



MARIA ISABEL SOARES PARENTE LAJOSO AMORIM

QUALIDADE DE VIDA E *COPING* NA DOENÇA CRÓNICA

Um estudo em diabéticos não insulín dependentes

FACULDADE DE MEDICINA

UNIVERSIDADE DO PORTO

1999

M. Amorim
96

Maria Isabel Soares Parente Lajoso Amorim

QUALIDADE DE VIDA E *COPING* NA DOENÇA CRÓNICA

Um estudo em diabéticos não insulino-dependentes

Porto, 1999

Dissertação de Mestrado em
Psiquiatria e Saúde Mental
apresentada à
Faculdade de Medicina da Universidade do Porto
Orientador Professor Doutor Rui Coelho

SIGLAS

DGS – Direcção Geral da Saúde

DM – Diabetes Mellitus

DMID – Diabetes Mellitus Insulinodependente

DMNID - Diabetes Mellitus Não Insulinodependente

OMS – Organização Mundial de Saúde

QV – Qualidade de Vida

QVRS – Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde

Ao António, à Ana e à Maria João
Pelo tempo e compreensão proporcionados

Agradecimentos

O presente trabalho só se tornou realidade graças ao contributo de várias pessoas a quem devemos o nosso agradecimento.

Ao Professor Doutor Rui Coelho orientador da presente Dissertação pelo seu incentivo e sugestões.

Ao Dr. Rui Teixeira e à Dra. Elizabete Ramos pelos contributos informáticos e estatísticos e todo o apoio proporcionado.

Aos Enfermeiros do Centro de Saúde de Darque pela preciosa colaboração na distribuição e recolha dos questionários.

Por fim, e não menos importante, a todos os que directa ou indirectamente nos apoiaram para que este trabalho fosse uma realidade.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	15
PARTE I	17
1 – RAZÕES DO ESTUDO	18
2 – O QUE É A QUALIDADE DE VIDA	22
2.1 – O conceito de saúde	24
2.2 – O conceito de qualidade de vida	27
2.3 – Porquê avaliar a qualidade de vida	33
2.4 – Como avaliar a qualidade de vida	37
3 – QUALIDADE DE VIDA E DOENÇA CRÓNICA	45
3.1 – O impacto da doença crónica	48
3.1.1 – <i>Stress, coping</i> e saúde	51
4 – DIABETES <i>MELLITUS</i>	59
4.1 – Diabetes <i>mellitus</i> e depressão	62
5 – PROMOÇÃO DA SAÚDE	64
PARTE II	70
1 – OBJECTIVOS DO ESTUDO	71
2 – POPULAÇÃO DO ESTUDO E MÉTODOS	73
2.1 – População estudada	74
2.2 – Recolha de dados	82
2.3 – Instrumentos de análise de resultados	86
3 – RESULTADOS	88
3.1 – Qualidade de vida, depressão e diabetes <i>mellitus</i>	90
3.2 – Estudo da influência de algumas variáveis	92
3.3 – <i>Coping</i> na diabetes <i>mellitus</i>	114
3.4 – Qualidade de vida/ <i>coping</i> /depressão	122
3.5 – Síntese de resultados	126

4 – DISCUSSÃO	130
CONCLUSÕES	145
RESUMO	149
BIBLIOGRAFIA	151
ANEXOS	

INDICE DE FIGURAS

Fig.1 - Relação entre saúde e doença: 1.indivíduo sem doença e bem-estar elevado, estado desejado. 2.doença com nível correspondente de mal-estar. 3.sem doença, mas por qualquer razão com sentimento de mal-estar. 4. elevado nível de bem-estar, apesar de doença grave	25
Fig. 2 - Níveis de <i>QV</i>	30
Fig. 3 - Tratamento e <i>QV</i>	36
Fig. 4 - Factores que influenciam a apreciação cognitiva	54
Fig. 5 – <i>Continuum</i> saúde-doença	65

INDICE DE GRÁFICOS

Gráf. 1 – Valores médios da dimensão “energia” que faz parte do NHP (Inventário de saúde de Nottingham) por grupos etários em indivíduos diabéticos e não diabéticos	95
Gráf. 2 – Valores médios da dimensão “dor” que faz parte do NHP (Inventário de Saúde de Nottingham) por grupos etários em indivíduos diabéticos e não diabéticos	95
Gráf. 3 – Valores médios da dimensão “mobilidade física” que faz parte do NHP (Inventário de Saúde de Nottingham) por grupos etários em indivíduos diabéticos e não diabéticos	96
Gráf. 4 – Valores médios da dimensão “reações emocionais” que faz parte do NHP (Inventário de Saúde de Nottingham) por grupos etários em indivíduos diabéticos e não diabéticos	96
Gráf. 5 – Valores médios da dimensão “sono” que faz parte do NHP (Inventário de Saúde de Nottingham) por grupos etários em indivíduos diabéticos e não Diabéticos	97
Gráf. 6 – Valores médios da dimensão “isolamento social” que faz parte do NHP (Inventário de Saúde de Nottingham) por grupos etários em Indivíduos diabéticos e não diabéticos	97
Gráf. 7 – Scores totais médios e do BDI (Inventário de Depressão de Beck) por grupos etários em indivíduos diabéticos e não diabéticos	98

INDICE DE QUADROS

Quadro 1 – Frequência absoluta e relativa dos dois grupos de estudo Segundo o Sexo	75
Quadro 2 – Frequência absoluta e relativa dos dois grupos em estudo Segundo os grupos etários	76
Quadro 3 – Frequência absoluta e relativa dos dois grupos em estudo Segundo o estado civil	76
Quadro 4 – Frequência absoluta e relativa dos dois grupos em estudo Segundo a escolaridade	77
Quadro 5 – Frequência absoluta e relativa dos dois grupos em estudo Segundo a profissão por sectores profissionais	78
Quadro 6 – Frequência absoluta e relativa dos dois grupos em estudo no que se refere ao nº. de doenças crónicas associadas	78
Quadro 7 – Frequência absoluta e relativa do tempo de Doença na amostra de diabéticos	79
Quadro 8 – Frequência absoluta e relativa do tipo de tratamento Efectuado pela amostra de diabéticos em estudo	79
Quadro 9 – Frequência absoluta e relativa da periodicidade de Pesquisa de glicemia capilar	80
Quadro 10 – Frequência absoluta e relativa dos resultados de Glicemia capilar percebidos pelos diabéticos	80
Quadro 11 – Frequência absoluta e relativa da amostra de diabéticos no Que se refere ao atingimento de órgãos-alvo	81
Quadro 12 – Frequência absoluta e relativa dos diabéticos no que respeita ao controlo analítico	81
Quadro 13 – Frequências absolutas e relativas na amostra de diabéticos no que se refere ao atingimento de órgãos-alvo de acordo com o aspecto de esta ou não controlado	82
Quadro 14 –NHP: comparação das percentagens de respostas “sim” obtidas na população diabética e não diabética	90

Quadro 15 –NHP e BDI: comparação das médias e desvio-padrões obtidas na amostra diabética e não diabética (teste U de Mann-Whitney)	91
Quadro 16 –NHP e BDI: comparação de médias e desvio-padrões na População diabética consoante o sexo (teste U de Mann-Whitney)	92
Quadro 17 –NHP e BDI: comparação de médias e desvio-padrões na População não diabética consoante o sexo (teste U de Mann-Whitney)	93
Quadro 18 – Análise de variância de experimento 2x2 em que as variáveis Dependentes são as dimensões do NHP e BDI	94
Quadro 19 – NHP e BDI: comparação de médias e desvio-padrões Entre diabéticos e não diabéticos na população mais jovem (teste U de Mann-Whitney)	99
Quadro 20 – NHP e BDI: comparação de médias e desvio-padrões entre Diabéticos e não diabéticos na população mais idosa (teste U de Mann-Whitney)	100
Quadro 21 – NHP e BDI: comparação de médias e desvio-padrões nos Indivíduos casados consoante são ou não diabéticos (teste de Mann-Whitney)	101
Quadro 22 – NHP e BDI: comparação de médias e desvio-padrões nos Indivíduos não casados consoante são ou não diabéticos(teste U de Mann-Whitney)	101
Quadro 23 –NHP e BDI: comparação de médias e desvio-padrões na População masculina consoante o estado civil (teste U de Mann-Whitney)	102
Quadro 24 –NHP e BDI: comparação de médias e desvio-padrões na População feminina consoante o estado civil (teste U de Mann-Whitney)	103

Quadro 25 – NHP e BDI: comparação de médias e desvio-padrões na População com o ensino básico consoante é ou não diabético (teste U de Mann-Whitney)	104
Quadro 26 – NHP e BDI: comparação de médias e desvio-padrões na População com mais que o 5º ano de escolaridade consoante é ou não diabético (teste U de Mann-Whitney)	104
Quadro 27 – NHP e BDI: comparação de médias e desvio-padrões na População masculina consoante a escolaridade (teste U de Mann-Whitney)	105
Quadro 28 – NHP e BDI: comparação de médias e desvio-padrões na População feminina consoante a escolaridade (teste U de Mann-Whitney)	106
Quadro 29 – NHP e BDI: comparação de médias e desvio-padrões nos indivíduos que trabalham no sector primário e domesticas consoante são ou não diabéticos (teste U de Mann-Whitney)	107
Quadro 30 – NHP e BDI: comparação de médias e desvio-padrões nos Indivíduos que trabalham no sector secundário e terciário consoante são ou não diabéticos (teste U De Mann-Whitney)	107
Quadro 31 – NHP e BDI: comparação de médias e desvio-padrões na População masculina consoante profissão (teste U de Mann-Whitney)	108
Quadro 32 – NHP e BDI: comparação de médias e desvio-padrões na população feminina consoante profissão (teste U de Mann-Whitney)	109
Quadro 33 – NHP e BDI: comparação de médias e desvio-padrões na População diabética consoante a existência de outras doenças crónicas associadas (teste de Kruskal-Wallis)	110
Quadro 34 – NHP e BDI: comparação de médias e desvio-padrões na População não diabética consoante a existência de outras doenças crónicas (teste de Kruskal-Wallis)	110

Quadro 35 – NHP e BDI: comparação de médias e desvio-padrões entre os Indivíduos que não tem outra doença crónica para além da diabetes (teste U de Mann-Whitney)	111
Quadro 36 – NHP e BDI: comparação das médias e desvio-padrões obtidas na população de diabéticos controlados e não diabéticos não controlados (teste U de Mann-Whitney)	112
Quadro 37 –NHP e BDI: comparação de médias e desvio-padrões na População diabética consoante o tempo de duração da doença	113
Quadro 38 – Variáveis respeitantes ao tipo de tratamento efectuado	113
Quadro 39 – Inventário de Saúde de Nottingham: médias e desvio-padrões nos diferentes grupos de tratamento (teste de Kruskal-Wallis)	114
Quadro 40 – Inventário de Respostas de <i>Coping</i> (Moos): resultados Obtidos na população Diabética	115
Quadro 41 – Discriminação das respostas de <i>coping</i> utilizadas pelo valor de <i>n</i> e percentagem	115
Quadro 42 - CRI-Adult: Comparação de médias e desvio-padrões entre Homens e mulheres	116
Quadro 43 – CRI-Adult: Distribuição de frequências fazendo a distinção por Sexo	117
Quadro 44-CRI-Adult: Comparação de médias e desvio-padrões entre os Mais jovens e os mais Idosos	118
Quadro 45 – CRI-Adult: Distribuição de frequências fazendo a distinção entre os indivíduos mais jovens e os mais idosos	119
Quadro 46 - CRI-Adult: Comparação de médias e desvio-padrões entre Diabéticos controlados e não controlados	120
Quadro 47 – CRI-Adult: Distribuição de frequências fazendo a distinção por Diabéticos controlados e não controlados	120
Quadro 48 – CRI-Adult: Comparação de médias e desvio-padrões entre diabéticos com doença há menos de 5 anos e há mais de 6 anos	121
Quadro 49 – CRI-Adult: Distribuição de frequências fazendo a distinção pelo tempo de doença	121

Quadro 50 – Coeficiente de correlação de Spearman entre NHP e CRI-Adult: doentes diabéticos	122
Quadro 51 – Coeficiente de correlação de Spearman entre NHP e CRI: doentes diabéticos do sexo feminino	123
Quadro 52 – Coeficiente de correlação de Spearman entre NHP e CRI: doentes diabéticos do sexo masculino	124
Quadro 53 – Coeficiente de correlação de Spearman entre BDI e NHP: doentes diabéticos e divisão por sexos	124
Quadro 54 – Coeficiente de correlação de Spearman entre BDI e CRI-Adult: doentes diabéticos	125
Quadro 55 - Diferenças estatisticamente significativos relativamente às variáveis sexo e idade	126
Quadro 56 - Diferenças estatisticamente significativos relativamente às variáveis sócio-económicas	127
Quadro 57 - Diferenças estatisticamente significativos relativamente ao factor “outras doenças crónicas”	127
Quadro 58 - Diferenças estatisticamente significativos nos métodos de <i>coping</i> de evitamento relativamente às variáveis sexo e tempo de doença	129
Quadro 59 - Correlações com significado estatístico entre dimensões de <i>QV</i> e <i>coping</i>	129
Quadro 60 – Correlações com significado estatístico entre depressão e Métodos de <i>coping</i>	129

INTRODUÇÃO

A diabetes *mellitus* é uma doença crónica, relativamente comum, que pode restringir as actividades quotidianas do doente, podendo a longo prazo conduzir a complicações e morbidade consideráveis: retinopatia diabética, nefropatia, neuropatia e doenças cardiovasculares. Com a finalidade de prevenir o desenvolvimento destas complicações, o nível da glicose sanguínea deve ser mantido tão próximo quanto possível dos níveis “normais”.

Como a vivência com a diabetes *mellitus* atinge todos os aspectos do quotidiano, os doentes têm, eles próprios, de ser capazes de auxiliar definitivamente o controlo da situação metabólica. No entanto, existem consideráveis evidências de que a adesão a um regime adequado de controlo da diabetes é frequentemente negligenciado.

O presente estudo está relacionado com a *QV* dos diabéticos não insulino-dependentes e os seus esforços para lidar com os problemas postos pela doença e seu tratamento.

Os diabéticos estão sujeitos a múltiplos desencadeantes de *stress*, fisiopatológicos e psicológicos, que podem ser uma ameaça para potenciais perdas e mudanças de estilos de vida, com efeitos que englobam medo, ansiedade, baixa auto-estima e sintomatologia depressiva. Percebem diferentes níveis de *QV* e podem exibir diferentes mecanismos de *coping* no confronto com os desencadeantes de *stress* no seu dia a dia.

A *QV* é um conceito complexo com diversas dimensões, contudo uma revisão da literatura, sugere um crescente consenso acerca da necessidade de um grupo mínimo de domínios que deve ser abrangido, que incluem o funcionamento físico, o psicológico, o social e o cultural.

As teorias do *stress* e da adaptação à doença dão-nos pistas acerca de como os indivíduos lidam biológica e psicologicamente com os acontecimentos de vida desencadeantes de *stress*, permitindo aos técnicos de saúde compreender como as pessoas poderão reagir, possibilitando-lhes distinguir entre situações adaptativas ou maladaptativas, situações estas directamente relacionadas com a Saúde Mental e a *QV*.

O completo bem estar físico, mental e social e não só a ausência de doença que a OMS identifica como estado de saúde, exige do homem um equilíbrio constante consigo e com o seu próprio meio. Quando se pretende ajudar as pessoas a tornarem-se saudáveis, não mais nos referimos exclusivamente a ajudar a recuperar de uma doença física, mas ainda à necessidade de atender também aos aspectos psico-sociais, numa visão holística do ser humano. Um indivíduo com uma doença crónica pode precisar de ajuda para fazer adaptações emocionais, comportamentais e sociais, pretendendo-se deste modo uma oportunidade de estruturação da compreensão da própria doença e criação de estratégias de *coping* eficazes para melhorar a sua *QV*.

A leitura de investigações produzidas, fizeram com que algumas interrogações se fossem levantando: quais os níveis de *QV* percebidos pelos diabéticos não insulino-dependentes que povoam os nossos Centros de Saúde em relação à população geral? Qual a relação entre sintomatologia depressiva e diabetes *mellitus*? Quais os mecanismos de *coping* utilizados pelos diabéticos face às situações de *stress* desencadeadas pela doença? Qual a relação entre estes mecanismos, a doença e a *QV*?

Assim, fomos estruturando o presente estudo, em torno da *QV* dos diabéticos e dos factores que nela interferem.

Este trabalho desenvolver-se-á, fundamentalmente em duas partes:

- Numa primeira parte, efectuaremos uma breve análise dos conceitos de Saúde e *QV*. Abordaremos ainda o impacto que uma doença crónica, especificamente a diabetes *mellitus*, tem na *QV*.
- A segunda parte descreve-se a investigação de campo efectuada, com a definição dos objectivos de estudo, da população e métodos, seguida da apresentação e discussão de resultados e conclusões inerentes.

PARTE I

1 – RAZÕES DO ESTUDO

A doença não corresponde somente à presença de um processo patológico referente à componente física do indivíduo. Corresponde também a um estado "anormal", no qual estão diminuídas ou prejudicadas quer a função física, quer os aspectos emocional, cognitivo, sociocultural e moral.

No caso de doença crónica, o indivíduo sofre uma série de mudanças a todos os níveis: psicológicas, funcionamento corporal e, por vezes, aparência física, podendo surgir situações complicadas que podem incluir separação/privação da família e amigos, e mesmo mudanças de papéis sociais.

Tem sido fio condutor da nossa vivência profissional, enquanto técnico de saúde, a ajuda ao indivíduo, com o objectivo de alcançar um estado de independência (física, psíquica e social), de satisfação das suas necessidades, sendo a reabilitação um dos aspectos mais importantes que envolve a assistência ao indivíduo com o objectivo de alcançar o seu potencial máximo para assim obter uma vida satisfatória, englobando uma preocupação com as perturbações que incluem a doença, mas também que envolvem os seus efeitos no funcionamento individual e no bem-estar pessoal em todas as suas dimensões.

De facto, é hoje meta dos cuidados de saúde, para a maioria dos doentes, o atingimento de uma vida mais efectiva e a preservação da capacidade funcional e bem-estar, isto é manter, e aumentar até, a qualidade de vida (*QV*).

É então importante o aspecto subjectivo da vivência individual, sendo imperativo colocar os doentes e as suas experiências no centro da nossa prática de cuidados de saúde.

As doenças crónicas costumam interferir na *QV* das pessoas, contudo as características individuais e os diferentes estilos de vida fazem com que o impacto proporcionado pelas doenças seja diverso e muitas vezes não se correlacione com a gravidade ou prognóstico da doença propriamente dita (Fernandes *et al.*, 1998), assumindo-se assim, que o estado de saúde pode influenciar a *QV* sem contudo a determinar.

Um episódio de doença física pode ser entendido como uma crise de vida, em que se lida com o impacto da rotura pelo episódio físico, com níveis previamente estabelecidos de funcionamento pessoal e social. A apreciação individual de tal impacto e a definição

de tarefas adaptativas e as aptidões de *coping* são influenciadas por factores ligados à própria doença, mas também por factores pessoais e ambientais (Moos, 1982).

O indivíduo necessita de funcionar e de se relacionar em estado de equilíbrio, e as pessoas não toleram um estado de crise por muito tempo; assim, algumas pessoas adoptam respostas e mecanismos de *coping* que poderão conduzir a uma adaptação saudável, enquanto outras poderão conduzir a ajustamentos não saudáveis e a deterioração psico-social. Sendo assim, a crise em si mesma pode constituir um ponto de viragem na vida da pessoa resultando ou num ajustamento saudável ou num ajustamento psicológico não saudável (Brannon e Feist, 1997).

Também Canhão e Santos se referem à reacção psicológica a qualquer doença física como "*...um processo transaccional que começa no choque inicial e eventual negação, e vai até à assimilação gradual de informação e ajustamento a novo estado de doença. Durante este processo os indivíduos podem reagir de modos muito diferentes: seja através de processos de adaptação adequados, ou eventualmente reacções disfuncionais que podem conduzir a situações maladaptativas...*" (Canhão e Santos, 1996), de modo a que as doenças físicas podem conduzir a perturbações da saúde, nomeadamente mental. Os indivíduos com situações emocionais adversas podem experimentar uma diminuição da *QV*.

Perante uma doença crónica, frequentemente o indivíduo necessita envolver-se em novos comportamentos para estabilizar a sua condição. Novos comportamentos orientados para a saúde que exigem a integração de novos estilos de vida.

Um indivíduo que enfrenta uma doença crónica pode precisar de apoio para fazer adaptações comportamentais, emocionais e sociais. Este apoio a indivíduos em crise devido a doença crónica pode exigir o desenvolvimento de determinados mecanismos de *coping*. As estratégias de *coping* focadas no problema são geralmente consideradas mais saudáveis que os esforços passivos que se focam em adaptação emocional ou distanciamento do problema, embora quando as situações vão para além do controlo do indivíduo, a negação e a resignação possam eventualmente ser opções legítimas (Lewis *et al.*, 1993).

Saliente-se a importância das actividades de educação para a saúde no contexto de cuidados de saúde primários. É hoje consensual que a "*...educação para a saúde não significa simplesmente modificação nos hábitos e comportamentos geradores de*

doença, mas visa sobretudo inculcar nos cidadãos uma maior responsabilização nas opções que dizem respeito à saúde e ao bem-estar, tanto em termos individuais como colectivos, apoiando-se cada vez mais na promoção de atitudes positivas do que na agitação do espectro da doença..." (Amorim, 1995).

Tal como no diagnóstico de qualquer doença crónica, o diagnóstico de diabetes *mellitus* produz impacto no paciente, quer pela reacção emocional de ter uma doença crónica, quer pela necessidade de ajustamento de estilos de vida requeridos pela doença: exigência de manter um regime dietético de algum modo restritivo e com horários regulares, exercício físico, em alguns casos toma de insulina, vigilância regular e repetitiva de controlos urinários ou sanguíneos para aferição do tratamento, para que se tente evitar e/ou atrasar determinadas complicações nomeadamente cardiovasculares, neurológicas e renais.

Os agentes de *stress* psicossociais e físicos que a diabetes *mellitus* impõe ao doente, implicam a necessidade deste desencadear processos adaptativos e de *coping* para viver com a doença.

O controlo metabólico adequado ajuda a prevenção de complicações agudas e crónicas da diabetes *mellitus*, sendo assim importante que os técnicos de saúde sejam conhecedores das formas de comportamentos não adaptativos, uma vez que pode influenciar negativamente o controlo metabólico (Brandão *et al.*, 1989)

Adicionalmente às necessidades de ajustamento anteriormente referidas, associe-se a necessidade de ajustamento às possíveis complicações da doença (disfunção sexual, alterações gastrointestinais, alterações da visão entre outras), encontrando-se associado às numerosas perdas que fazem parte de um processo de diabetes *mellitus*, situações de sintomatologia depressiva, embora esta associação possa ser controversa para alguns autores (Cox *et al.*, 1991).

Daí a importância de no estudo do indivíduo com doença crónica se prestar muita atenção à sua capacidade de manter alguma noção de controlo no seu estado de saúde, e aos recursos do doente disponíveis para manter os mecanismos de adaptação desejáveis (Canhão e Santos, 1996).

2 - O QUE É A QUALIDADE DE VIDA

Na segunda metade do século XX, e graças aos grandes avanços tecnológicos observados, assistimos a grandes mudanças no que se refere às causas principais de mortalidade e morbidade do ser humano. Constatamos, então, um aumento da expectativa de vida e uma substituição progressiva das doenças agudas pelas doenças crónicas.

Para a OMS, o século XXI exige uma melhor saúde para todos, em que não só viveremos mais, mas também gozaremos de melhor *QV* (OMS, 1998).

Assim os tradicionais modelos conceptuais de saúde e doença têm-se revelado inadequados. Actualmente a meta dos cuidados de saúde é, para a maioria dos doentes, o alcançar de uma vida mais efectiva e de manutenção do seu funcionamento e bem-estar; isto é, não só a cura, a sobrevivência e a quantidade de vida é importante, mas é-o ainda mais a *QV*, aliás assinalado em conhecidos lemas no campo da saúde como "*...dar mais anos à vida e mais vida aos anos...*" (OMS, 1985)

Afloram-se assim duas dimensões de saúde: a de "quantidade" e a de "qualidade". A primeira é expressa em termos de longevidade em que a avaliação objectiva é obtida através dos clássicos indicadores de saúde. A segunda dimensão implica a existência de indicadores mais qualitativos. Se anteriormente saúde exigia a conceptualização de conceitos como morbidade e mortalidade, a denominação emergente é então mais abrangente, englobando quer o funcionamento adequado das pessoas no seu dia-a-dia, quer o seu bem-estar emocional e avaliação pessoal de saúde em geral, utilizando-se então o conceito de *QV* (Osoba, 1991).

Dignificar a *QV* de um indivíduo é tão importante como outras metas de saúde ou cuidados de saúde: prevenção da doença, cura, alívio de sintomas tal como a dor, prevenção de complicações, prestar cuidados humanizados e prolongar a vida, argumentos que se tornam especialmente relevantes no campo da reabilitação e da doença crónica (Price, 1996).

O sentimento subjectivo de bem-estar torna-se então um pólo de atenção crescente para os técnicos de saúde. As modificações na *QV* dos doentes encontra-se entre as principais determinantes na área da prestação de cuidados, adesão ao tratamento e satisfação, sendo assim desejável que este seja um parâmetro a ter em conta na avaliação dos cuidados de saúde (Ferreira, 1998).

2.1. Conceção de saúde

Vários são os autores que têm efectuado uma pesquisa exaustiva acerca da evolução do conceito de saúde, não sendo esse, porém, o nosso propósito, limitar-nos-emos à focalização de alguns aspectos que neste contexto nos parecem relevantes.

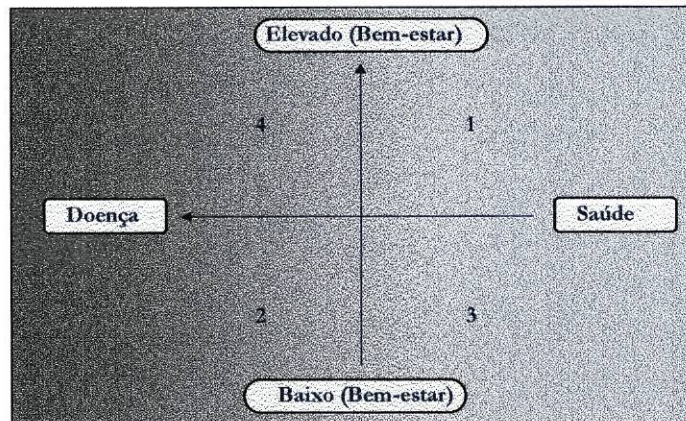
As perspectivas de saúde e doença como estados de bem-estar ou de desconforto físico parecem-nos um pouco redutoras, pois descaram as componentes emocionais e sócio-culturais da saúde e doença. No entanto, ao indagarmos uma definição universal, as dificuldades aumentam, pois tal definição afigura-se impossível, tendo em vista a possível subjectividade das componentes descritas. Ao longo do nosso século o conceito de saúde tem sofrido variações. Entendida inicialmente em termos de mera sobrevivência, seguiu-se a sua definição como ausência de doença, para posteriormente se enfatizar a capacidade de levar a cabo as actividades diárias, focalizando-se mais recentemente a atenção em emoções positivas que podem associar-se a parâmetros como felicidade ou bem-estar, contribuídas para o constructo de *QV*.

Durante muito tempo a saúde foi definida em termos “negativos”, como ausência de doença, no entanto, na actualidade é aceite que esta definição não corresponde completamente à realidade e não é adequadamente operacional. Refira-se a impossibilidade de delimitar a fronteira entre o normal e o patológico, ignorando os estados emocionais entre doença e saúde completa, além de que se salienta a dimensão fisiológica da pessoa, considerando somente o corpo biológico no estado saudável ou doente, negligenciando as complexas interacções entre as outras dimensões da pessoa (emocional, cognitiva, social, cultural, etc.), e mesmo com o ambiente onde a pessoa se insere, pois numa perspectiva ecológica a “...saúde é considerada um elemento fundamental na evolução das espécies vivas – não é suficiente estar vivo, é essencial que haja energia e vigor para actuar, que haja relaxamento e calma para reflectir num estado de vigilância activa, mesmo na ausência de acção, que haja expectativas de futuro, desejo e finalmente que haja equilíbrio entre estes diferentes aspectos e entre eles e o ambiente onde tudo ocorre...”(Ribeiro, 1997).

Tem-se mostrado de grande utilidade conceptualizar a saúde e doença em termos de um *continuum* (conceito dinâmico de saúde) em que os extremos são, de um lado um estado de óptima saúde (um completo bem-estar) e de outro lado, a morte. Existe neste

continuum uma zona intermédia, não muito bem definida, onde a separação de saúde e doença não é absoluta, sendo por vezes impossível distinguir o normal do patológico. A saúde considera-se como um estado dinâmico constantemente sujeito a alterações, à medida que o indivíduo se adapta a alterações do meio interno e do externo. Num modelo operativo (Fig.1), a representação de elevado bem-estar e baixo bem-estar encontram-se codificadas num eixo cruzado por um outro que traduz um *continuum* entre saúde e doença definindo-se quatro quadrantes (Downie *et al.*, 1996):

Fig.1 - Relação entre saúde e doença: 1.Indivíduo sem doença e bem-estar elevado, estado desejado. 2.Doença com nível correspondente de mal-estar. 3.Sem doença, mas por qualquer razão com sentimento de mal-estar. 4.Eelevado nível de bem-estar, apesar de doença grave. (Adaptado de Downie *et al.*, 1996).



A OMS definiu saúde, há já algumas décadas, como "... *completo bem-estar físico, mental e social e não somente a ausência de doença ou enfermidade...*" (WHO, 1948). Esta definição foi elogiada pelas inovações que apresentou então, principalmente no que respeita ao aspecto de multidimensionalidade (a saúde manifestando-se nos níveis físico, mental e social). Mas foi também criticada pela inatingibilidade da meta ("total" bem-estar). De salientar que a OMS, modificou posteriormente a referida definição; assim na formulação dos objectivos da estratégia de "Saúde para todos no ano 2000", a palavra *completo* é suprimida, assinalando-se como objectivos a atingir, para todos os habitantes de todos os países um nível de saúde suficiente para poderem trabalhar produtivamente e participarem activamente na vida social da comunidade a que pertencem (OMS, 1985).

A multidimensionalidade referida, encaminha-nos para uma visão holística do ser humano, em que a pessoa constitui um todo: biológico, psicológico e social, constituindo esse todo mais do que a soma das partes.

A saúde tem componentes ou dimensões distintas, umas com um carácter mais objectivo, outras mais subjectivo e embora muitas vezes, avaliadas e interpretadas separadamente devem ser integradas a fim de melhor se compreender a saúde num dado momento, tal como as suas mudanças ao longo do tempo (Ware, 1991). Esta visão, contrapõe-se bastante ao modelo biomédico, baseado excessivamente em conceitos mecanicistas, em que a doença é meramente entendida como um processo fisiopatológico, e cuja avaliação é omissa no que respeita ao funcionamento global do indivíduo que será, certamente, afectado quer pela própria doença quer pelo tratamento. Neste sentido Dubos (citado por Bowling, 1995) argumenta que saúde e doença não podem ser definidas meramente em termos de atributos anatómicos, fisiológicos ou cognitivos exigindo, portanto, a mensuração da capacidade de funcionar de modo aceitável para ele próprio e para o grupo de que faz parte.

Tendo ainda em linha de conta a definição de saúde da OMS, saliente-se a referida noção de bem-estar, o que implica que a única pessoa que pode responder pela sua saúde é o próprio indivíduo, visto não ser possível alguém medir adequadamente o bem-estar de outra pessoa (Ribeiro 1994 b; Downie *et al.*, 1996).

O bem-estar é então uma percepção pessoal, sendo o seu significado e definição variável de indivíduo para indivíduo, de acordo com o que cada um considera normal em função dos conceitos vigentes nos grupos sociais em que se encontra inserido, assim como das suas próprias experiências, em que há ainda uma intervenção efectiva dos factores culturais, sócio-económicos e religiosos, entre outros.

Situação ainda em aberto, é a de como avaliar globalmente o estado de saúde de um indivíduo (nomeadamente quanto aos factores psico-sociais), entre outras coisas pela complexidade e natureza abstracta do conceito de saúde em si mesmo.

No momento actual, e tendo em atenção a evolução do conceito de saúde, é evidente que a avaliação de saúde não pode ser limitada aos parâmetros clínicos tradicionais. As medidas do fenómeno biológico *per se* não permitem caracterizar adequadamente o fenómeno humano, deixando muitos aspectos da *QV* por explicar (Ware, 1991).

A saúde inclui várias dimensões, umas de carácter mais objectivo e outras mais subjectivo. A sua subjectividade depende em muito do facto do conceito se basear na percepção pessoal, o que dificulta a avaliação objectiva. Há, então, necessidade de recorrer a determinadas técnicas, tendo vindo a desenvolver-se medidas de avaliação de saúde baseadas na auto-percepção (Ribeiro, 1994).

É hoje difícil distinguir entre estado de saúde e *QV*, considerando mesmo alguns autores como equivalentes os conceitos de saúde e *QV*, no entanto o conceito de *QV* é considerado muito mais abrangente (Ribeiro, 1995)

2.2 - O conceito de qualidade de vida

No campo da saúde tem vindo a observar-se um crescente consenso acerca da centralização dos cuidados no ponto de vista do doente. As principais metas apontam para que este atinja uma vida mais efectiva, preservando o seu funcionamento e bem-estar psicológico geral.

Limitar os objectivos de saúde a conseguir somente um funcionamento fisiológico adequado do organismo constitui uma perspectiva cartesiana e parcelar que lentamente se tem vindo a abandonar, e, conceitos como o de *QV*, cada vez mais se vão impondo com menor dificuldade na linguagem científica (Bayés, 1994). Segundo Cassel (citado por Bayés, 1994) não é possível tratar a doença como algo que sucede só ao corpo biológico sem infligir dano à pessoa.

A *QV* é um conceito (frequentemente comparado com o de bem-estar psicológico e social em geral) extremamente ambíguo e amplo, que vai para além da mera condição física, e inclui outros aspectos importantes da vida humana (Bowling, 1995; Lopez *et al.*, 1996).

Trata-se de um conceito actual que se tem vindo a mostrar de uso crescente, constatando-se um enorme aumento de publicações versando esta temática, cuja importância parece inquestionável.

Embora tradicionalmente se tenha medido o nível de saúde de uma população através das taxas de morbilidade e mortalidade, desde há alguns anos, o conceito de *QV* tem vindo a impor-se, exigindo o desenvolvimento de instrumentos adequados na avaliação

de parâmetros mais subjectivos da saúde das populações, em que o próprio paciente se constituirá como a fonte privilegiada dessa informação.

Iniciámos assim uma nova era, em que a informação dos pacientes acerca do seu estado funcional, bem-estar e outros conceitos importantes de saúde, serão rotineiramente colhidos, de modo a completar lacunas na abordagem diagnóstica e terapêutica dos doentes (Ware, 1991).

A avaliação da *QV* implica sempre a necessidade de informação do doente a fim de assegurar que as suas percepções sejam incluídas nesta avaliação.

Estudos clínicos descritivos, levados a cabo em doentes com patologia coronária e em doentes com doença pulmonar obstrutiva crónica (Alonso *et al.*, 1994), com a finalidade de determinar a concordância entre os dados clínicos (obtidos pelo técnico de saúde) e a informação do doente, utilizando uma escala genérica de *QV* (Inventário de Saúde de Nottingham) revelaram que, se em algumas dimensões os resultados se aproximavam, noutras os mesmos se encontravam mais fracamente correlacionados, o que leva a crer que para além das medidas objectivas, também os aspectos subjectivos devem ser tidos em conta.

Definir *QV* é difícil e, tal como saúde, pode significar coisas diferentes para diferentes pessoas, dependendo em grande medida, de factores que vão desde os valores e aspectos culturais do próprio indivíduo, até aos de ordem económica e, tal como a definição de saúde, abrange concomitantemente os âmbitos subjectivo e objectivo. *QV* é descrita como um juízo subjectivo do grau em que se alcançou a satisfação ou um sentimento de bem-estar pessoal, mas associada a determinados indicadores objectivos biomédicos, psicológicos, comportamentais e sociais (Bayés, 1994).

Note-se, conforme já referido, que *QV* é um conceito mais abrangente que saúde, englobando adicionalmente o *standard* de vida, qualidade de habitação e vizinhança, satisfação no trabalho e muitos outros factores, sendo o conceito de *QV* mais abrangente que o de saúde, é aquele, um indicador utilizado para medir a saúde (Osoba, 1991; Ware citado por Ribeiro, 1994 a).

Observa-se uma tendência para que cada um interprete o sentido de *QV* de um modo diferente, e frequentemente acontece que surge a expressão sem que se faça uma referência ou definição da mesma (Schipper *et al.*, 1990; Ribeiro, 1994 a).

Se nos últimos anos se tem multiplicado os esforços a fim de conseguir uma definição clara do termo, estes têm-se mostrado algo infrutíferos, sendo consensual (além de se pensar que a avaliação se deve basear principalmente nas percepções e expectativas do indivíduo e na variabilidade ao longo do tempo) a necessidade de multidisciplinaridade, abarcando não só aspectos da vida relacionados com a doença e o tratamento, mas também o desenvolvimento satisfatório de aspirações psicológicas e sociais a todos os níveis (Lopez *et al.*, 1996). Uma das maiores dificuldades quando se trabalha nesta área, é o facto de que os autores que o fazem, e usam o mesmo termo, estão muitas vezes a falar de aspectos diferentes, que emergem de várias perspectivas.

Como qualquer conceito relativamente novo, varias definições têm surgido, cuja revisão revela alguns aspectos comuns, mas também algumas variações.

Para mostrar a falta de consenso, Farquhar (1995) organizou uma taxonomia de definições, classificando-as em três tipos principais:

- Tipo I - globais ou gerais como sendo o tipo de definições mais comum, que integram geralmente ideias de satisfação/insatisfação e felicidade/infelicidade. *QV* é definida subjectivamente de acordo com a avaliação individual de experiências de vida.
- Tipo II - definições que estratificam o conceito em componentes ou dimensões, identificando certas características julgadas essenciais a qualquer avaliação de *QV*. São definições mais úteis ao trabalho empírico, pois permitem a operacionalização do conceito com uma maior facilidade.
- Tipo III - definições que são focalizadas num pequeno número de componentes de *QV*. Sendo a forma mais comum deste tipo de definições as que se referem aos componentes de saúde ou aptidão funcional. Podem ser usados explicitamente, como é o caso de *QV* relacionada com a saúde (*QVRS*), ou então implicitamente, e nesse caso os autores usam o termo *QV*, mas definem-na em termos de um ou dois componentes do conceito global, o que frequentemente dificulta a compreensão do leitor. Também neste caso as definições se limitam usualmente a componentes relacionados com saúde e estado funcional.
- Tipo IV – pode, ainda, surgir um outro tipo de definição que não se integra nos anteriores, tratando-se antes de uma combinação daqueles.

O mesmo autor refere que a falta de consenso na definição pode dever-se ao facto do uso multidisciplinar do termo, implicando que cada disciplina lhe aplique um certo enviesamento, embora se encontrem outros factores envolvidos.

Para Spilker (1990), *QV* deverá ser entendida em diferentes níveis, podendo a definição e o número de níveis variar segundo os autores, como ilustrado na figura 2 :

Fig. 2 Níveis de *QV* (adaptado de Spilker1990)



A avaliação global, não havendo discriminação entre domínios, pode ser medida pela soma dos *scores* de um teste que avalie cada domínio, ou simplesmente indagando o indivíduo directamente sobre o seu bem-estar.

Podem surgir diversos domínios, podendo variar o seu número, assim como a sua denominação.

O nível inferior refere-se a todos os aspectos de cada domínio, (Spilker, 1990).

De um modo geral, se alguns autores se referem à *QV* como uma avaliação global, outros definem-na em termos dos seus componentes.

A *QV* é referida como tendo a ver com o sentido de satisfação que um indivíduo sente acerca da sua vida (Osoba, 1991), sendo também definida como uma satisfação global

com a vida e a sensação geral (pessoal) de bem-estar, isto é a experiência subjectiva de uma pessoa acerca da sua própria vida (Shumaker *et al.*, 1990).

Por outro lado, as definições podem considerar a *QV* como uma série de dimensões ou componentes, e *QV* pode ser referida como o efeito de uma doença ou do tratamento no doente, e percebida por ele próprio, em quatro amplos domínios: funcionamento físico e ocupacional; estado psicológico; interacção social e sensação somática. O doente tem em conta a expectativa do seu próprio funcionamento (Shipper *et al.*, 1990).

A *QV*, abrange muitas dimensões, desde o bem-estar físico e competências cognitivas, até ao estabelecimento de interrelações satisfatórias e presença de capacidades para explorar o mundo para além do necessário para a sobrevivência biológica (Hopkins, 1992).

A *QV* é um conceito complexo, constituído por uma série de dimensões, em que os componentes de ordem física são usualmente de mais fácil avaliação e interpretação, ao passo que noutros componentes a avaliação se torna mais difícil, pois tem a ver com o aspecto social, a comunicação, a relação, etc. No entanto, não devemos esquecer que todas as dimensões são partes de um mosaico indivisível, e não podemos ter a pretensão de que a soma isolada de cada uma delas nos dê, sempre, o valor exacto do todo (Capitan, 1996).

As dimensões de *QV* variam em número, assim como na designação que lhes é dada de acordo com o autor, embora se mantenham algumas similaridades. Casos há em que é utilizada uma única variável de funcionamento humano tal como emprego, funcionamento sexual ou outras, como um indicador *ad hoc* de *QV*. Em contraste podem surgir detalhadas definições de qualidade de Vida, como a de Wenger (citado por McSweny *et al.*, 1990), que engloba três dimensões básicas (capacidade funcional, percepção e sintomas) e nove sub-dimensões (rotina diária, funcionamento social, funcionamento intelectual, funcionamento emocional, estatuto económico, estado de saúde, bem-estar, satisfação de viver, sintomas relacionados com a doença em estudo), ou como a de Flanagan (citado por Ribeiro, 1994 b), que identifica quinze domínios que se podem agrupar nas categorias: bem-estar físico, material e social; relações com as outras pessoas; desenvolvimento e realização pessoal; comunidade e actividades cívicas; recreação. Esta multidimensionalidade do conceito está de acordo com o

modelo bio-psico-social de saúde, e é a partir deste que se têm desenvolvido a maioria dos instrumentos para o medir:

- aspectos físicos (mobilidade, fadiga, alteração funcional, cuidar de si próprio, dor, sintomas da patologia);
- aspectos psicológicos (diversos estados emocionais, funções intelectuais e cognitivas);
- aspectos sociais (isolamento social, interacção familiar, apoio social, contactos sociais).

Spilker (1990) salienta por exemplo que os principais domínios geralmente referidos incluem-se nas seguintes categorias: estado físico e aptidões funcionais; estado psicológico e bem estar; interacções sociais; estatuto económico.

Entretanto, Shipper *et al.*, (1990) referem que há quatro domínios principais: funcionamento físico; estado psicológico; interacção social; sensação somática.

Relegando, assim para segundo plano o componente económico, embora reconhecendo a importância dos aspectos financeiros de uma doença, referem que, dependerão mais da estrutura social da pessoa do que da componente biológico da doença.

A *QV* como medida, representa então um novo paradigma, com algumas propriedades, que salientam a diferença. Propriedades estas que acabam por ser os principais pontos de consenso referidos nas definições encontradas:

- a multidimensionalidade, uma vez que se define *QV* como síntese de vários domínios, então a avaliação deve reflectir esses mesmos domínios que avaliados conjuntamente oferecem uma aproximação da *QV* global;
- baseia-se principalmente nas percepções e expectativas do próprio indivíduo;
- não é vista como um processo estático, mas antes com uma variabilidade ao longo do tempo;
- uma última característica referenciada é a natureza subjectiva da medida de *QV* (Shipper *et al.*, 1990; Ribeiro 1994 b; Lopez *et al.*, 1996).

As definições dos respectivos componentes são mais úteis para a pesquisa empírica do que as definições globais, pois estarão um pouco mais perto da operacionalização, permitindo uma definição de entidades mais limitadas (Lukkarinen *et al.*, 1997).

No contexto dos estudos clínicos, o conceito de *QV* é restrito, não se refere a felicidade, padrão de vida ou ambiente. Os técnicos de saúde estão mais interessados na relação entre saúde, sintomas, doenças e seu tratamento por um lado, e *QV* por outro, usando então uma definição mais focalizada, que mais frequentemente envolve saúde e aptidões funcionais, sendo referida como qualidade de vida relacionada com a saúde (QVRS), ou seja aqueles aspectos que podem ser afectados, positiva ou negativamente, numa situação clínica.

QVRS integra aqueles aspectos da vida directamente relacionados com o funcionamento físico e mental e com a sensação de bem-estar (Esteve *et al.*, 1997). Assim, e segundo Ware (citado por Esteve *et al.*, 1997), deve avaliar-se o estado objectivo de saúde, de funcionamento e da interacção do indivíduo com o seu meio, assim como os aspectos mais subjectivos, que englobam o sentido geral de satisfação do indivíduo e a percepção da sua própria saúde

Nos últimos anos, tem sido crescente, a mensuração dos aspectos de estado de saúde relacionados com o funcionamento do doente e experiência subjectiva e os métodos disponíveis para medir o que os doentes sentem e o seu funcionamento têm-se tornado mais rigorosos (Guyat *et al.*, 1990)

A *QV* é influenciada por muitos outros factores para além da saúde de cada um, incluindo uma larga variedade de condições que podem afectar a percepção de um indivíduo, sentimentos e comportamentos relacionados com o funcionamento no dia a dia. No entanto, o que habitualmente a investigação está interessada é a *QVRS* ou "estado de saúde percebido". Para maior brevidade usa-se o termo *QV* para referir uma ampla variedade de experiências subjectivas (sintomas, funcionamento físico e emocional) que estão relacionadas com a saúde (Guyat *et al.*, 1990), que é o que assumiremos ao longo do nosso trabalho.

2.3. Porque avaliar a qualidade de vida

A partir de meados deste século testemunhamos grandes avanços tecnológicos, situação que em muito tem contribuído para a diminuição das taxas de morbilidade e mortalidade. Nos países desenvolvidos surgem as doença crónicas, relacionadas quer

com o estilo de vida quer com o envelhecimento das populações, substituindo assim a maior parte das doenças infecciosas (com excepção da SIDA) que até então ocupavam a maior parte da atenção das equipas de saúde. Assim a conceptualização de saúde tem-se alterado, deixando de entender-se em termos de mera sobrevivência e de "ausência de doença". Por outro lado, as mudanças observadas implicam um redefinir de estratégias, exigindo soluções diferentes das até então adoptadas, e que por sua vez impõem mudanças nos sistemas de saúde.

Adicionalmente aos objectivos de aliviar sintomas clínicos e prolongar a sobrevivência, é então propósito último para todas as intervenções de saúde preservar e/ou aumentar a *QV* e o bem-estar, sendo reconhecida a necessidade de quantificar aspectos do estado de saúde relacionados com a capacidade funcional e a experiência subjectiva da pessoa.

Os índices típicos do estado de saúde incluem critérios como: morbilidade, mortalidade, tempo médio de internamento, número de doentes tratados, que *per se*, e de um modo grosseiro, nos dão uma visão parcelar da qualidade dos cuidados de saúde.

São necessárias medidas completamente diferentes que possam ter em conta, além das medidas objectivas, também as subjectivas. Consistem em métodos mais compreensivos de avaliação de resultados do ponto de vista do paciente (Alonso *et al.*, 1990). Note-se que o objectivo de uma avaliação de *QV* não é meramente o de quantificar a presença ou a gravidade dos sintomas de uma doença, mas também de mostrar como as manifestações de uma doença ou do tratamento são experienciadas pelo indivíduo (Berzon, 1998).

Os indicadores subjectivos de *QV* tornam-se então populares, devido ao reconhecimento da importância da satisfação do doente e de como este percepção o seu estado de saúde, características estas nem sempre concordantes com os resultados baseados nos dados objectivos relativos à doença. Assim, os indicadores clínicos de resultados por si só, revelam-se insuficientes (Bowling, 1995).

As medidas de *QV* tornam-se ferramentas com importância crescente nomeadamente, no que respeita à tomada de decisões clínicas, políticas de saúde e planeamento de cuidados de saúde, pois os estudos de *QV* podem ser aplicados na prática clínica, na investigação em serviços sanitários, na avaliação económica ou na monitorização da saúde das populações (Lopez *et al.*, 1996).

As medidas genéricas padronizadas, tendo em conta a perspectiva individual acerca do estado de saúde, apresentam um grande potencial na descrição das várias populações, permitindo a comparação de acordo com a idade, género, estatuto sócio-económico, doença e tratamento. A avaliação do resultado de intervenções clínicas, torna-se uma base da pesquisa em saúde, permitindo a avaliação da eficácia da intervenção.

Refira-se uma outra área de aplicação de avaliação genérica de saúde, a avaliação das políticas de saúde, cuja informação poderá ajudar na organização de prioridades, tendo em conta os custos e os resultados nos doentes. Por outro lado, salienta-se o uso da vigilância do estado funcional e bem-estar na prática dos cuidados de saúde como sendo uma das aplicabilidades mais promissórias, assumindo como meta principal dos cuidados de saúde, a obtenção do melhor resultado possível para o doente (Ware, 1991). Assim, medir o estado deverá tornar-se parte integrante da rotina da prática dos cuidados de saúde (Alonso *et al.*, 1994).

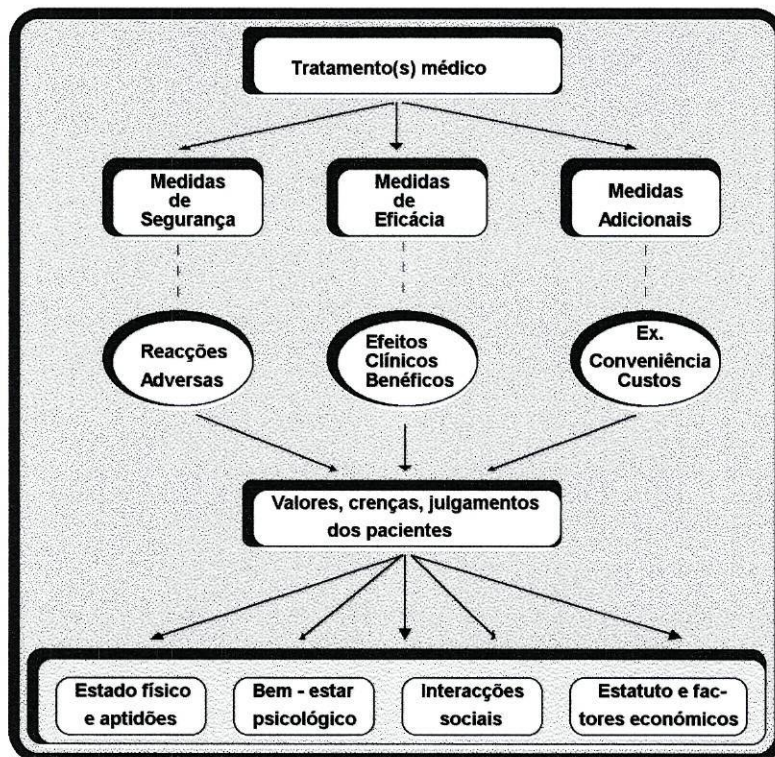
A nível individual o resultado pretendido será concerteza o de melhorar a qualidade de um tratamento, tendo este como meta principal aumentar a sobrevivência e a qualidade dessa mesma sobrevivência. As intervenções médica, cirúrgica, ou outra não têm os mesmos efeitos sobre os doentes, e a *QV* é cada vez mais uma dimensão importante nos resultados da intervenção médica (Ribeiro, 1994 a).

A *QV* como medida de resultado, redirige a intervenção dos técnicos de saúde. Ao invés de limitar a medida de resultado à sobrevivência após intervenção terapêutica, taxas de complicação e vários indicadores físicos e bioquímicos, dirige-os também para a consideração do impacto da condição de doente e respectivo tratamento, no funcionamento emocional, físico e estilo de vida do doente, ajudando a determinar qual o tratamento que conduz a uma vida mais digna (Bowling, 1995).

Qualquer que seja a patologia em causa, ao tratar um doente persegue-se o ideal de cura com o menor custo psico-social possível. Qualquer que seja o tratamento utilizado observam-se, efeitos indesejáveis que se contrapõem aos benefícios, e ambos devem ser medidos. Do mesmo modo que se avalia a percentagem de cura ou o aumento de sobrevivência como variáveis convencionais identificadas como benefício do tratamento, deve também avaliar-se os efeitos indesejáveis, e para tal teremos de recorrer necessariamente à avaliação da *QV* (Capitan, 1996).

Os aspectos da eficácia clínica e segurança são ponderados e julgados, nomeadamente pelas crenças e valores do doente, somando e ponderando os benefícios e problemas, funcionando como um filtro, e determinando se a mudança representa efeito positivo ou negativo em cada um dos domínios da *QV*. De um modo geral, efeitos adversos da intervenção terapêutica frequentemente têm repercussão negativa na *QV* de um doente, enquanto que os efeitos benéficos geralmente aumentam os índices de *QV*. O resultado de um tratamento na *QV* de um doente, (Fig. 3) não pode ser exclusivamente vaticinado pelo técnico de saúde (Spilker, 1990).

Fig. 3 Tratamento e *QV* (Spilker, 1990)



As avaliações clínicas tradicionais não nos dão a informação necessária acerca do modo como as pessoas lidam com a sua condição de doentes e a qualidade das suas vidas, porque estas questões não são habitualmente investigadas em relação ao seu dia a dia e ao ambiente que as rodeiam (Lukkarinen *et al.*, 1997). Se o que nos interessa é o bem-estar e o sofrimento da pessoa, e não se pretende reduzi-los somente ao equilíbrio

biomédico, devemos considerar e tratar todos os níveis com a máxima eficácia através de equipas multidisciplinares (Bayés, 1994).

Torna-se então necessário que a avaliação objectiva seja completada com a informação subjectiva do indivíduo, emergindo a avaliação da *QV*, em conjunto com os indicadores clínicos tradicionais como um critério de importância crescente.

A análise sistemática, detalhada dos vários aspectos da vida do doente, feita pelo próprio, fornece dados úteis para melhor conhecer as repercussões da doença e do tratamento, assim como das necessidades do doente. A pesquisa encetada a partir do início dos anos 90 engloba uma abordagem mais ampla perspectivando-se que no futuro a avaliação dos resultados dos cuidados de saúde serão feitos integrando a avaliação da *QV* do ponto de vista do doente (Bowling, 1995).

Apesar de se dispor já de um vasto corpo de conhecimentos acerca do tema, é ainda necessário desenvolver investigação a fim de que se estabeleçam níveis de conhecimento para uma compreensão mais refinada das populações e do modo como a actuação do técnico de saúde interfere com a *QV*, contudo são muitos os técnicos de saúde que duvidam da importância da avaliação da *QV* na prática diária.

A informação que esta avaliação fornece pode ajudar-nos a conhecer melhor os nossos doentes e as medidas a pôr em prática, além de que a sua obtenção faz com que saia beneficiada a relação que se estabelece entre o técnico de saúde e a pessoa doente (Lopez *et al.*, 1996).

Todos estes aspectos comportam uma maior humanização dos cuidados de saúde ao contemplar os âmbitos emocional e social. Aspectos que vêm de encontro à formação profissional por nós recebida, - os técnicos de saúde devem proporcionar cuidados holísticos (biológicos, psicológicos e socioculturais, como um todo), encarando cada doente como um indivíduo que vale por si só como um ser humano a respeitar (Bolander, 1998).

2.4. Como avaliar a qualidade de vida

A *QV* refere-se basicamente à aptidão de funcionamento de um indivíduo no seu dia a dia, e o modo como ele percebe o seu bem-estar, razão pela qual as medidas de

avaliação de *QV* têm assumido um papel progressivamente fundamental nos estudos clínicos (Hays *et al.*, 1998), utilizando para tal a aplicação de valores (geralmente numéricos) de modo que representem quantidades, qualidades ou categorias de atributos (Wilking *et al.*, 1993).

Um aspecto crítico apontado, por vezes, na avaliação da *QV*, é a dificuldade de a medir quantitativamente, quando de facto se trata de um conceito subjectivo. As teorias psicométricas podem auxiliar no campo experimental a obtenção de informação subjectiva. Obviamente, exigindo-se instrumentos de medida que sejam rigorosamente construídos e testados quanto à sua fiabilidade, sensibilidade, especificidade e validade (Osoba, 1991).

A metodologia utilizada na avaliação de *QV* é basicamente de dois tipos em função do que se pretende medir: a própria experiência subjectiva do doente, e a obtida por avaliação de um observador (habitualmente técnico de saúde). O que acontece e como já anteriormente referido, é que a avaliação subjectiva (auto-avaliação) e a objectiva (metodologia de observação e avaliação externa) nem sempre têm resultados concordantes, sendo conhecidas as amplas discrepâncias entre as avaliações feitas pelo técnico de saúde e pelo doente (Capitan, 1996; Bowling, 1994), pondo-se em evidência que o estado de saúde dos doentes, por eles próprios percebido, nem sempre corresponde aos dados que são fornecidos pelos parâmetros biomédicos utilizados na sua avaliação clínica.

Os técnicos de saúde para além de considerarem as medidas exclusivamente objectivas devem, também, tomar em consideração as opiniões que são relatadas pelo próprio doente, as suas queixas e sentimentos, no que poderemos chamar de medidas subjectivas, complementando aquelas. Tal como nos refere Ribeiro (Ribeiro, 1994), será este acrescentar de informação o maior avanço que observaremos neste campo na próxima década.

Quando alguém se propõe avaliar algo, deve procurar que a metodologia a usar seja adequada ao que se pretende avaliar, a *QV* é necessariamente diferente da habitualmente utilizada nas ciências ditas objectivas. Como já anteriormente referimos, um instrumento de avaliação de *QV*, avalia principalmente, o modo como as manifestações de uma doença e/ou o seu tratamento são experienciados por um indivíduo, sendo grande

a atenção dispensada aos instrumentos que se baseiam na auto-avaliação acerca de sentimentos, atitudes e comportamentos.

As medidas baseadas na auto-avaliação são essenciais devido à necessidade de obter as já referidas informações subjectivas de certas experiências, e apresentam-se vantajosas pelo facto de que são geralmente de rápida administração e interpretação por parte do investigador.

As medidas de *QV* como avaliação de resultados em estudos clínicos são importantes, porque a maior parte das doenças e dos tratamentos afectam uma variedade de diferentes aspectos de saúde, na interacção dos aspectos físicos, psicológicos e sociais. Além dos efeitos na esperança de vida, a doença e o tratamento interferem também na *QV*, razão pela qual uma grande variedade de medidas têm sido então propostas para quantificar estes efeitos.

Segundo Donovan citado por Esteve *et al.* (1997), as características que definem um bom instrumento de medida da *QV* são:

- a) Fiável à questão de saúde que se pretende avaliar.
- b) Válido, no sentido de ser capaz de medir aquelas características que se pretendem medir e não outras.
- c) Específico, referindo-se ao mínimo erro de medida.
- d) Sensível, sendo capaz de detectar mudança tanto em diferentes indivíduos, como no que se refere à resposta de um mesmo indivíduo ao longo do tempo.
- e) Basear-se em dados fornecidos pelos próprios doentes.
- f) Adequar-se aos doentes, profissionais de saúde e investigadores.

Hoje em dia, ao construir-se um instrumento de avaliação de *QV*, pretende-se mais que agregar de um modo operacional as medidas da função física, emocional e social. Assim procura-se um instrumento ideal que possa ser considerado válido na prática diária e compreenda todas as dimensões pretendidas, sendo este um ponto de confluência entre as ciências médicas, psicológicas e sociais (Lopez *et al.*, 1996).

Capitan (1996) refere-se a vários instrumentos de possível utilização, como é o caso de:

- a) Registo diário, que permite uma colheita diária de elementos integrantes da *QV* que queremos medir (torna-se mais fácil quando se trata de aspectos que se podem medir numericamente);
- b) Escalas lineares contínuas ou analógicas visuais, especialmente adequadas para avaliar determinados sintomas, em que no início e no fim de uma linha se encontram situações extremas permitindo ao indivíduo colocar-se num ponto que expresse a sua situação no momento;
- c) Questionários em que se pede ao doente uma resposta concreta (geralmente sim ou não) ou um leque mais alargado de cinco opções;
- d) Entrevista em que tanto as perguntas como as respostas podem ser tão amplas quanto se pretenda, podendo inclusivamente variar durante o decurso da mesma.

Todos os instrumentos de avaliação apresentam vantagens e desvantagens. Uns limitam-se a alguns aspectos; outros permitem respostas categóricas de sim ou não, o que possibilita somente determinar os pontos extremos; outros ainda, exigem preparação do pessoal e grande disponibilidade de tempo, mas por outro lado permitem uma informação mais detalhada.

Sem sombra de dúvida o questionário de auto-avaliação constitui a metodologia mais difundida, porque representa o método mais prático, eficiente e barato de obter informação do paciente (Rodriguez-Marin, 1994).

Nos últimos vinte anos vários questionários têm sido desenvolvidos medindo os aspectos biomédico, psicológico e social, numa tentativa de fornecer medidas de saúde fiáveis e válidas. São medidas baseadas na auto-percepção do doente, aspecto que é fundamental, uma vez que se pretende uma avaliação subjectiva de determinadas experiências.

Alguns questionários, habitualmente denominados por questionários genéricos, avaliam a *QV* em qualquer doença ou condição médica, medindo parâmetros do estado de saúde e estudando múltiplas dimensões ou categorias. Outros questionários são mais específicos, centrando-se na avaliação de aspectos concretos de uma determinada doença, função do paciente.

Alguns investigadores pensam que o mais indicado será o uso de medidas específicas de avaliação para o tipo de doença, grupos de doentes, condição médica ou problema

específico, pois consideram que cada situação tem um resultado ou efeito diferente e determinado. O interesse por este tipo de medida baseia-se na maior especificidade resultante da inclusão de aspectos da *QV* que são relevantes para os doentes que estão a ser estudados, e que se encontram estreitamente relacionadas com áreas clinicamente exploradas (Kaplan *et al.*, 1993; Guyat *et al.*, 1990). O objectivo fundamental é o de medir mudanças clinicamente importantes. A dificuldade dos instrumentos genéricos em detectarem aspectos específicos da doença, ou situação clínica, determina que por vezes se necessite um complemento com uma medida específica. McKenna (citado por Bowling, 1995) argumenta que a importância das medidas genéricas de avaliação nos serviços de saúde irá diminuir com o aumento das medidas específicas de avaliação, cujo uso evitará as questões irrelevantes e maximizará a capacidade em detectar mudanças clinicamente significativas.

Instrumentos específicos de avaliação de *QV* têm sido desenvolvidos para várias situações clínicas, tendo mostrado grande utilidade e sendo aceites pelos doentes afectados pela doença em questão, por incluir dimensões relevantes para eles, o que lhes dá maior facilidade e capacidade de resposta.

Apesar de úteis para muitos propósitos, os instrumentos específicos mostram-se, contudo, menos compreensivos, sendo criticados frequentemente por serem demasiadamente estreitos na focalização que fazem, negligenciando a avaliação de resultados importantes, tais como suporte social, ajustamento, auto-estima, depressão e outros domínios, além de não permitirem a comparação entre diferentes situações clínicas ou entre grupos de doentes (Bowling, 1995). Entretanto, os investigadores não se restringem muitas vezes ao uso exclusivo de um único método de avaliação nos seus estudos, uma vez que podem sentir que essa situação não permitirá a obtenção da informação necessária. A utilização de métodos diferentes contribui para a obtenção de diferentes tipos de dados que o investigador poderá querer usar. Em geral pode considerar-se que os instrumentos específicos têm uma maior capacidade de discriminação entre por, exemplo, dois tratamentos alternativos; no entanto, se se pretende demonstrar o impacto de uma determinada intervenção ter-se-à de considerar também a influência desta sobre as medidas de carácter geral, e é, portanto, necessário utilizar ambos os tipos de avaliação (Esteve e Roca, 1997).

Em síntese os questionários genéricos permitem a comparação de situações médicas e de intervenções terapêuticas, mas poderão não focar adequadamente a área de interesse para uma intervenção específica. Por outro lado, os questionários específicos são provavelmente mais específicos face à mudança, mas não tão compreensivos, não permitindo a comparação entre diferentes situações médicas; sendo os questionários específicos essencialmente indicados para avaliar situações de doenças específicas, áreas de funcionamento ou determinadas população de doentes (Berzon, 1998).

Então, as escalas genéricas de determinação de *QV* avaliam conceitos que são relevantes para qualquer pessoa, mas que não são específicos para determinada idade, doença ou tipo de tratamento sendo aplicáveis a uma larga variedade de populações (Ware, 1991).

Dentro das medidas do tipo de avaliação genérica estão os perfis de saúde que dão origem a múltiplas pontuações ao longo de um leque de dimensões de *QV*, ou os índices com uma única pontuação global. A maioria dos instrumentos de avaliação genérica na actualidade são as do primeiro tipo; isto é, que englobam um amplo leque de dimensões de *QV* e pretendem ser usadas em diversas doenças, assim como com diferentes tratamentos e intervenções de saúde (Lopez *et al.*, 1996). São instrumentos que medindo diferentes aspectos de *QV*, dão informação razoavelmente detalhada acerca dos mesmos, o que se torna de especial utilidade para especificar modelos de funcionamento e bem-estar que caracterizam os indivíduos em estudo (Hays *et al.*, 1998).

Quase todas as medidas de *QV* têm múltiplas dimensões, cujo número pode variar, havendo neste campo alguma discordância quanto às dimensões que deverão ser incluídas. Embora cada perfil de saúde tente avaliar aspectos mais relevantes da *QV*, fazem-no de forma diferente, são exemplos o Perfil do Impacto da Doença (“Sickness Impact Profile”), o Questionário do Índice de Saúde de McMaster (“McMaster Health Index Questionnaire”), e o Inventário de Saúde de Nottingham (“Nottingham Health Profile”).

Os perfis de saúde têm, então, a vantagem de permitir determinar áreas de desfuncionamento que afectam uma determinada população, assim clarificando determinadas áreas-alvo de intervenção terapêutica, que poderá ser preferencialmente biomédica, psicológica ou social, com uma finalidade única que é a de preservar e/ou aumentar a *QV* do indivíduo, centro de atenção dos cuidados de saúde. Estes

instrumentos poderão ainda ser usados com a finalidade de determinar os efeitos de uma abordagem em diferentes aspectos da *QV* e, uma vez que podem ser utilizados numa grande variedade de situações clínicas, permitir a comparação de diferentes atitudes terapêuticas em diferentes doenças (Guyat *et al.*, 1990).

O desenvolvimento de medidas de *QV* foi principalmente efectuado nos Estados Unidos da América e no Reino Unido, e apesar da maioria destes instrumentos de medida terem sido desenvolvidos e testados em culturas de língua inglesa, têm sido amplamente traduzidos, aferidos e adaptados noutros países e culturas.

Contudo, o conteúdo das medidas de *QV*, assim como a terminologia utilizada e a forma de administração são, obviamente, muito dependentes dos valores culturais. Por sua vez, utilizar um instrumento validado para uma cultura diferente pode ser uma estratégia eficiente, uma vez que desenvolver um novo instrumento é uma tarefa complexa e morosa. No entanto, este processo deverá seguir uma metodologia que assegure um nível similar de validade, fiabilidade e sensibilidade tendo em conta o contexto cultural da avaliação a efectuar (Alonso *et al.*, 1990).

Questões linguísticas, conceptuais e técnicas surgem quando se pretende adaptar um questionário de saúde a fim de poder ser usado numa cultura diferente. A tradução literal, eventualmente efectuada, pode não reproduzir um conceito similar devido ao contexto sócio-cultural da amostra a que este vai ser aplicado. É fundamental uma equivalência conceptual, para além da linguística, em particular no caso dos questionários de *QV*, uma vez que se pretende que sejam auto-administrados, devendo as questões ser igualmente compreendidas em diferentes culturas, segundo Hunt *et al.* (1991): “... o vocabulário é mais que um conjunto de palavras, contém texturas sociais que dão às palavras determinados significados, peculiares a uma linguagem...”, razão pela qual tem sido prática, a colaboração de leigos - representantes da população a que se dirige, em fases finais do processo de tradução (Aaronson *et al.*, 1992).

A adaptação transcultural requer ainda o processo de validade e fiabilidade antes da sua aplicação prática, procurando a obtenção de valores de rigor similares à versão original. O uso generalizado de um determinado instrumento permite obter informação de diferentes populações, facilitando assim as comparações transculturais. A existência de instrumentos passíveis de aplicação transcultural para avaliação da *QV* torna-se fundamental numa era em que se alarga cada vez mais a colaboração internacional na

investigação em saúde, quer se trate de estudos epidemiológicos, ensaios clínicos, economia da saúde ou investigação básica, em que a avaliação da *QV* de uma população é fundamental (Bullinger *et al.*, 1993).

3 - QUALIDADE DE VIDA E DOENÇA CRÓNICA

O aumento da longevidade observado nos últimos anos, graças aos avanços da Medicina, não deve ser tomado como um sinónimo de *QV*, pois o que se tem vindo a observar é também um aumento na incidência das doenças crónicas e incapacitantes, que se tornam actualmente mais comuns que as doenças agudas.

As doenças crónicas são variadas e podem afectar qualquer dos sistemas orgânicos e apesar da diferente etiopatogenia, aspectos há que se aplicam às várias situações:

- a) consistir em situações que se prolongam no tempo, afectando profundamente a vida dos indivíduos, com implicação física social e emocional;
- b) requerer uma ligação contínua aos Serviços de Saúde;
- c) alterar a dinâmica familiar;
- d) envolver sempre alguma incapacidade, a longo termo, por vezes, irreversível.

O confrontar-se com uma doença crónica é pois, quase sempre, um complexo desafio. Uma doença crónica envolve sempre alguma incapacidade de longo termo que é muitas vezes irreversível. O problema pode ser estabilizado ou eventualmente controlado, mas o indivíduo não pode esperar, na maioria das vezes, voltar a um nível de saúde semelhante aquele anterior ao aparecimento da doença (Lewis *et al.*, 1993)

Muitas doenças crónicas não têm grande impacto na vida das pessoas, que de um modo relativamente simples conseguem gerir; contudo, doenças crónicas graves representam habitualmente, uma crise na vida das pessoas, implicando por parte destas um processo de aprendizagem para lidar com os seus sintomas do dia a dia e o controlo da terapêutica. Situação esta que por vezes vai para além do ajustamento à própria doença, podendo alargar-se a aspectos sócio-familiares e financeiros (Brannon e Feist, 1997).

Capitan (1996) refere-se a duas situações em que se torna absolutamente imprescindível a avaliação da *QV*, como sendo as situações de pacientes em fase terminal, em que não há uma possibilidade racional de oferecer um aumento da "quantidade de vida", tornando-se então um objectivo prioritário ou mesmo único o aumento da "qualidade de vida". A segunda situação apontada é o caso dos ensaios clínicos na fase III, sobretudo se se prevê que as alternativas terapêuticas não vão ser muito diferentes no que respeita à qualidade da resposta, e, então, a decisão da escolha terapêutica será pela que provoca menor deterioração da *QV*.

Acrescentemos então as situações de doença crónica, cuja natureza prolongada vai afectar o indivíduo de várias formas possíveis, numa vivência de constante procura de conseguir um estado máximo das suas funções e bem-estar, pois quando se trata de uma condição incurável, a meta realista dos cuidados é proporcionar, tanto quanto possível uma vida que seja confortável, funcional e satisfatória,.

Os pacientes crónicos estão sujeitos a múltiplos desencadeadores de *stress* fisiológico e psicológico, e podem ser ameaçados por potenciais perdas e mudanças de estilo de vida.

Um indivíduo que se confronta com uma doença ou incapacidade tem de enfrentar os aspectos físicos do seu problema de saúde, ao mesmo tempo que é forçado a fazer adaptações pessoais e sociais de acordo com mudanças na sua vida, provocada pela evolução da própria doença.

São-lhe então impostos problemas adicionais de aprendizagem de modos de lidar com restrições que lhe possam ser feitas sobre as actividades de vida diária, nomeadamente no que respeita a levar a cabo regimes de tratamento, dietéticos e de actividade física que, muitas vezes, lhe são exigidos. Necessitam de maior ou menor apoio, devendo desenvolver modos de atender as suas necessidades, para atingir uma adequada *QV*.

Vários tem sido os estudos feitos para explorar o impacto da doença crónica na vida dos doentes, mostrando-se que estes têm pior funcionamento físico e social, pior saúde psíquica e mais queixas dolorosas que os pacientes sem doença crónica (Brannon e Feist, 1997). A doença crónica para além de produzir uma variedade de problemas biológicos, exige aos doentes o ter de resolver e lidar com emoções e sentimentos negativos (Moos e Shaefer citados por Brannon e Feist, 1997); ora, as pessoas com efeitos emocionais adversos experimentam uma diminuição da *QV*.

A definição de doença para o indivíduo e a sua experiência da mesma é fundamental para o planeamento da intervenção ou do atendimento do técnico de saúde, que em grande parte visará a promoção da adaptação às exigências da nova situação. O mesmo se pode dizer relativamente à percepção individual de *QV*, tanto antes como depois da doença ou incapacidade, uma vez que afecta também as escolhas relativamente ao tratamento e à experiência de estar doente. Os técnicos de saúde, entre os quais os enfermeiros, devem consciencializar-se de que as percepções que fazem acerca da *QV* podem ser diferentes da dos doentes, e os cuidados eficazes requerem uma compreensão clara das prioridades do doente.

3.1 - O impacto da doença crónica

Tal como para a definição de saúde, também encontramos grande dificuldade em encontrar uma definição de doença. Num sentido tradicional esta é considerada como um fenómeno objectivo que se caracteriza por uma alteração do funcionamento do organismo biológico. Casos há contudo, em que o sujeito vivencia uma situação de doença como um fenómeno subjectivo (isto é dolência), embora possam não ser consideradas como "doenças", quem as tem sente-se doente e precisa ser tratado como tal.

Assumindo o conceito holístico de saúde anteriormente abordado, poderemos melhor definir doença dizendo que é uma alteração do estado de saúde, e uma vez que se considera o ser humano como um ser bio-psico-social, o estado de saúde e doença vão ter sempre os aspectos - biológico, psicológico e social (Esteban *et al.*, 1995), sendo um erro considerar que a doença se pode entender sem considerar as características psicológicas individuais e o contexto social em que surge.

Se definirmos saúde como “...um estado dinâmico de bem-estar físico, mental e social com ausência de doença ou processo anómalo...” (Potter *et al.*, citado por Morrison, 1999), implicando uma modificação constante à medida que responde e se adapta aos desafios da vida (homeostasia), a situação de doença surge quando não é possível adaptar-se, nem retomar este equilíbrio homeostático.

A doença é assim um estado de desequilíbrio, é um processo anómalo em que estão diminuídos ou deteriorados o aspecto social, físico, emocional e intelectual da pessoa, assim como o seu funcionamento.

A doença afecta todas as actividades do indivíduo que a sofre, assim como daqueles que lhe estão próximos.

Tanto as doenças agudas como as crónicas são situações ameaçadoras da *QV* das pessoas, contudo há diferenças que se prendem nomeadamente com a evolução, forma de início, etiopatogenia, tipo de tratamento, sendo também diferentes as vivências do doente, em que a necessidade de adaptação aos efeitos da doença crónica é muito maior, exigindo mecanismos de *coping* específicos (Marques *et al.*, 1991).

Um diagnóstico de doença crónica vai desencadear um grande número de mudanças a nível físico (funcionamento corporal e aparência física), psicológico (nomeadamente reacções emocionais relacionadas com um futuro incerto) e social (na relação de familiares e amigos ou mudança nos papéis sociais) implicando uma alteração permanente no modo de vida do indivíduo (Canhão e Santos, 1996).

Brannon e Feist (1997) referem-se a vários estudos onde se salienta que a doença crónica produz uma variedade de problemas , e mostram que a doença crónica difere no seu impacto não propriamente tanto em termos da gravidade da própria doença mas mais no modo como interfere com a vida do doente.

Moos (1982) analisa a doença física em termos da teoria da crise em que se lida com o impacto da rotura com níveis estabelecidos do funcionamento pessoal e social, sublinhando que o indivíduo necessita funcionar num estado de equilíbrio. A necessidade das pessoas de homeostasia fisiológica é similar à sua necessidade de um sentido de equilíbrio social, psicológico e moral.

Quando um indivíduo enfrenta algo que se opõe ao seu modelo característico de comportamento e estilo de vida, emprega habitualmente mecanismos de resolução de problemas , até que o equilíbrio seja restaurado. Mas uma situação incomum ou *major* pode fazer com que as respostas sejam inadequadas para lidar com o que constitui a crise , conduzindo a um estado de desorganização frequentemente acompanhado de medo, culpa ou outros sentimentos desagradáveis que mais contribuem para a desorganização psico-social (Moos, 1982).

As pessoas não conseguem tolerar um estado de crise durante muito tempo, tendo que adoptar novos modos de resposta e de mecanismos de *coping*, que poderão conduzir a uma adaptação saudável, enquanto outros mecanismos poderão conduzir a ajustamento não saudável com repercussão psicológica negativa. As estratégias de *coping* utilizadas têm assim um papel fundamental no que respeita ao bem-estar físico e psicológico quando um indivíduo é confrontado com um acontecimento de vida desencadeante de *stress* (Edler e Parker, 1990).

A crise de uma doença física é um potente desencadeador de *stress* que conduz a potenciais mudanças na relação entre os doentes e os membros das suas famílias.

A teoria da crise sugere então, que a doença crónica não implica inevitavelmente o mal-estar psicológico, pois que uma pessoa pode reagir á doença crónica de um modo positivo (Brannon e Feist, 1997).

Na nossa prática clínica diária de prestação de cuidados deparamo-nos frequentemente com o facto de que nem todos os pacientes com o mesmo diagnóstico, em fase de evolução similar da sua doença e com o mesmo tratamento, reagem da mesma forma. Nota-se uma grande variabilidade das respostas ao tratamento, evolução, apresentação de sintomas, formulação de queixas entre outros aspectos, confirmando-se então a importância das variáveis psicossociais na situação de doença (Esteban *et al.*, 1995).

A percepção e avaliação dos sintomas dependem de variáveis psicológicas e sociais, que determinam as peculiaridades individuais da resposta à doença. A doença crónica é uma experiência vivida, uma realidade do próprio indivíduo (Price, 1996).

O indivíduo constrói a sua experiência de doença, sendo de salientar a importância dos aspectos emocionais e cognitivos nesta construção subjectiva de estar doente, que se configura na interpretação da situação e que vai determinar as estratégias de *coping* que o indivíduo irá desenvolver face à sua doença (Esteban *et al.*, 1995).

O paciente não adopta, necessariamente, uma atitude passiva; é activo e selecciona a informação que recebe, atribuindo um significado de acordo com o seu sistema de crenças, valores e personalidade, o que o leva a construir essa experiência subjectiva de estar doente. Trata-se da existência de um processo de filtragem selectiva que configura as estratégias de *coping* que o indivíduo vai utilizar face à sua doença (Esteban *et al.*, 1995).

Cada doença biológica afecta e é afectada por factores psicológicos e sociais. O bem-estar psico-social do indivíduo pode ser desafiado pela doença física, ao mesmo tempo que as aptidões em mobilizar fontes psicológicas internas e sociais pode ter diferentes implicações para o sucesso da sua capacidade de lidar com sucesso (*coping*) com a doença (Lewis *et al.*, 1993).

3.1.1 - Stress, coping e saúde

Ao longo do ciclo vital cada indivíduo enfrenta uma variedade de problemas ou desafios; contudo, individualmente, ao longo do tempo vai desenvolvendo aptidões de

domínio e adaptação, com atitudes apropriadas e recursos adequados pode manter-se um certo grau de equilíbrio face à adversidade (Ray *et al.*, 1982).

Passou a avaliar-se o modo como as pessoas respondem ao *stress* como um mediador central dos resultados de saúde, e no que respeita à saúde e bem-estar, parece agora mais importante o tipo de esforços de resposta iniciados do que a natureza, frequência ou magnitude das exigências (Justice, 1988).

Uma doença grave ou bastante intrusiva é sempre uma ameaça ao bem-estar, cabendo portanto na definição de situação geradora de *stress*, e o ajustamento emocional à doença traduz a resposta ao *stress*.

O conceito de *stress* é um conceito de difícil definição com diversos significados, quer porque operacionalizado de diferentes modos por diferentes autores, quer porque o seu uso comum na linguagem perdeu um pouco do seu rigor. De uma forma popular define-se como um estímulo que segundo Holmes (citado por Esteban *et al.*, 1995) requer por parte do indivíduo um processo de adaptação. O estímulo de *stress* será qualquer circunstância que de forma não usual exige do indivíduo uma mudança no modo de vida habitual.

Em termos de evolução do conceito de *stress* distinguem-se basicamente duas perspectivas. A perspectiva fisiológica com os trabalhos de Selye, que se refere ao *stress* como uma resposta a uma situação de tensão, tratando-se assim de um fenómeno essencialmente biológico na procura da homeostase (Selye, 1987; Machado e Lima, 1998). A perspectiva psicológica centra-se na interpretação individual dos acontecimentos de vida e na avaliação dos recursos individuais para lidar com a situação (Machado e Lima, 1998).

Numa procura de definições com um certo propósito integrador e psicológico devemos ter em conta a formulação de Lazarus e Folkman como uma das principais referências teóricas no âmbito da perspectiva psicológica, em que *stress* é definido como sendo

“...uma relação particular entre o indivíduo e o meio envolvente, que é avaliado por este como ameaçador ou excedente dos seus recursos e põe em perigo o seu bem estar...” (Folkman *et al.*, 1986 a; 1986 b). Refere-se a uma interação recíproca entre o Homem e o seu meio ambiente, num processo transaccional entre o estímulo ou a situação desencadeadora de *stress* e a resposta que provoca num determinado indivíduo,

processo no qual desempenha um papel fundamental como mediador na definição e experiência subjectiva do *stress* a avaliação cognitiva individual. O indivíduo tem assim um papel activo quer na avaliação da situação, quer na avaliação dos seus recursos para gerir a potencial situação ameaçadora. Então o “...*Processo de avaliação cognitiva do indivíduo desempenha um papel central na definição e experiência subjectiva do stress e no processo de confronto (coping) com o stress...*” (Cruz e Barbosa,1998).

Salientam-se então dois processos, avaliação cognitiva e *coping*, como mediadores críticos na relação de *stress* , indivíduo/ambiente e no seu resultado imediato e a longo prazo, entendendo-se avaliação cognitiva como o processo através do qual um indivíduo avalia se uma determinada situação ambiental é relevante para o seu bem-estar, e se afirmativamente, de que modo (Folkman *et al.*, 1986 a; 1986 b).

Mediante esta avaliação o indivíduo confere á situação atributos específicos , como podendo afectar em maior ou menor medida o seu bem-estar pessoal, que vai depender em muito da situação e das expectativas da pessoa. Não se trata do acontecimento em si, mas depende de como a experiência é avaliada em função do significado para o bem-estar pessoal, tornando-se evidentes as diferenças individuais no que respeita ao grau e tipo de reacção.

As pessoas constantemente avaliam a avalanche de acontecimentos que os rodeiam, e neste processo de avaliação os acontecimentos são classificados como familiares ou não, como ameaçadores ou não.

Distinguem-se diferentes tipos de avaliação, a avaliação primária, que é a avaliação cognitiva espontânea de um estímulo, “... *O indivíduo avalia se está algo em jogo neste encontro...*” (Folkman *et al.*,1986.a). O indivíduo interroga-se sobre a natureza e os riscos dos acontecimentos. Pode não atribuir importância particular, caso considere que a situação não traz implicações particulares para o seu bem-estar, isto é, nem perdas nem ganhos. Caso sejam apreciadas como trazendo um aumento ou potencial aumento do bem-estar, são acompanhadas de emoções positivas (alegria, bom humor, tranquilidade). Em oposição, as situações podem ser percebidas como prejuízo e perda, como uma ameaça ou um desafio (Vandenplas-Holper, 1998), é portanto relevante, e além disso compromete o bem estar do indivíduo, convertendo-se num possível agente de *stress*.

Os agentes desencadeantes de *stress* podem então ser vistos com frequência como uma faca de dois gumes, mostrado-se como uma oportunidade de crescimento e uma ameaça ao bem-estar.

A diferença entre um estímulo vivenciado como desafio ou ameaça, é que a avaliação produz emoções diferentes, ambas mobilizam estratégias de confronto, no entanto no primeiro caso o indivíduo pensa poder superar a situação, enquanto no segundo caso há dificuldades em lidar com a situação, que se acompanha de preocupação, medo ou ansiedade (Esteban *et al.*, 1995).

Secundariamente, é feita uma avaliação dos seus recursos para fazer frente às exigências prevendo as consequências que derivam dos diferentes modos de acção, no que Lazarus e Folkman (citados por Alonso *et al.*, 1996; Cruz e Barbosa 1998) chamam de avaliação secundária, “... *A pessoa avalia se algo pode ser feito para vencer ou prevenir prejuízo ou para melhorar a perspectiva de benefício...*” são avaliadas as opções de *coping* para lidar com a presumível ameaça (Folkman *et al.*, 1986. a).

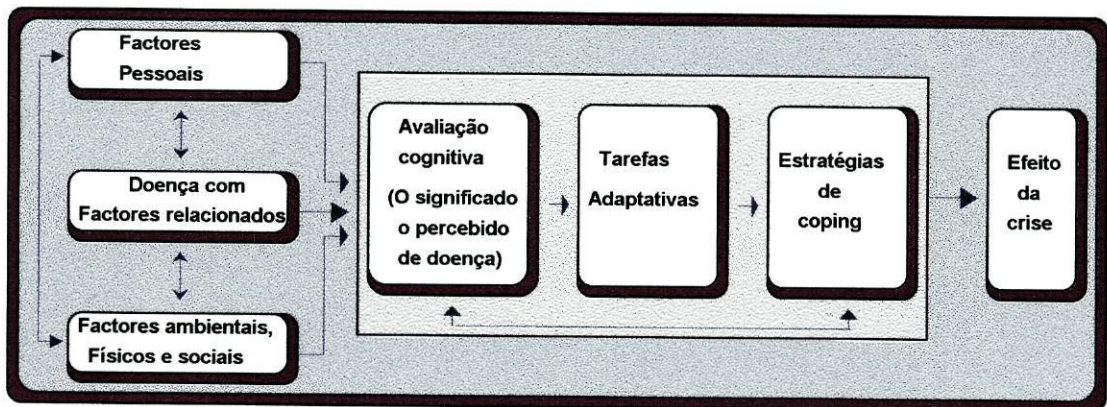
Estes diferentes níveis do processo avaliativo vão determinar a qualidade e intensidade da resposta à situação.

Com base em novas informações recebidas quer do ambiente quer do próprio sujeito, podem efectuar-se alterações na primeira avaliação efectuada, num processo que os mesmos autores chamam de reavaliação, isto é, uma avaliação cognitiva, através das características singulares da própria pessoa (sistema de valores, crenças, atitudes), assim como da própria situação/estímulo.

Ao considerar a doença como uma crise de vida, logo um estímulo gerador de *stress*, Moos (1982) salienta três grupos de factores que influenciam a apreciação cognitiva: a) Características sociodemográficas e pessoais, incluindo idade, género, estatuto sócio-económico, desenvolvimento cognitivo e emocional, auto-estima, crenças filosóficas e religiosas e experiências prévias de doença e *coping*, entre outras; b) Factores relacionados com a própria doença, que incluem o tipo e localização de sintomas, se dolorosas, desfigurantes, incapacitantes, se em região do corpo a que é dada especial importância. Constituem um componente *major* na definição da exacta natureza das tarefas do paciente a confrontar e consequentes respostas adaptativas; e, c) Aspectos ou características do ambiente físico e sócio-cultural, que afectam as tarefas adaptativas que o paciente e sua família têm de enfrentar, bem como a escolha e capacidades de

coping que eles utilizam, (qualidade do aspecto envolvente , espaço pessoal disponível, grau de estimulação sensorial, ambiente, local de trabalho, suporte social da comunidade e normas e expectativas sócio-culturais).

Fig. 4 – Factores que influenciam a apreciação cognitiva (Moos, 1982)



Nesta perspectiva (transaccional cognitiva) tem então papel preponderante a avaliação cognitiva na definição do *stress* e também o processo de confronto com o *stress* (ou *coping*), pois paralelamente vão sendo individualmente geradas estratégias comportamentais e emocionais para lidar com os diversos acontecimentos (Fig. 4).

Os acontecimentos desencadeadores de *stress* afectam as pessoas emocional, cognitiva e fisiologicamente, e para atingir o já referido grau de equilíbrio face à adversidade, o indivíduo utiliza atitudes e recursos adequados, e as formas de comportamento que reflectem este tipo de confronto com estas situações problemáticas são denominadas por *coping*.

O conceito é frequentemente ligado ao de *stress* sendo contudo diferente deste (Ray *et al.*, 1982), segundo Roskies e Lazarus (citado por Justice, 1988) “...São duas faces da mesma moeda...”.

“...*Coping* refere-se aos esforços cognitivos e comportamentais, em mudança constante, para lidar (reduzir, dominar ou tolerar) as exigências internas e externas desta transacção indivíduo/ambiente que são avaliados como ultrapassando ou excedendo os recursos do indivíduo...” (Folkman *et al.*, 1986. a).

As estratégias de *coping* utilizadas têm um papel *major* no bem-estar físico e psicológico quando um indivíduo é confrontado com um acontecimento de vida

negativo ou desencadeante de *stress* (Endler *et al.*, 1990), pois o nível de *stress* que um indivíduo experiêcia e a ocorrência dos efeitos nefastos dependem de como as pessoas lidam com a situação de *stress* (Latack, 1986).

Assim *coping* é visto como um factor estabilizador que pode ajudar os indivíduos a manter uma adaptação psicológica durante períodos de maior *stress* (Lazarus e Folkman citados por Holahan e Moos, 1987). As estratégias utilizadas assumem particular importância uma vez que “...*O modo como as pessoas lidam com o stress é ainda mais importante para a moral, para o funcionamento social e para a saúde somática, que a frequência e intensidade dos próprios episódios desencadeadores de stress...*” (Roskies e Lazarus citados por Cruz e Barbosa, 1999).

O *coping* deve compreender-se como um processo que implica mudança ou ajustamento, sendo múltiplas as estratégias que o indivíduo pode empregar.

Apesar de vários modos de classificar as respostas de *coping*, pode de um modo amplo, distinguir-se entre estratégias que são *activas* e orientadas para o confronto com o problema, e as estratégias *passivas* que perpetuam um esforço para reduzir a tensão pelo evitamento de lidar com o problema.

Lazarus e Folkman referiram-se a estratégias focadas no problema e a estratégias focadas na emoção (Holhan e Moos, 1987; Folkman *et al.*, 1986. a; 1986. b; Cruz e Barbosa, 1999). Se no primeiro caso os esforços ou estratégias são dirigidas para gerir ou alterar o problema ou situação que provoca *stress*, no segundo caso os esforços são dirigidos para regular a resposta emocional vivida na situação e aliviar o impacto emocional provocado, exigindo mudanças psicológicas que visam principalmente limitar a disfunção emocional causada pelo problema com um mínimo de esforço para alterar o acontecimento em si, sendo mais características das situações desencadeadoras de *stress* avaliadas como não modificáveis (Mendes, 1998). Segundo Folkman e Lazarus (citado por Folkman *et al.*, 1986. b), as pessoas utilizam ambas as formas de *coping* em todas as situações desencadeantes de *stress* (Endler *et al.*, 1990)

Assim o *coping* tem duas principais funções: lidar com o problema que causa mal-estar psicológico, *coping* centrado no problema e, regular a emoção, *coping* centrado nas emoções (Folkman *et al.*, 1986. a).

Saliente-se no entanto que as estratégias focadas na emoção podem ser activas, como os esforços construtivos para regular respostas afectivas frente a um agente de *stress*.

Uma tipologia é sugerida por Bullings e Moos (citados por Holahan e Moos, 1987) consistindo em: estratégias comportamentais activas (comportamentos abertos para lidar directamente com o problema), estratégias cognitivas activas (esforços para gerir a avaliação da acção de *stress* do acontecimento), e estratégias de evitamento (tentativa de evitar confrontar-se com o problema e indirectamente reduzir a tensão).

A procura de relação entre acontecimentos de vida desencadeadores de *stress* e indicadores de estados adaptativos, como saúde somática e sintomas psicológicos, reflectem a crença de que esta relação é mediada pelos processos de *coping* (Folkman *et al.*, 1986. a).

Quando se tenta compreender a influencia das respostas de *coping* no ajustamento, alguns autores afirmam que as estratégias activas orientadas para o problema parecem moderar a influencia adversa de acontecimentos de vida negativos no que respeita ao funcionamento psicológico (Bullings e Moos citado por Holahan e Moos, 1987), estando também associadas aquelas estratégias a reduzidos níveis de depressão (Holahan e Moos, 1987). Estudos sobre as consequências em saúde que advêm de estratégias de *coping* de evitamento mostram uma associação positiva com mal-estar psicológico (Bullings e Moos citados por Holahan e Moos 1987), apresentando estes indivíduos mais sintomas de tensão psicológica e física. Menaghan (citado por Holahan e Moos, 1987) explica que os esforços para lidar com sentimentos desagradáveis através da resignação e afastamento no momento, implica um aumento de mal-estar psicológico e assim amplifica potenciais consequências negativas futuras.

Uma vez que as estratégias de *coping* activas e as de evitamento têm sido relacionadas com o funcionamento psicológico oferecem um potencial de intervenção terapêutica; contudo, para modificar uma propensão individual para utilizar estas estratégias de *coping* é necessária uma completa compreensão do contexto pessoal e ambiental em que ocorrem. Estas parecem estar associadas a três grupos de variáveis, nomeadamente: a) factores sócio-demográficos, parecendo observar-se que o estatuto sócio-económico mais elevado está associado a formas mais adaptativas de *coping* envolvendo flexibilidade e escolha lógica (Haan citado por Holahan e Moos, 1987), assim como um grau de escolaridade mais elevado está positivamente associado a estratégias de *coping*

focadas no problema e menos nas estratégias de evitamento (Bullings e Moos citados por Holahan e Moos, 1987); b) disposições de personalidade, em que Kobasa se refere à associação positiva entre capacidade de resistência, e formas adaptativas de coping, Parkes refere-se à associação positiva entre *locus* de controlo interno e o uso de estratégias de *coping* directas face ao problema, observando-se também o inverso em relação às pessoas com um *locus* de controlo externo (citados por Holahan e Moos, 1987); c) factores contextuais, como o *stress* das circunstâncias de vida e a rede de suporte social, podendo esta última estar directamente e positivamente associada com a saúde física e psíquica uma vez que possibilita suporte emocional e assistência tangível, em que a pessoas com mais suporte social menos provavelmente utilizam estratégias de *coping* de evitamento (Heller *et al.*, Moss *et al.* citados por Holahan e Moos, 1987), e em contrapartida as estratégias de evitamento encontram-se positivamente associadas à existência de conflito familiar (Moos e Moos citados por Holahan e Moos 1987).

No entanto, aspectos há que não parecem tão lineares, segundo Aldwin *et al.* (1987), parece não existir consenso, relativamente à determinação de qual das estratégias ou modos de *coping* serão mais efectivos no que respeita à resolução de problemas, prevenção de dificuldades futuras ou alívio do mal-estar emocional, observando-se resultados inconsistentes que ora enfatizam a associação entre *coping* focado no problema a uma diminuição do mal-estar emocional ao passo que o *coping* focado na emoção paradoxalmente o aumenta, ora determinam precisamente o oposto no que diz respeito a esta associação, o que nos coloca longe da possibilidade de descrever qual a estratégia de *coping* que pode “...*Instantaneamente resolver o problema e restaurar o equilíbrio emocional...*”.

Ainda segundo Aldwin *et al.* (1987) vários factores podem influenciar a relação entre *coping* e saúde mental, mais notavelmente o tipo de problemas confrontados e o grau de *stress* experimentado, e frequentemente são utilizadas medidas de mal-estar psicológico para avaliar a eficácia do *coping*, não atendendo a que o mal-estar psicológico por si só possa afectar quer a estratégia de *coping* quer a eficácia da estratégia.

É provável que as pessoas com pior saúde mental usem diferentes e menos eficazes estratégias do que aqueles com melhor saúde mental, parecendo que quanto maior o nível inicial de mal-estar emocional e maior a gravidade do problema, mais

provavelmente os indivíduos usarão mecanismos de *coping* pouco eficazes, e aumentando adicionalmente o mal-estar emocional (Aldwin *et al.*, 1987).

Cruz e Barbosa (1999) salientam como aspecto importante o facto de a noção de *coping* não implicar pressupostos à *priori* no que respeita à eficiência ou eficácia das estratégias utilizadas. O seu valor adaptativo deverá então ser avaliado em cada contexto específico, pois quer o *coping* centrado no problema quer o *coping* centrado nas emoções serão potencialmente úteis e adaptativos, dependendo do contexto, sendo o *coping* fortemente relacionado com a avaliação cognitiva, e as formas de *coping* usadas das opções de *coping* disponíveis (Folkman *et al.*, 1986. b).

A avaliação cognitiva e o *coping* são variáveis transaccionais, pois não se referem exclusivamente ao ambiente ou à pessoa, mas antes à integração de ambos numa dada situação. Do mesmo modo que a avaliação de uma ameaça é feita em função de uma situação ambiental específica que é avaliada por um indivíduo com características psicológicas particulares, de um modo similar o *coping* consiste nos pensamentos e comportamentos que uma pessoa usa para lidar com as exigências de uma específica interacção pessoa-ambiente que tem relevância para o seu bem-estar.

Assim, a resposta perante a doença não depende só da situação em si, mas da interpretação que se faz dela, que influencia as respostas emocionais e motivacionais perante a doença, e portanto nas estratégias de *coping*, reflectindo as experiências pessoais prévias, as crenças, grau de escolaridade e cultura (Esteban *et al.*, 1995).

4 - DIABETES MELLITUS

O termo diabetes *mellitus* (DM) engloba actualmente um número de diferentes processos patológicos caracterizado por níveis sanguíneos de glicose crónicamente elevados.

Nos indivíduos não diabéticos o metabolismo da glicose é controlado por um sistema de retro-regulação entre os níveis de concentração de glicose sanguínea e as células beta do pâncreas que produzem e libertam insulina.

A doença é causada por déficit absoluto ou relativo de insulina (anormalidades na produção e utilização de insulina), que conduz a dificuldades no metabolismo da glicose, fazendo com que se acumule a nível sanguíneo.

São considerados dois tipos principais de diabetes *mellitus*: Diabetes *mellitus* tipo I, juvenil ou insulino-dependente (DMID), cujo pico de incidência ocorre durante a puberdade, embora possa ter início em qualquer idade e a sua causa primaria seja uma deficiência hormonal devida à destruição, por mecanismo auto-imune, das células beta dos ilhéus pancreaticos (Grupo de Consenso Europeu sobre DMID,1993). Geralmente o diagnostico é feito em situação de grave hiperglicémia e desidratação (como resultado da tentativa do rim eliminar o excesso de glicose através da urina originando os sintomas clássicos de sede e poliúria) e cetoacidose (por diminuição do ph sanguíneo como resultado do elevado nível de corpos cetónicos devido à degradação das gorduras orgânicas quando a glicose não está disponível) (Cox *et al.*, 1991).

A diabetes *mellitus* tipo II também conhecida como não insulino-dependente (DMNID) surge tipicamente pelos quarenta anos de idade (Cox *et al.*,1991),sendo talvez das doenças crónicas mais comuns dos países desenvolvidos, e cuja progressão é alarmante, segundo a OMS e explicada pelo maior envelhecimento das populações, maus hábitos alimentares, obesidade e modo de vida sedentário (OMS, 1998). Neste caso os sintomas surgem tipicamente de forma gradual e muitas vezes a doença não é detectada. O mecanismo básico pode ser a produção de uma quantidade insuficiente de insulina, mas também a existência de um déficit de receptores celulares para a insulina, havendo assim uma resistência por parte do organismo (Leah, 1987).

A DM é uma condição relativamente comum podendo resultar em graves complicações a longo prazo com considerável morbidade: retinopatia diabética, nefropatia, neuropatia e doença cardiovascular (Coats e Boore, 1998; Keinanen-Kincaanniemi *et al.*,1996); sendo então as metas do tratamento, normalizar o metabolismo da glicose, pois um inadequado

controlo metabólico pode associar-se a sintomas desagradáveis subjectivos e desenvolvimento de complicações que conduzem a limitação em varias funções tendo assim um efeito deletério na *QV* (Keinanen-Kincaanniemi *et al.*, 1996).

A DM exige por parte do paciente um complexo plano de tratamento que envolve medicação, modificação da dieta, exercício físico e controlo dos níveis de glicose sanguínea, não havendo contudo um regime único, variando com o tipo de diabetes, de pessoa para pessoa e de acordo com o critério médico.

A eficácia do tratamento depende directamente de dois factores: do tratamento farmacológico (comprimidos ou insulina) e do modo como o doente é capaz de modificar os seus hábitos de vida no que respeita à dieta alimentar e ao exercício físico (Keinanen-Kincaanniemi *et al.*, 1996).

De um modo semelhante ao diagnóstico de qualquer doença crónica, o diagnóstico de DM produz impacto na pessoa, quer por que se trata de uma doença incurável e de longa duração, quer porque implica grandes ajustamentos do estilo de vida (Brannon e Feist, 1997; Esteban *et al.*, 1995. b), pois afecta os principais aspectos da vida diária, e cujo controlo está inevitavelmente centrado no doente.

Callaghan *et al.* (1994) refere-se à importância de enquadrar a doença crónica na perspectiva do próprio doente, salientando que a doença crónica, incluindo a DM, afecta aspectos psicológicos da vida de uma pessoa, efeitos esses, que englobam sentimentos de medo e ansiedade, incerteza e uma diminuição da auto-estima. Pois pode repercutir-se em todos os aspectos da vida, incluindo relações sociais e afectivas, profissão, casamento e relacionamento sexual e com implicações práticas adicionais, sendo a principal o ter de lidar adequadamente com o regime de tratamento.

A adaptação a uma doença crónica é sempre um processo complexo, entendendo-se por adaptação, como o grau em que o indivíduo se ajusta fisiológica e psico-socialmente ao *stress* de uma doença de longo termo (Grey *et al.*, 1997).

4.1 - Diabetes *mellitus* e depressão

Não surgem dúvidas quanto à associação de psicopatologia à DM (Marques *et al.*, 1991), tendo sido associados à DM, nomeadamente maiores taxas de baixa auto-estima e depressão.

Nesta associação a depressão pode ser vista quer como causa, quer como consequência: a) No caso da DMID a etiopatogenia é provavelmente auto-imune, parece evidente a interferência de factores adjuvantes: tóxicos, víricos, etc., sendo possível que também factores emocionais tenham algum papel no aparecimento da doença, embora não como factor causal. No caso da DMNID a etiopatogenia é provavelmente heredo-familiar. Em ambos os casos há conformadamente factores ambientais adjuvantes e/ou precipitantes; b) por outro lado também o aparecimento da diabetes constituiu frequentemente um grave traumatismo emocional, em que o diabético se confronta com a necessidade de mudança de estilos de vida concomitantemente com o rótulo de “doente crónico”, além do conhecimento das complicações degenerativas inerentes ao processo (Brandão *et al.*, 1989).

Goodnick (1997) refere-se a três importantes áreas-chave a ser analisadas em termos de diagnóstico de depressão na diabetes *mellitus*: a epidemiologia da depressão na diabetes; o diagnóstico adequado de depressão em doentes diabéticos; e, compreender o impacto da depressão no decurso da mesma.

Repetidos estudos mostram que indivíduos com DM, enquanto grupo, têm uma maior incidência significativa de depressão que os não diabéticos (Grey *et al.*, 1997; Bailey, 1996; Goodnick *et al.*, 1995; Goodnick *et al.*, 1997; Rajala *et al.*, 1997). Por sua vez, esta associação positiva entre depressão e diabetes, embora independente de idade, género, incapacidade funcional e algumas situações médicas (Amato *et al.*, 1996) pode segundo alguns autores ser devido a pobre suporte social, baixo estatuto socio-económico, personalidade neurótica pré-morbida e presença de complicações como retinopatia (Miyoaka *et al.*, 1997), ou neuropatia (Viinamaki *et al.*, 1995).

O impacto da depressão no decurso da DM pode ser bastante grave. Goodnick (1997) refere-se a uma correlação positiva entre *scores* obtidos no Inventário de Depressão de Beck e sinais e sintomas de descontrolo diabético, sinais estes atribuídos à falta de auto-

controlo da doença. Também se refere a um aumento da taxa de complicações quando da presença de depressão na diabetes.

De um modo global salienta-se que esta associação entre depressão e diabetes pode ter implicações clínicas relacionadas com a não adesão ao tratamento e no controlo dos níveis de glicose (Amato *et al.*, 1996; Goodnick *et al.*, 1995; Lustman *et al.*, 1997), razão pela qual a saúde mental dos doentes diabéticos deverá ser estreitamente monitorizada (Kovacks *et al.*, 1995), pois uma boa saúde mental terá um papel determinante no controlo da doença (Marques *et al.*, 1991) sendo importante tal conhecimento por parte dos técnicos de saúde ao lidar com estes doentes (Bailey, 1996).

Efectuar um diagnóstico adequado de depressão num diabético pode ser um desafio para o técnico de saúde, uma vez que alguns dos sintomas podem confundir-se, numa e noutra situação clínica, como é o caso da letargia e alteração de peso.

Goodnick (1997) salienta a importância da utilização do Inventário de Depressão de Beck como auxiliar de diagnóstico, referindo os sintomas cognitivos como os mais fiáveis para distinguir os diabéticos deprimidos dos não deprimidos.

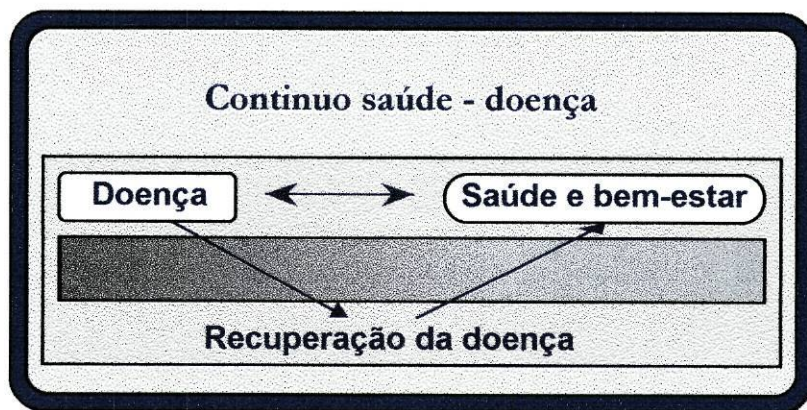
5 - PROMOÇÃO DA SAÚDE

A promoção da saúde é hoje uma das preocupações dominantes, já que parece residir nesta estratégia o grande desafio para a qualidade de vida do ser humano.

A adopção de comportamentos positivos exige uma consciência de saúde que ultrapassa a noção simplista de ausência de doença e é perpassada por uma complexidade de dados que interessa analisar

Quando se pretende ajudar as pessoas a tornarem-se saudáveis, não mais se pretende somente ajudá-las a recuperar de uma doença. Ao considerar a visão holística de saúde, não é somente a saúde física que é tomada em linha de conta, mas também a saúde emocional, espiritual, social e mental (figura 6), movendo-se assim a saúde e bem-estar ao longo de um contínuo (Lash, 1990).

Fig.5 – *Continuum saúde-doença* (adaptado de Lash, 1990)



A meta global da promoção de saúde visa a procura de um equilíbrio, envolvendo o aspecto físico, mental e social (Downie *et al.*, 1996). Voltamos assim de novo ao conceito de bem-estar e a sua consideração subjectiva, em que a “...*Vida satisfatória é concebida como o grau em que um indivíduo julga a globalidade da qualidade favorável da sua vida...*” (Veenhoven, 1991). Segundo Vaquero “...*Há saúde se apesar de uma alteração física se supera um processo de reabilitação integral, até que o sujeito se sinta feliz no seu meio, e não há se, ainda que sem qualquer lesão evidente, carece de bem-estar...*” (citado por Larrea e Plana, 1993).

Um novo modelo de cuidados deve ser assumido, abandonando o modelo curativo de tratamento unicausal característico das patologias agudas, e ter em conta a

multicausalidade das doenças crónicas “...*Focando um tratamento bio-psico-social através de um plano integral de promoção da saúde e educação sanitária...*” (Larrea e Plana, 1993)

A OMS ao preconizar o atingimento “...*Para todos os cidadãos do mundo até ao ano 2000, um nível de saúde que lhes permita levar uma vida social e economicamente produtiva...*” salienta a importância de dar às pessoas “... *Uma ideia positiva de saúde, com a finalidade de as colocar em posição de utilizarem plenamente as respectivas capacidades física, intelectual e afectiva...*” em que “...*A maior importância deverá ser dada à promoção da saúde e prevenção da doença...*” (OMS, 1985).

São princípios emanados da Reunião da OMS em Copenhague, e em continuidade aos pressupostos veiculados na Carta de Otawa para a Promoção da Saúde (OMS, 1987), em que a promoção é entendida como o processo de habilitar as pessoas a aumentar o controlo e melhorar a sua saúde, numa perspectiva em que um indivíduo ou grupo é capaz, por um lado de realizar aspirações e satisfazer necessidades, e por outro de mudar ou lidar com o ambiente. Promover a saúde é, então, pugnar por um recurso para a vida diária, em que se enfatizam os recursos pessoais e sociais de um mesmo modo que as capacidades físicas. Nesta óptica o principal objectivo é proporcionar às pessoas mais informação acerca da saúde, de modo que possam tomar decisões fundamentadas acerca de estilos de vida (Hartz, 1994).

Fomentam-se assim comportamentos saudáveis entendidos como esforços conscientes, de cada pessoa com o intuito de preservar melhor ou desenvolver a sua própria saúde. Assim, a educação para a saúde, como estratégia de promoção “... *É parte integrante dos cuidados de saúde das populações, proporcionando informação e conhecimentos para que os indivíduos possam adquirir o mais elevado grau de saúde e bem-estar...*” (Amorim, 1995), é “...*Traduzir conhecimentos em intervenções relevantes e estratégias para aumentar a saúde , prevenir a doença e lidar com a doença crónica...*” (Glanz citado por Swanson, 1997), modificando-se assim o conceito vigente até aos anos sessenta que considerava a actividade dirigida unicamente para os indivíduos sãos. A participação activa de um doente no tratamento e controlo da sua doença é, actualmente um dos objectivos prioritários da educação para a saúde.

Em geral educação para a saúde tem como alvo aumentar o bem-estar e diminuir a incapacidade funcional, e tenta actualizar o potencial de saúde das pessoas, famílias, comunidade e sociedade (Swanson, 1997).

Educação para a saúde não é só providenciar informação, mas engloba actividades com o propósito de assistir os indivíduos a tomar decisões acerca da sua saúde (Clark, 1996; Swanson, 1997), trata-se de um “...*Processo interactivo reconhecido e aceite pela comunidade, devendo adquirir uma postura de participação activa e de parceria com responsabilidade na determinação da própria saúde e QV...*” (Amorim, 1995).

Na realidade a principal finalidade da educação para a saúde é melhorar a saúde das populações, é “...*Elemento central da promoção da saúde...*” (OMS, 1985).

Os profissionais de saúde têm vindo a dar uma ênfase crescente às actividades de promoção da saúde como forma importante de assistência em saúde, ajudando assim o indivíduo a melhorar o seu nível de bem-estar. Estas actividades podem incluir a instrução e orientação de um doente quanto ao cuidado pessoal e apoio emocional para ajudá-lo na adaptação à doença e ao seu auto-cuidado.

A experiência de uma doença crónica envolve uma alteração permanente no modo de vida de um indivíduo, que frequentemente necessita envolver-se em novos comportamentos para estabilizar a sua condição.

Ao doente diabético é exigido uma atitude de auto-controlo relativa aos seus níveis de glicose, em função dos quais toma decisões quanto aos medicamentos, dieta alimentar e exercício físico, o que implica adquirir determinados conhecimentos (Esteban *et al.*, 1995). Pois tal como é salientado na Declaração de St. Vincent (1989), é da maior importância “...*Promover a independência, a equidade e a auto-suficiência de todas as pessoas com diabetes...*” e “...*Envidar todos os esforços que conduzam a uma total integração dos diabéticos na sociedade...*”.

A educação sanitária do diabético é a base mais firme da sua terapêutica constituindo a melhor medida para conseguir um óptimo controlo glicémico, prevenindo e retardando o aparecimento das complicações, sem a qual nenhum dos objectivos da Conferência de St. Vincent poderia ser atingido (Peréz, 1994)

O seu objectivo orienta-se em proporcionar a informação e o treino necessário que permita ao doente responsabilizar-se pelo tratamento e controlo da doença, atingindo deste modo uma vida o mais possível autónoma e satisfatória. E para tal é importante que obtenha conhecimentos acerca de: doença (nomeadamente etiopatogenia, sinais e sintomas, formas de tratamento etc.), cuidados alimentares, exercício físico, terapêutica, autocontrolo glicémico (monitorização de glicemia, glicosúria, peso), actuações perante possíveis complicações. No entanto importa não esquecer que se trata de uma situação

crónica e como tal requer um ajustamento dinâmico. A forma como se desenvolve a capacidade de autocontrolo depende muitas vezes da forma como se consegue adaptar à doença (Correia *et al.*, 1996), e nem sempre o que leva ao abandono de um regime de tratamento é a falta de conhecimentos.

Lidar com pacientes crónicos, nomeadamente com doentes diabéticos, é frequentemente frustrante para os técnicos de saúde, pela não adesão ao regime terapêutico prescrito, o que pode inclusivamente afectar a relação técnico de saúde/paciente.

A adesão a um regime terapêutico envolve comportamentos como: a) manter-se em programas de tratamento; b) manter consultas; c) tomar medicação em conformidade com o prescrito, evitando assim maior agravamento para o equilíbrio de saúde. O nível de adesão ao tratamento segundo Stone (citado por Lewis *et al.*, 1993) diminuiu com o tempo de duração da doença, com a complexidade do tratamento (maior número de fármacos) ou com a ausência de sintomas.

As pessoas, frequentemente, põem em perigo a sua saúde, e mesmo a sua vida por falharem a adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico prescrito, nomeadamente no que respeita a comportamentos apropriados, principalmente doentes cuja doença é crónica e de longa duração, como é o caso dos diabéticos.

Brannon e Feist (1997) apontam como causa importante desta situação, o facto de os técnicos tradicionalmente se concentrarem fundamentalmente em aspectos físicos da doença, negligenciando conselhos práticos de como lidar (*coping*) com a doença.

Um outro problema que o doente crónico tem de resolver, segundo Moos e Shaeffer (citados por Brannon e Feist, 1997) é o de lidar com as emoções e sentimentos negativos. A incerteza da evolução da doença leva a um estado de equilíbrio provisório que pode a qualquer momento ser quebrado, é uma incerteza que, muitas vezes conduz a uma carga emocional adicional, também frequentemente negligenciada. O efeito emocional adverso pode levar a que estes indivíduos experimentem uma diminuição da *QV*, e provavelmente interfere também com a adesão ao regime de tratamento.

Um doente que enfrenta uma situação de doença crónica pode precisar de ajuda para fazer adaptações emocionais, comportamentais e sociais.

Neste sentido é necessário identificar as dificuldades ou inseguranças com que o indivíduo se confronta, que por sua vez depende em muito da avaliação que ele faz do significado sobre o seu bem-estar. Os doentes crónicos avaliam continuamente os seus sintomas ou progressão da doença e o seu significado, no seu bem-estar e sobrevivência,

e o *coping* utilizado vai estar relacionado, muitas vezes, com esta avaliação e com as relações que o indivíduo estabelece com o meio (Lazarus, 1992).

Leventhal (citado por Esteban *et al.*, 1995) refere-se à importância da representação psíquica que o indivíduo elabora da sua doença, sendo em função desta representação que regula o seu comportamento. Por vezes esta representação mental baseia-se em ideias ou informações erradas que importa ajudar a corrigir. Cabe aos profissionais de saúde proporcionar ao doente uma visão realista da sua doença, evitando assim as discrepâncias entre a ameaça objectiva provocada pela doença e a representação simbólica que o sujeito faz dela.

Pretende-se deste modo dar ao indivíduo uma oportunidade de estruturar a sua compreensão da doença para que construa uma representação adequada da mesma, criando estratégias eficazes de *coping*.

A promoção da saúde como potencial de vida deverá assim incluir a ajuda a dar em termos do diagnóstico e seu significado, melhorar a sua *QV*, e um melhor controlo das suas vidas e da sua doença. Assistir indivíduos em crise de doença pode envolver ajudá-los a desenvolver mecanismos de *coping* que lhe serão provavelmente mais úteis (Lewis *et al.*, 1993), devendo para isso o técnico de saúde ser sensível às percepções do doente acerca da situação, oferecendo suporte aos esforços do indivíduo em tomar as decisões adequadas. Factores emocionais poderão ter papel preponderante a par da educação de cuidados ao diabético (Gentili *et al.*, 1996).

O objectivo principal na prática assistencial é fazer com que o doente se adapte o melhor possível à sua doença, para que atinja o maior grau de autonomia e independência possíveis, devendo então ser assistido e não controlado, dando ao doente um papel activo em substituição do papel submisso tradicional (Esteban *et al.*, 1995).

Para produzir alteração de tipo emocional é fundamental que o paciente participe na tomada de decisões das opções terapêuticas e obtenha por parte do técnico de saúde a compreensão de que os seus direitos devem ser respeitados, aspectos que tem por base uma adequada relação profissional de saúde/doente.

PARTE II

1 - OBJECTIVOS DO ESTUDO

É importante estudar a diabetes tendo em conta as repercussões físicas, psicológicas e sociais da doença; compreendendo o doente na sua totalidade bio-psico-social, sendo então fundamental a compreensão da experiência do próprio doente.

Não é nossa finalidade no presente estudo testar qualquer hipótese causal, mas sim obter maior informação acerca da *QV* percebida pelo doente diabético e a sua relação com os mecanismos de *coping* adoptados face à doença.

Dado tratar-se de uma área por nós insuficientemente conhecida, e tendo em conta os recursos disponíveis, optamos por um estudo transversal. O nosso propósito é observar, descrever e documentar diferentes aspectos no diabético e descrever a relação entre algumas variáveis, mais do que inferir relação da causa efeito, pois “... Apesar da considerável ênfase da investigação científica para entender as causas do comportamento em diversas situações clínicas, com frequência o investigador não pode se não descrever as relações existentes entre determinadas variáveis sem compreender de todo as complexas cadeias causais subjacentes...”(Polit *et al.*, 1997).

Face ao anteriormente exposto, foi nossa preocupação proceder ao estudo de uma população de doentes diabéticos do tipo II (DMNID), doença cuja tendência à progressão se torna alarmante, tendo em conta, conforme já referido, o maior envelhecimento da população, maus hábitos alimentares, obesidade e modo de vida sedentário (OMS, 1998). Assim, e fazendo o estudo comparativo com uma amostra controlo de doentes não diabéticos, pretende-se:

1. Estudar a relação existente entre a *QV* do indivíduo diabético e o grupo de controlo
2. Clarificar os mecanismos de *coping* utilizados pelo diabético face à doença.
3. Determinar a associação entre depressão e diabetes
4. Compreender a relação entre DMNID, depressão e *QV*.

2 - POPULAÇÃO DE ESTUDO E MÉTODOS

2.1. População estudada

A população estudada foi constituída por um grupo de doentes diabéticos do Centro de saúde de Darque (Viana do Castelo), e um grupo de controlo de indivíduos não diabéticos (possivelmente com outras patologias), utentes do mesmo Centro de Saúde.

Darque é uma região limítrofe da cidade de Viana do Castelo, considerada uma zona de expansão urbana com cerca de 25 766 habitantes (Census, 91) e possui uma grande variabilidade sócio-económica, que nos é revelada pela presença simultânea de zonas de blocos de apartamentos e vivendas de características urbanas e bairros degradados, sugerindo uma grande variabilidade ocupacional da população.

Como principais causas de morte no Distrito de Viana do Castelo no ano de 1997 (DGS, 1998) encontram-se:

- | | |
|------------------------------|-------|
| 1. Doenças cerebrovasculares | 34,5% |
| 2. Tumores malignos | 23,0% |
| 3. Doenças cardíacas | 20,0% |

surgindo a diabetes *mellitus* em sétimo lugar, com uma percentagem de 2,6%.

Os doentes foram classificados como diabéticos de acordo com os critérios de diagnóstico da diabetes *mellitus* da OMS (D.G.S.,1995).

Na impossibilidade de contactar todos os doentes diabéticos inscritos, optámos por efectuar uma amostra, cujo critério de inclusão foi o facto de se deslocarem à Consulta de enfermagem para doentes diabéticos, no período compreendido entre 2 de Novembro de 1998 e 31 de Janeiro de 1999. Sendo recrutados aleatoriamente outros indivíduos que recorreram ao Centro de Saúde, independentemente da sua patologia, procurando essencialmente situações de Consultas de rotina.

Posteriormente foi feita uma selecção com a finalidade de emparelhar as amostras, nomeadamente no que diz respeito às variáveis sexo e idade, o que não foi conseguido na totalidade.

A nossa amostra foi, assim, constituída por 247 indivíduos. Um grupo de 123 (49,8% da amostra) diabéticos, e 124 (50,2% da amostra) indivíduos não diabéticos.

A comparação quanto às variáveis sócio-demográficas, dos diabéticos com o grupo de controlo foi considerada satisfatória, não se encontrando diferenças estatisticamente significativas quanto à idade, sexo, estado civil e estatuto sócio-económico.

O sexo feminino constitui 52% da amostra dos indivíduos diabéticos e 53,2% do grupo de controlo (não diabéticos).

A aplicação do teste qui-quadrado permitiu concluir que não há diferenças estatisticamente significativas (Quadro 1).

Quadro 1 – Frequência absoluta e relativa dos dois grupos de estudo segundo o sexo

Sexo	Diabéticos		Não diabéticos	
	N	%	N	%
Masculino	59	48,0	58	46,8
Feminino	64	52,0	66	53,2
Total	123	100	124	100

p = 0,899

Os diabéticos apresentam uma média de idades de $61,85 \pm 10,6$ (âmbito 37-84), enquanto o grupo de controlo (não diabéticos) apresenta uma média de idades de $60,10 \pm 11,23$ (âmbito 37-84). A aplicação do teste de t demonstrou a não existência de diferenças estatisticamente significativas ($p = 0,210$). Não se encontram também diferenças estatisticamente significativas relativamente à distribuição por grupos etários após a aplicação do teste de qui-quadrado (Quadro 2).

Quadro 2 – Frequência absoluta e relativa dos dois grupos em estudo segundo os grupos etários

Idade (em anos)	Diabéticos		Não diabéticos	
	N	%	N	%
< 45	5	4,1	13	10,5
46 – 55	30	24,4	31	25,0
56 – 65	43	35,0	41	33,1
66 – 75	33	26,8	27	21,8
> 76	12	9,7	12	9,6
Total	123	100	124	100

p = 0,378

No que concerne ao estado civil, os doentes de ambos os grupos são maioritariamente casados: 96 (78,0%) diabéticos, e 98 (79,0%) não diabéticos. A aplicação do teste de qui-quadrado permitiu verificar não existirem diferenças significativas nos dois grupos (Quadro 3).

Quadro 3 – Frequência absoluta e relativa dos dois grupos em estudo segundo o estado civil

Estado civil	Diabéticos		Não diabéticos	
	N	%	N	%
Casados/união de facto	96	78,0	98	79,0
Não casados (viúvos, solteiros, separados)	27	22,0	26	21,0
Total	123	100	124	100

p = 0,851

Para obter alguma informação sobre a situação sócio-económica, embora que indirectamente, analisámos a profissão segundo os sectores profissionais (classificação nacional das profissões¹) e o grau de escolaridade.

No relativo à escolaridade, a grande maioria da nossa amostra tem como formação até à 4ª. classe, 91,2% dos diabéticos e 82,3% dos não diabéticos, sem que se encontrem diferenças significativas entre os grupos após a aplicação do teste do qui-quadrado (Quadro 4).

Quadro 4 – Frequência absoluta e relativa dos dois grupos em estudo segundo a escolaridade

Escolaridade	Diabéticos		Não diabéticos	
	N	%	N	%
Ensino básico	111	90,2	102	82,3
> 5º. Ano	12	9,8	22	17,7
Total	123	100	124	100

p = 0,851

Quanto à actividade profissional, distribui-se em maior percentagem pelos sectores primário (24,6% nos diabéticos e 25,8% nos não diabéticos), secundário (30,1% nos diabéticos e 29% nos não diabéticos), assim como no grupo das domésticas (31,7% nos diabéticos e 29% nos não diabéticos). Só uma pequena percentagem se encontra no sector terciário (13,7% nos diabéticos e 14,4% nos não diabéticos).

A aplicação do teste qui-quadrado, demonstrou não haver diferenças com significado estatístico no que se refere a estes dois aspectos (Quadro 5).

¹ Classificação Nacional das Profissões (CNP), versão 1980, do Ministério do Trabalho/Secretaria de Estado do Emprego, Lisboa, 1980. Além disso, incluímos um grupo designado *domésticas* e agrupamos as profissões pelos sectores de actividade económica; primário, secundário e terciário. Os sete grandes grupos da CNP são: Grupo I – Pessoal de profissões científicas, técnicas, artísticas e de profissões similares; Grupo II – Directores e quadros superiores, administrativos; Grupo III – Pessoal administrativo e trabalhadores similares; Grupo IV – Pessoal do comércio e vendedores; Grupo V – Pessoal dos serviços de protecção e segurança, dos serviços pessoais e domésticos e trabalhadores similares; Grupo VI – Agricultores, criadores de animais, trabalhadores agrícolas e florestais, pescadores e caçadores; Grupo VII – Trabalhadores das indústrias extrativas e transformadoras e condutores de máquinas fixas e de transporte.

Quadro 5 – Frequência absoluta e relativa dos dois grupos em estudo segundo a profissão por sectores profissionais

Sector profissional	Diabéticos		Não diabéticos	
	N	%	N	%
Sector primário	30	24,4	34	27,4
Sector secundário	37	30,1	36	29,0
Sector terciário	17	13,8	18	14,6
Domésticas	39	31,7	36	29,0
Total	123	100	124	100

p = 0,939

Uma vez que o nosso trabalho irá versar aspectos tão subjectivos como a *QV* e sintomas depressivos, e tendo em conta que não houve qualquer tipo de selecção no que diz respeito à presença de outras patologias crónicas das quais os indivíduos eram portadores, pareceu-nos oportuno analisar e comparar as amostras no que diz respeito a este aspecto utilizando o teste do qui-quadrado (Quadro 6).

Quadro 6 – Frequência absoluta e relativa dos dois grupos em estudo no que se refere ao nº. de doenças crónicas associadas

Nº. de doenças crónicas (não diabetes)	Diabéticos		Não diabéticos	
	N	%	N	%
Nenhuma	41	33,3	35	28,2
Uma	61	49,6	60	48,4
Duas ou mais	21	17,1	29	23,4
Total	123	100	124	100

p = 0,415

Verificamos que 33,3% da amostra dos diabéticos e 28,2% da amostra dos não diabéticos, referem não ter qualquer outra patologia crónica. Referem a existência de uma outra patologia 49,6% dos diabéticos e 48,4% dos não diabéticos, enquanto 17,1% dos diabéticos e 23,4% dos não diabéticos referem duas ou mais patologias.

A média do número de doenças crónicas para além da diabetes é para o grupo de indivíduos diabéticos de $0,90 \pm 0,84$, sendo no outro de $1,07 \pm 0,95$. A aplicação do teste t mostrou que não existem diferenças estatisticamente significativas ($p = 0,205$).

Parece-nos importante fazer uma caracterização mais pormenorizada da nossa amostra de doentes diabéticos, nomeadamente no que diz respeito ao tempo de duração da doença, tipo de tratamento, como faz o seu controlo e quais os resultados percebidos.

No que diz respeito ao tempo de duração da doença a média é de 8,47 anos com um desvio padrão de 7,37 e um âmbito de 1 a 38 anos.

A distribuição por classes mostra-nos que 57 (46,3%) dos doentes tem conhecimento da sua doença há 5 anos ou menos, enquanto 31 (25,2%), refere ter conhecimento há um espaço de tempo entre 6 e 10 anos e, 35 (28,5%), há mais de 10 anos (Quadro 7).

Quadro 7 – Frequência absoluta e relativa do tempo de doença na amostra de diabéticos

Tempo de doença (anos)	N	%
< 5	57	46,3
6 – 10	31	25,2
> 10	35	28,5
Total	123	100

Relativamente às medidas terapêuticas utilizadas, 46 doentes (37,4%), referem a utilização de anti-diabéticos orais e 43 (34,9%) fazem a combinação dos anti-diabéticos orais com dieta, 22 indivíduos, (17,9%) são insulín dependentes e 12 (9,8%) referem controlar a sua doença exclusivamente com dieta (Quadro 8).

Quadro 8 – Frequência absoluta e relativa do tipo de tratamento efectuado pela amostra de diabéticos em estudo

Tipo de tratamento	N	%
Dieta	12	9,8
Comprimidos	46	37,4
Insulina	22	17,9
Combinação de dieta e comprimidos	43	34,9
Total	123	100

No que diz respeito ao tipo de controle de glicemia capilar a grande maioria da amostra (73,2%) referem que faz este controle mensal ou bimensal, enquanto somente 6 indivíduos (4,9%) referem o controle diário, 14 (11,4%) refere que efectuam a pesquisa semanal ou quinzenal e 13 (10,6%) referem que efectuam a pesquisa com intervalos de tempo superior a 3 meses (Quadro 9).

Quadro 9 – Frequência absoluta e relativa da periodicidade de pesquisa de glicemia capilar

Controlo de glicemia capilar	N	%
Diário	6	4,9
Semanal/quinzenal	14	11,4
Mensal	59	48,0
Bimensal	31	25,2
> 3 meses	13	10,5
Total	123	100

Sendo os resultados dessas pesquisas percebidos como “Nunca normais” por 38 indivíduos (30,9%), “Às vezes normais” por 54 indivíduos (43,9%) e somente 23 (18,7%) como “Muitas vezes normais” e 8 (6,5%) “Quase sempre normais” (Quadro 10).

Quadro 10 – Frequência absoluta e relativa dos resultados de glicemia capilar percebidos pelos diabéticos

Percepção dos resultados (pesquisa glicemia capilar)	N	%
Nunca normal	38	30,9
Às vezes normal	54	43,9
Muitas vezes normal	23	18,7
Quase sempre normal	8	6,5
Total	123	100

Pareceu-nos oportuno referir ainda alguns resultados da informação dada pelo técnico de saúde (médico de família ou enfermeiro de referência), relativamente ao atingimento de funções alvo e controlo analítico.

No que diz respeito ao atingimento de órgãos-alvo, são as áreas mais atingidas a da visão (52,8% dos casos) e o sistema nervoso autónomo com alterações da função sexual (44,7%) e alterações sensoriomotoras (26,8%), seguindo-se as alterações da função renal caracterizadas por alteração dos valores analíticos da creatinina (15,4%), perda de controlo da bexiga (15,4%) e alterações do tracto gastrointestinal (16,3%), surgindo os outros aspectos pesquisados com percentagens muito menores (Quadro 11).

Quadro 11 – Frequência absoluta e relativa da amostra de diabéticos no que se refere ao atingimento de órgãos-alvo

Atingimento de órgãos-alvo	N	% do total
Alteração da visão	65	52,8
Alteração da função sexual	55	44,7
Alterações sensoriomotoras	33	26,8
Alteração do tracto gastrointestinal	20	16,3
Alteração da função renal	19	15,4
Perda de controle da bexiga	19	15,4
Alterações vasculares - pequenas alterações da pele	6	4,9
Doença coronária	5	4,1
Alterações vasculares – grandes vasos	4	3,3
Doença cerebrovascular	4	3,4

Segundo os resultados analíticos são considerados controlados² 36,6% dos casos e não controlados 63,4%, (Quadro 12).

Quadro 12 – Frequência absoluta e relativa dos diabéticos no que respeita ao controlo analítico

Controlo analítico	N	%
Controlado	45	36,6
Não controlado	78	63,4
Total	123	100

² São considerados controlados os indivíduos que apresentam valor de hemoglobina glicosilada nos últimos 3 meses inferior a 7,0% ou na falta deste os dois últimos resultados de glicemia em jejum nos últimos 3 meses inferior a 140 mg/dl.

Sendo do nosso conhecimento o facto de que a manutenção dos valores da glicemia a nível elevado pode conduzir a complicações com atingimento de órgãos-alvo, passamos a discriminar este atingimento de acordo com controlo ou não controlo da diabetes (Quadro 13).

Quadro 13 – Frequências absolutas e relativas na amostra de diabéticos no que se refere ao atingimento de órgãos-alvo de acordo com o aspecto de estar ou não controlado

Atingimento de órgãos-alvo	Controlados		Não Controlados		Total
	N	%	N	%	
Alteração da visão	24	36,9	41	63,1	65
Alteração da função renal	6	31,6	13	68,4	19
Alterações sensoriomotoras	7	21,2	26	78,8	33
Perda de controle da bexiga	3	15,8	16	84,2	19
Alteração da função sexual	16	29,5	39	70,9	55
Alteração do tracto gastrointestinal	4	20,0	16	80,6	20
Alterações vasculares - pequenas alterações da pele)	0	0,0	6	100,0	6
Alterações vasculares – grandes vasos	1	25,0	3	75,0	4
Doença cerebrovascular	1	25,0	3	75,0	4
Doença coronária	1	20,0	4	80,0	5

É de referir que as maiores percentagens, do atingimento de órgãos-alvos, serem observados nos diabéticos considerados, no nosso estudo, como não controlados.

2.2. Recolha de dados

Face aos objectivos propostos no presente estudo foi necessário utilizar um conjunto diversificado de instrumentos: o “Inventário de Saúde de Nottingham”, o “Inventário de Respostas de Coping de Moos” e o “Inventário de Depressão de Beck”.

A opção por estes instrumentos baseou-se no facto de nos parecerem os mais adequados em função dos nossos objectivos de estudo, com uma perspectiva sociológica forte, ligada a questões da saúde e *QV*.

A utilização de instrumentos estruturados sob a forma de questionários determinou alguns procedimentos quer junto dos doentes, quer junto dos técnicos de saúde do Centro de Saúde a que a nossa população alvo recorria.

Para tal recorreremos à colaboração de alguns técnicos de saúde do Centro de Saúde, os quais foi preciso preparar no sentido de reforçar não só o conhecimento dos instrumentos, como o rigor processual. Pretendeu-se assim aprofundar princípios orientadores comuns, capazes de assegurar rigor nos processos de recolha de dados.

O uso de instrumentos já testados na população portuguesa, quanto à sua utilidade, fiabilidade e validade, foi um factor facilitador no desenvolvimento deste trabalho, (Ferreira e Melo, 1997).

Houve porém necessidade de alguns procedimentos complementares. Assim, construímos um questionário estruturado de forma a permitir um melhor conhecimento dos doentes e da doença. Este foi constituído por dezasseis itens e permitiu-nos a caracterização do grupo de doentes quanto à idade, sexo, estado civil, escolaridade, profissão e situação profissional, fonte de rendimentos, número de pessoas que fazem parte do agregado familiar e tipo de habitação. E, ainda, algumas referências à doença tais como tempo de doença, tratamento, periodicidade do controlo da glicose sanguínea e resultado desse controlo, doenças crónicas associadas e hábitos de exercício físico e de consumo de tabaco (Anexo I). Questionário este que foi complementado com informação dada quer pelo médico de família quer pelo enfermeiro de referência no que respeita a atingimento de funções-alvo, nomeadamente visão, função renal, sistema nervoso e sistema vascular e o último resultado do doseamento de hemoglobina glicosilada (Anexo II).

Passamos então à explicitação dos três instrumentos seleccionados:

- a) Inventário de Saúde de Nottingham de Hunt e McKenna (“Nottingham Health Profile”, NHP – 1980), versão portuguesa de Ferreira e Melo (1997), existindo publicações de autores portugueses nesta área (Coelho *et al.*, 1999).

Trata-se de um questionário para avaliar a *QV*, de auto-administração que foi desenvolvido inicialmente no Reino Unido na década de setenta, tendo sido posteriormente traduzido e validado para vários outros países europeus (Suécia, França, Espanha, Itália, Finlândia, Portugal).

É um instrumento genérico para medida do sofrimento físico, psicológico e social, associado a problemas médicos, sociais e emocionais e de avaliação do grau em que tal sofrimento interfere na vida do indivíduo. É constituído por duas partes, e a primeira parte consiste em 38 afirmações (itens) pertencentes a seis dimensões de saúde subjectiva: “Energia”, “Dor”, “Reacções emocionais”, “Sono”, “Isolamento social” e “Mobilidade física”. As afirmações foram, na versão original, seleccionadas de afirmações obtidas a partir de entrevistas com populações leigas dando informação acerca das suas respostas e sentimentos face à doença. A segunda parte é de utilização opcional, não fazendo parte da versão portuguesa por nós utilizada.

É pedido aos inquiridos resposta “sim” se a afirmação se aplica ao seu estado habitual e “não” caso a afirmação não seja verdadeira.

As respostas positivas de cada dimensão são multiplicadas por um valor ponderado que é *standard* em cada país. O resultado obtido pode variar entre 0 e 100, em que 0 se obtém quando o indivíduo responde negativamente a todos os itens, o que quer dizer que não padece de nenhum dos problemas referidos – isto é, melhor *QV*, e 100 a situação oposta, - pior *QV*.

São obtidas seis pontuações diferentes correspondentes a cada uma das dimensões do questionário, permitindo um perfil do estado de saúde percebido pelo doente, plausível de comparação com normas populacionais de referência (obtidas em amostras representativas da população geral). Sendo o instrumento utilizado no estudo de uma população específica, pode ser obtida uma visão relativamente versátil dos problemas de saúde desse grupo de doentes comparado com a população geral, indicando ainda quais as dimensões mais perturbadas.

b) Inventário de Respostas de *Coping* - Moos (“Coping Responses Inventory”, CRI-Adult form “)

Trata-se de uma medida de oito tipos diferentes de resposta de *coping* a circunstâncias de vida desencadeadoras de *stress*. Estas respostas são medidas por oito escalas que passamos a apresentar conjuntamente com a sua descrição:

- “Análise lógica” - tentativas cognitivas de compreender e preparar-se mentalmente para um desencadeador de *stress* e suas consequências;
- “Reavaliação positiva” – tentativas de construir e reestruturar cognitivamente um problema de um modo positivo, enquanto se aceita a realidade da situação;
- “Procura de orientação e apoio” – tentativas comportamentais de procura de informação, orientação e apoio;
- “Resolução de problemas” – tentativas comportamentais de tomar a acção e lidar directamente com o problema;
- “Evitamento cognitivo” – tentativas cognitivas de evitar pensar realisticamente acerca do problema;
- “Aceitação ou resignação” – tentativas cognitivas de reagir ao problema, aceitando-o;
- “Procura de recompensas alternativas” – tentativas comportamentais de envolver-se em actividades substitutas e criar novas fontes de satisfação
- “Descarga emocional” – tentativas comportamentais de reduzir a tensão pela expressão de sentimentos negativos.

O primeiro grupo de quatro escalas mede *coping* de confrontação activa, enquanto o segundo grupo de quatro escalas mede o *coping* defensivo. Por sua vez as duas primeiras escalas de cada grupo medem estratégias “cognitivas” de *coping* enquanto as terceiras e quartas medem estratégias “comportamentais” de *coping* (Moos, 1992). É, assim, permitido discriminar o foco de *coping* no problema ou na emoção, bem como o método de *coping*, cognitivo ou comportamental.

Ao responder ao CRI-Adult o indivíduo escolhe um agente/situação que desencadeia *stress*, no nosso caso é apontado o aparecimento da doença (*diabetes mellitus*) e utiliza uma escala de quatro pontos (“não”, “às vezes”, “muitas vezes”, “quase sempre”) para fazer a sua opção de resposta em cada um dos quarenta e oito itens, surgindo os resultados em forma de perfil.

Faz ainda parte do questionário um grupo de dez questões, que não sendo pontuado, proporciona informação acerca de como o indivíduo avalia a situação que desencadeia *stress* e o seu contexto (se ocorreu antes, se era esperado, se fez sentir como uma ameaça ou um desafio, as percepções individuais da causa e se o problema foi ou não resolvido).

c) Inventário de Depressão de Beck (“Beck Depression Inventory, BDI)

É constituído por vinte e um itens que permitem avaliar a gravidade de depressão em adolescentes e adultos (Beck, 1987).

A forma original em 1961 (Beck, 1987), baseou-se num conjunto de observações clínicas e descrições de sintomas frequentemente referidos por doentes psiquiátricos e que foram sistematicamente consolidadas em vinte e uma categorias de sintomas e atitudes: (1) humor, (2) pessimismo, (3) sentimento de fracasso, (4) insatisfação, (5) culpa, (6) sentimento de punição, (7) ódio a si mesmo, (8) auto-acusação, (9) desejos suicidas, (10) choro, (11) irritabilidade, (12) afastamento social, (13) incapacidade de decisão, (14) alteração da imagem corporal, (15) incapacidade de trabalhar, (16) alteração do sono, (17) fatigabilidade, (18) perda de apetite, (19) perda de peso, (20) hipocôndria, (21) perda da libido.

Cada categoria é definida por um grupo de frases (quatro a seis) dispostas numa ordem de gravidade crescente, de uma intensidade neutra a máxima (com um valor de 0 a 3 atribuído a cada frase), em que o doente escolhe a frase que mais se aproxima à forma como se sentiu na semana anterior.

A soma dos valores obtidos em todos os agrupamentos permite fazer uma classificação da sintomatologia depressiva de acordo com a sua intensidade, podendo variar entre 0 e 63 pontos (no *score* total dos 21 itens). São efectuados dois sub-grupos de sintomas: o cognitivo (13 itens) e o somático (8 itens) (Lustman, 1997).

2.3. Instrumentos de análise de resultados

A análise foi efectuada usando o programa Statistical Package for the Social Science (SPSS) versão 8.0.

As diferenças sócio-demográficas entre as amostras de diabéticos e não diabéticos foram testadas através do teste de qui-quadrado.

Os valores dos resultados foram apresentados sob a forma de médias \pm desvio-padrões, e como os *scores* do NHP e do CRI-Adult tendem a não apresentar uma distribuição normal foram utilizados testes de significância não paramétricos. Foi utilizado o teste U de Mann-Whitney para a comparação de diferenças entre dois grupos e o teste de Kruskal-Wallis para a comparação de diferenças de maior número de grupos.

A relação entre dois grupos de dados foi analisada pelo teste de correlação de Spearman.

Efectuamos, ainda, análise de variância para um experimento factorial 2x2, tendo como variável dependente a “depressão”, para células com frequências diferentes (factores: sexo e diabetes).

Os resultados foram considerados como estatisticamente significativos para um valor de $p < 0,05$ e todas as provas foram bilaterais.

3 - RESULTADOS

Partindo dos pressupostos anteriormente enunciados, passaremos a apresentar, os resultados do nosso estudo de acordo com a seguinte ordem:

3.1 – QV, depressão e diabetes *mellitus*

Apresentar as diferenças encontradas entre a população diabética e não diabética, fazendo uma subdivisão entre os diabéticos controlados e os não controlados.

3.2 – Estudo da influência de algumas variáveis:

- a) Sexo
- b) Idade
- c) Estatuto sócio-económico
- d) Doenças associadas
- e) Controlo de glicémia
- f) tempo de doença
- g) Tipo de tratamento

3.3 – *Coping* com diabetes *mellitus*

3.4 – QV/*Coping*/Depressão

3.5 – Síntese de resultados

3.1 - QV, depressão e diabetes mellitus

Quadro 14 –NHP: comparação das percentagens de respostas “sim” obtidas na população diabética e não diabética

NHP	Diabéticos %	Não Diabéticos %	p
Energia			
E1 – Estou sempre cansado	47,2	42,7	0,285
E2 – Tudo me custa a fazer	33,3	24,2	0,074
E3 – Estou a ficar sem força	43,9	37,1	0,169
Sono			
S1 – Tomo comprimidos para dormir	21,1	35,5	0,009
S2 – Acordo muito cedo e tenho dificuldade em voltar a adormecer	52,8	50,0	0,374
S3 – Passo a maior parte da noite acordado/a	35,0	31,5	0,326
S4 – Levo muito tempo a adormecer	35,8	35,5	0,534
S5 – Durmo mal de noite	42,3	45,2	0,371
Dor			
D1 – Tenho dores durante a noite	35,8	44,4	0,106
D2 – Tenho dores insuportáveis	17,1	14,5	0,353
D3 – Tenho dores quando mudo de posição	29,3	34,7	0,219
D4 – Tenho dores ao andar	30,1	36,3	0,184
D5 – Tenho dores quando estou em pé	41,5	40,3	0,749
D6 – As dores não me largam	26,0	29,8	0,299
D7 – Tenho dores ao subir e descer escadas	48,8	43,5	0,243
D8 – Tenho dores quando estou sentada	21,1	22,6	0,452
Reacções emocionais			
EM1 – Tudo me desanima	35,0	28,2	0,158
EM2 – Já não sei o que é sentir-me bem com a vida	19,5	17,7	0,423
EM3 – Sinto-me nervoso/a, tenso/a	50,4	59,7	0,091
EM4 – Os dias parece que nunca mais acabam	15,4	8,9	0,082
EM5 – Ultimamente perco a paciência com facilidade	58,5	58,1	0,521
EM6 – Sinto que estou a perder o controlo	21,1	15,3	0,154
EM7 – As preocupações não me deixam dormir	36,6	33,9	0,377
EM8 – Sinto que não vale a pena viver	13,8	8,9	0,152
EM9 – Sinto-me deprimido/a ao acordar	20,3	21,0	0,513
Isolamento social			
SO1 – Sinto-me só	18,7	18,5	0,553
SO2 – Custa-me estar com outras pessoas	11,4	4,0	0,026
SO3 – Sinto que não posso contar com ninguém	13,0	13,7	0,510
SO4 – Sinto que sou um peso para as outras pessoas	10,6	7,3	0,245
SO5 – Tem sido difícil dar-me com as outras pessoas	1,6	2,4	0,504
Mobilidade física			
MF1 – Só consigo caminhar dentro de casa	3,3	4,8	0,379
MF2 – Tenho dificuldade em baixar-me	54,5	50,8	0,327
MF3 – Não consigo mesmo andar	1,6	4,0	0,227
MF4 – Tenho dificuldade em subir ou descer escadas	56,9	42,7	0,018
MF5 – Tenho dificuldade em chegar às coisas	24,4	17,7	0,130
MF6 – Tenho dificuldade em vestir-me	13,0	17,7	0,189
MF7 – Tenho dificuldade em estar de pé muito tempo	60,2	54,0	0,199
MF8 – Preciso de ajuda para andar quando estou fora de casa	8,1	9,7	0,420

NHP – Inventário de Saúde de Nottingham

Tal como Keinanen-Kincaanniemi *et al* (1996) fomos comparar a percentagem de respostas “Sim” ao NHP nos dois grupos da população estudada – diabéticos e grupo de controlo adequadamente emparelhados quanto a idade e sexo.

Encontramos diferenças significativamente superiores para os diabéticos nas afirmações SO2 e MF4, e significativamente superiores para os não diabéticos na afirmação S1. Note-se ainda as afirmações E2 e E3 com resultados superiores para os diabéticos com valores muito próximo do significativo.

As afirmações SO2, E2 e E3 tem como característica comum o facto de poderem reflectir alguns aspectos clínicos da depressão.

Ao efectuarmos o estudo das medias obtidas para as seis dimensões de *QV* que integram o NHP não verificamos diferenças estatisticamente significativas em qualquer das dimensões entre os indivíduos diabéticos e os não diabéticos. Nota-se que os valores encontrados para algumas dimensões são superiores para a amostra de diabéticos, portanto “pior” *QV*, ao passo que noutras se observa o contrário (Quadro 15).

Também em relação aos valores obtidos para o Inventário de Depressão de Beck representativo do traço de depressão, não se observaram diferenças estatísticas significativas entre os grupos em estudo, diabéticos e não diabéticos, assim como para os sub-grupos de sintomas de componente cognitivo e de componente somático.

Quadro 15 –NHP e BDI: comparação das médias e desvio-padrões obtidas na amostra diabética e não diabética (teste U de Mann-Whitney)

	Diabéticos (N= 123)	Não Diabéticos (N= 124)	P
NHP			
Energia	41,46 ± 39,20	34,68 ± 36,42	0,188
Dor	31,20 ± 32,89	33,27 ± 33,20	0,636
Mobilidade física	27,74 ± 23,33	25,10 ± 23,40	0,310
Reacções emocionais	30,08 ± 27,80	27,96 ± 21,04	0,872
Sono	37,40 ± 37,19	39,52 ± 33,88	0,630
Isolamento social	11,06 ± 17,96	9,19 ± 15,60	0,536
BDI			
Score total	10,72±7,71	9,95±6,43	0,754
Componente somático	6,21±3,74	5,97±3,40	0,940
Componente cognitivo	4,50±4,81	3,98±4,03	0,657

Dados apresentados por médias ± desvio-padrões; NHP – Inventário de Saúde de Nottingham; BDI-Inventário de Depressão de Beck

A partir dos resultados obtidos no presente estudo, é de referir que os doentes diabéticos e não diabéticos (grupo de controlo) não diferem significativamente nas dimensões avaliadas de *QV* e depressão.

3.2 – Estudo da influência de algumas variáveis

a) Sexo

Propusemo-nos estudar o factor sexo, que se mostra com influência importante na *QV* e na sintomatologia depressiva, quer nos diabéticos, quer nos não diabéticos

Quadro 16 –NHP e BDI: comparação de médias e desvio-padrões na População diabética consoante o sexo (teste U de Mann-Whitney)

	Diabéticos		P
	Homens (n = 59)	Mulheres (n = 64)	
NHP			
Energia	31,63±38,86	50,52±37,55	0,004
Dor	18,85±26,19	42,57±34,48	<0,001
Mobilidade física	21,61±23,30	33,39±22,05	0,002
Reacções emocionais	23,72±22,17	35,93±31,16	0,040
Sono	28,81±28,35	45,31±35,49	0,013
Isolamento social	8,13±16,65	8,78±14,08	0,024
BDI			
Score total	8,08±6,14	13,14±8,23	<0,001
Componente cognitivo	3,02±3,62	5,88±5,36	0,001
Componente somático	5,07±3,31	7,27±3,82	0,001

Dados apresentados por médias ± desvio-padrões; NHP – Inventário de Saúde de Nottingham; BDI-Inventário de Depressão de Beck

Nas mulheres diabéticas observam-se valores significativamente piores para todas as dimensões de *QV*, constatando-se assim pior *QV* relatada pelas mulheres diabéticas em relação aos homens. Também os valores encontrados para a depressão através do BDI são significativamente mais elevados para as mulheres em relação aos homens (Quadro 16).

No entanto, apesar de na população não diabética se observarem também resultados mais elevados para as mulheres em relação aos homens (pior *QV* referenciada), encontra-se somente com significância estatística nas dimensões “Dor”, “Mobilidade física” e “Sono”. Também no BDI as mulheres apresentam valores mais elevados de depressão e com significado estatístico, para a componente somática (Quadro 19).

Quadro 17 –NHP e BDI: comparação de médias e desvio-padrões na População não diabética consoante o sexo (teste U de Mann-Whitney)

	Não diabéticos		P
	Homens (n = 58)	Mulheres (n = 66)	
NHP			
Energia	28,16±34,08	40,40±37,67	0,058
Dor	22,62±30,11	42,61±33,17	<0,001
Mobilidade física	20,90±22,26	28,78±23,91	0,049
Reacções emocionais	26,24±19,93	29,46±22,00	0,509
Sono	31,03±33,54	46,96±32,62	0,007
Isolamento social	9,65±17,26	8,78±14,08	0,887
BDI			
Score total	9,07±6,67	10,73±6,16	0,088
Componente cognitivo	3,86±4,59	4,09±3,51	0,214
Componente somático	5,21±3,21	6,64±3,45	0,023

Dados apresentados por médias ± desvio-padrões; NHP – Inventário de Saúde de Nottingham; BDI - Inventário de Depressão de Beck

Fizemos também a comparação entre as mulheres diabéticas e não diabéticas e entre os homens diabéticos e não diabéticos (resultados não apresentados) e não encontramos diferenças com significado para qualquer das comparações e qualquer das dimensões de *QV* ou no BDI, os grupos em comparação são semelhantes no que diz respeito à distribuição por dois grupos etários: ≤ 55 anos e ≥ 56 anos (p=0,960 após a aplicação do teste do qui-quadrado).

No que diz respeito aos resultados obtidos para as dimensões do NHP e BDI consideramos os seus valores como variável dependente de uma análise de variância para um experimento factorial 2x2 de células com frequências diferentes. Procedemos à

determinação de 3 razões de F: F *sexo*, F *diabetes*, F *interacção*, para os quais obtivemos os resultados apresentados no Quadro 18.

Quadro 18- Análise de variância de experimento 2x2 em que as variáveis dependentes são as dimensões do NHP e BDI

Variáveis dependentes	p de F(a)	p de F(b)	p de F (i)
NHP			
Energia	0,001	0,141	< 0,001
Dor	< 0,001	0,650	< 0,001
Mobilidade física	0,001	0,344	< 0,001
Reacções emocionais	0,014	0,476	< 0,001
Sono	< 0,001	0,643	< 0,001
Isolamento social	0,217	0,377	< 0,001
BDI			
Score total	< 0,001	0,361	< 0,001
Componente cognitivo	0,006	0,335	< 0,001
Componente somático	< 0,001	0,544	< 0,001

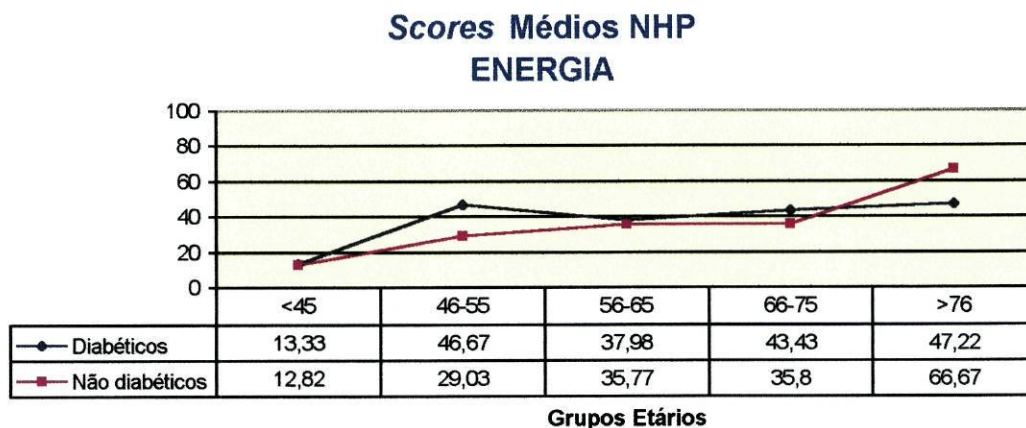
a = Factor sexo b = Factor diabetes i = Factor interacção; NHP – Inventário de Saúde de Nottingham; BDI - Inventário de Depressão de Beck

b) Idade

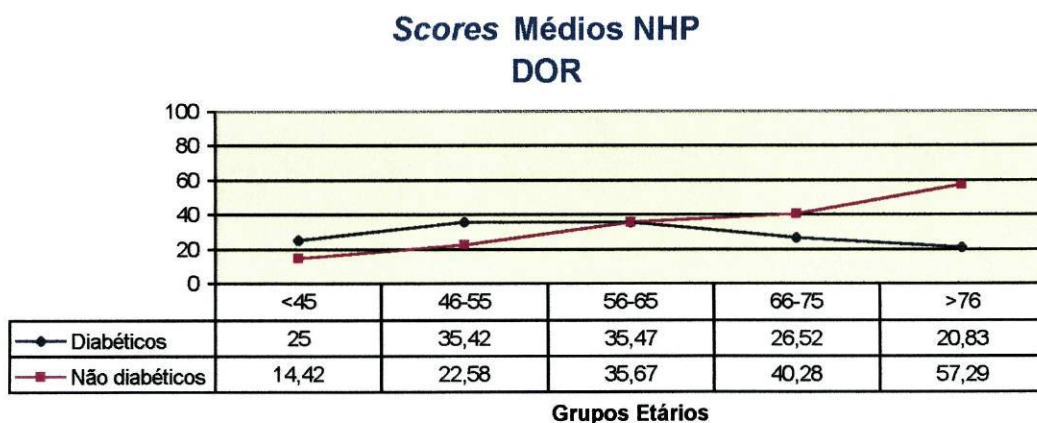
Quanto à idade, distribuámos - quer a população diabética quer o grupo de controle (não diabéticos) – por cinco grupos etários (segundo a apresentação da caracterização de amostra).

No que se refere às dimensões de *QV* do Inventário de Saúde de Nottingham, apresentamos resultados, que denotam algumas variações dos seus valores com a idade, quer em relação ao grupo dos diabéticos quer em relação ao grupo dos não diabéticos, (Gráf. 1, 2, 3, 4, 5, 6) e também as variações do *Score* total do BDI. (Gráf.7)

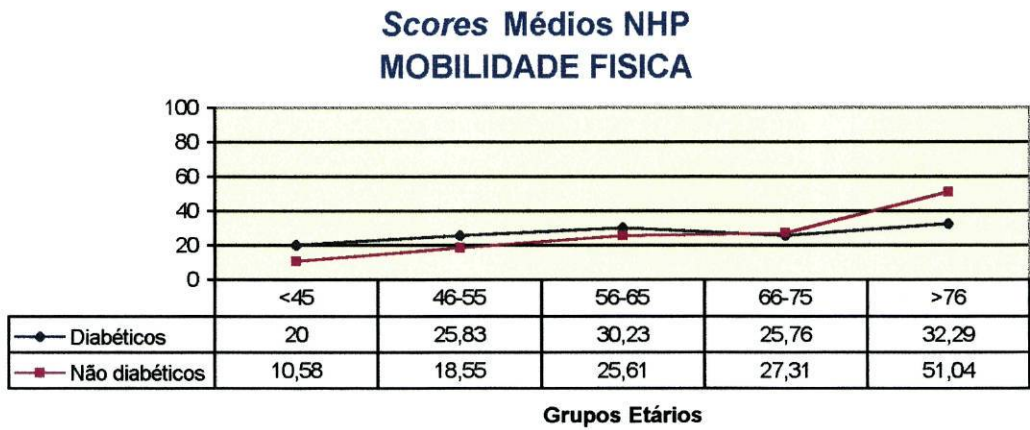
Gráf. 1 – Valores médios da dimensão “Energia” do NHP (Inventário de saúde de Nottingham) por grupos etários em indivíduos diabéticos e não diabéticos



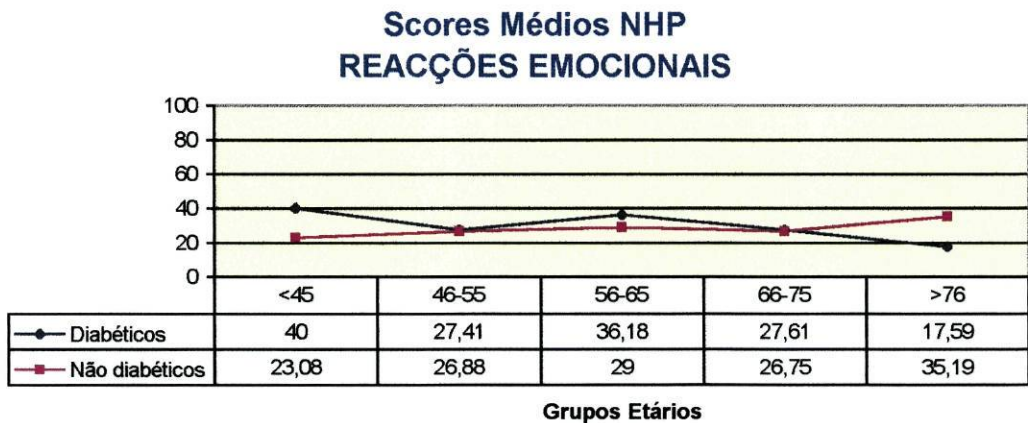
Gráf. 2 – Valores médios da dimensão “Dor” do NHP (Inventário de Saúde de Nottingham) por grupos etários em indivíduos diabéticos e não diabéticos



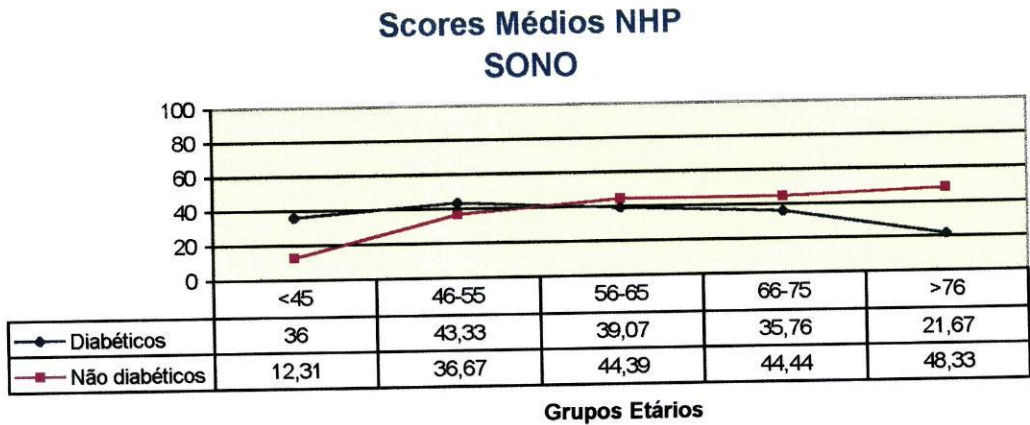
Gráf. 3 – Valores médios da dimensão “Mobilidade física” do NHP (Inventário de Saúde de Nottingham) por grupos etários em indivíduos diabéticos e não diabéticos



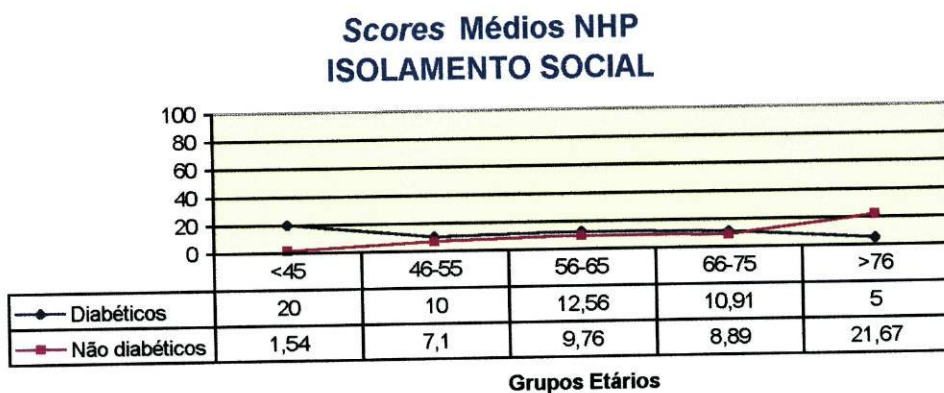
Gráf. 4 – Valores médios da dimensão “reações emocionais” que faz parte do NHP (Inventário de Saúde de Nottingham) por grupos etários em indivíduos diabéticos e não diabéticos



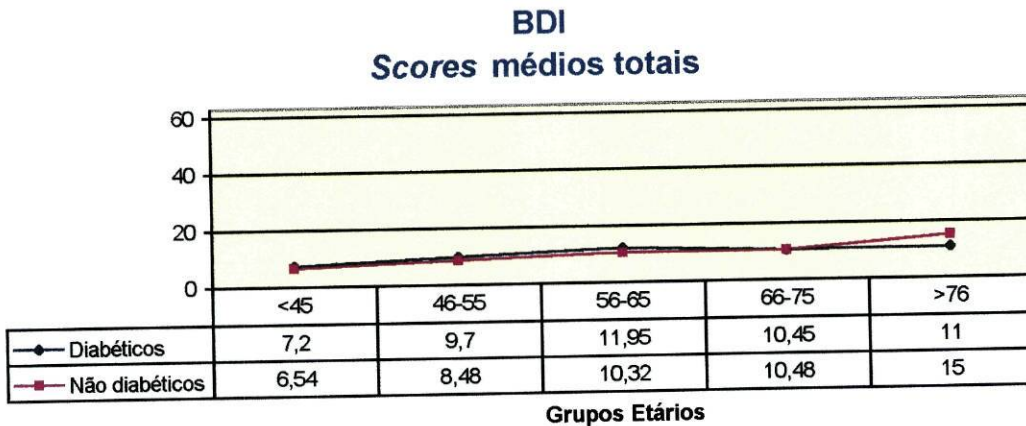
Gráf. 5 – Valores médios da dimensão “sono” que faz parte do NHP (Inventário de Saúde de Nottingham) por grupos etários em indivíduos diabéticos e não Diabéticos



Gráf. 6 – Valores médios da dimensão “Isolamento social” do NHP (Inventário de Saúde de Nottingham) por grupos etários em indivíduos diabéticos e não diabéticos



Gráf. 7 – Scores totais médios do BDI (Inventário de Depressão de Beck) por grupos etários em indivíduos diabéticos e não diabéticos



Afim de efectuar uma comparação entre grupos etários, distribuámos a população diabética e não diabética por dois grupos: 35 diabéticos e 44 não diabéticos com idade igual ou inferior a 55 anos e 88 diabéticos e 80 não diabéticos com idade igual ou superior a 56 anos. A frequência de diabéticos e não diabéticos nestas faixas etárias não foi significativamente diferente.

Comparámos a população mais jovem (idade ≤ 55 anos) e a mais idosa (idade ≥ 56 anos), quer entre os diabéticos quer entre os não diabéticos (valores não apresentados). No primeiro caso não encontramos diferenças significativas em relação a nenhuma das dimensões de *QV* ou em relação ao BDI. O mesmo não se verificando em relação aos indivíduos não diabéticos que apresentam valores significativamente piores para os mais idosos em relação a várias dimensões de *QV*: “Energia” ($p = 0,025$), “Dor” ($p < 0,001$), “Mobilidade física” ($p = 0,002$), “Sono” ($p = 0,001$) e “Isolamento social” ($p = 0,034$). Assim como em relação ao score total do BDI ($p = 0,003$) e à sua componente somática ($p < 0,001$).

Fazendo a comparação entre diabéticos e não diabéticos, no grupo dos indivíduos mais jovens (≤ 55 anos) encontrámos valores piores para a *QV* nos diabéticos em relação aos não diabéticos com valores significativos para as dimensões de “Energia”, “Dor” e “Mobilidade física”. Não se encontrando diferenças significativas em relação ao BDI

(Quadro 21). Os grupos em comparação são equivalentes no que diz respeito ao sexo ($p=0,315$ após a aplicação do teste do qui-quadrado).

Quadro 19 – NHP e BDI: comparação de médias e desvio-padrões entre diabéticos e não diabéticos na população mais jovem (teste U de Mann-Whitney)

	≤ 55 anos		p
	Diabéticos (n = 35)	Não diabéticos (n = 44)	
NHP			
Energia	41,90 ± 35,56	24,24 ± 30,80	0,022
Dor	33,93 ± 33,70	20,17 ± 28,56	0,026
Mobilidade física	25,00 ± 19,17	16,19 ± 18,40	0,030
Reacções emocionais	29,21 ± 26,69	25,76 ± 19,29	0,802
Sono	42,29 ± 32,09	29,55 ± 33,99	0,088
Isolamento social	11,43 ± 18,96	5,45 ± 12,47	0,092
BDI			
Score total	9,34 ± 6,66	7,91 ± 5,98	0,285
Componente cognitivo	4,06 ± 4,28	3,52 ± 4,04	0,132
Componente somático	5,29 ± 3,08	4,39 ± 3,19	0,604

Dados apresentados por médias ± desvio-padrões; NHP – Inventário de Saúde de Nottingham; BDI - Inventário de Depressão de Beck

Em relação ao grupo etário mais elevado encontramos valores significativamente piores para os não diabéticos em relação aos diabéticos para a dimensão “Dor” e um valor muito próximo do significativo para a dimensão “Sono” (Quadro 20). De salientar que os dois grupos em comparação são equivalentes no que diz respeito ao sexo ($p=0,444$ após a aplicação do teste de qui-quadrado)

Quadro 20 – NHP e BDI: comparação de médias e desvio-padrões entre diabéticos e não diabéticos na população mais idosa (teste U de Mann-Whitney)

	≥ 66 anos		p
	Diabéticos (n = 80)	Não diabéticos (n = 88)	
NHP			
Energia	41,29 ± 40,74	40,42 ± 38,13	0,950
Dor	30,43 ± 28,37	40,47 ± 33,53	0,030
Mobilidade física	30,11 ± 37,70	30,00 ± 24,49	0,747
Reacções emocionais	28,84 ± 24,81	29,17 ± 21,97	0,713
Sono	35,45 ± 33,59	45,00 ± 33,30	0,063
Isolamento social	10,91 ± 17,66	11,25 ± 16,79	0,673
BDI			
Score total	11,26 ± 8,06	11,08 ± 6,43	0,621
Componente cognitiva	4,68 ± 5,01	4,24 ± 4,03	0,299
Componente somática	6,58 ± 3,92	6,84 ± 3,21	0,930

Dados apresentados por médias ± desvio-padrões; NHP – Inventário de Saúde de Nottingham; BDI - Inventário de Depressão de Beck.

c) Estatuto sócio-económico

Na continuidade do nosso estudo da *QV* e sintomatologia depressiva em indivíduos diabéticos e não diabéticos, fomos avaliar a influência do estatuto sócio-económico.

Em relação aos aspectos sócio-económicos, abordamos essencialmente três aspectos: o estado civil, fazendo a divisão em dois grupos - casados e não casados; a escolaridade, fazendo a divisão em dois grupos – os indivíduos com formação básica e os indivíduos com formação superior ao 5º ano da escolaridade e ainda a ocupação profissional, fazendo a divisão em dois grupos - trabalhadores não diferenciados (sector primário e domésticas) por um lado e trabalhadores mais diferenciados (sector secundário e terciário) por outro.

Relativamente ao estado civil, começamos por efectuar a comparação entre os diabéticos casados e os não diabéticos casados não encontramos diferenças com valor significativo para qualquer das dimensões de *QV* e BDI, quer se trate do *score* total quer se trate dos seus componentes (Quadro 21). Os grupos são equivalentes no que diz respeito ao sexo ($p = 0,589$ após a aplicação do teste do qui-quadrado).

Quadro 21 – NHP e BDI: comparação de médias e desvio-padrões nos indivíduos casados consoante são ou não diabéticos (teste de Mann-Whitney)

	Casados		P
	Diabéticos (n = 96)	Não diabéticos (N = 98)	
NHP			
Energia	40,28 ± 36,67	31,29 ± 34,45	0,121
Dor	29,43 ± 32,85	31,76 ± 32,37	0,560
Mobilidade física	25,52 ± 23,15	23,85 ± 22,14	0,648
Reacções emocionais	29,51 ± 25,53	27,32 ± 20,44	0,950
Sono	36,46 ± 33,47	36,94 ± 33,29	0,898
Isolamento social	7,92 ± 15,21	8,16 ± 15,15	0,920
BDI			
Score total	10,35 ± 7,37	9,52 ± 6,45	0,623
Componente cognitivo	4,48 ± 4,35	3,89 ± 4,21	0,920
Componente somático	5,88 ± 3,83	5,65 ± 3,30	0,235

Dados apresentados por médias ± desvio-padrões; NHP – Inventário de Saúde de Nottingham; BDI - Inventário de Depressão de Beck

Resultados semelhantes foram encontrados em relação à comparação entre os diabéticos não casados e os não diabéticos não casados (Quadro22), sendo também os grupos equivalentes em relação ao sexo (p=0,589 após a aplicação do teste de qui-quadrado).

Quadro 22 – NHP e BDI: comparação de médias e desvio-padrões nos indivíduos não casados consoante são ou não diabéticos (teste U de Mann-Whitney)

	Não casados		P
	Diabéticos (n = 27)	Não diabéticos (N = 26)	
NHP			
Energia	45,68 ± 41,50	47,44 ± 41,28	0,913
Dor	37,50 ± 32,89	38,94 ± 36,28	0,950
Mobilidade física	35,65 ± 22,66	29,81 ± 27,63	0,342
Reacções emocionais	32,10 ± 35,18	30,34 ± 23,42	0,639
Sono	40,74 ± 32,57	49,23 ± 34,98	0,383
Isolamento social	22,22 ± 22,42	13,08 ± 16,92	0,142
BDI			
Score total	12,00 ± 8,82	11,58 ± 6,22	0,637
Componente cognitivo	4,59 ± 6,28	4,42 ± 3,32	0,879
Componente somático	7,41 ± 3,18	7,15 ± 3,59	0,203

Dados apresentados por médias ± desvio-padrões; NHP – Inventário de Saúde de Nottingham; BDI - Inventário de Depressão de Beck

Passamos então à comparação entre os indivíduos casados e não casados fazendo a separação por sexo.

Encontramos valores significativamente piores de *QV* percebida para as dimensões “Sono” ($p=0,045$) e “Isolamento social” ($p<0,001$) para os homens não casados em relação aos casados (Quadro 23).

Quadro 23 –NHP e BDI: comparação de médias e desvio-padrões na População masculina consoante o estado civil (teste U de Mann-Whitney)

	Homens		P
	Não casados (n=14)	Casados (n=103)	
NHP			
Energia	28,57 ± 43,08	30,09 ± 35,70	0,638
Dor	16,96 ± 20,57	21,24 ± 29,07	0,875
Mobilidade física	22,32 ± 24,11	21,12 ± 22,62	0,976
Reacções emocionais	34,92 ± 31,98	23,62 ± 18,91	0,324
Sono	47,14 ± 35,61	27,57 ± 29,65	0,045
Isolamento social	25,71 ± 22,77	6,60 ± 14,66	<0,001
BDI			
Score total	11,07 ± 8,98	8,23 ± 5,94	0,304
Componente cognitivo	4,64 ± 5,83	3,27 ± 3,85	0,546
Componente somático	6,43 ± 3,59	4,96 ± 3,18	0,153

Dados apresentados por médias ± desvio-padrões; NHP – Inventário de Saúde de Nottingham; BDI - Inventário de Depressão de Beck

Relativamente ao sexo feminino (Quadro 24), só encontramos um valor mais elevado muito próximo do significativo para a dimensão de mobilidade física ($p = 0,066$).

Quadro 24 –NHP e BDI: comparação de médias e desvio-padrões na População feminina consoante o estado civil (teste U de Mann-Whitney)

	Mulheres		p
	Não casadas (n = 39)	Casadas (n = 91)	
NHP			
Energia	52,99 ± 38,78	42,12 ± 37,13	0,139
Dor	45,83 ± 35,16	41,21 ± 33,15	0,512
Mobilidade física	36,54 ± 24,73	28,71 ± 22,01	0,066
Reacções emocionais	29,91 ± 29,19	33,82 ± 26,08	0,284
Sono	44,10 ± 33,46	47,03 ± 34,30	0,687
Isolamento social	14,87 ± 18,76	9,67 ± 15,60	0,138
BDI			
Score total	12,05 ± 7,13	11,86 ± 7,45	0,680
Componente cognitivo	4,46 ± 4,76	5,19 ± 4,52	0,263
Componente somático	7,59 ± 3,26	6,67 ± 3,77	0,090

Dados apresentados por médias ± desvio-padrões; NHP – Inventário de Saúde de Nottingham; BDI - Inventário de Depressão de Beck

No que diz respeito à escolaridade, distribuimos a população diabética e não diabética por dois grupos: 102 não diabéticos e 111 diabéticos tendo como formação o ensino básico; e, 22 não diabéticos e 12 diabéticos que têm mais que o 5º ano de escolaridade, afim de efectuar a comparação dos resultados obtidos para o questionário de *QV* e BDI.

Efectuando a comparação entre os indivíduos diabéticos e os não diabéticos com formação básica não se encontram diferenças estatisticamente significativas para qualquer das dimensões de *QV* ou sintomatologia depressiva (Quadro 25). Os grupos são equivalentes no que diz respeito à distribuição por sexo ($p=0,483$ após a aplicação do teste do qui-quadrado).

Quadro 25 –NHP e BDI: comparação de médias e desvio-padrões na População com o ensino básico consoante é ou não diabético (teste U de Mann-Whitney)

	Ensino básico		p
	Não diabéticos (n = 102)	Diabéticos (n = 111)	
NHP			
Energia	40,20±37,03	44,74±39,91	0,423
Dor	37,50±33,65	32,43±33,09	0,223
Mobilidade física	27,82±24,11	28,94±23,72	0,663
Reacções emocionais	29,52±20,18	31,13±28,26	0,632
Sono	43,14±33,86	37,66±33,22	0,215
Isolamento social	9,41±15,60	11,53±18,60	0,598
BDI			
Score total	10,80 ± 6,54	11,07 ± 7,83	0,731
Componente cognitivo	4,46 ± 4,22	4,80 ± 4,93	0,551
Componente somático	6,34 ± 3,39	6,27 ± 3,68	0,938

Dados apresentados por médias ± desvio-padrões; NHP – Inventário de Saúde de Nottingham; BDI - Inventário de Depressão de Beck

Quadro 26 –NHP e BDI: comparação de médias e desvio-padrões na População com mais que o 5º ano de escolaridade consoante é ou não diabético (teste U de Mann-Whitney)

	Mais que 5º ano de escolaridade		p
	Não diabéticos (n = 22)	Diabéticos (n = 12)	
NHP			
Energia	9,09±18,35	11,11±21,71	0,842
Dor	13,64±22,79	19,79±29,89	0,312
Mobilidade física	12,50±14,43	16,67±16,28	0,458
Reacções emocionais	20,71±23,83	20,37±21,63	0,940
Sono	22,73±29,14	35,00±34,25	0,228
Isolamento social	8,18±15,93	6,67±9,85	0,857
BDI			
Score total	6,00 ± 4,09	7,42 ± 5,74	0,600
Componente cognitivo	6,34 ± 3,39	1,75 ± 2,01	0,337
Componente somático	1,77 ± 1,82	5,67 ± 4,42	0,839

Dados apresentados por médias ± desvio-padrões; NHP – Inventário de Saúde de Nottingham; BDI - Inventário de Depressão de Beck

Também não encontramos diferenças com significado estatístico quando comparamos os indivíduos diabéticos com os não diabéticos com mais do que o 5º ano de escolaridade (Quadro 26), e também neste caso os grupos são semelhantes no que diz respeito à distribuição por sexo ($p = 0,711$ após a aplicação do teste do qui-quadrado)

Procedemos à comparação entre os dois grupos de escolaridade por sexo.

Quadro 27 –NHP e BDI: comparação de médias e desvio-padrões na População masculina consoante a escolaridade (teste U de Mann-Whitney)

	Homens		p
	Ensino básico (n = 93)	Mais que 5º ano (n =24)	
NHP			
Energia	35,84 + 37,83	6,94 + 16,97	<0,001
Dor	23,66 + 29,52	9,38 + 18,52	0,016
Mobilidade física	23,79 + 23,82	11,46 + 14,24	0,022
Reacções emocionais	26,64 + 21,18	18,52 + 19,57	0,088
Sono	31,40 + 31,40	24,17 + 28,88	0,339
Isolamento social	9,25 + 17,34	7,50 + 15,39	0,727
BDI			
Score total	9,15 + 6,63	6,33 + 4,92	0,056
Componente cognitivo	3,83 + 4,46	1,92 + 1,84	0,098
Componente somático	5,32 + 3,12	4,42 + 3,69	0,120

Dados apresentados por médias \pm desvio-padrões; NHP – Inventário de Saúde de Nottingham; BDI - Inventário de Depressão de Beck

Encontramos um valor significativamente pior para as dimensões “Energia” ($p < 0,001$), “Dor” ($p = 0,016$) e “Mobilidade física” ($p = 0,022$) nos homens com o ensino básico em relação aos que tem mais que o 5º ano de escolaridade (Quadro 27). Também encontramos diferença com um valor muito próximo do significativo em relação ao *score* total do BDI ($p = 0,056$).

Quadro 28 – NHP e BDI: comparação de médias e desvio-padrões na População feminina consoante a escolaridade (teste U de Mann-Whitney)

	Mulheres		p
	Ensino básico (n =120)	Mais que 5º ano (n =10)	
NHP			
Energia	47,78 ± 37,85	16,67 ± 23,57	0,012
Dor	43,54 ± 33,72	31,25 ± 32,94	0,247
Mobilidade física	31,98 ± 23,36	20,00 ± 15,81	0,113
Reacções emocionais	33,24 ± 26,81	25,56 ± 26,65	0,312
Sono	47,17 ± 33,69	34,00 ± 36,58	0,230
Isolamento social	11,50 ± 17,13	8,00 ± 10,33	0,786
BDI			
Score total	12,33 ± 7,38	6,90 ± 4,36	0,015
Componente cognitivo	5,27 ± 4,62	1,40 ± 1,69	0,002
Componente somático	7,07 ± 3,66	5,50 ± 3,21	0,194

Dados apresentados por médias ± desvio-padrões; NHP – Inventário de Saúde de Nottingham; BDI - Inventário de Depressão de Beck

Relativamente às mulheres (Quadro 28), encontrámos valores significativamente piores para a dimensão “Energia” ($p=0,012$) e também para o *score* total do BDI ($p=0,015$) e para o componente cognitivo ($p=0,002$).

No que diz respeito à ocupação profissional optámos por fazer a divisão também em dois grupos. Por um lado agrupamos o sector primário, cuja ocupação engloba essencialmente a agricultura e pesca, portanto trabalho não qualificado, assim como as domésticas; e, por outro lado, os sectores secundário e terciário, que englobam já as profissões mais diferenciadas.

Procedendo à comparação entre os diabéticos e os não diabéticos que se enquadram profissionalmente no sector primário e domésticas não encontramos diferenças significativas em qualquer das dimensões estudadas (Quadro 29).

Quadro 29 –NHP e BDI: comparação de médias e desvio-padrões nos indivíduos que trabalham no sector primário e domésticas consoante são ou não diabéticos (teste U de Mann-Whitney)

	Sector primário e domésticas		p
	Não diabéticos (n = 70)	Diabéticos (n = 69)	
NHP			
Energia	43,81±37,02	46,86±37,63	0,635
Dor	42,86±34,35	36,05±34,27	0,222
Mobilidade física	30,89±25,69	30,80±24,59	0,964
Reacções emocionais	30,63±21,85	32,53±30,27	0,784
Sono	44,29±33,86	39,13±34,37	0,345
Isolamento social	10,00±16,24	13,91±18,88	0,182
BDI			
Score total	11,39±6,61	11,47±8,32	0,768
Componente cognitivo	4,49±3,79	5,30±5,19	0,263
Componente somático	6,90±3,63	6,43±3,94	0,702

Dados apresentados por médias ± desvio-padrões; NHP – Inventário de Saúde de Nottingham; BDI - Inventário de Depressão de Beck

Resultados semelhantes foram obtidos quando da comparação entre diabéticos e não diabéticos cuja ocupação profissional se situa no sector secundário e terciário (Quadro 30)

Quadro 30 –NHP e BDI: comparação de médias e desvio-padrões nos indivíduos que trabalham no sector secundário e terciário consoante são ou não diabéticos (teste U De Mann-Whitney)

	Sector secundário e terciário		p
	Não diabéticos (n = 54)	Diabéticos (n = 54)	
NHP			
Energia	22,84±32,26	34,57±40,42	0,158
Dor	20,83±27,26	25,00±30,23	0,432
Mobilidade física	17,59±17,60	23,84±21,20	0,148
Reacções emocionais	24,49±19,59	26,95±24,19	0,903
Sono	33,33±33,19	35,19±31,79	0,670
Isolamento social	8,15±14,80	7,41±16,16	0,466
BDI			
Score total	8,09±5,73	9,41±6,69	0,412
Componente cognitivo	3,33±4,27	3,48±4,09	0,141
Componente somático	4,76±2,66	5,93±3,49	0,610

Dados apresentados por médias ± desvio-padrões; NHP – Inventário de Saúde de Nottingham; BDI - Inventário de Depressão de Beck

Fizemos a comparação entre os trabalhadores não diferenciados (sector primário e domésticas) e os trabalhadores mais diferenciados (sector secundário e terciário), fazendo a separação por sexo. Nos homens não encontramos diferenças significativas quanto às diferenças de *QV* e à sintomatologia depressiva entre o sector primário e o sector secundário e terciário (Quadro 31).

Quadro 31 –NHP e BDI: comparação de médias e desvio-padrões na População masculina consoante profissão (teste U de Mann-Whitney)

	Homens		p
	Sector primário (n = 30)	Sector secundário e terciário (n = 87)	
NHP			
Energia	34,44 ± 36,60	28,35 ± 36,48	0,347
Dor	26,67 ± 30,75	18,67 ± 27,08	0,212
Mobilidade física	26,25 ± 28,68	19,54 ± 20,15	0,389
Reacções emocionais	26,67 ± 22,53	24,39 ± 20,60	0,648
Sono	32,00 ± 32,63	29,20 ± 30,47	0,763
Isolamento social	13,33 ± 19,88	7,36 ± 15,60	0,071
BDI			
Score total	9,50 ± 7,01	8,25 ± 6,19	0,631
Componente cognitivo	4,03 ± 4,05	3,23 ± 4,16	0,392
Componente somático	5,47 ± 3,73	5,02 ± 3,08	0,618

Dados apresentados por médias ± desvio-padrões; NHP – Inventário de Saúde de Nottingham; BDI - Inventário de Depressão de Beck

Em relação ao grupo do sexo feminino, e após a comparação entre os trabalhadoras do sector primário e domésticas com as trabalhadoras do sector secundário e terciário, encontramos um valor significativamente mais elevado (pior *QV*) para o primeiro caso na dimensão “Energia” (Quadro32).

Quadro 32 –NHP e BDI: comparação de médias e desvio-padrões na população feminina consoante profissão (teste U de Mann-Whitney)

	Mulheres		p
	Sector primário e domésticas (n = 109)	Sector secundário e terciário (n = 21)	
NHP			
Energia	48,32 + 36,99	30,16 + 39,31	0,033
Dor	43,00 + 34,59	40,48 + 29,29	0,896
Mobilidade física	32,11 + 23,96	25,60 + 16,99	0,345
Reacções emocionais	32,93 + 27,17	31,22 + 26,67	0,821
Sono	44,40 + 34,14	55,24 + 32,19	0,168
Isolamento social	11,56 + 17,06	9,52 + 14,99	0,721
BDI			
Score total	12,13 + 7,54	10,81 + 6,16	0,910
Componente cognitivo	5,13 + 4,66	4,14 + 4,19	0,382
Componente somático	7,00 + 3,74	6,67 + 3,12	0,804

Dados apresentados por médias \pm desvio-padrões; NHP – Inventário de Saúde de Nottingham; BDI - Inventário de Depressão de Beck

d) Doenças associadas

A presença de outras doenças crónicas que não a DM, é um outro factor abordado neste estudo como possível influenciador quer da *QV* quer da existência de sintomatologia depressiva. Fizemos a comparação entre aqueles que não referem qualquer outra patologia com os que referem a existência de outras doenças além da DM, na nossa amostra de indivíduos diabéticos, e dos que referem ter uma doença crónica com os que referem ter uma e duas ou mais doenças crónicas que não a diabetes no caso da nossa amostra de indivíduos não diabéticos. Os grupos são semelhantes no que diz respeito à distribuição por sexo.

Quadro 33–NHP e BDI: comparação de médias e desvio-padrões na População diabética consoante a existência de outras doenças crónicas associadas (teste de Kruskal-Wallis)

	Diabéticos			p
	Nenhuma doença (n = 41)	Uma doença (n = 61)	Duas ou mais doenças (n = 21)	
NHP				
Energia	32,52+37,63	40,44 ± 38,55	61,90+38,42	0,017
Dor	18,90+28,38	31,15 ± 32,00	55,35+31,51	<0,001
Mobilidade física	21,65+21,83	26,02 ± 23,19	44,64+19,19	<0,001
Reacções emocionais	27,10+24,60	25,32 ± 25,35	49,74+32,89	0,007
Sono	30,24+30,70	39,34 ± 32,65	45,71+38,02	0,168
Isolamento social	11,22+21,00	7,87 ± 14,73	20,00+17,89	0,005
BDI				
Score total	8,46+5,65	9,87 ± 6,21	17,57+11,00	0,004
Componente cognitivo	3,80+3,76	3,56 ± 3,50	8,62+7,37	0,022
Componente somático	4,66+8,95	6,31 ± 3,64	8,95+4,49	<0,001

Dados apresentados por médias ± desvio-padrões; NHP – Inventário de Saúde de Nottingham; BDI - Inventário de Depressão de Beck

Relativamente aos diabéticos encontramos valores significativamente piores *QV* conforme a existência de maior número de doenças, este valor só não tem valor significativo na dimensão sono do NHP (Quadro 33).

Quadro 34 –NHP e BDI: comparação de médias e desvio-padrões na População não diabética consoante a existência de outras doenças crónicas (teste de Kruskal-Wallis)

	Não diabéticos			P
	Nenhuma doença (n = 35)	Uma doença (n = 60)	Duas ou mais doenças (n = 29)	
NHP				
Energia	11,43+21,30	41,11 ± 38,01	49,43+35,21	<0,001
Dor	11,43+17,51	38,96 ± 34,45	47,84+32,91	<0,001
Mobilidade física	9,64+13,24	27,71 ± 21,60	38,36+26,71	<0,001
Reacções emocionais	17,78+16,21	27,41 ± 21,11	41,38+19,22	<0,001
Sono	27,43+32,93	41,33 ± 32,70	50,34+34,07	0,012
Isolamento social	5,71+15,00	9,33 ± 15,82	13,10+15,38	0,026
BDI				
Score total	5,91 ± 5,24	10,65 ± 6,12	13,38 ± 5,98	<0,001
Componente cognitivo	2,09 ± 3,73	4,42 ± 3,67	5,38 ± 4,40	<0,001
Componente somático	3,83 ± 2,92	6,23 ± 3,24	8,00 ± 2,87	<0,001

Dados apresentados por médias ± desvio-padrões; NHP – Inventário de Saúde de Nottingham; BDI - Inventário de Depressão de Beck

No caso dos não diabéticos, encontramos diferenças significativas em todos os aspectos estudados (Quadro 34).

Ao efectuarmos a comparação entre diabéticos e não diabéticos dentro de cada grupo em particular: indivíduos com uma ou outra doença crónica para além da DM; indivíduos com duas ou mais doenças crónicas para além da DM; indivíduos com nenhuma outra doença crónica para além da DM; não encontramos diferenças com significado estatístico quer para as dimensões de *QV* quer para a sintomatologia depressiva no primeiro e segundo grupos. No entanto encontramos diferenças entre os diabéticos e os não diabéticos que não tenham qualquer outra doença crónica para além da DM – terceiro grupo (quadro 35).

Quadro 35 –NHP e BDI: comparação de médias e desvio-padrões entre os indivíduos que não tem outra doença crónica para além da diabetes (teste U de Mann-Whitney)

	Existência de nenhuma outra doença crónica		p
	Não diabéticos (n =35)	Diabéticos (n = 41)	
NHP			
Energia	11,43±21,30	32,52±37,63	0,009
Dor	11,43±17,51	18,90±28,38	0,429
Mobilidade física	9,64±13,24	21,65±21,83	0,015
Reacções emocionais	17,78±16,21	27,10±24,60	0,125
Sono	27,43±32,93	30,24±30,70	0,545
Isolamento social	5,71±15,00	11,22±21,00	0,197
BDI			
Score total	5,91 ± 5,24	8,46±5,65	0,020
Componente cognitivo	2,09 ± 3,73	3,80±3,76	0,006
Componente somático	3,83 ± 2,92	4,66±8,95	0,174

Dados apresentados por médias ± desvio-padrões; NHP – Inventário de Saúde de Nottingham; BDI - Inventário de Depressão de Beck

Os indivíduos diabéticos apresentam pior *QV* em relação aos que não têm qualquer outra doença nomeadamente no que diz respeito às dimensões de “Energia” ($p = 0,009$) e “Mobilidade física” ($p=0,015$). Também encontramos valores significativamente mais elevados para o *score* total do BDI ($p=0,020$), assim como para o seu componente cognitivo.

e) Controlo da glicémia

Quadro 36 –NHP e BDI: comparação das médias e desvio-padrões obtidas na população de diabéticos controlados e não diabéticos não controlados (teste U de Mann-Whitney)

	Diabéticos controlados (n = 45)	Diabéticos não controlados (n = 78)	P
NHP			
Energia	34,07+35,88	45,73+40,59	0,134
Dor	30,55+32,70	31,57+33,21	0,861
Mobilidade física	25,83+21,72	28,85+24,28	0,548
Reacções emocionais	32,10+27,95	28,92+27,82	0,458
Sono	37,33+34,27	37,44+32,77	0,927
Isolamento social	12,44+20,13	10,26+16,67	0,747
BDI			
Score total	11,67+8,98	10,17+6,86	0,545
Componente somático	6,04+4,04	6,31+3,57	0,489
Componente cognitivo	5,62+5,59	3,86+4,20	0,052

Dados apresentados por médias \pm desvio-padrões; NHP – Inventário de Saúde de Nottingham; BDI - Inventário de Depressão de Beck

Comparando os diabéticos controlados e os não controlados não se encontraram diferenças significativas, apresentando-se um valor muito próximo da significância no componente cognitivo do BDI (Quadro 36).

f) Tempo de doença

O tempo de duração da doença parece também relacionar-se com a *QV*, mostrando que os doentes com a doença há mais de 6 anos apresentam piores índices de *QV* com uma diferença estatisticamente significativa para a dimensão “Sono”, e para as dimensões “Energia”, “Reacções emocionais” e “Isolamento social”, embora sem alcançar significado estatístico (Quadro 39).

Quadro 37 –NHP e BDI: comparação de médias e desvio-padrões na População diabética consoante o tempo de duração da doença

	Diabéticos		p
	Até 5 anos de doença (n = 57)	Mais de 6 anos de doença (n = 66)	
NHP			
Energia	38,60 ± 38,21	43,94 ± 40,15	0,492
Dor	31,80 ± 31,43	30,68 ± 34,33	0,537
Mobilidade física	30,92 ± 24,90	25,00 ± 21,47	0,193
Reacções emocionais	27,29 ± 28,87	32,49 ± 26,82	0,169
Sono	30,88 ± 33,40	43,03 ± 32,20	0,035
Isolamento social	10,18 ± 17,37	11,81 ± 18,56	0,661
BDI			
Score total	10,63 ± 8,47	10,79 ± 7,04	0,527
Componente cognitivo	6,09 ± 3,97	6,32 ± 3,56	0,617
Componente somático	4,54 ± 5,20	4,47 ± 4,48	0,704

Dados apresentados por médias ± desvio-padrões; NHP – Inventário de Saúde de Nottingham; BDI - Inventário de Depressão de Beck

Os grupos em estudo são equivalentes em relação à distribuição efectuada tendo em conta o factor sexo ($p=0,627$ após a aplicação do teste de qui-quadrado) e em relação ao factor idade considerando os dois grupos etários ≤ 55 anos e ≥ 56 anos ($p= 0,130$ após a aplicação do teste qui-quadrado).

g) Tipo de tratamento

Um outro aspecto que parece de interesse analisar é o tipo de tratamento a que o indivíduo está sujeito, tendo em conta as variáveis a ele associadas (Quadro 38).

Quadro 38 – Variáveis respeitantes ao tipo de tratamento efectuado

Grupo de tratamento	Nº de pessoas		Idade (anos)*	Duração (anos)**	Nº de doenças **
	N	%			
Dieta	12	9,7	65±12	4 (1-9)	1 (0-2)
Comprimidos	46	37,4	59±12	5 (1-30)	1 (0-2)
Insulina	22	17,9	61±9	10 (2-24)	1 (0-2)
Dieta e compri.	43	35,0	65±9	6 (1-38)	1 (0-2)

* Média ± desvio padrão ** Mediana e amplitude

Importa referir os valores médios das dimensões de *QV* (NHP) encontrados nos diferentes grupos de tratamento, não se encontrando diferenças significativas entre eles, excepto no que diz respeito à dimensão “Sono” (Quadro 39).

Quadro 39 – Inventário de Saúde de Nottingham: médias e desvio-padrões nos diferentes grupos de tratamento (teste de Kruskal-Wallis)

	Grupo dieta	Grupo comprimidos	Grupo insulina	Grupo combinado	p
NHP					
Energia	41,67±35,18	38,41±39,11	51,52±38,48	39,53±40,67	0,592
Dor	35,42±34,06	27,99±32,19	30,11±33,11	34,01±34,00	0,801
Mobilidade física	27,78±30,52	22,28±20,57	28,41±28,40	30,52±24,29	0,105
Reacções emocionais	37,50±30,52	23,19±24,32	35,35±29,02	35,40±29,12	0,118
Sono	18,13±23,29	37,39±31,72	54,55±32,77	33,95±34,24	0,019
Isolamento social	11,67±24,80	7,39±14,82	14,55±18,70	13,02±18,46	0,175
BDI					
Score total	9,83±5,73	9,37±7,02	11,05±6,66	12,13±9,18	0,367
Componente somático	5,42±2,07	5,72±3,69	6,86±3,56	6,63±4,20	0,447
Componente cognitivo	4,42±4,29	3,65±4,06	4,18±3,70	5,60±5,97	0,639

Dados apresentados por médias ± desvio-padrões; NHP – Inventário de Saúde de Nottingham; BDI - Inventário de Depressão de Beck

3.3 - Coping com Diabetes mellitus

Os dez primeiros itens do Inventário de Respostas de *Coping* (Moos), mostra-nos de uma forma global, como o diabético avalia o agente desencadeante de *stress* e o seu resultado (no nosso caso é a doença e todas as alterações que esta veio trazer à sua vida). Na nossa amostra a maior parte dos indivíduos, referem que não tinham em absoluto enfrentado problemas semelhantes (83,7%), não sabiam que esse problema iria acontecer (82,9%) e também não tiveram tempo para se preparar para enfrentar e lidar com o problema (67,5%).

Uma percentagem significativa de doentes (42,3%) pensa mais no problema como ameaça (“Maioria sim” e “Definitivo sim”) do que como um desafio (“Maioria sim” e “Definitivo sim” com uma percentagem de 26,8%). Nas restantes questões também a maioria das respostas foram para o “Definitivo não” ou “Na maioria não”, que em conjunto mostraram os seguintes resultados: se foi provocado por algo que tenha feito - 83,7%; se foi provocado por algo que alguém tenha feito - 96,7%; se aproveitou algo de bom na resolução - 79,7%; se o problema ficou resolvido - 92,7%; se saiu bem na resolução do problema - 93,5% (resultados não mostrados).

Passamos a apresentar os valores médios obtidos como resultado da aplicação do Inventário de Respostas de *Coping* à nossa amostra de diabéticos, tentando obter um perfil médio da mesma (Quadro 40).

Quadro 40 – Inventário de Respostas de *Coping* (Moos): resultados
Obtidos na população Diabética

Diabéticos (n = 123)	
Análise lógica	32,91 ± 5,82
Reavaliação positiva	38,54 ± 5,53
Procura de orientação e apoio	46,39 ± 8,41
Resolução do problema	44,53 ± 8,44
Evitamento cognitivo	46,94 ± 5,73
Aceitação ou resignação	48,76 ± 7,80
Procura de recompensas alternativas	48,00 ± 7,94
Descarga emocional	48,32 ± 7,12

Dados apresentados por médias ± desvio-padrões.

Visando discriminar as médias obtidas para os oito tipos de *coping* que o questionário permite, obtivemos os resultados que passamos a apresentar, no quadro 41.

Quadro 41 – Discriminação das respostas de *coping* utilizadas pelo valor de *n* e percentagem

	AL		RPO		POA		RP		EC		AR		PRA		DE	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	N	%	n	%
≥66					2	1,6	4	3,3			3	1,6	2	1,6	4	3,3
60-65			1	0,8	6	4,9	2	1,6	4	3,3	7	5,7	9	7,3	7	5,7
55-59					8	6,5	8	6,5	10	8,1	16	13,0	18	14,6	8	6,5
46-54	2	1,6	10	8,1	48	39,0	37	30,1	67	54,5	55	44,7	46	37,4	46	37,4
41-45	10	8,1	22	7,9	31	25,2	40	32,5	26	21,1	19	15,4	27	22,0	43	35,8
35-40	20	16,3	53	43,1	17	13,8	18	11,6	14	11,4	20	16,3	21	17,1	15	12,2
<34	91	74,0	37	30,1	11	8,9	14	11,4	2	1,6	3	1,6				

AL – Análise Lógica; RPO – Reavaliação positiva; POA – Procura de orientação e apoio; RP – Resolução de Problemas; EC – Evitamento Cognitivo; AR – Aceitação e Resignação; PRA – Procura de Recompensas alternativas; DE – Descarga Emocional; ≤ 34 – Consideravelmente abaixo da média; 35-34 – Bem abaixo da média; 41-45 – Pouco abaixo da média; 46-54 – Média; 55-59 – Pouco acima da média; 60-65 – Bem acima da média; ≥ 66 – Consideravelmente acima da média.

Verifica-se que no que concerne ao confronto positivo, uma percentagem mais elevada de casos se encontra abaixo da média, principalmente no que se refere às estratégias cognitivas. No caso dos mecanismos de *coping* de evitamento, as respostas aproximam-se mais dos valores médios. Em ambos os casos as estratégias comportamentais afastam-se da média pela positiva.

Estudando a caracterização dos resultados por sexo, só encontramos diferença com significado estatístico em relação à procura de recompensas alternativas, nesta situação os homens têm um valor médio significativamente mais elevado (Quadro 42).

Quadro 42-CRI-Adult: Comparação de médias e desvio-padrões entre homens e mulheres

	Diabéticos		p
	Mulheres (n=64)	Homens (n=59)	
Análise lógica	32,78 ± 6,01	33,05 ± 5,65	0,676
Reavaliação positiva	38,20 ± 5,29	38,92 ± 5,81	0,670
Procura de orientação e apoio	47,19 ± 8,14	45,53 ± 8,67	0,395
Resolução do problema	44,02 ± 8,27	45,08 ± 8,67	0,403
Evitamento cognitivo	46,92 ± 5,11	46,97 ± 6,39	0,949
Aceitação ou resignação	48,98 ± 7,00	48,53 ± 8,64	0,821
Procura de recompensas alternativas	46,20 ± 6,91	49,95 ± 8,55	0,014
Descarga emocional	48,80 ± 7,39	47,80 ± 6,84	0,496

Dados apresentados por médias ± desvio-padrões: CRI-Adult – Inventário das Respostas de *Coping* para Adulto.

Numa procura de uma maior clarificação dos resultados construímos um quadro de frequências que apresentamos (Quadro 43).

Quadro 43 – CRI-Adult: Distribuição de frequências fazendo a distinção por sexo

	MULHERES (N=64)								HOMENS (N=59)							
	AL %	RPO %	POA %	RP %	EC %	AR %	PRA %	DE %	AL %	RPO %	POA %	RP %	EC %	AR %	PRA %	DE %
≥ 66			3,1	3,1		1,6		6,3				3,4		3,4	3,4	
60-65		1,6	3,1	1,6	1,6	4,7	6,3	3,1			6,8	1,7	5,1	6,8	8,5	8,5
55-59			7,8	4,7	6,3	12,5	4,7	4,7			5,1	8,5	10,2	13,6	25,4	8,5
46-54	3,1	3,1	37,5	26,6	59,4	50,0	42,2	40,6		13,6	40,7	33,9	49,2	39,0	32,2	33,9
41-45	4,7	18,8	32,8	39,1	25,0	12,5	26,2	35,9	11,9	16,9	16,9	25,4	16,9	18,6	16,9	33,9
35-40	17,2	46,9	9,4	15,6	6,3	18,2	20,3	9,4	15,3	39,0	18,6	13,6	16,9	13,6	13,6	15,3
≤ 34	75,9	29,7	6,3	9,4	1,6				72,6	30,5	11,9	13,6	1,7	5,1		

AL – Análise Lógica; RPO – Reavaliação positiva; POA – Procura de orientação e apoio; RP – Resolução de Problemas; EC – Evitamento Cognitivo; AR – Aceitação e Resignação; PRA – Procura de Recompensas alternativas; DE – Descarga Emocional; ≤ 34 – Consideravelmente abaixo da média; 35-34 – Bem abaixo da média; 41-45 – Pouco abaixo da média; **46-54 – Média**; 55-59 – Pouco acima da média; 60-65 – Bem acima da média; ≥ 66 – Consideravelmente acima da média. CRI-Adult – Inventário das Respostas de *Coping* para Adulto.

Verificamos, de um modo geral, no sexo masculino um ligeiro aumento da utilização de mecanismos de confronto activo perante o problema. Utilizando as mulheres uma percentagem superior de mecanismos de evitamento, note-se as percentagens superiores a partir do valor médio nestas.

Efectuamos uma análise comparativa entre a população mais jovem e a população mais idosa em relação aos oito tipos de respostas de *coping* analisadas (Quadro 44).

Quadro 44-CRI-Adult: Comparação de médias e desvio-padrões entre os mais jovens e os mais Idosos

	Diabéticos		p
	≤ 55 anos (n=35)	≥ 56 anos (n=88 anos)	
Análise lógica	33,71 ± 6,10	32,59 ± 5,70	0,487
Reavaliação positiva	38,71 ± 4,83	38,48 ± 5,81	0,633
Procura de orientação e apoio	46,57 ± 7,17	46,32 ± 8,89	0,398
Resolução do problema	43,86 ± 7,51	44,80 ± 8,82	0,996
Evitamento cognitivo	46,80 ± 5,06	47,00 ± 6,01	0,808
Aceitação ou resignação	48,14 ± 5,69	49,01 ± 8,51	0,579
Procura de recompensas alternativas	48,14 ± 6,48	47,94 ± 8,48	0,581
Descarga emocional	48,34 ± 5,58	48,31 ± 7,68	0,552

Dados apresentados por médias ± desvio-padrões: CRI-Adult – Inventário das Respostas de *Coping* para Adulto.

Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos etários. Saliente-se ainda que a diferença da distribuição por sexos entre os grupos não é significativa ($p=0,55$ após a aplicação do teste qui-quadrado).

No entanto, uma análise mais pormenorizada das frequências mostra-nos algumas diferenças na utilização dos mecanismos de *coping*, embora não nos permitindo fazer uma extrapolação de resultados (Quadro 45).

Quadro 45 – CRI-Adult: Distribuição de frequências fazendo a distinção entre os indivíduos mais jovens e os mais idosos

	≤ 55 ANOS (n=35)								≥ 56 ANOS (n=88)							
	AL %	POR %	POA %	RP %	EC %	AR %	PRA %	DE %	AL %	RPO %	POA %	RP %	EC %	AR %	PRA %	DE %
≥ 66								2,9			2,3	4,5		3,4	2,3	3,4
60-65					2,9	2,9	8,6			1,1	6,8	2,3	3,4	6,8	6,8	8,0
55-59			8,6	2,9	8,6	8,6	5,7	8,6			5,7	8,0	8,0	14,8	18,2	5,7
46-54	2,9	8,6	57,1	42,9	54,3	57,1	54,3	51,4	1,1	8,0	31,8	25,0	54,5	38,8	30,7	31,8
41-45	11,4	17,1	14,3	28,6	25,7	20,0	20,0	31,4	6,8	18,2	21,5	34,1	19,3	13,6	22,7	36,4
35-40	14,3	45,7	11,4	14,3	8,6	11,4	11,4	5,7	17,0	42,0	14,8	14,8	12,5	18,2	14,3	14,8
≤ 34	71,4	28,6	8,6	11,4					75,0	30,7	9,1	11,4	2,3	3,2		

AL – Análise Lógica; RPO – Reavaliação positiva; POA – Procura de orientação e apoio; RP – Resolução de Problemas; EC – Evitamento Cognitivo; AR – Aceitação e Resignação; PRA – Procura de Recompensas alternativas; DE – Descarga Emocional; ≤ 34 – Consideravelmente abaixo da média; 35-34 – Bem abaixo da média; 41-45 – Pouco abaixo da média; 46-54 – Média; 55-59 – Pouco acima da média; 60-65 – Bem acima da média; ≥ 66 – Consideravelmente acima da média. CRI-Adult – Inventário das Respostas de Coping para Adulto.

Realçámos o facto de o grupo mais jovem ter obtido percentagens ligeiramente superiores para a maior utilização de mecanismos cognitivos de confronto, como a análise lógica, e uma percentagem superior de frequência de utilização de mecanismos de evitamento nomeadamente “Aceitação e resignação”, “Procura de recompensas alternativas” e “Descarga emocional”.

Os resultados da comparação entre diabéticos controlados e diabéticos não controlados não nos dão diferenças estatisticamente significativas (Quadro 46). Também neste caso não achamos necessário fazer a separação por sexos uma vez que não se encontram diferenças estatisticamente significativas no que respeita à distribuição pelos dois grupos ($p=0,718$ após a aplicação do teste qui-quadrado).

Quadro 46-CRI-Adult: Comparação de médias e desvio-padrões entre diabéticos controlados e não controlados

	Diabéticos		p
	Controlados (n=45)	Não controlados (n=78 anos)	
Análise lógica	33,73 ± 5,33	32,44 ± 6,06	0,303
Reavaliação positiva	38,38 ± 4,04	38,64 ± 6,26	0,749
Procura de orientação e apoio	47,00 ± 8,08	46,04 ± 8,62	0,690
Resolução do problema	44,36 ± 6,80	44,63 ± 9,30	0,890
Evitamento cognitivo	47,20 ± 5,32	46,79 ± 5,99	0,772
Aceitação ou resignação	49,91 ± 7,62	48,10 ± 7,88	0,321
Procura de recompensas alternativas	46,84 ± 7,01	48,67 ± 8,40	0,344
Descarga emocional	48,73 ± 6,98	48,08 ± 7,24	0,563

Dados apresentados por médias ± desvio-padrões: CRI-Adult – Inventário das Respostas de Coping para Adulto.

A distribuição de frequências permite uma maior clarificação da utilização das estratégias de *coping* utilizadas por estes dois grupos (Quadro 49).

Quadro 47 – CRI-Adult: Distribuição de frequências fazendo a distinção por diabéticos controlados e não controlados

	DIABÉTICOS CONTROLADOS (n=45)								DIABÉTICOS NÃO CONTROLADOS (n=78)							
	AL %	POR %	POA %	RP %	EC %	AR %	PRA %	DE %	AL %	RPO %	POA %	RP %	EC %	AR %	PRA %	DE %
≥ 66			2,2			6,7	2,2	4,4			1,3	5,1			1,3	2,7
60-65			2,2	2,2	2,2	4,4		6,7		1,3	6,4	1,3	3,8	6,4	11,5	5,1
55-59			8,9	6,7	8,9	11,1	13,3	6,7		11,5	5,1	6,4	7,7	14,1	15,4	6,4
46-54	2,2	2,2	35,6	26,7	55,6	53,3	46,7	37,8	1,3	16,7	41,0	32,1	53,8	39,7	32,1	37,2
41-45	8,9	20,0	31,1	40,0	24,4	13,3	20,0	35,6	7,7	37,2	21,8	28,2	19,2	16,7	23,1	34,6
35-40	15,6	53,3	17,9	20,0	8,9	11,1	17,8	8,9	16,7	33,3	11,5	11,5	12,8	19,2	16,7	14,1
≤ 34	73,3	24,4	2,2	4,4					74,4		12,8	15,5	2,6	3,8		

AL – Análise Lógica; RPO – Reavaliação positiva; POA – Procura de orientação e apoio; RP – Resolução de Problemas; EC – Evitamento Cognitivo; AR – Aceitação e Resignação; PRA – Procura de Recompensas alternativas; DE – Descarga Emocional; ≤ 34 – Consideravelmente abaixo da média; 35-34 – Bem abaixo da média; 41-45 – Pouco abaixo da média; 46-54 – Média; 55-59 – Pouco acima da média; 60-65 – Bem acima da média; ≥ 66 – Consideravelmente acima da média. CRI-Adult – Inventário das Respostas de Coping para Adulto.

No que diz respeito ao tempo de doença, efectuamos a comparação entre os indivíduos que tem a doença há 5 anos ou menos com os que tem há 6 anos ou mais (Quadro 48).

Quadro 48 – CRI-Adult: Comparação de médias e desvio-padrões entre diabéticos com doença há menos de 5 anos e há mais de 6 anos

	Diabéticos		p
	Há 5 anos ou menos (n=57)	Há 6 anos ou mais (n=66)	
Análise lógica	31,48 ± 5,49	33,83 ± 5,98	0,054
Reavaliação positiva	37,58 ± 4,74	39,38 ± 6,05	0,115
Procura de orientação e apoio	44,88 ± 7,58	47,70 ± 8,91	0,124
Resolução do problema	43,39 ± 6,43	45,52 ± 9,80	0,216
Evitamento cognitivo	48,09 ± 5,67	45,95 ± 5,64	0,068
Aceitação ou resignação	48,49 ± 8,00	49,00 ± 7,68	0,821
Procura de recompensas alternativas	46,12 ± 6,63	49,62 ± 8,63	0,031
Descarga emocional	46,53 ± 5,87	49,86 ± 7,77	0,016

Dados apresentados por médias ± desvio-padrões: CRI-Adult – Inventário das Respostas de Coping para Adulto.

Apresentamos também um quadro de distribuição de frequências, destes resultados. Na comparação entre estes dois grupos encontramos valores estatística e significativamente mais elevados para os indivíduos com a doença há mais tempo no que diz respeito à utilização dos métodos comportamentais de evitamento, nomeadamente a “Procura de recompensas alternativas” e “Descarga emocional” (p=0,031 e p=0,016).

Quadro 49 – CRI-Adult: Distribuição de frequências fazendo a distinção pelo tempo de doença

	DIABETES HÁ 5 ANOS OU MENOS (n=57)								DIABÉTICO HÁ 6 ANOS OU MAIS (n=66)							
	AL %	RPO %	POA %	RP %	EC %	AR %	PRA %	DE %	AL %	RPO %	POA %	RP %	EC %	AR %	PRA %	DE %
≥ 66						3,5		1,8			3,0	6,1		1,5	3,0	4,5
60-65			3,5		3,5	5,3	5,3	3,5		1,5	6,1	3,0	3,0	6,1	9,1	7,6
55-59			3,5	3,5	12,3	12,3	8,8	1,8			9,1	9,1	4,5	13,6	19,7	10,6
46-54	1,8	5,3	38,6	29,8	56,1	45,6	42,1	36,8	1,5	10,6	39,4	30,3	53,0	43,9	33,3	37,9
41-45	5,3	15,8	28,1	36,8	21,1	12,3	21,1	40,4	10,6	19,7	22,7	28,8	21,2	18,2	22,7	30,3
35-40	8,8	47,4	17,5	19,3	7,0	19,3	22,8	15,8	22,7	39,4	10,6	10,6	15,2	13,6	12,1	9,1
< 34	84,2	31,6	8,8	10,5		1,8			65,2	28,8	9,1	12,1	3,0	3,0		

AL – Análise Lógica; RPO – Reavaliação positiva; POA – Procura de orientação e apoio; RP – Resolução de Problemas; EC – Evitamento Cognitivo; AR – Aceitação e Resignação; PRA – Procura de Recompensas alternativas; DE – Descarga Emocional; < 34 – Consideravelmente abaixo da média; 35-34 – Bem abaixo da média; 41-45 – Pouco abaixo da média; 46-54 – Média; 55-59 – Pouco acima da média; 60-65 – Bem acima da média; ≥ 66 – Consideravelmente acima da média. CRI-Adult – Inventário das Respostas de Coping para Adulto.

Também neste caso não foi feita a separação por sexo uma vez que a distribuição pelos dois grupos não apresenta diferenças significativas ($p=0,627$ após a aplicação do teste qui-quadrado).

3.4 – QV/Coping/Depressão

Os quadros 50, 51 e 52 mostram os coeficientes de correlação de Spearman entre as dimensões do NHP e as áreas do CRI – Adult, respectivamente para a população diabética ($n = 123$), população diabética do sexo feminino ($n= 64$) e população diabética do sexo masculino ($n=59$).

Quadro 50 –Coeficiente de correlação de Spearman entre NHP e CRI-Adult: doentes diabéticos

NHP	CRI							
	AL	RPO	POA	RP	EC	AR	PRA	DE
Energia	-0,106	-0,088	0,074	-0,139	0,108	0,015	-0,202*	0,072
Dor	0,007	0,064	0,083	-0,071	0,177*	-0,070	-0,111	0,112
Mobilidade física	-0,015	-0,016	-0,017	-0,053	0,230*	0,048	-0,179*	0,084
Reacções emocionais	-0,032	0,129	0,117	-0,117	0,083	0,004	-0,185*	0,381**
Sono	-0,013	0,028	0,000	-0,109	0,097	0,018	-0,152	0,184*
Isolamento social	0,003	0,155	0,177	-0,035	-0,072	0,020	-0,106	0,241**

AL – Analise Lógica; RPO – Reavaliação positiva; POA – Procura de orientação e apoio; RP – Resolução de Problemas; EC – Evitamento Cognitivo; AR – Aceitação e Resignação; PRA – Procura de Recompensas alternativas; DE – Descarga Emocional; NHP –Inventário de Saúde de Nottingham; CRI-Adult – Inventário de Respostas de *Coping* para Adultos.

* $p<0,05$ ** $p<0,01$

A “Procura de recompensas alternativas” (CRI-Adult) está negativamente correlacionada de um modo significativo com as dimensões de QV “Energia”, “Mobilidade física” e “Reacções emocionais” (NHP). De notar que o sinal negativo é um artefacto, devido ao diferente modo de *scoring* dos dois questionários. “Descarga emocional” está significativamente correlacionada com as dimensões “Reacções

emocionais”, “Sono” e “Isolamento social” da *QV*. Encontrámos também uma correlação significativa entre “Evitamento cognitivo” e as dimensões “Dor” e “Mobilidade física”.

Diferenças, são contudo encontradas se fizermos a separação por sexos; observando-se um maior número de correlações significativas no sexo feminino.

Quadro 51 –Coeficiente de correlação de Spearman entre NHP e CRI: doentes diabéticos do sexo feminino

NHP	CRI							
	AL	RPO	POA	RP	EC	AR	PRA	DE
Energia	-0,165	-0,230	0,006	-0,340**	0,056	-0,018	-0,230	0,165
Dor	0,118	0,135	0,018	-0,082	0,121	0,017	-0,035	0,192
Mobilidade física	0,114	-0,022	0,045	-0,055	0,260*	0,050	-0,147	0,219
Reacções emocionais	-0,051	0,041	0,084	-0,262*	0,112	0,019	0,504**	-0,055
Sono	-0,055	0,056	-0,084	-0,151	0,085	0,010	-0,112	0,116
Isolamento social	-0,078	0,132	0,121	-0,194	0,067	0,135	-0,065	0,299*

AL – Analise Lógica; RPo – Reavaliação positiva; POA – Procura de orientação e apoio; RP – Resolução de Problemas; EC – Evitamento Cognitivo; AR – Aceitação e Resignação; PRA – Procura de Recompensas alternativas; DE – Descarga Emocional; NHP –Inventário de saúde de Nottingham; CRI-Adult – Inventário de Respostas de *Coping* para Adultos.

* p<0,05 ** p<0,01

No sexo feminino, “Resolução de problemas” está correlacionado, de um modo negativo, com significância estatística com as dimensões “Energia” e “Reacções emocionais”. A dimensão “Reacções emocionais” está correlacionada, de um modo positivo e com significância estatística com “Evitamento cognitivo” e “Procura de recompensas alternativas”.

Quadro 52 – Coeficiente de correlação de Spearman entre NHP e CRI: doentes diabéticos do sexo masculino

NHP	CRI							
	AL	RPO	POA	RP	EC	AR	PRA	DE
Energia	-0,022	0,057	0,099	0,082	0,176	0,015	-0,082	-0,037
Dor	-0,101	0,014	0,108	0,031	0,220	-0,180	-0,044	-0,002
Mobilidade física	-0,094	0,011	-0,108	-0,009	0,188	0,013	-0,131	-0,096
Reacções emocionais	0,010	0,260*	0,121	0,052	0,053	-0,006	-0,118	0,235
Sono	0,054	0,028	0,039	-0,050	0,112	0,015	-0,107	0,252
Isolamento social	0,144	0,219	0,203	0,176	-0,206	-0,120	-0,046	0,190

AL – Análise Lógica; RPO – Reavaliação positiva; POA – Procura de orientação e apoio; RP – Resolução de Problemas; EC – Evitamento Cognitivo; AR – Aceitação e Resignação; PRA – Procura de Recompensas alternativas; DE – Descarga Emocional.; NHP – Inventário de Saúde de Nottingham; CRI-Adult – Inventário de Respostas de *Coping* para Adultos.

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$

No sexo masculino só encontramos correlação positiva significativas entre “Reavaliação positiva” (CRI-Adult) e a dimensão “Reacções emocionais” (NHP).

Na procura de relação entre BDI e *QV* encontramos uma correlação fortemente positiva entre todas as dimensões, isto é, com o aumento dos valores de depressão a determinar o agravamento da *QV* em todas as suas dimensões.

Quadro 53 – Coeficiente de correlação de Spearman entre BDI e NHP: doentes diabéticos e divisão por sexos

NHP	BDI (Score total)		
	Diabéticos (total)	Diabéticos (mulheres)	Diabéticos (homens)
Energia	0,552**	0,584**	0,438**
Dor	0,416**	0,345**	0,303**
Mobilidade física	0,441**	0,463**	0,339**
Reacções emocionais	0,566**	0,694**	0,351**
Sono	0,493**	0,492**	0,425**
Isolamento social	0,385**	0,495**	0,258

BDI – Inventário de Depressão de Beck; NHP – Inventário de Saúde de Nottingham; CRI-Adult – Inventário de Respostas de *Coping* para Adulto. ** $p < 0,01$

O item “Procura de recompensas alternativas” apresenta uma correlação estatisticamente significativa e positiva com os índices de depressão. Do mesmo modo, uma relação estatisticamente significativa e negativa é encontrada entre “Resolução de problemas” e o componente somático de depressão. Por outro lado, uma relação inversa, negativa e com significância estatística é encontrada entre “Descarga emocional” e o índice de depressão (*score* total e componente cognitivo).

Quadro 54 – Coeficiente de correlação de Spearman entre BDI e CRI-Adult: doentes diabéticos

BDI	CRI							
	AL	RPO	POA	RP	EC	AR	PRA	DE
<i>Score total</i>	-0,132	-0,037	0,146	-0,146	0,170	0,085	-0,406**	0,212*
<i>Componente somático</i>	-0,130	-0,031	0,108	-0,183*	0,167	0,034	-0,352**	0,056
<i>Componente cognitivo</i>	-0,094	-0,067	0,141	-0,153	0,135	0,164	-0,399**	0,304**

AL – Análise Lógica; RPO – Reavaliação positiva; POA – Procura de orientação e apoio; RP – Resolução de Problemas; EC – Evitamento Cognitivo; AR – Aceitação e Resignação; PRA – Procura de Recompensas alternativas; DE – Descarga Emocional; BDI – Inventário de Depressão de Beck; CRI-Adult – Inventário de Respostas de *Coping* para Adultos.

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$

3.5 – Síntese de resultados

Terminada a apresentação dos resultados obtidos, passamos a expor a síntese dos mesmos com uma expressão estatisticamente significativa, começando por referir as variáveis sexo e idade (Quadro 55).

Quadro 55 - Diferenças estatisticamente significativas relativamente às variáveis sexo e idade

	Variável sexo		Variável idade	
	H/M diabéticos	H/M Não diabéticos	D/ND ≤ 55anos	D/ND ≥ 56 anos
NHP				
Energia	0,004		0,022	
Dor	<0,001	<0,001	0,026	0,030
Mobilidade física	0,002	0,049	0,030	
Reacções emocionais	0,040			
Sono	0,013	0,007		
Isolamento social	0,025			
BDI				
Score total	<0,001			
Componente cognitivo	0,001			
Componente somático	0,001	0,025		

H – homens; M- mulheres; D – diabéticos; ND – não diabéticos ■ - médias mais elevadas com significado estatístico

Relativamente às variáveis sócio-económicas não são encontradas diferenças significativas quando comparamos diabéticos e não diabéticos, as diferenças encontram-se quando se comparam entre dois níveis diferentes (Quadro 56).

Quadro 56 - Diferenças estatisticamente significativas relativamente às variáveis sócio-económicas

	Estado civil		Escolaridade		Profissão	
	C/NC	C/NC	B/>5°	B/>5°	P/ST	PD/ST
	Homens	Mulheres	Homens	Mulheres	Homens	Mulheres
NHP						
Energia			<0,001	0,012		0,033
Dor			0,016			
Mobilidade física			0,022			
Reacções emocionais						
Sono	0,045					
Isolamento social	<0,001					
BDI						
Score total				0,015		
Componente cognitivo				0,002		
Componente somático						

C – casados ou união de facto; NC- não casados (solteiros, viúvos, divorciados); B- ensino básico; >5°- superior ao 5º ano da escolaridade; P- sector primário; ST- sector secundário e terciário; PD- sector primário e domésticas;

■ - médias mais elevadas com significado estatístico

O factor “Outras doenças crónicas associadas” mostra-se como um aspecto de grande importância (Quadro 57).

Quadro 57 - Diferenças estatisticamente significativas relativamente ao factor “Outras doenças crónicas”

	<ND/>ND	<ND/>ND	SD/D
	diabéticos	Não diabéticos	
NHP			
Energia	0,017	<0,001	0,009
Dor	<0,001	<0,001	
Mobilidade física	<0,001	<0,001	0,015
Reacções emocionais	0,007	<0,001	
Sono		0,012	
Isolamento social	0,005	0,026	
BDI			
Score total	0,004	<0,001	0,020
Componente cognitivo	0,022	<0,001	0,006
Componente somático	<0,001	<0,001	

<ND- menor número de doenças; >ND- maior número de doenças; SD- sem doenças crónicas; D- diabetes *mellitus* exclusivamente; ■ - médias mais elevadas com significado estatístico.

Relativamente aos mecanismos de *coping* utilizados pelos diabéticos no confronto com a doença, os resultados com significado estatístico são encontrados nos mecanismos de *coping* de evitamento (Quadro 58).

Quadro 58 - Diferenças estatisticamente significativas nos métodos de *coping* de evitamento relativamente às variáveis sexo e tempo de doença

	Sexo H/M	Tempo de doença < 5 anos/≥ 6 anos
Evitamento cognitivo		
Aceitação e resignação		
Procura de recompensas alternativas	0,014	0,031
Descarga emocional		0,016

H- homens; M- mulheres; ■- médias mais elevadas com significado estatístico.

Na correlação entre *coping* e *QV* também é encontrada relação com significado estatístico com os mecanismos de evitamento, embora surjam sentidos diferentes (Quadro 59).

Quadro 59 - Correlações com significado estatístico entre dimensões de *QV* e *coping*

	EC	AR	PRA	DE
NHP	*		_*	
Energia	*			
Dor			_*	
Mobilidade física			_*	**
Reacções emocionais				*
Sono				**
Isolamento social				

EC- Evitamento cognitivo; AR- Aceitação e resignação; PRA- Procura de recompensas alternativas; DE- Descarga emocional; NHP- Inventário de saúde de Nottingham.

* p<0,005; ** p<0,001

A “Procura de recompensas alternativas” mostra uma correlação negativa com as dimensões “Energia”, “Mobilidade física”, e “Reacções emocionais”, isto é, o seu aumento leva a um menor agravamento da *QV*.

Quadro 60- Correlações com significado estatístico entre depressão e métodos de coping

	AL	RPO	POA	RP	EC	AR	PRA	DE
BDI								
Score total							-.**	*
Componente cognitivo				-.*			-.**	
Componente somático							-.**	**

AL – Análise Lógica; RPO – Reavaliação positiva; POA – Procura de Orientação e Apoio; RP – Resolução de Problemas; EC – Evitamento cognitivo; AR – Aceitação e Resignação; PRA – Procura de Recompensas Alternativas; DE – Descarga emocional; BDI – Inventário de Depressão de Beck

De igual modo, em relação à sintomatologia depressiva, a “Procura de Recompensas Alternativas” surge com uma correlação negativa, do mesmo modo que a “Resolução de Problemas” (Quadro 60).

4 – DISCUSSÃO

Ao abordarmos o conceito de saúde, temos por certo em conta, muito mais do que a ausência de doença; constituindo, assim, o sentimento subjectivo de bem-estar, um importante pólo de atenção, como nos sugerem as perspectivas teóricas apresentadas na primeira parte desta dissertação.

Focamos concretamente no nosso trabalho, uma situação de doença crónica, cuja natureza prolongada pode afectar de várias formas possíveis, o indivíduo que procura constantemente um estado adequado máximo das suas funções e bem-estar.

O objectivo do tratamento do indivíduo diabético, é obter um controlo metabólico satisfatório, controlo este que pode estar associado com sintomas subjectivos e desenvolvimento de complicações; que, por sua vez, conduzem a limitações em muitas funções, repercutindo-se assim na *QV*, aumentando simultaneamente a dependência dos cuidados de saúde.

O resultado do tratamento depende largamente quer da eficácia do tratamento médico, quer da extensão com que o doente é capaz de modificar os seus hábitos de vida com respeito a dieta, exercício físico e monitorização apropriada da glicémia. Estes pressupostos determinam a importância com que os técnicos de saúde atribuem às formas de comportamento não adaptativas de um doente, uma vez que estas podem influenciar negativamente o controlo metabólico.

Segundo Langewits *et al.* (1997), a meta dos diabéticos é serem os “donos” da sua doença, e não seus “escravos”. Um acompanhamento adequado destes doentes, melhora a *QV*, influencia o controlo metabólico e a relação que se estabelece entre o técnico de saúde e o doente, favorecendo uma relação mais próxima.

Não podemos esquecer que a situação de doença, tal como a necessidade de modificação dos hábitos de vida, podem ser desencadeadores de *stress*, que por si só, constitui também uma ameaça à *QV* e ao bem-estar físico e psico-social do indivíduo. A adaptação, à doença nesta perspectiva e para os propósitos do presente trabalho, é entendida como o nível de bem-estar após a exposição a situações desencadeadoras de *stress*, assumindo-se deste modo que o nível de *QV* é um processo influenciado por variáveis biológicas, psicológicas e socio-culturais.

A *QV* dos diabéticos pode em parte ser determinada pelas limitações inerentes à doença, idade do doente ou complicações da própria doença. No entanto, estes factores, não podem prever, em exclusivo, o completo *spectrum* da *QV*. Doentes com a mesma condição clínica podem ter diferentes *scores* de *QV*, razão pela qual é fundamental avaliá-la, utilizando conjuntamente medidas psicológicas.

Utilizámos, para o efeito, um instrumento genérico de *QV*, e investigamos a relação entre *QV* e aspectos psicológicos, tentando identificar quais os factores que mais a influenciam.

Segundo Folkman *et al.* (1986) as teorias na relação entre acontecimentos desencadeantes de *stress* e indicadores do estado de adaptação, como a doença somática e sintomas psicológicos, reflectem a crença de que esta relação é mediada por diferentes processos de *coping*. Presumivelmente estes processos de *coping* são, pelo menos moderadamente, estáveis ao longo de diversas situações desencadeadoras de *stress*, e assim, a longo prazo afectam os resultados da adaptação.

→ *Metodologia*

O presente estudo descreve estratégias de *coping* e *QV* em situação de doença crónica, razão pela qual optamos por um estudo descritivo-comparativo. Pretendemos estudar a *QV* de um grupo de diabéticos e os seus esforços para lidar com os problemas colocados pela doença e seu tratamento.

Foi nossa intenção, ao efectuar este estudo, a utilização de um instrumento genérico de avaliação de *QV*, permitindo-nos deste modo a comparação entre a *QV* dos diabéticos e a de um grupo de controlo constituído por indivíduos que frequentavam o mesmo Centro de Saúde, além da determinação de factores psicológicos que a influenciam naquele grupo de doentes.

A finalidade da comparação foi de identificar os efeitos gerais da doença na *QV* desta população em relação a um grupo de controlo, sendo o instrumento escolhido o Inventário de Saúde de Nottingham (NHP). Este instrumento já aplicado na população portuguesa, foi validado por Ferreira e Melo (1997), tem ainda a vantagem de ser curto e simples de aplicar, tendo vindo a ser bastante testado quanto à sua fiabilidade na aplicação em várias situações – indivíduos com doença coronária (O'Neil *et al.*, 1996; Lukkarinen e Heitinen, 1997; Coelho *et al.*, 1999), indivíduos com alterações

ostearticulares (Hilding *et al.*, 1997; Stenstrom *et al.*, 1997), em doentes diabéticos (Keinanen-Kiikaanniemi *et al.*, 1996), doentes com patologia respiratória (Prieto *et al.*, 1997; Ferrer *et al.*, 1997), em indivíduos idosos (Noro e Aro, 1996) ou para determinar os resultados de determinadas intervenções terapêuticas (Rikenbacher *et al.*, 1997; Hurel *et al.*, 1997; Miralda *et al.*, 1997; Hallbook *et al.*, 1997; Whynes e Neilson, 1997). É ainda possível distinguir neste instrumento quatro dimensões de saúde - física, psíquica, social e funcional. A utilização do NHP num estudo de uma doença específica, como é o caso, permite a obtenção de uma visão relativamente versátil dos problemas de saúde dos doentes, comparando-os com o grupo de controlo. Esta comparação, indica as dimensões nas quais estes doentes diabéticos têm maiores problemas de saúde.

Seleccionámos a amostra controlo emparelhando adequadamente os principais factores sócio-demográficos: (idade, sexo, estatuto económico) com os da população diabética. A nossa pretensão foi, assim, estudar especificamente os efeitos da diabetes, partindo do princípio que ter uma doença crónica como a DM, tem provavelmente impacto na vida diária dos doentes.

Da análise dos dados obtidos, constatamos uma relativa uniformidade das características sócio-demográficas, tendo em conta, aliás, a proveniência regional das amostras de diabéticos e do grupo de controlo.

Se por um lado, facilitou a aproximação das duas amostras, por outro lado, estas resultaram pouco diversificadas, notando-se essencialmente uma média etária bastante elevada e um baixo nível sócio-económico, evidenciado pelo baixo nível de escolaridade e actividade profissional predominante em áreas não diferenciadas.

No presente estudo, a comparação das amostras (grupo dos diabéticos e grupo de controlo – não diabéticos) é considerada satisfatória no que diz respeito à distribuição por sexo, sendo constituída a amostra dos diabéticos por 48,0% de indivíduos do sexo masculino e 52,0% do sexo feminino, enquanto a amostra dos não diabéticos comporta 46,8% de indivíduos do sexo masculino e 53,0% do sexo feminino ($p > 0,005$ após a aplicação do teste do qui-quadrado).

Em relação à variável idade as duas amostras são consideradas semelhantes por classes etárias (Quadro 2) e médias de idade, não apresentando diferenças estatisticamente significativas.

Pensamos ser importante, no que concerne à situação sócio-económica, determinar dados relativos à escolaridade e ocupação profissional. Embora outros elementos fossem obtidos através do questionário efectuado (Anexo I), foram posteriormente preteridos por se considerarem de somenos importância.

Concluimos deste modo que nas nossas amostras, a grande maioria dos seus elementos tem como formação o ensino básico (90,2% dos diabéticos e 82,3% dos indivíduos do grupo de controlo, salientando que apenas 9,8% dos diabéticos e 17,7% dos não diabéticos têm uma formação literária superior ao 5º ano da escolaridade) e, uma ocupação profissional maioritariamente em sectores não diferenciados, como é o caso do sector primário e ocupação doméstica (56,1% nos diabéticos e 56,4% no grupo de controlo), o que analisado conjuntamente sugere uma classe sócio-económica baixa.

Uma vez que são abordados neste estudo aspectos como a sintomatologia depressiva, e determinadas dimensões de *QV* como “Isolamento social” e “Reacções emocionais”, pareceu-nos de grande importância analisar o emparelhamento das duas amostras quanto ao estado civil. O facto de um indivíduo estar só, ou partilhar o seu dia a dia com uma pessoa significativa, é um aspecto considerado importante por Fonte e Rodrigues (1994), acerca do estudo sobre o suporte social e atitudes perante a doença: “... *A percepção de maior ou menor apoio social (amigos, família ou outras pessoas significativas) poderá de algum modo influir no cumprimento de uma prescrição terapêutica na medida em que possa constituir um factor adjuvante na manutenção do bem-estar e equilíbrio da pessoa, principalmente quando esta se vê confrontada com uma terapêutica que envolve modificações e restrições nos seus padrões habituais de vida...*”. Neste domínio, as amostras apresentam-se extremamente semelhantes (78,0% dos diabéticos são casados ou vivem em união de facto e 79,0% do grupo de controlo encontram-se na mesma situação).

Ao pretender a obtenção de respostas relacionadas com aspectos subjectivos, optámos pela utilização de um questionário de auto-avaliação que permite a obtenção de informação subjectiva de um modo mais rápido, dada a necessidade de utilizar uma metodologia adequada ao que se pretende avaliar. O NHP sendo um instrumento que avalia a *QV*, avalia também o modo como as manifestações de uma doença ou seu tratamento são experienciadas pelo indivíduo .

Sabemos também que o questionário de auto-avaliação, não é um método ideal para colher dados entre uma população numa faixa etária tão elevada, por existir, muitas vezes, diminuição da acuidade visual, diminuições cognitivas, falta de motivação e outros factores relacionados com a idade. Contudo, a aplicação de escala de auto-avaliação impede alguns enviesamentos fornecidos pela entrevista clínica.

A utilidade dos Inventário de Depressão de Beck (BDI) como instrumento de detecção de depressão em diabéticos, utilizando os seus *scores* totais, foi já referida por Lustman *et al.* (1997). O mesmo autor refere, uma maior eficácia dos itens cognitivos em relação aos somáticos, salvaguardando no entanto, a necessidade de estudos prospectivos, a fim de confirmar as características do inventário em situação de Clínica Geral.

Também Coelho (1990) se refere ao BDI como escala importante para o estudo da depressão, sendo esta menos susceptível de ser influenciada por componentes somáticos, salientando os componentes cognitivos da depressão.

→ *QV versus Diabetes Mellitus*

A *QV* é um conceito extremamente amplo, subjectivo e difícil de definir, que inclui aspectos importantes da vida humana que vão para além da sua condição física. A avaliação da *QV* é uma matéria complexa, sendo os problemas comuns mais referidos na sua avaliação, a ausência de consenso relativamente aos domínios a medir, a falta de avaliação subjectiva e a insuficiência em tomar em conta as diferenças individuais, problemas que podem ser minimizados pela utilização de instrumentos validados.

O presente estudo, debruça-se exclusivamente sobre doentes com diabetes *mellitus* tipo II, ou DMNID, que surge tipicamente pelos 40 anos e está mais relacionada com a redução do número de receptores de insulina intactos, embora possa estar também relacionada com uma produção insuficiente de insulina, e cujo tratamento pode implicar a administração da mesma ou, alternativamente, pode responder a dieta e/ou a hipoglicemiantes orais.

De acordo com os resultados obtidos (Quadro 15), a *QV* avaliada pelo NHP, tende a ser mais pobre no grupo dos diabéticos nas dimensões “Energia”, “Mobilidade física”, “Reacções emocionais” e “Isolamento social” do que no grupo de controlo. Os grupos de estudo adequadamente emparelhados quanto à idade, sexo e situação sócio-económica. Em contrapartida, o grupo de controlo, apresentou valores piores nas

dimensões “Dor” e “Sono”, o que nos permite afirmar que o grupo de controlo poderá ter “pior” *QV* em alguns aspectos (não são contudo encontrados diferenças com significado estatístico).

Efectuámos o estudo discriminado da possível influência de determinadas variáveis. Assim, fizemos a comparação das médias obtidas para as várias dimensões de *QV* por sexo. Encontramos piores índices de *QV* para as mulheres em relação aos homens em todas as dimensões, verificando-se valores com significado estatístico em relação à “Energia”, “Dor”, “Mobilidade física”, “Reacções emocionais” e “Sono”, no grupo dos diabéticos (Quadro 16). Na amostra dos não diabéticos, são encontrados também piores índices de *QV* (valores mais elevados) para as mulheres, em relação aos homens, surgindo valores com significado estatístico unicamente em relação às dimensões “Mobilidade física” e “Sono” (Quadro 17).

Pensamos contudo que a interferência do factor sexo, isoladamente, não chega para explicar a pior *QV* e os piores resultados obtidos pelo BDI. Notem-se as maiores diferenças encontradas nos diabéticos (Quadro 16 e 17). Ao fazermos a análise de variância 2x2 (Quadro 18), concluímos que a *QV* e a sintomatologia depressiva, varia significativamente de acordo com o sexo, e não varia de um modo significativo segundo o facto do doente ser ou não diabético. Mas, existe interacção entre o sexo e diabetes; ou seja, a variação entre os sexos não é a mesma, caso o indivíduo seja ou não diabético, razão da importância da diabetes na *QV* e sintomatologia depressiva.

Analisando especificamente o factor idade, verificamos que nos grupos mais jovens, os diabéticos referem pior *QV* do que os não diabéticos. Contudo, com o aumentar da idade, esta tendência parece inverter-se, notando-se nos indivíduos diabéticos as referências de pior *QV* em todas as dimensões, em relação aos diabéticos. Os não diabéticos, relatam um agravamento da *QV* e sintomatologia depressiva com a idade, ao contrário do que parece acontecer com os diabéticos, pois nestes, o agravamento inicia-se já no grupo mais jovem (Quadro 19).

No que diz respeito às variáveis relacionadas com o estatuto sócio-económico, estas não parecem estar directamente relacionadas com o facto de ser ou não diabético, uma vez que os resultados se apresentam com a mesma cadência nos dois grupos. As pessoas divorciadas, viúvas ou solteiras, de um modo global referem pior *QV* que as casadas,

embora de um modo mais notável para os homens, com agravamento significativo para as dimensões “Sono” e “Isolamento social” (Quadro 23).

As classes sociais mais desfavorecidas apresentam também, de uma forma geral, um agravamento na *QV* e sintomatologia depressiva, independentemente do facto de ser ou não diabético (Quadros 25 a 32).

A *QV* é, sem sombra de dúvida, influenciada pela existência de doenças concorrentes. O número de “Outras doenças crónicas” é um importante factor de agravamento, a nível de todas as dimensões de *QV* e sintomatologia depressiva (Quadros 33 e 34), de um modo semelhante, quer se trate de doentes diabéticos ou não. De referir, no entanto, que a existência exclusiva de diabetes *mellitus*, sem qualquer outra doença crónica presente, é por si só um indicativo de agravamento de algumas dimensões de *QV*, nomeadamente “Energia” e “Mobilidade física”, e embora sem podermos mostrar um valor com significado patológico de depressão, os *scores* atingidos nas respostas ao BDI são significativamente mais elevadas para os diabéticos (Quadro 35).

Entre os diabéticos encontramos uma menor percentagem de indivíduos (36,6%) de diabéticos controlados (cujos resultados dos últimos valores de hemoglobina glicosilada ou glicose em jejum se encontram dentro de parâmetros considerados “normais”) em oposição a uma maior percentagem (63,4%) de diabéticos considerados como não controlados. Estes últimos, apresentam uma maior percentagem de complicações tardias da diabetes, p. ex. atingimento de órgãos-alvo, portanto, situações mais graves.

Apesar de encontrarmos índices tradutores de pior *QV* para as dimensões “Energia”, “Dor” e “Mobilidade física”, estes resultados não são estatisticamente significativos. Salientamos também, que embora sem significância estatística, encontramos piores resultados para os diabéticos controlados, no que se refere às dimensões “Reacções emocionais” e “Isolamento social”, e um valor muito próximo do significativo para o componente cognitivo do BDI (Quadro 36).

Sugere-se que este agravamento se relaciona com a necessidade de mudança de estilos de vida exigida pelo controlo da glicémia. Segundo Callaghan (1993) a diabetes determina um impacto na vida do indivíduo, nomeadamente uma perda de espontaneidade pela necessidade de ser mais “sensato” na organização das actividades diárias e uma incerteza relativamente à trajectória da sua doença.

Os resultados indicam ainda, diferenças nos níveis de *QV* de acordo com o tipo de tratamento a que o diabético é submetido. O grupo que refere que faz tratamento com anti-diabéticos apresenta melhor *QV* em todas as dimensões excepto na dimensão “Sono” embora não se observem diferenças estatisticamente significativas (Quadro 39).

→ *QV / Depressão/Diabetes mellitus*

Ao analisarmos quais as questões com respostas “sim” dadas em maior percentagem pelos, notamos que estas se encontram nas dimensões “Energia” (E2-“Tudo me custa a fazer”), “Reacções emocionais” (EM1-“Tudo me desanima”; EM4- “Os dias parece que nunca mais acabam”) e “Isolamento social” (SO2- “Custa-me estar com as outras pessoas”), com diferenças estatisticamente significativas ou próximas da significância estatística (Quadro 14). Estas afirmações poderão reflectir aspectos clínicos da depressão, tal como também descrito por Keinanen-Kincaanniemi *et al.* (1996).

Tem sido sugerida uma associação positiva entre diabetes *mellitus* e depressão, embora esta associação seja pouco compreendida (Goodnick *et al.*, 1995; Goodnick, 1997; Bailey, 1996; Amato *et al.*, 1996; Brandão *et al.* 1989). Assim valores que indicam depressão moderada, são encontrados no presente estudo para os diabéticos; no entanto, as diferenças entre os dois grupos, não têm significado estatístico (Quadro 15). Note-se no entanto, o elevado nível etário da nossa amostra e a presença de co-morbilidade que nos dificulta potencialmente a análise, surgindo no entanto diferenças estatisticamente significativas quando se comparam grupos sem outra doença crónica (Quadro 35).

Notamos que em relação aos *score* total do BDI é encontrado um valor mais elevado para os diabéticos controlados em relação aos diabéticos não controlados (embora este valor seja mais elevado que o encontrado para os indivíduos não diabéticos) sem que contudo essa diferença seja estatisticamente significativa (Quadro 36).

Estabelecendo a relação entre os diabéticos controlados e os não controlados no que se refere a complicações físicas da doença, notamos que as maiores percentagens de afirmações de presença de “complicações” resultante do atingimento dos órgãos-alvo são encontrados nos doentes não controlados.

Não parece, assim, provável que o valor mais elevado dos *scores* de depressão seja um espelho dos sintomas somáticos da Diabetes *mellitus*, uma vez que também o aumento muito próximo dos valores significativos se encontra na sub-escala do componente

cognitivo, quando da comparação entre diabéticos controlados e não controlados (Quadro 36).

Os resultados por nós obtidos, opõem-se aos referenciados por Goodnick *et al.* (1997) e Peyrot e Rubim (1997), em que o *score* de BDI é mais elevado, atingindo mesmo níveis de depressão grave em diabéticos com presença de complicações da doença em oposição aos valores menos elevados encontrados nos diabéticos sem complicações, associando assim, aqueles autores, a gravidade da depressão aos diabéticos mais idosos e com pior controlo da glicemia.

A co-morbilidade da depressão com outras situações crónicas de doença emerge como um tópico de considerável importância. Tal como Schofeld *et al.* (1997), pensamos que a depressão não tratada, quer esta surja isoladamente ou a acompanhar uma doença crónica, reduz habitualmente o funcionamento e o bem-estar dos doentes. Em situações de múltiplas patologias, a depressão é associada com uma maior redução no funcionamento individual, sendo o impacto de uma situação depressiva comparável, ou até pior que os efeitos da doença subjacente.

Não nos é permitido afirmar que a diabetes tenha um efeito causal relativamente à pior *QV* ou ao aparecimento de sintomatologia depressiva sugerida pelos resultados; contudo, podemos suspeitar do seu papel “coadjuvante” ou de manutenção. Se estas diferenças fossem consequência da diabetes, dever-se-ia esperar um nível crescente de agravamento da sintomatologia depressiva de acordo com a gravidade crescente da diabetes.

Numa outra perspectiva, podemos afirmar que apesar do uso cada vez maior da avaliação da *QV* em saúde, é escasso o conhecimento acerca dos processos psicológicos envolvidos na elaboração dos julgamentos pessoais da mesma. O que é conhecido, é que os julgamentos acerca da *QV* e as medidas objectivas do estado de saúde, não estão assim tão fortemente associadas como seria de esperar (aspecto já referenciado na Parte I). Kohen *et al.* (1998), refere que o estado de saúde do doente está associado com os níveis de *QV*, mas se esta relação é secundária à doença física ou não, é um aspecto controverso, mostrando no seu estudo que a depressão está directamente relacionada com a avaliação da *QV*, mesmo quando os parâmetros: saúde física e idade são adequadamente controlados estatística e metodologicamente. Assim, independentemente do nível de saúde física, a sintomatologia depressiva é um importante determinante de *QV* (Quadro 54).

→ *Coping com diabetes mellitus*

Um grande corpo de evidências tem vindo a demonstrar uma associação existente entre acontecimentos de vida desencadeadores de *stress* e morbidade psicológica e/ou física. Assim, existe um interesse crescente quanto a factores que moderem a relação entre *stress* e doença, nomeadamente quanto às estratégias de *coping* utilizadas pelo doente que podem mitigar os malefícios dos agentes de *stress*.

Os diabéticos estão sujeitos a múltiplos agentes de *stress*, quer fisiológicos quer psicológicos, pois podem ser ameaçados por potenciais perdas ou mudanças de estilo de vida.

Tal como qualquer indivíduo que sofre de uma doença crónica, o diabético vivencia diferentes níveis de *QV*, e pode exibir diferentes mecanismos de *coping* ao lidar com os agentes de *stress* no seu quotidiano.

Um aspecto central desta pesquisa foi determinar o modo como o doente diabético avalia e se confronta com as exigências de acontecimentos desencadeantes de *stress* e se está relacionado com estados de saúde somáticos e sintomas psicológicos. Por outro lado, a razão do estudo do *coping* foi determinar como os indivíduos com uma doença crónica podem reduzir o impacto negativo dos acontecimentos desencadeantes de *stress* no seu bem-estar emocional. O modo como os indivíduos respondem ao agente de *stress* pode ser um importante predictor do sucesso (ou não) da adaptação aos desafios da diabetes.

As diferentes doenças crónicas, implicam algumas ameaças e desafios em comum, existindo porém, factores únicos em cada doença. Um indivíduo portador de doença crónica está continuamente a avaliar os seus sintomas e progressão da doença relativamente ao seu bem-estar e sobrevivência, condicionando deste modo o *coping*, pois o *stress* psico-social e físico que a doença desencadeia, determina necessariamente algum processo de *coping* adaptativo que, segundo Holahan e Moos (1987), é visto como um factor estabilizador.

Segundo Callaghan (1993) os diabéticos identificam como seu maior desafio ao confrontarem-se com a doença, a meta de controlar os valores da glicemia dentro de parâmetros aceitáveis, sendo variável o modo de *coping* com a situação, podendo

aproximar-se da obsessão num extremo até ao completo desleixo no outro extremo. A motivação para tal, depende das preocupações acerca do que o desequilíbrio dos valores de glicemia possa implicar, nomeadamente complicações agudas que se associam com sintomas subjectivos desagradáveis, ou medo das complicações a longo prazo. Segundo o mesmo autor, um aspecto comum nestes doentes, são os esforços para limitar o impacto da doença na sua vida. Verifica-se, frequentemente, que uma percepção negativa da doença está relacionada com o modo como os sintomas são intrusivos no seu dia a dia.

O *coping* com a doença é um importante factor na saúde psicológica e somática, embora nem tudo se conheça acerca dos processos de *coping*, das variáveis que os influenciam e a sua relação com resultados da resposta ao *stress* experienciado pelo indivíduo no seu quotidiano.

Nesta área os resultados deste estudo (Quadros 40 e 41) revelam que os doentes diabéticos utilizam mais estratégias de evitamento para confrontar-se com a doença, do que estratégias activas orientadas para a resolução do problema.

Segundo Ebata e Moos (1991) os indivíduos que são identificados como tendo problemas psicológicos, mais provavelmente respondem ao *stress* usando métodos de *coping* de evitamento, comparando com os que não apresentam tais problemas. Assim, segundo estes autores os indivíduos deprimidos demonstram uma maior utilização de respostas de *coping* de evitamento do que os não deprimidos.

Devemos notar que as diferenças nos modelos de *coping* podem depender de diferenças nos tipos de agentes de *stress*.

Não podemos determinar *à priori* a eficácia das estratégias de *coping* centradas no problema ou nas emoções, sem avaliar cada contexto.

Apesar de estudos com adultos mostrarem uma consistente relação entre comportamentos de *coping* de evitamento e indicadores negativos de funcionamento, a relação entre métodos de confronto e funcionamento não é tão consistente e clara (Ebata e Moos, 1991).

Quando as relações são analisadas (Quadros 50 a 52) as respostas de evitamento estão associadas com piores níveis de *QV* ou bem-estar e, mal-estar psicológico, com

excepção da “Procura de recompensas alternativas”, que é relacionada com melhor *QV* e menor mal-estar psicológico (Ebata e Moos, 1991).

Os resultados também mostram que pode haver vários modos de agrupar as dimensões de *coping*. Por exemplo, a “Procura de recompensas alternativas” é categorizada como *coping* de evitamento, porque as suas estratégias não são dirigidas, e não funcionam para se dirigir ou mudar o problema. No entanto, a “Procura de recompensas alternativas” corresponde a *coping* de confronto na sua relação com avaliação do desafio e índice de bem-estar ou mal-estar psicológico geral. A “Procura de recompensas alternativas” requer o envolvimento com o ambiente e com outras pessoas.

Tanto os métodos de *coping* de evitamento como os de confronto podem ser eficazes em situações particulares, com determinados agentes de *stress* ou em estadios específicos do processo de *coping*. Por exemplo, o evitamento cognitivo pode inicialmente reduzir a ansiedade e impedir que o problema se torne mais presente, mas a menos-valia do *coping* de evitamento é o de poder interferir com um comportamento mais adaptativo e adequado. Mesmo face a eventos incontroláveis, a redução da ansiedade por evitamento pode não ser produtivo ao impedir a resolução psicológica do problema.

Embora pelo estudo dos valores médios obtidos para uso das estratégias de *coping* não seja possível determinar diferenças estatisticamente significativas, a observação da distribuição de frequências do uso das mesmas permite avançar algumas suposições, no que respeita aos factores sócio-demográficos (Quadros 42 a 45). Quando examinamos a relação entre variáveis sócio-demográficas e *coping*, o factor sexo é o único elemento que nos surge com uma diferença estatisticamente significativa no que diz respeito à “Procura de recompensas alternativas” por parte dos homens (Quadro 42).

De referir ainda, que vários factores podem influenciar a relação entre *coping* e os resultados em saúde, nomeadamente o tipo de problema que é enfrentado (os modelos de *coping* podem ser função de diferenças nos tipos de agente de *stress* avaliado), o grau de *stress* que é experimentado e a situação de “equilíbrio” ou saúde mental do momento. Os nossos achados (Quadros 40 e 41) são consistentes com os trabalhos de Folkman e Lazarus (1986), que referem o *coping* de evitamento mais associado com acontecimentos negativos; isto é, enquanto resposta a uma situação ameaçadora quando as fontes pessoais e contextuais são escassas.

Lazarus (1992) refere-se ao *coping* como uma parte de um amplo sistema de avaliação, enfatizando a avaliação cognitiva e as relações do indivíduo com o meio ambiente como factores da sua vida emocional. Entender um processo de doença, implica assim, necessariamente incluir uma compreensão das preocupações subjectivas daqueles que vivem com ela.

No nosso estudo, também o tempo de doença se constitui como factor influenciador, notando-se uma maior utilização por parte daqueles que têm a doença há mais de 6 anos de métodos de “Procura de recompensas alternativas” e “Descarga emocional” (Quadro 48).

Os resultados deste estudo, proporcionam-nos uma melhor compreensão das relações entre *stress*, estratégias de *coping* e *QV*.

Torna-se evidente a importância de colocar as experiências subjectivas, emocionais e relacionais do doente no centro da atenção das práticas do técnico de saúde, contrastando com a perspectiva exclusivamente biomédica, em que os Cuidados de Saúde são organizados em torno da diabetes, enquanto processo exclusivamente fisiopatológico. Não se trata de dizer que esta perspectiva não seja importante, mas antes de enfatizar a importância de compreender a doença do ponto de vista do doente, e se queremos ter uma imagem mais completa do doente diabético, então a *QV* deverá ser avaliada.

Ajudar alguém para se confrontar com determinada situação clínica crónica, depende em grande parte do conhecimento acerca do confronto do doente. Por sua vez, esta propedêutica, depende da avaliação também subjectiva e emocional que o doente faz e do significado do acontecimento doença para o seu bem-estar, se se trata de uma ameaça ou um desafio.

A melhoria da *QV* dos diabéticos implica esforços no sentido de um adequado controlo metabólico a fim de evitar ou atrasar as complicações da doença, mas também um adequado ajustamento psico-social à situação, notando-se a importância dos sintomas depressivos no prognóstico e na adesão terapêutica, o que não poderá ser inteiramente conseguido, sem termos em conta a interacção permanente dos factores acima referidos.

A eventual propensão para a depressão nos doentes diabéticos não insulíndependentes, sugere que a saúde mental destes doentes deve ser monitorizada, pois independentemente do grau de doença física, a depressão é uma importante determinante da *QV*, surgindo assim directamente relacionada com a auto-avaliação da mesma, além de que esta pode afectar a evolução da própria doença, e como tal, influenciar o prognóstico.

A co-morbilidade da depressão emerge então como um tópico de considerável interesse a nível dos Cuidados de Saúde, salientando-se a importância da avaliação psico-social nestes doentes.

É difícil aceitar uma doença crónica que exige mudanças no estilo de vida, situação que é particularmente verdadeira no caso dos diabéticos, uma vez que estes doentes estão normalmente prevenidos da sua maior vulnerabilidade a complicações tardias e que a sua esperança de vida é habitualmente mais curta. A reacção pode variar desde a negação com a recusa de aceitar o tratamento, até uma excessiva preocupação com a doença, determinando uma consequente interferência na *QV*.

Stress, ansiedade e *coping* são aspectos constantes da vida diária e, a evidência, sugere que as estratégias ou estilos de *coping* têm um papel principal no bem-estar físico, psicológico e social da pessoa quando esta é confrontada com acontecimentos de vida negativos ou desencadeantes de *stress*.

O *coping* tem um papel importante na mediação de acontecimentos desencadeantes de *stress* e nos resultados, tais como mal-estar psicológico geral e queixas somáticas. *Coping* é então visto como um factor estabilizador e necessário que pode ajudar as pessoas a manter a adaptação psico-social, durante os períodos mais críticos da doença.

O *coping* de evitamento mostra-se a resposta escolhida para a situação ameaçadora de diabetes *mellitus* (avaliação primária), quando um indivíduo percebe as suas aptidões de *coping* face à doença como inadequadas (avaliação secundária).

CONCLUSÕES

Foram encontradas diferenças com significado estatístico em vários resultados, e deles é possível resumir algumas conclusões:

- 1 As diferenças percentuais de respostas “sim” dos diabéticos em relação aos indivíduos do grupo de controlo têm como característica comum o poderem reflectir alguns aspectos clínicos da Depressão.
- 2 Apesar de não ser possível confirmar sempre com diferenças estatisticamente significativas nos parâmetros avaliados, observa-se uma tendência para piores valores nos diabéticos para as dimensões de *QV* que se encontram mais relacionadas com os aspectos emocionais (“Energia”, “Reacções emocionais” e “Isolamento social”).
- 3 O factor sexo mostrou-se muito importante e altamente discriminativo quer na população diabética quer na população não diabética. O sexo feminino apresenta nos diabéticos, valores significativamente mais elevados para todas as dimensões de *QV* (pior *QV*) e também mais depressão. Nos não diabéticos estes resultados não alcançam significância estatística para as dimensões “Energia”, “Reacções emocionais” e “Isolamento social”; nem para a Depressão.
- 4 Tendo em conta o factor idade, no grupo mais jovem, os diabéticos apresentam uma *QV* significativamente pior em todas as dimensões estudadas, quando comparado com os não diabéticos.
- 5 Os indivíduos pertencentes a um estatuto sócio-económico mais baixo, têm valores significativamente piores em algumas dimensões de *QV* e mais altos para a Depressão independentemente de serem ou não diabéticos.
- 6 O factor “Outras doenças crónicas associadas” tem uma forte e positiva relação com o agravamento da *QV* e a Depressão para os doentes com maior número de doenças crónicas. A existência de exclusivamente de Diabetes *mellitus*, determina um significativo agravamento da *QV* nas dimensões “Energia” e “Mobilidade física” e também para a Depressão, quando em comparação com os indivíduos que não têm qualquer outra doença.

- 7 Não se encontram diferenças com expressão significativa entre diabéticos controlados e diabéticos não controlados no que se refere à *QV* e Depressão.
- 8 Os diabéticos evidenciam uma maior percentagem de utilização de mecanismos de *coping* de evitamento.
- 9 Os homens utilizam significativamente mais o mecanismo “Procura de recompensas alternativas” que as mulheres.
- 10 Não se encontram diferenças significativas na utilização de métodos de *coping* com a idade ou com o facto da Diabetes estar ou não controlada.
- 11 Um maior tempo de doença mostra alguma influência na utilização de métodos de *coping*: mais “Procura de recompensas alternativas” e mais “Descarga emocional”.
- 12 A “Procura de recompensas alternativas”, embora fundamentalmente categorizada como *coping* de evitamento, aproxima-se de algum modo do *coping* de confronto pela sua associação com um maior bem-estar psicológico geral (menor mal-estar emocional).
- 13 A Depressão está positiva e significativamente associada quer com o agravamento da *QV* quer com a utilização de “Descarga emocional” como método de *coping*.

Os resultados deste estudo, poderão ser utilizados pelos técnicos de saúde para planear programas individualizados de educação para a saúde em doentes diabéticos.

A descoberta dos mecanismos de *coping* deve ser um instrumento de trabalho de quem planifica ou presta cuidados ao doente crónico em geral e ao diabético em particular.

Se forem conhecidas as estratégias de *coping* do doente, o técnico de saúde poderá dar uma mais adequada informação, melhor enquadrada nas necessidades do doente, caminhando-se assim de encontro a um objectivo geral da Educação para a Saúde, que é o de aumentar o bem-estar psicológico geral e diminuir a incapacidade funcional; isto é, não só providenciar informação, mas englobar actividades com o propósito de assistir o doente na tomada de decisões acerca da sua saúde.

Compreender a experiência de viver com diabetes é um desafio para o técnico de saúde. Requer envolvimento empático com essa pessoa e a utilização de um leque de técnicas que permitam a expressão dos seus sentimentos e pensamentos acerca da doença e dos desafios que esta representa para ele.

A *QV* dos doentes diabéticos, é em parte, determinada pelas limitações funcionais que a doença acarreta, no entanto, estes factores não podem prever o total espectro da medida da *QV*. Os nossos resultados ilustram que *QV* e medidas psicológicas podem providenciar diferentes informações, os quais podem ser independentes da condição somática do doente com diabetes.

Efectivamente, os resultados poderão ser usados para permitir que os técnicos de saúde conheçam as estratégias que os diabéticos consideram efectivas para lidar com a sua situação, assim como para ter em conta o provável risco de usar excessivamente estilos de *coping* emotivos e evasivos; sendo, no entanto, importante realçar o carácter individual dos estilos de *coping*.

O modelo de compreensão causal mais apropriado para a relação entre *stress*, *coping* e saúde mental será o que tem em conta as relações recíprocas entre os múltiplos factores. Os nossos resultados, proporcionam a observação de um ciclo causal de reforço entre pior saúde mental e estratégias de *coping* maladaptativas. Assim, quanto maior o nível inicial de mal-estar psicológico geral e emocional e a maior gravidade da situação clínica, mais provavelmente os indivíduos usarão um *coping* maladaptativo, aumentando e potenciando deste modo o mal-estar emocional e, possivelmente, aumentando a possibilidade de pior prognóstico.

RESUMO

A tradicional forma de conceptualizar saúde e doença tem vindo a mostrar-se inadequada, surgindo no campo da saúde um crescente consenso acerca da necessidade de ter em conta nos Cuidados de Saúde os pontos de vista do doente, tendo como meta o atingimento de uma vida efectiva preservando o seu funcionamento e bem-estar. Cada vez mais se nos impõem conceitos como o de Qualidade de Vida (*QV*), sendo importante a sua avaliação.

Um diagnóstico de Diabetes *Mellitus* não insulino-dependente, como qualquer outra situação de doença crónica, desencadeia no indivíduo um grande número de mudanças a todos os níveis (bio-psico-social), implicando grandes ajustamentos do seu estilo de vida, e surgindo como uma ameaça ao bem-estar e portanto uma situação potencialmente geradora de *stress*. A avaliação cognitiva e as estratégias de *coping* têm aqui um papel preponderante, funcionando como factor estabilizador adjuvante na manutenção de uma adequada adaptação psicológica.

O presente estudo teve como objectivos principais: estudar a relação existente entre *QV* no diabético e num grupo de controlo; clarificar os mecanismos de *coping* utilizados pelo diabético face à doença; determinar a associação entre depressão e DMNID; e compreender a relação entre DMNID, depressão e *QV*.

A população-alvo, consistiu num grupo de diabéticos que frequentou o Centro de Saúde de Darque – Viana do Castelo em consulta de vigilância no período compreendido entre 2 /11/1989 e 31 /1/1999 ($n = 123$) e um grupo de controlo constituído por indivíduos não diabéticos que recorreram ao mesmo Centro, preferencialmente para consulta de rotina, recrutados de uma forma aleatória, independentemente da existência de outra patologia crónica ($n = 124$).

A recolha de informação baseou-se num questionário auto-preenchido abordando aspectos sócio-demográficos relativos à caracterização do grupo; num instrumento genérico de avaliação de *QV* (Perfil de Saúde de Nottingham) e uma escala de avaliação de sintomatologia depressiva (Inventário de Depressão de Beck). Os diabéticos tinham acrescidamente que preencher uma escala de avaliação de respostas de *coping* (Inventário de respostas de *Coping*).

Os resultados indicaram que os diabéticos têm piores níveis de *QV* do que o grupo de controlo para as dimensões “Energia”, “Mobilidade física”, “Reacções emocionais”, e “Isolamento social”, e maior sintomatologia depressiva. Em geral as mulheres mostraram piores índices psicométricos quer para a *QV* quer para a depressão que os homens, observando-se maiores diferenças nos diabéticos. No grupo de indivíduos mais jovem os diabéticos mostraram globalmente resultados significativamente piores. O estatuto sócio-económico mais baixo associou-se a pior *QV*, a maior depressão, assim como o maior número de doenças independentemente de serem ou não diabéticos. Os diabéticos utilizaram mais, no confronto psicológico, com a doença os métodos de *coping* de evitamento do que os de confronto positivo, não se observando diferenças significativas entre os diabéticos controlados e os não controlados. Os diabéticos com doença há mais de 6 anos evidenciaram uma maior utilização dos métodos de “Procura de recompensas alternativas” e “Evitamento cognitivo” do que os que têm a doença há menos tempo. A depressão associou-se positivamente ao um agravamento da *QV* e à utilização de *coping* de evitamento.

Concluimos destes resultados que, embora não seja possível confirmar com resultados em todos os itens estatisticamente significativos, os diabéticos apresentaram piores valores para as dimensões de *QV* e maiores níveis de sintomatologia depressiva, sendo os métodos de *coping* de evitamento os mais utilizados no confronto com a doença, sugerindo assim uma associação positiva entre depressão, *QV* e *coping* de evitamento nesta população de doentes crónicos.

ABSTRACT

The traditional concept of health and illness has come to prove itself inadequate. There has been a growing consensus that patients' needs should be observed in the field of health care, so that a patient may be able to lead as normal day to day life as possible within the constraints of his illness. We are constantly confronted with such concepts as Quality of Life (QoL), and these should be seriously observed.

A Mellitus diabetes, non dependent on insulin, (DMNID) diagnoses, as with any other chronic illness, sets off a large number of changes in the individual, at various levels (bio –psycho –social). This in turn can effect his way of life, presenting itself as a threat to his well-being and therefore as a possible source of stress. As such, cognitive evaluation and coping strategies take on a major role, functioning as stabilising factors, aiding in the maintenance of an appropriate psychological adaptation.

The main objectives of this research were: observe the existing relationship between QoL in the diabetic and the controlled group; clarify coping techniques used by diabetics to face their illness; determine the association between depression and DMNID; and, understand the relationship between DMNID, depression and QoL.

The target group was made up of a group of diabetic patients visiting the Darque – Viana do Castelo Health Centre for through check-ups, between the period of 2/11/1989 and 31/1/1999 (n=123) and a controlled group made up of non diabetic patients who visited the health centre at the same time, usually for routine check-ups. These were recruited randomly, independent of any other existing chronic pathology (n=124)

Data was collected by means of a questionnaire which was filled out by patients, regarding socio-demographic aspects related to the groups' characterisation; a generic QL assessment technique (Nottingham Health Profile) and an assessment scale of depressive symptomatology (Beck Depression Inventory). The diabetic patients had an additional assessment scale of coping responses to complete (CopingResponses Inventory).

The results indicated that diabetics have poorer levels of QoL than do those in the controlled group, for such aspects as "Energy", Physical mobility", Emotional Reactions" and "Social Isolation" and greater depressive symptomatology. Overall, women demonstrated worse psychometric levels for QoL, as well as for depression, than men did, and an even greater differences was registered within the diabetic group. Within the group of younger patients, the results were globally must worse for the diabetics. Lower socio-economic status associates itself with a poorer level of QoL, greater number of depressions as well as a higher number of illnesses independent of being diabetic or not. When dealing with the illness psychologically, diabetics will more often use such coping methods as avoidance than those with a positive confronting attitude. No significant differences were observed between the controlled and non controlled diabetics. The patients who had had diabetics for more than 6 years demonstrated a higher user rate of "Seeking alternative reawards" and "Cognitive avoidance" methods, than those who had diabetics for shorter periods of time. Depression is definitely associated to poorer levels of QoL and to the use of coping by avoidance.

Though it is not possible to confirm all of the items with statistically significant results, it was concluded that diabetics live within poorer levels of QoL, suffer higher incidence of depressive symptomatology, and use to a greater extent, methods of coping such as avoidance when dealing with the illness. Thus suggesting a definite relationship between depression, QoL and avoidance coping for this group of chronic patients.

BIBLIOGRAFIA

AARONSON, N. K.; ACQUADRO, C.; ALONSO, J.; BULLINGER, M.; BUNGAY, K.; FUKUARA, S.; GANDEK, B.; KELLER, S.; RAZAVI, D.; SANSON-FIHER, R.; SULLIVAN, M.; WOOD-DAUPHINE, S.; WAGNER, A; WARE JUNIOR, J. E.; - International quality of live assesement (IQOLA) project. *Quality of Live Research*, 1992 1., p. 349-351.

ALDWIN, C. M.; REVENSON, T. A. - Does coping help? A reexamination of the relation between coping and mental health. *Journal of Personality and Social Psycholog.*, Vol. 53, nº 2, (1987) p. 337-348

ALONSO, J., ANTÓ, J.M.; MORENO, C. - Spanish version of the Nottingham Health Profile: translation and preliminary validity. *American Journal of Public Health*. vol 80, nº 6, (1990), p. 704-708.

ALONSO, J.; PRIETO, L.; ANTÓ, J. M. - The spanish version of the Nottingham Health Profile: a review of adaptacion and instruments characteristics. *Quality of life research*, 1994, 3, p. 385-393.

ALONSO, P. R. - El estres y su afrontamiento, In: *Psicologia Medica* Madrid: McGraw Hill/Interamericana de España , 1996

AMATO, L.; PAOLISSO, G.; CACCIATORE, F.; FERRARA, N.; CANONICO, S.; RENGO, F.; VARRICHIO, M. - Non-insulino-dependent diabetes is associated with a grater prevalence of depression in the elderly. *The Observatorio Geriatrics of Compania Region Group. Diabetes and metabolism* 1996, 22 (5), p. 314-318

AMORIM, C.,(1995), tese da cidalia

BAILEY, B.J. - Mediators of depression in adults with diabetes. *Clinical Nursing Research* 1996, 5 (1), p. 28-42

BAYÉS, R. - Evaluacion de sapectos conductuales y biologicos en Psicologia de la Salud. In *Evaluacion conductual hoy. Un enfoque para el cambio en psicologia clinica y de la salud*. R. Fernandez-Ballesteros , p. 618-651

BECK, A .T.; STEER, R. A .; BROWN, G. K.; BDI - Manual psychological corporation. 1987

- BERZON, R.A. - Understanding and using health-related quality of life instruments within clinical research studies. In: *Quality of life assessments in clinical trials. Methods and practice*. New York: Oxford University Press, 1998, p. 3-15.
- BOLANDER, V. - *Enfermagem fundamental: uma abordagem psicofisiológica*. Lisboa: Lusodidacta, 1998
- BOWLING, A. - *La medida de la salud . revision de las escalas de medida de la calidad de vida*. Barcelona: Masson, 1994
- BOWLING, A. - Health-related quality of life : a discussion of the concept, its use and measurement. In: *Measuring disease*. Buckingham: Open University Press, 1998, p. 1-19
- BRANDÃO, I.; COELHO, R.; GEADA, J.D.; CARVALHO, D.; DOURADO, F.; FONSECA, A F. - Aspectos psicossociais da diabetes insulino-dependente. *Arquivos de Medicina*, 1989 3(1), p. 35-42
- BRANNON, L.; FEIST, J. - Living with Chronic illness. In: *Health Psychology*. 1997, p. 265 - 300
- BULLINGER, M.; ANDERSE, R.; CELLA, D.; AARONSON, N. - Developing and evaluating cross cultural instruments from minimum requirements to optimal models, *Quality of Live research* .1993, 2, p. 451-459
- CALLAGHAM, D.; WILLIAMS, A. - Living with diabetes: issues for nursing practice. *Journal of Advanced Nursing*, 1994, 20, p. 132 -139
- CANHÃO, A. ; SANTOS, Z. - Doença crónica. *Psiquiatria Clinica*, 1996, 17 (3) p. 181-88
- CANO PÉREZ, J. F.; MARTÍN ZURRO, A. - *Atención primário: conceptos, organización y práctica clínica*, 3ª. Barcelona: Mosby, 1994
- CAPITÁN, E. M. - La calidad de vida del enfermo neoplásico. In: *Tratado de medicina Paliativa y tratamiento de soporte en el enfermo com cancer*. Madrid: Editorial Panamericana, 1996, p. 68-73
- CLARK, M.J - The health education process In: *Nursing in the community*, 2ª ed. Connecticut: Apleton & Lang, 1996

COATS, V.E.; BOORE, J. R. P. - The influence of psychological factors on the self-management of insulin-dependent diabetes mellitus. *Journal of Advanced Nursing*, 1998, 27: 528 – 537

COELHO, R. - *Hipertensão arterial essencial: abordagem psicossomática de um modelo de desregulação*. Porto: FMUP, 1990. Dissertação de candidatura ao grau de doutor apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

COELHO, R.; RAMOS, E.; PRATA, J.; MACIEL, M. J.; BARROS, H.- Acute myocardial infarction: psychosocial and cardiovascular risk factors in men. *Journal of Cardiovascular Risk*. 1999, vol. 6, nº. 3

CORREIA, J. M. - Adulto diabético: o que ensinar. In: *Nursing*. Lisboa: 1996, ano 9 nº 97, p. 18 –20

COX, D. J.; GONDER-FREDERIC, H.; SAUNDERST, J.; Diabetes: clinical issues and management In *Handbook of clinical psychology in medical settings*. New York: Ed. Sweet, J. J., Rozensky, R. H. and Tovian, S. M. Plenum Press, 1991

CRUZ, J. F. A; BARBOSA, L. G. - *Stress ansiedade e confronto psicológico na competição desportiva: uma nova abordagem de natureza cognitiva, motivacional e relacional*. *Psicologia: teoria, investigação e prática*. Lisboa: 1989, nº. 3.

DOWNIE, R.S., TANNAHILL, C.; TANNAHILL, A. - *Health promotion: models and values*. New York: Oxford University Press, 1996

EBATA, A . T.; MOOS, R. H.; Coping and adjustment in distressed and healthy adolescents. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 1991, 12, 33 –54

ENDLER, N. S.; PARKER, J. D. A. (1990), Multidimensional assesment of coping: a critical evaluation. *Journal of Personality and Social Psychology*. vol 58, nº5:844-854

ESTEBAN, B.; MATEO, M. A .; IZQUIERDO, M.; MUNERA, J. - *Ciencias psicosociales aplicadas a la salud*. Madrid: McGraw - Hill, Interamericana de España, 1995

ESTEVE, M.; ROCA, J. - Calidad de vida relacionada com la salud: un nuevo parametro a tener en cuenta. *Med. Clin*. 1997, 108:458-459

FARQUHAR, M. - Definitions of quality of life: a taxonomy. *Journal of advanced nursing*. 1995, 22, p. 502-508.

FERNANDES, A . L. G.; OLIVEIRA, M. A . - *Avaliação da qualidade de vida na asma*. [s.l.]: [s.n.], 1998

FERREIRA, J. - Qualidade de vida em doentes com asma. *Arquivos de Medicina*, 1998, 12 (6): 371 – 373

FERRER, M.; ALONSO, J.; MORERA, J.; MARRADES, R. M.; KHALAT, A .; AGUAR, C.; PLAZA, V.; PRIETO, L.; ANTO, J. M. - Chronic obstructive pulmonary disease stage and health-related quality of life. *Annals of Internal Medicine*. 1997, 127 (12): 1072 – 79.

FOLKMAN, S.; LAZARUS, GRUEN, R.J.; DELONGIS, A.- Appraisal, coping, health status and psychological symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1986 b, vol 50 n° 3: 571-579

FOLKMAN, S.; LAZARUS, R.S.; DUNKEL-SCHETTER, C.; DELONGIS, A.; GRUEN, R.J. - Dynamics of a stressful encounter: cognitive appraisal, coping, and encounter outcomes. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1986, a) vol.50, n°5: 992-1003

FONTE, A; RODRIGUES, M. A - Suporte social e atitudes perante a doença: significado na manutenção de um tratamentoprolongado em doentes diabéticos. *Anais Portugueses de Saúde Mental*. 1991, vol. 7, tomo 1°

GENTILY, P.; MALDONATO, A.; SCALABRINO, A. M. - The influence of psychological factors on the patient's management of diabetes. Critical survey of psychodynamic models on personal management of diabetes. *Minerva psichiatrica* 1996: 37(2): 83-90

GOODNICK, P. J.; Diabetes mellitus and depression: issues in theory and treatment. *Psiquiatirc Annals*. 1997 27 (5): 353-59

GOODNICK, P. J.; HENRY, J. H.; BUKI, V. M. - Treatment of depression in patients with diabetes mellitus. *Journal of Clinical Psychiatry*, 1995, 56 (4): 128-36

GOODNICK, P. J.; KUMAR, A.; HENRY, J. H.; BUKI, V. M.; GOLDBERG, R. B. - Sertraline in coexisting major depression and diabetes mellitus. *Psychopharmacology Bulletin*, 1997, 33 (2): 261-4

GREY, M.; LIPMAN, T.; CAMERON, M.E.; THURBER, F.W. - Coping behaviors at

diagnosis and in adjustment one year later in children with diabetes. *Nursing Research*, 1997, 46(6): 312-317, 1997 Nov/Dez.

GUYAT, G. H.; JAESHKE, R. - Measurements in clinical trials: choosing the appropriate approach. In *Quality of life assessments in clinical trials*. New York: New York Raven Press: 1990. p 37-46.

HALLBOOK, O.; HASS, U.; WANSTROM, A.; SJODAHL, R. - Quality of Life measurement after rectal excision for cancer. Comparison between straight and colonic J- pouch anastomosis. *Scandinavian Journal of gastroenterology*. 1997, 32 (5):490 – 3.

HARTZ, C. - O que é a promoção da saúde? *Nursing*. 1994, nº 72, ano 6, p 17-19

HAYS, R. D., ALONSO, J. E COONS, S.J. - Possibilities for summarising health-related Quality of Life when using a profile instrument. In: *Quality of Life assessment in clinical trials*. Methods and practice New York: Oxford University Press, 1998, p. 143-153.

HILDING, M.B.; BACKBRO, B.; RYD, L. - Quality of Life after knee arthroplasty. A randomized study of 3 designs in 42 patients, compared after 4 years. *Acta Orthopaedic Scandinavica*. 1997, 68 (2): 156 – 60.

HOLAHAN, C.; MOOS, R. H.; Personal and contextual determinants of coping strategies. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1987, Vol. 52 Nº5: 946-955.

HOPKINS, A. - How might measures of quality of life be useful to me as a clinician? In: *Measures of the quality of life and the uses to which such measures may be put*. London: Ed. Anthony Hopkins, 1992

HUNT, S.; ALONSO, J.; BUCQUET, D.; NIRO, M.; WIKLIND, I.; MCKENNA, S. - The european group for health measurement and quality of life. *health policy*. 1991, p. 33 -34

HUREL, D.; LOIRAT, P.; SAULNIER, F.; NICOLAS, F.; BRIVET, F.; Quality of life after intensive care: results of a prospective multicenter study using a generic health status scale and a satisfaction scale. *Intensive Care Medicine*, 1997, 23 (3): 331 – 7.

JUSTICE, B., Stress, coping and health outcomes, In: *Stress management for chronic disease*. Pergamon press, 1988, p.14-29

KAPLAN, R.M.; ANDERSON, J. P.;GANIATS T.G.; The quality of well-being scale:

rationale for a single quality of life index. In: *Quality of life assesement: key issues in the 1990s*. UK: Kluwer Academic Publishers: 1993, p 65 -94.

KAPLAN, R.M.; Profile versus utility based measures of outcome for clinical trials. In: *Quality of life assesement in clinical trials: methods and practice*. New York : Oxford University Press, 1998

KEINANEN-KIUKAANNIEMI, S.; OHINMA, A; PAJUNPAA, H.; KOIVUNKAJAR, P.- Health related quality of life in diabetic patients mesured by the Nottingham Health Profile. *Diabetic Medicine*, 1996 13:382-8.

KOHEN, D.; BURGESS, A . P.; CATALAN, J.; LANT, A . - The role of anxiety and depression. In: *Quality of life and simptom reporting in people with diabetes mellitus. Quality of life research*. 1998, 7 (3): 197 – 204

KOVACS, M.; OBROSKY, D.S.; GOLLDSTON, D.; DRASH, A ., Major depressive disorder in youths with IDDM. A controlled prospective study of course and outcome. *Diabetes care*, 1995, 20(1): 45-51

LANGEWITS, W.; WOSSMEN, B.; ISELI, J.; BERGER, W. - Psychological and metabolic improvement after na outpatient teaching program for functional intensified insulin therapy. *Diabetes research and clinical practice*, 1997; 37(3) 157-64

LARREA, C.; PLANA, M. - Antropologia y educacion para la salud. *Revista ROL de Enfermaria* , 1993, nº 179-180, p. 65-69

LASH, S. - Convicções e comportamento na educação da saúde. *Nursing*, 1990, nº24, Jan 90 – Ano 2 p. 46-47

LATAACK, J.C. - Coping with job stress: measures and future directions for scale developement. *Journal of applied Psychology*, 1986, Vol 71, nº 3 ,377-385

LAZARUS, R.S.,- Coping with the stress of illness. *WHO Regional Publications. Europeans Series*, 1992, 44: 11-31

LEAH A. Gabriel – Diabetes: nuevas causas y classificaciones. In: *Diabetes: cuidados y control*. Barcelona: Doyma, 1987

LEWIS, J. A .; SPERRY, L.; CARLSO, J. - Health counseling, brooks. California: Cle Publishing Company, 1993

LÓPEZ, J.A.F., MEJIA, R.H. E ESPINAR, A . C. - La calidad de vida: un tema de investigacion necessário (y II). Validez y beneficios. *Medicina Integral*, 1996, vol. 27 nº3 : 116-121

LÓPEZ, J.A.F., MEJIA, R.H. E ESPINAR, A.C. - La calidad de vida: Un tema de investigacion necessário. Concepto y método (I). *Medicina Integral*, 1996, vol. 27 nº 2: 75-78.

LUKKRINEN, H.; HENTINEN, M.; Assesment of Quality of life with the Nottingham Health Profile among patients with coronary heart disease. *Journal of Advanced Nursing*, 1997, 26: 73-84

LUSTMAN, P. J.; CLOUSE, R. E.; GRIFFITH, L. S.; CARNEY, R. M.; FREEDLAND, K. E. - Screening for depression in diabetes using the Beck Depression Inventory. *Psychosomatic medicine*, 1997, 59(1): 24-31

LUSTMAN, P. J.; GRIFFITH, L. S.; CLOUSE, R. E.; FREEDLAND, K.E.; EISEN, S. A.; RUBIN, E. H.; CARNEY, R. M.; MCGILL, J. B. - Effects of nortriptyline on depression and glycemc control in diabetics: results of a double-blind, placebo-controlled trial. *Psychosomatic Medicine*, 1997, 59 (3): 241-50

MACHADO, R.; LIMA, M. L. - Ameaça de desemprego – stress e estratégias de coping em diferentes culturas organizacionais: um estudo no sector bancário. *Psicologia*, 1998, vol XII (1): 63-84

MARQUES, A .R.; SANTOS, G.; FIRMINO, H.; SANTOS, Z.; VALE, L.; ABRANTES. P.; BARATA, P.; MONIZ, M.; AMARAL, A P.; GALVÃO, M. J.; CLEMENTE. V.; PISSARRA, A; ALBUQUERQUE, E.; GOMES, A . A .; MORAIS, I. - Reações emocionais à doença grave: como lidar. *Psiquiatria clinica*. Coimbra: 1991

MCSWENY, A.J. e LABUHN, K. - Chronic obstructive pulmonary disease. In: *Quality of life assessments in clinical trials*. New York: Raven Press, 1990, p 391-417

MENDES, A.C. - Stress, estratégias de lidar com o stress e imunidade. *Referencia*, 1998, nº 1, Set.

MIRALDA, G. P., BROTONS, C., CASCANT, P., MORAL, I., ALONSO, J.; SOLER, J. - Valoracion de la calidad de vida relacionada com la salud a los dos años de la

cirurgia coronária. *Med. Clin. Barcelona*, 1997, 108: 446-451

MIYAOKA, Y.; MIYAOKA, H.; MOTONIYA, T.; KITAMURA, S.; ASAI, M. - Impact of sociodemographic and diabetes-related characteristics on depressive state among non-insulin-dependent diabetic patients. *Psychiatry & Clinical neurociences*, 1997, 51 (4) 203-6

MOOS, R. H. - Coping with health crises. In *Handbook of clinical health psychology* New York: Ed. Theodore Millon, 1982, p.129-151

MOOS, R. H. - *Coping responses inventory: CRI – adult form – professional manual*. Flórida: Psychological Assessement Resources, 1993

MOOS, R. H.; SCHAEFER, J. A - The crisis of phisical illness. An overview and conceptual approach. In: *Coping with phisical illness*. New York: Ed. Rudolf H. Moos,1984

NORO, A .; ARO, S. - Health-related quality of life among the least dependent institutional elderly compared with the non-institutional elderly population. *Quality of Life research* , 1996, 5: 355 – 66.

O'NEILL, C.; NORMAND, C.; CUPPLES, M.; Mcknight, A . - A comparision of three measures of perceived distress: results from a study of angina patients in general practice in Northern Ireland. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 1996, 50: 202–6.

OLIVEIRA, C. M.J. - O stress e o coping: e a formação em enfermagem. *Servir*, 1998, vol.46 nº 6: 288-296

OMS – *As metas da saúde para todos: metas da estratégia regional europeia da saúde para todos*. Genève: OMS, 1985

OMS - *Carta de Otawa para a promoção da Saúde*. Lisboa: [s.n.], 1987

OMS - *Concepts and principles of health promotion*. Copenhagen: WHO, 1984

OMS – *Rapport sur la santé dans le monde 1998: la vie au 21^a. Siècle. Une perspective pour tous*. Genève: OMS, 1998

OMS. Grupo de Consenso Europeu da Diabetes Mellitus Insulino-Dependente – *Orientações de consenso para o controlo da diabetes mellitus insulino-dependente (tipo*

I). Genève: OMS, 1993

OSOBA, D. - Measuring the effect of cancer on quality of life. In: *Effect of cancer in quality of life*. Florida: CRC Press, 1991, p 25-40

PEYROT, M.; RUBIN, R. R. - Levels and risks of depression and anxiety simtomatology among diabet adults. *Diabetes Care* 1997 20 (40): 585-90.

POLIT, D. F. - *Investigacion cientifica en ciencias de la salud*, 5ª ed. Mexico: McGraw-Hill-Interamericana, 1997

PORTUGAL. Direcção-Geral da Saúde – *Programa de controlo da diabetes mellitus*. Lisboa: DGS, 1995

PORTUGAL: Sub-Região de Saúde de Viana do Castelo – *Sistema local de saúde. Saúde 98*. Viana do Castelo: Sub. Região de Saúde, 1998

PRICE, B. - Illness carers: the chronic illness experience. *Journal of Advanced Nursing*, 1996, p. 275-279

PRIETO, J. M.; SAEZ, R.; CARRERAS, E.; ATALA, J.; SIERRA, J.; ROVIRA, M.; BATLE, M.; BLANCH, J.; ESCOBAR, R.; VIETA, E.; GOMEZ, E.; ROZMAN, C.; CIRERA, E. - Physical and psychosocial functionig of 117 survivors of bone marrow transplantation. *Bone Marrow Transplatation*, 1996, 17: 1133 – 42.

PRIETO, L.; ALONSO, J.; FERRER, M; ANTO, J.M.; -Are results of the SF 36 Health Survey and the Nottingham Health Profile similar? A comparision in COPD patients. Quality of Life in COPD study group. *Journal of Clinical Epidemiology*, 1997, 50 (4):463 – 73

RAJALA, U; KEINANEN-KINKAANNIEMI, S.; KIVELA, S. L. - Non insulin-dependent diabetes mellitus and depression in a midle-aged Finnish population. *Social Psyqiatric Epidemiology*. 1997, 32 (6): 363-7

RAY, L.; LINDOP, J.; GIBSON, S. - The concept of coping *.Psicological Medicine*, Great Britain: 1982, 12: 385-395,

RIBEIRO, J. P. L. - A promoção da saúde e da qualidade de vida em pessoas com doenças crónicas In: *Actas - 2º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde*. Braga: Ed. José Luís Pais Ribeiro, 1997, p. 253 – 282

RIBEIRO, J.L.P. - A importância da qualidade de vida para a psicologia da saúde. *Análise psicológica*. Lisboa: 1994, 2-3 (XII) p 179-191

RIBEIRO, J.L.P. - Psicologia da saúde, saúde e doença. In *Psicologia da saúde: áreas de intervenção e perspectivas futuras*. Braga:1994. p 33-55.

RICKENBACHER, P.R.; LEWIS, N.P.; VALANTINE, H.A. ; LUIKART, H.; STINSON, E.B.; HUNT, S. - Heart transplantation in patients over 54 years of age. Mortality, morbidity and Quality of Life. *European Heart Journal*, 1997 18(5): 870 – 8.

RODRIGUEZ-MARIN, J. - Evaluacion en prevencion y promocion de la salud. In: *Evaluacion conductual hoy. Un enfoque para el cambio en psicologia clinica y de la salud* (R. Fernandez-Ballesteros Ed.), 1994, p. 652-712.

SCHIPPER, H.; CHINCH, J.; POWELL, V. - Definitions and conceptual issues. In: *Quality of life assessments in clinical trials* . New York: B. Spilker Ed., 1990, p. 11-24

SCHONFELD, W. H.; VERBONCOEUR, C. J.; FIFER, S. K.; LIPSCHUTZ, R. C.; LUBECK, D. P.; BUESCHING, D. P. - The functioning and well-being of patients with unrecognized anxiety disorders and major depressive disorder. *Journal of Affective Disorders*. 1997, 43 (2): 105 – 19

SCHUMAKER, S.; ANDERSEN, R.; CZAJKOWSKI, S - Psychological test and scales. In: *Quality of life assessments in clinical trials*. New York: Raven Press, 1990, p. 95-113

SELYE, H.; Evolucion histórica del concepto de stress. In: *Stress: grandes especialistas responden*. Madrid: Ediciones Mensajero, 1987 p. 13-16.

SPIPKER, B. - Introducion. In: *Quality of life assessments in clinical trials*. New York: Raven Press, 1991, p. 3-9

STENSTROM, C. H.; ARGE, B.; SUNDBOM, A. - Home exercise and compliance in Inflammatory Rheumatic diseases: a prospective clinical trial. *The Journal of Rheumatology*. 1997, 24 (2), p. 470 – 76.

SWANSON, J.M - Community health education. In: *Community health nursing : promoting the health of aggregates*, 2º ed. Philadelphia: W. B. Saunders Company, 1997

SWEET, J. J. - *Handbook of clinical psychology in medical settings*. New York: S. M.

Plenum Press, 1991

TORRENS, M.; SAN, L.; CASTILHO MARTINEZ, A; C.; DOMINGO-SALVANY, A; ALONSO, J. - Use of Nottingham Health Profile for measuring health status of patients in methadone maintenance treatment. *Addiction*, 1992 (6), p. 707 – 16.

VANDENPLAS-HOLPER, C. - Le development psychologique à l'age adulte e pendant la vieillesse. In: *Crise, adaptation et contrôle au curs de la vie*. Paris: Presss Universitaires de France, 1998, p. 163 – 175

VEENHOVEN, R. - Questions on hapiness: classical topics, modern answers, blind spots. In: *Subjective well-being: an interdisciplinary perspective*. London: Ed. Fritz Strack, Michael Argyle and Norbert Schwarz, 1991, p 7 –26

VIINAMAKI, H.; NISKANEN, L.; UUSITUPA, M. - Mental well-being in people withnon-insulin-dependent diabetes. *Acta Psychiatric Scandinavica*, 1992 (5):392-397

WARE, J. E. - Measuring functioning, well-being, and other generic health concepts. In *Effect of cancer on quality of life*. Florida: CRC Press, 1991, p. 7-23

WHO - *Official records of the World Health Organization*. Geneve :World Health Organization Interin Comission, 1948

WHYNES, D.K.; NEILSON, A . R. - , Syntoms before and after surgery for colorectal cancer. *Quality of Life Sesearc*. 1997, 6 (1): 61 – 6.

WILKING, D.; HALLAM, L.; DODGETT, M. A. - *Measures of need and outcome for primary health care*. Oxford: Oxford University Press, 1993, p. 20 - 40.

Ex. mo(o) Sr.(a)

Pretendo levar a cabo um trabalho de avaliação da Qualidade de Vida e adaptação à sua situação de doença crónica (Diabetes).

Este questionário foi elaborado por forma a ajudar-nos a saber mais sobre os seus problemas e como estes afectam a sua vida. Pretendemos saber que aspectos da sua doença, lhe causam problemas.

Este questionário constitui um instrumento muito importante na recolha de informação para o trabalho que pretendo levar a efeito, dependendo das vossas respostas a qualidade dos resultados. Solicito, deste modo, o seu preenchimento na totalidade, garantindo desde já que todas as informações são absolutamente confidenciais.

Muito grata pela sua preciosa colaboração:

I

1 – Idade: _____ Anos

2 – Sexo: Feminino
 Masculino

3 – Estado Civil:

Solteiro Separado/Divorciado
Casado Viuvo
União marital Outro: _____

4 – Escolaridade:

Até à 4º Classe Entre o 10º e 12º Ano
Entre 5º e 9º Ano Superior ao 12º Ano

5 – Profissão: _____

6 – Situação profissional:

Activo (empregado)
Desempregado
Reformado (idade normal)
Reformado (antecipadamente)
Outro: _____

7 – Fonte básica de Rendimentos:

Trabalho profissional (mensal fixo)
Depende de rendimento de marido (esposa)
Assalariado (hora, semana, jornal)
Pensão
Assistência Social
Outros: _____

8 – Qual o número de pessoas que habitam a casa? _____

9 – Quantas assoalhadas tem a casa (nº de quartos mais a sala) ? _____

II

1 – Há quanto tempo sabe da sua doença? _____ Anos

2 – Qual o tratamento que faz:

Dieta Insulina
Comprimidos Outro Qual? _____

3 – Quando controla os valores da glicose no sangue:

Diariamente Semanalmente
Quinzenalmente Mensalmente
Outros Qual? _____

4 – Tem o controlo analítico normal:

Nunca Às vezes
Quase sempre Sempre

5 – Outras doenças crónicas associadas:

Respiratórias Reumáticas
Cardiovasculares Dermatológicas
Neurológicas Nenhuma
Outros Qual? _____

6 – Pratica exercício físico regularmente:

Nunca
Ocasionalmente
Semanalmente
Duas vezes por semana
Mais de duas vezes por semana

7 – Tabaco:

Não fuma
Fuma menos de 5 cigarros / dia
Fuma entre 5 e 15 cigarros / dia
Fuma mais de 15 cigarros / dia

INFORMAÇÃO COMPLEMENTAR

1 – Atingimento de funções alvo:

		Sim	Não
Visão:			
	Diminuição da acuidade visual relacionada com a diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Função renal:			
	Alteração dos níveis séricos de creatinina nos últimos exames analíticos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sistema nervoso:			
	Com alterações sensório motoras (extremidades)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Perda de controlo da bexiga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Alteração da função sexual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Alterações tracto gastro intestinais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Outra (qual?) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vascular:			
	Pequenas lesões por alteração da pele ou gangrena	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Sinais de oclusão de grandes vasos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Doença cérebro vascular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Doença coronária (angina de peito)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Outra _____

2 – Doseamento de hemoglobina glicosilada _____ em _____

PERFIL DE SAÚDE NOTTINGHAM

© Hunt, McKenna & McEwen 1980

© Versão portuguesa, Centro de Estudos e Investigação em Saúde 1997

A LISTA QUE SE SEGUE APRESENTA ALGUNS PROBLEMAS QUE AS PESSOAS PODEM TER NO SEU DIA A DIA.

LEIA COM ATENÇÃO ESTA LISTA E COLOQUE UMA CRUZ NO QUADRADO POR BAIXO DE SIM SE TIVER ESSE PROBLEMA E POR BAIXO DO NÃO SE NÃO O TIVER

POR FAVOR RESPONDA A TODAS AS PERGUNTAS. SE TIVER DÚVIDAS ENTRE O SIM E O NÃO, COLOQUE A CRUZ NA RESPOSTA QUE NESTE MOMENTO SE APLICAR AO SEU CASO.

	SIM	NÃO
Eu estou sempre cansado/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tenho dores durante a noite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tudo me desanima	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	SIM	NÃO
Tenho dores insuportáveis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tomo comprimidos para dormir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Já nem sei o que é sentir-me bem com a vida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	SIM	NÃO
Sinto-me nervoso/a, tenso/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tenho dores quando mudo de posição	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sinto-me só	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	SIM	NÃO
Só consigo caminhar dentro de casa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tenho dificuldades em baixar-me	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tudo me custa fazer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	SIM	NÃO
Acordo muito cedo e tenho dificuldades em voltar a adormecer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Não consigo mesmo andar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Custa-me estar com outras pessoas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	SIM	NÃO
Os dias parece que nunca mais acabam	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tenho dificuldades em subir ou descer escadas ou degraus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tenho dificuldades em chegar às coisas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	SIM	NÃO
Tenho dores ao andar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ultimamente perco a paciência com facilidade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sinto que não posso contar com ninguém	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	SIM	NÃO
Passo a maior parte da noite acordado/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sinto que estou a perder o controlo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tenho dores quando estou em pé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	SIM	NÃO
Tenho dificuldades em vestir-me	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estou a ficar sem forças	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tenho dificuldades em estar de pé durante muito tempo (por exemplo em frente ao lava loiça ou à espera do autocarro)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	SIM	NÃO
As dores não me largam	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Levo muito tempo a adormecer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sinto que sou um peso para as outras pessoas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

LEMBRE-SE QUE SE TIVER DÚVIDAS ENTRE O SIM E O NÃO, DEVE COLOCAR A CRUZ NA RESPOSTA QUE SE APLICAR MELHOR AO SEU CASO NESTE MOMENTO.

	SIM	NÃO
As preocupações não me deixam dormir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sinto que não vale a pena viver	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Durmo mal de noite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	SIM	NÃO
Tem sido difícil dar-me com as pessoas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Preciso de ajuda para andar quando estou fora de casa (exemplo: uma bengala ou o braço de alguém)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	SIM	NÃO
Tenho dores ao subir ou descer escadas ou degraus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sinto-me deprimido/a ao acordar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tenho dores quando estou sentado/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

AGORA, POR FAVOR VOLTE AO PRINCÍPIO E VERIFIQUE SE RESPONDEU “SIM” OU “NÃO” A TODAS AS QUESTÕES.

AGRADECEMOS A SUA COLABORAÇÃO

QUESTIONÁRIO 1

Instruções

As perguntas que se seguem, em cada um dos grupos, relacionam-se com a maneira como actua ou sente. Assinale, por favor, a frase que melhor se aplica a si próprio(a), com uma cruz (+) no quadrado respectivo, em cada um dos grupos

A -

- Não me sinto triste
- Ando “neura “ ou triste
- Sinto-me “neura” e triste todo o tempo e não consigo evitá-lo
- Estou triste ou infeliz que isso se torna penoso para mim
- Sinto-me tão triste ou infeliz que não consigo mais suportar

B -

- Não estou demasiado pessimista nem me sinto desencorajado(a) em relação ao futuro
- Sinto-me com medo do futuro
- Sinto que não tenho nada a esperar do que surja no futuro
- Creio que nunca conseguirei resolver os meus problemas
- Não tenho qualquer esperança no futuro e penso que a minha situação não pode melhorar

C -

- Não tenho a sensação de ter fracassado
- Sinto que tive mais fracassos que a maioria das pessoas
- Sinto que realizei muito pouca coisa que tivesse valor ou significado
- Quando assinalo a minha vida passada, tudo o que noto são uma quantidade de fracassos
- Sinto-me completamente falhado(a) como pessoa (pai, mãe, marido, esposa)

D -

- Não me sinto descontente com nada em especial
- Sinto-me aborrecido(a) a maior parte do tempo
- Não obtenho satisfação com as coisas que me alegravam antigamente
- Nunca mais consigo obter seja o que for
- Sinto-me descontente com tudo

E -

- Não me sinto culpado(a) de nada em particular
- Sinto, grande parte do tempo, que não “presto” ou que não tenho qualquer valor
- Sinto-me bastante culpado(a)
- Agora sinto permanentemente que “não presto” ou que não tenho qualquer valor
- Considero que sou muito falhado(a) e não valho absolutamente nada

F -

- Não sinto que esteja a ser vítima de algum castigo
- Tenho o pressentimento de que me possa acontecer alguma coisa de mal
- Sinto que estou a ser castigado(a) ou que em breve serei castigado(a)
- Sinto que mereço ser castigado(a)
- Quero ser castigado(a)

G -

- Não me sinto descontente comigo
- Estou desiludido(a) comigo mesmo(a)
- Não gosto de mim
- Estou bastante desgostoso(a) comigo
- Odeio-me

H -

- Não sinto que seja pior que qualquer outra pessoa
- Critico-me a mim mesmo(a) pelas minhas fraquezas ou erros
- Culpo-me das minhas próprias faltas
- Acuso-me por tudo de mal que me acontece

I -

- Não tenho quaisquer ideias de fazer mal a mim mesmo(a)
- Tenho ideias de pôr termo à vida, mas não sou capaz de as concretizar
- Sinto que seria melhor morrer
- Creio que seria melhor para a minha família se eu morresse
- Tenho planos concretos sobre a forma como hei-de pôr termo à minha vida
- Matar-me-ia se tivesse oportunidade

J -

- Actualmente não choro mais do que costumava
- Choro agora mais do que costumava
- Actualmente passo o tempo a chorar e não consigo parar de fazê-lo
- Costumava ser capaz de chorar, mas agora nem sequer consigo, quando tenho vontade disso

K -

- Não ando agora mais irritado(a) do que costumava
- Fico aborrecido(a) ou irritado(a) mais facilmente do que costumava
- Sinto-me permanentemente irritado(a)
- Já não consigo ficar irritado(a) por coisas que me irritavam anteriormente

L -

- Não perdi o interesse que tinha nas outras pessoas
- Actualmente sinto menos interesse pelos outros do que costumava ter
- Perdi quase todo o interesse pelas outras pessoas, sentindo pouca simpatia por elas
- Perdi por completo o interesse pelas outras pessoas, não me importando absolutamente nada a seu respeito

M -

- Sou capaz de tomar decisões tão bem como antigamente
- Actualmente sinto-me menos seguro(a) de mim mesmo(a) e procuro evitar tomar decisões
- Não sou capaz de tomar decisões sem ajuda de outras pessoas
- Sinto-me completamente incapaz de tomar qualquer decisão

N -

- Não acho que tenha pior aspecto do que costumava
- Estou aborrecido porque estou a “parecer velho(a)” ou pouco atraente
- Sinto que se deram modificações permanentes na minha aparência que me tornara pouco atraente
- Sinto que sou feio(a) ou que tenho um aspecto repulsivo

O -

- Sou capaz de trabalhar tão bem como antigamente
- Agora preciso de um esforço maior do que dantes para começar a trabalhar
- Não consigo trabalhar tão bem como costumava
- Tenho de dispendir um grande esforço para fazer seja o que for
- Sinto-me incapaz de realizar qualquer trabalho, por mais pequeno que seja

P -

- Consigo dormir tão bem como dantes
- Acordo mais cansado(a) de manhã do que era habitual
- Acordo cerca de 1 – 2 horas mais cedo do que o costume, e custa-me voltar a adormecer
- Acordo todos os dias mais cedo do que o costume e não durmo mais do que cinco horas

Q -

- Não me sinto mais cansado(a) do que é habitual
- Fico cansado(a) com mais facilidade que antigamente
- Fico cansado(a) quando faço seja o que for
- Sinto-me tão cansado(a) que sou incapaz de fazer o que quer que seja

R -

- O meu apetite é o mesmo de sempre
- O meu apetite é tão bom como costumava ser
- Actualmente o meu apetite está muito pior do que anteriormente
- Perdi por completo todo o apetite que tinha

S -

- Não tenho perdido muito peso, se é que ultimamente perdi algum
- Perdi mais de 2,5 quilogramas de peso
- Perdi mais de 5 quilogramas de peso
- Perdi mais de 7,5 quilogramas de peso

T -

- A minha saúde não me preocupa mais que o habitual
- Sinto-me preocupado(a) com dores e sofrimentos, ou má disposição do estômago ou prisão de ventre, ou ainda outras sensações físicas desagradáveis, no meu corpo
- Estou tão preocupado(a) com a maneira como me sinto ou com aquilo que sinto, que se me torna difícil pensar noutra coisa
- Encontro-me totalmente preocupado(a) pela maneira como me sinto

U -

- Não notei qualquer mudança recente no meu interesse pela vida sexual
- Encontro-me menos interessado(a) pela vida sexual do que costumava estar
- Actualmente sinto-me muito menos interessado(a) pela vida sexual
- Perdi completamente o interesse que tinha pela vida sexual

POR FAVOR, VERIFIQUE SE RESPONDEU A TODAS AS PERGUNTAS

INVENTÁRIO DE RESPOSTAS DE COPING (CRI-A)

(Moos, 1993)

Pense na sua situação, tentando centrar a atenção na sua doença, a diabetes.

Responda agora a algumas perguntas sobre o problema referido, assinalando o que lhe parecer mais apropriado:

- Definitivo Não
- Na Maioria Não
- Na Maioria Sim
- Definitivo Sim

	Definitivo Não	Na Maioria Não	Na Maioria Sim	Definitivo sim
1 Já alguma vez tinha enfrentado um problema do mesmo género?				
2 Sabia que esse problema ia acontecer?				
3 Teve tempo de se preparar para resolver esse problema?				
4 Quando esse problema surgiu, pensou nele como uma ameaça?				
5 Quando esse problema surgiu, pensou nele como um desafio?				
6 Esse problema foi provocado por algo que tenha feito?				
7 Esse problema foi provocado por algo que alguém tenha feito?				
8 Aproveitou algo de bom na resolução desse problema?				
9 O problema ou situação ficou resolvido?				
10 Se o problema ficou resolvido, saiu-se bem nessa resolução?				

INVENTÁRIO DE RESPOSTAS DE COPING – Parte 2

Leia cuidadosamente cada pergunta e indique o quanto empenhou o comportamento que nela se descreve, para lidar com o problema que acabou de referir na 1ª parte.

Em cada questão, assinale a resposta que lhe parece mais apropriada:

- Não
- Por vezes
- Muitas vezes
- Quase sempre

Por favor não se esqueça de assinalar todas as suas respostas. Responda o mais exactamente possível. Este questionário é estritamente confidencial. Se desejar não responder a alguma questão, assinale com um círculo o número da pergunta para indicar que passou à frente.

		Não	Por vezes	Muitas vezes	Quase sempre
1	Pensou em diferentes formas de lidar com o problema?				
2	Dizia para si mesmo(a) palavras que ajudassem a sentir-se melhor?				
3	Falou com o seu conjugue ou familiar próximo sobre o problema?				
4	Elaborou um plano de acção e seguiu-o?				
5	Tentou esquecer tudo?				
6	Sentiu que o tempo era o melhor remédio – a única coisa a fazer era esperar?				
7	Tentou ajudar outras pessoas com um problema semelhante?				
8	Descarregou sobre outras pessoas quando se sentia zangado(a) ou deprimido(a)?				
9	Tentou distanciar-se da situação e ser mais objectivo(a)?				
10	Pensava para si mesmo(a) que as coisas podiam ser muito pior?				
11	Conversou com uma pessoa amiga sobre o problema?				
12	Sabia o que havia a fazer e esforçou-se para que tudo resultasse?				
13	Tentou não pensar no problema?				
14	Sentiu que não tinha controlo sobre o problema?				
15	Envolveu-se em novas actividades?				
16	Arriscou-se e fez uma coisa que podia ser perigosa?				
17	Reflectiu cuidadosamente no que iria fazer ou dizer?				
18	Tentou ver o lado positivo da situação?				
19	Falou com algum profissional (por ex. um médico, advogado ou padre)?				
20	Decidiu o que queria e esforçou-se para o conseguir?				

(Continuação)

		Não	Por vezes	Muitas vezes	Quase sempre
21	Imaginou-se ou sonhou com uma vida melhor do que aquela que tem?				
22	Pensou que seria a sorte (ou o destino) a decidir o resultado?				
23	Tentou fazer novas amizades?				
24	Afastou-se das pessoas em geral?				
25	Tentou prever como seria o resultado final?				
26	Achou que poderia sair-se melhor do que outras pessoas com um problema semelhante?				
27	Pediu ajuda a outras pessoas com o mesmo tipo de problema?				
28	Tentou pelo menos duas maneiras diferentes para resolver esse problema?				
29	Tentou deixar de pensar no problema, mesmo sabendo que a determinada altura teria de o fazer?				
30	Conformou-se; não podia fazer mais nada?				
31	Lia com mais frequência como forma de se distrair?				
32	Gritava ou falava alto para poder descarregar as energias?				
33	Tentou encontrar um significado pessoal na situação?				
34	Tentou dizer para si mesmo(a) que as coisas iam melhorar?				
35	Tentou descobrir mais sobre a situação?				
36	Tentou aprender a fazer mais coisas pelos seus próprios meios?				
37	Desejou que o problema desaparecesse ou acabasse de alguma maneira?				
38	Esperava o pior resultado possível?				
39	Passou mais tempo em actividades recreativas para se distrair?				
40	Chorou para desabafar?				
41	Tentou calcular o que lhe poderia ser exigido?				
42	Pensou em como este acontecimento poderia mudar a sua vida de um modo positivo?				
43	Rezou para que alcançasse uma orientação e/ou lhe desse forças?				
44	Fazia as coisas dia após dia, um passo de cada vez?				
45	Tentou negar a gravidade do problema?				
46	Pensou que as coisas nunca voltariam a ser como antes?				
47	Regressou ao trabalho ou a outras actividades, para ajudar a ultrapassar a situação?				
48	Fez algo que pensava que não iria resultar, Mas ao menos estava a fazer alguma coisa?				