



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR
Ciências Sociais e Humanas

Perceção da Qualidade de Vida e Avaliação de Sintomas Psicopatológicos numa Amostra de Pessoas com Diabetes

Patrícia Manuela Ferreira Monteiro

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

Orientador: Prof. Doutora Paula Saraiva Carvalho

Covilhã, Junho de 2017

Dedicatória

Dedico este trabalho à memória da minha avó, a quem agradeço, eternamente, o que sou hoje e pelo exemplo de sabedoria e humildade, e por todo o amor, ternura e dedicação que sempre me dedicou.

*“Quando não souberes para onde ir,
olha para trás e sabe pelo menos de onde vens”*

(Provérbio Africano)

Agradecimentos

Ao finalizar este percurso tão importante na minha vida queria expressar o meu sincero agradecimento a todos aqueles que estiveram presentes e apoiaram-me nesta caminhada e que, direta ou indiretamente tornaram possível a realização deste projeto.

Assim agradeço à minha orientadora Professora Doutora Paula Carvalho, pelo seu acompanhamento e orientação dada na elaboração deste projeto.

Agradeço também à instituição onde foi possível realizar este projeto que sempre me recebeu bem e pronta a colaborar, o Centro Hospitalar de São João, no Porto.

Um obrigado à minha família e, em especial aos meus pais, Manuel e Maria, pelo que sou e por todo o incentivo, ao meu irmão e aos meus avós que sempre estiveram presentes, estimularam-me e apoiaram-me neste percurso de crescimento pessoal e profissional.

E por último, um agradecimento a todos os meus amigos, porque sem eles nada teria sido possível. Obrigada por todas as palavras de apreço, pela amizade e pelo apoio.

A todos o meu muito OBRIGADO!

Resumo

Introdução: A Diabetes Mellitus é uma condição crónica presente ao longo da vida, de várias pessoas, que impõe exigências em vários aspetos do quotidiano. Atinge mais de 415 milhões de pessoas em todo o mundo, sendo considerado atualmente uma epidemia. Viver com diabetes é complexo, as principais medidas terapêuticas centram-se no autocuidado e muitas das vezes são necessárias mudanças no estilo de vida, com o objetivo de melhorar a sua qualidade de vida. Assim, a DM é uma doença exigente quer a nível emocional quer cognitivo, o que coloca o doente em risco de desenvolver uma variedade de condições psicológicas. Os transtornos psicológicos mais frequentemente referidos na literatura, relacionados com a diabetes são a ansiedade e a depressão.

Objetivo: Avaliar o nível de qualidade de vida e a presença de sintomas psicopatológicos em doentes com diagnóstico de diabetes que são acompanhados no Centro Hospitalar de São João.

Métodos: Estudo realizado com uma amostra aleatória com 86 doentes diabéticos. Como instrumentos utilizados para avaliar a qualidade de vida dos diabéticos e a presença de sintomas psicopatológicos utilizou-se o instrumento de avaliação da Qualidade de Vida da OMS (WHOQOL-Bref) e o Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI), respetivamente. As características sociodemográficas e clínicas foram avaliadas através de um questionário sociodemográfico de autorresposta.

Resultados: De um modo geral, em relação às características sociodemográficas, encontram-se diferenças significativas entre qualidade de vida e habilitações literárias e idade. Ao nível das características clínicas, o tempo de diagnóstico de DM e a administração de insulina também evidenciaram diferenças ao nível da qualidade de vida percebida. Relativamente, à sintomatologia psicopatológica, constatou-se que à medida que a perceção de qualidade de vida diminui, existe um aumento dos sintomas psicopatológicos nos participantes com DM. Também o tempo de diagnóstico e a administração da insulina exercem impacto para o aparecimento de sintomas psicopatológicos.

Palavras-chave

Diabetes Mellitus; Qualidade de Vida; Sintomas Psicopatológicos.

Abstract

Introduction: Diabetes Mellitus is a chronic condition present throughout life, whose impact is reflected in almost every aspect of life. It reaches more than 415 million people worldwide, and is now considered a epidemic. Living with diabetes is complex. The main therapeutic measures focus on self-care and it is, often, necessary to make lifestyle changes, in order to improve their quality of life. Thus, the DM is a demanding disease both on an emotional and cognitive level, which puts the patient at risk of developing a variety of psychological conditions. The most frequently reported psychological disorders in literature, related to diabetes, are anxiety and depression.

Aim: To evaluate the level of quality of life and the presence of psychopathological symptoms in diabetic patients attending the Centro Hospitalar de São João.

Method: The study was carried out using a random sample of 86 diabetic patients. As instruments used to assess the quality of life of diabetics and the presence of psychopathological symptoms, we used the WHO Quality of Life assessment tool (WHOQOL-Bref) and the Psychopathological Symptoms Inventory (BSI), respectively. The sociodemographic and clinical characteristics were evaluated through a sociodemographic self-answer questionnaire.

Results: In general, regarding the sociodemographic characteristics, we found significant differences between the quality of life and education and age. In terms of clinical features, the time of diagnosis of DM and the insulin administration also showed differences in the perception of quality of life. Regarding the psychopathological symptoms, it was found that as the perception of quality of life decreases, there is an increase of the psychopathological symptoms in participants with DM. Also, the time of diagnosis and insulin administration exert an impact for the appearance of psychopathological symptoms.

Keywords

Diabetes Mellitus; Quality of Life; Psychopathological Symptoms

Índice

Dedicatória.....	iii
Agradecimentos	v
Resumo	vii
Abstract.....	ix
Lista de Figuras.....	xiii
Lista de Tabelas.....	xv
Lista de Acrónimos.....	xvii
Introdução	1
Parte I - Enquadramento Teórico	3
Capítulo 1 - A Diabetes Mellitus	3
1.1. Impacto da Doença Crónica.....	3
1.2. Dados Epidemiológicos.....	4
1.3. Definição e Classificação da Diabetes Mellitus	6
1.3.1. Diabetes Tipo 1	7
1.3.2. Diabetes Tipo 2	8
1.3.3. Diabetes Gestacional	9
Capítulo 2 - Qualidade de Vida e Sintomas Psicopatológicos na Diabetes Mellitus.....	11
2.1. Adaptação Psicológica à Diabetes Mellitus	11
2.2. Qualidade de Vida e Qualidade de Vida Relacionada com Saúde	13
2.3. Qualidade de Vida e Diabetes Mellitus.....	14
2.4. Sintomas Psicopatológicos na Diabetes Mellitus.....	18
2.4.1. Diabetes Mellitus e Ansiedade	19
2.4.2. Diabetes Mellitus e Depressão	20
2.5. Prevenção e Controlo da Diabetes Mellitus	22
2.5.1. Estratégias de Intervenção na Prevenção da Diabetes Mellitus	23
2.5.2.1. Alterações no Estilo de Vida	25
Parte II - Estudo Empírico	29
Capítulo 3 - Metodologia	29

3.1. Apresentação do estudo e objetivos	29
3.2. Método.....	31
3.2.1. Participantes	31
3.2.2. Instrumentos	34
5.2.2.1. Questionário Sociodemográfico	35
5.2.2.2. Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI)	35
5.2.2.3. World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-Bref)	37
3.2.3. Procedimentos.....	39
Capítulo 4 - Análise Estatística e Resultados	43
Capítulo 5 - Discussão e Conclusões	55
5.1. Discussão dos Resultados.....	55
5.2. Implicações Práticas e limitações do estudo	61
Conclusão.....	63
Referências Bibliográficas.....	65
Anexos	81
Pedido de autorização para a realização do estudo	83
Parecer da Comissão de Ética para a Saúde do CHSJ	87
Termo de consentimento livre e informado	91

Lista de Figuras

Figura 1: Estimativa do número de pessoas com diabetes em todo o mundo e por região em 2015 e 2040;

Lista de Tabelas

Tabela 1: Frequências e percentagens relativas às características sociodemográficas;

Tabela 2: Análise descritiva da característica sociodemográfica idade;

Tabela 3: Frequências e percentagens relativas às características clínicas;

Tabela 4: Cálculo da confiabilidade do Inventário de Sintomas Psicopatológicos através do alfa de Cronbach;

Tabela 5: Cálculo da confiabilidade do instrumento do World Health Organization Quality of Life-Bref através do alfa de Cronbach;

Tabela 6: Cálculo da confiabilidade dos domínios do World Health Organization Quality of Life-Bref através do alfa de Cronbach;

Tabela 7: Teste de normalidade da amostra de acordo com os instrumentos utilizados;

Tabela 8: Avaliação da Percepção de Qualidade de Vida dos pacientes diabéticos;

Tabela 9: Avaliação da Satisfação com a Saúde dos pacientes diabéticos;

Tabela 10: Análise do comportamento geral dos domínios de Qualidade de Vida pelo WHOQOL-Bref;

Tabela 11: Diferenças da Qualidade de Vida em função do estado civil através - teste de Kruskal-Wallis;

Tabela 12: Diferenças da Qualidade de Vida em função das habilitações literárias através - teste de Kruskal-Wallis;

Tabela 13: Diferenças da Qualidade de Vida em função do sexo dos participantes - teste de Mann-Whitney;

Tabela 14: Diferenças da Qualidade de Vida em função da idade através - teste de Kruskal-Wallis;

Tabela 15: Diferenças da Qualidade de Vida em função do tempo de diagnóstico de diabetes - teste de Mann-Whitney;

Tabela 16: Diferenças da Qualidade de Vida em função da variável tomar insulina - teste de Mann-Whitney;

Tabela 17: Análise do comportamento geral dos domínios do Inventário de Sintomas Psicopatológicos;

Tabela 18: Resultados obtidos relativos ao Índice Geral de Sintomas e a variável sexo - teste Mann-Whitney;

Tabela 19: Resultados obtidos relativos ao Índice Geral de Sintomas e a variável idade - teste Kruskal-Wallis;

Tabela 20: Resultados obtidos relativos ao Índice Geral de Sintomas e a variável tempo de diagnóstico - teste Mann-Whitney;

Tabela 21: Resultados obtidos relativos ao Índice Geral de Sintomas e a variável tomar insulina - teste Mann-Whitney;

Tabela 22: Correlação de Spearman entre o Índice Geral de Sintomas Psicopatológicos e os domínios de Qualidade de Vida;

Lista de Acrónimos

UBI	Universidade da Beira Interior
ADA	American Diabetes Association
AMG	Programa de Automonitoramento Glicémico
BSI	Inventário de Sintomas Psicopatológicos
CHSJ	Centro Hospitalar de São João
DM	Diabetes Mellitus
DM1	Diabetes Mellitus Tipo 1
DM2	Diabetes Mellitus Tipo 2
DG	Diabetes Gestacional
DGS	Direção Geral de Saúde
IDF	Internacional Diabetes Federation
IGS	Índice Geral de Sintomas
IMC	Índice de Massa Corporal
OCDE	Organização de Cooperação e Desenvolvimento Económico
OMS	Organização Mundial de Saúde
OND	Observatório Nacional da Diabetes
PNPCD	Plano Nacional de Prevenção e Controlo da Diabetes
PNS	Plano Nacional de Saúde
PTOG	Prova de Tolerância Oral à Glicose
QV	Qualidade de Vida
QVRS	Qualidade de Vida Relacionada com Saúde
SPD	Sociedade Portuguesa de Diabetes
WHOQOL	World Health Organization Quality of Life

Introdução

A Diabetes Mellitus (DM) é uma doença endócrina que se desenvolve quando o pâncreas não tem capacidade de produzir insulina suficiente ou então quando o organismo não tem capacidade de utilizar de forma eficaz a insulina que produz (Ferreira, Carrilho & Carrilho, 2014). Na diabetes tipo 1 (DM1), muitas vezes denominada de insulín-dependente, há completa ausência de produção de insulina, dada a destruição das células beta em resultado de uma resposta autoimune associada. A diabetes tipo 2 (DM2), que é mais comum, caracteriza-se pela disfunção das células beta produtoras de insulina ou então pela resistência do organismo à insulina produzida (Ferreira et al., 2014).

Os doentes têm tendência para valorizar mais o impacto da doença, a medicação e os procedimentos médicos, do que os marcadores clínicos da doença. Por isso, nos últimos anos, a Qualidade de Vida (QV) - definida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como a “perceção do indivíduo da sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas e preocupações” (p.187) - assumiu-se como um dos principais objetivos a alcançar na gestão das doenças (Santos, Beça & Mota, 2015).

Por se tratar de uma doença progressiva, os indivíduos com diabetes tendem a apresentar um deterioro no seu estado de saúde com o passar do tempo, sobretudo quando começam a aparecer as complicações derivadas de um mau controlo glicémico. Esta situação pode acarretar uma depreciação da qualidade de vida, pois reflete-se em diferentes aspetos, como a debilidade do estado físico, o prejuízo da capacidade funcional, a dor em membros inferiores, a falta de vitalidade, as dificuldades no relacionamento social e a instabilidade emocional, entre outras (Faria et al., 2013).

A DM é uma doença exigente quer a nível emocional quer cognitivamente, o que coloca o doente em risco de desenvolver uma variedade de condições psicológicas. Algumas condições psicológicas aumentam o risco de desenvolver diabetes, e outras desenvolvem-se no contexto do diagnóstico de diabetes ou no agravamento das suas complicações (Groot, Golden, Wagner, 2016). A literatura científica destaca o papel importante que os aspetos psicológicos têm no controlo da diabetes e conseqüentemente o impacto que eles têm no controlo metabólico. Os transtornos psicológicos mais frequentes, relacionados com a diabetes são a ansiedade e a depressão. Alguns estudos na área, apontam que os doentes diabéticos apresentam sintomas de depressão e que os cuidadores familiares relatam altos níveis de ansiedade por parte dos doentes (Montoya, Marín, Rubio & Gascó, 2016).

A sintomatologia de depressão e ansiedade associam-se a um impacto negativo na perceção de estado de saúde, assim é importante realizar um tratamento que contemple a intervenção nos sintomas psicológicos, com o objetivo de melhorar a perceção do estado de saúde dos doentes diabéticos, que posteriormente poderá refletir-se em melhores resultados clínicos (Amorim & Coelho, 2008).

Neste âmbito, o objetivo da presente investigação consiste em avaliar a qualidade de vida e a presença de sintomas psicopatológicos, numa amostra de pessoas diagnosticadas com Diabetes Mellitus, em seguimento nas consultas de diabetologia do Centro Hospitalar de São João, E.P.E. (CHSJ). Objetiva-se avaliar as diferenças entre as características sociodemográficas e clínicas e os níveis de qualidade de vida, e explorar se os participantes do estudo revelam a presença de sintomas psicopatológicos.

Este trabalho encontra-se organizado em duas partes distintas, a primeira refere-se ao enquadramento teórico e a segunda diz respeito às opções metodológicas na realização do estudo, isto é, ao estudo empírico. A primeira parte está dividida em dois capítulos, no primeiro capítulo é realizada uma revisão da literatura sobre a DM, com o objetivo de caracterizar clinicamente a problemática, tendo em consideração a sua classificação e características gerais, bem como demonstrar a prevalência e o impacto a nível Mundial e em Portugal. No segundo capítulo, é apresentada uma conceptualização teórica da Qualidade de Vida e através de uma revisão da literatura são apresentados resultados encontrados sobre o impacto que a DM exerce ao nível da qualidade de vida. Por último, salienta-se o papel da prevenção, como um fator importante para o controlo da DM e essencial para obter uma melhor qualidade de vida.

No que diz respeito ao estudo empírico, este encontra-se dividido em três capítulos. O primeiro está relacionado com a metodologia de investigação adotada, onde são apresentados os objetivos do estudo, o tratamento estatístico dos dados utilizado e uma breve descrição dos instrumentos de avaliação. No segundo capítulo, é feita uma apresentação dos resultados obtidos em cada instrumento utilizado, verificando as diferenças estatisticamente significativas existentes entre os itens dos instrumentos e as variáveis do estudo. No terceiro capítulo é apresentada a discussão dos resultados com base na literatura, e por último um tópico relativo à conclusão, onde constam as principais conclusões retiradas desta investigação, bem como as limitações percebidas.

Parte I - Enquadramento Teórico

Capítulo 1: Diabetes Mellitus

Neste capítulo, começamos por enquadrar a Diabetes Mellitus no contexto das doenças crónicas, que são consideradas doenças de evolução lenta, duração prolongada e apresentam um crescimento rápido. De seguida efetuamos uma breve revisão teórica sobre a Diabetes Mellitus, onde é apresentada a sua definição e classificação, salientando o número elevado e crescente de casos acometidos por esta doença crónica, a nível Mundial e em Portugal.

1.1. Impacto da Doença Crónica

As doenças crónicas são consideradas uma epidemia, constituindo um sério problema de Saúde Pública a nível mundial (Cunha, Chibante & André, 2014). As consequências humanas, sociais e económicas adversas das doenças crónicas são sentidas por todas as sociedades e economias, mas são particularmente devastadoras nas populações mais pobres e vulneráveis (World Health Organization [WHO], 2014).

Uma doença crónica é definida como uma doença não transmissível, que se caracteriza por ser de longa duração, de progressão lenta, sem resolução natural e de cura difícil, e induz alterações na vida das pessoas, que são confrontadas com um conjunto de fatores que exercem um impacto negativo na sua qualidade de vida (Vilhena et al., 2014). Viver com uma doença crónica torna-se uma experiência exigente, que afeta vários aspetos da vida de um indivíduo, nomeadamente, o funcionamento social, familiar e ocupacional, solicitando sempre um ajustamento em múltiplos domínios da vida do indivíduo (Vilhena et al., 2014). De acordo com a *Organização Mundial de Saúde* (2014), as doenças crónicas, que incluem as doenças cardiovasculares, os tumores, a diabetes e as doenças respiratórias crónicas, são a principal causa de mortalidade no mundo. Em 2012 ocorreu no mundo um total de 56 milhões de mortes, em que 38 milhões foram devido a doenças crónicas, sendo que 28 milhões foram referenciados nos países de baixa e média renda (WHO, 2014).

Em Portugal como em outros países ocidentais, a carga da doença é atribuída em 86% às doenças crónicas. Depois da adoção da Declaração sobre as Doenças Crónicas pela Assembleia Geral da Nações Unidas em 2011, a OMS desenvolveu um enquadramento de monitorização global visando

o seguimento global do progresso na prevenção e controlo das principais doenças crónicas, e Portugal foi um dos Estados-Membros que subscreveu estes objetivos voluntários (Direção Geral de Saúde [DGS], 2016).

Neste sentido, e de acordo com os dados disponíveis, do relatório que descreve a saúde dos portugueses de forma a refletir a evolução dos indicadores de progresso do Plano Nacional de Saúde (PNS) até 2025, pode-se afirmar que a probabilidade de morrer entre os 30 e os 69 anos por doenças crónicas em Portugal, tem uma tendência global de decréscimo. Todos os modelos apontam uma tendência de decréscimo até 2025, contudo, nas condições atuais, tudo indica que Portugal ficará aquém do cumprimento do compromisso de redução de 25% das doenças crónicas (DGS, 2016).

1.2. Dados Epidemiológicos

A Diabetes Mellitus é considerada na atualidade uma doença em expansão endémica, que se tornou num grave problema mundial de Saúde Pública, quer pelo número de pessoas afetadas, quer pela elevada mortalidade e morbilidade, que provoca elevados custos sociais e económicos (Sousa, Neves & Carvalho, 2016). É considerada uma doença característica dos países desenvolvidos e em vias de desenvolvimento e calcula-se que 10% dos gastos globais em saúde sejam atualmente utilizados no tratamento desta doença (Sousa, McIntyre, Martins & Silva 2015). Sujeitos com DM necessitam de no mínimo 2 a 3 vezes mais recursos para o cuidado com a saúde do que os não-diabéticos. Além dos custos financeiros, a diabetes representa também uma carga adicional à sociedade, no decurso da perda de produtividade no trabalho, reforma precoce e mortalidade prematura (Martins & José, 2013). Torna-se, por isso, necessária uma intervenção efetiva por parte dos profissionais de saúde no que respeita à prevenção e tratamento desta doença (Sousa et al., 2015).

Estimativas recentes da *International Diabetes Federation* (IDF) referem que cerca de 415 milhões de pessoas em todo o mundo, isto é, 8,8 % dos adultos com idades compreendidas entre os 20 e os 79 anos têm diabetes. Acrescentando, que se esta tendência continuar, em 2040 esta doença afetará cerca de 642 milhões de pessoas e que um adulto em cada dez terá diabetes (Federação Internacional de Diabetes [IDF], 2015).

A diabetes e as suas complicações são as principais causas da morte prematura na maioria dos países. Aproximadamente, 5 milhões de pessoas com idade compreendida entre os 20 e os 79 anos morreram da diabetes em 2015, o que equivale a uma morte a cada seis segundos. Os autores referem ainda que o maior número de mortes por diabetes ocorre em países com o

maior número de pessoas, neste caso, a China, Índia, EUA e a Rússia, existindo pouca diferença entre homens e mulheres no número total de mortes devido à diabetes (IDF, 2015).

Em seguida, apresentamos um mapa mundial que demonstra uma prevalência de DM nos países desenvolvidos, no ano de 2015, em pessoas com idades entre os 20 e os 79 anos, e mostrando ainda que nos países em desenvolvimento tem tendência a aumentar com o passar dos anos (figura 1) (IDF, 2015).

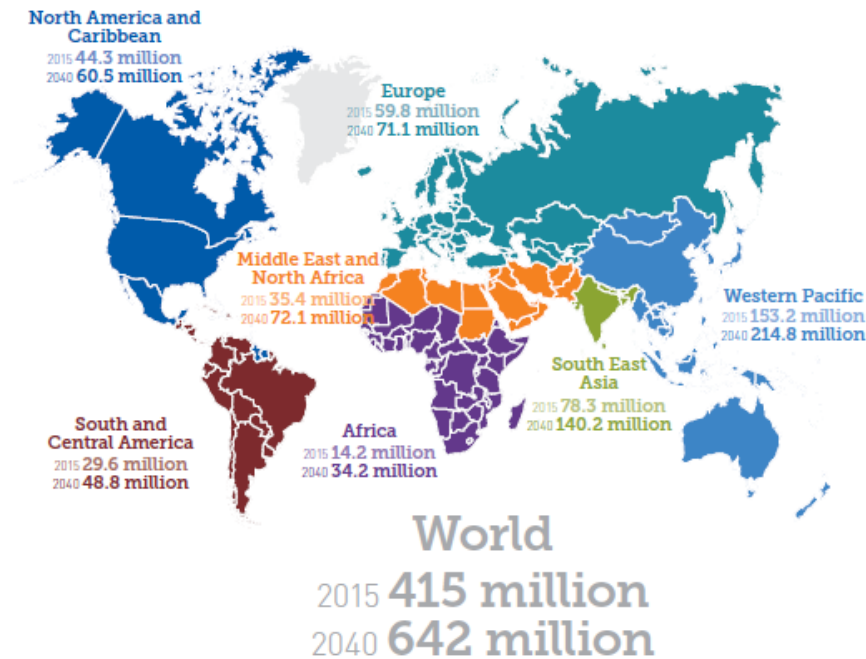


Figura 1. Estimativa do número de pessoas com diabetes em todo o mundo e por região em 2015 e 2040. Fonte: (IDF, 2015).

Em Portugal, a Diabetes Mellitus tem vindo a aumentar consideravelmente na população portuguesa devido a diversos fatores (Silva, Pereira, Almeida & Venâncio, 2014). Segundo o estudo PREVADIAB (Estudo de Prevalência da Diabetes em Portugal), mais de um milhão de pessoas vive com diabetes e mais de 2 milhões têm um risco elevado de vir a desenvolver nos próximos tempos (Boavida, 2016).

Nas últimas décadas, a diabetes tem tido uma atenção crescente por parte dos técnicos e das instituições de saúde. O primeiro passo dado neste sentido, aconteceu em 1983, com a criação da Carreira de Clínica Geral, que permitiu à população portuguesa a sua inscrição em médicos de família, facilitando assim a identificação dos diabéticos. Posteriormente, em 1989, com a Declaração de St. Vicent, reconheceu-se a diabetes como um grave e crescente problema de Saúde Pública e Portugal comprometeu-se a criar condições que permitissem reduzir significativamente o peso desta doença (Falcão et al., 2008).

Apesar de ao longo dos anos se terem dado passos significativos na melhoria do conhecimento acerca da epidemiologia da diabetes e do seu controlo, com o objetivo de reduzir o seu aparecimento e o desenvolvimento de complicações associadas à doença, muito se tem discutido sobre qual será, de facto, a prevalência da diabetes em Portugal (Falcão et al., 2008).

O relatório anual, relativo ao ano de 2015, do Observatório Nacional da Diabetes apontou para uma prevalência estimada da diabetes na população portuguesa com idades compreendidas entre os 20 e os 79 anos de 13,3 %, isto é, mais de 1 milhão de portugueses neste grupo etário tem diabetes. Sendo importante, ressaltar que a diabetes assume um papel significativo nas causas de morte em Portugal, tendo estado na origem de 4,0 % das mortes ocorridas em 2015 (Observatório Nacional da Diabetes [OND], 2016).

Relativamente às diferenças de género na incidência desta problemática, existem diferenças estatisticamente significativas na prevalência da diabetes no ano de 2015, tendo sido mais diagnosticada em homens (15,9%) do que em mulheres (10,9%). Verifica-se também a existência de um forte aumento da prevalência da diabetes com a idade, mais de um quarto das pessoas entre os 60 e os 79 anos tem diabetes (OND, 2016).

Dados da Organização de Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE) indicam que a taxa de hospitalizações por descompensação/complicações da diabetes observada em Portugal é bastante inferior à dos restantes países europeus. Revelando também que, entre 2006 e 2011, se verificou um decréscimo significativo de 8,4% na taxa de hospitalizações por diabetes em Portugal, reforçando a posição do nosso país entre os países que registam as mais baixas taxas de hospitalizações por diabetes no âmbito da OCDE (Sá et al., 2016). Contudo, as complicações da diabetes têm um peso substancial nos gastos associados a esta patologia que decorre especificamente dos custos com hospitalizações e cuidados de saúde, tratamento, perda de produtividade e custos económicos para a sociedade em geral (Sá et al., 2016).

1.3. Definição e Classificação da Diabetes Mellitus

A Associação Americana de Diabetes, desde 1997, classifica a diabetes com base em quatro classes clínicas, nomeadamente: Diabetes Mellitus Tipo 1, Diabetes Mellitus Tipo 2, Diabetes Gestacional (quando é diagnosticado no segundo ou terceiro mês de gestação), e tipos específicos de diabetes devido a outras causas (American Diabetes Association [ADA], 2016).

Consideram-se como possuidores de risco acrescido de desenvolvimento de Diabetes Mellitus as pessoas, com excesso de peso e obesidade (central ou visceral), idade superior a 45 anos

(europeus) e idade superior a 35 anos (de outra região do mundo), sedentarismo, história familiar de diabetes (1º grau), diabetes gestacional prévia, história de doença cardiovascular prévia, hipertensão arterial, dislipidemia, anomalia da glicémia em jejum e tolerância diminuída à glicose, prévias (DGS, 2008). De seguida, é apresentada as subdivisões de cada tipo da diabetes: DM tipo 1, DM Tipo 2 e Diabetes Gestacional.

1.3.1. Diabetes Tipo 1

A Diabetes Mellitus Tipo 1 (DM1) é um tipo de diabetes que aparece mais frequentemente nas crianças e nos jovens (Rodrigues & Costa, 2013). Resulta da destruição autoimune das células beta (β) pancreáticas produtoras de insulina, provocada por uma interação complexa de fatores ambientais, genéticos e imunológicos (Moreira et al., 2012). De momento, não se consegue saber quando é que o sujeito pode apresentar DM1, mas sabe-se que a janela de incidência começa a fechar-se por volta dos 30 anos de idade, e inclina-se cada vez mais para idades mais prematuras, tendo em conta o facto de os números de incidência da DM1 nas crianças estarem a crescer nos últimos anos (Pereira, Neves & Medina, 2006).

Pessoas com este tipo de diabetes necessitam de insulina todos os dias, a fim de controlar os níveis de glicose no sangue. Sem administração da insulina, uma pessoa com diabetes tipo 1 pode morrer (IDF, 2015). Este tipo de diabetes normalmente surge de repente e pode incluir sintomas como sede anormal e boca seca, urina excessiva, falta de energia e cansaço extremo, fome constante, perda de peso repentina e visão turva (IDF, 2015). A DM1 está associada a várias complicações, nomeadamente ao aumento da mortalidade e ao alto risco de complicações micro e macrovasculares, sendo um fator predisponente para a ocorrência de retinopatia, neuropatia, nefropatia, doenças cardiovasculares e pé diabético (Santos, Silva, & Cardoso, 2009 cit. in Flora & Gameiro, 2016).

Segundo o relatório anual do Observatório Nacional da Diabetes, a diabetes tipo 1 nas crianças e nos jovens em Portugal, em 2015, atingia 3,327 indivíduos com idades entre 0-19 anos, o que corresponde a 0,16% da população portuguesa neste escalão etário, número que se tem mantido estável nos últimos anos (OND, 2016).

O tratamento da diabetes tipo 1 é muito complexo e está baseado em quatro pilares fundamentais, sendo eles a insulino-terapia, a monitorização glicémica, a dieta saudável e a prática regular de exercício (Kaneto & Damião, 2015).

Assim, o controlo eficaz da doença exige que o tratamento ocorra de forma correta e adaptação de hábitos de vida saudáveis. Porém, trata-se de um tratamento de grande complexidade, pois requer a adesão do indivíduo, associado a uma alimentação equilibrada e a prática de exercício

físico regular, de forma a prevenir as complicações da diabetes, e consequentemente melhorar a qualidade de vida (Pires et al., 2016). Pelo que, é necessário que os profissionais de saúde estejam aptos, para educar os pacientes de forma adequada nas diferentes fases da vida, por isso o trabalho deve acontecer de forma interdisciplinar (Pires et al., 2016).

Neste sentido, é importante fornecer aos doentes com diabetes, conhecimentos, habilidades e técnicas que permitam o autocuidado, o controlo das crises e a aquisição de autonomia para realizar adaptações no estilo de vida. Só desta forma é possível melhorar um controlo glicémico, uma melhor prevenção das complicações agudas e crónicas e ter melhor qualidade de vida (Kaneto & Damião, 2015).

1.3.2. Diabetes Tipo 2

A Diabetes Mellitus Tipo 2 (DM2) é uma doença crónica e multissistémica causada por uma complexa interação entre fatores genéticos, ambientais e estilos de vida. É uma das principais causas de morbilidade crónica e de perda de qualidade de vida, constatando-se que a sua prevalência tem vindo a aumentar (Cardoso, 2014).

A DM2 ocorre quando o pâncreas não produz insulina suficiente ou quando o organismo não consegue utilizar eficazmente a insulina que o corpo produz. O diagnóstico ocorre geralmente após os 40 anos de idade, mas pode ocorrer mais cedo geralmente associado à obesidade (OND, 2016). Constitui o tipo mais comum da diabetes, e geralmente ocorre em adultos, contudo é cada vez mais notório a presença em crianças e adolescentes (IDF, 2015). Os sintomas mais frequentes incluem excesso de urina, sede excessiva, perda de peso e visão turva. Muitas pessoas com diabetes tipo 2 não estão conscientes da sua condição durante muito tempo, pois os sintomas são geralmente menos acentuados do que nos pacientes com diabetes tipo 1, o que pode levar anos a ser reconhecida, o que acaba por danificar o corpo pelo excesso de glicose no sangue (IDF, 2015).

Nos últimos anos, a alteração dos hábitos alimentares, a adoção de estilos de vida mais sedentários e o envelhecimento das populações levaram ao aumento exponencial da prevalência da doença, que é atualmente considerada um problema de Saúde Pública (Santos, Monteiro, Pereira, Freitas & Marques, 2014).

Assim, a importância do diagnóstico precoce da diabetes tipo 2 e a obtenção dos objetivos terapêuticos, quanto ao controlo metabólico e controlo dos outros fatores de risco cardiovasculares, reside na necessidade de tentar atrasar ou impedir o aparecimento das suas complicações micro e macrovasculares, fundamentais na qualidade de vida, morbilidade e mortalidade dos doentes (Santos et al., 2014).

O primeiro passo e o mais importante para o tratamento da DM2, implica uma adaptação naquilo que se come e quando se come, e na atividade física que se efetua diariamente. O exercício regular, como por exemplo o andar a pé permite que o organismo aproveite melhor o açúcar que tem em circulação. Este passo, com a eventual perda de peso, se este for excessivo é muitas das vezes, o suficiente para manter a DM2 controlada (OND, 2016).

1.3.3. Diabetes Gestacional

A Diabetes Gestacional (DG) é uma das complicações médicas mais frequentes da gravidez, cuja incidência tem vindo a crescer nos últimos anos. Apresenta uma prevalência estimada de 5 a 7% e habitualmente resolve-se após o parto (Massa, Rangel, Cardoso & Campos, 2015). Define-se como uma intolerância aos hidratos de carbono, de gravidade variável, que surge ou é diagnosticada pela primeira vez no decurso de uma gravidez. Esta definição é independente da necessidade de tratamento com insulina. É igualmente possível que algumas mulheres com o diagnóstico de DG tenham diabetes tipo 1 ou 2 não reconhecida antes da gravidez (Queirós, Magalhães & Medina, 2006).

Diversos são os fatores de risco identificados para o desenvolvimento de DG, sendo eles a idade avançada, o índice de massa corporal (IMC) pré-concepcional elevado, antecedentes de DG ou antecedentes familiares de diabetes tipo 1 ou tipo 2 (Massa et al., 2015).

Em Portugal, de acordo com o relatório anual do Observatório Nacional da Diabetes, a prevalência da diabetes gestacional, em 2015, foi de 7,2% da população parturiente, registando um acréscimo significativo do número absoluto de casos registados, comparativamente ao ano transato. Estimando-se ainda que a prevalência da DG aumenta com a idade das parturientes, atingindo os 15,9% nas mulheres com idade superior a 40 anos (OND, 2016).

No nosso país, o diagnóstico da diabetes gestacional baseava-se na realização de uma prova de rastreio com o objetivo de determinar a glicémia 1 hora após a ingestão de 50 g de glicose oral, em qualquer altura do dia, não sendo necessário que a grávida esteja em jejum, no 2º e 3º trimestre. Este tipo de rastreio considera-se positivo e a DG deve ser confirmada com a realização de uma Prova de Tolerância Oral à Glicose (PTOG) com uma sobrecarga de 100 g de glicose oral (Queirós et al., 2006).

O estudo HAPO (Hyperlycemia and Adverse Prenant Outcomes) veio revolucionar o rastreio desta doença. Este é um estudo multicêntrico que avaliou a tolerância à glicose entre as 24 e as 32 semanas de gestação. Foram utilizados para o diagnóstico da DG critérios de glicémia em jejum no primeiro trimestre. Os resultados demonstraram uma relação linear entre os níveis de

glicémia materna e as morbilidades materna, fetal e perinatal. Este rastreio foi implementado em Portugal em 2011 e o período entre as 24 e as 28 semanas foi o recomendado como o ideal para a sua realização, uma vez que abrangeria um maior número de casos diagnosticados (Massa et al., 2015).

O diagnóstico da DG é associado com o aumento do risco de complicações tanto para a mãe como para o feto, durante a gestação e, até mesmo, anos após o parto. Esse risco pode ser diminuído com uma dieta apropriada associada à atividade física, possivelmente em combinação com a administração de medicamentos orais ou insulina (Amaral, Silva, Ferreira, Silva & Bertini, 2015).

O tratamento passa por aconselhar as grávidas sobre os riscos do resultado adverso da gravidez e de como estes podem ser reduzidos, instruir sobre o Programa de Automonitorização Glicémica (AMG), que deve ser feito 4 vezes ao dia, em jejum e 1 hora após cada refeição, e aconselhar a modificação do estilo de vida. Se os níveis alvos acordados de glicémia com a grávida não forem atingidos entre uma a duas semanas após a alteração do estilo de vida, é necessário iniciar medicação (Britto & Duarte, 2010).

Todas as grávidas com DG devem ser instruídas das técnicas de autovigilância glicémica e de insulino-terapia e ser-lhes explicada a importância do cumprimento das regras de alimentação (Queirós et al., 2006).

Capítulo 2: Qualidade de Vida e Sintomas Psicopatológicos na Diabetes Mellitus

Sabe-se que o diagnóstico de uma doença crónica se torna uma experiência exigente que afeta várias áreas da vida do indivíduo, neste sentido, iniciamos este capítulo por dar enfoque à adaptação psicológica que o doente diabético pode sentir, de modo a compreender-se a si próprio e à situação em que se encontra. De seguida, é apresentada uma breve revisão teórica acerca do conceito de qualidade de vida e pretende-se apresentar brevemente o impacto da diabetes na qualidade de vida dos doentes. Seguidamente serão abordadas duas das perturbações psicopatológicas mais frequentemente associadas à DM, a ansiedade e a depressão. Por último, o capítulo objetivou também refletir sobre a necessidade de planear ações junto dos indivíduos, da sociedade e do governo para prevenir e controlar a diabetes, e assim diminuir a taxa de incidência da doença.

2.1. Adaptação Psicológica à Diabetes Mellitus

Os fatores psicológicos, emocionais e sociais desempenham um papel importante nas doenças crónicas. Após o diagnóstico médico de doença crónica, como por exemplo a diabetes, os pacientes são confrontados com novas situações que desafiam as suas estratégias de coping habituais e passam por um processo de adaptação psicossocial (Moonaghi et al., 2014). Neste sentido, receber o diagnóstico de diabetes, acarreta muitas vezes um choque emocional para a pessoa, que não está preparada para conviver com as limitações decorrentes desta condição crónica, e que acaba por interferir na sua vida familiar e afetar as suas relações (Lima, 2015).

Viver com a Diabetes Mellitus tem sido descrito na literatura como uma adaptação dinâmica de transição pessoal, que é baseado na reestruturação da doença percebida e na gestão do self (Moonaghi et al., 2014). O que significa que se tem que lidar com as limitações, e procurar um sentido de vida e identidade realistas aceitáveis, isto é, focar-se no presente, e superar o processo de adaptação pessoal e social da diabetes (Moonaghi et al., 2014).

O indivíduo com doença crónica experimenta, de forma intensa, a ambivalência, isto é, precisa de decidir entre aquilo que deseja fazer e o que é preciso ser feito. Neste conflito existem ganhos e perdas, sentimentos ambíguos, que geram muita instabilidade emocional. Consequentemente, muitas vezes é necessário acompanhamento psicológico para que o doente possa elaborar esses aspetos emocionais da doença, diminuindo assim o seu sofrimento psíquico

e possibilitar a aceitação da doença, motivando-o no autocuidado e na adesão ao tratamento (Lima, 2015).

A perceção e representação própria da doença esta relacionada com a diversidade das vivências de cada pessoa e que depende muito dos recursos individuais de cada pessoa e da sua rede de apoio social (Serrabulho, Matos, Nabais & Raposo, 2014).

Em particular, no contexto das doenças crónicas não transmissíveis, o processo de adaptação consiste no ajustamento psicológico, social e fisiológico no decurso da doença, que resulta da interação entre os pedidos da doença e do tratamento, e na capacidade individual de cada doente para responder a esses pedidos (Bertolin et al., 2015). No entanto, surge ao longo deste processo de adaptação à nova condição algumas barreiras, como o baixo apoio social, o stress financeiro, constrangimentos associados à doença, locus de controlo externo, a falta de acesso a programas de educação da diabetes e baixa capacidade de resolver problemas (Moonaghi et al., 2014).

Sabe-se que a mudança no estilo de vida é a pedra angular no tratamento das doenças crónicas. Mudanças na dieta, atividade física e os hábitos sociais, condicionam e melhoram a qualidade de vida e a esperança média de vida do doente com diabetes (Pérez, 2013). Como tal, torna-se fundamental compreender o processo de adaptação, pois uma má adaptação pode repercutir-se em diferentes áreas de funcionamento do doente, da qualidade de vida e inclusivamente na evolução da própria doença (Miguel & Borges, 2002).

Contudo, a qualidade de vida dos doentes diabéticos é muitas vezes comprometida não só pelos efeitos físicos da diabetes, conhecidos por serem esmagadores para o doente, mas também pelas restrições impostas no estilo de vida, especialmente as impostas pela dieta, que leva a que muitos doentes se sintam insatisfeitos com o tratamento (Mustapha, Hossain & Loughlin, 2014), contribuindo para o aparecimento de dificuldades emocionais e psicológicas associadas a esta mudança de comportamentos e estilos de vida, pois características sociodemográficas, estilos de vida e variáveis clínicas são frequentemente associadas à depressão em populações diabéticas (Engum, Mykletun, Midthjell, Holen & Dahl, 2005).

No entanto, apesar da sobrecarga e do desgaste ocasionado pelo tratamento diário e contínuo da diabetes, verifica-se que a maior parte das pessoas se adapta bem à doença e ao tratamento (Serrabulho et al., 2014).

2.2. Qualidade de Vida e Qualidade de Vida Relacionada com Saúde

Na área da saúde verificam-se duas tendências quanto à concetualização do termo da Qualidade de Vida (QV), uma é enquanto um conceito mais genérico e outro enquanto Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde (QVRS) (Araújo, Dourado & Ferreira, 2015).

No que diz respeito à **Qualidade de Vida**, este é um conceito que tem sido estudado há várias décadas, e muitos são os especialistas que ainda se debruçam sobre este tema, gerando vários pontos de vistas sobre o que realmente é a QV (Gigantesco & Giuliani, 2011). No campo da saúde, os últimos anos trouxeram maior convergência de opinião em relação a alguns aspetos fundamentais sobre o conceito de QV, a exemplo disso é o crescente reconhecimento da importância do ponto de vista subjetivo do paciente, que a medicina há muito tempo havia negligenciado (Gigantesco & Giuliani, 2011). Passando progressivamente o conceito de QV de uma perspetiva sociológica e objetiva para uma perspetiva psicossocial, em que a sensação de bem-estar do indivíduo torna-se uma dimensão primária na QV (Gigantesco & Giuliani, 2011).

A Organização Mundial de Saúde (1997, p.1) define qualidade de vida como a “perceção do indivíduo acerca da sua posição na vida num contexto cultural, de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expetativas, padrões e preocupações”. É um conceito amplo onde pode ser incluída a condição de saúde física e psicológica, o nível de independência, relações sociais, crenças pessoais e a sua relação com os aspetos importantes do meio ambiente (WHO, 1997).

A qualidade de vida é um conceito que reflete as condições de vida desejadas por uma pessoa, relativamente à sua vida em casa, na comunidade e no trabalho (ou na escola, no caso das crianças), e as condições de saúde e bem-estar. Verifica-se que a qualidade de vida é um fenómeno subjetivo baseado na perceção que cada pessoa tem de vários aspetos das experiências da sua vida (Marques, Sánchez & Vicário, 2014). Assim, a QV é entendida como a perceção de bem-estar resultante de um conjunto de parâmetros individuais e socioambientais que caracterizam as condições em que vive o ser humano, pelo que, a perceção da doença influencia inevitavelmente aspetos da saúde e da vida pessoal, assim como a QV (Nahas, 2010).

Afirma-se que a QV se tem tornado um importante indicador dos cuidados médicos, especialmente para avaliar a resposta aos tratamentos, além de que também traz informações sobre o impacto económico, psicológico e social da doença e do tratamento em relação ao paciente nos mais diversos contextos (Bortoluzzi, Lutz & Presta, 2011).

Em relação ao conceito de **Qualidade de Vida Relacionada com Saúde**, a sua terminologia é uma tradução da expressão inglesa *Health-Related Quality of Life*, e significa que a expressão estar com saúde deixou de ser entendida como apenas ausência de doença e passou a ser concebida com uma condição de bem-estar físico, mental e social (Freire et al., 2014).

Na Qualidade de Vida Relacionada com Saúde a avaliação tem-se tornado cada vez mais importante nos cuidados em saúde, especialmente nas doenças crónicas. Normalmente, as avaliações na área de saúde focavam-se nas taxas de sobrevivência, a nível do controlo local ou de complicações, e sob o ponto de vista médico, pois eram avaliações sem conhecimento acerca do bem-estar mental e emocional dos pacientes (Nicolussi et al., 2014). Nos dias de hoje, a QVRS tem sido avaliada tendo em conta a perceção do doente sobre os efeitos da doença e o seu impacto na vida diária. Centrando-se em duas características fundamentais: é considerada multidimensional, pois incorpora os domínios físico, psicológico, social, emocional e funcional, e é considerada subjetiva, ou seja, tem em conta as experiências do próprio paciente (Nicolussi et al., 2014). Constituindo-se deste modo, importantes indicadores para avaliar o impacto da doença, a eficácia e eficiência dos tratamentos e intervenções, e a realização de estudos epidemiológicos, potenciando a produção e integração do conhecimento e o seu intercâmbio (Araújo et al., 2015).

Assim, a QVRS é um conceito multidimensional, subjetivo e individual. Uma das razões que estimulou o rápido desenvolvimento de medidas de QVRS foi o reconhecimento crescente da importância de entender o impacto de intervenções relacionadas com cuidados de saúde na vida dos pacientes e não unicamente nos seus corpos. De facto, os avanços científicos possibilitaram, em muitos casos, obter a cura para muitas doenças e noutros prolongar a vida mais além do que se esperaria perante a história natural da doença (Nunes, Monteiro & Rato, 2012).

Em suma, não existe uma definição única de qualidade de vida relacionada com saúde, contudo, pode ser descrita de forma funcional, como a perceção dos pacientes sobre as suas capacidades em quatro dimensões importantes: bem-estar físico e atividades quotidianas, bem-estar psicológico, relações sociais e sintomas (Nunes et al., 2012).

2.3. Qualidade de Vida e Diabetes Mellitus

Os profissionais de saúde têm o dever de monitorizar o controlo diabético para assegurar que o tratamento prescrito é efetivo no seu potencial máximo. Se a terapia for corretamente utilizada, os doentes deverão melhorar o seu controlo glicémico, o que não implica

necessariamente que haja uma melhoria na sua qualidade de vida (Costa, Guerreiro & Duggan, 2006). Ainda assim, é essencial que qualquer objetivo terapêutico estabelecido seja periodicamente avaliado, para que os profissionais de saúde se apercebam como podem direcionar melhor as suas intervenções em prol do benefício do doente (Costa et al., 2006).

As dificuldades para incorporar alterações nos hábitos de vida podem desencadear repercussões biopsicossociais que se manifestam na vida diária do paciente. Reconhece-se que a diabetes é uma doença que, independentemente da faixa etária e da etiologia, causa impacto negativo e que compromete a qualidade de vida (Zulian et al., 2013). Alguns autores, defendem que a diabetes pode afetar o funcionamento psicossocial e a qualidade de vida dos doentes, evidenciando prejuízos ao nível físico, social, emocional e psicológico (Araújo, Souza & Menezes, 2008). Assim, a avaliação da qualidade de vida vai depender do grau de satisfação com que os indivíduos percecionam a sua vida nestes diferentes domínios (Miranzi et al., 2008).

Avaliar a qualidade de vida pode proporcionar novos “insights” relativos à natureza da doença, nomeadamente através da avaliação da forma como esta afeta o bem-estar subjetivo de uma pessoa nas diferentes áreas da sua vida (Paredes et al., 2008). Este conhecimento compreensivo do impacto da doença crónica nos diferentes aspetos da vida do indivíduo apresenta-se como uma importante condição prévia quer para um tratamento mais eficaz, quer para a prestação de cuidados paliativos adequados (Paredes et al., 2008).

Entre as várias variáveis que interferem na QV destacam-se: o tipo de diabetes, o uso de insulina como forma de controlar a doença, a idade, as complicações crónicas, o nível socioeconómico e educacional, os fatores psicológicos, a etnia, o conhecimento sobre a doença e o tipo de assistência, entre outras (Zulian et al., 2013). Em seguida, passamos a apresentar alguns dos resultados de vários estudos sobre a perceção de qualidade de vida, de pessoas com DM, que foram variando tendo em consideração diferentes características sociodemográficas, na qual será dado mais enfoque às variáveis que a presente investigação pretende avaliar.

Alguns autores defendem que há diferenças estatisticamente significativas na perceção de qualidade de vida dependendo da **idade**. Foi encontrado que doentes mais idosos percecionam menor qualidade de vida em relação a doentes com menos de 65 anos de idade (Spasic et al., 2014). Isto pode ser explicado, pelo facto de que os doentes com menos de 65 anos, usufruem mais vezes das instalações de saúde e desfrutam de mais apoio familiar (Spasic et al., 2014). O que é apoiado por outro estudo, que refere que doentes com menos de 30 anos evidenciam melhor qualidade de vida, e que com o aumento da idade, vai havendo um declínio na perceção de qualidade de vida (Gavric & Vujmilovic, 2014). Assim, podemos concluir que, de um modo geral, a qualidade de vida diminui à medida que a idade das pessoas com DM aumenta.

Enquanto alguns autores defendem a inexistência de diferenças estatisticamente significativas na perceção de qualidade de vida em relação ao **género** (Porto, Guedes, Fernandes & Reichert, 2012), a maioria dos estudos encontrados defende que as mulheres percecionam o impacto das doenças crónicas em condições diferentes da do homem (Rocha, Schuch & Fleck, 2013), pelo facto de que os homens são mais confiantes nas suas capacidades para controlar a diabetes, percecionam ter uma melhor qualidade de vida, e estão menos propensos a desenvolver stress comparativamente às mulheres (Romain, Bernard & Attalin, 2012).

Na mesma linha do estudo anterior, outros autores sugerem que as mulheres avaliam mais negativamente a sua qualidade de vida comparativamente com os homens, referindo que a mulher diabética tem que desenvolver uma atitude mais positiva em relação à diabetes e à sua gestão (Abraham, 2017). Isto pode ser explicado segundo o referido autor, pelo facto de que a mulher tende a ter responsabilidades mais exigentes, como cuidar da família e da casa, o que torna difícil para ela seguir a sua própria medicação, verificar o nível de açúcar no sangue e os horários alimentares, refletindo-se numa perceção mais negativa da sua QV (Abraham, 2017). Outro autor, explica esse facto pela estrutura mental e física da mulher, pois as mulheres tendem a ser mais expressivas, e, portanto, são mais propensas a queixar-se de uma má qualidade de vida (Miftari & Melonashi, 2015). E, pelo contrário, no estudo realizado por Estrada e colaboradores (2012), a perceção de qualidade de vida é avaliada mais negativamente nos homens do que nas mulheres (Estrada, Strauss, Beltrán, Baltazar & Moreno, 2012).

Em relação ao **estado civil**, foi encontrado que pessoas divorciadas e viúvas tendem a ter pior qualidade de vida em comparação com as pessoas que são casadas (Ozder, Sekeroglu & Eker, 2014). Contudo, foram encontrados resultados contraditórios, que afirmam que as pessoas casadas revelam pior qualidade de vida em comparação com pessoas que não estão casadas, que segundo o autor pode ser explicado pelo facto de que os doentes casados têm mais responsabilidades, pois para além de cuidar da sua doença, têm que cuidar de outras pessoas (Al-Shehri, 2014).

Ao **nível de escolaridade**, vários estudos referem que com o aumento do nível de escolaridade a perceção de qualidade de vida dos doentes com DM também aumenta, sendo atribuída a pior perceção de qualidade de vida aos doentes com escola primária por concluir em comparação com os doentes com o ensino superior (Gavric & Vujmilovic, 2014). Os resultados do estudo demonstram que é o domínio psicológico que interfere na perceção de qualidade de vida, pois os doentes com escola primária por concluir, referem que desfrutam pouco da vida, sentem dificuldades em se concentrar e em aceitar a sua aparência, e estão insatisfeitos consigo mesmo comparativamente com os doentes com ensino superior, que aproveitam a vida, facilmente se concentram, aceitam a sua aparência e estão satisfeitos com a sua vida (Gavric & Vujmilovic, 2014). Outros autores explicam que os doentes diabéticos com ensino superior percecionam ter mais apoio social, uma autoestima positiva, uma melhor compreensão acerca da doença, do

tratamento e das suas complicações (Martínez, Aguiar, Pacheco & Martínéz, 2008). E, pelo contrário, os resultados de outro estudo, indicam que pessoas com maior nível de escolaridade tendem a ter uma pior qualidade de vida, pois de acordo com os resultados do estudo, os doentes que têm mais escolaridade, sentem-se mais ansiosos e preocupados com o conhecimento e decurso da doença (Estrada et al., 2012).

Relativamente ao **tempo de diagnóstico**, autores defendem que os doentes com DM com datas mais antigas de diagnóstico da diabetes apresentam menor qualidade de vida em comparação com aqueles com um diagnóstico mais recente, pois os doentes com diagnóstico mais antigo, percecionam mais limitações físicas, pouca resistência física, sentem-se pouco satisfeitos com o tratamento e com a dieta, apresentam maiores preocupações financeiras e declínio na saúde em geral, emocional e mental, revelando pior perceção da sua QV (Kumar & Krishna, 2015), o mesmo é confirmado, por outro estudo em que os doentes com DM, com diagnóstico há menos de 10 anos têm melhor qualidade de vida, que segundo os autores é explicado pelo facto de terem há menos tempo diabetes e por isso têm menos tendência a desenvolver complicações, e porque desfrutam de mais apoio da família por ser algo recente e de adaptação, apresentando assim uma visão mais otimista da sua QV (Spasic et al., 2014).

Segundo Khalili e colaboradores (2016), muitas pessoas com DM fazem **uso do tratamento com insulina**, para obter um melhor controlo do açúcar no sangue e para reduzir o risco de complicações da diabetes, no entanto, os doentes com DM podem recusar o tratamento com insulina devido à sua injeção dolorosa, por trazer limitações nas atividades diárias e hipoglicemia (Khalili, Sabouhi, Abazari & Aminorrova, 2016).

Assim, o tratamento com insulina poderá ter efeitos positivos e negativos na qualidade de vida dos doentes com DM, sendo que foi encontrado que os doentes que não tomam insulina percecionam melhor qualidade de vida, que segundo os autores, apesar da terapia com insulina ser uma das opções mais importantes no tratamento da diabetes, alguns doentes não estão dispostos a usar insulina, mesmo que necessitem, estando a qualidade de vida associada a uma das várias razões dessa recusa, demonstrando que os doentes que não tomam insulina sentem-se mais satisfeitos com a diabetes e com os seus efeitos e têm menos preocupações sobre a diabetes e menos preocupações ao nível sócio-ocupacional (Khalili et al., 2016). Em contrapartida, os doentes que tomam insulina apresentam uma pior qualidade de vida em comparação com os doentes que seguem uma dieta e tomam antidiabéticos orais, pois o facto de a terapia com insulina começar em estágios avançados da diabetes ou quando apareceram as complicações da diabetes, leva a que os doentes percecionem uma pior qualidade de vida (Cases, Gamisans, Llach, Villar & Alcázar, 2003).

Outro fator que afeta a QV são as **complicações crónicas** associadas à diabetes, uma vez que a diabetes é uma doença ainda sem tratamento absolutamente satisfatório, cujo principal

problema clínico reside nas suas complicações crónicas. A prática clínica sugere que as sequelas crónicas da diabetes podem ter um impacto significativo na vida destes doentes (Silva, Pais-Ribeiro, Cardoso, & Ramos, 2003). Resultados encontrados mostram que a elevada prevalência de sintomas das complicações crónicas combinada com o seu impacto negativo parecem causar uma diminuição da QV dos doentes diabéticos e da sua utilidade, quer do ponto de vista individual, quer social (Hahl et al., 2002).

Atualmente parece ser consensual que o **apoio social** deve ser compreendido como uma experiência pessoal e não como um conjunto objetivo de interações e trocas, sendo reconhecido o papel fulcral da intensidade com que o indivíduo se sente desejado, respeitado e envolvido (Silva et al., 2003). A diabetes pode afetar adversamente o funcionamento psicossocial e a qualidade de vida dos indivíduos acometidos, repercutindo-se nos domínios físico, social e psicoemocional. Esse impacto dependerá da perceção do paciente e da sua família, da forma como lidam com o autocuidado e com o decurso da doença e do funcionamento familiar como um todo. Os amigos constituem um importante recurso de apoio social aos diabéticos, principalmente entre os adolescentes (Almeida, Silveira, Santo, Pereira & Salomé, 2013).

O estudo realizado por Silva e colaboradores (2003), evidenciou que os doentes com DM que referem maior satisfação com o apoio social apresentam uma melhor qualidade de vida, o que acaba por reforçar a ideia segundo os autores, que a perceção do apoio social desempenha um papel importante no controlo glicémico e na qualidade de vida dos indivíduos com diabetes e sublinham, uma vez mais, a necessidade de valorizar este aspeto no contexto de cuidados de saúde (Silva et al., 2003).

2.4. Sintomas Psicopatológicos na Diabetes Mellitus

A Organização Mundial de Saúde refere que a saúde mental, a saúde física e a social são componentes da vida estreitamente interligados e profundamente interdependentes e à medida que cresce a compreensão deste relacionamento, mais evidente se torna que a saúde mental é indispensável para o bem-estar dos indivíduos (WHO, 2001).

O diagnóstico da diabetes é um grande desafio para muitas pessoas, uma vez que impõe múltiplas exigências que abrangem todos os aspetos do quotidiano, caracterizando-se a vivência destes doentes por sucessivas alterações e estados de desequilíbrio relacionados com alterações biofísicas e por reajustamentos psicológicos que conduzem frequentemente a situações de desgaste (Amorim & Coelho, 2008). Saber que se tem diabetes pode mudar a vida da própria

pessoa e por conseguinte da sua família, que podem experimentar sentimentos de choque, ansiedade, descrença, culpa, medo, zanga, dor, vergonha, receio de ser estigmatizado, depressão, desespero, desamparo e solidão. Por outro lado, a pessoa pode também sentir esperança, coragem e um aumento da confiança, que mostra que a resposta ao diagnóstico é variada e condicionada por um leque de fatores biológicos, psicológicos e sociais que podem afetar a saúde mental (Serrabulho, Matos, Nabais & Raposo, 2016).

A DM é um exemplo flagrante da inter-relação com a psicopatologia, e de como uma boa saúde mental terá um papel determinante no controlo adequado da doença (Amorim & Coelho, 2008). Sendo largamente documentado na literatura a maior probabilidade de desenvolvimento de sintomatologia depressiva e ansiosa em pessoas com diabetes (Santos et al., 2014).

Quando se inicia o tratamento da DM, a pessoa vivencia sentimentos e comportamentos que dificultam a aceitação da sua nova condição de saúde crónica, e, conseqüentemente recusa-se a adotar hábitos saudáveis, que possam permitir lidar com as limitações decorrentes desta patologia (Péres, Santos, Zanetti & Ferronato, 2007). Os sentimentos que acompanham o adoecer são negativos, uma vez que os doentes têm que submeter-se a procedimentos diferentes e invasivos, que podem culminar com sentimentos de inferioridade, medo, raiva, ansiedade e depressão (Marcelino & Carvalho, 2005).

As variáveis psicológicas que têm vindo a ser foco de análise no contexto da Diabetes Mellitus e das suas complicações são numerosas, destacando-se a adesão ao tratamento, ansiedade, depressão, estratégias adotadas para lidar com a doença, stress, autoestima, autoconceito, crenças relacionadas com a diabetes e o seu tratamento, entre outras (Silva, Pais-Ribeiro & Cardoso, 2004). A adaptação à doença crónica é sempre um processo contínuo e dinâmico, com fases de maior equilíbrio e aceitação e outras de maior ansiedade, revolta ou depressão, que têm a ver com os padrões individuais de cada pessoa (Serrabulho et al., 2016). De seguida, serão abordadas duas das perturbações psicopatológicas mais frequentemente associadas à DM, a ansiedade e a depressão.

2.4.1. Diabetes Mellitus e Ansiedade

A ansiedade é o termo utilizado para expressar um sentimento de apreensão, preocupação, inquietação ou temor (Rodrigues, Branco, Pereira & Afonso, 2014). Pode ser considerada como uma reação natural e fundamental para a autopreservação. Porém a ansiedade, também pode ter repercussões negativas para o indivíduo, se for excessiva e de prolongada duração, pois em vez de contribuir para o confronto da situação que causa ansiedade, limita, dificulta ou impossibilita a sua capacidade de adaptação (Claudino & Cordeiro, 2006). Pode ser

desencadeada, entre outros fatores, por situações de stress, sendo uma consequência da dificuldade em gerir os recursos disponíveis para manter o equilíbrio (Rodrigues et al., 2014).

Segundo as estimativas da *Organização Mundial de Saúde*, a proporção da população global com transtornos de ansiedade, em 2015, é estimada em 3,6%. Aproximadamente, 264 milhões de pessoas em todo o mundo vivem com transtornos de ansiedade, tendo vindo a aumentar cada vez mais desde 2005. Como acontece com a depressão, os transtornos de ansiedade são mais comuns entre as mulheres (4,6%) do que nos homens (2,6%) (WHO, 2017).

Os resultados de uma meta-análise demonstraram que a DM está associada a uma maior probabilidade de ter transtornos de ansiedade e sintomas elevados de ansiedade, referindo que a ansiedade leva a piores resultados na diabetes (Smith et al., 2013). No estudo realizado por Tuncay e colaboradores (2008), com adultos com DM1 e DM2, 79% dos participantes apresentam ansiedade, e entre as várias estratégias utilizadas para a redução dos sintomas salientam-se: a aceitação da doença, apego à religião, capacidade de planeamento e suporte emocional, concluindo assim, que a ansiedade pode ser um indicador de sofrimento psicológico associado ao DM (Tuncay, Musabak, Gok & Kutlu, 2008). Outros autores constataram que doentes com DM2 com complicações (e.g. úlceras no pé, nefropatias) e do sexo feminino têm níveis mais altos de ansiedade, em comparação com doentes com diabetes sem complicações e do sexo masculino (Rehman & Kazmi, 2015). Smith e colaboradores (2013), constatou ainda que a ansiedade pode também constituir um fator de risco para o desenvolvimento de diabetes tipo 2.

Assim, pode concluir-se que a ansiedade é uma das patologias mais frequentes associadas à diabetes e com possível impacto na adesão ao tratamento e prognóstico da doença (Santos et., 2014). Mostrando que a ansiedade quando acima dos seus valores normais de intensidade, pode ter impacto negativo na qualidade de vida de pessoas com diabetes (Boarolli, Ferreira, Bavaresco, Felipe & Amboni, 2014).

2.4.2. Diabetes Mellitus e Depressão

A depressão é uma perturbação do humor caracterizada por sentimentos de tristeza, desamparo, diminuição ou perda de interesse em realizar atividades. Estes sintomas podem ser acompanhados de sensação de inutilidade ou culpa excessiva, alterações de apetite (ganho ou perda de peso), insônia ou sonolência excessiva, queixas somáticas, fadiga, pensamentos negativos e diminuição da concentração (Aguiar et al., 2011). A depressão é outra condição com alta prevalência em todo o mundo. A proporção da população global com depressão, em 2015, é estimada em 4,4%. Aproximadamente 322 milhões de pessoas em todo o mundo sofre

de depressão, sendo mais comum entre as mulheres (5,1%) do que nos homens (3,6%) (WHO, 2017).

A Diabetes Mellitus é considerada uma das doenças mais exigentes em termos psicológicos e comportamentais no que engloba às doenças crónicas, pois 95% do tratamento da diabetes é conduzido pelo paciente (Ciechanowski, Katon & Russo, 2000). A depressão na diabetes pode levar a piores resultados e ao aumento do risco de complicações, reduzindo a aderência à monitorização da glicose, o exercício físico, a dieta e os regimes de medicação (Ciechanowski et al., 2000).

Os resultados de uma meta-análise sobre a prevalência de depressão em adultos com DM1 ou DM2, indicam que a depressão é duas vezes mais prevalente em diabéticos do que em pessoas sem diabetes, não contribuindo para a sintomatologia depressiva as variáveis género, tipo de diabetes ou método de avaliação. A prevalência da depressão foi significativamente maior nas mulheres diabéticas (28%) do que em homens diabéticos (18%) (Anderson, Freedland, Clouse & Lustman, 2001). Outros autores defendem que os fatores que podem influenciar o estado de depressão na DM, é ter idade mais jovem, ser do sexo feminino, com menos escolaridade, não ser casado, ter hábitos tabágicos, maior comorbilidade médica não diabética, e uso de tratamento com insulina (Katon et al., 2004).

Noutro estudo, a associação entre DM e depressão foi confirmada, referindo os autores que a diabetes e a depressão são condições debilitantes que estão associadas a morbilidade significativa, mortalidade e a custos de saúde. A depressão em pessoas com diabetes está associada à diminuição da adesão ao tratamento, controlo metabólico fraco, maiores taxas de complicações, menor qualidade de vida, aumento do uso e custo de saúde, aumento da incapacidade e perda da produtividade e aumento do risco de morte (Egede & Ellis, 2010).

A presença de depressão em doentes diabéticos pode ter um impacto negativo no decurso da doença. Na DM1, estudos mostram que doentes depressivos apresentam mais hipóteses de não aderir ao tratamento médico do que em doentes sem depressão, e que os sintomas depressivos influenciam negativamente o paciente diabético, diminuindo os seus comportamentos de autocuidado necessários para o sucesso do tratamento (Coutinho et al., 2014).

Um estudo realizado por McGrady e colaboradores (2009) com o objetivo de determinar uma associação entre sintomas depressivos e controlo glicémico na DM1, concluiu que um quarto dos participantes preencheu critérios para sintomas depressivos. O que significa que os participantes com DM1 e sintomas depressivos elevados podem ter problemas para iniciarem as tarefas de gestão da diabetes, bem como executá-las, acreditando que são incapazes (McGrady, Laffel, Drotar, Repaske & Hood, 2009). Pelo contrário um estudo mais recente feito por Serrabulho et al. (2016), com jovens adultos com DM1, revela que a maior parte dos jovens

referem boa autoestima, sentimentos positivos, motivação e perceção da probabilidade de alcançar objetivos de vida que sejam significativos.

2.5. Prevenção e Controlo da Diabetes Mellitus

A Diabetes Mellitus constitui hoje um dos maiores desafios da Saúde Pública, e está relacionada com a combinação de um conjunto de fatores genéticos, comportamentais, sociais e ainda da vida intrauterina (Boavida, 2016). O crescimento da diabetes em todo o mundo corresponde às mudanças mundiais seculares nos estilos de vida que resultam da mobilidade social ascendente e da rápida urbanização, um exemplo disso, são os migrantes intra-países que se deslocam das zonas rurais para as zonas urbanas, ou que passam da pobreza para a riqueza, que podem assumir postos de trabalho mais sedentários, muito diferentes do seu antigo trabalho intensivo e adotarem dietas menos saudáveis (Afable & Karingula, 2016).

A prevenção da diabetes e de outras doenças metabólicas crónicas tornou-se extremamente importante, exigindo ação imediata dos indivíduos, da sociedade e do governo (Shi, 2016). As complicações da diabetes podem ser evitadas/minimizadas por uma alimentação saudável, atividade física regular, manter um peso corporal normal e evitando o tabaco. É fundamental uma ação coordenadora a nível da política nacional e internacional para reduzir a exposição aos fatores de risco conhecidos para a diabetes e melhorar o acesso e qualidade dos cuidados (Martins & José, 2013).

A *Federação Internacional de Diabetes* assume a liderança estratégica global da diabetes no mundo desde 1950, contando com a participação de mais de 230 associações nacionais da diabetes em mais de 170 países. Tem como missão desenvolver o tratamento e a prevenção da diabetes em todo o mundo, e tem como objetivos desenvolver e incentivar práticas na gestão da diabetes na política e para apoiar a educação das pessoas com risco de desenvolver diabetes e incentivar a melhoria dos cuidados de saúde (IDF, 2015).

Muitos são os estudos de vários países, que refletem de forma global sobre os principais temas em que é necessário intervir no que concerne à diabetes, como por exemplo estudos sobre o estilo de vida, que incluem estudos explorando a mudança de comportamento e motivação, quais os mecanismos, moderadores e mediadores dessa mudança, o autocuidado e a autogestão, incluindo aspetos da promoção de saúde do cuidado do diabético, qual o papel da família, o apoio dos pares e de outros cuidadores (Protheroe, Rowlands, Bartlam & Zamir, 2017).

Em Portugal, foi criado o Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Diabetes (PNPCD), que é dos mais antigos programas nacionais de Saúde Pública, existe desde a década de setenta, e tem vindo a sofrer uma sucessão de revisões, de acordo com os serviços de saúde e das suas políticas vigentes (DGS, 2008). O objetivo é inverter a tendência do crescimento exponencial e das complicações da diabetes, onde se procurou envolver os doentes, a comunidade científica, a indústria farmacêutica, o Ministério da Saúde, as farmácias, os distribuidores de produtos farmacêuticos, com vista à melhoria do acesso dos diabéticos aos dispositivos indispensáveis ao controlo e vigilância da diabetes (DGS, 2008).

Teoricamente, a prevenção da diabetes pode definitivamente ser bem-sucedida e viável, e exige a remodelação e manutenção de um novo modo de vida. Em primeiro lugar, a prevenção da diabetes exige restrições ao comportamento humano, orientação científica e anos de persistência e autodisciplina. Em segundo lugar, o efeito da prevenção da diabetes pode manifestar-se 10 ou mesmo 20 anos mais tarde, o que é difícil de ser reconhecido pelo sistema de avaliação de hoje, uma vez que a sociedade prefere sucesso rápido e benefícios imediatos. Apesar disso, é óbvia a necessidade de organizar atividades de diferentes tipos, como a educação e rastreios, e programas quer a nível local ou mais gerais (Shi, 2016).

Concluimos assim, que a prevenção da Diabetes Mellitus é crucial para reduzir a incidência da doença e, assim, minimizar o impacto a nível individual, familiar e de Saúde Pública (Psaltopoulou, Ilias & Alevizaki, 2010).

2.5.1. Estratégias de Intervenção na Prevenção da Diabetes Mellitus

Considerando-se que as doenças crónicas têm um forte impacto na qualidade de vida dos indivíduos afetados, que pode causar a morte prematura e com prejuízos económicos adversos para as famílias, comunidades e sociedade em geral, é necessário planear ações efetivas, integradas, sustentáveis, longitudinais e baseadas em evidências para a prevenção e controlo das doenças crónicas (Silva, Cotta & Rosa, 2013). Assim, os esforços para prevenir a diabetes são necessários, pois podem contribuir significativamente para diminuir a taxa de novos casos (Psaltopoulou et al., 2010).

Ao nível da Diabetes Mellitus as estratégias de intervenção dividem-se em três ramos, todos com o objetivo de prevenir a diabetes: prevenção primária, prevenção secundária e prevenção terciária (DGS, 2008).

A **prevenção primária** é feita através do combate aos fatores de risco conhecidos, incluindo sobretudo, nos fatores de risco vulneráveis da etiologia da diabetes (DGS, 2008), onde procura identificar as pessoas com risco de desenvolver a DM, de modo que as complicações da DM

possam ser prevenidas (Das & Sethy, 2012) e, deverá incidir na modificação dos estilos de vida (sedentarismo, hábitos alimentares inadequados, excesso de peso/obesidade), cessação tabágica e controlo da tensão arterial, glicémia e perfil lipídico (Monteiro, Rosário & Torres, 2007).

Vários estudos confirmam que a expansão epidémica da diabetes só poderá ser combatida com uma intervenção fundamentada na prevenção primária, também porque ela permitirá um diagnóstico precoce e porque a evolução da prevenção terciária começa a estar bem alicerçada em estratégias de proximidade, de diagnóstico e tratamento atempado das complicações e de acesso a cuidados hospitalares (Boavida, 2016).

As intervenções que têm uma forte componente de educação orientada para os comportamentos e estilos de vida saudáveis podem atenuar o impacto das desigualdades sociais no desenvolvimento da diabetes (Santana, Costa, Loureiro, Raposo & Boavida, 2014). Existem trabalhos de investigação científica noutros países que demonstram que a prevenção ou, pelo menos, o atraso do aparecimento da DM2 é possível. Em indivíduos geneticamente vulneráveis ou com alto risco, a combinação de perda de peso moderada, o aumento da atividade física e recomendações alimentares/dietéticas podem levar a uma redução de 60% na incidência da diabetes (Santana et al., 2014). Assim, a prevenção primária adquire uma nova urgência, em que a estratégia de combate à diabetes deverá passar não só pela melhoria dos cuidados de saúde às pessoas com diabetes, e pela deteção dos casos não diagnosticados, mas também pela promoção de estilos de vida saudável e prevenção, em primeiro lugar, da doença junto de pessoas que apresentem um risco acrescido de a vir a desenvolver (Boavida, 2015).

A **prevenção secundária** é a chamada prevenção do desenvolvimento das complicações em doentes com DM (Das & Sethy, 2012), é realizada através do diagnóstico precoce e tratamento adequado, de acordo com o princípio da equidade (DGS, 2008), centra-se sobretudo na deteção precoce da diabetes para que o tratamento possa começar antes que tenham ocorrido lesões irreversíveis (Monteiro et al., 2007). Destina-se a pacientes com intolerância à glicose e a paciente já diagnosticados com diabetes e procura garantir uma boa gestão da doença, atrasar a sua progressão e prevenir complicações agudas e crónicas (Rodriguez et al., 2012).

Após o diagnóstico de DM, a prevenção deve procurar influenciar os doentes diabéticos sobre como ter hábitos saudáveis, a regular a dieta, à prática de exercício, à manutenção do peso corporal e à resistência à insulina, se for o caso. As mudanças no estilo de vida tornam-se relevantes, sobretudo nos doentes com DM2 (Das & Sethy, 2012).

Por último, a **prevenção terciária**, é feita através da reabilitação e reinserção social das pessoas com diabetes (DGS, 2008). Refere-se às atividades clínicas que previnem a deterioração adicional ou reduzem as complicações após o diagnóstico da doença. Nos doentes diabéticos, a

prevenção terciária exige o controlo adequado dos níveis de glicémia, exames oftalmológicos regulares para deteção de retinopatia diabética, educação para os cuidados usuais com os pés, devido ao risco de desenvolverem feridas difíceis de serem curadas, a investigação e tratamento de outros fatores de risco cardiovasculares e que podem levar a complicações, e monitoramento urinário, com o objetivo de introduzir medidas terapêuticas que previnam a instalação de insuficiência renal como complicações da diabetes (Cordeiro, Oliveira, Melzer, Ribeiro & Rigonatti, 2010).

A ingestão excessiva de calorias a longo prazo, o aumento da ingestão de proteínas e lípidos na dieta e a redução das atividades físicas são fatores centrais no desenvolvimento da diabetes. Assim, para se obter sucesso deve-se começar com o ajuste de mudanças nos estilos de vida (Shi, 2016). Alguns dos hábitos de estilo de vida que adquirimos têm efeitos nocivos para a nossa saúde e principalmente para aqueles que têm diabetes, por isso o tópico seguinte, apresenta algumas alterações que devem ser feitas com o objetivo de diminuir a prevalência e minimizar as complicações da diabetes e sobre como o papel dos psicólogos pode assumir-se como relevante.

2.5.1.1. Alterações no Estilo de Vida

As pessoas com Diabetes Mellitus precisam de ser apoiadas para realizar mudanças necessárias no seu estilo de vida e instruídas sobre como fazê-lo. As ações cognitivo-comportamentais que promovam mudança de comportamento e aderência às recomendações, bem como programas de educação em saúde que visam a promoção e o apoio ao autocuidado fazem parte do tratamento da DM e, como tal, essas estratégias devem ser reforçadas na abordagem do diabético (Couto, Santana, Santos & Santos, 2014). Realizar conscientemente alterações no estilo de vida facilita a gestão da doença e melhora a qualidade de vida da pessoa diabética. No entanto, mudar comportamentos revela-se difícil, sobretudo se levar a perdas ao longo do tempo, tanto a nível individual como social (Pinto, Parreira & Basto, 2014).

As mudanças no estilo de vida são difíceis de conseguir dada as interações deste com diversos outros aspetos do quotidiano e da vida urbana como seja: falta de tempo, falta de tranquilidade e, portanto, ansiedade, e difícil acesso a padrões de comportamento e de consumo mais satisfatórios do ponto de vista da saúde (Viana, 2012).

O primeiro foco de modificação em relação ao paciente diabético é o alcance e manutenção de um **bom estado nutricional** (Souza & Silvestre, 2013). A terapia de nutrição é geralmente recomendada em todos os níveis de prevenção, na primária, secundária e terciária (Psaltopoulou et al., 2010). Uma alimentação racional, que tenha em conta as necessidades do organismo e tome em consideração as propriedades preventivas de alguns nutrientes, é hoje,

um aspeto determinante de um estilo de vida saudável para as pessoas de diferentes grupos etários e, em muitos casos, um cuidado imprescindível em grupos com patologia crónica ou aguda, como é o caso da diabetes (Viana, 2002).

A análise das mudanças alimentares, recentemente verificadas nas dietas dos diversos países do mundo, revela um aumento considerável do consumo de gorduras e açúcares. Apesar de serem conhecidas as implicações para a saúde do consumo exagerado de lípidos e proteínas animais, ou de algumas dietas desequilibradas e deficitárias em nutrientes, alterar os hábitos alimentares é uma tarefa difícil de conseguir (Viana, 2002). O que se recomenda é a restrição de açúcares simples e a preferência por alimentos ricos em fibras, pois a fibra alimentar promove o aumento da sensibilidade muscular à insulina, com redução da hiperglicémia, e favorece a menor absorção de gorduras e o aumento da saciedade, com auxílio no controlo de peso (Souza & Silvestre, 2013).

As mudanças alimentares só terão êxito ao investigar-se minuciosamente o comportamento alimentar do doente diabético (Bráulio & Moreira, 2006). Para isso, é fundamental que haja a orientação do profissional nutricionista ao paciente, para que este possa seguir a dieta recomendada às necessidades, de acordo com o seu ritmo de vida, horários, situação financeira, preferências alimentares entre outros aspetos (Souza & Silvestre, 2013). Assim, ao definir os objetivos das mudanças alimentares, deve-se procurar atingir o equilíbrio entre a necessidade do controlo metabólico e o bem-estar do paciente, em que a qualidade de vida de cada paciente deve ser sempre considerada prioritária (Bráulio & Moreira, 2006).

Outro aspeto de modificação em relação ao paciente diabético é a **prática de atividade física regular**. Várias organizações internacionais recomendam a atividade física de uma forma geral e o exercício físico em particular, como uma estratégia de intervenção não farmacológica e de modificação do estilo de vida, fundamental na prevenção, tratamento e controlo da diabetes e dos problemas cardiovasculares associados, tendo um efeito positivo no controlo glicémico (Mendes, Sousa, Reis & Barata, 2011). O exercício físico é reconhecido como uma arma terapêutica fundamental, tão importante quanto a terapêutica medicamentosa e/ou nutricional (Guerra, Nunes, Dias & Ribeiro, 2006).

O excesso de peso corporal prejudica a regulação metabólica dos doentes diabéticos, devido à insulino-resistência provocada pelo aumento da massa gorda, sendo por isso aconselhável que todos eles mantenham o seu peso dentro dos parâmetros adequados para a sua altura, idade e sexo (Guerra et al., 2006). A prática regular de exercício pelo doente diabético, acarreta muitos benefícios, destacando a manutenção e regularização do peso corporal, o aumento da sensibilidade periférica à insulina e da tolerância à glicose, traduzidas na obtenção de um melhor controlo metabólico e um melhor funcionamento do sistema cardiovascular (Guerra et al., 2006). Além dos benefícios fisiológicos, destacam-se também os benefícios a nível

psicológico e social, como a melhoria da autoestima e autoconfiança, favorece a sociabilidade e melhora o bem-estar e, por consequência a qualidade de vida (Cambri & Santos, 2006).

Contudo, alguns autores referem que apesar dos benefícios incontestáveis do exercício físico regular, os diabéticos com complicações crónicas devem estar conscientes dos potenciais perigos do exercício físico, e para evitar algumas consequências da prática de exercício, é necessário adotar uma atitude vigilante com estes pacientes de risco e ajustar cuidadosamente o tipo e a intensidade do exercício a cada situação individual (Nakhanakhup, Moungmee, Appell & Duarte, 2006).

Para que a prática de exercício tenha êxito, a prescrição efetiva de exercício para o doente diabético deve incluir recomendações sobre o tipo, modo, duração, intensidade, frequência e progressão do exercício, devendo também atender aos interesses, necessidades, horários e contexto socioeconómico de cada indivíduo (Mendes et al., 2011). Uma vez que, o exercício físico pode ser um contexto particularmente exigente, atendendo aos diversos fatores capazes de influenciar a glicémia, nomeadamente: o tipo e a duração do exercício físico, o tempo decorrido desde a última refeição, a dose e o local de administração da insulina, a glicémia no início da atividade desportiva. Por outro lado, o receio da hipoglicémia pelo doente, que pode ocorrer durante o exercício físico ou até várias horas depois, limita a sua prática regular e consequentemente os seus benefícios (Pereira, Neto, Moleiro & Gama, 2015).

Os resultados de um programa para avaliar o impacto da intervenção no estilo de vida, por meio da atividade física e pela dieta, demonstraram que a incidência da diabetes foi reduzida para 58% na população considerada de alto risco, ou seja, o estímulo à dieta saudável e à prática de exercício tornam-se numa hipótese significativa na prevenção da DM (Diabetes Prevention Program Research Group, 2002).

Apesar dos conhecimentos atuais sobre os benefícios da modificação do estilo de vida na prevenção e no tratamento da diabetes, alterar hábitos é muito difícil e como consequência, temos assistido a um aumento gradual da prevalência da diabetes. Esta realidade é inegável, apesar de dispormos de terapêuticas farmacológicas eficazes, tecnologias avançadas, progressos na educação e nas estratégias de prevenção da diabetes (Medina, Souto & Ferreira, 2015). Verifica-se que hoje em dia a preocupação dos profissionais de saúde é procurar soluções que minimizem o sofrimento das pessoas com diabetes, melhorando o controlo da doença e a redução das complicações, favorecendo a qualidade de vida. A indústria farmacêutica, os laboratórios de investigação e a tecnologia têm, neste caso, um papel fundamental na procura de soluções que cumpram todos estes requisitos (Medina et al., 2015).

Na prática assistencial deparamo-nos com o impacto que a diabetes tem sobre a saúde da população e com a dificuldade de adesão dos seus acometidos aos comportamentos preventivos

(Xavier, Bittar & Ataíde, 2009). Uma das várias preocupações dos profissionais de saúde está relacionada com a educação, pois é um dos pontos fundamentais no tratamento da diabetes, onde é também necessária a motivação do indivíduo para a aquisição de novos conhecimentos e para o desenvolvimento das habilidades nas mudanças de hábitos (Xavier et al., 2009). A complexidade da Diabetes Mellitus, o impacto na qualidade de vida e a importância da prevenção das complicações tão precocemente quanto possível são aspetos cruciais a considerar na gestão da doença. E para obter um tratamento bem-sucedido é necessário existir uma parceria entre o doente, a família, os médicos e outros profissionais de saúde, tais como, enfermeiros, farmacêuticos, psicólogos, nutricionistas e profissionais de desporto. Todos estes elementos contribuem para a terapêutica global da doença, essencial para o sucesso do tratamento e para a criação de uma rede de cuidados com enfoque no doente diabético (Sá et al., 2016).

Ao nível do **trabalho do psicólogo**, este desenvolve-se, quer seja individualmente ou em grupo, e tem como principal objetivo a elaboração e aceitação da doença para conseguir uma melhor qualidade de vida por parte dos doentes diabéticos, pois torna-se essencial para muitos doentes diabéticos sentir que existe um espaço onde podem conversar com outras pessoas que se encontram na mesma situação, e assim partilhar medos, preocupações, problemas, ansiedades e dificuldades, e ao mesmo tempo aprender estratégias para lidar com situações mais difíceis que se confrontam no seu quotidiano (António, 2010).

O psicólogo deve participar na educação sobre a diabetes, transmitindo ao doente e à sua família a realidade que implica ter uma doença crónica e quais as consequências a nível psicológico e possíveis soluções que podem ajudar a melhorar o controlo sobre a doença. Os objetivos do psicólogo passam por: 1) detetar problemas psicossociais dos doentes e o seu meio ambiente (e.g. família, amigos, trabalho); 2) avaliação cognitiva, a fim de otimizar as informações; 3) avaliação da qualidade de vida como resultado de diferentes intervenções; 4) transtornos alimentares e dependência de álcool, tabaco e outras drogas; 5) deteção de doentes de alto risco; 6) depressão, ansiedade, apatia e ideação suicida e 7) adesão ao tratamento (Garcia et al., 2012).

Portanto, trabalhar a aceitação da doença e a motivação do doente para seguir a terapêutica, o autocuidado, a prática de atividade física, a dieta e o equilíbrio emocional fazem parte do trabalho da psicologia, através da psicoeducação e orientação do doente (Lima, 2015). O psicólogo assume um papel relevante, ao ajudar os doentes com diabetes a melhorar o controlo glicémico, a aumentar a atividade física, a melhorar a alimentação e a reduzir o peso (Hunt, 2011), para tal procura aumentar a motivação do doente, para que se sinta capacitado para mudar os seus comportamentos, com o objetivo de melhorar a sua saúde, facilitando a motivação intrínseca para mudanças, explorando e resolvendo a ambivalência sentida pelo doente diabético (Baumann, & Dang, 2012).

Parte II - Estudo Empírico

Capítulo 3: Metodologia

No presente capítulo pretende-se descrever a metodologia adotada, neste sentido será realizada uma breve apresentação do estudo, onde estarão presentes os objetivos do mesmo, bem como as hipóteses a serem testadas estatisticamente. Posteriormente será apresentada uma caracterização da amostra, para permitir uma melhor perceção da população alvo desta investigação. Por último, serão descritos os instrumentos utilizados na investigação e os procedimentos efetuados.

3.1. Apresentação do estudo e objetivos

Tendo em conta o enquadramento teórico apresentado, e visto que a Diabetes Mellitus é hoje considerada uma doença em expansão endémica e tem tido uma crescente atenção por parte dos técnicos e das instituições de saúde, torna-se pertinente estudar a perceção de qualidade de vida em doentes diabéticos, sendo a qualidade de vida um conceito vasto e complexo que requer uma análise pormenorizada de vários aspetos que lhe são inerentes. E sabendo que o diagnóstico de DM é um grande desafio para muitos doentes que proporciona sucessivas alterações e estados de desequilíbrio, pretende-se também explorar a presença de sintomas psicopatológicos nos participantes deste estudo.

Para a recolha de dados e tratamento efetivos é necessário planificar o estudo e selecionar a metodologia mais adequada atendendo aos objetivos, problema e variáveis de investigação. Assim, o presente estudo, trata-se de uma investigação empírica, de delineamento transversal e correlacional, como uma metodologia quantitativa, assente na recolha e tratamento estatístico e sistemático dos dados, com vista ao estabelecimento de relações entre as variáveis, tais como: idade, sexo, estado civil, habilitações literárias e características clínicas da diabetes.

O presente estudo preconiza, enquanto objetivo geral: avaliar a qualidade de vida e a presença de sintomas psicopatológicos numa amostra de pessoas diagnosticadas com Diabetes Mellitus, em seguimento nas consultas de diabetologia do Centro hospitalar de São João, E. P. E. (CHSJ), e objetiva-se alcançar os seguintes objetivos: (1) avaliar a qualidade de vida em pessoas com

DM; (2) avaliar a presença de sintomas psicopatológicos em pessoas com DM; (3) explorar se existem diferenças estatisticamente significativas entre características sociodemográficas, como por exemplo, a idade, género, estado civil, nível de escolaridade e a qualidade de vida; (4) explorar se existem diferenças entre as características clínicas relacionadas com a DM, como por exemplo, o tempo de diagnóstico e a administração de insulina e a qualidade de vida; (5) explorar se existem diferenças estatisticamente significativas entre características sociodemográficas, como por exemplo, a idade, género, estado civil, nível de escolaridade e a presença de sintomas psicopatológicos; (6) explorar se existem diferenças entre as características clínicas relacionadas com a DM, como por exemplo, o tempo de diagnóstico e a administração de insulina e a presença de sintomas psicopatológicos

Neste sentido, e seguindo esta linha orientadora, são colocadas as seguintes hipóteses e passíveis de serem verificadas:

H1 - Existem diferenças estatisticamente significativas entre a avaliação da QV e o estado civil.

H2 - Existem diferenças estatisticamente significativas entre a avaliação da QV e habilitações literárias.

H3 - Existem diferenças estatisticamente significativas entre a avaliação da QV em doente do sexo feminino e masculino.

H4 - Existem diferenças estatisticamente significativas entre a avaliação da QV em função da idade.

H5 - Existem diferenças estatisticamente significativas entre a avaliação da QV em função da variável tempo de diagnóstico.

H6 - Existem diferenças estatisticamente significativas entre a avaliação da QV em função da variável tomar insulina.

H7 - Existem diferenças ao nível do índice de sintomas psicopatológicos em função dos doentes diabéticos do sexo feminino e do sexo masculino.

H8 - Existem diferenças no índice de sintomas psicopatológicos em função da variável idade.

H9 - Existem diferenças no índice de sintomas psicopatológicos em função da variável tempo de diagnóstico.

H10 - Existem diferenças no índice de sintomas psicopatológicos em função da variável tomar insulina.

H11 - Existe uma associação estatisticamente significativa entre o índice de sintomas psicopatológicos e a avaliação da QV.

3.2. Método

3.2.1. Participantes

A amostra desta investigação é constituída pelos utentes do Centro Hospitalar de São João, no Porto, com diagnóstico de Diabetes Mellitus, com idades compreendidas entre os 20 e os 70 anos. A amostra total é constituída por 86 utentes, os quais responderam validamente aos questionários aplicados, formando assim a amostra. A recolha de dados foi efetuada enquanto os utentes aguardavam pela consulta externa de Endocrinologia.

Para realização dos questionários havia alguns critérios de inclusão: ser adulto com diagnóstico de diabetes há mais de 6 meses, ter idade compreendida entre os 20 e os 70 anos e que tivessem acompanhamento clínico nas consultas de ambulatório do Centro Hospitalar de São João, E.P.E, no Porto. Assim, a amostra é classificada como sendo não probabilística e por conveniência, na medida em que as informações recolhidas dependem diretamente do interesse e disponibilidade evidenciados pelos sujeitos que compõem a amostra (Martins, 2011).

Relativamente à caracterização geral (cf. tabela 1) da amostra esta foi constituída como já referido por 86 participantes, com idades compreendidas entre os 22 e os 65 anos e, apresentando uma média de 41,48 anos (DP=12,44) e com uma distribuição mais predominante do sexo feminino em relação ao sexo masculino (72,1% do sexo feminino e 27,9% do sexo masculino).

No que concerne ao nível das habilitações literárias a maioria dos participantes (48,8%) tem o 12º ano, sendo que 27,9% tem um curso superior, 11,6 % tem o 9º ano e 11,6 % tem até ao 4º ano. A maioria dos participantes (55,8%) é casado, 31,4% é solteiro, 10,5% é divorciado e 2,3% é viúvo. Relativamente à situação profissional a maioria dos participantes tem um emprego a tempo inteiro (65,1%), e a restante amostra subdivide-se por emprego em regime de tempo parcial (8,1%), desempregados (4,7 %), reformados (7 %) e, alguns dos inquiridos eram estudantes (5,8%) e outros domésticos (5,8 %). Os participantes são principalmente do Porto

(17,4%), e da Maia (15,1 %), seguido de Valongo (9,3 %), de Vila do Conde (7 %), e a restante amostra vai-se dividindo em pequenas percentagens por outros concelhos do distrito do Porto.

A maioria dos participantes (61,6 %) demonstrou-se satisfeita com as informações que têm sobre a doença e o seu tratamento, 34,9 % muito satisfeito e 3,5 % nem satisfeito nem insatisfeito, o mesmo se verifica na satisfação com os cuidados prestados no serviço de saúde (64% referiram estar satisfeitos e 36% muito satisfeitos).

Tabela 1

Frequências e percentagens relativas às características sociodemográficas (n=86)

	Variáveis	Frequência	Percentagem Válida
Sexo	Masculino	24	27,9
	Feminino	62	72,1
	Total	86	100,0
Habilitações Literárias	Até ao 4º Ano	10	11,6
	9º Ano	10	11,6
	12º Ano	42	48,8
	Licenciatura	24	27,9
	Total	86	100,0
Estado Civil	Solteiro (a)	27	31,4
	Casado (a)	48	55,8
	Divorciado (a)	9	10,5
	Viúvo (a)	2	2,3
	Total	86	100,0
Situação Profissional	Estudante	5	6,0
	Doméstico (a)	5	6,0
	Emprego (full time)	56	66,7
	Emprego (part time)	7	8,3
	Desempregado (a)	4	4,8
	Reformado (a)	6	7,1
	Total	86	100,0

Tabela 2

Análise descritiva da característica sociodemográfica idade

Variável	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Idade	86	22	65	41,48	12,44

No que respeita à caracterização clínica (cf. tabela 3) da amostra, o tempo de diagnóstico de diabetes apresenta uma média de 8,4 anos (DP=8,31). A maioria dos participantes (55,8%) refere ter mais algum problema de saúde crónico e 44,2% não indica ter. Dos que referem ter mais problemas, os mais referidos pelos inquiridos foram Asma (9,3%), Colesterol (8,1%), Hipertensão (5,8%) e Tiroide (7%).

Ao nível do acompanhamento psicológico ou psiquiátrico por parte dos participantes, 96,5% não tem nenhum acompanhamento e apenas 3,5% refere aconselhamento psicológico/psiquiátrico. Além disso, 57 % dos participantes referem ter familiares com diabetes, e os parentes mais referenciados pelos inquiridos foram a mãe, pai, avós paternos e maternos, irmão e tios, já 43% refere não ter nenhum familiar com esta doença.

No que concerne a fazer medicação oral para a diabetes, a maioria dos participantes, usa antidiabéticos orais (58,1%) e 41,9% não faz medicação oral. Já em relação à insulina injetável 52,3% faz o controlo dos seus níveis de glicémia através da utilização de insulina e 47,7% não utiliza. A maioria dos participantes (86%) faz o controlo da sua glicémia diariamente (51%), mensalmente (17,4%), e com outro tipo de regularidade (18,6%), referenciando o estado dos níveis de glicémia nas últimas 4 semanas como, mais ou menos (39,5%), bons (27,9%) e maus (19,8%), e cerca de 14% dos participantes refere não fazer um controlo regular da sua glicémia.

No que diz respeito, aos participantes já terem estado internados devido à diabetes a maioria refere nunca precisar de ter sido internado (69,8%), em contrapartida, 30,2% precisou de ser internado. A maioria dos participantes refere já ter efetuado consultas de oftalmologia (86%) devido à diabetes e uma mínima percentagem de 14% ainda não recorreu a nenhuma consulta.

Tabela 3

Frequências e percentagens relativas às características clínicas (n=86)

Variáveis		Frequência	Percentagem Válida
Mais Problemas Crónicos	Sim	48	55,8
	Não	38	44,2
	Total	86	100,0
Famíliares com Diabetes	Sim	37	43,0
	Não	49	57,0
	Total	86	100,0
Tempo de diagnóstico	<10	63	73,3
	>10	23	26,7
	Total	86	100,0
Uso de insulina	Não	41	47,7
	Sim	45	52,3
	Total	86	100,0
Níveis de Glicémia nas últimas 4 semanas	Bons	24	32,0
	Mais ou menos	34	45,3
	Maus	17	22,7
	Total	75	100,0

3.2.2. Instrumentos

Após uma análise, foram selecionados os questionários que se revelaram adequados à recolha de informação relativa aos objetivos propostos, nomeadamente o questionário sociodemográfico, o inventário de sintomas psicopatológicos (BSI) e, o instrumento de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-Bref). Passaremos, então, de seguida, a caracterizar brevemente os instrumentos referidos.

3.2.2.1. Questionário Sociodemográfico

O questionário sociodemográfico foi construído com o objetivo de obter informações acerca do participante e da sua patologia, ou seja, a diabetes. É composto por 28 perguntas essencialmente de cariz sociodemográfico, nomeadamente, informações gerais do participante, como idade, género, habilitações literárias, local de residência e nacionalidade; informações relativas à situação familiar, como o estado civil, número de filhos, se vive sozinho ou acompanhado; informações relativas à situação profissional e por último, informações relativas à condição clínica (e.g. há quanto tempo foi feito o diagnóstico da diabetes, acompanhamento psicológico/psiquiátrico, familiares com diabetes).

A parte final do questionário, é composta por duas perguntas para responder numa escala de *Likert* de 5 pontos, sobre até que ponto está satisfeito com a informação que tem sobre a diabetes e o seu tratamento e até que ponto está satisfeito com a qualidade dos serviços prestados pela instituição de saúde que frequenta.

Por último, é colocada uma pergunta de resposta aberta, sobre qual foi a reação do participante ao saber que tinha diabetes.

3.2.2.2. Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI)

O BSI (Canavarro, 2007 cit. in Pereira & Canavarro, 2010) é um inventário de autorresposta constituído por 53 itens, onde o indivíduo deverá classificar o grau em que cada problema o afetou durante a última semana, numa escala com cinco possibilidades de resposta, desde o Nunca (0) a MUITÍSSIMAS VEZES (4).

O Inventário de Sintomas Psicopatológicos avalia sintomatologia psicopatológica em termos de nove dimensões básicas de psicopatologia (Somatização, Obsessões-Compulsões, Sensibilidade Interpessoal, Depressão, Ansiedade, Hostilidade, Ansiedade Fóbica, Ideação Paranoide e Psicoticismo) e três índices globais: o Índice Geral de Sintomas (IGS) que pondera a intensidade do mal-estar experienciado e o número de sintomas assinalados, o Total de Sintomas Positivos (TSP) que corresponde ao número de queixas sintomáticas apresentadas e o Índice de Sintomas Positivos (ISP) que é a média da intensidade de todos os sintomas assinalados (Pereira & Canavarro, 2010).

Apresentando de forma breve, a dimensão da **Somatização** refere-se ao sofrimento psicológico causado pela perceção de problemas somáticos, estando as queixas centradas no sistema cardiovascular, respiratório, estômago, dores musculares, entre outros; a dimensão das

Obsessões- Compulsões centra-se na identificação de pensamentos e ações com a síndrome obsessivo-compulsiva, em que o assunto experimentado é visto como irresistível, irracional e involuntário; a **Sensibilidade Interpessoal** centra-se em sentimentos de inferioridade e inadequação pessoal, particularmente em comparação com os outros, e na autodepreciação ou desconforto experimentado em situações sociais; os itens da dimensão **Depressão** incluem sintomas clínicos característicos da depressão clínica (e.g. disforia, perda de energia e interesse, desesperança); a dimensão da **Ansiedade** reporta-se a sinais gerais de ataques de ansiedade, tal como agitação, nervosismo e tensão; a **Hostilidade** inclui pensamentos, sentimentos e comportamentos próprios de pessoas com irritabilidade hostil, explosões de temperamento e perda do controlo; a dimensão da **Ansiedade Fóbica** ao contrário da dimensão da ansiedade, esta categoria é definida por medos e sintomas típicos de agorafobia (e.g. medo de permanecer sozinho, para viajar, espaços abertos); e por fim a **Ideação Paranóide** representa o comportamento paranóide como um modo perturbado de funcionamento cognitivo e inclui sentimentos de hostilidade, desconfiança, perda de projeção e medo da perda de autonomia; o **Psicoticismo** abrange indicadores de isolamento e de estilo de vida esquizoide, assim como sintomas primários de esquizofrenia como alucinações e controlo do pensamento (Derogatis & Melisaratos, 1983 cit. in Ramírez, Álvarez & Galán, 2000).

Existem quatro itens do BSI (falta de apetite, insónia, pensamentos sobre o morte e culpa) que não podiam estar atribuídos a qualquer dimensão específica, assim são incluídos no instrumento como “itens adicionais” (Derogatis & Melisaratos, 1983 cit. in Ramírez et al., 2000).

Os estudos psicométricos efetuados na versão portuguesa revelaram que a escala apresenta níveis adequados de consistência interna para as nove escalas, com valores de alfa de Cronbach entre 0,62 (psicoticismo) e 0,80 (somatização) e coeficientes teste-reteste entre 0,63 (ideação paranóide) e 0,81 (depressão) (Monteiro, Tavares & Pereira, 2008). Foram definidos pontos de corte entre indivíduos perturbados emocionalmente e a população geral, utilizando-se o Índice Geral de Sintomas. Assim, com uma nota no IGS ≥ 1.7 , é possível encontrarmos pessoas perturbadas a nível emocional, e abaixo desse valor, indivíduos da população geral (Pereira & Canavarro, 2010).

No que diz respeito à análise de confiabilidade do instrumento, o presente estudo obteve um alfa de Cronbach de 0.88 (cf. tabela 4), o que corresponde a uma consistência interna muito boa.

Tabela 4

Cálculo da confiabilidade do Inventário de Sintomas Psicopatológicos através do Alfa de Cronbach

Alfa de Cronbach	N de itens
.882	53

3.2.2.3. World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-Bref)

Dada a necessidade de avaliar a qualidade de vida, o Grupo WHOQOL, integrando 15 centros de investigação internacionais, desenvolveu um instrumento genérico de Qualidade de Vida - o World Health Organization Quality of Life Instrument - WHOQOL - 100 (WHOQOL Group, 1995, cit. in Pereira, Melo, Gameiro & Canavarro, 2011).

O WHOQOL - 100 é um instrumento multidimensional, constituído por 100 questões agrupadas em 24 facetas específicas (por faceta entende-se a descrição de um comportamento, estado, capacidade ou percepção ou experiência subjetiva) que por sua vez se agrupam em seis domínios (físico, psicológico, nível de independência, relações sociais, ambiente, e aspetos espirituais/religião/crenças pessoais) (Pereira et al., 2011).

Contudo, a necessidade de um instrumento de avaliação da qualidade de vida que demorasse menos tempo a preencher do que a versão original do instrumento, e que revelasse igualmente características psicométricas satisfatórias, levou o Grupo de Qualidade de Vida da OMS a desenvolver uma versão reduzida do WHOQOL - 100: o WHOQOL - Bref (Serra et al., 2006).

O WHOQOL - Bref é constituído por 26 perguntas, sendo duas mais gerais, relativas à percepção geral de qualidade de vida e à percepção geral de saúde, e as restantes 24 representam cada uma das 24 facetas específicas que constituem o instrumento original. Enquanto na versão longa do instrumento de avaliação da qualidade de vida da OMS cada uma das facetas é examinada por 4 perguntas, no WHOQOL - Bref cada uma das facetas é avaliada por apenas uma pergunta. Desta forma, este instrumento conserva as 24 facetas do WHOQOL - 100 e mantém a essência subjetiva e multidimensional do conceito de qualidade de vida (Serra et al., 2006).

Os itens estão organizados em escalas de resposta tipo *Likert* de 5 pontos, que permitem classificar a intensidade (medida em que o indivíduo experiencia determinado estado ou situação), a capacidade (disponibilidade da pessoa para um certo comportamento, sentimento ou estado), a frequência (número de vezes em que determinado comportamento, sentimento ou estado ocorre) e a avaliação (percepção pessoal sobre um comportamento, capacidade ou estado), consoante a especificidade da faceta avaliada no item (Serra et al., 2006).

O WHOQOL - Bref está organizado em quatro domínios: Físico, Psicológico, Relações Sociais e Ambiente. A análise dos itens extraídos mostrou que uma estrutura fatorial de quatro domínios era a que melhor se adequava aos resultados obtidos (Serra et al., 2006). Cada um dos domínios é composto por um conjunto de facetas, divididas e avaliadas individualmente em cada uma das questões presentes no questionário, nomeadamente:

- a) **Domínio Físico:** as facetas envolvem dor e desconforto (item 3), energia e fadiga (item 10), sono e repouso (item 16), mobilidade (item 15), atividade de vida diária (item 17), dependência de medicação ou tratamentos (item 4), capacidade de trabalho (item 18) (Canavarro et al., 2003; Serra et al., 2006).
- b) **Domínio Psicológico:** sentimentos positivos (item 5), pensamento, aprendizagem, memória e concentração (item 7), autoestima (item 19), imagem corporal e aparência (item 11), sentimentos negativos (item 26) e espiritualidade/religião/crenças pessoais (item 6) (Canavarro et al., 2003; Serra et al., 2006).
- c) **Domínio das Relações Sociais:** relações pessoais (item 20), apoio social (item 22) e atividade sexual (item 21) (Canavarro et al., 2003; Serra et al., 2006).
- d) **Domínio do Meio Ambiente:** segurança física (item 8), ambiente e lar (item 23), recursos económicos (item 12). Cuidados de saúde e sociais, disponibilidade e qualidade (item 24), oportunidades para adquirir novas informações e competências (item 13), participação e/ou oportunidades de recreio e lazer (item 14); ambiente físico (população/barulho/trânsito/clima) (item 9) e transporte (item 25) (Canavarro et al., 2003; Serra et al., 2006).

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

O Centro de Avaliação da Qualidade de Vida para Português Europeu, decidiu transformar os resultados do WHOQOL-Bref numa escala de 0 a 100, à semelhança do instrumento original (Pedroso, Pilatti, Gutierrez, Santos & Picinin, 2011). Neste sentido, cada domínio do WHOQOL-Bref é calculado através da média dos resultados das questões que o constituem. Posteriormente, a média é multiplicada por 100. A sua interpretação é feita de forma linear, pelo que, resultados mais elevados correspondem a uma melhor qualidade de vida. Os resultados deverão ser sempre analisados tendo em conta as pontuações obtidas nos 4 domínios do WHOQOL-Bref, não havendo uma pontuação total do instrumento. As indicações, sobre a faceta geral de qualidade de vida, são obtidas através dos resultados relativos à percepção geral de qualidade de vida e à percepção geral de saúde (Moreira, Silva & Canavarro, 2008). O procedimento de pontuação do WHOQOL-Bref foi executado de acordo com as indicações dos autores e de acordo com a sua sintaxe.

Segundo Canavarro et al. (2003) e Serra et al. (2006), a consistência interna da escala é aceitável, reportando-se quer ao cálculo de cada um dos seus domínios (Físico .87, Psicológico

.84, Relações Sociais .64 e Meio Ambiente .78), como também ao cálculo da totalidade dos 26 itens que a compõem (.92).

No que diz respeito à análise de confiabilidade no presente estudo também foi calculada a consistência interna através do alfa de Cronbach para a totalidade dos 26 itens que compõem a escala, bem como para os seus diferentes domínios. De um modo geral, os itens apresentam uma consistência interna boa (.882) (cf. Tabela 5). Em relação aos domínios, obteve-se um alfa de Cronbach no domínio físico de .714, o que corresponde a uma consistência razoável, no domínio psicológico .625, que pressupõem uma consistência fraca, no domínio das relações sociais .893, obteve-se uma consistência boa, no domínio do meio ambiente .761, que corresponde a uma consistência razoável, assim podemos concluir que os resultados obtidos apontam de um modo geral para a fiabilidade dos dados recolhidos através do WHOQOL-Bref (cf. Tabela 6).

Tabela 5

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

Alfa de Cronbach	N de itens
.882	26

Tabela 6

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

Domínio	N de itens	Alfa de Cronbach
Geral	2	.697
Físico	7	.714
Psicológico	6	.625
Relações Sociais	3	.893
Meio Ambiente	8	.761

3.3. Procedimentos

Previamente ao início da recolha de dados, o projeto de investigação (objetivos, metodologia e protocolo de investigação) foi apresentado à Comissão de Ética para a Saúde do Centro Hospitalar de São João e fez-se um pedido de autorização para a realização deste estudo na

instituição (cf. Anexo 1), algum tempo depois foi obtido um parecer positivo da Comissão de Ética (cf. Anexo 2) para iniciar o projeto.

Para iniciar a recolha de dados, foi necessário estabelecer um elo de ligação entre a investigadora e o serviço de consultas externas de Endocrinologia, para serem fornecidas informações acerca de quem podia ser um possível participante para o estudo. Neste sentido, o trabalho de recrutamento implicou a seguinte sequência de etapas: (1) contatar diariamente com as enfermeiras do serviço de consultas externas, que previamente tiveram indicações de quais os critérios de inclusão necessários para a realização deste estudo; (2) ir ao encontro de um possível participante e convidá-lo a participar na investigação, que era feita na sala de espera ou num gabinete médico quando estava disponível.

Depois do contato pessoal e antes da aplicação dos instrumentos foi pedido aos participantes que lessem atentamente as instruções e que, ao longo do preenchimento, fossem colocando todas as questões ou dúvidas que fossem surgindo. Foi explicado aos participantes a natureza e objetivos do estudo e obtido consentimento informado para a sua participação voluntária, sendo que, em qualquer momento e por qualquer motivo (inclusive se sentir a sua privacidade invadida) seria possível desistir de colaborar no projeto, sem que por isso fosse prejudicada no atendimento clínico que lhe é disponibilizado.

A colaboração dos participantes foi voluntária, com obtenção de consentimento informado (cf. Anexo 3) dos mesmos, sendo que ao longo do estudo foram cumpridos os princípios éticos e deontológicos preconizados pela Ordem dos Psicólogos Portugueses para a investigação em Psicologia. Caso aceitasse participar e preenchesse todos os critérios demandados, procedíamos à avaliação. Do protocolo de investigação fazem parte os dois questionários de autorresposta, o BSI e o WHOQOL-Bref e um questionário sociodemográfico. Os questionários eram dados aos participantes demoravam cerca de 15 a 20 minutos a preencher.

A base de dados foi construída de raiz, contemplando todas as variáveis presentes no protocolo. Para a análise dos dados do estudo, utilizou-se o programa Statistical Package for Social Sciences (SPSS, versão 24).

A natureza do tipo de estatística a utilizar depende da natureza de distribuição dos dados, para tal foi aplicado o teste de aderência de Kolmogorov-Sminorv que analisa diretamente as distribuições observadas. Assim, através deste cálculo foi possível obter o tipo de testes que deveriam ser utilizados no presente estudo. Desta forma, sempre que o valor for superior a um nível de significância de 5%, a amostra é considerada normativa, pelo que os testes a serem utilizados são os paramétricos, por sua vez se o valor de ks for inferior a um nível de significância de 5%, a amostra é considerada não normativa, advindo a necessidade de empregar testes não paramétricos (Poeschl, 2006).

Após este cálculo, constatou-se que a amostra não segue uma distribuição normal, relativamente a todas as escalas selecionadas para o estudo (Kolmogorov-Sminorv, $p < 0,05$), pelo que serão usados testes não paramétricos (cf. tabela 7).

Tabela 7

Teste de normalidade da amostra de acordo com os instrumentos utilizados (WHOQOL-BREF e BSI)

	N	Kolmogorov-Sminorv	
		Estatística do teste	Sig
WHOQOL-Bref			
Faceta Geral	86	.230	.000
Domínio Físico	86	.098	.039
Domínio Psicológico	86	.158	.000
Domínio das Relações Sociais	86	.275	.000
Domínio do Meio Ambiente	86	.124	.002
BSI			
Índice Geral de Sintomas (IGS)	86	.141	.000

Os testes não paramétricos também chamados de distribuição livre, são utilizados quando as pressuposições do modelo não se verificam, ou seja, quando os dados provenientes de um experimento não possuem normalidade ou homogeneidade de variâncias, ou em situações em que a aplicação de testes paramétricos não é possível. Os procedimentos da estatística não paramétrica em geral são dados sob a ótica do desenvolvimento inicial da distribuição exata, o que leva a um maior conhecimento das vantagens e desvantagens do teste que está a ser utilizado (Pontes & Corrente, 2001).

Os testes não paramétricos utilizados foram o teste de Mann-Whitney e o teste de Kruskal-Wallis. O primeiro é utilizado para comparar dois grupos ao nível de uma variável dependente. O segundo é usado para comparar três ou mais grupos ao nível de uma variável dependente. A seleção destes testes é adequada, porque i) a questão de investigação aponta no sentido de um *design* inter-sujeitos, ii) onde serão comparados dois grupos de indivíduos (exemplo: sexo feminino e masculino), no caso do Mann-Whitney, e no caso do Kruskal-Wallis, serão comparados três grupos de indivíduos (exemplo: a idade, categorizada em indivíduos com menos de 35 anos, entre 35 e 50, e com mais de 50), iii) há uma variável dependente.

Recorreu-se também ao cálculo do coeficiente de correlação, para analisar se existe ou não alguma associação entre as variáveis, para tal calculou-se a existência ou não de associação e o grau da mesma entre as variáveis, utilizando o coeficiente de correlação de Spearman. Por último, foram discutidos os resultados e apresentadas as conclusões do presente estudo.

Capítulo 4: Análise Estatística e Resultados

O primeiro passo que se considera essencial para o presente estudo é verificar o comportamento da amostra relativamente aos domínios de avaliação da qualidade de vida do WHOQOL- Bref. Em relação à variável de percepção geral de qualidade de vida observamos que a maioria dos participantes considerou a sua qualidade de vida “boa” representando 59,3%, seguido de 32,6% que consideraram “nem boa nem má” (cf. tabela 8).

Tabela 8

Avaliação da percepção de Qualidade de Vida dos pacientes diabéticos

Percepção da qualidade de vida	Frequência	Percentagem Válida
Má	5	5,8
Nem boa nem má	28	32,6
Boa	51	59,3
Muito boa	2	2,3
Total	86	100,0

Em relação à Avaliação da Satisfação com a Saúde, que está relacionado com a satisfação que os participantes têm com a sua saúde, verifica-se que 47,7% dos participantes “nem esta satisfeito nem insatisfeito”, seguido de 43 % que estão satisfeitos. As que obtiveram menor pontuação foram “muito insatisfeitos” (1,2%) e “insatisfeito” (8,1%) (cf. tabela 9). O que mostra que a maior parte dos participantes está de certa forma satisfeito com a sua saúde.

Tabela 9

Avaliação da Satisfação com a Saúde dos pacientes diabéticos

Satisfação com a saúde	Frequência	Percentagem Válida
Muito insatisfeito	1	1,2
Insatisfeito	7	8,1
Nem satisfeito nem insatisfeito	41	47,7
Satisfeito	37	43,0
Total	86	100,0

A Tabela 10 ilustra a média específica obtida em cada domínio analisado pelo instrumento da avaliação de qualidade de vida, o WHOQOL-Bref, já previamente citado. As médias encontradas pelos diferentes domínios foram muito semelhantes, demonstrando certa homogeneidade entre os aspetos que compõem cada domínio na vida dos participantes analisados.

O domínio que obteve uma pontuação maior foi o domínio das Relações Sociais (e.g. satisfação com as relações pessoais, vida sexual e apoio que recebe dos amigos), com uma média de 74,41 (DP=14,6), logo atrás o domínio Psicológico (e.g. gostar da vida, se sente que a sua vida tem sentido, até que ponto se consegue concentrar, frequência de sentimentos negativos), com uma média de 73,98 (DP=9,05), de seguida o domínio do Meio Ambiente (e.g. segurança no dia-a-dia, dinheiro suficiente para as necessidades, acesso a informações necessárias para organizar a vida diária, atividades de lazer, condições do lugar em que vive) com uma média de 70,93 (DP=8,8), e por último o que pontuou menos foi o domínio Físico (e.g. se as dores impedem de fazer alguma coisa que precisa, se precisa de cuidados médicos, se tem energia suficiente para a vida diária, mobilidade, sono) com uma média de 67,24 (DP=11,8).

Comparando os dados obtidos no presente estudo, com os dados oficiais relativos ao estudo de validação da escala WHOQOL-Bref para a população portuguesa, encontrados por Vaz Serra et al., (2006), o domínio físico ($\bar{x} = 59,94$), o domínio psicológico ($\bar{x} = 64,41$), o domínio das relações sociais ($\bar{x} = 64,47$) e o domínio do meio ambiente ($\bar{x} = 58,79$), apresentam valores superiores aos alcançados no estudo de validação, o que parece sugerir que a população deste estudo tem uma perceção de qualidade de vida acima da média, quando equiparados com os resultados obtidos no estudo oficial de validação da escala.

Tabela 10

Análise do comportamento geral dos domínios de Qualidade de Vida pelo WHOQOL-Bref

		Domínio Físico	Domínio Psicológico	Domínio Relações Sociais	Domínio Meio Ambiente
N	Válido	86	86	86	86
	Média	67,24	73,98	74,41	70,93
	Desvio Padrão	11,82	9,05	14,61	8,85
	Mínimo	39,29	41,67	41,67	46,88
	Máximo	89,90	91,67	100,00	93,75

Em relação à **hipótese 1**, sobre a avaliação da qualidade de vida em função do estado civil, observou-se que não existem diferenças estatisticamente significativas, nem na faceta geral da QV (perceção de qualidade de vida e satisfação com a sua saúde), nem com os vários domínios de avaliação de qualidade de vida (cf. tabela 11). **O que significa que, o estado civil não influencia o modo como os participantes percecionam a sua QV.**

Tabela 11

Diferenças da Qualidade de Vida em função do estado civil - teste de Kruskal-Wallis

WHOQOL-Bref	Estado Civil	N	Mean Ranks	2 x ² KW (2)	Sig
Faceta Geral de QV	Solteiro	27	46,15	1,33	.721
	Casado	48	43,48		
	Divorciado	9	35,56		
	Viúvo	2	44,00		
Domínio Físico	Solteiro	27	42,06	1,62	.655
	Casado	48	42,31		
	Divorciado	9	51,33		
	Viúvo	2	56,25		
Domínio Psicológico	Solteiro	27	46,33	1,75	.625
	Casado	48	40,53		
	Divorciado	9	48,83		
	Viúvo	2	52,50		
Domínio Relações Sociais	Solteiro	27	42,37	2,13	.545
	Casado	48	42,59		
	Divorciado	9	53,72		
	Viúvo	2	34,50		
Domínio Meio Ambiente	Solteiro	27	45,02	3,72	.293
	Casado	48	39,99		
	Divorciado	9	53,33		
	Viúvo	2	63,00		

No que concerne à **hipótese 2**, sobre a avaliação da qualidade de vida em função das habilitações literárias, confirmou-se a existência de diferenças significativas entre o domínio psicológico e as habilitações literárias dos inquiridos ($r_s = 9,89$; $p < 0,01$) (cf. tabela 12).

O que significa que o **nível de escolaridade influencia a perceção de qualidade de vida**, tendo em conta que os inquiridos avaliam a sua qualidade de vida como pior ou melhor focando-se em aspetos como gostar da vida, se sentem que a sua vida tem sentido, com que frequência têm sentimentos de tristeza, desespero, ansiedade ou depressão, se conseguem concentrar-se, entre outros aspetos, que dão enfoque ao domínio psicológico. É possível verificar através da

análise do posto da média que os licenciados relatam melhor qualidade de vida que pessoas com habilitações até ao 4º ano. Estes resultados poderão sugerir que maiores níveis de escolaridade poderão estar associados a uma melhor qualidade de vida.

Tabela 12

Diferenças da Qualidade de Vida em função das habilitações literárias - teste de Kruskal-Wallis

WHOQOL-Bref	Habilitações Literárias	N	Mean Ranks	$2 \chi^2$ KW (2)	Sig
Faceta Geral de QV	Até ao 4º ano	10	44,10	2,40	.494
	9º ano	10	33,70		
	12º ano	42	46,43		
	Licenciatura	24	42,21		
Domínio Físico	Até ao 4º ano	10	41,70	0,06	.996
	9º ano	10	44,35		
	12º ano	42	43,63		
	Licenciatura	24	43,67		
Domínio Psicológico	Até ao 4º ano	10	28,40	9,89	.001
	9º ano	10	29,05		
	12º ano	42	46,42		
	Licenciatura	24	50,71		
Domínio Relações Sociais	Até ao 4º ano	10	41,80	0,42	.935
	9º ano	10	41,35		
	12º ano	42	43,00		
	Licenciatura	24	45,54		
Domínio Meio Ambiente	Até ao 4º ano	10	36,00	2,11	.549
	9º ano	10	37,10		
	12º ano	42	45,07		
	Licenciatura	24	46,54		

Em relação à **hipótese 3**, as perceções de qualidade de vida entre homens e mulheres foram analisadas tendo em conta os domínios de qualidade de vida e a faceta geral, e o que se observou foi que **não existem diferenças estatisticamente significativas em função do sexo dos inquiridos** (cf. tabela 13). O que significa que, o género não influencia a perceção de qualidade de vida.

Ainda que se torna importante referir, que em quase todos os domínios à exceção do domínio físico, os inquiridos do sexo masculino apresentam pontuações médias mais elevadas que o sexo feminino.

Tabela 13

Diferenças da Qualidade de Vida em função do sexo dos participantes - teste de Mann-Whitney

WHOQOL-Bref	Sexo	N	Mean Rank	Sun of Ranks	Z	Sig (2-tailed)
Faceta Geral de QV	Masculino	24	44,85	1076,50	-0,32	.743
	Feminino	62	42,98	2664,50		
Domínio Físico	Masculino	24	40,21	965,50	-0,76	.445
	Feminino	62	44,77	2776,50		
Domínio Psicológico	Masculino	24	49,44	1186,50	-1,39	.163
	Feminino	62	41,20	2554,50		
Domínio Relações Sociais	Masculino	24	49,42	1186,00	-1,45	.146
	Feminino	62	41,21	2555,00		
Domínio Meio Ambiente	Masculino	24	47,33	1136,00	-0,89	.372
	Feminino	62	42,02	2605,00		

No que se refere à **hipótese 4**, para a análise da qualidade de vida tendo em conta a faceta geral e os vários domínios do instrumento em função da idade, foram considerados três grupos etários: os doentes com idade inferior a 35 anos, os doentes que tinham entre 35 e 50 anos e os doentes com idade superior a 50.

O teste de Kruskal-Wallis permitiu confirmar a existência de diferenças estatisticamente significativas no domínio do meio ambiente em função da idade ($\chi^2(2) = 10,96$; $p < 0,05$), sendo superior nos doentes com idade compreendida entre os 35 anos e os 50 anos (Mean Rank=54,97). O que significa que, **a idade influencia a percepção de qualidade de vida, revelando que quanto maior a idade, mais prejuízos os doentes evidenciam no domínio do meio ambiente** (cf. tabela 14). Deste modo, através da análise das médias é possível verificar que as pessoas com idade compreendida entre os 35 e os 50 anos tendem a apresentar melhor qualidade de vida que pessoas com menos de 35 anos ou com mais de 50 anos.

Tabela 14

Diferenças da Qualidade de Vida em função da idade - teste de Kruskal-Wallis

WHOQOL-Bref	Idade	N	Mean Ranks	χ^2 KW (2)	Sig
Faceta Geral de QV	<35	31	40,21	1,33	.513
	35-50	32	43,61		
	>50	23	47,78		
Domínio Físico	<35	31	36,66	4,78	.091
	35-50	32	50,36		
	>50	23	43,17		
Domínio Psicológico	<35	31	44,77	5,13	.077
	35-50	32	49,06		
	>50	23	34,04		
Domínio Relações Sociais	<35	31	42,23	3,09	.213
	35-50	32	48,83		
	>50	23	37,80		
Domínio Meio Ambiente	<35	31	37,21	10,96	.004
	35-50	32	54,97		
	>50	23	36,02		

No que diz respeito à **hipótese 5** sobre a análise da qualidade de vida em função do tempo de diagnóstico da diabetes, foram considerados dois grupos: os doentes com diagnóstico feito há menos de 10 anos e, os doentes com diagnóstico da diabetes feito há mais de 10 anos.

Torna-se importante justificar esta escolha, pelo facto que em alguns estudos sobre a DM, o tempo de diagnóstico da doença foi categorizado em indivíduos que apresentavam a doença há mais de dez anos, com cinco a dez anos e há menos de dez anos (Cortez, Reis, Souza, Macedo & Torres, 2015), já no estudo de Boell, Ribeiro e Silva (2014) a variável foi categorizada em intervalos de tempo de dez anos de diagnóstico, o que é apoiado por outro estudo, que também categorizou a variável em doentes com menos de dez anos de diagnóstico e doentes com mais de dez anos de diagnóstico (Diaz, Moreira, Haluch, Ravazzani & Kusma, 2016). Assim, ao realizar este levantamento bibliográfico, optámos por categorizar a variável tempo de diagnóstico da DM no presente estudo, com doentes que têm diagnóstico há menos de 10 anos e doentes que têm diagnóstico há mais de 10 anos.

Os resultados obtidos no domínio psicológico mostrou **diferenças estatisticamente significativas em função do tempo de diagnóstico da diabetes** ($z=-2,41$; $p<0,05$), sendo superior nos doentes com menos de 10 anos de diagnóstico (Mean Rank=47,37), o mesmo se verifica em relação ao domínio das relações sociais que também revelou diferenças estatisticamente significativas em função do tempo em que foi feito o diagnóstico da diabetes

($z=-2,23$; $p<0,05$), que foi superior nos doentes com diagnóstico há menos de 10 anos (Mean Rank= 46,91) (cf. tabela 15).

Nos restantes domínios não foram observadas diferenças estatisticamente significativas na perceção de QV em função do tempo de diagnóstico, sendo que os valores médios mais altos centravam-se nos indivíduos com menos de 10 anos de diagnóstico.

Podemos concluir assim, que **o tempo de diagnóstico influencia a perceção de qualidade de vida, em que o domínio psicológico e das relações sociais exerce impacto na avaliação que os participantes fazem da sua qualidade de vida**, de modo que através da análise das pontuações médias é possível verificar que doentes com diagnóstico há menos de 10 anos apresentam melhor QV em comparação com doentes com diagnóstico há mais de 10 anos. Estes resultados sugerem que quanto mais recente é o diagnóstico de DM, melhor os doentes percecionam a sua qualidade de vida.

Tabela 15

Diferenças da Qualidade de Vida em função do tempo de diagnóstico de diabetes - teste de Mann-Whitney

WHOQOL-Bref	Tempo de diagnóstico	N	Mean Rank	Sun of Ranks	Z	Sig (2-tailed)
Faceta Geral de QV	<10	63	43,84	2762,00	-0,22	.826
	>10	23	42,57	979,00		
Domínio Físico	<10	63	43,80	2759,50	-0,18	.852
	>10	23	42,67	981,50		
Domínio Psicológico	<10	63	47,37	2984,50	-2,41	.016
	>10	23	32,89	756,50		
Domínio Relações Sociais	<10	63	46,91	2955,50	-2,23	.026
	>10	23	34,15	785,50		
Domínio Meio Ambiente	<10	63	45,60	2873,00	-1,30	.192
	>10	23	37,74	868,00		

No que diz respeito à **hipótese 6**, sobre a análise da qualidade de vida em função da variável tomar insulina, observou-se **diferenças significativas entre não tomar insulina e tomar insulina e verificou-se que os doentes que não tomavam insulina foram os que registaram maiores valores médios em todos os domínios**, no domínio físico (Mean Rank=51,18; $Z= -2,73$; $p<0,05$), no domínio psicológico (Mean Rank=51,00; $Z= -2,70$; $p<0,05$), no domínio das relações sociais (Mean Rank=52,71; $Z= -3,47$; $p<0,05$) e no domínio do meio ambiente (Mean Rank=54,28; $Z= -3,85$; $p<0,05$) (cf. tabela 16).

Por outro lado, os doentes que tomavam insulina foram os que registaram menores valores médios em todos os domínios, não havendo diferenças estatisticamente significativas entre a faceta geral de QV com tomar ou não insulina.

O que significa que, a variável tomar insulina influencia a perceção de qualidade de vida, e que todos os domínios (físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente) exercem impacto na forma como os participantes percecionam a sua qualidade de vida. Deste modo, através da análise das pontuações médias é possível verificar que as pessoas que não tomam insulina relatam uma qualidade de vida superior às pessoas que necessitam de adotar este tipo de terapêutica.

Tabela 16

Diferenças da Qualidade de Vida em função da variável tomar insulina - teste de Mann-Whitney

WHOQOL-Bref	Tomar insulina	N	Mean Rank	Sun of Ranks	Z	Sig
Faceta Geral de QV	Não	41	47,74	1957,50	-1,57	.155
	Sim	45	39,63	1783,50		
Domínio Físico	Não	41	51,18	2098,50	-2,73	.006
	Sim	45	36,50	1642,50		
Domínio Psicológico	Não	41	51,00	2091,00	-2,70	.007
	Sim	45	36,67	1650,00		
Domínio Relações Sociais	Não	41	52,71	2161,00	-3,47	.001
	Sim	45	35,11	1580,00		
Domínio Meio Ambiente	Não	41	54,28	2225,50	-3,85	.000
	Sim	45	33,68	1515,50		

De seguida, passamos a explorar o último objetivo preconizado na presente investigação, que é avaliar os sintomas psicopatológicos presentes nos participantes com DM, para tal, usou-se nas análises dos resultados o Índice Geral de Sintomas (IGS) que pondera a intensidade do mal-estar experienciado e o número de sintomas assinalados.

A Tabela 17 ilustra a média específica obtida em cada domínio analisado pelo inventário de sintomas psicopatológicos, o BSI, previamente citado. De acordo com os resultados obtidos, podemos verificar que as dimensões obsessões-compulsões ($\bar{x} = 0,88$), hostilidade ($\bar{x} = 0,53$), ansiedade ($\bar{x} = 0,49$) apresentam valores médios mais elevados. Pelo contrário, as dimensões psicoticismo ($\bar{x} = 0,15$), ansiedade fóbica ($\bar{x} = 0,30$) e sensibilidade interpessoal ($\bar{x} = 0,35$) são as que se destacam pelos valores médios mais baixos.

Tomando como referência o ponto de corte entre a população geral e os indivíduos que se podem encontrar em situação de perturbação emocional, isto é, $\geq 1,7$ no índice Geral de Sintomas, podemos concluir que, em termos médio, os participantes não demonstraram valores indicadores de sintomatologia psiquiátrica.

Tabela 17

Análise do comportamento geral dos domínios do Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI)

		Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
N	Válido	86	86	86	86
	Somatização	0,44	0,34	0,00	2,57
	Obsessões-Compulsões	0,88	0,39	0,17	1,67
	Sensibilidade Interpessoal	0,35	0,26	0,00	1,25
	Depressão	0,40	0,24	0,00	1,67
	Ansiedade	0,49	0,23	0,16	2,00
	Hostilidade	0,53	0,21	0,00	1,40
	Ansiedade Fóbica	0,30	0,21	0,00	1,40
	Ideação Paranóide	0,45	0,34	0,00	2,20
	Psicoticismo	0,15	0,17	0,00	0,60
	IGS	0,44	0,18	0,19	1,49
	TSP	18,74	4,99	7,00	35,00

Em relação à hipótese 7, sobre o surgimento de sintomas psicopatológicos em função do sexo dos participantes, verificou-se através dos resultados manifestos (cf. tabela 18) que não existem diferenças estatisticamente significativas ($z = -0,81$; $p > 0,05$). E que é o sexo feminino que obtém os valores médios mais altos, o que concluiu que as mulheres são as que têm mais tendência para apresentar sintomas psicopatológicos, contudo a variável sexo não influencia a presença de sintomas psicopatológicos.

Tabela 18

Resultados obtidos relativos ao Índice Geral de Sintomas e a variável sexo - teste Mann-Whitney

	Sexo	N	Mean Rank	Sun of Ranks	Z	Sig
BSI- Índice Geral de Sintomas	Masculino	24	40,00	960,00	-0,81	.418
	Feminino	62	44,85	2781,00		

No que diz respeito à **hipótese 8**, sobre a presença de sintomas psicopatológicos em função da idade, que engloba três categorias: doentes com idade inferior a 35 anos, com 35 anos até 50 anos e com mais de 50 anos, podemos observar que não existem diferenças estatisticamente significativas para o índice de sintomas psicopatológicos ($\chi^2(2) = 2,21$; $p > 0,05$) (cf. tabela 19). O que significa que, a idade não influencia o aparecimento de sintomas psicopatológicos nos participantes com DM. Contudo, são os doentes mais velhos, com idade acima dos 50 anos, que mais pontuam, o que sugere que são mais suscetíveis de apresentar sintomas psicopatológicos em comparação com os mais novos.

Tabela 19

Resultados obtidos relativos ao Índice Geral de Sintomas e a variável idade - teste Kruskal-Wallis

	Idade	N	Mean Rank	2 χ^2 KW (2)	Sig
BSI- Índice Geral de Sintomas	<35	31	43,81	2,21	.331
	35-50	32	39,09		
	>50	23	49,22		

Em relação à **hipótese 9**, sobre a presença de sintomas psicopatológicos em função do tempo de diagnóstico da diabetes, que envolve dois grupos, os doentes em que o diagnóstico da diabetes foi feito há menos de 10 anos e os doentes que tiveram o diagnóstico há mais de 10 anos, verificou-se que existem diferenças estatisticamente significativas ($z = -2,80$; $p < 0,05$) (cf. tabela 20). Em que a pontuação média mais elevada é nos doentes com diagnóstico há mais de 10 anos.

O que significa que, o tempo de diagnóstico da DM pode influenciar a presença de sintomas psicopatológicos nos participantes acometidos pela doença, considerando que quantos mais anos se convive com a diabetes, maior é a presença de sintomas psicopatológicos.

Tabela 20

Resultados obtidos relativos ao Índice Geral de Sintomas e a variável tempo de diagnóstico - teste Mann-Whitney

	Tempo de diagnóstico	N	Mean Rank	Sun of Ranks	Z	Sig
BSI- Índice Geral de Sintomas	<10	63	38,94	2453,00	-2,80	.005
	>10	23	56,00	1288,00		

Relativamente à **hipótese 10**, sobre a variável tomar insulina ou não tomar insulina e a sua interferência nos elevados índices de sintomas psicopatológicos verificou-se que existem diferenças estatisticamente significativas ($z = -3,71$; $p < 0,05$) (cf. tabela 21). Sendo que as pontuações médias mais elevadas recaíram sobre os que tomam insulina.

Isto significa que, a variável tomar insulina influencia a presença de sintomas psicopatológicos, considerando que o aparecimento desses sintomas é mais sentido junto dos participantes que tomam insulina.

Tabela 21

Resultados obtidos relativos ao Índice Geral de Sintomas e a variável tomar insulina - teste Mann-Whitney

	Tomar insulina	N	Mean Rank	Sun of Ranks	Z	Sig
BSI- Índice Geral de Sintomas	Não	41	33,04	1354,00	-3,71	.000
	Sim	45	53,03	2386,00		

Por último, a **hipótese 11**, relativa à associação entre a qualidade de vida e existência de sintomas psicopatológicos nos participantes com DM, averiguou-se através da correlação de Spearman, que existem diferenças estatisticamente significativas, entre todos os domínios da avaliação de qualidade de vida ($p < 0,01$) (cf. tabela 22), sendo que para os sintomas psicopatológicos obteve-se uma correlação negativa para todos os domínios, encontrando-se correlações moderadas no domínio psicológico ($r = -0,42$) e no domínio do meio ambiente ($r = -0,46$). Por sua vez, as correlações fracas foram encontradas no domínio físico ($r = -0,33$) e no domínio do meio ambiente ($r = -0,36$).

O que significa que, à medida que a percepção de qualidade de vida diminui, e que o domínio físico e o domínio das relações sociais começam a evidenciar prejuízos, existe um aumento dos sintomas psicopatológicos nos participantes com DM.

Tabela 22

Correlação de Spearman entre o Índice Geral de Sintomas Psicopatológicos e os domínios de Qualidade de Vida

WHOQOL-Bref		Faceta Geral de QV	Domínio Físico	Domínio Psicológico	Domínio Relações Sociais	Domínio Meio Ambiente
BSI- Índice Geral de Sintomas	Rs	-0,30*	-0,33**	-0,42**	-0,36**	-0,46**
	Sig (2-tailed)	.004	.001	.000	.001	.000

** . A correlação é significativa ao nível 0,01 (bilateral)

Capítulo 5 - Discussão e Conclusões

5.1. Discussão dos Resultados

A Diabetes Mellitus é uma patologia crónica que acarreta a necessidade de autocuidados por parte do doente para evitar as complicações da doença, surgindo muitas vezes impedimentos que incapacitam o indivíduo de realizar essas tarefas quotidianas, o que pode conduzir a sérias consequências na qualidade de vida dos sujeitos (Xavier et al., 2009).

A amostra deste estudo é composta por 86 participantes com idade compreendida entre os 22 e os 65 anos, sendo o sexo feminino (72,1%) o mais predominante. A maioria dos participantes têm o 12º ano de escolaridade (48,8%), são casados (55,8%), mantendo um emprego a tempo inteiro (65,1%), e residem em concelhos do distrito do Porto. Esta discrepância na repartição dos sexos que constituem a amostra, pode estar relacionada com o facto de as mulheres procurarem mais vezes os serviços de saúde do que os homens (Faria et al., 2013).

O tempo de diagnóstico da diabetes dos participantes tem uma média de 8 anos e 4 meses. A maioria refere ter mais problemas de saúde (55,8%), sendo que os mais relatados pelos participantes foram asma, colesterol, hipertensão e tiroide e, referem também ter familiares com diabetes (57%). Estes resultados vão ao encontro dos dados obtidos no estudo de Ferreira e Santos (2009), sobre a QVRS nos diabéticos, que mostrou que o tempo de diagnóstico da diabetes é em média de 8 anos e nove meses e que a maioria dos participantes tinha problemas de saúde, maioritariamente hipertensão arterial e problemas cardiovasculares.

Quase toda a totalidade da amostra referiu não ter acompanhamento psicológico nem psiquiátrico (96,5%), e ainda não precisou de ser internado derivado à diabetes (69,8%), por outro lado, grande parte já foi a uma consulta de oftalmologia devido à sua diabetes (86%). A maioria faz medicação oral (58,1%) e usa insulina injetável (52,3%), fazendo o controlo glicémico (86%), diariamente (51%), tendo os níveis de glicémia nas últimas 4 semanas bons (39,5%). Podemos concluir assim, que a maioria dos participantes do estudo conseguem ter um papel ativo e com resultados positivos na gestão e controlo diário da doença, sem necessidade de procurar ajuda psicológica e mostrando-se preocupados em evitar/minimizar o aparecimento de complicações associadas à diabetes.

No tratamento da DM a manutenção dos níveis de glicémia dentro dos padrões de normalidade é importante para a prevenção de possíveis complicações associadas a esta patologia, em que os alvos glicémicos devem ser ajustados de acordo com a situação clínica do doente. A automonitorização glicémica, a alimentação equilibrada e a aplicação de doses de insulina,

podem contribuir para um melhor controlo glicémico (Tiecher & Nascimento, 2014). Sabe-se que as complicações agudas da diabetes (e.g. hipoglicémia, cetoacidose diabética, lactoacidose) são uma causa de recorrência às urgências e internamentos, que estão associados na maioria dos casos a falhas da terapêutica adotada (Gallego & Caldeira, 2007). Os resultados apresentados no Relatório de Contas de 2015, do Centro Hospitalar do São João, onde foi recolhida a amostra do presente estudo, referem que o acompanhamento de pacientes diabéticos aumentou tanto no número de consultas efetuadas como na prestação de cuidados de saúde em ambiente de hospital de dia com sessões por doente, em comparação com o ano de 2014. O que significa que a prevalência da DM e a procura por serviços médicos para gerir a DM e evitar/minimizar as complicações agudas e crónicas associadas pelos doentes, tem vindo a aumentar de ano para ano.

Sendo a Diabetes Mellitus uma doença crónica que acompanha toda a vida o indivíduo, estes têm que estar preparados para lidar com a doença e assim aderir ao seu tratamento. A maioria dos participantes inquiridos estão muito satisfeitos com as informações que têm acerca da doença e do seu tratamento (61,6%) e de igual modo referiram estar satisfeitos com os cuidados de saúde prestados pelo CHSJ (64%). Resultados semelhantes foram encontrados no estudo de Alves e Calixto (2012), sobre a adesão ao tratamento da diabetes, que mostrou que os participantes receberam informações sobre a doença, tratamentos e possíveis complicações associadas, sendo que a maioria dos participantes (67,5%) ficaram satisfeitos com as informações. Alguns autores defendem a educação para a autogestão da diabetes como um processo contínuo de facilitação do conhecimento, habilidades e capacidades necessárias para o autocuidado da diabetes. Acrescentando que este processo deve ter em conta as necessidades, objetivos e experiências individuais de cada indivíduo (Funnell et al., 2007).

No que diz respeito à perceção que têm acerca da qualidade de vida, mais de metade dos participantes no estudo referiu que a qualidade de vida é boa (59,3%). A autoperceção positiva da saúde possibilita maior envolvimento dos indivíduos em relação ao tratamento e ao controlo da doença (Miranzi, Ferreira, Iwamoto, Pereira & Miranzi, 2008). Diversos autores defendem a diversidade de indicadores que influenciam a qualidade de vida, nomeadamente: físicos, psicológicos, emocionais, sociais, culturais, económicos (Araújo & Amorim, 2008). Assim a avaliação da qualidade de vida vai depender do grau de satisfação com que os indivíduos percecionam a sua vida nesses diferentes domínios (Miranzi et al., 2008).

Observou-se no estudo que todos os domínios que compõem o instrumento da QV apresentam médias muito semelhantes, e encontram-se todas acima dos 50, o que revela que em relação à QV, numa escala de 0 a 100, os valores para os domínios Físico, Psicológico, Relações Sociais e Meio Ambiente expressam uma perceção positiva para a QV. Destaca-se o domínio das relações sociais que foi o que obteve maior pontuação (74,4) e logo atrás o domínio psicológico (73,9). Já o domínio físico foi o que obteve uma menor pontuação (67,2). Estes resultados são

corroborados no estudo de Dahmer et al. (2015), em que o domínio físico foi o que apresentou a menor pontuação. O domínio físico compreende questões como dor, atividades de vida quotidiana, dependência de medicamentos ou tratamentos e capacidade de trabalho, e todos estes fatores se encontram afetados pelos doentes com doença crónica, pois precisam de adotar novos hábitos para o sucesso do tratamento. No estudo de Júnior, Heleno e Lopes (2013) os resultados demonstraram que foi o domínio das relações sociais que se destacou, o que revela que os participantes se sentem satisfeitos com as suas relações pessoais, com o apoio social e vida sexual.

No que concerne à avaliação das diferenças observadas em relação à qualidade de vida tendo em conta as características sociodemográficas da amostra, foi possível verificar que não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas ao nível do estado civil. O que não vai de encontro com o que vários autores sustentam sobre o impacto positivo da rede de suporte social percebida pelas pessoas com diabetes, na avaliação individual que fazem da QV (Júnior et al., 2013). A amostra do presente estudo, foi constituída maioritariamente por doentes casados e solteiros, em comparação com as outras classes do estado civil (divorciados e viúvos), que representam um número total de participantes muito pequeno. Dados da literatura referem que o suporte social promovido pelos cônjuges tem impacto na perceção de QV, pois esse impacto depende da perceção do doente e da sua família, da forma como lidam com o autocuidado e com o decurso da doença e do funcionamento familiar como um todo (Almeida et., 2013), assim nesta linha seria esperado que os participantes casados do presente estudo, que constituíam a maioria da amostra revelassem uma perceção positiva da QV, o que não se verificou, contudo no presente estudo, não foi feita a avaliação do estado marital, pelo que independente do estado civil identificado por cada participante, não foi avaliada a manutenção atual de relações significativas, fator este que pode ter condicionado os resultados obtidos.

No que diz respeito à avaliação das habilitações literárias foi possível verificar que existem diferenças estatisticamente significativas, onde os resultados obtidos através da pontuação média, demonstrou que pessoas licenciadas relatam melhor qualidade de vida que pessoas com habilitações até ao 4º ano, revelando neste estudo que maiores níveis de escolaridade poderão estar associados a uma melhor qualidade de vida em pessoas com diabetes. Sabendo-se de acordo com os resultados obtidos, que é o domínio psicológico que interfere na QV, o que revela que os inquiridos com maiores níveis de escolaridade percecionam de forma mais positiva a vida, sentem que a sua vida tem sentido, conseguem aprender, concentrar e memorizar facilmente e experimentam poucos sentimentos de tristeza, desespero, ansiedade ou depressão.

Estes resultados são congruentes com outros estudos que referem que com o aumento do nível de escolaridade a perceção de qualidade dos doentes com DM também aumenta, sendo atribuída uma melhor qualidade de vida a doentes com ensino superior em comparação com

doentes com escola primária (Gavric & Vujmilovic, 2014). Os resultados obtidos por Júnior e colaboradores (2013), também vão de encontro ao nosso estudo, que revelam que os níveis de escolaridade influenciam a perceção de qualidade de vida, existindo diferenças estatisticamente significativas no domínio psicológico (Júnior et al., 2013). Estes resultados são suportados pelo melhor nível de compreensão sobre a doença e, conseqüentemente, pelo maior nível de adesão aos tratamentos e comportamentos de autocuidado (Alba, Morales & Catano, 2016). Além disso, o efeito positivo do nível de compreensão sobre a doença, promove sentimentos positivos relacionados com o tratamento e conseqüentemente melhor qualidade de vida (Júnior et al., 2013).

Em relação à avaliação do género, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre homens e mulheres ao nível da qualidade de vida, o que sugere que o género não influencia o modo como é percecionada a qualidade de vida dos participantes. Contudo, importa salientar, que apesar de não serem encontradas diferenças estatisticamente significativas, são os homens que apresentam pontuações médias superiores em quase todos os domínios da QV (psicológico, relações sociais e meio ambiente) em relação às mulheres, o que sugere que as mulheres tendem a perceber mais negativamente a QV do que os homens. Este último resultado revela-se congruente com a literatura, dado que Abraham (2017) concluiu que as mulheres avaliam negativamente a sua qualidade de vida comparativamente com os homens, que segundo o autor pode ser explicado pelo facto de as mulheres terem mais responsabilidades do que os homens (e.g. cuidar da casa, cuidar da família), o que revela dificuldades em seguir os planos de autocuidado à risca.

Relativamente às características sociodemográficas relativas à idade dos participantes, foram encontradas diferenças estatisticamente significativas ao nível da qualidade de vida percebida, o que indica que a idade da pessoa com DM influencia a perceção de QV, verificando-se após a análise das pontuações médias que são as pessoas com idade compreendida entre os 35 e os 50 anos que percebem melhor qualidade de vida quando comparadas com pessoas com menos de 35 anos e pessoas com mais de 50 anos. Em que, de acordo com os dados obtidos é o domínio do meio ambiente, que mais condiciona a perceção de qualidade de vida, que está relacionado com a forma como se sentem seguros no seu dia-a-dia, aos recursos económicos que possuem, à satisfação com as condições em que vive, ao acesso aos serviços de saúde e aos transportes que utilizam, entre outros aspetos. Estes resultados são corroborados por outros estudos, que revelam que os doentes mais idosos percebem pior qualidade de vida quando comparados com doentes com menos de 65 anos de idade (Spasic et al., 2014).

No que concerne à avaliação da influência do tempo de diagnóstico, foram encontradas diferenças estatisticamente significativas ao nível da perceção de qualidade de vida, os resultados obtidos através da análise das pontuações médias, demonstrou que doentes com diagnóstico há menos de 10 anos percebem melhor qualidade de vida comparativamente

com doentes com diagnóstico há mais de 10 anos. Em que os dados obtidos, demonstraram que é o domínio psicológico e o domínio das relações sociais que influencia a forma como é percebida a qualidade de vida pelos participantes, o que indica que os doentes com diagnóstico há menos de 10 anos percebem de forma mais positiva a vida, têm uma autoestima mais elevada, menos sentimentos negativos e sentem-se mais satisfeitos consigo próprio e com o apoio social que recebem dos amigos comparativamente com os doentes com diagnóstico há mais de 10 anos. Resultados estes que são corroborados no estudo de Kumar e Krishna (2015), que revela que doentes com datas mais antigas de diagnóstico de diabetes percebem pior qualidade de vida do que doentes com um diagnóstico mais recente, que segundo os autores, os doentes com diagnóstico mais antigo percebem mais limitações físicas, pouca resistência física sentem-se pouco satisfeitos com o tratamento e com a dieta, apresentam maiores preocupações financeiras e declínio na saúde em geral, emocional e mental, revelando pior perceção da sua QV.

Relativamente à terapêutica adotada de tomar ou não insulina, os resultados revelam diferenças estatisticamente significativas ao nível da qualidade de vida, em que os dados obtidos demonstraram que os doentes que não tomavam insulina percebiam uma melhor qualidade de vida em comparação com os doentes que necessitam de administrar insulina. Sabendo que todos os domínios da QV (físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente) influenciam a forma como os participantes percebem a QV. Estes resultados vão ao encontro do que é preconizado na literatura, que são os doentes que administram insulina que apresentam uma pior qualidade de vida (Cases et al., 2003), o que é apoiado pelo estudo de Júnior et al (2013) que revela que a não utilização de insulino terapia no tratamento da DM foi associado a uma melhor qualidade de vida (domínios psicológicos e relações sociais), que pode segundo os autores ser explicado pelo facto dos doentes que não precisam de insulina avaliarem esse aspeto como positivo, tendo repercussões na sua autoestima, por associarem o uso de insulina ao controlo metabólico inadequado, além disso, os resultados do estudo ainda revelaram que os doentes sentem-se melhor socialmente quando não utilizam insulina.

A diabetes exige que os cuidados diários sejam da responsabilidade do doente. Assim uma adaptação com sucesso a este papel é obtida quando os doentes estão capazes de aceitar a responsabilidade pessoal de gerir o seu quadro clínico, daí a importância de ter em conta esta variável integrada na rede de variáveis psicossociais a considerar no estudo da vivência da diabetes. As alterações do afeto mostram-se, nos diabéticos, como um importante aspeto de comorbilidade que requer uma gestão cuidadosa (Amorim & Coelho, 2008).

O estudo sobre as perturbações mentais na Diabetes Mellitus tem também sido alvo de interesse para diversos autores, assim passamos a discutir os resultados encontrados no presente estudo, sobre a presença de sintomas psicopatológicos em doentes diabéticos.

Relativamente à presença de sintomas psicopatológicos, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas em função do sexo dos participantes, nem em função da idade. O que revela que a idade ou ser homem ou mulher não influencia o aparecimento de sintomas psicopatológicos na DM no presente estudo. Os resultados obtidos mostram ainda que, apesar de não serem encontradas diferenças estatísticas, foram as mulheres que revelaram valores médios mais altos em comparação com os homens, sugerindo assim que são as mulheres que têm mais tendência para apresentar sintomas psicopatológicos. E foram os doentes mais velhos que revelaram valores médios mais altos, o que cria a possibilidade de sugerir que há medida que ficámos mais velhos mais tendência temos para apresentar sintomas psicopatológicos. Segundo os resultados de um estudo são as mulheres com DM1 que apresentam níveis mais altos de psicopatologia em comparação com os homens com DM1 (Rotella et al., 2013). Acrescentando que de acordo com a literatura pessoas com diabetes têm duas vezes mais probabilidade de vir a desenvolver uma perturbação de humor ou ansiosa quando comparados com indivíduos sem este quadro clínico (Boarolli et al., 2014).

Por sua vez, foram encontradas diferenças estatisticamente significativas no índice de sintomas psicopatológicos e o tempo de diagnóstico da DM, os dados mostram que quanto maior é o tempo de diagnóstico mais se tem a possibilidade de vir a desenvolver sintomas psicopatológicos, revelando assim, que existe presença de sintomas psicopatológicos nos doentes com diagnóstico há mais de 10 anos. Alguns autores referem que muitos doentes relatam sentimentos de choque, culpa, raiva, ansiedade, depressão e desamparo no momento de diagnóstico, e que em alguns doentes esses sentimentos permanecem no longo período de tempo após o diagnóstico (15 anos em média) (Stankovic, Gasic & Tosevski, 2013).

Em relação às diferenças no índice de sintomas psicopatológicos em função da variável tomar insulina, foram encontradas diferenças estatisticamente significativas, os resultados obtidos mostram que os doentes que tomam insulina são os que mais pontuam, confirmando assim que existe presença de sintomas psicopatológicos nos doentes que tomam insulina. Os resultados são corroborados por um estudo que mostrou que a terapia com insulina, o diagnóstico longo de diabetes, e o controlo da glicémia insatisfatório podem ser identificados como fatores de risco de suicídio e de outros problemas psicológicos em doentes com DM1 e DM2 (Conti et al., 2017).

Relativamente ao estudo da associação entre qualidade de vida e a presença de sintomas psicopatológicos, foram encontrados resultados que indicam que existe uma correlação negativa entre os vários domínios, revelando deste modo, que há medida que a perceção de qualidade de vida diminui, existe um aumento dos sintomas psicopatológicos. A sintomatologia de ansiedade e a depressiva associam-se a um impacto significativo na perceção negativa de qualidade de vida, assim, só um tratamento compreensivo, incluindo uma intervenção nos

sintomas psicológicos, poderá ser efetivo para melhorar essa perceção de QV nos doentes diabéticos (Amorim & Coelho, 2008).

Podemos assim concluir, que a presença de sintomas psicopatológicos em doentes com DM parece estar associada sobretudo com características clínicas relacionadas com o curso da doença. A literatura refere que doentes com alta prevalência de problemas psiquiátricos comprometem a sua saúde mental quando avaliados em termos de sinais e sintomas, e que a presença de sinais e sintomas psiquiátricos, e mais especificamente a depressão e ansiedade, podem aumentar a morbilidade e levar a um pior prognóstico clínico (Maia et al., 2014).

5.2. Implicações práticas e limitações do estudo

De acordo com a revisão teórica efetuada neste estudo, podemos concluir que existe um numero elevado de pessoas com Diabetes Mellitus, e que a tendência é para o aumento desta prevalência. A complexidade que constitui o processo de viver com diabetes e o risco associado de vir a desenvolver complicações associadas a esta patologia comprometem a produtividade, a qualidade de vida dos indivíduos acometidos.

Assim, torna-se importante desenvolver o tratamento e a prevenção da diabetes, tendo como objetivos a redução da incidência da doença, o incentivo a práticas de gestão da diabetes e o apoio na educação de pessoas com risco de vir a desenvolver diabetes, alicerçado às melhorias dos cuidados de saúde.

Como foi possível concluir através dos resultados obtidos na presente investigação, as características sociodemográficas e clínicas influenciam o modo como os doentes percecionam a sua qualidade de vida. Assim, o aumento dos conhecimentos em torno das características sociodemográficas e clínicas, deve contribuir para o desenvolvimento de programas de intervenção direcionados para a promoção de uma vivência mais positiva da DM (Chibante, Sabóia, Teixeira & Silva, 2014). Os programas educativos na DM têm sido preconizados como uma das estratégias de cuidado que contribuem para melhorar os indicadores relacionados à perceção dos aspetos físicos, da funcionalidade, da condição geral de saúde, dos aspetos sociais e emocionais e da saúde mental que afeta a qualidade de vida (Faria et al., 2013).

Os resultados obtidos no presente estudo, mostram que o número de anos de diagnóstico de DM e a necessidade de administração de insulina pode contribuir para o aparecimento de sintomas psicopatológicos. Por este motivo, revela-se fundamental a presença de um psicólogo na composição das equipas multidisciplinares de intervenção na Diabetes Mellitus. A intervenção psicológica, assume importância ao caracterizar a doença (e.g. discurso, perceções, significados), ao caracterizar a influência das perceções da doença sobre os estados emocionais

associados e ao caracterizar os comportamentos de adesão, confronto, controlo de sintomas, evolução da doença e prevenção de recaída (Marcelino & Carvalho, 2005).

Assim, concluímos que é essencial o desenvolvimento de intervenções de carácter preventivo tendo em vista o impacto físico, psicológico, emocional, social e económico das doenças crónicas (Miranzi et al., 2008).

Por último, importa também considerar algumas limitações que foram encontradas no decorrer da investigação. Uma das limitações apontadas prendeu-se com o facto do protocolo de investigação, ser constituído por vários questionários de autorresposta, o que pode ter consequências nos resultados obtidos, pelo cansaço dos participantes na resposta a todos os itens.

A amostra não possuiu um número muito elevado de participantes comparativamente com a população que representa esta patologia, fator esse que se prendeu com o facto de potenciais participantes mostrarem falta de interesse em participar, desistência a meio do protocolo de investigação e falta de tempo para participarem.

Apesar das limitações encontradas, considera-se que o presente estudo conseguiu responder aos objetivos propostos, respondendo da melhor forma às hipóteses delineadas.

Conclusão

Atualmente assiste-se a uma preocupação crescente na avaliação da qualidade de vida das pessoas relacionada com a saúde. Sendo a Diabetes Mellitus uma doença crónica que está em crescente incidência e prevalência pareceu-nos importante analisar e refletir sobre este assunto. Além da qualidade de vida também exploramos a possibilidade de desenvolvimento de sintomas psicopatológicos nos doentes acometidos por esta patologia.

São cada vez mais notórios os esforços feitos para que, as novas tecnologias e métodos de tratamento aumentem a esperança de vida, e no fundo, alterem o modo como esta patologia é vivida (Lopes et al., 2010). A Qualidade de vida revela-se um conceito de interesse geral em vários contextos da nossa sociedade, traduzindo-se num conceito multidimensional e subjetivo que representa o grau de satisfação com a vida, apesar das limitações impostas pela doença e pelo seu tratamento (Lopes et al., 2010). Na área clínica, a avaliação da qualidade de vida tem assumido um papel fundamental no que diz respeito à perceção individual ou coletiva de doentes com determinadas doenças crónicas, que com o avanço terapêutico, conseguem gerir e controlar a doença (Roncada, Dias, Goecks, Cidade & Pitrez, 2015). Contudo, o facto de os doentes aumentarem a esperança média de vida, às vezes por longos períodos, não significa “viver bem”, pois quase sempre existem limitações, com prejuízos em diversas atividades de vida diária (Roncada et al., 2015).

Conhecer as dimensões da qualidade de vida mais afetadas ou que apresentam maiores pontuações, possibilita o planeamento de ações de promoção da saúde e prevenção das complicações. Assim, é importante que as equipas de intervenção neste quadro clínico sejam multidisciplinares, que possam acompanhar estes pacientes, proporcionando um ganho na qualidade do tratamento e, principalmente, na vida destes, incluindo-se neste acompanhamento a avaliação da qualidade de vida (Júnior et al., 2013).

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

Na área da Saúde, a melhoria da qualidade passou a ser considerada como um fim a ser obtido após as práticas assistenciais, bem como nas políticas públicas e, nas ações de promoção à saúde e de prevenção de doenças. Portanto, informações sobre a qualidade de vida têm sido utilizadas como indicadores para a avaliação da eficácia, eficiência e impacto de determinados tratamentos em grupos de doentes (Monteiro, Braile, Brandau & Janete, 2010).

Assim, após a obtenção destes resultados, podemos concluir que a doença crónica tem um forte impacto na qualidade de vida dos doentes afetados e que determinados aspetos da doença podem conduzir a prejuízos ao nível psicológico. Deste modo, é necessário que as estratégias na abordagem ao doente com diabetes sejam reforçadas, e que haja esforços imediatos dos indivíduos, da sociedade e do governo para planear ações efetivas para prevenção e controlo da Diabetes Mellitus.

Referências Bibliográficas

- Abraham, M. M. (2017). Perception of quality of life towards diabetes from gender perspective. *International Journal of Pharm and Bio Sciences*, 8(2), 806-813.
- Afable, A. & Karingula, N. S. (2016). Evidence based review of type 2 diabetes prevention and management in low and middle income countries. *World Journal of Diabetes*, 7(10), 209-229.
- Aguiar, C. C., Castro, T. R., Carvalho, A. F., Vale, O. C., Sousa, F. C. & Vasconcelos, S. M. (2011). Drogas antidepressivas. *Acta Médica Portuguesa*, 24(1), 91-98.
- Alba, J. H. M., Morales, D. A. M. & Catano, L. F. E. (2016). Evaluation of the quality of life of patients with diabetes mellitus treated with conventional or analogue insulins. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 116, 237-243.
- Almeida, S. A., Silveira, M. M., Santo, P. F. E., Pereira, R. C. & Salomé, G. M. (2013). Avaliação da qualidade de vida em pacientes com diabetes mellitus e pé ulcerado. *Revista de Cirurgia Plástica*, 28(1), 142-146.
- Alsaleh, F. M., Smith, F. J., Thompson, R. & Taylor, K. M. G. (2013). A structured educational insulin pump therapy programme: the views of children / young people and their parents. *European Diabetes Nursing*, 10(1), 25-30.
- Alves, B. A., Calixto, A. A. T. F. (2012). Aspetos determinantes da adesão ao tratamento de hipertensão e diabetes em uma Unidade Básica de Saúde do interior paulista. *Journal Health Sciences Institute*, 30(3), 255-260.
- Amaral, A. R., Silva, J. C., Ferreira, B. S., Silva, M. R. & Bertini, A. M. A. (2015). Impacto do diabetes gestacional nos desfechos neonatais: uma coorte retrospectiva. *Scientia Medica*, 25(1), 2-6.
- Amorim, I. L. & Coelho, R. (2008). Diabetes mellitus tipo 2 e sintomas psicopatológicos. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 9(2), 319-333.
- American Diabetes Association. (2016). Classification and Diagnosis of Diabestes. *Diabetes Care*, 39(1), 13-22.

- Anderson R. J., Freedland K. E., Clouse R. E., Lustman P. J. (2001). The prevalence of comorbid depression in adults with diabetes: a meta analysis. *Diabetes Care*, 24(1), 69-78.
- António, P. (2010). A psicologia e a doença crónica: intervenção em grupo na diabetes mellitus. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 11(1), 15-27.
- Araújo, A. F., Souza, M. E., A. & Menezes, C. A. (2008). Qualidade de vida e aspetos socioeconómicos em diabéticos tipo 1. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia*, 52(7), 1124-1130.
- Araújo, J., Dourado, M., & Ferreira, P. L. (2015). Instrumentos de medição da qualidade de Vida em idade pediátrica em cuidados paliativos. *Revista Científica da Ordem dos Médicos, Ata Médica Portuguesa*, 28(4), 501-512.
- Al-Shehri, F. S. (2014). Quality of Life among saudi diabetics. *Journal of Diabetes Mellitus*, 4, 225-231.
- Barag, S. F. (2011). Insulin Therapy for Management of Type 2 Diabetes Mellitus: Strategies for Initiation and Long-term Patient Adherence. *Journal Americano Osteopath Association*, 111(7), 513-516.
- Baumann, L. C. & Dang, T. T. N. (2012). Helping patients with chronic diseases overcome barriers to selfcare. *Nurse Practitioner*, 37(3), 32-38.
- Bertolin, D. C., Pace, A. E., Cesarino, C. B., Ribeiro, R. C. H. M. & Ribeiro, R. M. (2015). Adaptação psicológica e aceitação do diabetes mellitus 2. *Acta Paul Enfermagem*, 28(5), 440-446.
- Boarolli, M., Ferreira, N. C., Bavaresco, D. V., Felipe, D. F., & Amboni, G. (2014). Manifestações psiquiátricas e possíveis danos cognitivos em pacientes diabéticos tipo II. *Revista Iniciação Científica*, 12(1), 134-143.
- Boavida, J. M. (2015). Diabetes: a prevenção é melhor do que a cura. *Revista Factores de Risco*, 36, 26-29.
- Boavida, J. M. (2016). Diabetes: uma emergência de saúde pública e de políticas da saúde. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 34(1), 1-2.
- Boell, J. E. W., Ribeiro, R. M. & Silva, D. M. G. V. (2014). Fatores de risco para o desencadeamento do pé diabético. *Revista Eletrónica de Enfermagem*, 16(2), 386-393.

- Bortoluzzi, M. C., Lutz, E. & Presta, A. A. (2011). Qualidade de vida, prevalência e perfil do paciente com neoplasia maligna: um estudo de caso-controle de base populacional. *Acta Médica Portuguesa*, 24(S2), 241-246.
- Bráulio, V. B. & Moreira, N. C. (2006). Plano alimentar do diabético. In Oliveira J. E. P. & Milech, A. *Diabetes Mellitus - Clínica, Diagnóstico, Tratamento Multidisciplinar* (pp. 47-56). Editora Atheneu.
- Britto, C. P. & Duarte, R. (2010). Recomendação global da “International Diabetes Federation” sobre gravidez e diabetes (2009) - Parte II. *Revista Portuguesa da Diabetes*, 5(2), 83-90.
- Cambri, L. T. & Santos, D. L. (2006). Influência dos exercícios resistidos com pesos em diabéticos tipo 2. *Motriz*, 12(1), 33-41.
- Canavarro, M. C., Simões, M. R., Serra, A. V., Pereira, M., Rijo, D. et al., (2003). WHOQOL-BREF: Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde. In M. R. Simões, C. Machado, M. M. Gonçalves. & L. S. Almeida, *Avaliação Psicológica: Instrumentos validados para a População Portuguesa* (pp.77-100). Coimbra: Quarteto.
- Cardoso, V. (2014). Regimes terapêuticos e controlo glicémico nos diabéticos tipo 2 de uma unidade de saúde familiar. *Revista Portuguesa de Endocrinologia, Diabetes e Metabolismo*, 9(2), 129-135.
- Cases, M. M., Gamisans, M. R., Llach, X. B., Villar, F. A. & Alcázar, J. R. (2003). Impacto de la diabetes mellitus tipo 2 en la calidad de vida de los pacientes tratados en las consultas de atención primaria en España. *Atención Primaria*, 31(8), 493-499.
- Ciechanowski P. S., Katon W. J., Russo J. E. (2000). Depression and diabetes: impact of depressive symptoms on adherence, function, and costs. *Archives of Internal Medicine*, 160(21), 3278-3285.
- Chibante, C. L. P., Sabóia, V. M., Teixeira, E. R. & Silva, J. L. L. (2014). Qualidade de vida em pessoas com diabetes mellitus. *Revista Baiana de Enfermagem*, 28(3), 235-243.
- Claudino, J. & Cordeiro, R. (2006). Níveis de ansiedade e depressão nos alunos do curso de licenciatura em enfermagem o caso particular dos alunos da Escola Superior de Saúde de Portalegre. *Educação, Ciência e Tecnologia*, 32, 197- 210.

- Conti, C., Mennitto, C., Francesco, G., Fraticell, F., Vitacolonna, E. & Fulcheri, M. (2017). Clinical Characteristics of Diabetes Mellitus and Suicide Risk. *Frontiers in Psychiatry*, 8(40), 1-7.
- Cordeiro, Q., Oliveira, A. M., Melzer, D., Ribeiro, R. B. & Rignonatti, S. P. (2010). Prevenção em Saúde Mental. *Revista do curso de direito da faculdade de humanidades e direito*, 7(7), 38-53.
- Cortez, D. N., Reis, I. A., Souza, D. A. S., Macedo, M. M. L. & Torres, H. C. (2015). Complicações e o tempo de diagnóstico do diabetes mellitus na atenção primária. *Acta Paulista de Enfermagem*, 28(3), 250-255.
- Costa, F. A., Guerreiro, J. P. & Duggan, C. (2006). Um exame à qualidade de vida dependente da diabetes (ADDQoL) em Portugal: avaliação da validade e fiabilidade. *Pharmacy Practice*, 4(3), 123-128.
- Coutinho, D. C., Lino, E. M., Russoni, A. C., Domingos, N. A. M., Gusman, D. P., Malerbi, F. E. K., Marques, H. S. & Miyazaki, M. C. O. S. (2014). Diabetes mellitus tipo 1: sintomas de depressão em crianças e cuidadores. *Arquivo de Ciências da Saúde*, 21(3), 67-71.
- Couto, T. A., Santana, V. S. S., Santos, A. R. & Santos, R. M. M. (2014). Educação em saúde, prevenção e cuidado ao pé diabético: um relato de experiência. *Revista Baiana de Saúde Pública*, 38(3), 760-768.
- Cunha, M., Chibante, R. & André, S. (2014). Suporte social, empowerment e doença crónica. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, (ed. especial. 1), 21-26.
- Dahmer, L., Oliveira, T. B., Kemper, C., Ana, A. P., Melo, G. L. & Avila, J. G. (2015). Avaliação da qualidade de vida de pacientes hipertensos e diabéticos. *Revista Contexto e Saúde*, 15(28), 41-49.
- Das, S. & Sethy, B. (2012). Prevention of diabetic complications: is it possible? *Medicine*, 22, 283-286.
- Diabetes Prevention Program Research Group (2002). Reduction in the incidence of type 2 diabetes with lifestyle intervention or metformin. *The New England Journal of Medicine*, 346(6), 393-403.
- Diaz, N., Moreira, P. B., Haluch, R. F., Ravazzani, A. C., Kusma, S. Z. (2016). O impacto do diabetes mellitus tipo 2 na qualidade de vida. *Revista Médica da UFPR*, 3(1), 5-12.

- Direcção-Geral da Saúde (2008). Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Diabetes. Lisboa. Ministério da Saúde.
- Direcção-Geral da Saúde (2016). A Saúde dos Portugueses. Lisboa. Direcção de Serviços de Informação e Análise.
- Egede, L. E., & Ellis, C. (2010). Diabetes and depression: Global perspectives. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 87, 302-312.
- Engum, A., Mykletun, A., Midthjell, K., Holen, A. & Dahl, A. A. (2005). Depression and diabetes: a large population-based study of sociodemographic, lifestyle, and clinical factors associated with depression in type 1 and type 2 diabetes. *Diabetes Care*, 28(8), 1904-1909.
- Estrada, J. G. S., Strauss, A. M. G., Beltrám, C. A., Baltazar, R. G. & Moreno, M. P. (2012). The quality of life in adults with diabetes mellitus type 2 in centers of health from Guadalajara, Jalisco (Mexico). *Salud Uninorte*, 28(2), 264-275.
- Falcão, I. M., Pinto, C., Santos, J., Fernandes, M. C., Ramalho, L., Paixão, E. & Falcão, J. M. (2008). Estudo da prevalência da diabetes e das suas complicações numa coorte de diabéticos portugueses: um estudo na rede Médico-Sentinela. *Revista Portuguesa Clínica*, 24, 679-692.
- Faria, H. T. G., Veras, V. S., Xavier, A. T. F., Teixeira, C. R. S., Zanetti, M. L. & Santos, M. A. (2013). Qualidade de vida de pacientes com diabetes mellitus antes e após participação em programa educativo. *Revista da Escola de Enfermagem*, 47(2), 348-354.
- Ferreira, F. S. & Santos, C. B. (2009). Qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes diabéticos atendidos pela equipa saúde da família. *Revista de Enfermagem - UERJ*, 17(3), 406-411.
- Ferreira, M. M., Carrilho, E. & Carrilho, F. (2014). Diabetes mellitus e sua influência no sucesso do tratamento endodôntico: um estudo clínico retrospectivo. *Acta Médica Portuguesa*, 27(1), 15-22.
- Flora, M. C. & Gameiro, M. G. H. (2016). Autocuidado dos adolescentes com diabetes mellitus tipo 1: conhecimento acerca da doença. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(8), 17-26.

- Freire, M. E. M., Sawada, N. O., França, I. S. X., Costa, S. F. G. & Oliveira, C. D. B. (2014). Qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes com câncer avançado: uma revisão integrativa. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 48(2), 357-367.
- Funnell, M. M., Brown, T. L., Childs, B. P., Has, L. B., Hoseney, G. M., Jensen, B. et al. (2007). National standards for diabetes self-management education. *The Diabetes Educator*, 33, 599-614.
- Galego, R. Caldeira, J. (2007). Complicações agudas da diabetes mellitus. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 23, 565-575.
- Garcia, J. C. F., Pérez, J. A. F., Torre, E. M., Millán, C. O., Echevarría, I. R., Sánchez, J. J. A., Guisasola, F. A., Menéndez, S. A., et al. (2012). Perfil profesional del educador de pacientes con diabetes. *Avances en Diabetología*, 28(2), 38-47.
- Gavric, Z., Vujmilovic, D. G. (2014). Perceptions of psychological domain of quality of life in patients with Diabetes Mellitus. *Journal of Preventive Medicine*, 4, 489-498.
- Gigantesco, A. & Giuliani, M. (2011). Quality of life in mental health services with a focus on psychiatric rehabilitation practice. *Annali Istituto Superior Sanità*, 47(4), 363-372.
- Goldenberg, P., Schenkman, S. & Franco, L. J. (2003). Prevalência de diabetes mellitus: diferenças de gênero e igualdade entre os sexos. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 6(1), 18-28.
- Groot, M., Golden, S. H. & Wagner, J. (2016). Psychological conditions in adults with diabetes. *American Psychology*, 71(7), 552-562.
- Guerra, C., Nunes, H., Dias, I., Ribeiro, M. (2006). Importância da prática de actividade física no tratamento da Diabetes Mellitus. *Revista Portuguesa de Diabetes*, 3, 27-29.
- Hahl J., Hamalainen, H., Sintonen, H., Simell, T., Arinen, S., & Simell, O. (2002). Health-related quality of life in type 1 diabetes without or with symptoms of long-term complications. *Quality of Life Research*, 11, 427-436.
- Hunt, J. (2011). Motivational interviewing and people with diabetes. *European Diabetes Nursing*, 8(2), 68-73.
- International Diabetes Federation. IDF-Diabetes Atlas. 7 th ed. 2015.

- Júnior, A. J. A. F., Heleno, M. G. V., Lopes, A. P. (2013). Qualidade de vida e controlo glicémico do paciente portador de diabetes mellitus tipo 2. *Revista Psicologia e Saúde*, 5(2), 102-108.
- Kaneto, L. A. & Damião, E. B. C. (2015). Avaliação do conhecimento de crianças com diabetes tipo 1: proposta de um instrumento. *Revista da Sociedade Brasileira de Enfermeiros Pediatras*, 15(2), 93-101.
- Katon, W., Von Kroff, M., Ciechanowski, P., Russo, J., Lin, E., Simon, G., Ludman, E., Walker, E., Bush, T., & Young, B. (2004). Behavioural and clinical factors associated with depression among individuals with diabetes. *Diabetes Care*, 27, 914-920.
- Khalili, M., Sabouhi, F., Abazari, P. & Aminorroaya, A. (2016). Comparing the quality of life in insulin recipient and refusal patients with type 2 diabetes. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 21(4), 351-356.
- Kumar, P. & Krishna, M. (2015). Quality of life in Diabetes Mellitus. *Science Journal of Public Health*, 3(3), 310-313.
- Lima, S. M. (2015). Papel da psicologia no acompanhamento do paciente com diabetes. *Revista do Hospital Universitário Pedro Ernesto Uerj*, 14(4), 76-80.
- Lopes, I., Correia, S., Marques, L. & Couto, L. (2010). Qualidade de vida das pessoas com diabetes mellitus tipo 1. *Revista Portuguesa de Diabetes*, 5(3), 110-112.
- Maia, A. C. C. O., Braga, A. A., Paes, F., Machado, S., Nardi, A. E. & Silva, A. C. (2014). Psychiatric comorbidity in diabetes type 1: a cross-sectional observational study. *Revista da Associação Médica*, 60(1), 59-62.
- Marcelino, D. B. & Carvalho, M. D. de B. (2005). Reflexões sobre o diabetes tipo 1 e sua relação com o emocional. *Psicologia Reflexão e Crítica*, 18(1), 72-77.
- Marques, E. M. B. G., Sánchez, C. S. & Vicario, B. P. (2014). Percepção da qualidade de vida de um grupo de idosos. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(1), 75-84.
- Martins, C. (2011). *Manual de Análise de dados quantitativos com recurso ao IBM SPSS: saber decidir, fazer, interpretar e redigir*. Braga: Psiquilíbrios edições.
- Martins, M. J. R. & José, H. M. G. (2013). Avaliação do risco de diabetes tipo 2 nos cuidados de saúde primários. *Revista de Enfermagem UFPE On Line*, 7(10), 5896-5906.

- Martínez, Y. V., Aguiar, C. A. P., Pacheco, R. A. R. & Martínez, J. J. V. (2008). Quality of life associated with treatment adherence in patients with type 2 diabetes: a cross-sectional study. *BMC Health Service Research*, 8, 1-10.
- Massa, A. C., Rangel, R., Cardoso, M. & Campos, A. (2015). Diabetes gestacional e o impacto do atual rastreio. *Acta Médica Portuguesa*, 28(1), 29-34.
- McGrady, M. E., Laffel, L., Drotar, D., Repaske, D. & Hood, K. K. (2009). Depressive symptoms and glycemic control in adolescents with type 1 diabetes. *Diabetes Care*, 32(5), 804-806.
- Medina, J. L., Souto, S. & Ferreira, J. (2015). Diabetes e o futuro do tratamento. *Revista Portuguesa Farmacoterapia*, 7, 221-229.
- Mello, E. M., Teles, M. S., Teles, R. S., Barbosa, I. V., Studart, R. M. B., Oliveira (2011) - Avaliação dos fatores interferentes na adesão ao tratamento do cliente portador de pé diabético. *Revista de Enfermagem Referência*, 3(5), 37-44.
- Mendes, R., Sousa, N., Reis, V. M. & Barata, J. L. T. (2011). Programa de exercício na diabetes tipo 2. *Revista Portuguesa de Diabetes*, 6(2), 62-70.
- Miftari, S. & Melonashi, E. (2015). The impact of stress in quality of life at the patients with diabetes. *European Journal of Psychological Research*, 2(1), 73-79.
- Miguel, M. C. T. & Borges, L. (2002). Aspectos psicológicos da doença crónica. *Boletim Hospital Polido Valente*, 15(3), 101-106.
- Miranzi, S. S. C., Ferreira, F. S., Iwamoto, H. H., Pereira, G. A. & Miranzi, M. A. S. (2008). Qualidade de vida de indivíduos com diabetes mellitus e hipertensão acompanhados por uma equipa de saúde da família. *Texto Contexto Enfermagem*, 17(4), 672-679.
- Moonaghi, H. K., Areshtanab, H. N., Jouybri, L., Bostanabad, M. A. & McDonald, H. (2014). Facilitators and barriers of adaptation to diabetes: experiences of Iranian patients. *Journal of Diabetes & Metabolic Disorders*, 13(17), 2-7.
- Monteiro, R., Braile, D. M., Brandau, R. & Janete, F. B. (2010). Qualidade de vida em foco. *Revista Brasileira Cirúrgica Cardiovascular*, 25(4), 568-574.

- Monteiro, A. G., Rosário, F. & Torre, J. B. (2007). Complicações cardiovasculares na diabetes, prevenções primária e secundária nos CSP. *Revista Portuguesa Clínica Geral*, 23, 627-647.
- Monteiro, S., Tavares, J. & Pereira, A. P. (2008). Optimismo disposicional, sintomatologia psicopatológica, bem-estar e rendimento académico em estudantes do primeiro ano do Ensino Superior. *Estudos de Psicologia*, 13(1), 23-29.
- Montoya, I., Marín, M. P., Rubio, A. S. & Gascó, V. P. (2016). Adjustmente to type 1 diabetes mellitus and its relation with anxiet and depression in pediatric patients. *Endocrinology & Diabetes Research*, 2(1), 2-5.
- Moreira, D., Pais, I. P., Rebimbas, S., Barbosa, L., Rodrigues, L., Costa, C. & Campos, R. A. (2012). Diabetes Mellitus tipo 1 e hepatite autoimune como forma de apresentação precoce de síndrome poliglandular autoimune tipo II. *Revista Portuguesa de Endocrinologia, Diabetes e Metabolismo*, 7(2), 13-17.
- Moreira, H., Silva, S. & Canavarro, M. C. (2008). Qualidade de vida e ajustamento psicossocial da mulher com cancro da mama: do diagnóstico à sobrevivência. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 9(1), 165-184.
- Mustapha, W., Hossain, Z. S. & Loughlin, K. O. (2014). Management and impact of diabetes on quality of life among the Lebanese community of Sydney: a quantitative study. *Diabetes & Metabolism*, 5(1), 1-10.
- Nahas, M. V. (2010). *Atividade física, saúde e qualidade de vida: Conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo*. Londrina: Midiograf, 5ª Edição.
- Nakhanakhup, C., Moungmee, P., Appell, H. J. & Duarte, J. A. (2006). Regular physical exercise in patients with type II diabetes mellitus. *European Review of Aging and Physical Activity*, 3,10-19.
- Nicolussi, A. C. Sawada, N. O., Cardozo, F. M. C., Andrade, W. & Paula, J. M. (2014). Qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes com câncer em quimioterapia. *Revista Rene*, 15(1), 132-140.
- Nunes, S. M., Monteiro, A. & Rato, L. (2012). Um estudo longitudinal sobre qualidade de vida em pacientes submetidos a cirurgia oncológica na ULS de Castelo Branco mediante a aplicação do SF-36. *Revista de Saúde Amato Lusitano*, 30, 6-11.

- Organização Mundial de Saúde (2001). Relatório Sobre a Saúde no Mundo: Saúde Mental: nova concepção, nova esperança. Lisboa: Ministério da Saúde, Direção Geral de Saúde.
- Ozder, A., Sekeroglu, M. & Eker, H. H. (2014). Quality of life and satisfaction with treatment in subjects with type 2 diabetes: results from primary health care in Turkey. *International Journal of Clinical and Experimental Medicine*, 7(12), 5715-5722.
- Paredes, T., Simões, M. R., Canavarro, M. C., Serra, A. V., Pereira, M., Quartilho, M. J., Rijo, D., Gameiro, S. & Carona, C. (2008). Impacto da doença crónica na qualidade de vida: comparação entre indivíduos da população geral e doentes com tumor do aparelho locomotor. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 9(1), 73-87.
- Pedroso, B., Pilatti, L. A., Gutierrez, G. L., Santos, C. B. & Picinin, C. T. (2011). Validação da sintaxe unificada para o cálculo dos escores dos instrumentos WHOQOL. *Revista da Faculdade de Educação Física da UNICAMP*, 9(1), 130-156.
- Pereira, L. M., Neves, C., Medina, J. L. (2006). Importância da Psicologia Clínica no Tratamento da Diabetes Mellitus. *Revista Portuguesa de Diabetes*, 1, 23-28.
- Pereira, M. & Canavarro, M. C. (2010). Adversidade na gravidez: um estudo comparativo da adaptação de grávidas infetadas pelo VIH e grávidas sem risco médico associado. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 11(2), 179-197.
- Pereira, M., Melo, C., Gameiro, S. & Canavarro, M. C. (2011). Estudos Psicométricos da versão em português europeu do índice de qualidade de vida EUROHIS-QOL-8. *Laboratório de Psicologia*, 9(2), 109-123.
- Pereira, S., Neto, S., Moleiro, P. & Gama, E. (2015). Exercício físico em adolescentes com diabetes mellitus tipo 1. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 46, 311-317.
- Péres, D. S., Santos, M. A., Zanetti, M. L. & Ferronato, A. (2007). Dificuldades dos pais diabéticos para o controle da doença: sentimentos e comportamentos. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, 15(6).
- Pérez, R. G. (2013). Cambio en el estilo de vida en diabetes tipo 2: una leyenda urbana. *Revista Venezolana de Endocrinología Y Metabismo*, 11(2), 56-58.
- Pinto, M. R., Parreira, P. & Basto, M. L. (2014). Resultados da intervenção de enfermagem na adequação do estilo de vida das pessoas com diabetes mellitus tipo 2. Uma revisão sistemática da literatura. *Revista da UIIPS*, 5(2), 259-278.

- Pires, M. R., Bani, R. C. F., Lima, G. Z., Haddad, M. I. R., Takamoto, P. M., Pires, L. A. R., et al., (2016). Análise das dificuldades relacionadas ao seguimento de condutas terapêuticas do adolescente com diabetes mellitus tipo 1. *Journal of Human Growth and Development*, 26(1), 21-28.
- Poeschl, G. (2006). *Análise de dados na investigação em psicologia: teoria e prática*. Coimbra: Edições Almedina.
- Polonsky, W. H., Fisher, L., Guzman, S., Villa-Caballeero, L. & Edelman S. V. (2005). Psychological insulin resistance in patients with type 2 diabetes: the scope of the problema. *Diabetes Care*, 28(10), 2543-2545.
- Pontes, A., C., F. & Corrente, J. E. (2001). Comparações múltiplas não-paramétricas para o delineamento com um fator de classificação simples. *Revista de Matemática e Estatística*, 19, 179-197.
- Porto, D. B., Guedes, D. P., Fernandes, R. A. & Reichert, F. F. (2012). Perceção da qualidade de vida e atividade física em idosos brasileiros. *Motricidade*, 8(1), 33-41.
- Protheroe, J., Rowlands, G., Bartlam, B. & Zamir, D. L. (2017). Health Literacy, Diabetes Prevention, and Self-Management. *Journal of Diabetes Research*, 3, 1-3.
- Psaltopoulou, T., Ilias, I. & Alevizaki, M. (2010). The role of diet and lifestyle in primary, secondary, and tertiary diabetes prevention: a review of meta-analyses. *The Review or Diabetic Studies*, 7(1), 26-35.
- Queirós, J., Magalhães, A. & Medina, J. L. (2006). Diabetes gestacional: uma doença, duas gerações, vários problemas. *Revista Portuguesa de Endocrinologia, Diabetes e Metabolismo*, 2, 19-24.
- Ramírez, N. A., Álvarez, M. C. B. & Galán, I. C. (2000). Fiabilidad y estructura factorial del «inventario breve de síntomas» en adultos. *Psicología Conductual*, 8(1), 73-83.
- Rehman, A. & Kazmi, S. F. (2015). Prevalence and level of depression, anxiety and stress among patients with type-2 Diabetes Mellitus *Ann. Pak. Institute Medicine Science*, 11(2), 81-86.
- Relatório de Contas do Centro Hospitalar de São João, E.P.E (2015).

- Rocha, N. S., Schuch, F. B. & Fleck, M. P. A. (2013). Gender differences in perception of quality of life in adults with and without chronic health conditions: The role of depressive symptoms. *Journal of Health Psychology, 19*(6).
- Rodrigues, A. & Costa, V. E. (2013). Locus de controlo, autoeficácia e qualidade de vida na diabetes tipo 1. *Psicologia, Saúde & Doença, 14*(3), 389-404.
- Rodrigues, J. R., Branco, M. C., Pereira, H. & Afonso, R. M. (2014). Ansiedade em meio clínico: construção de uma escala para estudantes de medicina. *Revista Científica da Ordem dos Médicos, 27*(6), 731-736.
- Romain, A. J., Bernard, P., Attalin, V. (2012). Health-related quality of life and stages of behavioral change for exercise in overweight/obese individuals. *Diabetes & Metabolism, 38*(4), 352-358.
- Rodriguez, A. M., Dominguez, A. Y., Hernández, A. Y., Guerra, V. C., González, C. & Margarita, T. (2012). Pesquisaje y prevención de la diabetes mellitus tipo 2 en población de riesgo. *Revista Cubana de Higiene & Epidemiología, 50*(3), 380-391.
- Roncada, C., Dias, C. P., Goecks, S., Cidade, S. E. F. & Pitrez, P. M. C. (2015). Valor do emprego do questionário WHOQOL-Bref na avaliação da qualidade de vida de pais de crianças com asma. *Revista Paulista de Pediatria, 33*(3), 267-273.
- Rotella, F., Lamanna, C., Diecembrini, I., Favarelli, C., Calasso, C. & Mannucci, E. (2013). Psychopathology and Continuous Subcutaneous Insulin Infusion in Type 1 Diabetes. *The Scientific World Journal, 1-4*.
- Sá, A. B., Oliveira, C., Carvalho, D., Raposo, J., Polónia, J., Silva, J. A., Medina, J. L., Correia, L. G., Miguel, L. S. & Cernadas, R. (2016). A diabetes mellitus em Portugal: relevância da terapêutica farmacológica adequada. *Reuniões de Reflexão da Revista Portuguesa Farmacoterapia, 8*, 44-53.
- Santana, P., Costa, C., Loureiro, A., Raposo, J. & Boavida, J. M. (2014). Geografias da Diabetes mellitus em Portugal: como as condições do contexto influenciam o risco de morrer. *Acta Médica Portuguesa, 27*(3), 309-317.
- Santos, M. A., Ceretta, L. B., Réus, G. Z., Abelaira, H. M., Jornada, J. K., et al., (2014). Anxiety disorders are associated with Quality of life impairment in patients with insulin-dependent type 2 diabetes: a case-control study. *Revista Brasileira de Psiquiatria, 36*, 298-304.

- Santos, M. J., Monteiro, M., Pereira, P., Freitas, M. & Marques, O. (2014). Padrão terapêutico numa população de diabéticos tipo 2: relação com o tempo de doença e nível de cuidados de saúde. *Revista Portuguesa de Endocrinologia, Diabetes e Metabolismo*, 9(1), 15-20.
- Santos, S., Beça, H. & Mota, C. L. (2015). Qualidade de vida e fatores associados na diabetes mellitus tipo 2: estudo observacional. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 31, 186-196.
- Serra, A., Canavarro, M.C., Simões, M. R., Pereira, M., Gameiro, S., Quartilho, M. J., Rijo, D., Carona, C. & Predes, T. (2006). Estudos psicométricos do instrumento de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL - Bref) para português de Portugal. *Psiquiatria Clínica*, 27(1), 41-49.
- Serrabulho, L., Matos, M. G., Nabais, J. V. & Raposo, J. F. (2014). A adaptação psicológica à diabetes dos jovens adultos com diabetes tipo 1. *Revista Portuguesa de Diabetes*, 9(3), 116-126.
- Serrabulho, L., Matos, M. G., Nabais, J. V. & Raposo, J. F. (2016). Ansiedade, stress e depressão em jovens adultos com diabetes tipo 1. *Revista Portuguesa da Diabetes*, 11(1), 23-32.
- Shi, B. Y. (2016). The importance and strategy of diabetes prevention. *Chronic Diseases and Transational Medicine*, 2, 204-207.
- Silva, I. L. (2010). *Psicologia da Diabetes*. Lisboa: Placebo editora.
- Silva, C. A. M., Pereira, D. S., Almeida, D. S. C. & Venâncio, M. I. L. (2014). Pé diabético e avaliação do risco de ulceração. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(1), 153-161.
- Silva, I., Pais-Ribeiro, J. & Cardoso, H. (2004). Dificuldades em perceber o lado positivo da vida? Stresse em doentes diabéticos com e sem complicações crónicas da doença. *Análise Psicológica*, 3(12), 597-605.
- Silva, I., Pais-Ribeiro, J., Cardoso, H. & Ramos, H. (2003). Qualidade de vida e complicações crónicas da diabetes. *Análise Psicológica*, 2(21), 185-194.

- Silva, L. S., Cotta, R. M. M. & Rosa, C. O. B. (2013). Estratégias de promoção da saúde e prevenção primária para enfrentamento das doenças crônicas: revisão sistemática. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 34(5), 343-350.
- Sociedade Portuguesa de Diabetologia - SPD. (2016). *Diabetes: Factos e Números - o ano de 2015. Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes*.
- Sousa, M. R., McIntyre, T., Martins, T. & Silva, E. (2015). Questionário dos conhecimentos da Diabetes (QCD): propriedades psicométricas. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 33(1), 33-41.
- Sousa, Z., Neves, C. & Carvalho, D. (2016). Monitorização do controlo glicémico. *Revista Portuguesa de Diabetes*, 11(1), 33-37.
- Souza, P. L. C. & Silvestre, M. R. S. (2013). Alimentação, estilo de vida e adesão ao tratamento nutricional no diabetes mellitus tipo 2. *Estudos Goiânia*, 40(4), 541-555.
- Smith, K. J., Béland, M., Clyde, M., Gariépy, G., Pagé, V., Badawi, G., Lhoret, R. R. & Schmitz, N. (2013). Association of diabetes with anxiety: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research*, 74, 89-99.
- Spasic, A., Radovanovic, R. V., Dordevic, A. C., Stefanovic, N. & Cvetkovic, T. (2014). Quality of life in type 2 diabetic patients. *Scientific Journal of the Faculty of Medicine in Nis*, 31(3), 193-200.
- Stankovic, Z., Gasic, M. J. & Tosevski, D. L. (2013). Psychological problems in patients with type 2 diabetes: clinical considerations. *Stragan*, 70(12), 1138-1144.
- Tescke, L. R., Tavares, J. M. R. S. & Santos, I. C. T. (2015). Diabetes mellitus: a necessidade de um dispositivo de administração de insulina para crianças e adolescentes. *Revista DAPesquisa*, 11(15), 147-163.
- Tiecher, C. V. & Nascimento, M. A. B. (2014). Controlo glicémico de diabéticos tipo 1 com contagem de carboidratos: uma revisão da literatura. *Comunicação em Ciências da Saúde*, 25(2), 1149-156.
- Tuncay, T., Musabak, I., Gok, D. E. & Kutlu, M. (2008). The relationship between anxiety, coping strategies and characteristics of patients with diabetes. *Health Quality of Life Outcomes*, 13(6), 79-87.

- Viana, V. (2002). Psicologia, saúde e nutrição: contributo para o estudo do comportamento alimentar. *Análise psicológica*, 20(4), 611-624.
- Vilhena, E., Ribeiro, J. L. P., Silva, I., Pedro, L., Meneses, R. F., Cardoso, H., Silva, A. M. & Mendonça, D. (2014). Fatores psicossociais preditivos de ajustamento à vida de pessoas com doenças crónicas. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 15(1), 220-233.
- Xavier, A. T. F., Bittar, D. B. & Ataíde, M. B. C. (2009). Crenças no autocuidado em diabetes - implicações para a prática. *Texto & Contexto Enfermagem*, 18(1), 124-130.
- Zulian, L. R., Santos, M. A., Veras, V. S., Rodrigues, F. F. L., Arrelias, C. C. A. & Zanetti, M. L. (2013). Qualidade de vida de pacientes com diabetes utilizando o instrumento diabetes 39 (D - 3). *Revista Gaúcha Enfermagem*, 34(3), 138-146.
- World Health Organization (1997). Programme on Mental Health - WHOQOL: Measuring Quality of Life. Division of Mental Health and Prevention of Substance Abuse.
- World Health Organization (2014). Global status report on noncommunicable diseases - "Attaining the nine global noncommunicable diseases targets; a shared responsibility.
- World Health Organization (2017). Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates. Geneva

Anexos

Anexo 1:

Pedido de autorização para a realização do estudo/projeto de investigação

Direcção Clínica
11.5.2015

CE 5 138-15



Exmo. Senhor
Presidente do Conselho de Administração do
Centro Hospitalar de S. João – EPE

Assunto: Pedido de autorização para realização de estudo/projecto de investigação

Nome do Investigador Principal: Patricia Manuela Ferreira Monteiro

Título do projecto de investigação: Avaliação da Qualidade de Vida em Pessoas com Diabetes

Pretendendo realizar no(s) Serviço(s) de Endocrinologia do Centro Hospitalar de S. João – EPE o estudo/projecto de investigação em epígrafe, solicito a V. Exa., na qualidade de Investigador/Promotor, autorização para a sua efectivação.

Para o efeito, anexa toda a documentação referida no dossier da Comissão de Ética do Centro Hospitalar de S. João respeitante a estudos/projectos de investigação, à qual endereçou pedido de apreciação e parecer.

Com os melhores cumprimentos.

Porto, 24 de Fevereiro de 2015

O INVESTIGADOR/PROMOTOR

Patricia Manuela Ferreira Monteiro



7. SEGURO

a. Este estudo/projecto de investigação prevê intervenção clínica que implique a existência de um seguro para os participantes?

SIM (Se sim, junte, por favor, cópia da Apólice de Seguro respectiva)

NÃO

NÃO APLICÁVEL

8. TERMO DE RESPONSABILIDADE

Eu, Patrícia Manuela Ferreira Monteiro, abaixo-assinado, na qualidade de Investigador Principal, declaro por minha honra que as informações prestadas neste questionário são verdadeiras. Mais declaro que, durante o estudo, serão respeitadas as recomendações constantes da Declaração de Helsínquia (com as emendas de Tóquio 1975, Veneza 1983, Hong-Kong 1989, Somerset West 1996 e Edimburgo 2000) e da Organização Mundial da Saúde, no que se refere à experimentação que envolve seres humanos. Aceito, também, a recomendação da CES de que o recrutamento para este estudo se fará junto de doentes que não tenham participado em outro estudo no decurso do actual internamento ou da mesma consulta.

Porto, 24 de Fevereiro de 2015

Patrícia Manuela Ferreira Monteiro

O Investigador Principal

PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE DO CENTRO HOSPITALAR DE S. JOÃO/FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DO PORTO	
emitido na reunião plenária da CES de 24 / Abril / 2015	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;">A Comissão de Ética para a Saúde APROVA por unanimidade o parecer do Relator, pelo que nada tem a opor à realização deste projecto de investigação.</div>  Prof. Doutor Filipe Almeida Presidente da Comissão de Ética

Anexo 2:

Parecer da Comissão de Ética para a Saúde do Centro Hospitalar de São João

Parecer da Comissão de Ética para a Saúde do
Centro Hospitalar de São João / Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

Titulo do Projecto: Avaliação da Qualidade de Vida em Pessoas com Diabetes

Nome da Investigadora Principal: Dra. Patricia Manuela Ferreira Monteiro

Serviço onde decorre o Estudo: Serviço de Endocrinologia. Tem a autorização do Prof. Doutor Davide Carvalho, que será elo de ligação.

Objectivo do Estudo:

Avaliar a qualidade de vida dos pacientes diabéticos, passando também por fazer a caracterização da amostra diabética relativamente aos dados sociodemográficos e avaliar a presença de sintomas psicopatológicos.

Este estudo insere-se no âmbito do Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde da Universidade da Beira Interior, sob orientação da Prof.ª Doutora Paula Saraiva Carvalho.

Concepção e Pertinência do estudo:

O aumento da prevalência da diabetes em Portugal, a baixa adesão ao seu tratamento, associada a um risco elevado de complicações de saúde e mesmo de morte, mostram a necessidade de um maior conhecimento sobre os comportamentos de autogestão da doença desenvolvidos pelos doentes com diabetes.

Pretende-se com o presente estudo contribuir para o desenvolvimento do conhecimento que apoie a melhoria dos cuidados ao doente com diabetes e a compreensão do processo de adaptação à doença, de modo a conhecer a percepção que os doentes têm acerca da diabetes, conhecer os níveis de psicopatologia nestes doentes, avaliar a vulnerabilidade psicológica que estes doentes apresentam perante situações indutoras de stress e compreender a sua relação com os níveis de psicopatologia apresentados, e avaliar a qualidade de vida nestes doentes.

Os participantes serão adultos com diagnóstico de diabetes há mais de 6 meses, com idades compreendidas entre os 20 e os 70 anos, e que são acompanhados na consulta de ambulatório de Endocrinologia do CHSJ.

As variáveis em estudo serão avaliadas através dos seguintes instrumentos: Questionário de Estado de Saúde (MOS – SF 36, versão portuguesa de Ferreira & Santos, 2003); Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI, versão portuguesa de Canavarro, 1999), Questionário de Vulnerabilidade ao Stress (23 QVS, Vaz Serra, 2000), Questionário Breve de Qualidade de Vida (WHOQOL-BREF, versão portuguesa de Canavarro et al., 2006). Serão ainda questionadas as seguintes informações sociodemográficas: idade, sexo, nacionalidade, habilitações literárias, concelho de residência, estado civil, nº de filhos, com quem vive, situação profissional, e questões relativas à situação clínica (tempo de diagnóstico, seguimento em consultas, outros problemas de

saúde, outros familiares com diabetes, tipo de medicação e controlo, internamentos). Outras informações clínicas sobre a doença (tempo de duração, tratamento recomendado, níveis de glicose) serão facultadas pelo médico assistente (elo de ligação).

Benefício/risco:

O único incómodo é o tempo estimado para o preenchimento dos questionários (15 a 25 minutos), que é informado ao eventual participante no convite à participação disponibilizada.

Confidencialidade dos dados:

Todos os questionários serão identificados apenas por códigos e os dados serão tratados apenas colectivamente, de forma a garantir, em todos os momentos, a confidencialidade das respostas.

Respeito pela liberdade e autonomia do sujeito de ensaio:

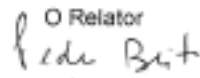
A liberdade em participar está salvaguardada, e a informação é adequada.

Curriculum da investigadora: Adequado à investigação.

Data previsível da conclusão do estudo: Dezembro de 2015

Conclusão: Proponho um parecer favorável à realização deste projecto de investigação.

Porto, 24 de Abril de 2015

O Relator

Doutor Pedro Brito

Anexo 3:

Termo de consentimento livre e informado

Informação ao Participante

Caro participante,

Este documento descreve o estudo em que o/a convidamos a participar.

Por favor leia-o atentamente. No fim o investigador irá perguntar-lhe se concorda em participar neste estudo. Se não se sentir totalmente esclarecido, sinta-se à vontade para colocar todas as questões que tenha ao investigador presente.

IDENTIFICAÇÃO DO ESTUDO E DO INVESTIGADOR RESPONSÁVEL

Eu, Patrícia Manuela Ferreira Monteiro, na qualidade de aluna do Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde da Faculdade de Ciências Sociais e Humanas da Universidade da Beira Interior estou a desenvolver um estudo sobre o tema de “Avaliação da Qualidade de Vida em Pessoas com Diabetes”

OBJETIVO DO ESTUDO

O objetivo principal deste estudo é avaliar a qualidade de vida de pacientes diabéticos, passando também por fazer a caracterização da amostra diabética relativamente aos dados sociodemográficos e avaliar a presença de sintomas psicopatológicos. Com a concretização deste estudo pretendemos contribuir para o desenvolvimento de conhecimento científico que suporte a definição de estratégias sustentáveis ao nível da promoção da saúde, prevenção e intervenção na doença, focalizando-se em determinantes de saúde e bem-estar.

DESENVOLVIMENTO DO ESTUDO

Os participantes serão adultos com diagnóstico de diabetes há mais de 6 meses, com idades entre os 20 a 70 anos com acompanhamento clínico nas consultas de ambulatório do serviço. A recolha de dados e informações é realizada por inquéritos, através de questionários de auto-resposta, sendo um dos questionários apenas para recolha de informações sociodemográficas, e quatro para recolha de informações tendo em conta as variáveis que o estudo pretende avaliar.

BENEFÍCIOS ESPERADOS E EVENTUAIS RISCOS

O envolvimento neste estudo não trás benefícios imediatos para os participantes, embora a longo prazo possam existir benefícios indirectos resultantes de um melhor conhecimento da doença. Os eventuais riscos para os participantes é responder a um conjunto de questionários aplicados pela investigadora devidamente credenciada para o efeito.

INCÓMODOS DERIVADOS DA PARTICIPAÇÃO (Nº CONSULTAS, EXAMES COMPLEMENTARES, DESLOCAÇÕES,...)

O estudo envolve o preenchimento de questionários e como tal, os participantes necessitarão

de despende do seu tempo pessoal (cerca de 15-25 minutos), sendo estes questionários preenchidos junto do local onde os participantes têm a consulta.

CARÁCTER VOLUNTÁRIO DA PARTICIPAÇÃO

A participação no estudo é de carácter voluntário.

REFLEXÃO SOBRE O PEDIDO DE PARTICIPAÇÃO

Os participantes terão tempo disponível para refletir sobre o pedido de participação e se necessário ouvir a opinião de familiares e/ou amigos antes de tomarem uma decisão

LIBERDADE PARA DECIDIR

Os participantes têm total liberdade para decidir se desejam ou não participar no estudo, não decorrendo desta decisão qualquer prejuízo para o próprio.

POSSIBILIDADE DE RETIRADA DO ESTUDO

Os participantes podem decidir retirar-se do estudo em qualquer momento, sem que tal decisão comprometa o relacionamento com o médico nem o respeito pelos direitos à assistência que lhe é devida.

GARANTIA DA PRIVACIDADE E DA CONFIDENCIALIDADE

Todos os dados e informações recolhidas serão guardados e mantidos na máxima privacidade e confidencialidade e apenas a equipa de investigadores terá acesso aos mesmos.

APROVAÇÃO DO ESTUDO PELA COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE DO CENTRO HOSPITALAR DE S. JOÃO-E.P.E.

Este estudo foi submetido e aprovado pela Comissão de Ética para a Saúde do Centro Hospitalar de S. João - E.P.E.

Declaro que me sinto esclarecido/a com a informação que me foi prestada e que foram respondidas as questões que desejei colocar. Declaro, com a minha assinatura, que consinto a minha participação neste estudo.

Data: _____ de _____ de 2015
