al., 2003). Segundo Dickerson et al. (2011), isto pode estar relacionado com maior limitação física e, dessa forma, perceção geral de saúde mais negativa. Este facto é reforçado por Silva, Ribeiro, Cardoso, e Ramos (2003), que acrescentam que o que influencia a qualidade de vida não é o número de complicações por si só, mas sim a gravidade das mesmas.

Segundo Hayes et al. (2016), as complicações crónicas associadas à diabetes que mais impacto negativo exercem sobre a qualidade de vidas dos sujeitos são: amputação, cegueira e acidente vascular cerebral. Contudo, outros autores defendem que determinadas complicações não têm impacto estatisticamente significativo ao nível de qualidade de vida (Hahl et al., 2002). Especificamente, no que concerne à presença de diagnóstico de **retinopatia diabética**, foi encontrada uma influência mínima e não significativa (Hahl et al., 2002). Pelo contrário, pessoas com diagnóstico de **neuropatia** tendem a apresentar pior qualidade de vida (Shamshirgaran et al., 2016).

Neste tópico importa ainda referir que pessoas com problemas de obesidade tendem a apresentar pior qualidade de vida quando comparadas com pessoas com **índice de massa corporal** normal ou excesso de peso (Sepúlveda et al., 2015). Estes resultados são justificados pela comorbilidade de hipertensão e/ou outras complicações nestes pacientes (Sepúlveda et al., 2015).

Segundo Chibante, Sabóia, Teixeira, e Silva (2014), para além das complicações crónicas associadas à diabetes, as complicações agudas também têm um impacto negativo na qualidade de vida destes utentes, na medida em que aumenta a predisposição para o surgimento de comorbilidades psiquiátricas, como a ansiedade e a depressão, que vão interferir no normal desempenho da pessoa (e.g., escola, trabalho, família) (tema abordado posteriormente no subcapítulo 2.4.4.).

2.2.3. Tipo de tratamento

Embora alguns autores defendam a inexistência de relações significativas entre o tipo de terapêutica (insulina injetável e/ou antidiabéticos orais) e a qualidade de vida (Estrada et al., 2012; Shamshirgaran et al., 2016). De um modo geral, pessoas com DM tipo 2 que tomam **insulina** tendem a apresentar pior qualidade de vida quando comparadas com os utentes que efetuam outro tipo de terapêutica (Alba et al., 2016; Sepúlveda et al., 2015). Outros autores corroboram estes resultados afirmando que pessoas que não recorrem à insulina como fonte de tratamento, tendem a apresentar melhor qualidade de vida (Júnior et al., 2013). A literatura sugere que o impacto negativo deste tipo de terapêutica parece estar diretamente relacionado com a preocupação com a sua toma (organização e gestão das suas atividades em prol do correto controlo metabólico), com os efeitos desta medicação (e.g., aumento de peso), e com o impacto a nível social. Pode ser também acrescido pelo sentimento de frustração ou fracasso derivado da impossibilidade de controlo através da medicação oral para a diabetes, ou toma devido ao surgimento de complicações crónicas associadas (Sepúlveda et al., 2015).

Ainda no que diz respeito ao regime terapêutico adotado, alguns estudos referem que pessoas diagnosticadas com diabetes há mais tempo tendem a apresentar um pior **controlo dos níveis de glicémia** e conseqüentemente, pior qualidade de vida (Estrada et al., 2012; Gimeno et al., 2015; Júnior et al., 2013). Foi também encontrado que pessoas insulino-dependentes com DM tipo 2 têm pior qualidade de vida que pessoas com DM tipo 2 que não administram insulina (Rubin & Peyrot, 1999). De forma complementar, a ocorrência de crises de hiperglicémia e as suas conseqüências (e.g., diminuição da força muscular e da resistência) parecem ter um impacto significativo ao nível da capacidade funcional, limitando a **prática de exercício físico** e diminuindo a perceção satisfatória de qualidade de vida (Awotidebe et al., 2016). Deste modo, a prática de exercício físico está positivamente relacionada com a qualidade de vida dos utentes com diabetes (Awotidebe et al., 2016). Por outro lado, o bom controlo dos níveis de glicémia parece estar relacionado com a adoção de **dietas alimentares saudáveis**, o que contriui para uma melhor qualidade de vida (Júnior et al., 2013). Pois desta forma, é possível realizar um melhor controlo do peso e diminuir o risco de desenvolvimento de complicações associadas (Júnior et al., 2013). Contudo, não estamos perante uma relação

linear, uma vez que autores defendem que uma má percepção de qualidade de vida pode influenciar negativamente o controlo metabólico devido à não adesão aos regimes terapêuticos propostos (Alba et al., 2016).

2.2.4. Sintomatologia psicopatológica

É preconizado pela literatura que o bom funcionamento físico e mental está associado a uma percepção mais positiva de qualidade de vida (Megari, 2013). É também largamente documentada a maior probabilidade de desenvolvimento de sintomatologia ansiosa e depressiva em pessoas com diabetes (Santos et al., 2014). De modo congruente, pessoas com DM e psicopatologias associadas (e.g., depressão, ansiedade) tendem a apresentar pior qualidade de vida quando comparadas com as que apresentam DM sem problemas mentais comorbidos (Dickerson et al., 2011; Issa et al., 2007; Ozdemir et al., 2011; Silva, 2006; Souza et al., 1997; Kohen et al., 1998).

A DM influencia negativamente a qualidade de vida, na medida em que aumenta a predisposição para o desenvolvimento de psicopatologias, como a ansiedade e a depressão, que vão ter consequências para o paciente (Dickerson et al., 2011; Faria et al. 2013; Issa et al., 2007; Ozdemir et al., 2011; Romero et al., 2010). Contudo, como foi referido anteriormente, esta relação não é unidirecional. Tanto a ansiedade como a depressão vão ter um impacto negativo na progressão da DM, através do aumento do número de sintomas e percepção de maior gravidade dos mesmos, o que também vai influenciar negativamente a qualidade de vida destas pessoas (Dickerson et al., 2011; Silva et al., 2004). Desta forma, torna-se prioritário estudar a relação entre estes dois constructos, e entre estes e a DM, para o desenvolvimento de intervenções direcionadas para a prevenção da sintomatologia psicopatológica ou para a gestão adequada da mesma, de forma a promover o aumento da percepção de controlo da doença e consequentemente a qualidade de vida destas pessoas (Ozdemir et al., 2011; Romero et al., 2010; Silva et al., 2004).

Como foi referenciado no primeiro capítulo deste documento, a ansiedade é uma das psicopatologias mais frequentemente associadas à diabetes e com possível impacto na adesão ao tratamento e prognóstico da doença. Assim, segundo literatura recente, a **ansiedade** quando acima dos seus valores normais de intensidade, pode ter impacto negativo significativo na qualidade de vida de pessoas com diabetes (Boarolli et al., 2014; Santos et al., 2014). Uma das variáveis possivelmente associadas a esta prevalência prende-se com o mau controlo dos níveis de glicémia. Estes, quando elevados relacionam-se positivamente com o pior curso da diabetes, maior probabilidade de desenvolvimento de complicações clínicas, aumento de peso, maiores níveis de mortalidade e incapacidade funcional, e surgimento de sintomatologia ansiosa na diabetes (Santos et al., 2014). Esta sintomatologia,

por tua vez, pode ter influência ao nível da fraca adesão ao tratamentos e mau controlo dos níveis de glicémia (Santos et al., 2014). Deste modo, a baixa qualidade de vida em pessoas ansiosas parece contribuir para o aumento do risco de desenvolvimento de complicações associadas à diabetes (Santos et al., 2014). Contudo, e contrariamente a estes resultados, Hall, Rodin, Vallis, e Perkins (2009) defendem que sintomatologia ansiosa pode contribuir positivamente para a adoção de autocuidados, uma vez que, a preocupação pode gerar motivação para a adoção dos comportamentos essenciais no controlo da diabetes.

Como foi referenciado no ponto 1.6.2. do capítulo 1, vários estudos indicam uma forte associação entre a depressão/sintomas depressivos e DM tipo 2, sendo a prevalência de depressão em pessoas com diabetes bastante superior quando comparada com a prevalência do diagnóstico em pessoas sem esta doença crónica. Tanto a diabetes como a depressão são dois quadros clínicos com impacto ao nível da qualidade de vida (Roy & Lloyd, 2012). Deste modo, autores defendem que indivíduos com diabetes que apresentam diagnóstico comorbido de **depressão**, tendem a ter pior perceção da sua qualidade de vida (Dickerson et al., 2011; Imayama et al., 2011; Kohen et al., 1998; Moreira et al., 2009; Schram, Baan, & Pouwer, 2009; Silva, 2006; Wang et al., 2015). Este facto é corroborado pela investigação de Shamshirgaran et al. (2016), segundo a qual a presença de depressão foi o maior indicador de pior qualidade de vida nestes utentes. Esta associação pode ocorrer por vários fatores, nomeadamente: o foco nos sintomas físicos e nos acontecimentos negativos (Kohen et al., 1998), a diminuição dos autocuidados (Santos et al., 2014) e fraco funcionamento e suporte a nível familiar (Wang et al., 2015). Assim, pessoas com DM e depressão tendem a apresentar pior qualidade de vida quando comparadas com pessoas com DM sem sintomatologia depressiva associada (Imayama et al., 2011; Kohen et al., 1998; Renn et al., 2011). No que concerne às diferenças de género, mulheres com sintomas depressivos comorbidos à diabetes, apresentam pior qualidade de vida do que os homens (Wang et al., 2015), sendo que este género é mais diagnosticado com sintomatologia psiquiátrica comparativamente com o sexo masculino (Ozdemir et al., 2011). No entanto outros autores defende a inexistência de diferenças de género estatisticamente significativas (Ramos & Ferreira, 2011).

2.2.5. Representações de doença

O conceito de saúde e de doença está longe de ser consensual. Um dos motivos desta divergência é o facto de a concetualização estar vinculada não apenas ao momento histórico e cultural em que o indivíduo se insere, como também às condições concretas e peculiares que marcam a existência e vivência da doença (Câmara et al., 2012). A individualidade com que cada pessoa vai compreender a doença, vai ter considerável impacto ao nível do tratamento e comportamentos adotados (Mantovani et al., 2011).

Como foi referido anteriormente no capítulo sobre o tratamento na DM, este requer um papel ativo por parte da pessoa para a adoção de múltiplos comportamentos de autocuidado (e.g., alimentação cuidada, prática de exercício físico, controlo dos níveis de glicémia no sangue, toma de insulina ou antidiabéticos orais) com vista ao controlo da sintomatologia, da progressão desta doença crónica, e prevenção do desenvolvimento de possíveis complicações associadas (Abubakari et al., 2013; Harvey & Lawson, 2008; Oliveira & Pereira, 2012; Searlea, Norman, Thompson, & Vedhara, 2007; Walker, Lynch, Williams, Voronca, & Egede, 2015). Contudo, frequentemente a adesão à terapêutica não se verifica (Harvey & Lawson, 2008; Oliveira & Pereira, 2012). Isto deve-se então à influência do funcionamento e processamento cognitivo sobre a diabetes e o seu tratamento, que ocorre desde o momento do diagnóstico e tem um papel fundamental ao nível da adesão aos autocuidados (Abubakari et al., 2013; Harvey & Lawson, 2008; Oliveira & Pereira, 2012; Searlea et al., 2007; Walker et al., 2015).

Segundo o modelo de auto-regulação de Leventhal (modelo de representação de doença), a pessoa é um agente ativo na resolução dos problemas por ela identificados. Deste modo, o seu comportamento reflete a tentativa de terminar com a lacuna percecionada entre a situação atual e a situação ideal (objetivo) (Harvey & Lawson, 2008). Isto ocorre em três fases: 1) formação de uma **representação** cognitiva de ameaça à sua saúde; 2) formação de um plano de ação e adoção de estratégias de **coping** para lidar com essa ameaça; 3) **avaliação** dos resultados obtidos para a reformulação da representação ou das estratégias adotadas (Broadbent, Petrie, Main, & Weinman, 2006; Harvey & Lawson, 2008; Moss-Morris & Horne, 1996; Moss-Morris et al., 2002; Walker et al., 2015). Para que este processo seja viabilizado, as representações cognitivas e emocionais, apesar de serem independentes, operam de forma interativa e em paralelo (Harvey & Lawson, 2008; Paschalides et al., 2004; Yaraghchi, Rezaei, Mandegar, & Bagherian, 2012).

Assim, a motivação destes pacientes para a adoção dos autocuidados necessários ao controlo da diabetes é diretamente influenciada por 5 componentes que vão basilar a representação cognitiva e emocional de doença, nomeadamente: **identidade** (percepção que têm da sua doença e dos seus sintomas), **causa** (crenças sobre as possíveis causas, e.g., hereditariedade, estilo de vida), **duração** (e.g., caráter crónico, recorrente ou agudo), **consequências** (impacto percecionado a nível físico, psicológico, social e financeiro), **controlabilidade** (crenças sobre o controlo e a eficácia das estratégias adotadas a nível pessoal e do tratamento) (Harvey & Lawson, 2008; Searlea, Norman, Thompson, & Vedhara, 2007). São estas percepções idiossincráticas que vão condicionar a representação de doença (Harvey & Lawson, 2008; Sharry, Moss-Morris, & Kendrick, 2011).

A forma como interpretamos a doença pode contribuir positiva ou negativamente para o nosso bem-estar físico e mental (Vinaccia & Orozco, 2005). Assim, a qualidade de vida associada à DM, vai depender da avaliação individual e subjetiva que cada pessoa faz relativamente à sua doença e tratamento da mesma (Vinaccia & Orozco, 2005).

De um modo geral, quanto mais positiva for a representação de doença, principalmente no que concerne à eficácia do tratamento, perceção de controlo sobre o mesmo, e à fraca severidade das consequências percebidas a curto e longo-prazo, maior a adesão ao tratamento (e.g., **adoção de uma dieta alimentar saudável, prática de exercício físico**), melhor controlo metabólico e melhor qualidade de vida (Abubakari et al., 2013; Broadbent, Donkin, & Stroh, 2011; Harvey & Lawson, 2008; Mohamed et al., 2016; Oliveira & Pereira, 2012; Paschalides et al., 2004; Searlea et al., 2007).

Vários estudos têm sido levados a cabo no sentido de compreender melhor esta associação. No caso do **controlo dos níveis de glicémia**, o bom conhecimento da doença, a atribuição interna das causas, associados com crenças positivas sobre a efetividade do tratamento, contribuem para o fraco controlo metabólico. Pelo contrário, a menor perceção de eficácia do tratamento, conjugada com maior perceção de controlo sobre a doença, revelam melhor controlo metabólico (Broadbent et al., 2011; Harvey & Lawson, 2008; Mohamed et al., 2016; Oliveira & Pereira, 2012; Sharry et al., 2011). Foi também encontrado que quanto maior for a perceção da doença e das suas causas, maior tende a ser a adesão de cuidados relacionados com os pés, de modo a prevenir o desenvolvimento de **pé diabético** (Oliveira & Pereira, 2012). Por seu turno, a perceção de maior gravidade dos sintomas e das consequências da diabetes, e crenças de menor controlo e eficácia do tratamento, parece ter impacto ao nível do desenvolvimento de **sintomatologia depressiva** (Harvey & Lawson, 2008; Joshi et al., 2015; Paschalides et al., 2004). De modo semelhante, o mesmo ocorre no caso da **ansiedade**, com o acrescento de uma representação negativa da duração da doença (Paschalides et al., 2004; Sharry et al., 2011). A presença de **complicações** físicas ou psicológicas associadas à DM parece também influenciar negativamente as representações de doença (Paschalides et al., 2004).

Especificamente no que diz respeito ao estudo da relação entre a representação de doença e a qualidade de vida, é aceite de um modo genérico que quando mais negativa for a representação de doença (causas internas, severidade dos sintomas e consequências, fraca controlabilidade, cronicidade), pior tenderá a ser a **qualidade de vida** percebida pelos sujeitos (Harvey & Lawson, 2008; Mohamed et al., 2016; Walker et al., 2015; Yaraghchi et al., 2012). Assim, uma melhor representação de doença promove uma melhor qualidade de vida (Harvey & Lawson, 2008; Walker et al., 2015). Importa salientar que, mais uma vez, estamos perante uma relação bidirecional uma vez que uma melhor qualidade de vida contribui para uma representação de doença e do tratamento mais positiva (Walker et al., 2015).

Num estudo realizado por Araújo et al. (2013), do qual fizeram parte 20 pessoas com DM, concluiu-se que apenas 50% da amostra revelou uma má qualidade de vida, enquanto as restantes pessoas demonstraram opinião oposta (boa qualidade de vida), estando estes resultados relacionados com a perceção da sua saúde (pessoas com perceções positivas de saúde revelaram perceções positivas relativas à qualidade de vida).

Segundo Mantovani et al. (2011), “a doença dá-lhes a ocasião para repensarem a sua vida (passada e presente) e legitima as mudanças que acionam para obterem o controlo sintomático” (p.666), deste modo, abordar a doença, o seu tratamento e variáveis implicadas possibilitará o maior controlo do paciente sobre a diabetes e, conseqüentemente, uma melhor qualidade de vida (Mantovani et al., 2011).

Neste capítulo objetivou-se organizar informação teórica e fazer uma sùmula dos resultados obtidos em diferentes investigações presentes na literatura, sobre a associação entre a qualidade de vida e a diabetes, bem como os sobre os possíveis fatores preditores dessa relação.

II. Estudo Empírico

Capítulo 3: Metodologia

Neste capítulo será efetuada uma breve descrição do estudo e dos seus objetivos, estabelecendo o paralelismo com a fundamentação teórica previamente realizada, que sustenta a pertinência desta investigação. Afigura-se também de extrema importância nesta fase, apresentar o desenho do estudo, descrever a metodologia bem como os procedimentos adotados, de modo a justificar as decisões que foram sendo tomadas, não apenas no que diz respeito à recolha de dados efetuada, como também nas escolhas que permitiram a sua correta e efetiva análise. Após a caracterização da amostra, é ainda objetivo deste capítulo apresentar, caracterizar e justificar a pertinência dos instrumentos que fazem parte do protocolo de avaliação. Na finalização deste capítulo pretende-se ainda abordar os princípios éticos e deontológicos, preconizado pela Ordem dos Psicólogos Portugueses (OPP), que sustentaram todo o presente estudo.

3.1. Fundamentação e objetivos do estudo

Com o constante aumento do número de doenças crónicas, caracterizadas por um curso lento e progressivo, e pelas suas conseqüentes implicações, tem também aumentado o interesse pelo estudo da qualidade de vida e de todos os fatores biopsicosociais relacionados (Becker & Heleno, 2015; Megari, 2013; Rodríguez & Plata, 2015). Este interesse é ainda acrescido, no caso específico da DM, pelo facto de esta constituir uma doença crónica que implica cuidados diários, adaptações constantes e mudanças nos estilos de vida adotados de modo a possibilitar o seu controlo e estabilidade (Araújo et al., 2013; Becker & Heleno, 2015; Dickerson et al., 2011; Souza et al., 1997).

Para o desenvolvimento futuro de intervenções personalizadas, debruçadas na educação para a saúde e capazes de viabilizar uma melhor adaptação a esta vivência que é a DM, pretende-se, por um lado, compreender o impacto desta doença crónica na qualidade de vida dos utentes e, por outro lado, identificar as possíveis variáveis preditoras dessa influência. Deste modo, o presente estudo preconiza, enquanto objetivo geral: avaliar a qualidade de vida numa amostra de pessoas diagnosticadas com Diabetes Mellitus, em seguimento nas consultas de diabetologia do Centro Hospitalar Cova da Beira, E.P.E. (CHCB) e do Centro de Saúde da Covilhã.

De forma a dar resposta à questão de investigação formulada, objetiva-se alcançar os seguintes objetivos específicos: (1) Avaliar a qualidade de vida em pessoas com DM; (2) Explorar se existem diferenças entre características sociodemográficos (género, idade, nível de escolaridade, estado civil, agregado familiar, situação profissional) e os níveis de qualidade de vida; (3) Analisar se existem diferenças entre as características clínicas relacionadas com a DM (tipo de DM; tempo de diagnóstico; diagnósticos de outros problemas de saúde crónicos; controlo regular dos níveis de glicémica; administração de insulina; alteração da dieta alimentar; aumento do exercício físico; diagnóstico de complicações clínicas da DM) ao nível da qualidade de vida percebida pelos participantes; (4) Avaliar os níveis de ansiedade e depressão em utentes com DM; (5) Avaliar a associação entre os níveis de ansiedade e depressão e a qualidade de vida; (6) Avaliar as representações cognitivas e emocionais que os utentes têm acerca da DM; (7) Avaliar a correlação entre as representações cognitivas e emocionais sobre a DM e a qualidade de vida dos participantes; (9) Explorar possíveis variáveis preditoras de melhor qualidade de vida em pessoas com DM.

3.2 Desenho do estudo

A investigação científica constituiu um processo complexo, planificado e orientado para a procura de respostas (Daen, 2011; Evans, 2007). Estas, por sua vez, pretendem explicar, descrever ou explorar fenómenos, com o objetivo final de aumentar e aperfeiçoar o conhecimento científico e melhorar a compreensão da realidade humana (Daen, 2011; Evans, 2007; Martins, 2011). Para uma recolha de dados e tratamento efetivos é necessário planificar o estudo e selecionar a metodologia mais adequada atendendo aos objetivos, problema e variáveis de investigação.

Deste modo, atendendo à natureza da informação recolhida (Daen, 2011), importa salientar que se trata de um **estudo quantitativo** por se debruçar sobre a análise de dados observáveis e quantificáveis, obtidos através do preenchimento de instrumentos padronizados e avaliados através de procedimentos estatísticos (Daen, 2011; Martins, 2011). Ainda nesta linha, importa referir que também estamos perante um **estudo comparativo**, uma vez que se pretende comparar diferentes variáveis em estudo de modo a identificar possíveis semelhanças e diferenças entre as mesmas (Daen, 2011).

Para além da análise e caracterização das variáveis, pretende-se também identificar possíveis relações entre elas, bem como avaliar, explorar e explicar a natureza dessa associação (Evans, 2007; Martins, 2011). Deste modo, optou-se ainda por um **design correlacional**. Relativamente ao momento da recolha de dados, estamos na presença de um **estudo transversal** uma vez que as informações foram recolhidas através de uma amostra inquirida

num único momento temporal, não sendo objetivo deste estudo explorar possíveis alterações das variáveis ao longo do tempo (Daen, 2011).

Segundo o seu objetivo geral, a presente investigação pode ser classificada como **descritiva**, na medida em que pretende registar, analisar e interpretar um fenómeno de interesse, aumentando o nível de conhecimento e compreensão sobre o mesmo (Daen, 2011).

3.3. Caracterização da amostra

De modo a atingir os objetivos de investigação delineados, foram tidos em consideração, durante o processo de recolha de dados, vários critérios de inclusão da população alvo, nomeadamente: presença de diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 1 ou tipo 2; seguimento nas consultas de diabetologia do Centro Hospitalar Cova da Beira, E.P.E. (CHCB) ou do Centro de Saúde da Covilhã; inexistência de perturbação do estado de consciência. Assim, a amostra é classificada como sendo não probabilística e por conveniência, na medida em que as informações recolhidas dependeram diretamente do interesse e disponibilidade evidenciados pelos sujeitos que compõem a amostra (Martins, 2011).

A amostra desta investigação é constituída por 75 sujeitos, 30 (40,0%) utentes seguidos na consulta de Diabetologia do CHCB e 45 (60,0%) do Centro de Saúde da Covilhã, que responderam de forma válida aos questionários de autorresposta aplicados. Atendendo à descrição estatística da amostra, foi possível constatar que dos referidos 75 participantes, 39 (52,0%) são do sexo masculino e 36 (48,0%) do sexo feminino, apresentado ainda, na sua grande maioria (98,7%), nacionalidade portuguesa, à exceção de um utente de nacionalidade francesa (1,3%)¹. Por ser turno, a idade da amostra varia entre os 36 e os 80 anos de idade, perfazendo a média de 67 anos (cf. tabela 2). No que concerne às habilitações literárias, foi possível constatar que 48 sujeitos (64,0%) têm até ao 4º ano de escolaridade, 15 (20,0%) o 9º ano, 6 (8,0%) o 6º ano e os 6 restantes participantes (8,0) estudaram até ao 12º ano de escolaridade, não tendo nenhum dos utentes referenciado licenciatura, mestrado ou doutoramento. Atendendo ao estado civil, 52 sujeitos (69,3%) referiram ser casados, 12 (16,0%) viúvos, 6 (8,0%) divorciados, 3 (4,0%) revelaram viver em união de facto, e uma pequena minoria (2,7%) respondeu ser solteiro. Relativamente à constituição do agregado familiar, é possível constatar que 44 participantes (58,7%) residem com o seu cônjuge/companheiro, 17 (22,7%) sozinhos, 11 (14,7%) referiram outra opção (e.g., neto, instituição de 3ª idade), 2 (2,7%) com o(s) filho(s), e apenas 1 (1,3%) referenciou residir com pais e/ou sogros. No que diz respeito à situação profissional, 62 participantes (82,7%) são

¹ Optou-se por não excluir este participante por ter revelado clara compreensão da língua portuguesa e fluência no seu discurso.

reformados, 8 (10,7%) estão empregados a tempo inteiro, 3 (4,0%) desempregados, 1 (1,3%) refere ser doméstico e 1 (1,3%) refere trabalhar por conta própria (cf. tabela 1).

Tabela 1:
Frequências e percentagens relativas às características sociodemográficas

	Variáveis	n	%
Código do Hospital	CSC	45	60,0
	CHCB	30	40,0
	Total	75	100,0
Género	Masculino	39	52,0
	Feminino	36	48,0
	Total	75	100,0
Nacionalidade	Portuguesa	74	98,7
	Outra	1	1,3
	Total	75	100,0
Habilitações Literárias	Até ao 4º ano	48	64,0
	9º ano	15	20,0
	6º ano	6	8,0
	12º ano	6	8,0
	Total	75	100,0
Estado Civil	Casado	52	69,3
	Viúvo	12	16,0
	Divorciado	6	8,0
	União de Facto	3	4,0
	Solteiro	2	2,7
	Total	75	100,0
Agregado Familiar	Cônjuge/Companheiro	44	58,7
	Reside sozinho	17	22,7
	Outro	11	14,7
	Filho(s)	2	2,7
	Pais e/ou sogros	1	1,3
	Total	75	100,0
Situação Profissional	Reformado(a)	62	82,7
	Emprego a tempo inteiro	8	10,7
	Desempregado(a)	3	4,0
	Doméstico(a)	1	1,3
	Outra situação	1	1,3
	Total	75	100,0

Tabela 2:
Análise descritiva da característica sociodemográfica idade

Variável	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Idade	75	36	80	67,48	10,455

No que respeita à caracterização clínica da amostra, esta é constituída por 70 participantes (93,3%) com DM tipo 2 e por 5 (6,7%) com diagnóstico de DM tipo 1 (cf. tabela 3). Dos 75 sujeitos inquiridos, a maioria (33,3%) foi diagnosticada há aproximadamente 6-15 anos, 22

(29,3%) há 16-25 anos, 16 (21,3%), há 0-5 anos, 8 (10,7%) há mais de 25 anos, tendo apenas uma minoria da amostra (5,3%) sido diagnosticada com DM há menos de 1 ano. Ao nível do tempo de seguimento, foram encontrados resultados semelhantes segundo os quais, 24 sujeitos (32,0%) são seguidos na consulta de diabetologia há aproximadamente 6-15 anos, 22 (29,3%) há 16-25 anos, 19 (25,3%) há 0-5 anos, 7 (9,3%) há mais de 25 anos, e uma minoria dos participantes (4,0%) revelou ser seguido há menos de 1 ano (cf. tabela 4). Ao nível da reação relativamente ao referido diagnóstico, a maioria (58,7%) relata aceitação, 10 pessoas (13,3%) tristeza, 8 (10,7%) medo/preocupação, 6 (8,0%) revolta, e uma minoria (5,3%) revela surpresa ou choque (cf. tabela 3). A maioria dos participantes (54,7%) tem diagnosticado mais algum problema de saúde crónico (físico ou mental) e, no que concerne à questão sobre a existência de acompanhamento psicológico/psiquiátrico, apenas 13 sujeitos (17,3%) responderam positivamente. Relativamente ao facto dos participantes terem algum familiar com DM, 52 (69,3%) responderam positivamente enquanto que os restantes 23 (30,7%) referiram não ter nenhum familiar diagnosticado com esta doença crónica (cf. tabela 3).

Tabela 3:
Frequências e percentagens relacionadas com as características clínicas

Variáveis		n	%
Tipo de DM	DM tipo 2	70	93,3
	DM tipo 1	5	6,7
	Total	75	100,0
Reação ao diagnóstico de DM	Aceitação	44	58,7
	Tristeza	10	13,3
	Medo/Preocupação	8	10,7
	Revolta	6	8,0
	Surpresa/Choque	4	5,3
	Total	72	96,0
Outros problemas de saúde	Sim	41	54,7
	Não	34	45,3
	Total	75	100,0
Acompanhamento psicológico	Não	62	82,7
	Sim	13	17,3
	Total	75	100,0
Familiar com DM	Sim	52	69,3
	Não	23	30,7
	Total	75	100,0

Tabela 4:

Análise descritiva do tempo de diagnóstico e do tempo de seguimento em anos

	Variáveis	n	%
Tempo de Diagnóstico	< 1 ano	4	5,3
	1 - 5 anos	16	21,3
	6 - 15 anos	25	33,3
	16 - 25 anos	22	29,3
	> 25 anos	8	10,7
	Total	75	100,0
Tempo de Seguimento	< 1 ano	3	4,0
	1 - 5 anos	19	25,3
	6 - 15 anos	24	32,0
	16 - 25 anos	22	29,3
	> 25 anos	7	9,3
	Total	75	100,0

Focando agora no tipo de terapêutica adotado pelos utentes, a maioria (85,3%) revela fazer medicação oral para a DM, não se tendo verificado o mesmo na administração de insulina injetável, onde 46 sujeitos (61,3%) responderam negativamente. Relativamente ao controlo dos níveis de glicémia, apenas 9 participantes (12,0%) referiram não fazer qualquer tipo de controlo. Dos restantes 66 utentes (88,0%), 39 (52,0%) referem fazê-lo diariamente, 22 (29,3%) semanalmente, 3 (4,0%) mensalmente, e 2 (2,7%) mencionam fazer o controlo da glicémia com outra regularidade. Atendendo aos níveis de glicémia nas últimas 4 semanas, 46 participantes (61,3%) mencionam que os níveis têm estado 'mais ou menos' nas últimas 4 semanas, 12 (16,0%) 'bons' e 8 sujeitos (10,7%) relatam que têm estado 'maus'. Ainda no que diz respeito à terapia e controlo da DM, 42 (56,0%) revelam ter aumentado a atividade física e 52 (69,3%) referem ter feito alterações na dieta alimentar (cf. tabela 5).

Tabela 5:
Frequências e percentagens das características clínicas relacionadas com o tipo de terapêutica adotada

Variável		n	%
Medicação oral	Sim	64	85,3
	Não	11	14,7
	Total	75	100,0
Insulina injetável	Não	46	61,3
	Sim	29	38,7
	Total	75	100,0
Controlo da glicémia	Sim	66	88,0
	Não	9	12,0
	Total	75	100,0
Regularidade do controlo da glicémia	Diariamente	39	52,0
	Semanalmente	22	29,3
	Mensalmente	3	4,0
	Outra	2	2,7
	Total	66	88,0
Níveis de glicémia	Mais ou menos	46	61,3
	Bons	12	16,0
	Maus	8	10,7
	Total	66	88,0
Aumento da atividade física	Sim	42	56,0
	Não	33	44,0
	Total	75	100,0
Alterações na dieta alimentar	Sim	52	69,3
	Não	22	29,3
	Total	74	98,7

A maioria dos participantes (77,3%) nunca esteve internado devido à DM, e 59 sujeitos (78,7%) mencionam já ter recorrido a alguma consulta de oftalmologia desde o diagnóstico desta doença crónica. A consulta dos valores das últimas análises realizadas pelos 74 participantes permitiu constatar que relativamente ao índice de Massa Corporal, 43 (57,3%) têm pré-obesidade, 22 (29,3%) inserem-se nos valores normais e 9 (12,0%) apresentam índices correspondentes a obesidade. No que respeita à Hemoglobina Glicada, a maioria dos utentes (66,7%) revelou um bom controlo, no caso do colesterol 33 participantes (44,0%) apresentaram níveis intermédios, 27 (36,0%) níveis elevados e 14 (18,7%) níveis normais, e por último, no que diz respeito aos Triglicéridos, dos 74 participantes que responderam, 42 (56,0%) têm níveis normais e os restantes 32 (42,7%) níveis intermédios. Atendendo às complicações clínicas frequentemente associadas à DM, foi possível concluir que 12 utentes (16,0%) têm retinopatia, apenas 1 (1,3%) tem nefropatia, 3 (4,0%) têm neuropatia, 20 (26,7%) têm doença cardiovascular, 4 (5,3%) têm doença cerebrovascular, 10 (13,3%) pé diabético e 43 (57,3%) referem sofrer de hipertensão arterial (cf. tabela 6).

Tabela 6:

Frequências e percentagens das características clínicas relacionadas com os valores das últimas análises efetuadas e com o diagnóstico de complicações crónicas associadas à DM

Variáveis		n	%
Internamento devido à DM	Não	58	77,3
	Sim	17	22,7
	Total	75	100,0
Consulta de oftalmologia	Sim	59	78,7
	Não	16	21,3
	Total	75	100,0
Índice de Massa Corporal	Pré-obesidade	43	57,3
	Normal	22	29,3
	Obesidade	9	12,0
	Total	74	98,7
Hemoglobina Glicada	Bom controlo	50	66,7
	Mau Controlo	25	33,3
	Total	75	100,0
Colesterol	Intermédio	33	44,0
	Elevado	27	36,0
	Normal	14	18,7
	Total	74	98,7
Trigliceridos	Normal	42	56,0
	Intermédio	32	42,7
	Total	74	98,7
Retinopatia	Não	63	84,0
	Sim	12	16,0
	Total	75	100,0
Nefropatia	Não	74	98,7
	Sim	1	1,3
	Total	75	100,0
Neuropatia	Não	72	96,0
	Sim	3	4,0
	Total	75	100,0
Doença Cardiovascular	Não	55	73,3
	Sim	20	26,7
	Total	75	100,0
Doença Cerebrovascular	Não	71	94,7
	Sim	4	5,3
	Total	75	100,0
Pé Diabético	Não	65	86,7
	Sim	10	13,3
	Total	75	100,0
Hipertensão Arterial	Sim	43	57,3
	Não	32	42,7
	Total	75	100,0

3.4. Instrumentos

Tendo em conta as especificidades da amostra desta investigação, a brevidade de aplicação do questionário, bem como a facilidade de resposta às questões, constituíram fatores-chaves na seleção das escalas. Contudo, no processo de seleção dos instrumentos que compõem o protocolo de avaliação, para além de ter sido essencial assegurar a sua validação para a população portuguesa, foi fulcral também atender à sua robustez psicométrica. Neste âmbito, foi realizada a análise das qualidades psicométricas no caso específico da amostra deste estudo.

Deste modo, e atendendo aos objetivos e variáveis em estudo, optou-se pelo questionário sociodemográfico e de informação clínica, o World Health Organization Quality of Life - Brief (WOQOL-BREF), o Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), e o Brief Illness Perception Questionnaire (Brief IPQ), que serão seguidamente apresentados e brevemente caracterizados.

3.4.1. Questionário sociodemográfico

O questionário sociodemográfico que encetou o protocolo de avaliação objetivou recolher informações relativas ao género, idade, nacionalidade, habilitações literárias, estado civil, agregado familiar e situação profissional dos participantes.

Atendendo às especificidades desta investigação, e de modo a possibilitar a caracterização clínica da amostra, foram acrescentadas a este questionário inicial questões que permitissem recolher informações sobre: tempo de diagnóstico; tempo de seguimento; caracterização do tipo de DM; reação ao diagnóstico de DM; existência de algum familiar com DM; diagnóstico de outros problemas de saúde (físicos ou mentais) crónicos; adoção de acompanhamento psicológico e/ou psiquiátrico; tipo de terapêutica adotada (medicação oral, insulina injetável, adoção de uma alimentação saudável e aumento da atividade física); realização do controlo dos níveis de glicémica (regularidade e valores obtidos durante as 4 semanas anteriores ao preenchimento do questionário); comportamentos de prevenção ao nível das consultas de oftalmologia; ocorrência de possíveis internamentos em consequência desta doença crónica. De modo a possibilitar um conhecimento mais completo do estado de saúde atual destes pacientes, foram ainda recolhidas, junto aos profissionais de saúde responsáveis, informações relativas aos valores analíticos do colesterol LDL, Hemoglobina Glicada, Triglicéridos e Índice de Massa Corporal (IMC). Foi ainda despistado o diagnóstico de possíveis complicações da DM (retinopatia, nefropatia, neuropatia, doença cardiovascular, doença cerebrovascular, pé diabético e hipertensão arterial).

Ainda para a caracterização da amostra, foram incluídos na escala 2 itens focados na satisfação de cada utente relativamente à informação disponibilizada sobre a DM e respetivo tratamento, bem como na satisfação face à qualidade dos serviços de saúde prestados pela instituição em que a pessoa é seguida nas consultas de diabetologia.

3.4.2. WHOQOL-BREF

O **World Health Organization Quality of Life - Bref** consiste numa versão breve, construída em 1998 a partir do WOQOL-100 por um grupo de peritos internacionais pertencentes a diferentes culturas (Canavarro et al., 2003; Sales & Ferreira, 2011). Este instrumento tem como objetivo avaliar a qualidade de vida definida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como “a percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, dentro do contexto dos sistemas de cultura e valores nos quais está inserido e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (cit. in Canavarro et al., 2003; p.77).

O instrumento pretende aceder à multidimensionalidade deste constructo, que parte do pressuposto que a saúde física, o estado psicológico, o nível de independência, as relações sociais e as crenças pessoais constituem variáveis interrelacionadas e interdependentes fundamentais a ter em conta na avaliação subjetiva da qualidade de vida individualmente percebida (Canavarro et al., 2003; Fleck et al., 2000; Serra et al., 2006).

Assim, o questionário é composto por 26 itens que estão agrupados nos seguintes 4 domínios: Físico, Psicológico, Relações Sociais e Ambiente (Canavarro et al., 2003; Fleck et al., 2000; Sales & Ferreira, 2011; Serra et al., 2006). Cada um dos domínios supracitados é composto por um conjunto de facetas, divididas e avaliadas individualmente em cada uma das questões presentes no questionário, nomeadamente:

a) Físico: dor e desconforto (item 3); energia e cansaço (item 10); sono e repouso (item 16); mobilidade (item 15); atividade de vida diária (item 17); dependência de medicação ou tratamentos (item 4); capacidade de trabalho (item 18) (Canavarro et al., 2003; Serra et al., 2006).

b) Psicológico: sentimentos positivos (item 5); pensamento, aprendizagem, memória e concentração (item 7); autoestima (item 19); imagem corporal e aparência (item 11); sentimentos negativos (item 26); espiritualidade/religião/crenças pessoais (item 6) (Canavarro et al., 2003; Serra et al., 2006).

c) Relações sociais: relações pessoais (item 20), apoio social (item 22); atividade sexual (item 21) (Canavarro et al., 2003; Serra et al., 2006).

d) Ambiente: segurança física (item 8); ambiente do lar (item 23); recursos económicos (item 12); cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade (ite 24); oportunidades para adquirir novas informações e competências (item 13); participação e/ou oportunidades de

recreio e lazer (item 14); ambiente físico (poluição/barulho/trânsito/clima) (item 9); transporte (item 25) (Canavarro et al., 2003; Serra et al., 2006).

A escala apresenta ainda uma faceta sobre a qualidade de vida em geral que é avaliada através de 2 itens adicionais (item 1 e item 2) que objetivam aceder à qualidade de vida geral e à percepção geral de saúde do indivíduo (Canavarro et al., 2003; Serra et al., 2006).

Todas as questões apresentam uma escala de resposta tipo likert de 5 pontos, que permitem classificar a intensidade (medida em que o indivíduo experiencia determinado estado ou situação), capacidade (disponibilidade da pessoa para um certo comportamento, sentimento ou estado), frequência (número de vezes em que determinado comportamento, sentimento ou estado ocorre) e avaliação (percepção pessoal sobre um comportamento, capacidade ou estado), consoante a especificidade da faceta avaliada no item (Canavarro et al., 2003). A forma como o questionário está formulado permite que este seja aplicado através do autoregisto ou entrevista, a todos os adultos que revelem compreensão das questões (Canavarro et al., 2003). No que concerne à interpretação dos resultados, esta é feita de forma linear, ou seja, resultados mais elevados serão sinónimo de melhor qualidade de vida (Canavarro et al., 2003).

Segundo Canavarro et al. (2003) e Serra et al. (2006), a consistência interna da escala é aceitável, reportando-se quer ao cálculo de cada um dos seus domínios (Físico .87, Psicológico .84, Relações sociais .64 e Ambiente .78), como também ao cálculo da totalidade dos 26 itens que a compõem (.92). Importa salientar que a escala apresenta bons coeficientes de correlação e que, embora todos os itens estejam correlacionados com os diferentes domínios da escala, revelam sempre valores de correlação superiores com o domínio a que pertencem (Canavarro et al., 2003). Relativamente à estabilidade teste-reteste, os referidos autores defendem que a mesma é boa ou aceitável em todos os domínios. O WHOQOLBREF revela uma boa validade discriminante entre pessoas doentes e pessoas saudáveis, pois, no estudo de validação oficial, para além de os grupos terem apresentado diferenças estatisticamente significativas, o grupo de controlo obteve resultados mais elevados comparativamente com o grupo clínico (Canavarro et al., 2003).

No que diz respeito à análise de confiabilidade, no presente estudo também foi calculada a consistência interna através do alfa de Cronbach para a totalidade dos 26 itens que compõem a escala, bem como para os seus diferentes domínios. Segundo Pestana e Gageiro (2005), os valores podem variar entre 0 e 1, e quanto mais próximos de 1 maior a confiabilidade da escala. Atendendo aos pressupostos dos referidos autores verificou-se que, de um modo geral, os itens apresentam uma consistência boa (.898) (cf. tabela 8), e analisando cada um dos domínios, obteve-se um Alfa de Cronbach de .790 no domínio físico, o que corresponde a uma consistência razoável, e um Alfa de Cronbach de .812 no domínio psicológico que pressupõe uma consistência boa. Relativamente ao domínio das relações sociais e do ambiente, obteve-

se uma consistência fraca (.643 e .685, respectivamente), tendo-se obtido uma consistência inaceitável (.569) no domínio geral. Os resultados obtidos apontam de um modo geral para a fiabilidade dos dados recolhidos através do WHOQOLB-BREF (cf. tabela 9). No entanto, considerando Tavakol e Dennick (2011), a consistência interna dos itens deve ser relativizada, uma vez que estamos perante uma versão breve da escala com uma redução considerável do número de itens, o que pode reduzir consideravelmente o valor de Alfa sem que tal signifique uma baixa consistência interna. Por este facto, e considerando os resultados obtidos na análise dos itens a excluir², optou-se pela conservação dos mesmos e dos respectivos fatores.

Tabela 8:

Cálculo da confiabilidade do World Health Organization Quality of Life - Bref através do Alfa de Cronbach.

	Alfa Cronbach
26 itens	.898

Tabela 9:

Cálculo da confiabilidade dos domínios do World Health Organization Quality of Life - Bref através do Alfa de Cronbach.

Domínio	N de itens	Alfa de Cronbach
Físico	7	.790
Psicológico	6	.812
Relações Sociais	3	.643
Ambiente	8	.685
Geral	2	.569

3.4.3. HADS

O **Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)**, constitui uma escala desenvolvida por Snaith e Zigmond em 1983, com a finalidade de identificar a presença e quantificar a severidade das perturbações mentais associadas a patologias físicas e com impacto no tratamento e prognóstico das mesmas, sendo por esse motivo uma ferramenta capaz de aceder ao impacto de fatores emocionais na prática clínica (Bjelland, Dahl, Haug, & Neckelmann, 2002; Herrmann, 1997; Snaith, 2003). A versão portuguesa foi publicada em 1999 pela autoria de McIntyre, Pereira, Soares, Gouveia e Silva, e tem como objetivo avaliar, de forma breve, os níveis de ansiedade e depressão em pessoas com patologia física que se encontrem a realizar tratamento em regime de ambulatório (Johnston, Pollard, & Hennessey, 2000; Sousa & Pereira, 2008). Trata-se de um questionário de autoadministração que demora cerca de 2 a 5 minutos a ser preenchido (Snaith, 2003).

² No que concerne ao domínio das relações sociais, caso o item relativo à satisfação com o apoio recebido pelos amigos fosse excluído, o valor de Alfa aumentaria para 0.791 (razoável). Contudo, devido ao reduzido número de itens (três) que compõem o fator, optou-se pela não exclusão. O mesmo acontece no domínio geral composto por apenas dois itens. No caso do domínio do ambiente, não se verificou o aumento da consistência do fator.

Esta escala é composta por 14 itens que se subdividem de forma igualitária na avaliação de cada uma das dimensões a que se designa. Deste modo, 7 itens (item 1, 3, 5, 7, 9, 11 e 13) destinam-se à avaliação dos níveis de ansiedade e os restantes 7 (item 2, 4, 6, 8, 10, 12 e 14 respectivamente) debruçam-se sobre a avaliação dos níveis de depressão (Bjelland et al., 2002; Herrmann, 1997; Johnston et al., 2000; Sousa & Pereira, 2008). Importa salientar que a escala não inclui nenhum item focado na avaliação de aspetos somáticos, uma vez que estes se poderiam associar com os sintomas não psiquiátricos, conduzir à identificação de falsos positivos e, desse modo, enviesar os resultados finais (Bjelland et al., 2002; Herrmann, 1997; Sousa & Pereira, 2008). Para além do referido, também não foram incluídos nesta escala itens relacionados com sintomas psiquiátricos de maior severidade, pelo facto de os autores considerarem esse tipo de sintomatologia menos frequente na população não psiquiátrica, aumentando consequentemente a sensibilidade da escala (Bjelland et al., 2002; Herrmann, 1997).

Cada um dos itens apresenta 4 possibilidades de resposta em formato de resposta tipo likert de 4 pontos, que varia entre 0 (baixo) e 3 (elevado), devendo a pessoa selecionar a afirmação que represente melhor a forma como se tem sentido durante a última semana. O resultado final pode variar entre 0 e 21 e resulta do somatório dos valores obtidos nos itens de cada subescala (Sousa & Pereira, 2008). Deste modo, e segundo Snaith e Zigmond (1994) cit. in Sousa e Pereira (2008), atendendo à severidade da sintomatologia depressiva e ansiosa, os autores optaram pela classificação de «leve» quando a pontuação se situa entre 8 e 10, «moderada» entre 11 e 15 e severa entre 16 e 21. Assim, enquanto que valores elevados constituem um forte indicador de maiores níveis de ansiedade e depressão, todas as pontuações compreendidas entre 0 e 7 assinalam a ausência de sintomatologia depressiva e ansiosa.

No que concerne à fidelidade do teste, foram encontradas evidências na literatura que suportam uma boa consistência interna da escala. Assim, tendo em conta um estudo realizado por Sousa e Pereira (2008), os coeficiente de alfa de Cronbach foram de .87 para os 14 itens da escala, de .81 para a dimensão da ansiedade e de .78 para a dimensão de depressão. Para além a escala apresentar uma boa validade teste-reteste, relativamente à validade do construto, num estudo de Smith, Selby, Velikova, e Stark (2002) com 1474 pessoas diagnosticadas com cancro, confirmou-se a estrutura de dois fatores, que se correlacionam positiva e significativamente ($r = .52$) e que, em conjunto, explicam 49,18% da variância da escala (Sousa & Pereira, 2008).

Quanto às características psicométricas da escala, no presente estudo foi calculada a consistência interna dos fatores. De um modo geral, na análise dos 14 itens, obteve-se evidências de uma boa consistência interna (.823). No que concerne ao cálculo dos diferentes fatores, encontrou-se o valor de Alfa de Cronbach de .810 no fator ansiedade, pressupondo-se, segundo Pestana e Gageiro (2005), a boa consistência do fator, e, no caso do conjunto de

itens referentes à sintomatologia depressiva, obteve-se um valor de Alfa de Cronbach de .721 que revela uma consistência interna razoável (cf. tabela 10).

Tabela 10:

Cálculo da confiabilidade do Hospital Anxiety and Depression Scale através do Alfa de Cronbach

Domínio	N de itens	Alfa de Cronbach
Ansiedade	7	.810
Depressão	7	.721
	14	.823

3.4.4. IPQ

Esta escala é sustentada pelo modelo de autorregulação proposto por Leventhal, Meyer, e Nerenz (1980). Segundo este modelo, estímulos situacionais formam representações cognitivas e emocionais da doença e do tratamento (Broadbent et al., 2006; Moss-Morris et al., 2002). Estas representações são processadas em 3 estágios, primeiro a pessoa forma a sua representação da doença e do tratamento, seguidamente adota comportamentos para lidar com essa representação e, por fim, avalia a eficácia desses comportamentos (Broadbent et al., 2006; Moss-Morris et al., 2002; Weinman, Petrie, Moss-Morris, & Horne, 1996). Deste modo, as representações vão ser resultado direto de um feedback contínuo, uma vez que esta avaliação vai fornecer a informação necessária para a criação de novas representações e, conseqüentemente, de outras estratégias de confronto (Broadbent et al., 2006; Weinman et al., 1996). Este impacto da representação da doença nos comportamentos dos pacientes tem sido amplamente documentada nos últimos 30 anos, nomeadamente no aumento da efetividade das intervenções com pessoas com DM (Broadbent et al., 2006).

Partindo deste pressuposto, Broadbent, Petrie, Main, e Weinman (2006) criaram o **Brief Illness Perception Questionnaire (Brief IPQ)**, adaptado posteriormente por Figueiras e colaboradores (2009). Este tem como objetivo aceder às representações cognitivas e emocionais de doença, partindo do pressuposto que estas influenciarão os comportamentos dessas pessoas (Broadbent et al., 2006; Pereira, Pedras, & Machado, 2012). Este questionário constitui uma versão reduzida construída a partir do Illness Perception Questionnaire-Revised, com o objetivo de aumentar a sua efetividade (tornando-o mais breve) em pessoas com idade avançada, com dificuldades de leitura e/ou escrita, ou com maior grau de severidade de sintomatologia (Broadbent et al., 2006).

A representação cognitiva de doença é composta por 5 dimensões, nomeadamente: identidade (desígnio que a pessoa atribui à doença e aos sintomas que a caracterizam), causa (o que a pessoa pensa que constitui a(s) causa(s) da doença), conseqüências (qual o impacto e severidade da doença ao nível do funcionamento psicológico, físico e social, bem como qual os desfechos esperados pelo individuo portador da doença), duração (quanto tempo o paciente pensa que as suas dificuldades vão durar, aqui insere-se o caráter temporário,

cíclico ou crónico da doença), controlo pessoal e controlo do tratamento (medida em que o sujeito pensa conseguir controlar a doença e considera que o tratamento consegue exercer controlo sobre a mesma) (Broadbent et al., 2006). No que concerne às representações emocionais, estas incorporam reações negativas como raiva, tristeza e angústia (Broadbent et al., 2006; Weinman et al., 1996). Cada um destes componentes interrelacionam-se construindo paralelamente a representação cognitiva e emocional da doença, que pode ser volátil consoante a progressão da doença, os sintomas e as respostas ao tratamento (Weinman et al., 1996).

O questionário é composto por 9 itens (item 3, 4 e 7 invertidos), 5 deles relativos às representações cognitivas de doença: consequências (item 1), duração (item 2), controlo pessoal (item 3), controlo do tratamento (item 4), identidade (item 5); 2 referentes às representações emocionais: preocupação (item 6), resposta emocional (item 8); e, 1 item (item 7) relativo à compreensão da doença (Broadbent et al., 2006; Oliveira & Pereira, 2012; Pereira et al., 2012). De modo a responder a cada um dos referidos itens, a pessoa deve situar-se numa escala de resposta tipo likert que varia de 0 a 10 (Broadbent et al., 2006; Oliveira & Pereira, 2012). No que diz respeito à avaliação da representação de causa da doença, a escala inclui uma questão de resposta aberta na qual o paciente deve listar, por ordem decrescente, os 3 principais fatores que pensa terem contribuído para o desenvolvimento da sua doença (Broadbent et al., 2006). Relativamente à interpretação dos resultados obtidos, esta é simples e linear, ou seja, quando maior a pontuação obtida, mais ameaçadora será a representação de doença em relação à respetiva dimensão avaliada (Broadbent et al., 2006; Pereira et al., 2012).

3.5. Procedimentos de recolha de dados

3.5.1. Aspetos éticos

O cumprimento dos princípios éticos e deontológicos preconizados pela OPP constituiu, de forma transversal, um aspeto basilar de toda a investigação. Assim, com o objetivo de produzir e comunicar conhecimentos científicos válidos em prol do bem-estar das pessoas, foram tidos em consideração, quer no desenvolvimento como também na condução do estudo, um conjunto de premissas, nomeadamente:

1) Desenvolvimento e proposta do estudo - De forma a garantir a inexistência de quaisquer danos físicos e/ou psicológicos para os participantes, os instrumentos que compõem o protocolo de avaliação foram previamente analisados e selecionados pela equipa de investigação; Após decisão cuidada, foram realizados os necessários pedidos de autorização legal para a utilização dos instrumentos de avaliação selecionados; Seguidamente, efetuaram-se os pedidos de autorização nas unidades hospitalares, onde decorreu a recolha de dados (CHCB e Centro de Saúde da Covilhã), de modo a adquirir a aprovação do protocolo de

avaliação e recolha de dados pelas comissões de ética e pelos conselhos de administração das referidas entidades hospitalares.

2) Condução do estudo - *a) participação voluntária*: todos os sujeitos que compõem a amostra da presente investigação participaram voluntariamente no preenchimento do protocolo. Tal foi viabilizado não só através da livre escolha de participação como ainda pela possibilidade de desistência em qualquer momento; *b) participação informada*: foi garantida através do consentimento informado presente no início do protocolo, onde constavam informações relativas aos objetivos, metodologia, pertinência da investigação e papel dos participantes na mesma. Neste documento estava ainda presente a afiliação institucional dos investigadores que compõem a equipa de investigação, bem como os seus respetivos contactos (cf. Anexo I); *c) capacidade de consentimento*: o consentimento informado foi sempre discutido de forma oral, criando a oportunidade para o esclarecimento de todas as possíveis dúvidas no âmbito da investigação e participação na mesma. A participação informada foi formalizada, junto de cada sujeito, através da assinatura do respetivo consentimento informado quer por parte do participante como também do elemento da equipa de investigação presente; *d) anonimato e confidencialidade dos dados recolhidos*: o anonimato foi garantido através da atribuição de um código numérico a cada um dos protocolos de investigação de modo a inviabilizar a identificação do participante.

Importa salientar ainda que, num futuro próximo, os resultados de investigação serão apresentados nas unidades hospitalares nas quais decorreu a recolha de dados, de modo a fornecer o feedback da informação recolhida, com o objetivo de aumentar e aperfeiçoar o conhecimento científico e consequentemente viabilizar práticas de saúde de crescente efetividade para profissionais e utentes.

3.5.2. Recolha de dados

Após o processo de desenvolvimento e proposta do estudo, e aquisição de todas as autorizações necessárias, a recolha de dados iniciou-se a 1 de Fevereiro de 2016, tendo finalizado a 30 de Maio do mesmo ano. Durante esse período de tempo 75 pessoas, seguidas nas consultas de Diabetologia do CHCB, E.P.E. e do Centro de Saúde da Covilhã, responderam de forma voluntária e informada ao protocolo de avaliação, através de uma técnica de amostragem não probabilística e por conveniência.

Todos os momentos de recolha de dados foram pautados pela autorização inicial, junto dos profissionais de saúde responsáveis pela consulta de Diabetologia (médico/a e respetiva equipa de enfermagem). Esta abordagem inicial, viabilizou não apenas a identificação de possíveis pessoas disponíveis para participação na investigação, como também por vezes promoveu um primeiro contacto com o utente, na presença do médico já conhecido pelo mesmo, para apresentação inicial do investigador e respetiva investigação. Posteriormente, procedeu-se ao contacto individualizado com cada pessoa. Nessa fase, foram apresentados e

debatidos os objetivos da investigação, a pertinências da mesma e qual o papel dos participantes. Após o contacto com a confidencialidade e anonimatos dos dados recolhidos, o protocolo de avaliação, previamente selecionado e construído pela equipa de investigação, foi respondido, de forma escrita ou oral, consoante o nível de literacia ou dificuldades apresentadas pelos utentes (e.g., dificuldades ao nível da visão, motricidade fina).

Os questionários foram preenchidos nas salas de espera das unidades hospitalares, de forma prévia à consulta de Diabetologia e sempre na presença do investigador para o esclarecimento de eventuais dúvidas. Num último momento, foram recolhidas informações clínicas junto dos profissionais de saúde aos quais os utentes estavam adstritos (médico/a e/ou enfermeiro/a).

3.6. Tratamento estatístico dos dados

De modo a viabilizar o correto tratamento das informações recolhidas, recorreu-se ao Software Stastitcal Package for Social Science, versão 22.0 (SPSS), no qual foi construída uma base de dados de raiz que contempla as variáveis presentes no protocolo de avaliação administrado.

Relativamente à codificação das variáveis das diferentes escalas, importa salientar o trabalho realizado em torno do IPQ. Este instrumento, tal como foi referenciado na sua descrição, apresenta uma escala de resposta que varia de 0 a 10, para a qual os autores não adotaram nenhuma nomenclatura, apenas referenciando que valores mais altos estão relacionados com uma melhor representação de doença. Neste sentido, foi adotada uma descrição para os referidos números que compõem a escala, de modo a viabilizar a compreensão do posicionamento dos sujeitos em cada questão. Para além do referido, o item 9 da referida escala, permitiu aos participantes que escrevessem aquela que consideram ser a principal causa do desenvolvimento de Diabetes. Assim, de modo a possibilitar a inserção dos dados recolhidos na base de dados e consequente compreensão dos mesmos, foi criada uma escala com várias opções de resposta³. Relativamente à codificação das restantes escalas utilizadas (WHOQOLF-BREF e HADS), foi necessário criar os fatores que as compõem (domínio físico, psicológico, relações sociais, ambiente; ansiedade e depressão, respetivamente), bem como os fatores gerais (compostos pela totalidade dos itens de cada escala) que os autores preconizam para o cálculo dos valores globais das mesmas.

A análise dos dados foi realizada através de métodos de estatística descritiva e inferencial. Assim, inicialmente procedeu-se à caracterização da amostra, através da análise descritiva das características sociodemográficas e clínicas da população deste estudo. Para a compreensão das pontuações globais alcançadas nas escalas, recorreu-se ao cálculo da médias

³ Esta categorização foi feita com base na nomenclatura das causas adotadas no IPQ-R, questionário original através do qual foi criado o Brief-IPQ, após uma análise cuidada do conteúdo das respostas dos participantes do presente estudo.

e desvio padrão obtidos no WHOQOLB-BREF e no HADS, e, no caso do Brief-IPQ, ao cálculo das frequências das respostas. Posteriormente, para a seleção informada dos testes de estatística inferencial mais efetivos no tratamento dos dados obtidos nas diferentes escalas tendo em conta os objetivos delineados, foi necessário realizar previamente alguns procedimentos estatísticos essenciais.

Primeiramente, calculou-se a consistência interna das escalas da presente investigação, bem como dos fatores que as compõem (à exceção do Brief-IPQ). Os valores do alfa de Cronbach obtidos (que variam de 0 a 1), foram interpretados tendo por base Pestana e Gageiro (2005). Estes autores preconizam que valores superiores a .90 são reveladores de muito boa consistência interna, entre .80 e .90 boa, de .70 a .80 aceitável/razoável, de .60 a .70 questionável/fraca e, valores inferiores a .60 foram descritos como sendo indicadores de baixa consistência interna. Este procedimento estatístico, no caso de alguns fatores, foi recalculado de modo a averiguar se a remoção de itens possibilitaria o aumento dos valores de alfa obtidos.

Revelou-se essencial nesta fase averiguar o cumprimento dos pressupostos subjacentes à utilização de testes paramétricos. Assim, para além de se assegurar que as variáveis em estudo eram intervalares, foi fulcral calcular tanto a normalidade da distribuição da amostra, como também a homogeneidade das variâncias dos diferentes grupos deste estudo. Estes cálculos foram realizados através do teste de Kolmogorov-Smirnov (K-S) e de Shapiro-Wilk, como também no teste de Levene (Field, 2015; Martins, 2011; Maroco, 2003). Caso todos estes pressupostos estejam presentes poderá então proceder-se à análise de dados através de testes paramétricos (Coeficiente de Correlação de Pearson, T-test, ANOVA) e, caso os mesmos não se verifiquem, recorrer-se-á à utilização de testes não-paramétricos (Coeficiente de Correlação de Spearman, teste de Mann-Whitney, teste de Kruskal-Wallis) para o tratamento das referidas informações. Para a seleção dos testes mais efetivos, foi importante também atender aos objetivos de investigação delineados de modo perceber se estaríamos perante testes de associação ou testes de diferença (com dois grupos interdependentes ou com três ou mais grupos) (Field, 2015; Martins, 2011; Maroco, 2003).

Deste modo, para comparar médias de tendência central entre dois grupos interdependentes recorreu-se ao T-test, e entre mais de três grupos ao teste paramétrico de análises univariadas (ANOVA) (Field, 2015; Martins, 2011; Maroco, 2003). Tal como é preconizado em Martins (2011), de modo a viabilizar a correta interpretação dos resultados obtidos, foi adotado o nível de significância de .05, que significa 5 vezes em cada 100. Deste modo, sempre que o valor de p (*Sig*) é superior a .05 estamos perante resultados não significativos, o que nos leva a afirmar a inexistência de associação ou diferenças entre as variáveis em estudo, o oposto ocorre quando $p < .05$. No caso específico dos dados obtidos através da ANOVA, será posteriormente realizado o Teste Post-Hoc de Gabriel que, através da

comparação dos vários grupos em análise, permitirá compreender entre que grupos existem diferenças estatisticamente significativas (Martins, 2011).

De modo a averiguar a associação entre as variáveis em estudo calculou-se o coeficiente de correlação de Pearson no caso dos testes paramétricos, ou o coeficiente de correlação de Spearman quando os trâmites de normalidade não foram atingidos. Para suporte dos resultados obtidos, recorreu-se a Cohen (1988) que defende que valores de r entre .1 e .25 reportam um tamanho pequeno do efeito/relação fraca, entre .24 e .36 tamanho/relação moderado, e, no caso de valores de r iguais ou superiores a .37 estamos perante um tamanho grande do efeito/forte relação entre as variáveis. Sempre que se verificou a existência de correlação significativa entre as variáveis, procedeu-se posteriormente ao cálculo da regressão linear múltipla com o objetivo de compreender até que ponto a variável independente consegue explicar e predizer o comportamento da variável dependente (Field, 2015; Martins, 2011; Maroco, 2003). Importa salientar que previamente ao cálculo da regressão linear múltipla se assegurou o cumprimento de todos os pressupostos essenciais à mesma.

No próximo capítulo serão apresentados e descritos os principais resultados obtidos e seguidamente será realizada a discussão dos mesmos através do levantamento de informações presentes no estado de arte. De forma prévia à finalização deste documento, serão também refletidas algumas conclusões gerais e contributos para a comunidade científica, debatidas algumas das limitações deste estudo, e ainda apresentadas algumas sugestões para investigações futuras.

Capítulo 4: Apresentação dos Resultados

4.1. Verificação da normalidade das distribuições e da homogeneidade das variâncias

Para calcular a normalidade da distribuição das variáveis em estudo, recorreu-se ao teste de aderência de Kolmogorov-Smirnov (K-S). Segundo Martins (2011), sempre que o nível de significância se revela igual ou superior a 5% pode-se proceder à utilização de testes paramétricos e, pelo contrário, quando o valor obtido no K-S é inferior ao nível de significância supracitado, é necessário recorrer a testes não paramétricos nas análises estatísticas.

Como podemos observar através da tabela 11, foi possível constatar que, no caso do World Health Organization Quality of Life - Bref, o valor do *p-value* obtido no referido teste de K-S foi .200, sendo superior ao nível de significância estabelecido de .05, o que nos leva a afirmar que a distribuição da variável em estudo é aproximadamente normal. Deste modo, como foi confirmado o pressuposto de normalidade, procedeu-se à análise inferencial da qualidade de vida através de testes estatísticos paramétricos.

Tabela 11:
Testes de normalidade para o World Health Organization Quality of Life - Bref (WHOQOLBREF)

	Kolmogorov-Sminorv			Shapiro-Wilk		
	Estatística	gl	Sig	Estatística	gl	Sig
WHOQOLBREF	.079	75	.200	.984	75	.445

Relativamente ao Hospital Anxiety and Depression Scale, como se pode observar na tabela 12 o valor do *p* obtido através do teste de K-S é de .023, e no teste de Shapiro-Wil, .008, respetivamente. Deste modo, como $p < .05$, não foi confirmado o pressuposto da normalidade que suporta a utilização de testes paramétricos, motivo pelo qual a análise inferencial desta escala foi realizada com recurso a testes não paramétricos.

Tabela 12:
Testes de normalidade para o Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)

	Kolmogorov-Sminorv			Shapiro-Wilk		
	Estatística	gl	Sig	Estatística	gl	Sig
HADS	.111	75	.023	.954	75	.008

Já no caso do Brief Illness Perception Questionnaire (Brief IPQ), o *p-value* obtido através do cálculo do K-S (.200 e .769, respetivamente), é possível constatar que o mesmo é superior ao

nível de significância estabelecido de 5%, pelo que é possível afirmar que a variável em estudo provém de uma distribuição normal (cf. tabela 13).

Tabela 13:
Testes de normalidade para o Brief Illness Perception Questionnaire (Brief IPQ)

	Kolmogorov-Sminov			Shapiro-Wilk		
	Estatística	gl	Sig	Estatística	gl	Sig
IPQ	.067	75	.200	.989	75	.769

4.2. Análise descritiva dos resultados

Inicialmente, antes de se proceder à execução dos testes de diferença e associação para a análise inferencial, optou-se por realizar uma análise descritivas dos dados recolhidos nas diferentes escalas que compõem esta investigação. Assim, passa-se a apresentar os resultados relativos às pontuações globais (média e desvio padrão) obtidas nas escalas WHOQOLB-BREF e HADS, e à apresentação da frequência das respostas obtidas no IPQ.

4.2.1. WOQOLF-BREF

Tendo por base os dados oficiais relativos ao estudo de validação da escala WHOQOLF-BREF para a população portuguesa, através da comparação de uma amostra de população normativa e uma amostra de população clínica, procedeu-se à comparação das médias de cada domínio da escala.

No presente estudo, a média obtida no domínio físico foi de $\bar{x} = 68,8$, valor este superior ao alcançado no estudo de validação ($\bar{x} = 59,94$). Valores igualmente superiores aos encontrados por Serra, et al. (2006) foram visíveis no domínio psicológico, com $\bar{x} = 74,6$ ($\bar{x} = 64,41$), no domínio das relações sociais, $\bar{x} = 73,8$ ($\bar{x} = 64,47$), no domínio do ambiente, $\bar{x} = 73,6$ ($\bar{x} = 58,79$), e ainda na avaliação da faceta geral, $\bar{x} = 61,4$ ($\bar{x} = 49,09$).

Estes valores parecem sugerir que a população deste estudo tem uma perceção de qualidade de vida acima da média, quando equiparada com os resultados obtidos no estudo oficial de validação da escala.

4.2.2. HADS

Reportando-nos à análise das médias obtidas nos dois fatores que compõe a escala, e como podemos observar na tabela 14, relativamente à avaliação dos níveis de ansiedade, a média obtida foi de 1,02, sendo que na avaliação dos níveis de depressão os participantes obtiveram uma média de 1,01. Neste sentido, e comparativamente com os valores globais obtidos no estudo de validação da escala realizado por Botega, Bio, Zomignani, Garcia e Pereira (1995) (7,7 e 7,3, respectivamente), em média os participantes deste estudo apresentaram valores abaixo da média. Estes resultados parecem evidenciar a baixa prevalência de sintomatologia

psicopatológica nesta amostra, uma vez que nenhuma das dimensões estudadas apresenta resultados favoráveis á existência deste tipo de sintomas.

Tabela 14:

Estadística descritiva dos resultados das duas dimensões do HADS (média, desvio-padrão, valores mínimo e máximo).

	N	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
Ansiedade	75	1,02	0,691	0	3
Depressão	75	1,01	0,605	0	3

Reportando-nos aos valores clínicos obtidos na escala HADS, é possível constatar que no que concerne ao domínio que objetiva avaliar os níveis de sintomatologia ansiosa, 41 participantes (54,67%) não revelaram qualquer tipo de sintomatologia, pelo contrário, 16 utentes (21,33%) obtiveram valores congruentes para sintomatologia leve, 13 (17,33%) moderada e 5 (6,67%) sintomatologia severa. Respetivamente aos níveis de depressão, a maior parte dos sujeitos (58,67%) não manifestaram qualquer sintoma, 14 (18,67%) apresentaram níveis leves, 15 (20,00%) níveis moderados, e, uma pequena minoria (2,67%), revelou sintomatologia depressiva severa (cf. tabela 15).

Tabela 15:

Valores clínicos obtidos pela amostra nas dimensões da ansiedade e da depressão do HADS

	Sem Sintomatologia n (%)	Leve (8-10) n (%)	Moderada (11-15) n (%)	Severa (16-21) n (%)
Ansiedade	41 (54,67)	16 (21,33)	13 (17,33)	5 (6,67)
Depressão	44 (58,67)	14 (18,67)	15 (20,00)	2 (2,67)

4.2.3. Brief-IPQ

De modo a proporcionar um melhor nível de compreensão das representações de doença da amostra, foram analisadas as respostas dadas pelos 75 participantes aos itens que compõem as diferentes dimensões desta escala.

Assim, na subescala relativa às consequências, que mede o quanto estes utentes se sentem afetados pela diabetes, a maioria dos participantes (20 - 26,7%) referiu «afeta muito pouco», seguidamente, 17 pessoas (22,6%) responderam que «afetava moderadamente», 14 sujeitos (18,7%) revelaram que «afeta muito», 11 indivíduos (14,7%) divulgaram não ser afetados «nem muito nem pouco» pelas consequências da doença, 5 (6,7%) responderam «não afeta nada», e tanto a opção «não afeta praticamente nada» como a «afeta gravemente» foram selecionadas por 4 pessoas (10,6%).

No item que se debruça sobre a duração da diabetes, a maior parte da amostra (84,0%) percebe que a mesma vai durar «para sempre», enquanto que 8 pessoas (10,7%)

consideram que não vai durar «nem muito nem pouco», 3 (4,0%) relatam que vai durar «muito tempo», e apenas uma pessoa (1,3%) respondeu que a diabetes vai durar «pouco tempo».

No que concerne à representação que cada pessoa tem relativamente ao controlo que exerce sobre a doença, 23 participantes (30,6%) consideram que têm «muito controlo», 19 (25,3%) revelam «algum controlo», igualmente 19 pessoas (25,3%) referenciaram «nem muito nem pouco controlo», 8 (10,7%) responderam ter «pouco controlo», 5 sujeitos (6,7%) frisaram «muitíssimo controlo» e, com percentagens menores, uma pessoa referiu não ter «praticamente nenhum controlo» sobre a diabetes. Já relativamente à representação sobre o controlo do tratamento sobre a doença, 26 participantes (34,7%) responderam o mesmo «vai ajudar muito», 20 (26,7%) consideram que «vai ajudar muitíssimo», 19 (25,4%) pensam que «vai ajudar moderadamente», 7 (9,3%) referem que «não vai ajudar nem muito nem pouco» e, por fim, apenas 3 pessoas reportam que o tratamento «vai ajudar pouco» no controlo da diabetes.

Relativamente às frequências de resposta obtidas no item 4, que avalia a identidade de doença, é possível verificar que 19 utentes (25,3%) experienciam «alguns sintomas», 14 participantes (18,7%) relatam sentir «muitos sintomas», 12 (16,0%), pelo contrário, referem «nenhum sintoma», 11 pessoas (14,7%) revelam «poucos sintomas», 7 (9,4%) responderam que não sentem «quase nenhum sintoma» e 6 indivíduos (8,0%) referem sentir «muitos sintomas graves».

No que diz respeito à avaliação da preocupação que a diabetes espolta nestes utentes, foi possível constatar que 17 (22,6%) se sentem «um bocado preocupados», 15 pessoas (20,0%) dizem estar «muito preocupadas» e 12 (16,0%) revelam estar «extremamente preocupados». Com valores semelhantes, 11 participantes (14,7) compartilham estar «pouco preocupados», 9 (12,0%) dizem estar «indiferentes», 8 (10,7%) selecionaram a opção «quase nada preocupado» e, os restantes 3 utentes (4,0%) referiram não estar «nada preocupados».

No item 7, que tem como objetivo avaliar a compreensão dos utentes sobre a doença crónica com que estão diagnosticados, 23 (30,7%) referem que «compreendo o suficiente», seguidamente, 14 pessoas (18,6%) relatam que «compreendo bem», 13 (17,3%) selecionaram a opção de resposta segundo a qual «compreendo muito bem». Com valores mais baixos, 10 pessoas (13,4%) consideram que «compreendo muito pouco», 9 (12,0%) referem que «compreendo mais ou menos» e 6 utentes (8,0%) percecionam que «não compreendo quase nada».

Reportando-nos ao item que avalia a resposta emocional, verificou-se que a maioria das pessoas que compõem a amostra (28,0%) sentem que a diabetes «afeta-me muito» emocionalmente, em seguida 17 participantes (22,7%) declaram que «não me afeta», 10 (13,3%) selecionaram a opção segundo a qual «afeta-me um bocado», igualmente 10 pessoas (13,3%) mencionam que é «indiferente», 8 (10,6%) referem que «afeta-me muito pouco», 8

(10,6%) relatam que «praticamente não me afeta» e apenas uma pessoa (1,3%) referiu que «afeta-me muitíssimo».

Relativamente às frequências obtidas na última questão da escala, constatou-se que apesar de a maioria dos participantes (33,3%) considerarem não saber o que contribuiu para o desenvolvimento da Diabetes, 17 pessoas (22,7%) referem que o que causou esta doença foi o «tipo de alimentação», 15 (20,0%) referem ter sido «hereditário», 5 utentes (6,7%) pensam que estará diretamente relacionada com «stress ou preocupações», o mesmo número de participantes pensa que a diabetes se deve a consequências de «outros problemas de saúde físicos», 3 pessoas (4,0%) relatam a adoção de «comportamentos de risco» (e.g., hábitos tabágicos ou alcoólicos) como possível causa, 2 sujeitos (2,7%) referem «excesso de peso», também 2 (2,7%) assinalaram o seu «estado emocional», e apenas uma pessoa (1,3%) abordou o «sedentarismo» como principal causa da diabetes.

4.3. Análise inferencial dos resultados

Após a realização dos testes que permitiram constar a normalidade da distribuição das variáveis em estudo e a homogeneidade das variâncias dos grupos em comparação, procedeu-se então à análise inferencial. Primeiramente, com o objetivo de explorar as diferenças entre diferentes grupos independentes recorreu-se ao Teste T no caso de a comparação ser realizada entre dois grupos, e à Análise de Variância Unifatorial (ANOVA) para a comparação de três ou mais grupos independentes.

4.3.1. Qualidade de vida e características sociodemográficas

Relativamente à variável género, foi possível verificar que existem diferenças estatisticamente significativas entre homens e mulheres ao nível da qualidade de vida percebida, $t(73) = 4,56$, $p = .000$. Deste modo, analisando os valores das médias pode-se concluir que os homens relatam melhor qualidade de vida do que as mulheres, em virtude de este ser o grupo com maior média (cf. tabela 16).

Tabela 16:
Análise das diferenças do WHOQOLB-BREF (26 itens) em termos de género - teste t

	Género		t(73)	p
	Masculino (n=39) Média (DP)	Feminino (n=36) Média (DP)		
WHOQOLB-BREF 26 itens	3,80 (0,41)	3,31 (0,52)	4,56	.000

No que concerne à influência do estado civil na qualidade de vida e, com base na tabela 17, podemos verificar que existem diferenças estatisticamente significativas ao nível da qualidade de vida em função do estado civil, $F(4,70) = 6,42$, $p = .00$. Tendo por base os resultados obtidos no Teste Post-Hoc de Gabriel, concluiu-se que, pessoas divorciadas relatam maior qualidade de vida que pessoas casadas ($p = .000$). Por sua vez pessoas casadas revelam

melhor qualidade de vida que pessoas viúvas ($p = .000$) e pessoas divorciadas apresentam também maior qualidade de vida comparativamente com pessoas viúvas ($p = .000$).

No estudo das diferenças entre a qualidade de vida e as habilitações literárias, realizado através da Análise de Variância Unifatorial (ANOVA), foram obtidos resultados que evidenciam que existem diferenças estatisticamente significativas ao nível da qualidade de vida, em função das habilitações literárias das pessoas, $F(4,70) = 3,42$, $p = .02$. Assim, o Teste de Gabriel revelou que as pessoas com o 9º de escolaridade relatam melhor qualidade de vida que pessoas com habilitações até ao 4º ano ($p = .029$). Estes resultados parecem sugerir que maiores níveis de escolaridade poderão estar associados a uma melhor qualidade de vida (cf. tabela 17).

Existem também diferenças estatisticamente significativas ao nível da qualidade de vida em função da situação profissional dos utentes, $F(4,70) = 2,62$, $p = .04$. Deste modo, através da análise das médias é possível verificar que as pessoas que têm um emprego a tempo inteiro tendem a apresentar melhor qualidade de vida que pessoas desempregadas ou reformadas (cf. tabela 17).

Tabela 17:

Análise das diferenças do WHOQOL-BREF (26 itens) em termos do estado civil, das habilitações literárias e da situação profissional - ANOVA

		WHOQOL-BREF - 26 itens			
		n	Média (DP)	F(4,70)	p
Estado Civil	Solteiro	2	3,44(0,79)	6,42	.00
	Casado	52	3,64(0,47)		
	União Facto	3	3,58(0,76)		
	Divorciado	6	4,07(0,30)		
	Viúvo	12	3,02(0,34)		
Habilitações Literárias	Até 4º ano	48	3,43(0,51)	3,42	.02
	6º ano	6	3,65(0,47)		
	9º ano	15	3,84(0,50)		
	12º ano	6	3,85(0,48)		
Situação Profissional	Doméstico/a	1	2,88	2,62	.04
	Tempo inteiro	8	4,01(0,32)		
	Desempregado/a	3	3,36(0,43)		
	Reformado/a	62	3,52(0,52)		
	Outra situação	1	4,12		

No que concerne às características sociodemográficas relativas à idade dos participantes e agregado familiar não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas ao nível da qualidade de vida percebida, facto passível de ser verificado através da consulta da tabela 18.

Tabela 18:

Análise das diferenças do WHOQOLB-BREF (26 itens) em termos da idade e do agregado familiar - ANOVA

		WHOQOLB-BREF - 26 itens			
		n	Média (DP)	F(4,70)	p
Idade	30-40	3	3,49(0,62)	2,50	.50
	41-50	2	4,02(0,14)		
	51-60	11	3,81(0,50)		
	61-70	26	3,67(0,56)		
	71-80	33	3,38(0,46)		
Agregado Familiar	Cônjuge Companheiro/a	44	3,65(0,51)	1,81	.136
	Filho(s)	2	3,98(0,19)		
	Pais e/ou Sogros	1	4,12		
	Sozinho	17	4,42(0,57)		
	Outro	11	3,34(0,46)		

4.3.2. Qualidade de vida e características clínicas

Seguidamente, iremos apresentar os resultados obtidos sobre a influência das variáveis clínicas estudadas na qualidade de vida da amostra.

Inicialmente, foi avaliada a influência que o tipo de DM poderia ter sobre a qualidade de vida da população avaliada. No entanto, os resultados obtidos revelam a inexistência de diferenças estatisticamente significativas entre estas duas variáveis, $t(73) = 0,80$, $p = .426$. Assim sendo, o tipo de diabetes não influencia a qualidade de vida percebida pelos utentes que compõem a amostra. Atendendo ao nível de significância estabelecido, o tempo de diagnóstico também não manifestou diferenças estatisticamente significativas ao nível da qualidade de vida (cf. tabela 20).

No entanto, no que concerne ao diagnóstico de outros problemas de saúde (físicos ou mentais) crónicos, encontraram-se evidências da existência de diferenças estatisticamente significativas entre sujeitos com ou sem diagnósticos comorbidos à diabetes ao nível da qualidade de vida $t(73) = 2,03$, $p = .046$. Assim, pessoas sem outros problemas de saúde crónicos relatam melhor qualidade de vida do que as pessoas diagnosticadas com outros problemas de saúde (cf. tabela 19).

Também a administração de insulina injetável apresentou diferenças estatisticamente significativas ao nível da qualidade de vida, $t(73) = 2,80$, $p = .007$. Deste modo, como se pode verificar na tabela 19, pessoas que tomam insulina relatam uma qualidade de vida superior às pessoas que não necessitam de adotar este tipo de terapêutica.

Há ainda diferenças estatisticamente significativas ao nível da qualidade de vida entre pessoas que aumentaram, e as que não aumentaram o seu nível de atividade física após o diagnóstico de diabetes, $t(73) = -3,53$, $p = .001$. Com base na tabela 19 podemos verificar

então que pessoas que exercem exercício físico relatam melhor qualidade de vida quando comparadas com aquelas que não aumentam o nível de atividade física.

Tabela 19:

Análise das diferenças do WHOQOL-BREF (26 itens) em termos do diagnóstico de outros problemas de saúde (física ou mental) crónicos, da administração de insulina injetável e do aumento da atividade física - teste t

		WHOQOL-BREF - 26 itens			
		n	Média (DP)	t(73)	p
Diagnóstico de outros problemas de saúde (física ou mental) crónicos	Não	34	3,70 (0,50)	2,03	.04
	Sim	41	3,45 (0,52)		
Administração de insulina injetável	Não	46	3,69 (0,47)	2,80	.007
	Sim	29	3,36 (0,55)		
Aumento da atividade física	Não	33	3,34 (0,52)	-3,53	.001
	Sim	42	3,74 (0,56)		

Ao nível da presença de complicações clínicas associadas à diabetes, apesar da visualização das médias presentes nas estatísticas de grupo pareça evidenciar que pessoas sem complicações relatam melhor qualidade de vida, analisando o nível de significância ($p = .218$) conclui-se que não existem diferenças estatisticamente significativas. O mesmo ocorre no controlo dos níveis de glicémia no sangue e na adoção de uma alimentação saudável, como se pode observar na tabela 20, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas nestas variáveis em relação à qualidade de vida percebida pelos diferentes grupos da amostra

Tabela 20:

Análise das diferenças do WHOQOL-BREF (26 itens) em termos do tipo de DM, do controlo regular dos níveis de glicémia, da adoção de uma alimentação saudável e do diagnóstico de complicações crónicas na diabetes - teste t

		WHOQOL-BREF - 26 itens			
		n	Média (DP)	t(73)	p
Tipo de DM	DM tipo 1	5	3,75(0,27)	0,80	.426
	DM tipo 2	70	3,55(0,54)		
Controlo Glicémia	Não	9	3,62(0,51)	0,31	.759
	Sim	66	3,56(0,53)		
Dieta Alimentar	Não	22	3,48(0,54)	-0,87	.389
	Sim	52	3,59(0,52)		
Complicações Crónicas	Não	40	36,3(0,54)	1,42	.218
	Sim	35	3,48(0,50)		

4.3.3. Qualidade de vida e sintomatologia psicopatológica (WOQOLF-BREF e HADS)

De forma a proceder à avaliação da associação entre a qualidade de vida e a sintomatologia psicopatológica, recorreu-se ao coeficiente de correlação de Spearman pelo facto de o HADS não cumprir os critérios para a utilização de testes paramétricos.

Reportando-nos inicialmente ao fator relativo aos níveis de ansiedade, com base nos resultados presentes na tabela 21 concluiu-se que estes se correlacionam negativamente com a qualidade de vida, $r_s = .00$, $p = -.52$. Relativamente aos níveis de depressão, encontraram-se resultados idênticos que evidenciam a existência de uma correlação negativa entre estes e a qualidade de vida dos participantes, $r_s = .00$, $p = -.73$. Segundo Cohen (1988), e tendo por base os referidos valores, a magnitude dos coeficientes obtidos revela uma forte associação entre os níveis de ansiedade e depressão e a qualidade de vida.

Tabela 21:

Coeficiente de Correlação de Spearman entre o WHOQOLF-BREF e dois domínios do HADS

Fatores do HADS	r_s
Níveis de ansiedade	-.52**
Níveis de depressão	-.73**

**A correlação é significativa no nível 0.01 (bilateral)

Segundo Cohen (1988) e Martins (2011), os valores do coeficiente de correlação podem variar entre -1 e 1, e neste caso específico, como podemos constar na tabela supracitada, estamos perante valores de coeficiente negativos. Isto leva-nos a afirmar que estamos perante uma associação negativa, o que sugere que há medida que os valores de uma variável aumentam, os da variável oposta diminuem, e vice-versa. A associação entre valores superiores de psicopatologia e valores inferiores de qualidade de vida (e vice-versa) pode ser constatada também através da reta diagonal descendente formada no diagrama de dispersão (cf. figura 1 e 2)

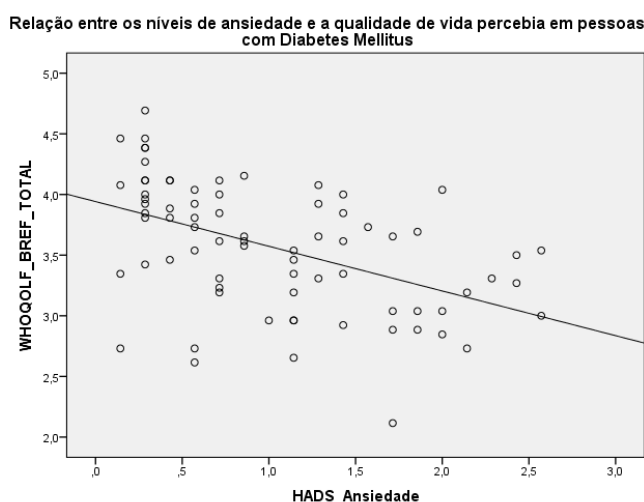


Figura 1:

Diagrama de dispersão da relação entre os níveis de ansiedade e a qualidade de vida em pessoas com DM

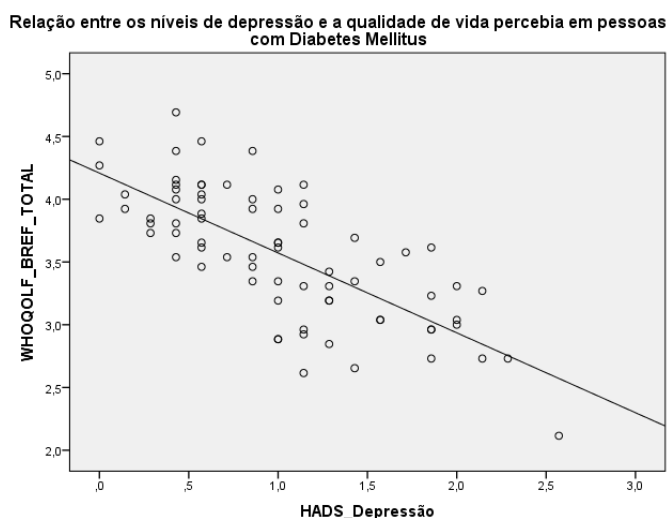


Figura 2: Diagrama de dispersão da relação entre os níveis de ansiedade e a qualidade de vida em pessoas com DM

O Coeficiente de correlação de Spearman permitiu medir o grau de associação entre as variáveis em estudo. Contudo, importa compreender se os níveis de ansiedade e depressão ajudam a explicar o comportamento da variável dependente, motivo pelo qual se procedeu à realização de uma regressão linear múltipla (Martins, 2011).

Reportando-nos à análise do modelo, é possível verificar através do valor de $F(2,72) = 48,25$, $P = .00$, que no mínimo uma das variáveis predictoras do modelo está a influenciar a variável dependente (cf. tabela 22). Posteriormente, através da análise do coeficiente de correlação, R^2 , é possível constatar que os níveis de ansiedade e de depressão explicam, em conjunto, 57,3% da variância dos resultados obtidos no *score* de qualidade de vida. Analisando a contribuição individual de cada um dos preditores do modelo, concluiu-se que os níveis de depressão ($\beta = -.646$, $p = .00$) exercem uma maior influência sobre a qualidade de vida, quando comparados com os níveis de ansiedade ($\beta = -.203$, $p = .02$). Com base nos valores do test-t, é ainda possível afirmar que estamos perante uma associação negativa entre os preditores e o resultado, o que sugere que quando os níveis de ansiedade e depressão aumentam a qualidade de vida tende a diminuir e vice-versa, uma vez que correlação e predição não implicam necessariamente a presença de causalidade (cf. tabela 22).

Tabela 22:
Modelo de regressão linear múltipla

	R	R^2	F(2,72)	p
Modelo	.757	.573	48,353	.000

Tabela 23:

Modelo de regressão linear múltipla relativa à associação entre o WHOQOL-BREF e as duas dimensões que compõe o HADS

	Beta	Erro Padrão	t	p
Ansiedade	-.203	.065	-2,365	.021
Depressão	-.646	.074	-7,529	.000

4.3.4. Qualidade de vida e representação de doença (WOQOLF-BREF e Brief-IPQ)

De modo a viabilizar a avaliação da associação entre a qualidade de vida e a representação de doença, procedeu-se ao cálculo do coeficiente de correlação de Pearson entre esta variável e cada uma das dimensões presentes no Brief-IPQ, que permitem a avaliação da representação de doença. Novamente, recorreu-se a Cohen (1988) para interpretar o grau de associação entre as variáveis em estudo.

Relativamente ao primeiro item, que se debruça na avaliação da representação sobre as consequências da doença, constatou-se que a qualidade de vida está negativamente correlacionada com a perceção sobre o grau em que a diabetes afeta as suas vidas, $r_s = -.465$, $p = .00$. No mesmo sentido, o número e a gravidade dos sintomas vivenciados na diabetes, avaliados no item 5 sobre a identidade de doença, estão negativamente associados com a qualidade de vida, $r_s = -.371$, $p = .001$. Nesta linha, também o grau de preocupação (item 6) e a resposta emocional (item 8) apresentam uma correlação significativa negativa com a qualidade de vida percebida, $r_s = -.50$, $p = .30$ e $r_s = -.578$, $p = .00$, respetivamente. Resultados opostos foram revelados sobre o controlo pessoal da diabetes, que está positivamente correlacionado com a qualidade de vida, $r_s = .411$, $p = .00$. De forma idêntica, também o controlo do tratamento revelou uma correlação positiva significativa com a qualidade de vida dos utentes, $r_s = .433$, $p = .00$. Constatou-se ainda a existência de uma correlação positiva estatisticamente significativa entre a qualidade de vida e o nível de compreensão da diabetes, $r_s = .414$, $p = .00$. Pelo contrário, no que diz respeito à noção da cronicidade desta doença crónica e à perceção sobre as causas da mesma, não se evidenciaram correlações estatisticamente significativas, uma vez que $p < .05$, $r_s = -.076$, $p = .52$ e $r_s = .099$, $p = .400$.

Em suma, e segundo Cohen (1988), a representação cognitiva de doença relativa às consequências e à identidade revelam uma forte associação negativa com qualidade de vida, enquanto a dimensão do controlo pessoal e do tratamento sobre a diabetes está forte, positiva e significativamente correlacionada com a qualidade de vida desses utentes. Ao nível da representação emocional, tanto o nível de preocupação como a gravidade da resposta emocional revelaram uma associação forte e negativa em relação ao constructo avaliado.

Com o objetivo de estudar até que ponto as variáveis explicativas conseguem explicar o comportamento da variável dependente, realizou-se uma regressão linear múltipla para as variáveis do Brief-IPQ que se relacionaram significativamente com a qualidade de vida no coeficiente de correlação de Pearson (Martins, 2011). Inicialmente, através da análise do modelo, verificou-se que pelo menos uma das variáveis preditoras do modelo está a influenciar a variável dependente, $F(7,67) = 11,671$, $p = .00$ (cf. tabela 24). Seguidamente, os resultados obtidos no coeficiente de correlação, R^2 , evidenciaram que a compreensão de doença e a resposta emocional à mesma explicam, em conjunto, 54,9% da variância dos resultados obtidos no score de qualidade de vida. Analisando a contribuição individual de cada um dos preditores do modelo, concluiu-se que a variável com maior influência sobre a qualidade de vida é a resposta emocional à diabetes ($\beta = -.360$, $p = .002$) seguida da compreensão sobre a doença ($\beta = -.306$, $p = .001$), sendo estas variáveis as únicas que exercem uma contribuição estatisticamente significativa para a compreensão do modelo ($p < .05$). Tendo em conta os valores obtidos, é possível verificar que a resposta emocional apresenta uma associação negativa com a qualidade de vida, o que evidencia que quanto mais o utente se sentir afetado mentalmente pela diabetes, pior tende a perceber a sua qualidade de vida. De forma inversa, a compreensão de doença revela uma associação significativa positiva com a qualidade de vida. Isto sugere que à medida que a compreensão sobre a diabetes aumenta a qualidade de vida dos utentes tende a aumentar (cf. tabela 25).

Tabela 24:

Modelo de regressão linear múltipla sobre as representações de doença e a qualidade de vida

	R	R^2	F(7,67)	P
Modelo	.741	.549	11,671	.000

Tabela 25:

Modelo de regressão linear múltipla relativa à associação entre o WHOQOL-BREF e as dimensões que compõe o IPQ

	Beta	Erro Padrão	t	p
Consequências	-.066	.020	-0,647	.520
Controlo Pessoal	.165	.025	1,760	.083
Controlo do Tratamento	.141	.027	1,441	.154
Identidade	-.157	.016	-1,647	.104
Preocupação	.013	.017	0,132	.895
Compreensão	.306	.018	3,527	.001
Resposta Emocional	-.360	.018	-3,142	.002

Capítulo 5: Discussão

5.1. Discussão dos Resultados

O presente estudo preconizou, enquanto objetivo geral, avaliar a qualidade de vida numa amostra de pessoas diagnosticadas com DM, em seguimento nas consultas de diabetologia do CHCB e do Centro de Saúde da Covilhã. De forma a compreender possíveis características clínicas e sociodemográficas associadas com a qualidade de vida, bem como fatores de risco e variáveis preditoras deste constructo, no decorrer deste capítulo proceder-se-á à análise mais detalhada dos resultados obtidos.

Apesar da generalidade da literatura sugerir o impacto negativo da diabetes na qualidade de vida dos utentes (Almeida et al., 2013; Diaz et al., 2016; Shahi & Mohammadyfar, 2016), os resultados globais obtidos neste estudo, quando comparados com os resultados alcançados no estudo oficial de validação do WHOQOL-BREF, sugerem que a presente amostra tem uma perceção de qualidade de vida acima da média. Contudo, estes resultados são congruentes com os valores encontrados noutras investigações recentes, cujas amostras apresentaram em média uma perceção de qualidade de vida de boa a muito boa (Araújo et al., 2013; Shamshirgaran et al., 2016).

No que concerne à avaliação das diferenças observadas no constructo perante as características sociodemográficas da amostra, foi possível verificar que existem diferenças estatisticamente significativas entre homens e mulheres ao nível da qualidade de vida percebida. Este resultado revela-se congruente com a literatura, dado que Eiser, Riazi, Eiser, Hammersley, e Tooke (2001), Shamshirgaran et al. (2016) e Sepúlveda et al. (2015), concluíram nas suas investigações que os homens relatam melhor qualidade de vida do que as mulheres. Alguns autores têm especulado sobre estes resultados sendo várias as hipóteses formuladas em torno desta questão. Uma possível explicação recai na subjetividade do constructo avaliado que pode ser entendido diferentemente por homens e mulheres (Shamshirgaran et al., 2016). Uma justificação alternativa prende-se com o facto de as mulheres tenderem a apresentar maior nível de preocupação relativamente à diabetes e aos autocuidados necessários para o seu controlo (Shamshirgaran et al., 2016). Outros autores acrescentam ainda que as mulheres apresentam maior risco de desenvolvimento de doenças cardiovasculares, hipertensão, obesidade, menor nível de energia, maior dificuldade na prática de exercício físico e maior prevalência de sintomatologia ansiosa e depressiva, fatores estes que podem contribuir significativamente para a diminuição da qualidade de vida (Sepúlveda et al., 2015).

Relativamente à avaliação do estado civil, vários autores sustentam o impacto positivo da rede de suporte social percebida pelas pessoas com diabetes, na avaliação individual do

construto (Júnior et al., 2013). Contudo, e apesar de Shamshirgaran et al. (2016) terem verificado que pessoas casadas tendem a perceber melhor qualidade de vida devido ao suporte social promovido pelos cônjuges/companheiros, resultados contrários foram encontrados na presente investigação. Neste estudo, foram as pessoas divorciadas as que relataram melhor qualidade de vida quando comparadas com pessoas casadas, tendo-se concluído também que tanto pessoas casadas como divorciadas revelam melhor qualidade de vida que pessoas viúvas. Neste sentido, importa salientar que mais do que o estado civil, o estado marital constitui uma variável preditora da qualidade de vida (Shamshirgaran et al., 2016). No entanto, no presente estudo, a avaliação do estado marital não foi contemplada, pelo que independentemente do estado civil identificado por cada participante (e.g., divorciado, viúvo), não foi avaliada a manutenção atual de relações significativas, fator este que pode ter condicionado os resultados obtidos.

No que diz respeito à avaliação das habilitações literárias, os resultados obtidos demonstraram que as pessoas com o 9º de escolaridade relatam melhor qualidade de vida que pessoas com habilitações até ao 4º ano, revelando-se neste estudo que maiores níveis de escolaridade poderão estar associados a uma melhor qualidade de vida em pessoas com diabetes. De facto, a literatura sugere que pessoas com ensino médio ou superior apresentam melhor qualidade de vida quando comparadas com sujeitos com nível de escolaridade inferior (Alba et al., 2016; Júnior et al., 2013). Contudo, e de forma congruente com o que se verificou num estudo realizado por Dickerson et al. (2011), apesar da amostra não ter nenhum elemento com ensino médio ou superior, foram verificadas diferenças ao nível da qualidade de vida percebida, pelos participantes com maiores níveis de habilitações literárias. Estes resultados são suportados pelo melhor nível de compreensão sobre a doença e, consequentemente, pelo maior nível de adesão aos tratamentos e comportamentos de autocuidado (Alba et al., 2016; Dickerson et al., 2011). Para além do supracitado, Júnior, Heleno, e Lopes (2013) relatam a repercussão positiva do nível de compreensão na promoção de sentimentos positivos relacionados com o tratamento e consequentemente melhor qualidade de vida.

Também ao nível da situação profissional foram encontradas diferenças estatisticamente significativas ao nível da qualidade de vida. Assim no presente estudo verificou-se que pessoas que têm um emprego a tempo inteiro tendem a apresentar melhor qualidade de vida comparativamente com pessoas desempregadas ou reformadas. Estes resultados são consistentes com a literatura que afirma que a manutenção de uma vida física e cognitivamente ativa, ao prevenir o desenvolvimento de incapacidades e a génese de sintomatologia depressiva, exerce um impacto positivo significativo ao nível da qualidade percebida por pessoas com doenças crónicas (Pedro & Pais-Ribeiro, 2010). Este facto será discutido mais à frente neste capítulo.

Reportando-nos às características sociodemográficas relativas à idade dos participantes, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas ao nível da qualidade de vida percebida. Estes resultados são corroborados pela literatura que revela que não é a idade que exerce um impacto negativo ao nível da qualidade de vida percebida mas sim a severidade dos sintomas, a progressão da diabetes e os efeitos secundários da medicação (Eiser et al., 2001). Para além do referido, importa salientar que a média das idades da presente amostra rondou os 67 anos de idade, pelo que tinha poucos sujeitos representativos de faixas etárias mais baixas, facto este que também poderá ter contribuído para estes resultados.

Relativamente à análise das diferenças nas variáveis clínicas, evidências na literatura descrevem largamente a influência do tempo de diagnóstico na qualidade de vida de pessoas com diabetes, devido à probabilidade de desenvolvimento a curto e a longo prazo de complicações clínicas que conduzem à intensificação e complexificação do regime de tratamento (Sepúlveda et al., 2015; Shamshirgaran et al., 2016). Contudo, na presente investigação não se encontraram diferenças estatisticamente significativas no tempo de diagnóstico ao nível da qualidade de vida percebida. Nesta linha, importa salientar que para além de estarmos perante um estudo de *design cross-sectional* que não permitiu avaliar diferenças nas perceções do constructo avaliado ao longo do tempo, também não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas em relação ao diagnóstico de complicações crónicas ao nível da qualidade de vida percebida na presente amostra.

Relativamente ao objetivo relacionado com a avaliação das diferenças existentes entre o diagnóstico de outros problemas de saúde crónicos (físicos ou mentais) ao nível da qualidade de vida percebida, constatou-se que pessoas sem outros problemas de saúde crónicos, para além da diabetes, relatam melhor qualidade de vida. Resultados idênticos foram encontrados na literatura, sendo estes justificados pelo impacto negativo que os problemas de saúde adicionais à diabetes podem repercutir ao nível da perceção das limitações físicas e do estado geral de saúde (Dickerson et al., 2011). No presente estudo, este aspecto é ainda reforçado pela idade avançada da maioria dos participantes que compõem a amostra.

No que concerne ao tipo de terapêutica adotada, os resultados obtidos neste estudo evidenciaram que pessoas que não tomam insulina relatam uma qualidade de vida superior comparativamente com os sujeitos que necessitam de administrar esta hormona. Estes resultados vão ao encontro do que é preconizado pela literatura (Dickerson et al., 2011; Diaz et al., 2016). Contudo, as explicações que suportam estes resultados são bastante díspares. Por um lado, o facto de a administração de insulina poder ser entedida enquanto um procedimento invasivo e doloroso, que conduz a limitações, cuidados e atividades rotineiras, pode promover o aumento do desconforto físico do utente relativamente ao tratamento (Diaz et al., 2016; Sepúlveda et al., 2015). Por outro lado, a preocupação com os efeitos secundários adversos da medicação (e.g., aumento de peso) também pode contribuir para o deterioro da qualidade de vida percebida (Awotidebe et al., 2016; Sepúlveda et al., 2015).

Outra explicação sugerida pela literatura foca-se no sentimento de frustração derivado da ineficácia de outro tipo de tratamentos prévios à insulina, e no prolongamento no tempo das consequências e complicações desta doença (Sepúlveda et al., 2015) De forma complementar, outros autores alertam para uma abordagem social focada nos constrangimentos espoletados pela administração de insulina em público (Diaz et al., 2016; Júnior et al., 2013). Contudo, importa referir que a literatura aponta para uma eventual bidirecionalidade na associação entre a administração de insulina e a qualidade de vida, ou seja, também uma baixa qualidade de vida poderá afetar o controlo metabólico através da redução da adesão ao regime terapêutico (Alba et al., 2016).

Pretendeu-se também avaliar as diferenças ao nível da qualidade de vida entre pessoas que aumentaram e as que mantiveram o nível de atividade física após o diagnóstico de diabetes. Neste sentido, verificou-se que pessoas que praticam exercício físico relatam melhor qualidade de vida. Estes resultados vão ao encontro do que é amplamente defendido na literatura, pois várias investigações têm demonstrado o impacto positivo da prática de exercício físico na promoção da qualidade de vida em pessoas com diabetes (Awotidebe et al., 2016). Contudo, constatou-se que pessoas com DM tipo 2 apresentam uma capacidade funcional inferior quando comparadas com a população em geral, devido às limitações físicas desenvolvidas em consequência do fraco controlo metabólico, da ocorrência de crises de hiperglicémia, e das complicações derivadas desta doença crónica (Awotidebe et al., 2016). Deste modo, Awotidebe et al. (2016), formulam uma nova reflexão em torno desta temática: será o exercício físico que constitui um preditor da qualidade de vida, ou serão os motivos implícitos que impedem as pessoas de aumentar o seu nível de atividade física, que contribuem para a essa diminuição? Esta questão desperta para a necessidade de explorar, em investigações futuras, o impacto espoletado por cada uma das temáticas no que concerne à avaliação subjetiva da qualidade de vida.

Apesar de ser preconizado na literatura que o diagnóstico e as consequências das complicações crónicas associadas à diabetes desempenham um papel importante na percepção da qualidade de vida (Alba et al., 2016), na presente investigação, não foram obtidos resultados corroborantes. Deste modo, constatou-se que não existem diferenças estatisticamente significativas entre estes dois grupos ao nível da qualidade de vida percebida. Contudo, segundo Estrada et al. (2012), o cálculo destas diferenças é sensível à frequência das complicações, motivo pelo qual o deterioro na qualidade de vida apenas se consegue constatar quando os utentes apresentam dois ou mais diagnósticos. No presente estudo apenas 35 pessoas (3.48%) revelaram ter sido diagnosticadas com alguma complicação associada à diabetes, tendo poucas delas identificado mais do que 2 diagnósticos, o que pode ter influenciado os resultados obtidos. A esta hipótese é acrescido, segundo os referidos autores, o facto de o tratamento em regime de ambulatório poder ser percebido como um preditor da baixa gravidade da sintomatologia associada a essas complicações e, consequentemente, da fraca ou inexistente associação com a qualidade de vida percebida.

No que concerne ao controlo regular dos níveis de glicémia no sangue e à adoção de uma alimentação saudável, também não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas ao nível da qualidade de vida percebida pelos diferentes grupos da amostra. No entanto, contrariamente aos resultados obtidos, numa investigação realizada por Araújo et al. (2013), quer o controlo metabólico, como também a adoção de um estilo de vida saudável influenciaram a forma como os indivíduos avaliaram o seu bem-estar. Tendo em conta as referências consultadas, e a falta de literatura consistente com estes resultados, pode-se especular que as especificidades da presente amostra, em torno do baixo nível educacional e da alta média de idades (que não permite a representatividades de todas as faixas etárias), pode ter contribuído para os participantes não perceberem a adoção de cuidados ao nível da alimentação e do controlo metabólico, como fatores preditores da sua qualidade de vida.

Recentemente, o estudo da associação entre a qualidade de vida e as perturbações mentais tem também sido alvo de interesse para diversos autores, na tentativa de explorar e melhorar a compreensão das variáveis em torno deste constructo. Assim, a investigação aponta consistentemente para a existência de uma maior prevalência de perturbações psicopatológicas em pessoas com diabetes quando comparadas com a população em geral (Ramos & Ferreira, 2011; Santos et al., 2014; Smith et al., 2013). De forma complementar, foi encontrado que o diagnóstico de ansiedade ou depressão em pessoas com esta doença crónica está associado ao deterioro da qualidade de vida percebida (Santos et al., 2014). No presente estudo, foram obtidos resultados congruentes com os referidos na literatura, tendo-se encontrado evidências de que a sintomatologia ansiosa e/ou depressiva se correlaciona negativamente com a qualidade de vida percebida da amostra.

Estes resultados têm sido amplamente corroborados e são vários os autores que se debruçam na discussão das causas e consequências implícitas na associação destas variáveis. Por um lado, estes valores são justificados com o impacto negativo das preocupações relativas aos sintomas, progressão e aos autocuidados constates exigidos pela diabetes (Grigsby et al., 2002; Smith et al., 2013). Por outro lado, diferentes autores defendem a existência de uma relação causal bidirecional entre as duas variáveis (Santos et al., 2014). Deste modo, é preconizado que não apenas a diabetes contribui para o desenvolvimento de sintomatologia psicopatológica, como também, segundo um estudo realizado por Diaz, Moreira, Haluch, Ravazzani, e Kusma (2016), o diagnóstico de perturbações mentais contribuiu para o maior impacto da diabetes ao nível do aumento das dificuldades de adesão ao tratamento e da maior propensão para o desenvolvimento de complicações clínicas associadas a mesma. No entanto, existe mais uma perspetiva possível para a análise dos resultados obtidos. Como referimos anteriormente neste capítulo, a prática de exercício físico está positivamente associada à qualidade de vida percebida em pessoas com diabetes. Dickerson et al. (2011), constataram, na sua investigação, o declínio notório na realização de exercício físico em pessoas com perturbações mentais graves comorbidas à diabetes. Estes resultados conduzem à reflexão sobre o impacto acrescido dos sintomas psicopatológicos ao nível da qualidade de

vida destes utentes, através da diminuição dos autocuidados necessários ao controlo da sintomatologia e ao nível do deterioro da percepção do número e severidade dos sintomas de ambos os quadros clínicos.

Através da análise individual dos resultados obtidos nos diferentes domínios do HADS, concluiu-se que os níveis de depressão exercem uma maior influência sobre a qualidade de vida, quando comparados com os níveis de ansiedade. Segundo o estado de arte, a sintomatologia depressiva está significativamente associada à maior severidade dos sintomas e consequências da diabetes, à diminuição dos autocuidados, e ainda à baixa percepção de apoio social (Araújo et al., 2013; Moreira et al., 2009; Santos et al., 2014). Deste modo, é possível hipotetizar sobre a importância do suporte social para a diminuição ou prevenção de sintomas depressivos, para a melhor gestão da diabetes e, conseqüentemente, para o aumento da qualidade de vida (Santos et al., 2014; Wang et al., 2015). Nesta linha, importa refletir mais uma vez sobre o impacto do estado marital na percepção da qualidade de vida, que parece ter contribuído para as diferenças constatadas no presente estudo. Ainda no que diz respeito ao apoio percebido, importa ainda salientar a satisfação revelada pela amostra desta investigação perante o apoio e qualidade dos profissionais e cuidados de saúde.

No que concerne à ansiedade, segundo os dados obtidos num estudo realizado por Santos et al. (2014), as perturbações de ansiedade também estão relacionadas com dificuldades de adesão ao tratamento, com o fraco controlo metabólico e, por seu turno, com a pior percepção de qualidade de vida. Segundo os referidos autores, os resultados parecem estar relacionados com as dificuldades de aceitação da diabetes e conseqüentemente com a ansiedade espoletada pelos autocuidados necessários ao controlo da mesma. Nesta linha, o fraco controlo metabólico pode ainda influenciar a percepção de qualidade de vida ao nível do aumento da vulnerabilidade para o desenvolvimento de complicações clínicas associadas à DM.

Tendo em conta a multiplicidade de abordagens em torno desta temática, importa refletir sobre a diversidade de relações bidirecionais em torno dos construtos estudados. Se por um lado a diabetes contribuiu para o desenvolvimento de sintomatologia psicopatológica, por outro lado, também esta contribuiu para a severidade desta doença crónica. Outra forma de influência passa pelo impacto que o diagnóstico de ansiedade ou depressão pode exercer ao nível da representação da doença (Paschalides et al., 2004). Assim, no presente estudo concluiu-se que a resposta emocional foi a dimensão do IPQ com maior nível de predição da qualidade de vida em pessoas com diabetes. Recorrendo a literatura recente, foi possível recolher evidências congruentes com os resultados obtidos. Nomeadamente, estudos que referem que a qualidade de vida vai depender da interpretação emocional subjetiva que cada pessoa faz sobre o seu estado de saúde, ou seja, uma pessoa que se considere saudável tende a apresentar melhor percepção de qualidade de vida (Araújo et al., 2013). Na presente investigação foi visível que, de um modo geral, a amostra revelou uma percepção de qualidade

de vida acima da média, o que, segundo os autores supracitados, poderá estar relacionado com as baixas médias obtidas pelos participantes no que concerne aos níveis de ansiedade e depressão vivenciados. Relativamente a esta correlação importa ainda salientar os resultados obtidos num estudo realizado por Mohamed et al. (2016), no qual se concluiu que pessoas emocionalmente afetadas pela diabetes se tornam mais vulneráveis ao desenvolvimento de sintomas psicopatológicos, tendendo a perceberem uma maior severidade dos sintomas relacionados com a DM.

Ainda no que diz respeito à representação emocional, também a preocupação revelou uma associação forte e negativa em relação ao constructo avaliado. Estes resultados são suportados por Yaraghchi, Rezaei, Mandegar, e Bagherian (2012), que descobriram uma forte associação entre o nível de preocupação e a severidade da sintomatologia, podendo este fator ser determinante ao nível da qualidade de vida percebida pelos utentes.

Relativamente à avaliação da dimensão do controlo pessoal, recolheram-se evidências que este se encontra forte, positiva e significativamente correlacionado com a qualidade de vida desses utentes. Segundo dados encontrados na literatura, a perceção de um bom controlo pessoal da diabetes está positivamente relacionado com a maior adesão à terapêutica, o aumento da autoeficácia perante os autocuidados e, o menor pessimismo relativo à progressão da doença e, desse modo, a uma melhor qualidade de vida percebida (Eiser et al., 2001; Mohamed et al., 2016). Para além do referido, um locus de controlo interno está associado ao maior investimento na compreensão da doença, estando também esse maior nível de compreensão da diabetes associado à maior adesão à terapêutica e melhor qualidade de vida (Mohamed et al., 2016). Estes resultados foram corroborado na presente investigação, onde se concluiu que o nível de compreensão da diabetes também se encontra positivamente correlacionado com a qualidade de vida. Para esta compreensão pode ter contribuído ainda a perceção maioritariamente satisfatória que os participantes revelaram, relativamente aos serviços de saúde prestados pelos profissionais de saúde, e pelas informações disponibilizadas pelos mesmos no que concerne à diabetes e ao seu tratamento.

Ao contrário do que é defendido por alguns autores, no que diz respeito à noção da cronicidade da diabetes e à perceção sobre as causas da mesma, não se evidenciaram correlações estatisticamente significativas. Segundo Mohamed et al. (2016), isto ocorre pelo facto de as consequências constituírem o principal foco de preocupação ao invés da duração da doença. Congruentemente, no presente estudo encontrou-se que a representação cognitiva relativa às consequências apresenta uma forte associação negativa com a qualidade de vida percebida pelos utentes.

Relativamente à avaliação da representação cognitiva da identidade da doença, também foi encontrado no presente estudo uma associação negativa com a qualidade de vida. Isto pode estar relacionado com o que é preconizado por Yaraghchi et al. (2012). Segundo os referidos

autores, representações de identidade negativas podem influenciar a percepção do número e da severidade dos sintomas da diabetes tendo repercussões ao nível da qualidade de vida. Por este motivo, se constatou na presente investigação que à medida que a percepção individual sobre o número e gravidade dos sintomas aumenta, a percepção de qualidade de vida tende a diminuir.

Assim, de um modo geral, foi possível corroborar as evidências de que as representações cognitivas e emocionais da diabetes têm um impacto significativo ao nível do bem-estar dos utentes e da qualidade de vida percebida pelos mesmos (Eiser et al., 2001; Yaraghchi et al., 2012).

Reportando-nos à análise geral dos múltiplos resultados obtidos, na presente investigação foi possível constatar que o diagnóstico de DM pode contribuir diretamente para a diminuição da qualidade de vida através não apenas do seu impacto a nível físico e comportamental, como também ao nível cognitivo e emocional, através das representações individuais e subjetivas de doença. Isto conduz à reflexão sobre o caráter fulcral da adoção de uma abordagem bio-psico-social que entende a pessoa enquanto ser idiossincrático que sente, pensa e se comporta de forma individual e interrelacionada. Deste modo, as variáveis estudadas revelaram estar associadas entre si, contribuindo para uma visão mais abrangente sobre o impacto desta doença crónica ao nível da qualidade de vida percebida pelos seus utentes. Em suma, se queremos compreender a realidade e o comportamento humano devemos estudar, investigar e intervir à luz da sua multidimensionalidade.

Os próximos capítulos terão como objetivo refletir sobre as principais limitações e contributos do presente estudo, uma vez que apenas o reconhecimento dos aspetos a melhorar e aprofundar e a divulgação do conhecimento científico alcançado permitem o desenvolvimento de novas investigações e a adoção de intervenções adaptadas.

5.2. Limitações da investigação

Tendo em conta a estruturação do documento e os resultados obtidos com a investigação, pensa-se que os objetivos delineados foram alcançados na sua generalidade e especificidade, tendo espoletado uma reflexão e contributo positivos para a investigação e intervenção nesta área.

Apesar da relevância da informação explorada e alcançada com este estudo, importa considerar algumas limitações que foram encontradas no decorrer da recolha, tratamento e análise de dados, e que devem ser tidas em consideração na interpretação dos resultados obtidos.

No que concerne ao protocolo de avaliação, o facto de o mesmo ser constituído por vários questionários de autorresposta pode, por um lado, ter contribuído para a não colaboração na investigação e, por outro lado, para o cansaço dos participantes na resposta a todos os itens. Todavia, importa referir que esta barreira tentou ser diminuída por parte dos investigadores, optando-se pela utilização de escalas breves que permitissem uma visão abrangente das temáticas em análise.

Relativamente ao processo de amostragem por conveniência, esta pode exercer impacto ao nível da representatividade da amostra e enviesamento dos dados obtidos, fatores a ter em consideração na generalização dos resultados a todas as pessoas diagnosticadas com diabetes. Ainda ao nível da impossibilidade de generalização dos resultados alcançados, importa referir também o facto de as informações terem sido recolhidas em duas unidades hospitalares pertencentes à cidade da Covilhã.

No que diz respeito às características dos participantes que constituem a presente amostra, importa considerar a média das idades e escolaridade. O facto de a média das idade dos participantes rondar os 67 anos de idade, e de a maioria da amostra ter até ao 4º ano de escolaridade, pode ter exercido impacto ao nível da compreensão e resposta aos itens. Nesta linha, importa referir que devido a problemas visuais ou auditivos, evidenciados por alguns participantes, ocasionalmente o protocolo foi respondido em formato de entrevista o que pode ter contribuído também para o enviesamento dos resultados devido à deseabilidade social das respostas.

Do ponto de vista metodológico, pensa-se que o reduzido número de participantes que constituem alguns grupos analisados podem ter impacto ao nível do enviesamento dos resultados obtidos, motivo pelo qual os mesmos deverão ser interpretados com alguma prudência.

Em investigações futuras, considera-se que seria pertinente a realização de estudos de carácter longitudinal que permitissem extrair a casualidade entre as variáveis estudadas e compreender o impacto da DM na qualidade de vida ao longo do tempo. Pensa-se ainda interessante delinear investigações com amostras constituídas pelo mesmo número de participantes com DM tipo 1 e DM tipo 2, com o objetivo de constatar e compreender possíveis diferenças ao nível da qualidade de vida e fatores relacionados entre estes dois grupos de pessoas. Seria ainda fulcral delinear investigações com criação de um grupo de controlo, com o objetivo de constatar as diferenças entre a qualidade de vida percebida entre pessoas com DM e pessoas sem esse diagnóstico. Neste aspeto, também seria interessante explorar as diferenças existentes entre pessoas submetidas a intervenções educativas no âmbito da DM e do seu tratamento.

Apesar das limitações encontradas ao longo desta investigação, considera-se que o presente estudo conseguiu responder aos objetivos propostos no início do documento através do

designe mais efetivo para esse efeito. Deste modo, a natureza transversal permitiu o estabelecimento de associações entre as variáveis em estudo, respondendo da melhor forma à questão de investigação, e hipóteses delineadas.

5.3. Implicações práticas

Em pleno século XXI, onde a investigação constitui uma área de interesse em constante crescimento, espera-se ainda que os resultados obtidos e os aspetos menos fortes deste trabalho, criem e estimulem o interesse pelo desenvolvimento de novas investigações que permitam aprofundar e melhorar o conhecimento científico sobre a DM e a sua vivência.

A amplificação dos conhecimentos em torno das características sociodemográficas e clínicas, bem como as variáveis que mais influenciam a qualidade de vida das pessoas diagnosticadas com diabetes, deve contribuir para o desenvolvimento de programas de intervenção direcionados para a promoção de uma vivência mais positiva desta doença crónica (Chibante et al., 2014; Megari, 2013).

Assim, tendo em consideração a aplicação prática dos resultados obtidos, afigura-se essencial o desenvolvimento de intervenções de carácter preventivo tendo em vista o impacto físico, psicológico, emocional, social e económico das doenças crónicas, como é o caso da DM (Miranzi et al., 2008). Estes programas de prevenção, para além de conseguirem abranger as pessoas em situações de risco, devem ser planeados, para a população em geral, tendo em conta a divulgação, prevenção e gestão daqueles que são considerados os principais fatores de risco para o desenvolvimento desta doença, nomeadamente: sedentarismo, alimentação desequilibrada, obesidade, comportamentos de risco (e.g., hábitos tabágicos e alcoólicos) (Miranzi et al., 2008).

Contudo, muitas vezes as intervenções de carácter preventivo não chegam atempadamente. Assim, após o diagnóstico de DM, atendendo à multidimensionalidade que o conceito de qualidade de vida abrange e ao carácter multifatorial desta doença crónica, devem ser desenvolvidas intervenções interdisciplinares capazes de atuar ao nível bio-psico-social (Ozdemir et al., 2011; Souza et al., 1997; Vinaccia & Orozco, 2005).

Como foi possível concluir através dos resultados obtidos na presente investigação, a comorbilidade de diagnósticos de perturbações mentais na diabetes contribui para o agravamento da sintomatologia e prognóstico de ambos os quadros clínicos. Para além do referido, estamos perante uma relação causal bidirecional entre as duas variáveis (Santos et al., 2014). Neste sentido, diversos autores preconizam que não só os sintomas psicopatológicos influenciam negativamente a diabetes e a qualidade de vida, como também a diabetes aumenta a predisposição para o desenvolvimento de psicopatologias, como a ansiedade e a depressão (Dickerson et al., 2011; Faria et al. 2013; Issa et al., 2007; Ozdemir

et al., 2011; Romero et al., 2010). Por este motivo, revela-se fundamental a presença de um psicólogo na composição das equipas multidisciplinares de intervenção da DM (Becker & Heleno, 2015; Romero et al., 2010).

Por um lado, a intervenção psicológica na diabetes permitiria criar um espaço de partilha, suporte e ventilação emocional (Ramos & Ferreira, 2011). Algo importante desde um primeiro momento, de forma a validar os sentimentos implicados no diagnóstico, promover a aceitação da doença e ainda valorizar a adesão à terapêutica (Diaz et al., 2016). Por outro lado, este tipo de intervenção iria promover o desenvolvimento de estratégias de *coping* adequadas na gestão emocional, cognitiva e comportamental da diabetes (Imayama et al., 2011; Ramos & Ferreira, 2011).

Como também foi evidenciado pelos resultados obtidos na presente investigação, as representações de doença influenciam significativamente a qualidade de vida dos utentes. Deste modo, é defendido na literatura que a intervenção a nível psicológico permitiria também a adaptação e alteração das representações emocionais e cognitivas disfuncionais relativamente à diabetes e respetivo tratamento (Yaraghchi et al., 2012), algo que está associado, segundo Mohamed et al. (2016) à redução do número e severidade dos sintomas percebidos. Isto acontece na medida em que uma pessoa com uma representação positiva de doença é capaz de refletir crítica e realisticamente sobre a mesma, envolvendo-se ativamente no tratamento e promovendo, conseqüentemente, uma melhor qualidade de vida percebida (Yaraghchi et al., 2012).

Este acompanhamento psicológico na diabetes permitiria não apenas a prevenção do desenvolvimento de perturbações mentais, como também a identificação precoce de sintomas psicopatológicos, contribuindo desse modo positivamente para a qualidade de vida percebida destes utentes (Santos et al., 2014).

Uma possível estratégia de intervenção a este nível passa pela psicoeducação sobre a diabetes e o seu tratamento. Esta revela-se fundamental na consciencialização sobre as causas, sintomas, conseqüências, e importância da adoção de um papel ativo no tratamento da DM, desmistificando desse modo, possíveis crenças preexistentes (Becker & Heleno, 2015). Segundo Martins et al. (1996) “a doença seja ela aguda ou crônica, é uma experiência bastante complexa e individualizada” (p.15). Assim, um aspecto fulcral em todas as estratégias de intervenção delineadas é a importância de serem capazes de atender à idiosincrasia de cada pessoa e vivência.

Conclusão

A presente investigação surgiu no âmbito do Projeto CRON/PFT 2014, que pretende contribuir para o desenvolvimento de conhecimento científico capaz de basilar estratégias de intervenção na doença, através do estudo da doença crónica e saúde mental. Nesta linha de investigação, este trabalho preconizou, enquanto objetivo geral, avaliar a qualidade de vida numa amostra de pessoas diagnosticadas com Diabetes Mellitus.

De um modo geral, os sujeitos em seguimento nas consultas de diabetologia do CHCB e do Centro de Saúde da Covilhã, revelaram uma qualidade de vida acima da média quando comparados com os resultados obtidos no estudo oficial de validação da escala. No entanto, ficaram evidentes diferenças estatisticamente significativas ao nível da qualidade de vida tendo em conta o género, estado civil, situação profissional e habilitações literárias. Congruentemente, no que concerne à análise das características clínicas, também se encontraram diferenças ao nível do constructo avaliado tendo em conta a administração de insulina, a prática de exercício físico e o diagnóstico de outros problemas de saúde (físicos ou mentais) crónicos. De um modo genérico, a literatura corroborou muitas das diferenças encontradas tendo por base vulnerabilidades ao nível da adesão ao tratamento e autocuidados na DM, seja pelo nível de compreensão, preocupação, impacto emocional ou apoio social percebido.

Consistentemente, os resultados obtidos relacionaram-se com os níveis de ansiedade e depressão. Tal como é amplamente preconizado na literatura, encontraram-se evidências neste estudo, de que a sintomatologia ansiosa e/ou depressiva se correlaciona negativamente com a qualidade de vida percebida da amostra. Assim, de modo complementar, também nos dados provenientes do IPQ, a resposta emocional foi a dimensão com maior nível de predição da qualidade de vida em pessoas com diabetes. A preocupação, dimensão da representação de doença que revelou estar fortemente associada aos resultados obtidos sobre as diferenças entre as características sociodemográficas e clínicas ao nível da qualidade de vida, revelou uma associação forte e negativa em relação ao constructo avaliado. Estes dados revelaram que quanto maiores forem os níveis de preocupação com a diabetes e o seu tratamento, menor tende a ser a qualidade de vida percebida pelos utentes. Os resultados obtidos através do IPQ permitiram também concluir que pessoas com locus de controlo interno apresentam um maior investimento na compreensão da doença e adesão à terapêutica, motivo pelo qual maiores níveis de escolaridades e consequentemente maior compreensão da doença, tratamento e importância dos autocuidados estão associados a melhor qualidade de vida percebida.

Os crescentes esforços e avanços na área da medicina, que permitiram o exponencial aumento da esperança média de vida da população em geral, devem ser direcionados agora para a criação e desenvolvimento de intervenções adequadas e adaptadas que permitam a

promoção, em simultâneo, da qualidade de vida das pessoas (Ozdemir et al., 2011). Isto porque, mais do que viver em quantidade de anos, importa realmente viver com qualidade de vida.

Bibliografia

- Abubakari, A. R., Jones, M. C., Lauder, W., Kirk, A., Anderson, J., Devendra, D., & Naderali, E. K. (2013). Ethnic differences and socio-demographic predictors of illness perceptions, self-management, and metabolic control of type 2 diabetes. *International Journal of General Medicine*, 6, 617-628.
- Machado-Alba, J. E., Medina-Morales, D. A., & Echeverri-Catano, L. F. (2016). Evaluation of the quality of life of patients with diabetes mellitus treated with conventional or analogue insulins. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 116, 237-243.
- Almeida, S. A., Silveira, M. M., Santo, P. F., Pereira, R. C., & Salomé, G. M. (2013). Assessment of the quality of life of patients with diabetes mellitus and foot ulcers. *Revista Brasileira de Cirurgia Plástica*, 28(1), 142-143.
- Amorim, I. L., & Coelho, R. (2008). Diabetes Mellitus Tipo 2 e Sintomas Psicopatológicos. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 9(2), 319-333.
- Araújo, A. F., Souza, M. E., & Menezes, C. A. (2008). Qualidade de Vida e Aspectos Socioeconômicos em Diabetes Tipo 1. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia*, 52(7), 1124-1130.
- Araújo, K. O., Andrade, A. N., Costa, T. S., Freitas, M. A., Nascimento, M. M., & Silva, E. N. (2013). Avaliação da Qualidade de Vida de Portadores de Diabetes Mellitus Tipo 2. *Revista de Enfermagem*, 7(9), 5583-5589.
- American Diabetes Association. (2003). Standards of Medical Care for Patients With Diabetes Mellitus. *Clinical Diabetes*, 21(1), 27-37.
- American Diabetes Association. (2016). Classification and Diagnosis of Diabetes. *Diabetes Care*, 39(1), 13-22.
- American Diabetes Association. (2016). Prevention or Delay of Type 2 Diabetes. *Diabetes Care*, 39(1), 36-38.
- Awotidebe, T. O., Adedoyin, R. A., Oke, K. I., Ativie, R. N., Opiyo, R., . . ., Afolabi, M. A. (2016). Relationship between functional capacity and health-related quality of life of patients with type-2 diabetes. *Diabetes & Metabolic Syndrome: Clinical Research & Reviews*, 1-5.

- Bannier, K., Lichtenauer, M., Franz, M., Fritzenwanger, M., Kabisch, B., . . . , Jung, C. (2015). Impact of diabetes mellitus and its complications: survival and quality-of-life in critically ill patients. *Journal of Diabetes and Its Complications*, 29, 1130-1135.
- Becker, N. B., & Heleno, M. G. (2015). Diabetes Mellitus tipo 2: Qualidade de vida, educação e equilíbrio psíquico. *Omnia*, 3, 87-92.
- Bjelland, I., Dahl, A. A., Haug, T. T., & Neckelmann, D. (2002). The validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale An updated literature review. *Journal of Psychosomatic Research*, 52, 69-77.
- Boarolli, M., Ferreira, N. C., Bavaresco, D. V., Felipe, D. F., & Amboni, G. (2014). Manifestações psiquiátricas e possíveis danos cognitivos em pacientes diabéticos tipo II. *Revista Iniciação Científica*, 12(1), 134-143.
- Botega, N. J., Bio, M. R., Zomignani, M. A., Garcia, C., & Pereira, W. A. (1995). Transtornos do humor em enfermaria de clínica médica e validação de escala de medida (HAD) de ansiedade e depressão. *Revista de Saúde Pública*, 29(5), 355-363.
- Broadbent, E., Donkin, L., & Stroh, J. C. (2011). Illness and Treatment Perceptions Are Associated With Adherence to Medications, Diet, and Exercise in Diabetic Patients. *Diabetes Care*, 34, 338-340.
- Broadbent, E., Petrie, K. J., Main, J., & Weinman, J. (2006). The Brief Illness Perception Questionnaire. *Journal of Psychosomatic Research*, 60, 631-637.
- Câmara, A. M., Melo, V. L., Gomes, G. P., Pena, B. C., . . . , Victorino, L. R. (2012). Percepção do Processo Saúde-doença: Significados e Valores da Educação em Saúde. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 36(1), 40-50.
- Canavarro, M. C. (2010). Qualidade de vida: Significados e níveis de análise. In M. C. Canavarro, & A. V. Serra, *Qualidade de vida e saúde: Uma abordagem na perspectiva da Organização Mundial de Saúde* (pp. 3-22). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Canavarro, M. C., Simões, M. R., Serra, A. V., Pereira, M., Rijo, D., . . . , Carona, C. (2003). WHOQOL-BREF: Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde. In M. R. Simões, C. Machado, M. M. Gonçalves, & L. S. Almeida, *Avaliação Psicológica: Instrumentos validados para a População Portuguesa* (pp. 77-100). Coimbra: Quarteto.
- Chen, G., Iezzi, A., McKie, J., Khan, M. A., & Richardson, J. (2015). Diabetes and quality of life: Comparing results from utility instruments and Diabetes-39. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 109, 326-333.

- Chibante, C. L., Sabóia, V. M., Teixeira, E. R., & Silva, J. L. (2014). Qualidade de vida de pessoas com diabetes mellitus. *Revista Baiana de Enfermagem*, 28(3), 235-243.
- Daen, S. T. (2011). Tipos de investigación científica. *Revista de Actualización Clínica*, 9, 621-624.
- Sociedade Portuguesa de Diabetologia. (2015). *Diabetes: Factos e Números - O Ano de 2014*. Lisboa: Observatório Nacional da Diabetes.
- Diaz, N., Moreira, P. B., Haluch, R. F., Ravazzani, A. C., & Kusma, S. Z. (2016). The impact of diabetes mellitus in quality of life. *Revista Médica da Universidade Federal do Paraná*, 3(1), 5-12.
- Dickerson, F., Wohlheiter, K., Medoff, D., Fang, L., Kreyenbuhl, J., . . . , Dixon, L. (2011). Predictors of quality of life in type 2 diabetes patients with schizophrenia, major mood disorder, and without mental illness. *Quality of Life Research*, 20, 1419-1425.
- Duarte, N., & Gonçalves, A. (2011). Pé diabético. *Angiologia e Cirurgia Vasculare*, 7(2), 65-79.
- Eiser, J. R., Riazi, A., Eiser, C., Hammersley, S., & Tooke, J. E. (2001). Predictors of psychological well-being in types 1 and 2 diabetes. *Psychology & Health*, 16(1), 99-110.
- Estrada, J. G., Strauss, A. M., Beltrán, C. A., Baltazar, R. G., & Moreno, M. P. (2012). La calidad de vida en adultos con diabetes mellitus tipo 2 en centros de salud de Guadalajara, Jalisco (México). *Revista Científica Salud Uninorte*, 28(2), 264-275.
- Evans, J. (2007). Quantitative methods of inquiry. In J. Evans, *Your Psychology Project the Essential Guide* (pp. 97-114). London: SAGE Publications.
- Faria, H. T., Veras, V. S., Xavier, A. T., Teixeira, C. R., Zanetti, M. L., & Santos, M. A. (2013). Qualidade de Vida de Pacientes com Diabetes Mellitus Antes e Após Participação em Programa Educativo. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 47(2), 348-354.
- Ferreira, F. S., & Santos, C. B. (2009). Qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes diabéticos atendidos pela equipe saúde da família. *Revista de Enfermagem*, 17(3), 406-411.
- Fisher, E. B., Chan, J. C., Nan, H., Sartorius, N., & Oldenburg, B. (2012). Co-occurrence of diabetes and depression: Conceptual considerations for an emerging global health challenge. *Journal of Affective Disorders*, 142(1), 56-66.

- Fleck, M. P., Louzada, S., Xavier, M., Chachamovich, E., Vieira, G., Santos, L., & Pinzon, V. (2000). Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref". *Revista de Saúde Pública*, 34(2), 178-183.
- Franz, M. J., & Wylie-Rosett, J. (2007). The 2006 American Diabetes Association Nutrition Recommendations and Interventions for the Prevention and Treatment of Diabetes. *Diabetes Spectrum*, 20(1), 49-52.
- Jódar-Gimeno, E., Álvarez-Guisasola, F., Ávila-Lachica, L., Palomares-Ortega, R., Roldán-Suárez, C., & Lizán-Tudela, L. (2015). Quality of life and fear for hypoglycemia in patients with type 2 diabetes mellitus. *Revista Clínica Española*, 2, 91-97.
- Grigsby, A. B., Anderson, R. J., Freedland, K. E., Clouse, R. E., & Lustman, P. J. (2002). Prevalence of anxiety in adults with diabetes: A systematic review. *Journal of Psychosomatic Research*, 53, 1053-1060.
- Gross, J. L., Silveiro, S. P., Camargo, J. L., Reichelt, A. J., & Azevedo, M. J. (2002). Diabetes Mellito: Diagnóstico, Classificação e Avaliação do Controle Glicêmico. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia*, 46(1), 16-26.
- Hahl, J., Hamalainen, H., Sintonen, H., Simell, T., Arinen, S., & Simell, O. (2002). Health-related quality of life in type 1 diabetes without or with symptoms of long-term complications. *Quality of Life Research*, 11, 427-436.
- Hall, P. A., Rodin, G. M., Vallis, T. M., & Perkins, B. A. (2009). The consequences of anxious temperament for disease detection, self-management behavior, and quality of life in Type 2 diabetes mellitus. *Journal of Psychosomatic Research*, 67, 297-305.
- Harvey, J. N., & Lawson, V. L. (2008). The importance of health belief models in determining self-care behaviour in diabetes. *Diabetic Medicine*, 26, 5-13.
- Hayes, A., Arima, H., Woodward, M., Chalmers, J., Poulter, N., Hamet, P., & Clarke, P. (2016). Changes in Quality of Life Associated with Complications of Diabetes: Results from the ADVANCE Study. *Value in Health*, 19, 36-41.
- Hernández, A. Q., Granja, L. L., Serrano, V. C., Luna, J. A., Leyva, P. M., & Moreno, A. Q. (2000). La calidad de vida del paciente diabético. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 16(1), 50-60.
- Herrmann, C. (1997). International experiences with the hospital anxiety and depressive scale - a review of validation data and clinical results. *Journal of Psychosomatic Research*, 42(1), 17-41.

- Internacional Diabetes Federation. (2015). IDF Diabetes Atlas Seventh Edition 2015. Internacional Diabetes Federation.
- Instituto Nacional de Estatística (2016). *Inquérito Nacional de Saúde 2014*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística.
- Imayama, I., Plotnikoff, R. C., Courneya, K. S., & Johnson, J. A. (2011). Determinants of quality of life in type 2 diabetes population: the inclusion of personality. *Quality of Life Research*, 20, 551-558.
- Issa, B. A., Yussuf, A. D., & Baiyewo, O. (2007). The association between psychiatric disorders and quality of life of patients with diabetes mellitus. *Iran Journal of Psychiatry*, 2(1), 30-34.
- Johnston, M., Pollard, B., & Hennessey, P. (2000). Construct validation of the hospital anxiety and depression scale with clinical populations. *Journal of Psychosomatic Research*, 48, 579-584.
- Joshi, S., Dhungana, R. R., & Subba, U. K. (2015). Illness Perception and Depressive Symptoms among Persons with Type 2 Diabetes Mellitus: An Analytical Cross-Sectional Study in Clinical Settings in Nepal. *Journal of Diabetes Research*, 1-10.
- Júnior, A. J., Heleno, M. G., & Lopes, A. P. (2013). Qualidade de vida e controle glicêmico do paciente portador de Diabetes Mellitus tipo 2. *Revista Psicologia e Saúde*, 5(2), 102-108.
- Katon, W. J. (2008). The Comorbidity of Diabetes Mellitus and Depression. *NIH Public Access*, 11(2), 8-15.
- Khuwaja, A. K., Lalani, S., Dhanani, R., Azam, I. S., Rafique, G., & White, F. (2010). Anxiety and depression among outpatients with type 2 diabetes: A multi-centre study of prevalence and associated factors. *Diabetology & Metabolic Syndrome*, 2(72), 1-7.
- Kohen, D., Burgess, A. P., Catalán, J., & Lant, A. (1998). The role of anxiety and depression in quality of life and symptom reporting in people with diabetes mellitus. *Quality of Life Research*, 7, 197-204.
- Mantovani, M. F., Mendes, F. R., Ulbrich, E. M., Bandeira, J. M., Fusuma, F., & Gaio, D. M. (2011). As representações dos usuários sobre a doença crónica e a prática educativa. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 32(4), 662-668.
- Marcelino, D. B., & Carvalho, M. D. (2005). Reflexões sobre o Diabetes Tipo 1 e sua Relação com o Emocional. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 18(1), 72-77.

- Maroco, J. (2003). *Análise estatística com utilização do SPSS*. Lisboa: Sílabo.
- Martín, E., Querol, M., Larsson, C., Renovell, M., & Leal, C. (2007). Evaluación psicológica de pacientes con diabetes mellitus. *Avances en Diabetología*, 23 (2), 88-93.
- Martins, C. (2011). *Manual de Análise de Dados Quantitativos com recurso ao IBM SPSS: Saber decidir, fazer, interpretar e redigir*. Braga: Psiquilíbrios edições.
- Martins, L. M., França, A. P., & Kimura, M. (1996). Qualidade de vida de pessoas com doença crónica. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 4(3), 5-18.
- Mclellan, K. C., Barbalho, S. M., Cattalini, M., & Lerario, A. C. (2007). Diabetes mellitus do tipo 2, síndrome metabólica e modificação no estilo de vida. *Revista de Nutrição*, 20(5), 515-524.
- Megari, K. (2013). Quality of life in chronic disease patients. *Health Psychology Research*, 1(27), 1-6.
- Miranzi, S. S., Ferreira, F. S., Iwamoto, H. H., Pereira, G. A., & Miranzi, M. A. (2008). Qualidade de Vida de Indivíduos com Diabetes Mellitus e Hipertensão Acompanhados por uma Equipe de Saúde da Família. *Texto Contexto Enfermagem*, 17(4), 672-679.
- Mohamed, R. A., Ibrahim, N., Budin, S. B., Omar, A. M., Kamaruddin, N. A., & Ismail, R. (2016). Inter-relationship of illness perception, personality and quality of life among type 2 diabetes patients: a cross sectional survey. *The social science*, 11(3), 234-241.
- Moreira, O. R., Amâncio, A. P., Brum, H. R., Vasconcelos, D. L., & Nascimento, G. F. (2009). Sintomas depressivos e qualidade de vida em pacientes diabéticos tipo 2 com polineuropatia distal diabética. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia*, 53(9), 1103-1111.
- Morris, S. F., & Wylie-Rosett, J. (2010). Medical Nutrition Therapy: A Key to Diabetes Management and Prevention. *Clinical Diabetes*, 28(1), 12-18.
- Moss-Morris, R., Weinman, J., Petrie, K., Horne, R., Cameron, L., & Buick, D. (2002). The Revised Illness Perception Questionnaire (IPQ-R). *Psychology and Health*, 17(1), 1-16.
- Oladeji, B. D., & Gureje, O. (2013). The Comorbidity between Depression and Diabetes. *Current Psychiatry Reports*, 15, 1-8.
- Oliveira, D., & Pereira, M. G. (2012). Representações da doença, ajustamento conjugal e adesão aos autocuidados e controlo metabólico em diabéticos tipo 2. *Revista Interamericana de Psicología*, 46(3), 357-364.

- Ozdemir, I., Hocaoglu, Ç., Koçak, M., & Ersoz, H. O. (2011). Quality of life and psychiatric symptoms in the patients with type 2 diabetes mellitus. *Journal of Psychiatric and Neurological Sciences*, 24(2), 128-1238.
- Paschalides, C., Wearden, A. J., Dunkerley, R., Bundy, C., Davies, R., & Dickens, C. M. (2004). The associations of anxiety, depression and personal illness representations with glycaemic control and health-related quality of life in patients with type 2 diabetes mellitus. *Journal of Psychosomatic Research*, 57, 557-564.
- Pereira, M. G., Pedras, S., & Machado, J. C. (2012). Adaptação do Questionário de Adesão à Medicação numa amostra de Pacientes Portugueses com Diabetes Tipo 2. *Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*, 15(2), 148-166.
- Perwitasari, D. A., & Urbayatun, S. (2016). Treatment Adherence and Quality of Life in Diabetes Mellitus Patients in Indonesia. *SAGE Open*, 1-7.
- Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2005). *Análise de Dados para Ciências Sociais - A Complementaridade do SPSS*. Lisboa: Sílabo.
- Ramos, L., & Ferreira, E. A. (2011). Fatores emocionais, qualidade de vida e adesão ao tratamento em adultos com diabetes tipo 2. *Revista Brasileira de Crescimento Desenvolvimento Humano*, 21(3), 867-877.
- Renn, B. N., Feliciano, L., & Segal, D. L. (2011). The bidirectional relationship of depression and diabetes: A systematic review. *Clinical Psychology Review*, 31, 1239-1246.
- Rodríguez, L. M., & Plata, G. E. (2015). La calidad de vida percibida en pacientes diabéticos tipo 2. *Investigación en enfermería: Imagen y desarrollo*, 17(1), 131-148.
- Romero, A. M., Ortiz, M. T., & Navas, M. S. (2010). Predictores de la calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 1. *Clínica y Salud*, 21(1), 35-47.
- Roy, T., & Lloyd, C. E. (2012). Epidemiology of depression and diabetes: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 142(1), 8-21.
- Rubin, R. R., & Peyrot, M. (1999). Quality of Life and Diabetes. *Diabetes/Metabolism Research and Reviews*, 15, 205-218.
- Sá, R. C., Navas, E. A., & Alves, S. R. (2014). Diabetes Mellitus: avaliação e controle através da glicemia em jejum e hemoglobina glicada. *Univap*, 20(35), 15-23.
- Sales, G. P., & Ferreira, T. F. (2011). Aplicação do questionário "WOQOL-Bref" para avaliação da qualidade de vida nos participantes do projeto de promoção em saúde corra pela

vida de São Roque do Canaã/es. *Revista Brasileira de Prescrição e Fisiologia do Exercício*, 5(28), 366-374.

- Salvotelli, L., Stoico, V., Perrone, F., Cacciatori, V., Negri, C., . . ., Zoppini, G. (2015). Prevalence of neuropathy in type 2 diabetic patients and its association with other diabetes complications: The Verona Diabetic Foot Screening Program. *Journal of Diabetes and Its Complications*, 29, 1066-1070.
- Sánchez, B. M., Trujillo, G. Z., Alejo, D. P., Álvarez, E. C., Hernández, J. L., & Valladares, T. B. (2008). Calidad de vida en el paciente diabético. *Revista Electrónica de las Ciencias Médicas en Cienfuegos*, 6(3), 22-28.
- Santos, M. A., Ceretta, L. B., Réus, G. Z., Abelaira, H. M., Jornada, L. K., . . ., Quevedo, J. (2014). Anxiety disorders are associated with quality of life impairment in patients with insulin-dependent type 2 diabetes: a case-control study. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 36, 298-304.
- Sapkota, S., Brien, J. E., Greenfield, J. R., & Aslani, P. (2015). A Systematic Review of Interventions Addressing Adherence to Anti-Diabetic Medications in Patients with Type 2 Diabetes—Components of Interventions. *Plos one*, 10(6), 1-30.
- Schram, M. T., Baan, C. A., & Pouwer, F. (2009). Depression and Quality of Life in Patients with Diabetes: A Systematic Review from the European Depression in Diabetes (EDID) Research Consortium. *Current Diabetes Reviews*, 5, 112-119.
- Searlea, A., Norman, P., Thompson, R., & Vedhara, K. (2007). Illness representations among patients with type 2 diabetes and their partners: Relationships with self-management behaviors. *Journal of Psychosomatic Research*, 63, 175-184.
- Sepúlveda, E., Poínhos, R., Constante, M., Pais-Ribeiro, J., Freitas, P., & Carvalho, D. (2015). Health-related quality of life in type I and type 2 diabetic patients in a Portuguese central public hospital. *Diabetes, Metabolic Syndrome and Obesity: Targets and Therapy*, 8, 219-226.
- Serra, A. V., Canavarro, M. C., Simões, M., Pereira, M., Gameiro, S., . . ., Paredes, T. (2006). Estudos psicométricos do instrumento avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-Bref) para Português de Portugal. *Psiquiatria Clínica*, 27(1), 41-49.
- Shahi, M., & Mohammadyfar, M. A. (2016). Comparison of depression, anxiety, stress, quality of life, and alexithymia between people with type II diabetes and non-diabetic counterparts. *Personality and Individual Differences*, 104, 64-68.

- Shamshirgaran, S. M., Ataei, J., Alamdari, M. I., Safaeian, A., & Aminisani, N. (2016). Predictors of health-related quality of life among people with type II diabetes Mellitus in Ardabil, Northwest of Iran, 2014. *Primary Care Diabetes*, 10, 244-250.
- Sharry, J. M., Moss-Morris, R., & Kendrick, T. (2011). Illness perceptions and glycaemic control in diabetes: a systematic review with meta-analysis. *Diabetic Medicine*, 1300-1310.
- Shrivastava, S. R., Shrivastava, P. S., & Ramasamy, J. (2013). Role of self-care in management of diabetes mellitus. *Journal of Diabetes & Metabolic Disorders*, 12(14), 1-5.
- Siddiqui, S. (2014). Depression in type 2 diabetes mellitus-A brief review. *Diabetes & Metabolic Syndrome: Clinical Research & Reviews*, 8, 62-65.
- Sikdar, K. C., Wang, P. P., MacDonald, D., & Gadag, V. G. (2010). Diabetes and its impact on health-related quality of life: a life table analysis. *Quality of Life Research*, 19, 781-787.
- Silva, I. L. (2006). Humor Negativo e Diabetes. In I. L. Silva, *Psicologia da Diabetes* (pp. 95-115). Coimbra: Quarteto.
- Silva, I., Pais-Ribeiro, J., Cardoso, H., & Ramos, H. (2003). Qualidade de vida e complicações crónicas da diabetes. *Análise Psicológica*, 2(21), 185-194.
- Smith, K. J., Béland, M., Clyde, M., Gariépy, G., Pagé, V., . . ., Schmitz, N. (2013). Association of diabetes with anxiety: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research*, 74, 89-99.
- Snaith, R. P. (2003). The Hospital Anxiety And Depression Scale. *Health and Quality of Life Outcomes*, 1(29), 1-4.
- Sousa, C., & Pereira, M. G. (2008). Morbilidade Psicológica e Representações da Doença em Pacientes com Esclerose Múltipla: Estudo de Validação da "Hospital Anxiety And Depression Escala" (HADS). *Psicologia, Saúde & Doenças*, 9(2), 283-298.
- Souza, T. T., Santini, L., Wada, S. A., Vasco, C. F., & Kimura, M. (1997). Qualidade de vida da pessoa diabética. *Escola de Enfermagem da USP*, 31(1), 150-164.
- Stanton, A. L., Revenson, T. A., & Tennen, H. (2007). Health Psychology: Psychological Adjustment to Chronic Disease. *Annual Review of Psychology*, 58, 565-592.
- Tavakol, M., & Dennick, R. (2011). Making sense of Cronbach's alpha. *International Journal of Medical Education*, 2, 53-55.

- Serra, A. V. (2010). Qualidade de vida e saúde. In M. C. Canavarro, & A. V. Serra, *Qualidade de vida e saúde: Uma abordagem na perspectiva da Organização Mundial de Saúde* (pp. 23-54). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Vinaccia, S., & Orozco, L. M. (2005). Aspectos psicosociales asociados con la calidad de vida de personas con enfermedades crónicas. *Perspectivas en Psicología*, 1(2), 125-137.
- Wagner, E. H. (1998). Chronic Disease Management: What Will It Take To Improve Care for Chronic Illness? *Effective Clinical Practice*, 1, 2-4.
- Walker, R. J., Lynch, C. P., Williams, J. S., Voronca, D., & Egede, L. E. (2015). Meaning of illness and quality of life in patients with type 2 diabetes. *Journal of Diabetes and Its Complications*, 29, 665-669.
- Wang, J., He, M., & Zhao, X. (2015). Depressive Symptoms, Family Functioning and Quality of Life in Chinese Patients with Type 2 Diabetes. *Canadian Journal of Diabetes*, 39, 507-512.
- Weinman, J., Petrie, K., Moss-Morris, R., & Horne, R. (1996). The illness perception questionnaire: a new method for assessing the cognitive representations of illness. *Psychology and Health*, 11, 431-441.
- Yaraghchi, A., Rezaei, O., Mandegar, M. H., & Bagherian, R. (2012). The relationship between Illness perception and quality of life in Iranian patients with coronary artery bypass graft. *Social and Behavioral Sciences*, 46, 3329-3334.

Anexos

Anexo I: Consentimento Informado



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR
Faculdade de Ciências Sociais e Humanas
Departamento de Psicologia e Educação

PROJETO CRON/PFT2014

Doença Crónica e Saúde Mental: Variáveis psicossociais, familiares e do contexto de trabalho

MEMBROS DA EQUIPA: Ana Isabel Cunha, Marta Pereira Alves, Cláudia Mendes Silva e Paula Carvalho
Docentes do Departamento de Psicologia e Educação | UBI

Objetivos Gerais: Esta investigação pretende contribuir para o desenvolvimento de conhecimento científico que suporte a definição de estratégias de intervenção na doença, com vista a melhorar a adaptação e bem-estar psicológico do(a)s doentes, focalizando-se em diferentes níveis e contextos.

Papel dos participantes: Responder a um conjunto de questionários acerca de diferentes áreas, como vida familiar, variáveis do contexto de trabalho e qualidade de vida.

Os dados fornecidos são absolutamente confidenciais e serão tratados apenas coletivamente, de forma a garantir o anonimato dos participantes. Os questionários não terão nenhum elemento que permita a sua identificação pessoal. Em qualquer momento e por qualquer motivo (inclusive se sentir a sua privacidade invadida) é possível desistir de colaborar neste projeto, sem que por isso seja prejudicado no atendimento clínico que lhe é disponibilizado. O preenchimento dos questionários será efetuado num único momento e terá a duração de cerca de 20 minutos.

Papel dos investigadores: Os investigadores deste projeto comprometem-se a: a) Garantir total confidencialidade sobre os dados que forem fornecidos pelos participantes; b) Utilizar os dados fornecidos pelos participantes somente para fins de investigação (os resultados têm unicamente valor coletivo e serão apenas tratados como um todo).

CONSENTIMENTO INFORMADO

Declaro que li e compreendi a informação sobre a participação neste estudo e que tive oportunidade de colocar questões que me esclareceram sobre todos os procedimentos. Assim, de forma livre e esclarecida, declaro consentir a minha participação, nos termos acima enunciados, respondendo a um conjunto de questionários, sendo que a informação

recolhida será anónima, confidencial e tratada coletivamente pela equipa responsável por este projeto de investigação.

Agradecendo a participação e disponibilidade, solicitamos que assine o presente documento.

Nome do participante: _____ Assinatura: _____ Data: _____

Declaro que informei o participante dos objetivos e propósito do trabalho e respondi a todas as questões e dúvidas apresentadas.

Nome do co-investigador: _____ Assinatura: _____ Data: _____