

José Pedro Gonçalves dos Reis

SUPORTE SOCIAL E QUALIDADE DE VIDA NOS DOENTES  
DIABÉTICOS DO CENTRO DE SAÚDE DE LAMEGO

Universidade Fernando Pessoa

Porto, 2007



José Pedro Gonçalves dos Reis

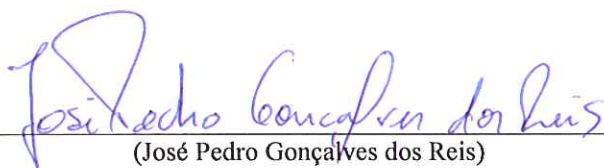
SUPORTE SOCIAL E QUALIDADE DE VIDA NOS DOENTES  
DIABÉTICOS DO CENTRO DE SAÚDE DE LAMEGO

Universidade Fernando Pessoa

Porto, 2007

José Pedro Gonçalves dos Reis

SUORTE SOCIAL E QUALIDADE DE VIDA NOS DOENTES  
DIABÉTICOS DO CENTRO DE SAÚDE DE LAMEGO



---

(José Pedro Gonçalves dos Reis)

Monografia apresentada à Universidade  
Fernando Pessoa como parte dos requisitos  
para a obtenção do grau de licenciado em  
Psicologia Clínica, sob orientação da Prof.  
Doutora Isabel Silva, docente da  
Universidade Fernando Pessoa.

## SUMÁRIO

Ao longo do presente estudo pretende-se observar a qualidade de vida e o suporte social das pessoas diabéticas de Lamego, uma vez que a diabetes é hoje em dia uma doença que afecta cada vez mais pessoas em todo o mundo. Desta forma, este estudo decorreu no Centro de Saúde de Lamego.

Para a realização deste estudo, contou-se com a participação de 60 indivíduos, com diagnóstico de diabetes *mellitus* (Tipo 1 e Tipo 2), de várias idades, e residentes na cidade de Lamego ou no meio rural circundante.

Para observar a qualidade de vida e o suporte social dos referidos indivíduos, foram administrados o WHOQOL-Bref (World Health Organisation Quality of Life, versão abreviada; Canavarro 2006), a ESSS (Escala de Satisfação com o Suporte Social; Ribeiro, 1999), e um questionário sócio-demográfico elaborado para o efeito.

Os principais resultados demonstram a existência de uma correlação significativa entre a qualidade de vida e a satisfação com o suporte social dos doentes com diabetes *mellitus* principalmente com os factores satisfação com a Intimidade e Satisfação com os amigos. Adicionalmente observam-se também algumas diferenças estatisticamente significativas entre indivíduos ao nível de alguns dos domínios da qualidade de vida, e dos domínios do suporte social.

Por outro lado não foram, observadas quaisquer correlações quer entre os domínios da QDV, quer dos domínios do Suporte Social e o Tempo de Diagnóstico da doença dos indivíduos.

Tendo em consideração que uma boa saúde pode estar associada a um bom nível de qualidade de vida, pode dizer-se que o suporte social que o doente percebe ter, facilita na sua recuperação, o que vai afectar a qualidade de vida que ele relata.

## DEDICATÓRIA

Aos meus pais e ao meu irmão,

Por estarem sempre a meu lado, mesmo quando não lhes retribui o devido valor,

Por acreditarem nas minhas capacidades,

Por serem os meus ídolos,

Por gostarem de mim como sou,

e por me darem a força e a alegria de viver,

Amo-vos!

## AGRADECIMENTOS

O caminho foi mais longo do que o previsto, árduo, por vezes frustrante, mas com sacrifício, querer, e muita força de vontade ele foi alcançado.

Atingir esta meta, deveu-se à minha determinação e à dedicação de muitas pessoas que sempre me apoiaram.

Agradeço a todos os meus professores que me instruíram para ser um sério profissional, e uma pessoa mais correcta.

À professora doutora Isabel Silva, por me ter orientado como me orientou, pela ajuda incansável, por toda a amizade e confiança depositada em mim, por me fazer acreditar que seria possível.

Pelas muitas horas de dedicação, paciência e críticas construtivas que me ajudaram a delinear trajectos e objectivos.

Aos meus pais, Zé e Licínia e ao meu irmão Ricardo, pois sem o vosso amor, crença e estimulação não teria sido possível. Por estarem sempre lá quando era preciso, por fazerem de mim uma pessoa boa, e me transmitirem valores fundamentais como a humildade, respeito, perseverança, o espírito de sacrificio...e também por aturarem as minhas criancices!

Aos meus avós, principalmente ao avô Tomáz, à avó Lena e à avó Mena e avô Fernando por toda a sabedoria e amor em mim depositada.

Ao Joãozinho, Mafalda, Anocas e Regina por terem sido ao longo de todos estes anos mais do que companheiros de curso, pelas nossas brincadeiras, cumplicidades e acima de tudo a uma amizade honesta.

À Filipa e à Cecilia, por toda a ajuda prestada e a uma amizade que cresceu e perdurará para toda uma vida, por todas as birras e confidencias.

L. e P...porque apesar da distância que nos separa, vocês são importantes na minha vida.

Ao Guimas, Bruno, Greg, Dora, Carla, Ruizinho, Zézé, Cati, Francisca, Sandra, Ricardo, Bernardo, Carla, Ricardo, Daniela, Tozé, Pim, Luísa...os amigos de uma vida, sempre fieis, e prontos para o que quer que seja...trabalho ou diversão, vocês estarão sempre comigo.

Aos meus restantes familiares que sempre acreditaram nos meus objectivos e também consentiram as minhas asneiras...

A todos os que não estão aqui enunciados, mas que não estão esquecidos, obrigado!

# ÍNDICE

P

|                        |          |
|------------------------|----------|
| <b>Introdução.....</b> | <b>1</b> |
|------------------------|----------|

## I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

### Compreender para melhor intervir

|  |           |
|--|-----------|
| <b>Capítulo I – Diabetes <i>Mellitus</i>.....</b>                  | <b>6</b>  |
| 1.1.– Contextualização Histórica da Diabetes <i>Mellitus</i> ..... | 6         |
| 1.2.– A Diabetes <i>Mellitus</i> .....                             | 8         |
| 1.3.– Classificação Etiológica da Diabetes.....                    | 9         |
| 1.3.1. – Diabetes Mellitus Tipo 1.....                             | 10        |
| 1.3.2. – Diabetes Mellitus Tipo 2.....                             | 11        |
| 1.4. – Tratamento.....   | 12        |
| 1.5. – Taxas de Incidência da Diabetes.....                        | 15        |
| 1.5.1. – Dimensão a Nível Mundial.....                             | 16        |
| 1.5.2. – Dimensão a Nível Nacional.....                            | 17        |
| 1.6. – Complicações Associadas à Diabetes <i>Mellitus</i> .....    | 18        |
| <br>   |           |
| <b>Capítulo II – Qualidade de Vida.....</b>                        | <b>21</b> |
| 2.1. – Breve Contextualização Histórica da Qualidade de Vida.....  | 21        |
| 2.2. – Delimitação do Constructo.....                              | 23        |

|   |           |
|---|-----------|
| 2.3. – A Qualidade de Vida em Contexto de Saúde e de Doença.....            | 26        |
| 2.4. – A Qualidade de Vida e as Variáveis Sócio-Demográficas e Clínicas..   | 29        |
| 2.5. – Avaliação da Qualidade de Vida.....                                  | 32        |
| 2.6. – Qualidade de Vida e Diabetes <i>Mellitus</i> .....                   | 33        |
| 2.7. – Qualidade de Vida e Adesão ao Tratamento.....                        | 35        |
| <br>  |           |
| <b>Capítulo III – Suporte Social.....</b>                                   | <b>37</b> |
| 3.1. – O Conceito.....  | 37        |
| 3.2. – Avaliação do Suporte Social.....                                     | 40        |
| 3.3. – Suporte Social e as Variáveis Sócio-Demográficas e Clínicas.....     | 42        |
| 3.4. – Suporte Social e Diabetes <i>Mellitus</i> .....                      | 43        |
| 3.5. – Suporte Social e Qualidade de Vida na Diabetes <i>Mellitus</i> ..... | 44        |
| <br>  |           |
| <b>II – CONTRIBUIÇÃO EMPÍRICA</b>   |           |
| <b>Investigar para melhor intervir</b>                                      |           |
| <br>  |           |
| <b>Capítulo IV – Estudo Empírico.....</b>                                   | <b>47</b> |
| 4. – Apresentação e justificação do estudo empírico.....                    | 47        |
| 4.1. – Apresentação dos Objectivos.....                                     | 47        |
| 4.2. – Variáveis de Estudo.....   | 48        |
| 4.2.1. – Identificação e Operacionalização das Variáveis.....               | 48        |
| 4.2.1.1. – Variáveis Sócio-Demográficas.....                                | 48        |
| 4.2.1.2. – Variáveis Clínicas.....  | 49        |
| 5. – Método.....  | 50        |
| 5.1. – Participantes.....   | 50        |
| 5.2. – Material.....  | 54        |

|   |            |
|---|------------|
| 5.2.1. – Questionário Sócio-Demográfico e Clínico.....  | 54         |
| 5.2.2. – Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS).....  | 54         |
| 5.2.3. – World Health Organization of Life (WHOQOL-BREF).....   | 56         |
| 5.3. – Procedimento.....  | 59         |
| 6. – Resultados.....  | 60         |
| 7. – Discussão dos Resultados.....  | 68         |
| 8. – Limitações do Estudo.....  | 71         |
| 9. – Orientação para a Prática.....   | 72         |
| <b>Conclusão.....</b>   | <b>75</b>  |
| <b>Referências Bibliográficas.....</b>  | <b>77</b>  |
| <b>Anexos.....</b>  | <b>99</b>  |
| <b>Anexo A: Questionário Sócio-Demográfico e Clínico.....</b>   | <b>94</b>  |
| <b>Anexo B: Escala de Satisfação com o Suporte Social.....</b>  | <b>97</b>  |
| <b>Anexo C: WHOQOL-Bref.....</b>  | <b>99</b>  |
| <b>Anexo D: Pedido de autorização para administração dos questionários ao Director do<br/>Centro de Saúde de Lamego.....</b>        | <b>104</b> |
| <b>Anexo E: Pedido de autorização para administração dos questionários à Enfermeira<br/>Chefe do centro de Saúde de Lamego.....</b> | <b>106</b> |
| <b>Anexo F: Autorização do autor para administração da ESSS.....</b>  | <b>108</b> |
| <b>Anexo G: Autorização dos autores para administração do WHOQOL-Bref.....</b>  | <b>110</b> |

## ÍNDICE DE QUADROS

|   | P  |
|---|----|
| <b>Quadro 1</b> – Caracterização da Amostra no que toca às variáveis Idade e Sexo.....  | 50 |
| <b>Quadro 2</b> – Estado Cível dos indivíduos da Amostra.....   | 50 |
| <b>Quadro 3</b> – Distribuição das Habilitações Literárias do indivíduos da Amostra.....  | 51 |
| <b>Quadro 4</b> – Caracterização da Amostra segundo a Área de residência dos indivíduos.....  | 51 |
| <b>Quadro 5</b> – Caracterização da Amostra segundo o Tipo de Diabetes Mellitus.....  | 52 |
| <b>Quadro 6</b> – Caracterização da Amostra segundo Outras doenças, Antecedentes familiares, Esclarecimento de dúvidas e Frequência às consultas de rotina..... | 52 |
| <b>Quadro 7</b> – Caracterização da Amostra segundo o Tempo de Diagnóstico.....   | 53 |
| <b>Quadro 8</b> – Diferenças entre os domínios do Suporte Social e o Género.....  | 60 |
| <b>Quadro 9</b> – Diferenças entre os domínios do Suporte Social e os tipos de diabetes.....  | 61 |
| <b>Quadro 10</b> – Diferenças entre os domínios do Suporte Social e os antecedentes familiares.....   | 62 |
| <b>Quadro 11</b> – Diferenças entre os domínios do Suporte Social e o Estado Cível.....   | 63 |
| <b>Quadro 12</b> – Diferenças entre os domínios da QDV e o Tipo de Diabetes.....  | 64 |
| <b>Quadro 13</b> – Diferenças entre os domínios da QDV e o Estado Cível.....  | 65 |
| <b>Quadro 14</b> – Correlações entre os domínios do Suporte Social e a Idade.....   | 66 |
| <b>Quadro 15</b> – Correlações entre os domínios da QDV e a Idade.....  | 67 |
| <b>Quadro 16</b> – Correlações entre os domínios da QDV e os domínios do Suporte Social.....  | 68 |

## LISTA DE SIGLAS

**ADA** – American Diabetes Association

**APDP** – Associação Protectora dos Diabéticos de Portugal

**AS** – Actividades Sócias

**IN** – Intimidade

**QDV** – Qualidade de Vida

**QDVRS** – Qualidade de Vida relacionada com Saúde

**SA** – Satisfação com Amigos

**SF** – Satisfação com a Família

**WHO** – World health Organization

## INTRODUÇÃO

A qualidade de vida é um conceito que abarca uma larga série de características físicas e psicológicas e que durante as duas últimas décadas tem surgido como um atributo importante na investigação clínica e nos cuidados aos doentes. A avaliação dos cuidados em saúde está cada vez mais dirigida para as medições de qualidade de vida específica de doença, de acordo com o ponto de vista dos doentes. Os questionários de qualidade de vida têm vindo a ser introduzidos nas pesquisas clínicas de modo a poder medir problemas que interferem no bem-estar e no estilo de vida dos doentes. Eles têm progressivamente ocupado um espaço cada vez mais importante como medidas efectivas para avaliação de grupos de doentes, eficácia medicamentosa e caracterização geral das populações estudadas (SPD, s.d.).

A avaliação da qualidade de vida pode providenciar informação valiosa acerca do funcionamento físico, mental e social do indivíduo e pode ser usada para complementar as medidas clínicas nos cuidados ao doente (SPD, s.d.).

A diabetes, sendo uma doença crónica, carece, por vezes, de um diagnóstico precoce e de um tratamento apropriado para que o indivíduo possua uma melhor QDV (Marcelino & Carvalho, 2005).

A manutenção da qualidade de vida (QDV), está associada a uma melhor saúde, ao bem-estar e à capacidade de realizar de forma autónoma as tarefas mundanas e diárias (Carvalho & Soares, 2004).

Para além dos aspectos directamente relacionados com a saúde, a QDV é actualmente entendida como tarefa prioritária para o desenvolvimento de competências que permitam ao indivíduo realizar as suas acções diárias o mais independentemente possível (Marcelino & Carvalho, 2005).

A avaliação de resultados abarca medições biomédicas de controlo de sintomas (como as medições do controlo da glicémia através da glicémia plasmática em jejum, por exemplo), taxas de hospitalização de doentes com complicações agudas (como a hiperglicemia ou a hipoglicemia), incidência de complicações crónicas (como a insuficiência renal crónica, a amputação de membro, a retinopatia, a cegueira ou a insuficiência vascular). Estes problemas têm inevitavelmente um impacto substancial na qualidade de vida (SPD, s.d.).

Colocando o doente no centro dos cuidados, as medidas de qualidade de vida incluem o apoio social (um determinante importante na autogestão efectiva, para além de ser uma medida de resultado), a interrupção forçada de trabalho, os défices neuropsicológicos (por exemplo, durante a diminuição da glicose, as deficiências transitórias podem interferir na velocidade em lembrar-se de coisas, na fluência verbal, ou no ritmo de tomadas de decisão), o bem-estar, a depressão e o stress psicológico, assim como a satisfação do indivíduo com o tratamento e a percepção do controlo da diabetes (SPD, s.d.).

Actualmente, o suporte social é um dos principais conceitos na psicologia da saúde, como referem Rodin e Salovey (1989, citado por Ribeiro, 1999). Este alivia o *distress* em situação de crise, pode inibir o desenvolvimento de doenças e, quando o indivíduo está doente tem um papel positivo na recuperação.

Lin (1986) descreve o suporte social como sendo o apoio acessível a um indivíduo, através dos elos sociais com outros indivíduos, grupos e com o conjunto da comunidade. Esta definição poderá ser complementada por House (1981), que refere tratar-se de uma transacção interpessoal, que inclui um ou vários dos seguintes elementos: solicitude de ordem emocional como a amizade, o amor e a empatia, ajuda concreta de bens e serviços, informação sobre o ambiente e avaliação da informação

pertinente por auto avaliação. Esta definição afigura-se à de Bruchon-Scweitzer (1994, citado por Llorca & Cazals-Ferré, 2004) que profere que o suporte social é o conjunto das relações interpessoais do indivíduo que procura um vínculo afectivo como a simpatia, a amizade e o amor, uma ajuda pratica instrumental ou financeira, mas também informações e avaliações relativas à situação que o ameaça.

Apesar da definição deste termo ser ainda bastante discutível, o mesmo tem sido referido como tendo efeitos positivos em diversos domínios, incluindo a saúde física, o bem-estar mental e as funções sociais, ou seja o suporte social é hoje encarado como um assunto de pesquisa psicossocial (Wortman & Dunkel-Schetter, 1987).

Justifica-se, pois, conduzirem-se estudos neste domínio no sentido de uma maior sensibilização da sociedade. Assim, realizou-se um estudo, com o objectivo de se clarificar a relação existente entre a QDV e o Suporte Social em doentes diabéticos.

Antes de prosseguirmos com a apresentação deste trabalho, entendemos ser oportuno mencionar o modo como será estruturalmente organizado.

Assim, no primeiro capítulo sobre a temática diabetes, referir-se-á uma contextualização histórica acerca da doença, bem como a sua classificação etiológica, as taxas de incidência a nível mundial e nacional, o tratamento, e as causas associadas a esta doença crónica.

Relativamente, ao segundo capítulo, abordar-se-á a QDV, fazendo igualmente uma breve contextualização histórica acerca da mesma, a delimitação do constructo, a QDV no contexto de saúde e de doença, e também as variáveis sócio-demográficas e clínicas, a avaliação da QDV. Irá ser feita uma abordagem à QDV e diabetes, bem como da QDV e a adesão ao tratamento.

No que concerne ao terceiro capítulo, irá ser apresentado o conceito de suporte social, avaliação do suporte social, o suporte social e a diabetes, o suporte social e as variáveis clínicas e as variáveis demográficas e a QDV e o suporte social na diabetes.

No quarto e último capítulo deste estudo, será apresentado o estudo empírico e, conseqüentemente, serão identificados os objectivos, e operacionalizadas as principais variáveis de estudo. Seguidamente, far-se-á a descrição dos participantes, do material e do procedimento. Por fim, feita a apresentação e discussão dos resultados, terminar-se-á o capítulo com uma reflexão dos resultados obtidos, bem como das orientações para a prática proposta.

## **I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO**

### **Compreender para melhor intervir**

## CAPÍTULO – I

### 1. Diabetes *Mellitus*

#### 1.1. Contextualização Histórica da Diabetes *Mellitus*

É usual falar da História da Diabetes começando pela citação do papiro de Ebers, mas também é verdade que o mesmo apenas menciona uma doença com poliúria o que é escasso para identificar a diabetes (Lisboa, 2002).

Foi na Grécia Antiga que, na verdade, foi identificada a doença, e desde logo designada como “Diabetes”. A polidipsia e a poliúria levaram à analogia com o aqueduto ou sifão, ambos em grego chamados “diabetes” e assim no século II a.C., Demétrio de Apamea deu-lhe o nome e Apolónio de Menfins definiu-a como uma doença “do corpo como um aqueduto” percorrido por abundante água entrada pela boca e saída pela urina. Isto em contraste com “outra polidipsia em que a água era retida” (Lisboa, 2002).

Areteio de Capadócia, no século II d.C., define a caracterização clínica da Diabetes, através de uma impressionante e lúcida descrição. Segundo o autor:

A diabetes é uma doença invulgar e intrigante. Os doentes sofrem uma sede insaciável mas urinam ainda mais do que bebem. Isto, porque a carne e os membros se fundem e desfazem em urina. A emaciação cedo se torna severa e a morte sobrevem rapidamente após uma vida dolorosa e miserável (Lisboa, 2002).

Deveu-se a Thomas Willis, no século XVII, a descoberta da melitúria na Europa e, no século XVIII, W. Cullen identifica uma forma da síndrome com urina insípida, adoptando-se pela primeira vez o adjectivo “mellitus”. Nesse mesmo século, Franck, confirma e divulga a distinção entre Diabetes Insípida e Diabetes *Mellitus* (Lisboa, 2002).

Mas o primeiro médico a justificar a designação de diabetologista foi Apollinaire Bouchardat (1806-1886). Ainda nos dias de hoje a sua terapêutica é seguida com rigor, possibilitando um bom resultado para a grande parte dos diabéticos tipo 2 com excesso de peso. Bouchardat ao apoiar-se na composição dos alimentos prescreveu uma dieta de restrição hidrocarbonada, individualizada e levada a cabo até à prova negativa da glicosúria matinal. Este investigador durante a fome no Cerco de Paris em 1871, verificou que os seus diabéticos apresentavam significativos progressos, o que o levou a aconselhar a restrição calórica, numa frase célebre “mangez le moins possible” (Duarte, 2002).

Apollinaire Bouchardat desvendou ainda a importância do exercício físico nas pessoas diabéticas. Isto porque um seu paciente diabético vindo da província surpreendeu-o com a melhoria da tolerância aos hidratos de carbono, podendo sem glicosúria matinal, aumentar a ração previamente estabelecida. A tolerância aos hidratos de carbono diminuiu passados alguns meses e, volvidos mais alguns meses, voltou a aumentar, o que contraria a normal e natural redução progressiva da tolerância hidrocarbonada própria da doença. Após a detecção deste caso, Bouchardat passa a considerar o exercício físico eficaz para a melhoria de vida do doente diabético (Duarte, 2002).

Claude Bernard (1813-1878) afirmou-se como um colosso da Medicina, da Biologia e como fundador da Bioquímica. Descreveu o conceito de Meio Interior, “*grand milieu*”, inventou o método de doseamento da glicemia, descobriu o glicogénio, a neoglicogénese e a ureogénese hepáticas. Desvendou ainda, a importância central do fígado na glicorregulação, a neuroregulação da glicogenólise hepática (Lisboa, 2002).

W. Potter, em 1860 descreveu pela primeira vez a síndrome da cetose aguda, originada pela acetona e com o seu característico hálito cetónico. Um ano após esta descoberta, Paul Langerhans, descreve os ilhéus (Lisboa, 2002).

Depois de várias experiências, em 1900, Minkowski e von Mering são os responsáveis pela primeira tentativa de obter um extracto pancreático activo, essa tentativa saiu gorada e o investigador conclui ser provável que o efeito obtido seja tóxico (Lisboa, 2002,). Após anos de experiências em animais, em 1922 quatro investigadores de Toronto, ousam praticar as suas experiências em humanos. Banting, Mcleod, Best e Collip, formaram a equipa vencedora que finalmente descobre o tratamento para a diabetes, a Insulina (Lisboa, 2002).

Ernesto Roma, diabetologista prestigiado, revoltado pela morte dos diabéticos pobres, que, sem qualquer meio, não conseguiam adquirir insulina, mobilizou diabéticos da burguesia, doentes, amigos e, em 1926, fundou a Associação Protectora dos Diabéticos Pobres. A APDP foi a primeira associação de diabéticos do mundo, fundada com o intuito de ajudar todos os diabéticos, principalmente os mais necessitados (Lisboa, 2002).

## **1.2. A Diabetes *Mellitus***

A definição mais clara é de uma doença crónica em que os valores sanguíneos de glicose (açúcar simples) são anormalmente elevados, dado que o organismo não liberta insulina ou utiliza-a inadequadamente (Berkow, 1998).

A diabetes *mellitus* constitui um conjunto heterogéneo de situações clínicas, de várias etiologias, descrita por hiperglicemia crónica, com alteração do metabolismo das gorduras, proteínas, hidratos de carbono, proveniente de defeitos na secreção de insulina, na sua acção ou de ambos (Lisboa, 2002; Powers, 2005; Ruas, 1997; The

Expert Committee on the Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus, 2000; 2003).

Esta hiperglicemia crónica é, por sua vez, responsável, ao longo do tempo, pelo aparecimento das lesões dos “órgãos alvo”, em particular a Microangiopatia. São as lesões dos pequenos vasos da retina e rim, que caracterizam a microangiopatia, que permitem que a diabetes seja considerada uma entidade à parte pois são específicas desta situação (Lisboa, 2002; Powers, 2005).

### **1.3. Classificação Etiológica da Diabetes**

Até há poucas décadas atrás não existia um consenso na comunidade científica no que respeitava à classificação da diabetes (Duarte, 2002).

Devido ao trabalho em parceria de dois grupos de peritos, um do National Diabetes Data Group (NDDG) e outro da Organização Mundial de Saúde (OMS), em 1985 foram publicados uma classificação e critérios de diagnóstico consensuais. Esta classificação permitiu finalizar com o caos das terminologias científicas (Duarte, 2002).

A classificação proposta distinguia as seguintes classes: classes clínicas da qual faziam parte a diabetes mellitus, diabetes relacionada com a má nutrição, diabetes mellitus gestacional, tolerância diminuída à glicose e outros tipos de diabetes associados a certas síndromes ou doenças; e a classe de risco estatístico onde se incluíam a prévia alteração da tolerância à glicose e a potencial alteração da tolerância à glicose (Lisboa, 2002; WHO, 2002).

Mas devido ao crescente estudo científico ocorrido nos últimos anos, em áreas como a genética, imunologia e epidemiologia de diabetes, as classificações utilizadas tornaram-se desactualizadas. Assim, tanto a ADA como a OMS trabalharam para corrigir a classificação da diabetes (Lisboa, 2002; WHO, 1998).

Desta forma, surgiu uma nova classificação para caracterizar a diabetes. Segunda esta nova classificação, podemos distinguir entre Diabetes Tipo 1, Diabetes Tipo 2, Outros tipos específicos e Diabetes *Mellitus* Gestacional (Lisboa, 2002; WHO, 1998).

Hoje em dia, adopta-se esta nomenclatura diabetes tipo 1 e tipo 2 para classificar a diabetes. Classificação esta que indica que as perturbações agrupadas sob o termo diabetes diferem marcadamente na patogénese, história natural, resposta à terapêutica e prevenção (Silva, 2003).

### **1.3.1. Diabetes *Mellitus* Tipo 1**

A Diabetes Mellitus tipo 1 é caracterizada por uma escassa ou nula produção de insulina. Apesar de se tratar de uma doença com elevada prevalência, apenas 10% de todos os diabéticos tem este diagnóstico, sendo que grande parte destes doentes desenvolvem esta doença antes dos 30 anos (Berkow, 1998; Powers, 2005; Walker, & Rodgers, 2004).

Acredita-se que seja um factor ambiental (provavelmente uma infecção viral ou um factor nutricional na infância ou na adolescência) a origem da destruição, pelo sistema imunitário, das células  $\beta$  que produzem a insulina no pâncreas. Para além disso, é provável que seja necessária uma predisposição genética para que isto aconteça. De qualquer modo, na diabetes tipo 1, mais de 90% das células que produzem insulina, são destruídas de uma forma irreversível. Esta deficiência insulínica é uma consequência grave e, para se sobreviver, o doente deverá injectar-se regularmente com insulina (Berkow, 1998; Walker, & Rodgers, 2004).

No entanto, em alguns casos, não se consegue documentar a existência de um processo imune, denominando-se diabetes tipo 1 idiopática (Lisboa, 2002).

Silva (2003), refere que a diabetes do tipo 1 é um dos problemas de saúde mais prevalente e grave nos jovens, sendo que a sua incidência parece variar, consoante o país, entre 0,013% e 4,59% nos jovens com idades compreendidas entre os zero e os vinte e nove anos.

Na diabetes Mellitus Tipo 1, é possível, ainda, diferenciar a Diabetes Tipo LADA (*Latent Autoimmune diabetes in Adults*), que é uma forma de Diabetes insulínica, cujo aparecimento ocorre, normalmente após os 35 anos e que é consequência de um processo imunomediado. A Diabetes Tipo LADA manifesta-se com a Diabetes Mellitus Tipo 2, apesar de não estar directamente relacionada com a obesidade, e é controlada inicialmente por dieta e anti diabéticos orais, embora os doentes acabem por necessitar de tratamento com insulina (Scherthner G, et. Al. 2001).

### **1.3.2. Diabetes Mellitus Tipo 2**

Na diabetes *mellitus* tipo 2, o pâncreas continua a produzir insulina, inclusive em valores mais elevados que os normais. No entanto, o organismo desenvolve uma resistência aos seus efeitos e o resultado é um relativo défice insulínico (Lisboa, 2002; Berkow, 1997; Powers, 2005, Walker, & Rodgers, 2004; Widmaier, et al., 2006).

A diabetes *mellitus* tipo 2 pode ser diagnosticada em crianças e adolescentes, mas, em geral, surge após os 30 anos, sendo mais frequente a partir desta idade. Cerca de 15% dos doentes com mais de 70 anos sofrem de diabetes mellitus tipo 2 (Berkow, 1997; Gearhart, 2000).

Pickup e Williams (1997, citado por Silva 2003) referem que os doentes com diabetes mellitus tipo 2 não carecem de tratamento insulínico para permanecerem vivos,

apesar de cerca de 20% desses mesmos doentes serem tratados com insulina para controlar os níveis de glicose.

A obesidade é um factor de risco para a diabetes mellitus do tipo 2, uma vez que os obesos contam entre 80% e 90% das pessoas que padecem desta doença. Da mesma forma, certos grupos culturais e etnias estão mais predispostos a desenvolver esta perturbação, sendo muito comum entre os que a sofrem, a existência de antecedentes familiares (Berkow, 1997, Walker, & Rodgers, 2004; Widmaier, et al., 2006).

#### **1.4. Tratamento**

Depois de ser diagnosticada a diabetes, a pessoa inicia um tratamento, que consiste numa nova adaptação de estilo de vida Caldeira (1997, citado por Nunes, 1999). Visto que a diabetes é uma doença crónica que vai acompanhar o indivíduo para o resto da sua vida, é normal que nem sempre seja fácil dominar todos os processos de tratamento, principalmente em crianças, sendo assim fundamental o envolvimento dos pais (Opperman & Cassandra, 2001).

A diabetes *mellitus* tipo 1 e a diabetes mellitus tipo 2 são duas entidades fisiopatológicas independentes e distintas, o que origina que o seu tratamento farmacológico da diabetes mellitus tipo 1 seja consideravelmente diferente da diabetes tipo 2 (Phipps, et al., 2003).

Debray e Ajuriguerra (1994, citado por Marcelino & Carvalho, 2005) têm em conta que o tratamento da diabetes exige um tratamento médico severo e contínuo.

Pode-se fazer referência a alguns tipos de tratamento necessários, tais como a administração da insulina, cuidados alimentares, o desporto e a monitorização da glicemia (Phipps, et al., 2003).

A insulina actua permitindo a passagem de glicose para dentro da célula, diminuindo a produção fisiológica de glicose (particularmente no fígado) e interrompendo a produção de corpos cetónicos (Chase & Eisenbarth, 2004). Existem 3 tipos de insulina, a de acção rápida, de acção média e a de acção lenta (Opperman & Cassandra, 2001).

Os indivíduos afectados por diabetes do tipo 1, terão de administrar insulina toda a vida (Opperman & Cassandra, 2001). Não devem administrar sempre a insulina no mesmo local de maneira a evitar que surjam lesões da pele e tecido celular subcutâneo e a facultar uma melhor absorção (Opperman & Cassandra, 2001). Os locais mais usuais para a administração são a parte superior do braço, a coxa, abdómen e nádegas (APDP, 2004; Opperman & Cassandra, 2001).

O exercício físico tem quase as mesmas vantagens para diabéticos e não diabéticos (Caldeira & Duarte, 2002). É, sem duvida alguma, aconselhável a prática de exercício de modo a ter um crescimento e adequado (Opperman & Cassandra, 2001), mas é essencial prevenir a hipoglicemia durante a prática desportiva, ou posteriormente através de uma monitorização cuidadosa da glicemia antes, diminuindo a dose de insulina e proporcionando lanches extra (Chase & Eisenbarth, 2004).

Está comprovado que a prática desportiva leva a uma sensação de bem-estar físico e psíquico. No entanto, não será o mais correcto que o exercício físico coincida com os picos de acção da insulina e devem ser estabelecidos de acordo com a idade, o estado de saúde do diabético e das suas condições físicas (APDP, 2004).

Um outro aspecto bastante importante no tratamento é a auto-monitorização da glicemia capilar. Assim, as doses de insulina devem ser acertadas de acordo com os índices de glucose no sangue (Opperman & Cassandra, 2001). Para realizar essas medições existem máquinas (glucometer) que devem ser utilizadas de acordo com a

frequência recomendada pelo profissional de saúde, de modo a que se possa proceder a uma administração mais rigorosa de insulina (Opperman & Cassandra, 2001).

O *United Kingdom Prospective Diabetes Study* (1998, citado por APDP, 2004) concluiu que o controlo rigoroso da glicemia diminui expressivamente as complicações tardias da diabetes, nomeadamente o risco de retinopatia diabética.

Neste âmbito, é pertinente falar ainda da relevância da educação terapêutica. Assim, o Ministério da Saúde (2000) define educação terapêutica como: “o processo educativo preparado, desencadeado e efectuado por profissionais de saúde, devidamente capacitados, com vista a habilitar o doente e a sua família a lidar com uma situação de doença crónica, com a diabetes e, com a prevenção das suas complicações “ (p.2).

A educação para a saúde tem como objectivo principal alterar os comportamentos de vida de modo a estarem de acordo com a situação clínica e também de acordo com a pessoa a que se destina (Nunes, 1999). É fundamental que as pessoas estejam a par das suas causas, efeitos, riscos a curto/ longo prazo da doença Caldeira (1997, citado por Nunes, 1999).

A informação que é colocada à disposição da pessoa é essencial para que esta possa tomar decisões concretas e conscientes acerca da sua saúde, de modo a que enfrente as incertezas e dificuldades e consiga suportar a sua máxima autonomia (Paúl & Fonseca, 2001).

Por outro lado, no tratamento da diabetes mellitus tipo 2, apesar de alguns indivíduos necessitarem de administração de insulina através de via intravenosa, a grande maioria consegue manter os níveis de glicose sanguíneo estáveis, recorrendo unicamente à medição oral ou pela realização de bastante exercício físico e de uma dieta controlada (Bishop, 1994). Sendo, então, a obesidade um factor de risco para a diabetes

do tipo 2, o exercício físico torna-se essencial no tratamento destes diabéticos (Ruas & Ruas, 1997).

No entanto, para que tanto a prevenção como o tratamento sejam apropriados às complicações associadas à diabetes, é estritamente necessário uma redução dos factores de risco pertencentes à doença: nefropatia, retinopatia, doenças cardiovasculares (e.g. redução e um atento controlo da hipertensão; controlo lipídico; prevenção da doença coronária e também extremamente importante o término do consumo de tabaco) e tratamento dos pés (ADA, 2005).

Deste modo, um diagnóstico bastante precoce, cuidados correctos e uma prevenção adequada, são os factores fulcrais para ser levada a cabo uma estabilização da diabetes, contribuindo ainda, em parte, para uma redução nos custos que poderão conduzir a sérias dificuldades de carácter sócio-económico futuras (Poinasamy, 2004).

### **1.5. Taxas de Incidência da Diabetes**

Na Declaração de St. Vincent, assinada em Itália, 1989, por representantes de saúde governamentais, e organizações de doentes de toda a Europa, a Diabetes Mellitus foi declarada formalmente como um problema de saúde grave e de todas as idades e de todos os países, tendo sido feito um apelo aos governos e departamentos de saúde para procederem à reorganização dos cuidados de saúde aos diabéticos, devendo ser investido um esforço muito particular na prevenção, identificação e tratamento das suas complicações (Lisboa, 2002).

Duarte (2002), refere que a diabetes mellitus é um grave e crescente problema de saúde na Europa, e um problema de todas as idades e de todos os países. É a causa de doenças prolongadas, morte prematura e ameaça para pelo menos, 10 milhões de europeus.

### **1.5.1. Dimensão a Nível Mundial**

A diabetes é uma doença que afecta cerca de 2% de toda a população mundial, e prevê-se que transponha os 3% na próxima década (Silva, 2003).

No final dos anos 90, a Organização Mundial de Saúde, previu, que o número de indivíduos afectados com esta enfermidade oriundos de países desenvolvidos venha a aumentar entre os anos de 1995 e 2025 cerca de 170%. A WHO refere-se a um aumento de 84 milhões para 228 milhões de pessoas (Silva, 2003).

No ano de 1995, os 10 países com mais pessoas afectadas por esta doença, (e os que se prevêem que sejam em 2025), eram a Índia (19 milhões em 1995 e 57 milhões de diabéticos em 2025), a China (16 milhões em 1995 e 38 milhões em 2025), os EUA (14 milhões em 1995 e 22 milhões em 2025). Em 1995 encontravam-se ainda nos 10 países mais afectados, a Rússia (9 milhões), o Japão (6 milhões), Brasil (5 milhões), Indonésia (5 milhões), Paquistão (4 milhões), México (4 milhões) e Ucrânia (4 milhões) (WHO, 1998).

No ano de 2025, além dos 3 primeiros países se manterem os mesmos que em 1995, estima-se que integrem os 10 principais, o Paquistão (15 milhões), a Indonésia (12 milhões), a Rússia (cerca de 11 milhões), o Egipto (9 milhões) e o Japão (cerca de 9 milhões) (WHO, 1998).

Foi apresentada uma reflexão no que respeitava às diferenças entre sexo, idade e zona de residência (urbana/ rural) na população diabética. Assim em 1995 e a nível mundial, existia um maior número de mulheres portadoras da doença relativamente ao número de homens (73 milhões para 62 milhões). Nos países desenvolvidos esta diferença era evidente (31 milhões para 20 milhões), enquanto nos países em desenvolvimento, a percentagem de doentes era, admiravelmente igual, entre sexos (42

milhões). No entanto, estima-se que em 2025 estas diferenças diminuam para números mais próximos (WHO, 1998).

A manter-se a tendência relativamente à estrutura etária da população com diabetes, em 2025, a maioria das pessoas dos países desenvolvidos, afectadas com diabetes estão enquadradas a partir dos 65 ou mais anos, e nos países em desenvolvimento situar-se-ão na faixa etária entre os 45 e 64 anos. Isto significa que cerca de 170 milhões de pessoas dos países em desenvolvimento irão sofrer de diabetes nos anos de vida que deveriam ser os mais proveitosos. Estes factos levaram a WHO a encetar o desenvolvimento de estratégias face a diminuir a morbilidade e mortalidade prematuras arroladas a esta doença (WHO, 1998).

### **1.5.2. Dimensão a Nível Nacional**

A diabetes tem-se afirmado como um dos centrais problemas de saúde pública em Portugal, abrangendo cerca de 250.000 a 500.000 pessoas, equivalendo a uma prevalência de 3-5%, sendo que destes, 10-12% são diabéticos do tipo 1 (Almeida & Oliveira, 2000).

Catarino (2001), aquando da apresentação dos dados epidemiológicos referentes às taxas de mortalidade por diabetes mellitus no continente e regiões autónomas, do ano de 1999, menciona que a taxa total é de 25,0 por 100000 habitantes. Destes 25,0, 26,4 são homens por 100000 habitantes e 23,8 por 100000 habitantes são mulheres. Estes dados não vão de encontro ao padrão mundial apresentado pela WHO (1998), no seu comunicado. Um estudo levado a cabo pela WHO (2000) estima que, em 2025, em Portugal possam existir 882 mil indivíduos com diabetes.

Segundo Serra (1996), a diabetes é a quarta causa de morte em Portugal. É uma doença que sendo mal gerida, provoca graves sequelas. No entanto, e estando abaixo do

limiar da esperança média de vida, grande parte dos indivíduos com diabetes atinge ou ultrapassa a década dos 60 anos de vida (Silva, 2003).

Quanto mais prematuro for o diagnóstico da diabetes, maior será o número de anos que o indivíduo terá para gerir a doença. Por exemplo um indivíduo a quem tenha sido diagnosticado a diabetes quando tinha apenas 4 a 5 anos, poderá ter de viver aproximadamente 60 a 70 anos, sujeito a um tratamento diário, sendo quase toda a sua vida. Mesmo que o diagnóstico seja realizado em meia-idade, por volta dos 40 anos (mais comum na diabetes tipo 2), o indivíduo terá de efectuar uma gestão durante cerca de 20 a 30 anos (Silva, 2003).

### **1.6. Complicações Associadas à Diabetes Mellitus**

As doenças crónicas podem ser definidas como doenças que têm de ser geridas ao contrário de curadas, podendo acompanhar a pessoa durante um grande período da sua vida. Como tal, é fundamental realizar um ajustamento no estilo de vida capaz de proporcionar uma significativa melhoria na qualidade de vida destas pessoas, uma vez que se tornam mais susceptíveis a determinadas pressões de ordem social e médica, que podem terminar em reacções psicológicas adversas (Ribeiro, 1998).

Assim a diabetes mellitus, enquadra-se na definição anterior, sendo portanto classificada como doença crónica (Ribeiro, 1998).

A diabetes *mellitus* tem sido consolidada como um problema sócio-sanitário de grande impacto, tanto pela sua elevada frequência (incidência e prevalência), como pelas consequências que origina sobre a sociedade em termos de mortalidade, morbilidade, sequelas, custos económicos e sociais. O impacto das complicações derivadas da diabetes sobre a sociedade, contexto familiar, social e laboral dos doentes é

cada vez mais significativo, tanto no que se refere aos custos directos como indirectos (Bastida, Aguilar & González, 2002).

Um factor a ser tomado em consideração, prende-se com o facto de existirem vários tipos de complicações que estão directamente ligados à Diabetes. De facto, as pessoas com diabetes são alvo de algumas complicações graves que têm de ser controladas, ou pelo menos retardadas, e que se podem designar de macrovasculares ou microvasculares. As primeiras têm que ver com a circulação coronária, cerebral e periférica, e as segundas com as microvasculares, retinopatia (olho), nefropatia (rim) e neuropatia (nervos) (Gearhart, 2000; Jaspán, 1997).

Podem ainda surgir problemas nos pés, nomeadamente pé diabético, que se pode dizer que resulta das duas complicações anteriores, macro e microvasculares (Gearhart, 2000).

Relativamente às complicações microvasculares, existe a retinopatia. A retina é uma camada do olho, formada por imensos vasos sanguíneos, que podem ser agredidos de uma forma sucessiva, impedindo a circulação do sangue e o transporte de oxigénio, dificultando a visão, sendo esta a causa de cegueira mais comum na população activa (Vinagre, 2002).

Os principais cuidados a ter são essencialmente no controlo glicémico, o controlo da hipertensão arterial e de alterações dos lípidos, pois todos eles contribuem para a lesão dos vasos sanguíneos (Jaspán, 1997; Vinagre, 2002).

A nefropatia é uma complicação que atinge cerca de 30% dos indivíduos com diabetes, sendo que os diabéticos de tipo 2 são os mais atingidos (Agapito, 2003).

Tal como a retina, também os rins são preenchidos por muitos vasos sanguíneos que se podem lesionar. Uma prova disso, é a desmesurada perda de proteínas na urina (microalbuminúria), que em casos descontrolados pode conduzir à insuficiência renal

crónica. Um dos tratamentos possíveis passa pela diálise, forma artificial de funcionamento do rim, e poderá ser a única resolução para imensas pessoas com diabetes, sendo que nos casos mais complicados se possa efectuar um transplante renal (Agapito, 2003).

Por fim a neuropatia, que resulta de uma lesão nos nervos do organismo que permitem sentir dor e temperatura, perdendo-se a sensibilidade, especialmente nas mãos e nos pés. Esta complicação leva a alguns problemas cardíacos, como as alterações do ritmo no coração (Gearhart, 2000; Jaspán, 1997).

Podem ainda dentro das neuropatias, falar-se em neuropatia gastrointestinal, que vai originar perturbações digestivas e também a neuropatia genitourinária, em que pode originar problemas de bexiga e disfunção sexual agravada pela medicação (Gearhart, 2000; Jaspán, 1997).

Ainda podem surgir complicações a nível dos pés, devido a uma circulação anormal do sangue, a neuropatia motora, que pode levar a deformações nos dedos, originando úlceras, a neuropatia sensitiva, na qual as pessoas deixam de ter sensibilidade, ferindo-se sem que se apercebam e por fim a neuropatia autónoma, que vai originar uma perda de acção das glândulas sudoríparas e sebáceas que por sua vez origina uma pele seca e gretada, em que as gretas são um ponto forte no surgimento de infecções que, em último grau levam à amputação (Gearhart, 2000).

Se um rigoroso controlo glicémico pode atrasar o aparecimento e desenvolvimento de complicações microvasculares, o mesmo já não acontece com as complicações macrovasculares, cuja prevalência é idêntica nos homens e nas mulheres (Gearhart, 2000).

Os diabéticos têm maior tendência para o aparecimento de doenças coronárias, manifestada por angina de peito, ou ataques cardíacos (enfarte de miocárdio) e também por trombozes cerebrais (AVC – acidente vascular cerebral) (Berkow, 1998).

O acidente vascular cerebral (AVC), consiste num acidente neurológico agudo que é originado por um dos processos patológicos subsequentes (Ribeiro, 1998): a) Processo intrínseco ao vaso (como, por exemplo, arteriosclerose); (b) Processo com origem remota (como, por exemplo, em consequência de um êmbolo do coração ou da circulação extracraniana); (c) Resultado da diminuição da pressão ou do aumento da viscosidade do sangue com a consequente insuficiente irrigação de sangue no cérebro; (d) Resultado da ruptura de um vaso no espaço sub-aracnóide ou no tecido intracerebral.

Assim sendo, a diabetes *mellitus* não é apenas importante pela sua incidência, como é também importante devido às complicações que podem trazer aos indivíduos, diminuindo em muito a sua qualidade de vida (Almeida & Oliveira, 2000).

## **CAPÍTULO – II**

### **2. Qualidade de Vida**

#### **2.1 Breve Contextualização Histórica**

O interesse pela Qualidade de Vida remonta à Antiguidade, época em que conceitos como bem-estar, satisfação e felicidade, eram conducentes com uma vida plena de virtude (Schwartzmann, 2003). Estes conceitos estiveram na origem do aparecimento do conceito de QDV, mas cujo desenvolvimento passou por duas fases distintas (Riaño, 1991). A primeira surge com as primeiras civilizações e estendeu-se até ao final do século XVIII, tendo como principal preocupação a saúde privada e pública. Estas primeiras civilizações, nomeadamente a Egípcia, Hebraica, Grega e Romana, desenvolveram a preocupação pela saúde do indivíduo (Jiménez & Gomes,

1996). A segunda fase surge com o desenvolvimento da concepção moderna do estado e a instauração de uma série de leis que garantiam os direitos e o bem-estar social do cidadão (Harris, 1990).

Contudo, as primeiras referências na literatura médica surgem por volta de 1930, com um levantamento de estudos tendo como referência a avaliação da QDV e cujo objectivo era a sua definição (Seidl & Zannon, 2004).

Porém, o termo propriamente dito apareceu pela primeira vez em 1964, com a expressão utilizada pelo então presidente dos Estados Unidos da América, Lyndon B. Johnson (Bech, 1993), ao afirmar que os objectivos de um governo não deveriam ser avaliados pelo balanço financeiro do país, mas antes pela QDV que as pessoas teriam (Winefield, 1995), o que se traduziu na necessidade de uma mudança social, relativamente ao valor do indivíduo e da importância da perspectiva subjectiva na avaliação da vida (Rapley, 2003).

Em suma, podemos dizer que ao longo do seu desenvolvimento histórico, o constructo de QDV se tem pautado pela ampliação. Por outras palavras, podemos considerar que inicialmente a QDV consistia no cuidado com a saúde pessoal, passou rapidamente para o cuidado com a saúde e higiene pública, estendendo-se posteriormente aos direitos humanos, laborais e dos cidadãos, evoluindo com a capacidade de acesso a bens materiais e, finalmente, transforma-se numa preocupação pelo indivíduo na sua vida social, nas suas actividades quotidianas e na sua própria saúde, ou seja, o conceito de QDV, torna-se um conceito mais rico, mais complexo e também mais frágil (Jiménez & Gómez, 1996).

Santos, Santos, Fernandes e Henriques (2002) referem mesmo que a QDV tem sido uma preocupação constante do ser humano, desde a sua existência e constitui nos dias de hoje, um compromisso pessoal na busca contínua de uma vida saudável,

desenvolvida à luz de um bem-estar indissociável da saúde, habitação, educação, lazer, transportes, liberdade, trabalho, auto-estima, entre outras.

## **2.2. Delimitação do Constructo**

Como podemos verificar, o termo QDV (Jiménez & Gómez, 1996) tornou-se frequente sobretudo na década de oitenta (Aaronson et al., 1992), com o desenvolvimento de numerosos estudos. Apesar da extensa bibliografia que nas últimas décadas se produziu sobre a QDV, não é possível apresentar uma definição consensual (Anderson & Buckhardt, 1998; Faquahar, 1995; Meeberg, 1993). Esta diversidade quer na conceptualização, quer na sua interpretação contribui para a inexistência de consenso nas medidas que os diversos investigadores apresentam sobre a QDV. Talvez esta falta de consenso possa explicar o uso permutável do conceito de QDV em relação a outros conceitos como bem-estar, felicidade, nível de vida, entre outros (Evans, 1994). Esta incongruência deve-se em parte ao uso vulgarizado deste termo, assim como, à utilização do mesmo em diversas áreas, nomeadamente a Medicina, a Psicologia, passando pela Política e Economia. Por outro lado, deve-se também à complexidade de variáveis que incidem sobre a diversidade conceptual individual, isto é, o que ela pode significar para cada pessoa (Bullinger, et al., 1993).

A QDV abrange ainda, uma multiplicidade de significados, resultantes de uma vasta gama de conhecimentos, experiências e valores do indivíduo ou do colectivo e remete para diferentes espaços, que passamos a citar (Minayo et al., 2000; Schwartzmann, 2003): (a) histórico, uma vez que cada sociedade apresenta parâmetros diferentes de QDV em distintos momentos históricos; (b) cultural, pois cada cultura tem parâmetros diferentes em virtude das suas tradições, a partir das quais se edificam os valores e necessidades; (c) estratificação ou classe social, isto porque, as expectativas

que cada um possui em relação à sua vida têm estreita afinidade com a classe social a que pertence.

Sendo assim, podemos afirmar que ainda que frequentemente se empregue o termo QDV, a sua definição ainda se encontra envolta em controvérsia, contudo é geralmente aceite que se trata de um constructo multidimensional, ou multifactorial, que varia com o tempo, e subjectivo, pois é baseado na percepção pessoal (Meneses, 2005; Pais-Ribeiro, 2005; Ribeiro, 1994; Silva, Pais-Ribeiro, Cardoso, & Ramos, 2003).

Podemos, ainda, determinar que este conceito é multidimensional, uma vez que envolve factores objectivos, que incluem a funcionalidade, a competência cognitiva e a interacção do indivíduo com o meio, assim como, factores subjectivos, que incluem o sentimento geral de satisfação e percepção da sua própria saúde (Badoux & Mendelsohn, 1994; Bullinger, 1993; Capitán, 1996; Esteve & Roca, 1997; Farquhar, 1995; Hopkins, 1992; López, Mejía & Espinar, 1996; Marín 1994; Vieitez & Pedro, 1995).

Esta multidimensionalidade ultrapassa o estado de saúde, ou seja, a mera condição física e inclui outros aspectos da vida humana, como as aspirações psicológicas e sociais (Sousa, Galante & Figueiredo).

Seidl e Zannon (2004) corroboram esta ideia e definiram quatro dimensões para a QDV: (a) física, a percepção que o indivíduo tem acerca da sua condição física e saúde; (b) psicológica, a percepção que o indivíduo tem acerca da sua condição afectiva e cognitiva; (c) relacionamento social, a percepção do indivíduo sobre os relacionamentos sociais e os papéis adoptados na vida; (d) ambiente, percepção do indivíduo acerca dos aspectos relacionados com o ambiente onde vive.

A QDV é também um conceito dinâmico que se altera com o tempo, com as experiências e acontecimentos vivenciais. O impacto da doença sobre o indivíduo difere

de acordo com a idade, o seu grau de escolaridade e a sua tradição cultural (Badoux & Mendelsohn, 1994; Bullinger, 1993; Capitán, 1996; Esteve & Roca, 1997; Farquhar, 1995; Hopkins, 1992; López, Meíja & Espinar, 1996; Marín 1994; Vieitez & Pedro, 1995).

O conceito de QDV deve ser visto também numa perspectiva hierárquica e para isso deve ter em conta três aspectos (a) a sua natureza é subjectiva; (b) as várias dimensões/domínios da QDV são avaliados pelas pessoas de forma diferente; (c) a avaliação de cada dimensão/domínio varia ao longo da vida (Ribeiro, 1994; Shalock, 2000).

Romney, Brown e Fry (1994) apontam como principais motivos para a ausência de uma definição universal da QDV, o facto de os processos psicológicos relevantes para a experiência da QDV serem descritos e interpretados através de filtros conceptuais e linguagens diferentes, aliando-se também o facto do conceito de QDV ter um grau de valor variável e implicar a compreensão do crescimento humano, assim como, sofrer a influência de factores ambientais e do sistema de valores sobre os processos psicológicos.

A QDV é descrita como um juízo subjectivo da satisfação alcançada ou um sentimento de bem-estar pessoal, associada a determinados indicadores objectivos biomédicos, psicológicos, comportamentais e sociais (Bayés, 1994). É uma percepção global da vida pessoal, e depende de inúmeros domínios e componentes (Ribeiro, 1994).

A QDV emerge como um conceito que corresponde ao bem-estar global da pessoa, e na sua adequabilidade às tarefas desenvolvimentais do ponto de vista físico, psicológico e social, o que evidencia a dificuldade de objectivar o conceito de “QDV”.

O conceito de QDV continua a ser de difícil definição, dadas as múltiplas variáveis que incidem sobre o seu significado, desde a concepção individual, passando

pelos contextos históricos, culturais, filosóficos, sociais e científicos, que interagem na experiência humana (Esteve & Roca, 1997).

De uma forma geral, é possível constatar que as definições de QDV se aproximam cada vez mais da definição de “Saúde” da WHO. Um exemplo deste facto, é a definição de Cramer (1994, citado por Ribeiro, 1994; 2005), que define QDV como bem-estar físico, mental e social completo e não apenas a inexistência de doença. Esta aproximação entre a QDV e a Saúde torna difícil a distinção entre estes dois conceitos e também entre QDV e qualidade de vida relacionada com a saúde (QDVRS) (Ribeiro, 1998).

### **2.3. A Qualidade de Vida em Contexto de Saúde e de Doença**

O interesse crescente pelo conceito de QDV no contexto de saúde e de doença é relativamente novo e deve-se em parte ao surgimento de novos paradigmas, que têm influenciado a política e a prática na área da Saúde (Seidl & Zannon, 2004).

Inicialmente, os estudos de QDV foram levados a cabo por autores que se encontravam fora dos contextos da saúde, e debruçavam-se sobre indivíduos que não apresentavam doenças. Posteriormente, e conjuntamente com o desenvolvimento dos estudos sobre saúde, o conceito generalizou-se a ambientes clínicos (Meneses, 2003), onde é frequentemente referido como “Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde” (QDVRS), ou seja, a que está dependente da doença que o indivíduo possui (Ribeiro, 2005).

Isto porque, tratar uma doença pode não ser essencial se esse tratamento não levar a um aumento da QDV (Kaplan, 1995).

Nesta perspectiva, a QDV começou a ser avaliada com base nas percepções do indivíduo, e extremamente orientada e focada no impacto do estado de saúde percebido

sobre o potencial individual para viver a sua vida subjectivamente satisfatória (Bowling, 1995; Hopkins, 1992). Este conceito inclui, assim, uma variedade potencialmente alargada de condições que podem afectar a percepção individual, sentimentos e comportamentos relacionados com o funcionamento diário, incluindo, mas não limitado ao estado de saúde e intervenções médicas (Bullinger, Anderson, Cella, & Aaronson, 1993).

Quando um doente recorre a um profissional de saúde não o faz exclusivamente pela doença, mas também porque houve um deterioramento na sua QDV (Hopkins, 1992), sentindo deste modo, necessidade de se adaptar às alterações permanentes que poderão advir na sua imagem corporal, função ou actividade social (Kaplan, 1995).

Assim, actualmente defende-se que a QDV é determinada por vários domínios ou dimensões, que se interrelacionam, sendo um construto multidimensional (Silva, Ribeiro, Cardoso & Ramos, 2003).

Pode-se afirmar que a QDV inclui uma variedade de condições que podem afectar a percepção individual, sentimentos e comportamentos e que estão intimamente ligados com o quotidiano, não se limitando ao estado de saúde e a intervenções médicas (Bullinger, Anderson, Cella & Aaronson, 1993), sofrendo influências de todos aqueles que estão ao seu redor, nomeadamente dos membros da família, dos profissionais de saúde, e do próprio contexto social onde se vive (Atschuler, 1997; Bowling, 1994).

Com base nestas acepções de QDV, conclui-se que este é um constructo altamente interdisciplinar, implicando a contribuição de diferentes áreas do conhecimento para o seu aprimoramento conceptual e metodológico (Seidl & Zannon, 2004).

Claramente estar doente é mais do que responder a um fenómeno biológico, “a saúde e a doença são processos integrais que são vivenciados por seres humanos e que

possuem múltiplos níveis de complexidade interactiva” (Bayés, 1994, p.636).

O conceito de saúde varia consoante o contexto e experiência humana (Brannon & Fiest, 1997) e a QDVRS representa as respostas individuais aos efeitos que a doença produz sobre a vida diária, quer a nível físico, mental e social, respostas estas que influenciam a satisfação pessoal com as circunstâncias da vida (Bowling, 1994).

A doença deixa de ser compartimentada numa simples divisão biológica e passa a ser encarada numa perspectiva mais holística e integradora da pessoa, em que o indivíduo é visto na sua globalidade e tem um papel activo no processo de doença e na manutenção da saúde (Ribeiro, 1994).

A doença funciona como um factor normativo, que surge num momento concreto da vida de um sujeito, sendo apreendida conforme a etapa de desenvolvimento em que se encontra, o tipo de doença e o seu significado, bem como as implicações para o seu estilo de vida. As taxas de sobrevivência isoladamente já não são suficientes para explicar a situação de saúde de um país, e em especial nas doenças crónicas. Temos necessidade de interpretações mais amplas sobre o impacto e consequências das doenças e do seu tratamento nas condições de vida do seu portador, quer no âmbito social, psicológico e físico (Bowling, 1994).

Em suma, a QDV é uma dimensão cada vez mais estudada no sistema de cuidados de saúde e importante nos resultados das intervenções médicas, tendo um impacto no bem-estar dos doentes (Ribeiro, 1994) e incluem dimensões do funcionamento físico, social, saúde mental e percepções gerais de saúde assim como importantes conceitos tais como, vitalidade, dor e funcionamento cognitivo (Wilson & Cleary, 1995).

A manutenção da QDV está associada à melhor saúde, ao bem-estar e à capacidade de realizar de forma autónoma as tarefas quotidianas (Carvalho & Soares,

2004).

Por fim, é importante deixar claro que a QDV e saúde são conceitos distintos, sendo a QDV o objectivo e a saúde o objecto de intervenção. É investindo na saúde que se melhora a QDV (Ribeiro, 1994).

#### **2.4. A Qualidade de Vida e as Variáveis Sócio-Demográficas e Clínicas**

Como demonstram diversos autores (Arnold et al., 2004; Vásquez et al., 2005), deve-se manter sempre presente a noção de que os factores sócio-demográficos e clínicos contribuem, de alguma maneira, para a forma como o indivíduo percepção a sua saúde e como se confronta com a doença.

Concretamente, tem-se verificado que a comorbilidade está associada a uma crescente deterioração e, por conseguinte, a uma QDV empobrecida (Alonso et al., 2004; Ashing-Giwa, 2005; Perez et al., 2005; Vásquez, et al., 2005). Estudos versados na QDV da população geral (Ferreira & Santana, 2003; Hoeymans et al., 2005; Prause et al., 2005), e em patologias específicas, nomeadamente a diabetes (Silva, et al., 2003), também ressaltam que as mulheres apresentam, de forma consistente, uma QDV mais fraca quando comparada com os homens.

Rijken et al. (2005) e Arnold et al. (2004), cujos estudos incluem a avaliação de diversas patologias, como a doença cardiovascular, a artrite, as doenças crónicas respiratórias, a diabetes, a hipertensão, e as desordens dermatológicas obtiveram resultados idênticos. Acresce ainda salientar as diferenças de índice geral de QDV entre sexos, designadamente as diferenças no domínio do funcionamento físico e da saúde mental, em que os homens pontuam mais alto, em ambos os domínios, comparativamente com as mulheres (Ferreira & Santana, 2003; Meneses, 2005; Miller & Dishon, 2006; Parker et al., 2003; Pasculli et al., 2004; Silva, 2003). No entanto,

alguns autores sugerem que este facto se deve às diferenças do próprio sexo, na sua expressão das dores somáticas e das doenças psicológicas (que aludem a uma maior probabilidade por parte do sexo feminino em apresentar desordens psiquiátricas, incluindo desordens do humor, ansiedade, depressão, aliadas a um ajustamento mais débil) (Mrus et al. 2005).

Nesta perspectiva, Westbrook et al. (2002), citado por Mrus, et al., (2005), sugerem que a associação de uma pior QDV ao sexo feminino se deve à maior probabilidade de doença feminina ser desvalorizada e assim receber menor empatia e apoio social comparativamente com sexo masculino.

Com o envelhecimento parece haver uma diminuição da QDV (Ferreira & Santana, 2003; Killian et al., 2001; Meneses, 2005; Rijken et al., 2005; Silva, 2003; Vasquez et al., 2005). Embora a maioria dos estudos demonstre um impacto mais significativo da idade no funcionamento físico, com um agravamento do desempenho e da mobilidade, reflectindo, deste modo, o efeito negativo inerente que uma doença de longo tempo origina (Ferreira & Santana, 2003; Rijken et al., 2005; Silva, 2003). Esta deterioração pode também estar associada a um decréscimo da QDV física e mental (Meneses, 2005; Perez et al., 2005).

O estado civil influencia a QDV dos grupos étnicos/raciais, porém a natureza desta associação varia devido à base normativa dos diferentes estatutos maritais entre os diferentes grupos étnicos (Perez et al., 2005).

Contudo, Ferreira e Santana (2003) constataram que, em geral, os indivíduos solteiros apresentavam valores médios mais elevados nas dimensões físicas e mentais e conseqüentemente na QDV global, do que o grupo de casados. Similarmente, Silva (2003), tendo por base uma amostra de doentes com diabetes, verificou que os doentes solteiros apresentavam valores médios mais elevados na dimensão física, seguidos pelos

casados/união de facto, enquanto que as dimensões mentais avaliadas pelos indivíduos casados/união de facto corresponderam a valores mais elevados do que os fornecidos pelos solteiros, viúvos e divorciados.

Meneses (2005), numa amostra com doentes com epilepsia, verificou que os indivíduos solteiros, separados/divorciados e viúvos apresentavam melhor função física e controlo de crises do que os casados a coabitar.

Indivíduos profissionalmente activos sentem-se mais satisfeitos com a vida, devido aos valores intrínsecos e extrínsecos inerentes à profissão (salário, estruturação da vida diária, oportunidade para interacção social e recursos para o cuidado médico e incremento da saúde), os quais directa ou indirectamente afectam a QDV, uma vez que a inactividade profissional está associada a uma menor QVD (Silva, 2003).

A investigação efectuada neste contexto sugere que um maior nível académico está associado a uma melhor QDV (Ferreira & Santana, 2003; Perez et al., 2005; Silva, 2003).

Como salienta Djikers (1999), pessoas com um maior grau académico apresentam níveis de satisfação com a vida mais elevados, obtêm com maior facilidade um emprego e uma maior remuneração para fazer face aos encargos.

Bott et al. (1998 citado por Silva, 2003) verificaram que os indivíduos com um nível de escolaridade, económico e profissional mais elevado apresentavam mais queixas físicas e maior preocupação em relação ao futuro. Por outro lado, outros estudos apontam para que o nível social mais baixo esteja correlacionado com valores menos favoráveis de QDV (Silva, 2003).

Aalto et al. (1997, citado por Silva, 2003), constatou que a associação entre escolaridade e QDV não é significativamente estatística, quando são controlados factores relacionados com a saúde e factores psicossociais, que consideram mediadores

das associações entre os factores demográficos e a QDV.

## 2.5. Avaliação da Qualidade de Vida

Durante anos, os resultados terapêuticos foram avaliados primariamente em termos de morte, limitação e cura. No entanto, nas últimas três décadas, em consequência do crescente reconhecimento da QDVRS enquanto medida adicional vital, vários instrumentos foram desenvolvidos, tendo-se na sua maioria limitado a estudos nas áreas da Oncologia e de outras doenças crónicas. Porém, os resultados variam na sua concepção, constructo e conteúdo, o que reflecte a complexidade inerente ao construto e da inexistência de uma definição consensual, quanto à medida de QDV (Langenhoff et al., 2001).

Não havendo consenso sobre a definição de QDV e dos seus componentes, os maiores obstáculos no desenvolvimento de instrumentos e na utilização de avaliações da QDV são (Meneses, 2003): a) a ausência de consenso, também, sobre o modo como ela deve ser avaliada; b) a ausência de um *golden standard* para comparação na validação; e c) a complexidade da maioria das tentativas para avaliar, de que resultou a proliferação de modelos de QDV.

Quando se faz uma avaliação da QDV é necessário ter em conta dois factores intimamente relacionados, nomeadamente os inerentes ao próprio construto e os inerentes ao instrumento de avaliação (Bowling, 2001).

Segundo Bowling, 2001; Langenhoff et al., 2001, relativamente às medidas que avaliam a QDV, podemos classificá-las em três tipos: a) genéricas; b) específicas; e c) com módulos específicos. As primeiras são aplicáveis a todas as doenças (Meneses, 2005) e devem abarcar as dimensões de saúde física, mental e social (Bowling, 2001). Este tipo de instrumento permite a comparação da QDV entre indivíduos afectados por

diversas doenças, ou sem qualquer patologia (Meneses, 2005). No entanto, revelam baixa minúcia e sensibilidade perante aspectos específicos da patologia e à experiência clínica do paciente (Bowling, 2001; Langenhoff et al., 2001).

As segundas medidas, tal como o nome indica, são específicas para cada doença, o que permite o estabelecimento de perfis e um estudo mais aprofundado dos indivíduos, ou população com uma determinada patologia (Meneses, 2005), subsequente à experiência, diagnóstico, sintomatologia e intervenção médica (Langenhoff, et al., 2001; Minayo et al., 2000).

Contudo, estas medidas específicas são apontadas como sendo limitadas e por negligenciarem a avaliação de importantes resultados e variáveis modificadoras (Bowling, 2001).

Dadas estas limitações, alguns investigadores suplementam as suas escalas com módulos específicos, que variam conforme a patologia e o tratamento (Bowling, 2001). Esta medida centra-se nas consequências inerentes à doença, especificamente na sintomatologia observada na evolução da patologia, sem endereçar outros domínios da QDVRS (Bowling, 2001; Langenhoff et al., 2001; Mynayo et al., 2000).

No entanto, é de salientar que existe uma tendência para, aquando da escolha do instrumento a utilizar, se optar pelo mais conhecido e raramente os estudos apresentam com grande detalhe as razões que conduziram à selecção de determinado instrumento (Jenkinson & Ziebland, 1999), citado por Silva, (2003).

## **2.6. Qualidade de Vida e Diabetes**

A diabetes, sendo uma doença crónica, carece, por vezes, de um diagnóstico precoce e um tratamento apropriado para que o indivíduo possua uma melhor QDV (Marcelino & Carvalho, 2005).

O objectivo do estudo da QDV deve estar centrado no aumento dos anos de vida e respectivo aumento da qualidade desses mesmos anos, assim como, no desenvolvimento e generalização de uma vida com qualidade (Jiménez & Gomes, 1996).

É, assim, necessário que os pacientes com diabetes percepcionem a sua vida de uma forma positiva, para que desenvolvam uma atitude activa na gestão da sua própria doença, colaborando na prevenção das complicações crónicas (Silva, Ribeiro & Cardoso, 2004).

Contudo, existe alguma controvérsia relativamente a alguns autores que defendem que a presença de complicações crónicas pode estar relacionada com a melhoria, de alguns domínios da QDV, logo, não pode ser sempre encarada uma relação directa, entre a diabetes e uma má QDV (Silva, Ribeiro & Cardoso, 2004).

Segundo Nunes (1999), a avaliação da QDV na diabetes mostra-se bastante importante, pois é um critério para avaliar os resultados do procedimento médico, assim como, um factor de decisão entre diferentes estratégias de tratamento.

Por outro lado, tem sido também alvo de discussão o facto do bem-estar percebido estar afectado negativamente em pacientes com diabetes, porque uma pobre QDV tem uma forte associação com a presença de comorbilidades psiquiátricas e físicas Wikblad et al., (1996, citado por Gonder-Frederick et al., 2002). Também existem dados que demonstram que uma pobre QDV está relacionada com a depressão, com um nível socioeconómico baixo e com um núcleo familiar monoparental (Grey et al., 1998).

Há estudos que defendem que existe uma relação entre a diabetes e uma diminuição da QDV (Aalto, Uutela, & Aro, 1997; Klein, Klein, & Moss, 1998). Nestes casos, seria importante uma intervenção psicológica para a promoção da QDV, que passaria por uma mudança no estilo de vida, em que a meta seria mudança do

comportamento, incluindo, no entanto, os aspectos emocionais e cognitivos que sustentam essa mesma mudança comportamental (Ribeiro, 1994).

Wandell (1997, citado por Nunes, 1999) estudou a QDV de indivíduos ingleses com diabetes e constatou que a maioria dos indivíduos com diabetes não insulino-dependentes não apresentavam alterações na maioria das áreas da sua vida, porém os indivíduos insulino-dependentes revelavam morbidade psicológica e graves consequências sociais.

A QDV parece ser menor nos doentes com diabetes *mellitus*, quer esta tenha início precoce quer este seja tardio, do que na população em geral (Koopmanschap, 2002).

Outro estudo realizado com um grupo de doentes com diabetes tipo 2, por Redekop et. al., (2002) permitiu verificar que a QDV destes doentes é apenas ligeiramente inferior quando comparada com a população em geral com a mesma idade. Do mesmo modo Bradley et al., (1999), concluíram que o impacto da diabetes na QDV de vida pode ter aspectos positivos, nomeadamente pelo facto de levar os doentes a sentirem-se mais motivados para terem sucesso, de modo a alcançarem os seus objectivos, pese embora a doença. Neste estudo verificou-se, ainda, que a diabetes tem um impacto maior nos domínios específicos da doença, designadamente no prazer em comer, nas preocupações acerca do futuro e facilidade em viajar, do que nos domínios da QDV, tal como o emprego, a vida social, a família e amigos.

## **2.7. Qualidade de Vida e Adesão ao Tratamento**

Diversos estudos têm sido realizados no sentido de identificar os factores que permitem uma boa adesão ao regime terapêutico e um ajustamento psicológico adequado a um estado de doença (Amaral, 1997).

As significações do paciente podem não corresponder às significações do médico e levar a acções de negação e ambivalência. Em caso de discrepância entre estes, o paciente terá dificuldade em decidir se adere ou não à proposta ou prescrição do tratamento. Muitos doentes não têm coragem para afirmar a sua não adesão e só através da observação de atitudes de evitamento ou recusa do tratamento é que os cuidadores podem perceber concretamente as verdadeiras significações (Moniz & Barros, 2005).

A sobredosagem deliberada de insulina resulta, na maioria das vezes, em hipoglicemia. A omissão de insulina, associada à sobreingestão alimentar, pode resultar em cetoacidose. Estes factores podem justificar quer um pedido de ajuda psicológica, quer uma tentativa de fuga a um meio percebido como indesejável ou intolerante (Alemzadeh & Wyatt, 2004).

Segundo Amaral (1997), na adesão ao tratamento, é necessário ter em conta algumas variáveis psicológicas que influenciam o auto-controlo da doença: características individuais; características da personalidade e do carácter; capacidades de confronto para lidar com adversidades ligadas à doença; capacidades para lidar com o stress diário; e crenças relativas à saúde. Factores sociais e familiares: adequada interacção e suporte familiar parecem associar-se a uma melhor adesão e controlo metabólico. Por outro lado, a existência de conflitos e disfunções familiares parecem preditivos às dificuldades de adesão. Factores ambientais e contingências comportamentais: factores como os custos, o tempo exigido, os recursos disponíveis e as exigências parecem constituir obstáculos ambientais à adesão ao tratamento.

Segundo um estudo que pretendia avaliar a QDV de pessoas de idade, com diabetes mellitus verificou que as áreas mais importantes para a sua QDV eram a independência, estar fisicamente activo, ser capaz de cuidar de si, ser saudável, ter a sensação de segurança, e manter interacções e relações positivas com os outros (Phipps,

et al., 2003).

## **CAPÍTULO – III**

### **3. Suporte Social**

#### **3.1. O Conceito**

O estudo de suporte social é um fenómeno antigo e, na opinião de Sarason (1988), o interesse pelo mesmo fez-se sentir desde logo quando Bowlby, na sua teoria, analisou o papel do suporte das relações sociais na infância e na idade adulta. As experiências de vinculação apoiantes na infância permitem à criança desenvolver um sentimento de valor pessoal e obter uma base segura a partir da qual exploram o ambiente envolvente mais tarde, as relações de suporte mantêm e aumentam o sentimento de ser amado e de ter valor (Sarason, 1988).

Um das definições mais difundidas de suporte social é dada por Cobb (1976, citado por Ribeiro, 1999), que define suporte social como a informação: a) que conduz o sujeito a acreditar que é amado e que as pessoas se preocupam com ele; b) que leva o indivíduo a acreditar que é apreciado e que possui valor; c) que conduz o sujeito a acreditar que pertence a uma rede de comunicação e de obrigações mútuas.

Dunst e Trivette (1990, citado por Ribeiro, 1999) consideram que o suporte social são os recursos que estão ao dispor dos indivíduos e unidades sociais, como por exemplo a família, em resposta aos pedidos de ajuda e assistência. Estes autores distinguem ainda duas fontes de suporte social, nomeadamente a formal e a informal. Neste sentido, quando se fala em fonte de suporte formal, refere-se a organizações sociais formais, tais como hospitais e serviços de saúde, ou profissionais, ou seja, médicos, assistentes sociais, psicólogos, cuja função é fornecer assistência ou ajuda às pessoas necessitadas. Por outro lado, quando se fala em fontes de suporte informal, refere-se a indivíduos, nomeadamente familiares, amigos, vizinhos, ou grupos sociais,

por exemplo clubes, ou a própria igreja que são passíveis de fornecer suporte nas actividades do dia a dia em resposta a acontecimentos de vida normativos e não normativos.

Como ilustramos, o suporte social tem vindo a ser alvo de diferentes definições e diferentes abordagens (Cramer, Henderson & Scott, 1997; Dunst & Trivette, 1990, citado por Ribeiro, 1999). Este facto não é de estranhar uma vez que é um conceito bastante complexo, pois comporta diferentes componentes, e até várias dimensões (Ribeiro, 1999).

Neste sentido, sendo as definições sobre suporte social inúmeras e cada uma com sua especificidade, Mendes (2000) considera que, mesmo assim, é possível encontrar entre elas alguns pontos em comum: a) o realce da componente “suporte emocional” do suporte social, isto é, ter a quem recorrer em momentos de dificuldades; b) a “integração social”, que diz respeito ao sentimento de pertença a um grupo com interesses e preocupações comuns; c) o “suporte perceptivo”, quando existe suporte na correcção de percepções; d) o “suporte instrumental”, que diz respeito à satisfação de necessidade de dinheiro, utensílios ou ajuda em tarefas; e) a “informação de suporte” que pode ser prestada perante um problema; f) o “suporte à auto-estima”, que consiste no efeito que as relações têm em ajudar as pessoas a sentirem-se melhor consigo próprias, com as suas competências e habilidades.

Outra distinção de suporte social é proposta por Cramer, Henderson e Scott (1997, citado por Ribeiro, 1999) que distingue suporte social percebido e suporte social recebido. O primeiro refere-se ao suporte social que o indivíduo percebe como disponível se necessitar dele e o segundo refere-se ao suporte social que é efectivamente recebido por alguém. Estes autores fazem ainda uma outra distinção, entre o suporte social avaliado e suporte social descrito. O primeiro refere-se a uma avaliação do

suporte social como sendo satisfatório, ou que serviu de ajuda. O segundo refere-se à presença de um tipo particular de comportamento de suporte.

Relativamente às dimensões do suporte social, Weiss (1974, citado por Ribeiro, 1999) defende a existência de seis dimensões do suporte social que passamos a citar: intimidade; integração social, suporte afectivo, mérito, aliança e orientação.

Mais recentemente, Dunst e Trivette (1990, citado por Ribeiro, 1999) propõem onze dimensões do suporte social, nomeadamente o tamanho de rede social abrangendo o número de pessoas da rede de suporte social; a existência de relações sociais, abrangendo as relações particulares tais como o casamento, às gerais como as que decorrem da pertença a grupos sociais; a frequência de contactos, para designar quantas vezes o indivíduo contacta com os membros da rede social tanto em grupo como face a face; a necessidade de suporte, para designar a necessidade de apoio expressa pelo indivíduo; o tipo e quantidade de suporte, para designar o tipo e quantidade de suporte disponibilizado pelas pessoas que compõem as redes sociais existentes; a congruência, para referir a extensão em que o suporte social disponível emparelha com a que o indivíduo necessita; a utilização, para referir a extensão em que o indivíduo recorre às redes sociais quando necessita; a dependência, para exprimir a extensão em que o indivíduo pode confiar nas redes de suporte social quando necessita; a reciprocidade, para exprimir o equilíbrio entre suporte social recebido e suporte social fornecido; a proximidade, que exprime a extensão da proximidade sentida para com os membros que disponibilizam suporte social; a satisfação, que exprime a utilização a nível de ajuda sentidos pelo indivíduo perante o suporte social.

Em suma, podemos dizer que o suporte social constitui um recurso promotor de bem-estar e saúde dos indivíduos, na medida em que os leva a acreditar que existem pessoas que se interessam pelo indivíduo e que tentarão ajudá-lo se e quando este

necessitar, o que pode constituir a chave da eficácia do suporte social na promoção da saúde física e psicológica (Muro et al. 1999).

Durante as últimas décadas ter-se-á feito um esforço de investigação no sentido de averiguar quais os efeitos benéficos do suporte social na saúde e no bem-estar, existindo desde aí, grandes evidências de que a disponibilidade de suporte social está associada a um reduzido risco de doença mental e doença física, e até mesmo de mortalidade (Stroebe & Stroebe, 1995).

### **3.2. Avaliação do Suporte Social**

A forma de avaliação do suporte social não é unânime, pois existem várias técnicas disponíveis e que consideram diferentes aspectos do construto, o que reflecte a complexidade da sua concepção. Constata-se, também, que não existem técnicas de avaliação que abarquem o suporte social na sua globalidade, os instrumentos existentes apresentam, na sua generalidade, pobres qualidades psicométricas (Heitzmann & Kaplan, 1998, citado por Silva, 2003; Sarason & Sarason, 1984).

A abordagem de avaliação do suporte social tem sido feita mediante perspectivas distintas, nomeadamente, uma que concebe o suporte social em termos de estrutura das relações interpessoais da pessoa em causa ou da rede social e outra que o faz em termos de funções que estas relações ou redes têm com o sujeito (Stroebe & Stroebe, 1995). As medidas estruturais permitem a avaliação da existência ou da quantidade de relações sociais, enquanto medidas funcionais visam antes verificar se as relações interpessoais servem funções particulares (Stroebe & Stroebe, 1995).

Pode-se dizer, que as medidas de suporte social mais vezes utilizadas correspondem, essencialmente: a) “dimensão de redes”, focalizada na integração social do indivíduo num grupo e respectivas interligações no contexto do grupo e que incluem

a estrutura (tamanho e densidade), a qualidade (duração de cada uma das relações, frequência do contacto e intensidade); e a função de cada membro na rede; b) “dimensão de suporte recebido” (aquele que os indivíduos recebem ou consideram receber na realidade); e c) à dimensão do “suporte percebido” (aquele que se crê ter disponível quando necessário) (Ornelas, 1994).

Quando consideramos as várias conceptualizações sobre o suporte social, temos de considerar a abordagem de dois aspectos distintos. O suporte social objectivo, como, por exemplo, o número de amigos e o número de contactos efectuados, e o suporte social subjectivo ou percebido, que consiste na apreciação individual que cada um faz do suporte que tem disponível e da sua satisfação ou não com esse suporte. Estas duas dimensões de análise acarretam repercussões ao nível da forma de avaliar o suporte social. Para avaliação do suporte social objectivo, segundo Ornelas (1994), tenta-se aceder aos comportamentos de suporte que constituem actos específicos de ajuda tais como bens, serviços e expressão de afectos, sendo possível definir seis formas possíveis de apoio que são o suporte emocional, o feedback, o aconselhamento/orientação, a assistência prática, a financeira ou material e a socialização.

Por outro lado, quando se avalia o suporte subjectivo, ou suporte percebido, recolhem-se as avaliações individuais sobre a satisfação, sentimento de pertença, de respeito e envolvimento. Se se recorre a esta forma de avaliação, assume-se, tal como refere Ribeiro (1999), que esta percepção é fundamental nos processos cognitivos e emocionais, ligados ao bem-estar.

Tal como defende Serra (1999), esta avaliação subjectiva revela-se de extrema importância, pois é através dela que o indivíduo confere significado ao que percebe, e também, por que o ser humano se regula pela forma como interpreta o mundo e não pela forma como o mundo é exactamente.

Em síntese, podemos considerar que o suporte social é um termo abrangente que diz respeito à qualidade e à coesão das relações sociais que envolvem uma pessoa, à força dos laços estabelecidos, à frequência de contacto e ao modo como é percebido que existe um sistema de suporte que pode ser útil e prestar cuidados quando necessário (Vaz Serra, 1999).

### **3.3. Suporte Social e as Variáveis Sócio-Demográficas e Clínicas**

A crença que o suporte social tem efeitos mediadores na protecção da saúde está bem fundamentada Rutter & Quine, (1996, citado por Ribeiro, 1999).

Relativamente às evidências epidemiológicas da relação entre o suporte social e a saúde, verificou-se que através de vários estudos que existe uma forte correlação entre suporte social e má saúde (Ribeiro, 1999).

Hohaus e Berah (1996 citado por Ribeiro (1999), constataram que a satisfação com o suporte social é uma das variáveis que estão associadas com a satisfação com a vida.

Existem também estudos que demonstram fortes evidências entre os padrões de interacção social e níveis de suporte social e com a longevidade e a mortalidade (Ribeiro, 1999).

Ganster et al., (1986) citado por Ribeiro (1999), verificou que o suporte social tem um papel moderador no impacto das condições de trabalho e concluiu que existem relações entre componentes do suporte social e queixas somáticas.

Há alguns autores que evidenciam que o controlo da diabetes é melhor nos homens casados e semelhantes entre as mulheres casadas e as solteiras (Cox et al., 1991). O que nos pode levar a interpretar que, quando é diagnosticada diabetes aos homens casados, as mulheres tendem a mudar os hábitos alimentares e outras rotinas da

família, enquanto que, quando é diagnosticada a doença às mulheres casadas essas alterações parecem não serem levadas a cabo pelos seus maridos (Cox et al., 1991).

Littlefield, Rodin, Murray e Craven (1990, citado por Silva, 2006), num estudo realizado com 158 indivíduos com diabetes, constataram que o suporte social não está relacionado com o estado civil.

### **3.4. Suporte Social e Diabetes**

Temos vindo a assistir a uma preocupação progressiva em relação ao modo como os factores psicossociais e biológicos interagem com a doença na história e nos resultados do tratamento da doença (Silva, 2006).

Cada vez mais existe um reconhecimento da importância do contexto social dos doentes e na capacidade que estes têm em gerir a sua doença crónica de forma eficaz (Silva, 2003, 2006).

Neste sentido, o suporte social tem sido alvo de atenção na área da diabetes (Silva, 2006).

Silva, et al. (2003), verificaram que a percepção de suporte social desempenha um papel importante na QDV de indivíduos com diabetes e que, entre estes, os que sofrem de complicações crónicas da doença revelam uma menor satisfação com as amizades.

Quando analisado o suporte social em idosos com diabetes, verificou-se que o suporte social geral parece ser mais benéfico do que o suporte social específico para a doença e que o suporte social recebido dos amigos desempenha um papel mais significativo, no processo de adaptação do que o suporte social recebido da família (Cheng & Boey, 2000).

Bastos (2006), demonstrou a importância da implicação das esposas de diabéticos tipo 2 na educação diabética dos maridos. A autora pretendeu avaliar se a presença e participação das esposas no processo de educação do diabético tipo 2 influenciava o nível de adesão dos mesmos. Os resultados sugeriram diferenças nos níveis de adesão, sendo os do grupo cujas esposas foram envolvidas no processo de educação superiores ao do grupo de homens cujas esposas não os acompanharam às consultas. Desta forma, pode-se concluir que a presença da esposa no programa educacional do diabético favorece a adesão ao tratamento, especialmente em relação ao exercício físico e à toma dos medicamentos por parte do cônjuge.

### **3.5. Suporte Social e Qualidade de Vida na Diabetes *Mellitus***

A revisão da literatura sobre a relação entre QDV e Suporte Social não tem sido muito aprofundada (Silva, 2006).

Silva (2003) constatou que a satisfação com o suporte social existente, designadamente a satisfação com a família, as amizades, com a dimensão intimidade, e com as actividades sociais está constantemente associada com uma melhor QDV nos indivíduos com diabetes.

Aalto et al. (1997), estudaram um grupo de adultos com diabetes mellitus tipo 1, e verificaram que a percepção que estes indivíduos têm da adequação do suporte social está associada a uma melhor QDV com a saúde em todos os domínios, à excepção das dimensões do desempenho emocional e da dor. No entanto, a percepção de disponibilidade de suporte social não está significativamente associado com a QDV.

O suporte social é um factor determinante na QDV, desempenhando um papel crucial na adaptação do doente perante a doença, pois tem um papel benéfico no auxílio

do sujeito, enquanto moderador e facilitador no ajustamento face a situações ansiogénicas, nomeadamente a patologia médica (Abrunheiro, 2005).

Além disso, outros trabalhos demonstraram que o fortalecimento do suporte social é extremamente importante para a melhoria da QDV dos indivíduos (Jaracz & Kozubski, 2003), já que o suporte social constitui um recurso promotor do bem-estar e da saúde dos indivíduos (Muro et al., 1999). Aliás, crer que existem pessoas que se interessam pelo indivíduo que tentarão ajudar quando necessitar, pode ser a chave da eficácia do suporte social na promoção da saúde física e psicológica (Griep et al., 2003; Molina, 1996; Muro et al., 1999; Ramos, 2002; Teixeira, 2002; Wortman & Dunkel-Schetter, 1987).

O suporte social tem sido identificado como um importante factor na adaptação e bem-estar. Aalto et al. (1997) observaram que o funcionamento físico, a percepção de adequação do suporte social e os factores psicossociais relacionados com a diabetes constituem importantes factores modificadores da QDV, em particular nos indivíduos que apresentam uma boa saúde física. Os autores constataram ainda, que a percepção da adequação do suporte social está relacionada com uma melhor percepção de todas as dimensões da QDV, e em particular da saúde mental. A percepção de se ter um bom suporte social específico para a diabetes está associada a um maior bem-estar na saúde percebida e na saúde mental.

## **II – CONTRIBUIÇÃO EMPÍRICA**

**Investigar para melhor Intervir**

## **Capítulo IV – Estudo Empírico**

### **4. Apresentação e Justificação do Estudo Empírico**

A parte teórica apresentada nos capítulos anteriores possibilitou, de alguma forma a conceptualização de um corpo de conhecimentos que facultou as orientações da presente investigação. Outro aspecto preponderante no que toca à escolha deste tema prendeu-se com o facto de a diabetes estar a afectar cada vez mais pessoas nos dias de hoje quer a nível mundial, quer a nível nacional.

#### **4.1. Apresentação dos Objectivos**

O presente estudo, de carácter exploratório e observacional, tendo em conta a revisão da literatura efectuada, tem como objectivo principal explorar a relação entre suporte social e qualidade de vida em diabéticos.

Os objectivos específicos deste estudo são:

- (a) Explorar as diferenças entre indivíduos com diferentes características sócio-demográficas (sexo; estado civil; habilitações literárias; profissão; residência) quanto ao Suporte Social percebido.
- (b) Explorar as diferenças entre indivíduos com distintas características clínicas (tempo diagnóstico, outras doenças, tipo de diabetes, dúvidas, antecedentes, consultas) quanto ao Suporte Social percebido.
- (c) Explorar as diferenças entre indivíduos e as variáveis sócio-demográficas (sexo; estado civil; habilitações literárias; profissão; residência), quanto à QDV.
- (d) Explorar as diferenças entre indivíduos e as variáveis clínicas (tipo de diabetes; tempo de diagnóstico; outras doenças; dúvidas; antecedentes; consultas), quanto à QDV.

- (e) Explorar as relações entre a idade e QDV.
- (f) Explorar as relações entre a idade e o Suporte Social.
- (g) Explorar as relações entre Suporte Social (Intimidade; Satisfação com os amigos; Satisfação com a família; Aspectos Sociais) e QDV (Domínios: Físico; Psicológico; Nível de Independência; Relações Sociais).

## **4.2. Variáveis de Estudo**

As variáveis consideradas no presente estudo, podem subdividir-se em variáveis principais e variáveis secundárias. Deste modo, as variáveis principais são o Suporte Social e a Qualidade de Vida. Por outro lado, as variáveis secundárias são os dados sócio-demográficos, nomeadamente informações relativas à idade, género, estado civil, nível de escolaridade, profissão e área de residência, e dados clínicos tais como o tipo de diabetes, tempo de diagnóstico, comorbilidade, antecedentes familiares, assiduidade às consultas, esclarecimento de dúvidas nas consultas.

### **4.2.1. Identificação e Operacionalização das Variáveis:**

#### **4.2.1.1. Variáveis Sócio-Demográficas:**

- (i) Sexo: operacionalizado em feminino e masculino;
- (ii) Idade: operacionalizada nos seguintes intervalos: 15-24; 25-34; 35-44; 45-54; 55-64; 65-74; 75-84; 85-94.
- (iii) Habilitações literárias: operacionalizada em oito grupos, não sabe ler nem escrever; sabe ler e/ou escrever; 1º – 4º anos; 5º – 6º anos; 7º – 9º anos; 10º – 12º anos; estudos universitários e formação pós-graduada;
- (iv) Estado Civil: operacionalizada em quatro grupos, solteiro(a); casado(a)/união de facto; separado(a)/divorciado(a); e viúvo(a);

(v) Profissão: operacionalizada em dez grupos de acordo com a classificação das profissões do Instituto de Emprego e Formação Profissional: reformado(a); quadros superiores; especialistas das profissões intelectuais e cientistas; técnicos e profissionais de nível intermédio; pessoal administrativo e similar; pessoal de serviços e vendedores; agricultura e trabalhadores qualificados de agricultura e pescas; operários e trabalhadores similares; operários de instalações e máquinas; e trabalhadores não qualificados.

(vi) Área de residência: operacionalizada em dois grupos, meio urbano e meio rural;

#### **4.2.1.2. Variáveis Clínicas:**

(i) Idade de diagnóstico: operacionalizada na duração da doença;

(ii) Comorbilidade: operacionalizada em nove grupos, não tem outra doença; doenças reumáticas/ outras doenças; hipertensão; complicações cardíacas; hipertensão/ outras doenças; doenças reumáticas; doenças do sistema nervoso; perturbações cardíacas/ outras doenças; outras doenças.

(iii) Antecedentes Familiares de Diabetes Mellitus: operacionalizada em “sim” ou “não”;

(iv) Assiduidade às consultas, no que diz respeito a se os indivíduos se deslocavam sempre ao Centro de Saúde aquando da realização da consulta de diabetologia: operacionalizada em “sim” ou “não”;

(v) Esclarecimento de dúvidas nas consultas, referindo-se a se os indivíduos aquando das consultas de diabetologia no Centro de Saúde expunham todas as suas dúvidas acerca da doença ou com ela relacionada, quer aos médicos ou enfermeiros: operacionalizada em “sim” ou “não”;

## 5. MÉTODO

### 5.1. Participantes

Guéguen (1999) definiu população, como todos os indivíduos que partilham as características que definem o indivíduo base da população, tendo este indivíduo sido antecipadamente caracterizado. Uma vez que nem sempre é possível recolher informação de todos os indivíduos constituintes da população, recorre-se a amostras (Guéguen, 1999).

Para a selecção da amostra do presente estudo, recorreu-se aos doentes diabéticos que frequentam as consultas de diabetes no Centro de Saúde de Lamego. No presente estudo participou uma amostra de conveniência constituída por 60 indivíduos de ambos os sexos, 37 do sexo feminino e 23 do sexo masculino.

No que diz respeito à idade, podemos encontrar indivíduos com idades compreendidas entre os 50 e os 85 anos ( $M= 67,42$ ;  $DP= 9,05$ ).

#### Quadro 1.

*Caracterização da Amostra no que toca às variáveis Idade e Sexo*

| Idade | Sexo                  |           |                      |           |
|-------|-----------------------|-----------|----------------------|-----------|
|       | Masculino ( $n= 23$ ) |           | Feminino ( $n= 37$ ) |           |
|       | <i>M</i>              | <i>DP</i> | <i>M</i>             | <i>DP</i> |
|       | 67,57                 | 8,701     | 67,32                | 9,381     |

Relativamente à população deste estudo, ela esta dividida em 23 indivíduos do sexo masculino com uma média de idades de 67,57 anos, e 37 indivíduos do sexo feminino, com uma média de idades de 67,32 anos.

O estado civil dos indivíduos, que constituíram a amostra, foi enquadrado em três estados, como indicado no quadro a seguir.

**Quadro 2.***Estado Civil dos indivíduos da Amostra.*

| <b>Estado Civil</b>  | <b><i>n</i></b> | <b>%</b> |
|----------------------|-----------------|----------|
| Casado(a)            | 42              | 70       |
| Separado/ Divorciado | 1               | 1,7      |
| Viúvo(a)             | 17              | 28,3     |

Como se pode observar no quadro 2, grande parte (70%) dos participantes são casados, existindo 17 viúvos e apenas uma pessoa que se encontram separa/ divorciada.

No que diz respeito às habilitações literárias dos mesmos indivíduos, elas encontram-se distribuídas, da forma indicada no quadro 3.

**Quadro 3.***Distribuição das Habilitações Literárias do indivíduos da Amostra.*

| <b>Habilitações Literárias</b> | <b><i>n</i></b> | <b>%</b> |
|--------------------------------|-----------------|----------|
| Não sabe ler nem escrever      | 10              | 16,6     |
| Sabe ler e/ ou escrever        | 1               | 1,7      |
| 1º ao 4º ano                   | 39              | 65       |
| 5º ao 6º ano                   | 3               | 5        |
| 7º ao 9º ano                   | 1               | 1,7      |
| 10º ao 12º ano                 | 3               | 5        |
| Estudos universitários         | 3               | 5        |

Como se pode constatar pelos resultados apresentados no quadro 3, mais de metade da amostra (65%) tem o 1º ciclo do ensino básico, no que se refere a habilitações literárias. De salientar que mais quase 1/5 da amostra é analfabeta, e que apenas 3 pessoas num total de 60 concluíram os estudos superiores.

A área de residência dos indivíduos, divide-se em meio urbano, que engloba, as duas freguesias urbanas da cidade de Lamego, e o meio rural, que abrange as 22 freguesias rurais, que completam o concelho.

**Quadro 4.**

*Caracterização da Amostra segundo a Área de residência dos indivíduos.*

| <b>Área de residência</b> | <b><i>n</i></b> | <b>%</b> |
|---------------------------|-----------------|----------|
| <b>Meio Urbano</b>        | 33              | 55       |
| <b>Meio Rural</b>         | 27              | 45       |

No que se refere à distribuição da área de residência, verificou-se relativamente um equilíbrio entre a área urbana e a área rural, como pode ser observado no quadro 4.

Quanto ao tipo de diabetes, encontramos, assim divididos os indivíduos.

**Quadro 5.**

*Caracterização da Amostra segundo o Tipo de Diabetes Mellitus.*

| <b>Tipo de Diabetes</b> | <b><i>n</i></b> | <b>%</b> |
|-------------------------|-----------------|----------|
| Diabetes Tipo 1         | 8               | 13,3     |
| Diabetes Tipo 2         | 52              | 86,7     |

A maioria dos participantes tem diagnosticado Diabetes *Mellitus* Tipo 2, sendo que na amostra apenas há a registar o caso de 8 doentes com Diabetes *Mellitus* Tipo 1.

Relativamente à descrição da amostra segundo outras variáveis relacionadas com a diabetes, nomeadamente as variáveis outras doenças, antecedentes familiares, frequente as consultas, esclarecimento de dúvidas nas consultas, seguem no quadro abaixo.

**Quadro 6.**

*Caracterização da Amostra segundo Outras doenças, Antecedentes familiares, Esclarecimento de dúvidas e Frequência às consultas de rotina.*

|                            | Sim      |      | Não      |     |
|----------------------------|----------|------|----------|-----|
|                            | <i>n</i> | %    | <i>n</i> | %   |
| Outras doenças             | 27       | 45   | 33       | 55  |
| Antecedentes familiares    | 36       | 60   | 24       | 40  |
| Tira dúvidas nas consultas | 59       | 98,3 | 1        | 1,7 |
| Frequenta as consultas     | 59       | 98,3 | 1        | 1,7 |

Como pode ser observado no quadro 6, quase metade dos participantes (27 indivíduos) apresentam outra doença para além da diabetes, 40% não têm antecedentes familiares de diabetes *mellitus*, e apenas (1 indivíduo) não frequenta assiduamente as consultas de diabetologia, nem esclarece as dúvidas que possa ter, aquando da deslocação às referidas consultas.

Por último, encontramos, o tempo de diagnóstico, ou seja, o número de anos em que a pessoa é portadora da doença, onde se verifica um mínimo que vai desde 1 ano que a doença foi diagnosticada, até um máximo de 40 anos que foi diagnosticada a doença.

**Quadro 7.**

*Caracterização da Amostra segundo o Tempo de Diagnóstico.*

|                 | Tempo de Diagnóstico |      |
|-----------------|----------------------|------|
|                 | M                    | DP   |
| <b>Total</b>    | 9,03                 | 8,79 |
| <b>Homens</b>   | 7,78                 | 8,85 |
| <b>Mulheres</b> | 9,81                 | 8,78 |

Pode-se verificar que os participantes masculinos apresentam um tempo de

diagnóstico inferior relativamente às participantes do sexo feminino. Assim, as mulheres tem diabetes há mais tempo do que os homens.

## **5.2. Material**

### **5.2.1. Questionário Sócio-demográfico e Clínico**

O questionário sócio-demográfico e clínico (cf. Anexo 1), foi construído especificamente para o presente estudo no sentido de recolher informações sobre o sexo, a idade, o estado civil, as habilitações literárias, a área de residência, a profissão, a comorbilidade, a idade de diagnóstico (número de anos que tem a doença), os antecedentes familiares, a assiduidade às consultas e o esclarecimento de dúvidas dos diabéticos do Centro de Saúde de Lamego que participaram neste estudo.

### **5.2.2. Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS)**

A ESSS (cf. Anexo 2) foi desenvolvida por Ribeiro, (1999) e tem como objectivo avaliar a percepção do suporte social. A presente escala é constituída por 15 frases que são apresentadas como um conjunto de afirmações, que são distribuídas por 4 dimensões. O indivíduo deve assinalar o grau em que concorda com a afirmação (se ela se aplica a ele), numa escala ordinal de cinco posições, variando entre “concordo totalmente”, “concordo na maior parte”, “não concordo nem discordo”, “discordo na maior parte” e “ discordo totalmente”.

A primeira dimensão é designada por “satisfação com os amigos” e mede a satisfação com as amizades (5 itens); a segunda dimensão “intimidade”, avalia a percepção de suporte social íntimo (4 itens); a terceira dimensão, baptizada de “satisfação com a família” (3 itens), mede a satisfação com suporte familiar; por último a dimensão “actividades sociais” (3 itens), avalia a satisfação com as actividades

sociais.

A ESSS é um instrumento validado para a população portuguesa por Ribeiro (1999). Trata-se de um questionário de auto-preenchimento, que permite a operacionalização da variável satisfação com o suporte social em quatro dimensões ou factores; possui 15 itens e uma escala de resposta de 5 pontos (Ribeiro, 1999).

A nota total da escala resulta da soma da totalidade dos itens e pode variar entre 15 e 75, sendo que a nota mais alta corresponde a uma percepção de maior suporte social. Cada dimensão tem uma nota que resulta da soma dos itens pertencentes a essa dimensão ou sub-escala, havendo itens que devem ser cotados invertidos (Ribeiro, 1999).

O primeiro factor, "satisfação com os amigos" (SA), mede a satisfação com amizades/ amigos, e inclui 5 itens; o segundo factor, denominado de "intimidade" (IN), mede a percepção da existência de suporte social íntimo e é composto por quatro itens; o terceiro factor, chamado "satisfação com a família" (SF), mede a satisfação com o suporte social familiar existente e engloba três itens; o quarto factor, nomeado "actividades sociais" (AS), mede a satisfação com as actividades sociais que o indivíduo realiza, com três itens (Ribeiro, 1999).

Os estudos de validação revelam que o instrumento apresenta qualidades psicométricas adequadas (Ribeiro, 1999). No que diz respeito à fidelidade, a consistência interna de cada factor que compõe a escala está entre os padrões aceitáveis utilizados, com excepção do valor do factor SF, que tem índice inferior a 0,69 (Ribeiro, 1999). O valor da consistência interna da escala total foi de 0,85 excedendo os padrões de aceitabilidade usualmente utilizados (Ribeiro, 1999).

No que respeita à determinação da validade do instrumento, verificou-se que o índice de discriminação dos itens era superior a 20 pontos, entre a magnitude da

correlação com a escala a que pertence e a magnitude do segundo valor de correlação com outra escala (Ribeiro, 1999). A validade concorrente foi inspeccionada, comparando a escala com medidas de saúde, de bem estar e de mal estar, verificando-se que a ESSS está associada a medidas de saúde na direcção esperada, ou seja, prediz resultados positivos das medidas indicadoras de saúde e resultados negativos com medidas indicadoras de mal estar (Ribeiro, 1999).

Resumindo, de acordo com os instrumentos administrados, quanto mais elevado for o valor obtido na ESSS mais satisfatória será a percepção desse Suporte.

### **5.2.3. World Health Organization of Life (WHOQOL-BREF)**

A necessidade de dispor de um instrumento de avaliação da QDV de fácil administração e cujo preenchimento ocupasse pouco tempo, levou ao desenvolvimento de uma versão breve do WHOQOL-100: o WHOQOL-Bref (cf. Anexo 3). Este instrumento é constituído por 26 questões, e está organizado em quatro domínios: Físico, Psicológico, Relações Sociais, e Ambiente (Serra, 2006). Está organizado em escalas de resposta de tipo Likert de 5 pontos (Serra, 2006).

Os estudos de fidelidade do instrumento foram efectuados através de uma análise da consistência interna do WHOQOL-Bref Serra (2006). Calculou os coeficientes de fidelidade para o agrupamento dos quatro domínios, para os domínios individualmente considerados e para os 26 pontos do WHOQOL-Bref. O instrumento apresenta bons índices de consistência interna quando se consideram o conjunto dos domínios (Alfa de Cronbach = 0,79), e os 26 itens (Alfa de Cronbach=0,92), que constituem o instrumento. Analisados individualmente, os domínios apresentam Alfas de Cronbach bastante aceitáveis, Domínio Físico (Alfa de Cronbach=0,87), o Domínio Psicológico (Alfa de Cronbach=0,84), o Domínio das Relações Socais (Alfa de

Cronbach=0,64) e o Domínio Ambiental (Alfa de Cronbach=0,78). O Domínio das Relações Sociais é o que apresenta o valor mais baixo, ainda que aceitável (Serra, 2006).

Foi também avaliado o poder discriminativo do WHOQOL-Bref, a sua capacidade para diferenciar os indivíduos doentes daqueles que pertencem à população em geral. Verificaram-se que, para todos os domínios, existiam diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos. De igual forma, em todos os domínios, os indivíduos pertencentes ao grupo da população geral têm pontuações mais elevadas de qualidade de vida do que os indivíduos do grupo clínico (Serra, 2006).

As correlações entre os diferentes domínios são todas estatisticamente significativas. A consistência interna, avaliada através do alfa de Cronbach apresenta valores aceitáveis quando avaliados os 4 Domínios, cada um dos Domínios ou os 26 itens. Estes valores são parecidos aos vistos no estudo que juntou as amostras dos diversos Centros Internacionais compreendidos na origem deste instrumento (Serra, 2006).

De uma forma idêntica aos resultados de diversos Centros, são as Relações Sociais que apresentam um valor menor na consistência interna, talvez devido a estar baseado apenas em três itens (relações pessoais, apoio social e actividade sexual), um número relativamente diminuto proporcionalmente ao número de itens dos outros domínios (Serra, 2006).

No que respeita aos domínios do WHOQOL-Bref da versão portuguesa (de Portugal) apresentaram correlações altas entre (0,77 e 0,86) com a versão longa do WHOQOL. Estes resultados são análogos aos aferidos no estudo piloto do WHOQOL-Bref e a outros obtidos em outros centros internacionais (Serra, 2006).

Relativamente à validade discriminante, verificou-se que o WHOQOL-Bref distingue os indivíduos da população em geral dos indivíduos com patologia médica associada em todos os domínios, tal como na faceta geral da qualidade de vida. Os resultados são similares aos obtidos em teste de campo dos Centros que desenvolveram a versão curta do WHOQOL-100 (Serra, 2006).

No que concerne à validade de constructo, observou-se que os quatro domínios do WHOQOL-Bref se correlacionam de uma maneira estatisticamente significativa com a faceta geral da qualidade de vida, avaliada nas duas primeiras questões (Serra, 2006).

Foi verificado, aquando da realização da regressão linear múltipla dos quatro domínios do WHOQOL-Bref relativamente à faceta que avalia a qualidade de vida e a percepção geral de saúde, que, ao inverso do observado no WHOQOL-100, todos os domínios da versão curta, surgem num modelo linear que explica 58,8% da variância.

Também de forma variada ao visionado na versão longa, o Domínio Físico surge como o que mais contribui para o modelo explicando, por si só 52,2% da variância, sucedendo-se os Domínios Psicológicos, Ambiente e Relações Sociais, sendo este resultado apropriado com o encontrado nos Centros Brasileiro e Coreano (Serra, 2006).

Comparando o WHOQOL-Bref com a sua versão longa, observa-se que as características psicométricas obtidas são semelhantes. Os dois discriminam bem os indivíduos doentes, dos não doentes. A diferença principal consiste no facto de, na versão longa, o domínio Físico não contribuir significativamente para a variância presenciada na faceta geral de qualidade de vida (Serra, 2006).

Em sinopse, os resultados evidenciam que o WHOQOL-Bref apresenta bons valores de consistência interna, validade discriminante, validade de constructo, transformando-o num bom instrumento para avaliar a qualidade de vida em Portugal (Serra, 2006).

Assim, este instrumento é uma opção válida à sua versão longa, o WHOQOL-100, especialmente em situações de difícil aplicação, normalmente em estudos epidemiológicos, que abarquem grandes amostras, ou em estudos em que a bateria de avaliação seja formada por variados instrumentos (Serra, 2006).

### **5.3. Procedimento**

Antes de realizada a administração dos respectivos questionários, foi solicitada por escrito, a autorização respectivamente ao Exmo. Sr. Director do Centro de Saúde de Lamego (cf. Anexo 4), e também à Exma. Sra. Enfermeira Chefe (cf. Anexo 5) do referido Centro de Saúde. A administração dos questionários foi efectuada durante o horário que precedia as consultas de diabetologia, contando com a colaboração dos médicos e enfermeiros do Centro de Saúde para encaminhar os doentes para a realização do estudo.

Foi também solicitada a autorização à responsável pela versão Portuguesa do WHOQOL-BREF (cf. Anexo 6), Professora Doutora Cristina Canavarro, e ao autor da ESSS (cf. Anexo 7), Professor Doutor Pais Ribeiro.

A administração dos questionários foi realizada nos meses de Fevereiro e Março de 2007, no Centro de Saúde de Lamego, tendo sido solicitado aos indivíduos, a sua participação e consentimento informado, no qual era dado a conhecer aos indivíduos a informação, se entendiam a informação e se após consideração da mesma, seriam capazes de decidir sem terem sido submetidos a coerção, influência ou incentivos indevidos ou intimidações de qualquer forma. O consentimento informado foi obtido por escrito. Só posteriormente se administraram os questionários. Os doentes foram informados acerca da razão da administração dos questionários. Foi pedido que fossem verdadeiros e rigorosos nas informações que prestaram. As questões foram lidas uma

por uma, a fim de facilitar a compreensão e permitir esclarecer qualquer dúvida que pudesse surgir. Foram administrados no contexto de uma entrevista individual, num consultório do Centro de Saúde.

Os questionários foram preenchidos pelo autor do presente estudo e respeitando todas as normas éticas inerentes à confidencialidade e anonimato dos inquiridos.

## 6. Resultados

De seguida, será realizada uma apresentação e discussão dos resultados obtidos. Os resultados foram processados através do programa SPSS (*Statistical Package For Social Sciences*). Tendo-se realizado análises estatísticas descritivas (frequências e percentagens) e utilizados os seguintes testes estatísticos: *T-student*, *One Way Anova*; *Correlation: Bivariate*.

De forma a avaliar se existem diferenças estatisticamente significativas entre os dois sexos em relação aos vários domínios do Suporte Social e a variável Sexo, recorreu-se ao teste estatístico T-Student para amostras independentes.

### Quadro 8.

*Diferenças entre os domínios do Suporte Social e o Sexo*

|                                       | <i>M</i>                     |                             | <i>DP</i>                    |                             | <i>t</i> | <i>p</i> |
|---------------------------------------|------------------------------|-----------------------------|------------------------------|-----------------------------|----------|----------|
|                                       | Masculino<br>( <i>n</i> =23) | Feminino<br>( <i>n</i> =37) | Masculino<br>( <i>n</i> =23) | Feminino<br>( <i>n</i> =37) |          |          |
| Satisfação com a Família              | 4,70                         | 3,41                        | 1,52                         | 2,64                        | -2,13    | 0,04     |
| Satisfação com a Intimidade           | 2,65                         | 0,54                        | 2,29                         | 2,74                        | -3,08    | 0,003    |
| Satisfação com os Amigos              | 3,78                         | 2,54                        | 4,58                         | 4,78                        | -0,99    | 0,32     |
| Satisfação com as Actividades Sociais | -0,30                        | 1,11                        | 2,40                         | 2,08                        | 2,41     | 0,02     |

Como se pode verificar no quadro acima, constataram-se diferenças significativas entre os dois sexos, nos domínios Satisfação com a Família, Satisfação com Intimidade e no domínio da Satisfação com as Actividades Sociais. Nestes domínios, os homens apresentam melhor resultado nos dois primeiros, e apenas no domínio da Satisfação com as Actividades Sociais, apresentam um resultado inferior relativamente às mulheres. No domínio da Satisfação com os Amigos, não se verificam quaisquer diferenças estatisticamente significativas entre os dois sexos.

Para avaliar as possíveis diferenças entre indivíduos com Diabetes *Mellitus* Tipo 1 com indivíduos com Diabetes *Mellitus* Tipo 2 quanto aos domínios do Suporte Social, recorreu-se ao teste estatístico T-Student, para amostras independente.

#### Quadro 9.

*Diferenças entre os domínios do Suporte Social e os tipos de diabetes.*

|                                       | <i>M</i>                 |                           | <i>DP</i>                |                           | <i>t</i> | <i>p</i> |
|---------------------------------------|--------------------------|---------------------------|--------------------------|---------------------------|----------|----------|
|                                       | Tipo 1<br>( <i>n</i> =8) | Tipo 2<br>( <i>n</i> =52) | Tipo 1<br>( <i>n</i> =8) | Tipo 2<br>( <i>n</i> =52) |          |          |
| Satisfação com a Família              | 3,87                     | 3,90                      | 2,23                     | 2,38                      | -0,32    | 0,97     |
| Satisfação com a Intimidade           | 1,00                     | 1,40                      | 2,61                     | 2,80                      | -0,38    | 0,70     |
| Satisfação com os Amigos              | 1,00                     | 3,33                      | 5,09                     | 4,61                      | -1,31    | 0,20     |
| Satisfação com as Actividades Sociais | -1,50                    | 0,88                      | 2,39                     | 2,13                      | -2,90    | 0,005    |

Como se pode verificar no quadro acima, não se verificam diferenças estatisticamente significativas nos domínios Satisfação com a Família, Intimidade e Satisfação com os Amigos entre os participantes com Diabetes *Mellitus* Tipo 1 e os participantes com Diabetes *Mellitus* Tipo 2.

Verificam-se apenas diferenças ao nível do domínio da Satisfação com as Actividades Sociais entre os dois grupos de participantes.

As pessoas com diagnóstico de Diabetes *Mellitus* Tipo 2 revelam maior satisfação nesse domínio.

De modo a observar se se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre participantes com e sem antecedentes familiares de Diabetes *Mellitus* quanto aos domínios do Suporte Social, foi utilizado o teste estatístico T-Student, para amostras independentes.

#### Quadro 10.

*Diferenças entre os domínios do Suporte Social e os antecedentes familiares.*

|                                       | <i>M</i>                    |                             | <i>DP</i>                   |                             | <i>t</i> | <i>p</i> |
|---------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|----------|----------|
|                                       | Com                         | Sem                         | Com                         | Sem                         |          |          |
|                                       | Anteced.<br>( <i>n</i> =36) | Anteced.<br>( <i>n</i> =24) | Anteced.<br>( <i>n</i> =36) | Anteced.<br>( <i>n</i> =24) |          |          |
| Satisfação com a Família              | 3,61                        | 4,33                        | 2,62                        | 1,83                        | 1,17     | 0,25     |
| Satisfação com a Intimidade           | 1,00                        | 1,87                        | 3,09                        | 2,11                        | 1,21     | 0,23     |
| Satisfação com os Amigos              | 2,75                        | 3,42                        | 4,97                        | 4,34                        | 0,54     | 0,60     |
| Satisfação com as Actividades Sociais | 0,58                        | 0,54                        | 2,42                        | 2,15                        | -0,07    | 0,95     |

**Legenda:** Com Anteced. = Com antecedentes familiares; Sem Anteced. = Sem antecedentes familiares;

No que toca aos antecedentes familiares, não se verificam diferenças estatisticamente significativas em qualquer um dos domínios do Suporte Social, entre as pessoas que têm familiares com diabetes e as pessoas que não possuem familiares com diabetes.

Relativamente à área de residência, também não foram observadas diferenças estatisticamente significativas em qualquer um dos domínios do Suporte Social,

relativamente às pessoas que habitam no meio urbano, e aquelas que habitam no meio rural circundante à cidade de Lamego.

Não foram observadas também quaisquer diferenças estatisticamente significativas entre as variáveis assiduidade às consultas e esclarecimento de dúvidas e qualquer um dos quatro domínios do Suporte Social.

Com a finalidade de determinar se existiam diferenças estatisticamente significativas entre indivíduos com diferentes estados civis quanto aos domínios do Suporte Social, utilizou-se o teste estatístico T-Student, para amostras independentes.

#### **Quadro 11.**

*Diferenças entre os domínios do Suporte Social e o Estado Civil.*

|                                       | Casado(a) |          |           | Viúvo(a) |          |           | <i>t</i> | <i>p</i> |
|---------------------------------------|-----------|----------|-----------|----------|----------|-----------|----------|----------|
|                                       | <i>n</i>  | <i>M</i> | <i>DP</i> | <i>n</i> | <i>M</i> | <i>DP</i> |          |          |
| Satisfação com a Família              | 42        | 4,17     | 2,01      | 17       | 3,82     | 1,91      | 0,60     | 0,55     |
| Satisfação com a Intimidade           | 42        | 1,71     | 2,60      | 17       | 1,0      | 2,20      | 0,99     | 0,32     |
| Satisfação com os Amigos              | 42        | 3,70     | 4,51      | 17       | 1,94     | 4,55      | 1,35     | 0,18     |
| Satisfação com as Actividades Sociais | 42        | 0,38     | 2,36      | 17       | 1,0      | 2,20      | -0,93    | 0,36     |

Após esta análise, constatou-se a não existência de diferenças estatisticamente significativas entre os indivíduos casados e os viúvos quanto aos diferentes domínios do Suporte Social.

Depois da análise estatística realizada, não foram verificadas quaisquer diferenças significativas entre indivíduos com diferentes habilitações literárias e entre indivíduos com e sem outras doenças, quanto à Satisfação do Suporte Social.

Foi também efectuada uma correlação com o objectivo de verificar se os domínios do Suporte Social se encontravam relacionados com a variável Tempo de Diagnóstico, mas após esta análise, não foi constatada qualquer correlação.

De modo a verificar a existência de diferenças significativas, nos domínios da QDV entre participantes com Diabetes *Mellitus* Tipo 1 e participantes com Diabetes *Mellitus* Tipo 2, utilizou-se o teste estatístico T-Student, para amostras independentes.

#### Quadro 12.

*Diferenças entre os domínios da QDV e o Tipo de Diabetes*

|                  | <i>M</i>                          |                                    | <i>DP</i>                         |                                    | <i>t</i> | <i>p</i> |
|------------------|-----------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------|----------|----------|
|                  | Diabetes Tipo 1<br>( <i>n</i> =8) | Diabetes Tipo 2<br>( <i>n</i> =52) | Diabetes Tipo 1<br>( <i>n</i> =8) | Diabetes Tipo 2<br>( <i>n</i> =52) |          |          |
| Físico           | 22,66                             | 21,81                              | 2,45                              | 2,42                               | 0,88     | 0,38     |
| Psicológico      | 22,25                             | 21,15                              | 3,15                              | 2,14                               | 1,26     | 0,21     |
| Relações Sociais | 10,75                             | 10,50                              | 1,98                              | 1,51                               | 0,42     | 0,67     |
| Ambiental        | 30,25                             | 27,52                              | 2,91                              | 2,44                               | 2,87     | 0,006    |

Não se observam quaisquer diferenças estatisticamente significativas entre indivíduos com Diabetes *Mellitus* Tipo 1 e indivíduos com Diabetes *Mellitus* Tipo 2 quanto aos domínios Físico, domínio Psicológico e domínio das Relações Sócios, observando-se diferenças estatisticamente significativas no domínio Ambiente.

No que se refere à QDV, pode-se também observar que os diabéticos do tipo 1 apresentam melhores resultados, quando comparados com os diabéticos do tipo 2 (Quadro 12).

Com a finalidade de determinar se existiam diferenças estatisticamente significativas nos domínios da QDV entre pessoas com diferentes estados civis, utilizou-se o teste estatístico T-Student, para amostras independentes.

### Quadro 13.

#### *Diferenças entre os domínios da QDV e o Estado Civil*

|                  | Casado(a) |          |           | Viúvo(a) |          |           | <i>t</i> | <i>p</i> |
|------------------|-----------|----------|-----------|----------|----------|-----------|----------|----------|
|                  | <i>n</i>  | <i>M</i> | <i>DP</i> | <i>n</i> | <i>M</i> | <i>DP</i> |          |          |
| Físico           | 42        | 22,0     | 2,22      | 17       | 21,76    | 2,99      | 0,33     | 0,74     |
| Psicológico      | 42        | 21,48    | 2,34      | 17       | 20,82    | 2,27      | 0,98     | 0,33     |
| Relações Sociais | 42        | 10,83    | 1,56      | 17       | 9,71     | 1,31      | 2,62     | 0,011    |
| Ambiental        | 42        | 28,12    | 2,81      | 17       | 27,30    | 2,26      | 1,07     | 0,28     |

No que toca às diferenças nos domínios da QDV entre indivíduos com diferentes estados civis, apenas se observam no domínio das Relações Sociais. Nos restantes domínios, não foram observadas quaisquer diferenças estatisticamente significativas. Pode ser também observado que entre grupos, os casados apresentam melhores resultados do que os viúvos em todos os domínios da QDV.

Foram observadas diferenças estatisticamente significativas, nos domínios da QDV relativamente a indivíduos com habilitações literárias, nomeadamente no domínio das Relações Sociais ( $M=10,53$ ;  $DP=1,60$ )  $F(6; 109,91) = 2,82$ ;  $p < 0,05$ .

De referir, que não foram verificadas mais nenhuma diferenças estatisticamente significativas nas variáveis Sexo, Área de residência, Esclarecimento de dúvidas, Antecedentes familiares, Assiduidade às consultas, Profissão e Outras doenças relativamente à QDV.

Foi também realizada uma correlação para determinar se existia alguma relação entre a variável Tempo de Diagnóstico e a QDV. O resultado não indicou nenhuma relação.

Com o objectivo de verificar se os domínios do Suporte Social se encontravam relacionados com a variável Idade, recorreu-se ao teste de correlação  $r$  de Pearson.

#### Quadro. 14

##### *Correlações entre os domínios do Suporte Social e a Idade*

|                                       | Idade    |          |          |
|---------------------------------------|----------|----------|----------|
|                                       | <i>N</i> | <i>R</i> | <i>p</i> |
| Satisfação com a família              | 60       | 0,19     | 0,14     |
| Satisfação com a Intimidade           | 60       | 0,06     | 0,63     |
| Satisfação com os amigos              | 60       | -0,05    | 0,69     |
| Satisfação com as Actividades Sociais | 60       | 0,06     | 0,62     |

Os resultados alcançados mostram que não existe correlação estatisticamente significativa entre quaisquer uns dos domínios do suporte social e a variável idade.

De forma a verificar a existência de uma correlação entre os domínios da QDV e a variável Idade, utilizou-se o teste correlacional  $r$  de Pearson.

#### Quadro 15.

##### *Correlações entre os domínios da QDV e a Idade.*

|                              | Idade    |          |          |
|------------------------------|----------|----------|----------|
|                              | <i>N</i> | <i>R</i> | <i>p</i> |
| Domínio Físico               | 60       | -0,10    | 0,50     |
| Domínio Psicológico          | 60       | -0,18    | 0,17     |
| Domínio das Relações Sociais | 60       | -0,27    | 0,04     |
| Domínio Ambiental            | 60       | 0,06     | 0,64     |

Dos resultados obtidos, apenas de salientar a existência de uma correlação estatisticamente significativa entre a variável idade e o domínio das Relações Sociais, não se verificam correlações estatisticamente significativas entre a variável idade e os restantes domínios da QDV (domínio Psicológico, domínio Físico e domínio Ambiental).

A análise da correlação entre os domínios da QDV e os domínios do Suporte Social foi efectuada através do teste estatístico  $r$  de Pearson.

**Quadro 16.**

*Correlações entre os domínios da QDV e os domínios do Suporte Social.*

|                                     | Satisfação com a Família |      | Satisfação com a Intimidade |       | Satisfação com os Amigos |       | Satisfação com Actividades Sociais |      |
|-------------------------------------|--------------------------|------|-----------------------------|-------|--------------------------|-------|------------------------------------|------|
|                                     | $r$ (60)                 | $p$  | $r$ (60)                    | $p$   | $r$ (60)                 | $p$   | $r$ (60)                           | $p$  |
| <b>Domínio Físico</b>               | 0,013                    | 0,91 | 0,043                       | 0,001 | 0,421                    | 0,001 | 0,243                              | 0,06 |
| <b>Domínio Psicológico</b>          | 0,125                    | 0,34 | 0,341                       | 0,008 | 0,303                    | 0,018 | -0,007                             | 0,96 |
| <b>Domínio das Relações Sociais</b> | 0,038                    | 0,77 | 0,238                       | 0,07  | 0,397                    | 0,002 | -0,038                             | 0,77 |
| <b>Domínio Ambiental</b>            | 0,063                    | 0,63 | 0,217                       | 0,10  | 0,002                    | 0,10  | -0,231                             | 0,07 |

Deste modo, verifica-se uma correlação estatisticamente significativa no que diz respeito aos domínios Intimidade do Suporte Social e o domínio Físico da QDV, e domínio Psicológico, e também entre os domínios Satisfação com os Amigos do Suporte Social, com os domínios físico da QDV, o domínio Psicológico e o domínio das Relações Sociais. Não foram verificadas quaisquer outras correlações significativas entre os domínios do Suporte Social e os domínios da QDV.

## 7. Discussão

Os resultados obtidos neste estudo, sugerem que relativamente à percepção do suporte social, existem diferenças significativas no que diz respeito ao estado civil, visto que os indivíduos casados estão mais satisfeitos com a sua relação com a família, com a sua intimidade e com a satisfação com as actividades sociais, do que os viúvos.

Este facto poderá estar relacionado com a questão de que muitas esposas de diabéticos se empenham na educação diabética dos maridos (Bastos, 2006).

Os resultados demonstram também que, os indivíduos casados apresentam diferenças significativas em todos os domínios do suporte social, quando comparados com indivíduos viúvos. No entanto, e de acordo com Littlefield, Rodin, Murray e Craven (1990, citado por Silva (2006), o suporte social não apresenta diferenças significativas com o estado civil dos indivíduos.

Ainda no que respeita ao estado civil, e de acordo com Eaton (1978, citado por Ornelas, 1994), este encontra-se normalmente relacionado com o desempenho de papéis maritais que envolvem expectativas ligadas com a estima, a compreensão, a sociabilidade, os bens e os serviços como o aconselhamento e a orientação.

Ensel (1986, citado por Ornelas, 1994), comparou os níveis de suporte social em 5 grupos segundo o seu estado civil (casados, divorciados, separados, viúvos e solteiros), concluindo que os casados, independentemente do género relatavam níveis mais elevados de suporte.

Também Gestel, Riessman e Rosenfield (1985, citado por Ornelas, 1994), cujos trabalhos são mencionados em Ornelas (1994), concluíram que os indivíduos casados apresentam maior número de confidentes, numa rede social maior e mais homogénea.

Já no que diz respeito à percepção do suporte social relativamente ao sexo, após os resultados obtidos, observou-se que os homens têm uma melhor percepção de suporte social no que toca à satisfação das relações com a família, à intimidade, e às suas relações com os amigos, do que as mulheres, que, por seu lado, apresentam melhores resultados no que se refere às actividades sociais, e resultados mais negativos nos restantes domínios em comparação com os homens. Estes resultados vão contra o que refere Vaux e Harrison (1985, citado por Silva, 2003).

Os resultados do estudo são também inversos ao que menciona Belle (1981, citado por Silva, 2003), que refere a existência de diferenças entre sexos no que toca ao suporte social, mas que refere melhores relações com amigos próximos e uma maior intimidade com as mulheres, enquanto que os homens por seu lado enfatizam mais a sociabilização.

No que diz respeito ao tipo de diabetes e à percepção com o suporte social, os resultados obtidos mostram que existem diferenças significativas no que diz respeito à satisfação com as actividades sociais. Os doentes com diabetes do tipo 2 apresentam maior satisfação com a família, melhor satisfação com a intimidade, com as actividades sociais e com as relações com os amigos do que os doentes com diabetes tipo 1.

Este estudo permitiu verificar, no que se refere à QDV, que são os indivíduos casados, os que apresentam melhor QDV. Esta melhor QDV foi verificada em todos os domínios. Por outro lado, observou-se que os indivíduos viúvos apresentavam uma pior QDV, o que poderá estar associado ao facto de terem perdido o respectivo cônjuge, significando uma perda de rede de apoio social, e por conseguinte estarem mais fragilizados e possuírem uma pior QDV.

Os resultados contradizem Aalto et. al. (1997, citado por Silva, 2006), que mencionavam serem os casados os indivíduos que apresentavam uma percepção mais negativa de QDV. Também Paúl (1996) salienta que o estado civil casado é um bom predictor de bem-estar. A. Simões et. Al., (2000), na sua revisão bibliográfica refere que a maioria dos estudos analisados, encontra uma relação positiva entre o bem-estar subjectivo e a condição de casado, mesmo quando controladas variáveis como a idade, rendimento, e nível de instrução.

No que se refere à melhor/ pior QDV, os resultados do estudo, sugerem que os indivíduos com diabetes do tipo 1 apresentam uma melhor QDV do que os indivíduos com diabetes do tipo 2, não existindo diferenças estatisticamente significativas entre os 2 grupos relativamente à duração da doença.

Ainda neste estudo verificou-se a existência de correlações positivas, estatisticamente significativas fracas a moderadas no que toca aos domínios intimidade do suporte social e os domínios físico, psicológico da QDV. Também se observa uma mesma correlação entre os domínios satisfação com os amigos do suporte social com os domínios físico, psicológico e relações sociais da QDV.

De resto não são verificadas quaisquer outras correlações significativas entre os domínios da QDV e do suporte social.

É constatável que a literatura acerca da relação do Suporte Social e da QDV não tem sido alvo de um estudo aprofundado. No entanto, Connel, Davis, Gallant e Sharpe (1994, citado por Silva, 2003), realizaram um estudo com um grupo de diabéticos, tendo verificado que o suporte social evidenciou ser um factor fulcral na adaptação e bem-estar destes doentes. Também Aalto et. al., (1997), num estudo levado a cabo com um grupo de diabéticos do tipo 1 verificou a percepção que os doentes tinham da adequação

ao suporte social, sendo que esta estava associada a uma melhor QDV, relacionada com todos os domínios, excepto as dimensões da dor e do desempenho emocional.

Foi observada neste estudo uma correlação negativa estatisticamente significativa entre idade e o domínio das Relações Sociais da QDV. Tal poder-se-á dever ao facto da grande parte dos indivíduos terem já uma idade avançada, e serem doentes, o que lhes limita bastante a realização de actividades diferentes da sua vida quotidiana.

Nos restantes domínios da QDV, não são verificadas quaisquer correlações com a variável idade.

A literatura revista até hoje segue também um decréscimo da QDV que acompanha o envelhecimento (Killian et. al., 2001; Parker et. al 2003; Rijken et. al., 2005).

Apesar da maioria dos estudos demonstrar um impacto mais significativo da idade no funcionamento físico, com um agravamento do desempenho e mobilidade, reflectindo assim, quer o efeito negativo inerente a uma doença de longo termo, quer a um declínio de QDV geralmente presente em indivíduos saudáveis com idade (Pasculli et. al., 2004; Silva 2003; Wensing et. al., 2001), certos dados evidenciam que esta decadência pode também ser associada a um decréscimo da QDV física e mental (Meneses, 2005; Prause et. al., 2005).

## **8. Limitações do Estudo**

Tal como acontece em noutras investigações este estudo tem as suas limitações, e visto este ser um estudo transversal, devemos salientar o facto de que a amostra constitui um grupo reduzido de participantes, limitado a um Centro de Saúde.

Outra das limitações prende-se com o não acompanhamento destas pessoas, em termos de estudos futuros.

Dado que o único contacto que houve com estas pessoas, foi apenas no momento da administração dos questionários, e sendo este um contexto completamente diferente do dia-a-dia das mesmas, devido a uma maior introversão das pessoas, as suas respostas podem não ter sido as mais sinceras.

Por outro lado, a realidade que estamos a analisar, está restrita a um Centro de Saúde e também não contempla outros grupos de intervenientes como sendo os familiares, redes de apoio e os próprios médicos.

## **9. Orientações para a Prática**

Tendo em conta os resultados obtidos neste estudo, e sendo realmente a diabetes uma doença que afecta um grande número de pessoas como foi constatado pelos números apresentados na primeira parte deste trabalho, seria interessante, deixar algumas sugestões que eventualmente possam melhorar os resultados menos positivos no que diz respeito à QDV e ao suporte social destes doentes.

Assim, e tendo em conta todos os contextos em que são envolvidos estes doentes, poderiam ser levadas a cabo iniciativas em contexto clínico, por parte dos médicos, enfermeiros e técnicos de saúde, para se desenvolverem determinadas actividades que melhorem o Suporte Social e a QDV destes indivíduos.

Poderiam ser criadas consultas de grupo, onde cada doente pudesse ser acompanhado pelo respectivo cônjuge, ou por um familiar, de modo a que se sentisse menos inibido perante os técnicos de saúde. Esta situação iria permitir uma maior estabilidade emocional, maior confiança para enfrentar a sua doença, aquando das consultas de diabetologia aos pacientes, e por outro lado permitiria aos familiares dos

próprios pacientes terem uma noção mais aprofundada da doença. Seria também importante visto que a família é uma rede de suporte social com muito poder o que poderia potenciar um melhoramento no Suporte Social destes doentes, e também dos próprios familiares, pois adquiriam técnicas para melhorar o suporte por eles concedido aos seus familiares.

A realização de consultas de grupo, com exposição de casos semelhantes aos seus, por parte de outros doentes diabéticos com melhor QDV e um Suporte Social mais positivo, seria também interessante de desenvolver, uma vez que mostraria aos doentes, que outras pessoas como eles também padecem da mesma doença, e mesmo assim não deixam de levar a cabo as suas actividades diárias, bem como outro tipo de actividades com os seus pares.

Seria porventura proveitoso realizar protocolos com entidades públicas, ou com entidades privadas, no sentido de serem também desenvolvidas diversas actividades que permitissem aos diabéticos realizar actividades, de modo a melhorarem a sua qualidade de vida, e também pelo facto de que ao interagirem com outras pessoas, possibilitar-lhes-ia aumentar as suas redes de suporte social. Tendo em conta que se trata de uma cidade do interior, que não possui as infra-estruturas que uma cidade mais desenvolvida possui, poder-se-iam organizar aulas de grupo em piscinas cobertas, por exemplo, uma vez que como se sabe a actividade física é um dos pilares para um controlo diabético.

Visto que é uma cidade com bastantes espaços verdes, também poderiam ser realizadas actividades de grupo físicas ao ar livre, com a mesma finalidade da sugestão anterior, e de algum modo para ajudar os diabéticos a não estarem tão sós, e a conviverem com outras pessoas na mesma situação clínica. Isto melhoraria a sua QDV, como reforçaria o seu Suporte Social através do convívio com outras pessoas.

Do contacto levado a cabo aquando da administração dos questionários,

constatou-se que estas pessoas, na sua quase totalidade pessoas idosas, por circunstâncias da vida nunca tiveram possibilidade de frequentar um teatro ou um cinema, e tendo em conta que nos resultados são apresentados valores baixos no que diz respeito à realização de actividades sociais, seria também pertinente organizar deslocações a este tipo de recintos públicos e de animação.

De realçar que estas são apenas algumas sugestões que poderiam ser concretizadas, quer por parte das autoridades políticas e de saúde locais, e tendo em conta a disponibilidade e existência de locais e instituições capazes de auxiliar estes doentes a lidarem melhor com a doença, e também a criarem actividades capazes de melhorar a qualidade de vida, e a adquirirem um melhor suporte social através do contacto social com outras pessoas.

## CONCLUSÃO

Com este estudo agora em fase de conclusão, pretendeu-se fazer uma reflexão ponderada que possibilite uma análise da relação entre QDV e satisfação do suporte social em doentes com diagnóstico de Diabetes *Mellitus* residentes numa comunidade predominantemente rural.

Tentou-se reflectir na QDV e como ela se desenvolve positivamente quando o relacionamento social e afectivo com familiares e amigos é percebido como disponível.

Os resultados demonstram que existindo uma relação biunívoca entre as duas variáveis em que este estudo se baseou, as pessoas consideram que, a nível da QDV, há uma melhoria considerável na vertente física, e também na satisfação com o suporte social adquirido.

Noutra dimensão, observou-se uma relação directa e proporcional entre o domínio das relações sociais em que se insere a QDV, bem como a satisfação sentida no relacionamento com a família, amigos e a rede de suporte social a que pertence, o que poderá aumentar por isso os níveis de auto-confiança.

É, então, urgente que a sociedade de um modo geral, e a Psicologia em particular, se aproximem ainda mais e conheçam a Qualidade de Vida das pessoas com diabetes, bem como a percepção da sua satisfação com o Suporte Social.

Por força a alcançar uma melhor compreensão destas duas variáveis, bem como obtenção de resultados mais positivos, alguns temas deverão ser mais investigados. Como vectores para próximas investigações, ficam: comparar a qualidade de vida e a satisfação do suporte social entre pessoas do Meio Litoral e do Meio Interior, bem como de doentes institucionalizados, comparativamente a doentes não institucionalizados.

Com o presente estudo, espera-se ter conseguido contribuir para a investigação sobre a qualidade de vida e o Suporte Social dos doentes diabéticos, ainda que apenas com uma amostra curta, diminuta e apesar de algumas limitações.

## REFERÊNCIAS

- Aalto, A. M., Uutela, A., & Aro, A.R. (1997). Health related quality of life among insulin-dependent diabetes: disease-related and psychosocial correlates. *Patient Education and Counseling*, 30, 215-225.
- Aaronson, N., Acquadro, C., Alonso, J., Apolone, G. Bucquet, D., Bullinger, M., Bungay, K., Fukuhara, S., Gandek, B., Keller, S., Razavi, D., Sanson-Fisher, R., Sullivan, M., Wood-Dauphinee, S., Wagner, A. & Ware, J. (1992). International quality of life assessment (IQOLA) project. *Quality of Life Research*, 1, 349-351.
- Abrunheiro, L.M. (2005). *A satisfação com o suporte social e a qualidade de vida no doente após transplante hepático*. [Em linha]. Disponível em, em [http://www.psicologia.com.pt/artigos/ver\\_artigo.php?codigo=A0255](http://www.psicologia.com.pt/artigos/ver_artigo.php?codigo=A0255). [Consultado a 15 de Abril, de 2007].
- Agapito, A. (2003). Nefropatia diabética. Diabetes. *Viver em Equilíbrio*, 28, 34-35
- Alemzadeh, R. & Wyatt, D. (2004). Diabetes mellitus in children. In R. Behrman, R. Kliegman, & H. Jenson (2004), *Nelson textbook of pediatrics* (17<sup>a</sup> ed.), (pp. 1947-1972). Philadelphia: PA, Saunders.
- Almeida, V., & Oliveira, B. A. (2000). Uma intervenção de grupo de apoio com diabéticos em cuidados de saúde primários. In J. Ribeiro, I. Leal, & M.Dias

(Eds.), 3ª *Actas do Congresso Nacional de Psicologia da Saúde* (pp. 679-689).

Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.

Amaral, A. (1997). Aspectos psicológicas do doente com diabetes *mellitus*. In J.L. Ribeiro (Ed.), *Actas do 2º congresso nacional de psicologia da saúde* (pp.105-118). Lisboa: ISPA.

American Diabetes Association (2005). Standards of medical care in diabetes. *Diabetes Care*, 28 (28), S4-S36.

Arnold, R., Ranchor, A.V., Sanderman, R., Kempen, G.I., & Ormel, J. (2004). The relative contribution of domains of quality of life to overall quality of life for different chronic diseases. *Quality of Life Research*, 13, 883-896.

Almeida, L., & Freire, T. (2003). *Metodologia da investigação em Psicologia e Educação*. Coimbra: APPORT.

Alonso, J., Ferrer, M., Gandek, B., Ware Jr., J.E., Aaronson, N, K., Mosconi, P., et al. (2004). Health-related quality of life associated with chronic conditions in eight countries: Results from the International Quality of Life Assessment (IQOLA) Project. *Quality of Life Research*, 13, 283-298.

- Anderson, K. L. & Burckhardt, C. S. (1999). Conceptualization and measurement of quality of life as an out come variable for health care intervention and research. *Journal of Advanced Nursing*, 29 (2), 298-306.
- Altschuler, J. (1997). *Working with chronic illness*. London: Macmillan Press.
- Almeida, L., & Freire, T. (2003). *Metodologia da investigação em Psicologia e Educação*. Coimbra: APPORT.
- Ashing-Giwa, K.T. (2005). The contextual model of HRQoL: A paradigm for expanding the HRQOL framework. *Quality of Life Research*, 14(2), 297-307.
- Associação Portuguesa dos Diabéticos de Portugal (2004). *Viver com a diabetes* (2ª Ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Badoux, A. & Mendelsohn, G. (1994). Subjective well-being in French and American samples: scale development and comparative data. *Quality of Life Research*, 3, 395-401.
- Ballesteros, R. F. (1994). Evaluación conductual hoy. Un enfoque para el cambio en psicología clínica y la salud. R. Fernández – Ballesteros (ed.).
- Barbosa, A. & Ribeiro, J. (2000). Qualidade de vida e depressão. In J. Ribeiro, I. Leal & M. Dias (Eds.), *Actas do 3º congresso Nacional de Psicologia da Saúde* (pp.149-156). Lisboa: ISPA.

- Bastos, F. (2006). O papel das esposas na adesão ao regime terapêutico no diabetes tipo 2. In I. Leal, J. Ribeiro, & S. Jesus (Eds), *Actas do 6º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde* (pp.571-577). Lisboa: ISPA.
- Bastida, J,L., Aguilar, P.S., & González, B.D. (2002). Los costes socioeconómicos de la diabetes mellitus. *Atención Primaria*, 29 (3), 145-150.
- Bayés, R.(1994). *Evaluacion des aspectos conductualers y biologicos em psicologia de la salud*. In: Evaluacion conductual hoy: un enfoque para el cambio em psicologia clinica y de la salud. R. Fernandez-Bllesteros, p. 618-651.
- Bech, P. (1993). Quality of life measurement in chronic disorders. *Psychoterapy and Psychosomatics*, 59, 1-10.
- Berkow, R., Beers, M. & Fletcher, A. (Eds). (1998). *Manual Merck de Saúde para a Família*. New Jersey: Merck Sharp & Dohme.
- Berzon, R., Hays, R.D. & Shumaker, S. A. (1993). International use, application and performance of health-related quality of life instruments. *Quality of Life Research*, 2, 367-368.
- Bishop, G. ( 1994). *Health psychology. Integrating mind and body*. New York: Allyn and Bacon.

Bowling, A. (1994). *La medida de la salud: revisión de las escalas de medida de la calidad de vida*. Barcelona: Masson.

Bowling, A. (1995). *Health-related quality of life: a discussion of the concept, its use and measurement, measuring disease*. Buckingham: Open University Press, p.1-19.

Bowling, A. (2001). *Measuring disease: A review of disease-specific quality of life measurement scales* (2ª ed.). Buckingham: Open University Press.

Bradley, C., Todd, C., Gorton, T., Symonds, E., Martin, A., & Plowright, R. (1999). The development of an individualized questionnaire measure of perceived impact of diabetes on quality of life: the ADDQol. *Quality of Life Research*, 8, 79-91.

Brannon, L., Fiest, J. (1997). *Living with chronic illness*. *Health Psychology*, 265-300.

Bullinger, M., Anderson, R., Cella, D. & Aaronson, N. (1993). Developing and evaluating cross-cultural instruments from minimum requirements to optimal models. *Quality of Life Research*, 2, 451-459.

Caldeira, J. & Duarte, R. (2002). Exercício Físico. In R. Duarte (Coord.), *Diabetologia Clínica* (pp. 89-97). Lisboa: Lidel.

Caldeira, J. & Duarte, R. (2002). Terapêutica da Diabetes Tipo 2. In R. Duarte (Coord.), *Diabetologia Clínica* (pp. 119-146). Lisboa: Lidel.

Caldeira, J. & Duarte, R. (2002). Terapêutica da Diabetes Tipo 1. In R. Duarte (Coord.), *Diabetologia Clínica* (pp. 163-176). Lisboa: Lidel.

Canavarro, M.C., Simões, M.R., Vaz Serra, A., Pereira, M., Rijo, D., Quartilho, M.J., et al. (in press). Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde: WHOQOL-Bref. In M.R. Simões, C. Machado, M. Gonçalves & L. Almeida (Eds.), *Avaliação Psicológica: Instrumentos validados para a população Portuguesa* (Vol.3). Coimbra: Quarteto Editora.

Capitán, E. M. (1996). La calidad de vida del enfermo neoplástico. In M.G. Barón, A. Ordóñez; J. Felin; P. Zamora & E. Espinosa (Eds.), *Tratado de Medicina Paliativa y Tratamiento de Soporte en el Enfermo com Cáncer* (pp. 68-83). Madrid: Médica Panamericana.

Carvalho, S.R. (2004). As contradições da promoção da saúde em relação à produção de sujeitos e a mudança social. *Ciência & Saúde Coletiva*, 9 (3), 669-678.

Catarino, J. (2001). *Risco de morrer em Portugal, 1999*. Lisboa: Direcção-Geral de Saúde. DSIA. Divisão de Epidemiologia.

Chase, H.P. & Eisenbarth, G.S. (2004). Diabetes Melito. In W.W. Hay, A.R. Hayward, M. J. Lewin, & J.M. Sondheimer, *Pediatria: Diagnóstico e tratamento* (16ª ed.). Rio de Janeiro: MacGrawHill.

Cox, D. J., Gonder-Frederick, L., & Saunders, J. T. (1991). Diabetes: clinical issues and management. In J. Sweet, R. Rosensky, & S. Tovian (Eds.), *Handbook of clinical psychology in medical settings* (pp. 473-496). Plenum Press.

Djikers, M. (1999). Correlates of life satisfaction among persons with spinal cord injury. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 80, 867-876.

Duarte, R & Lisboa, M.E. (2002). Classificação e Diagnóstico da Diabetes. In R. Duarte (Coord.), *Diabetologia Clínica* (pp. 25-42). Lisboa: Lidel.

Duarte, R.(2002). Epidemiologia da Diabetes. In R. Duarte (Coord.), *Diabetologia Clínica* (pp. 43-56). Lisboa: Lidel.

Esteve, M. & Roca, J. (1997). Calidad de vida relacionada com la salud: un nuevo parámetro a tener en cuenta. *Medicina Clínica*, 108, 458-459.

Evans, R. (1994). Enhancing quality of life in the population at large. *Social Indicators Research*, 33, 47-48.

Farquhar, M. (1995). Definitions of quality of life: a taxonomy. *Journal of Advanced Nursing*, 22, 502-508.

Fernández-Rios, L.& García-Fernández, M. (1999). *Psicología preventiva y calidad de vida*. In. M. A. Simón (Ed.), *Manual de Psicología de la Salud: Fundamentos, Metodología y Aplicaciones* (pp. 133-154). Madrid: Editorial Biblioteca Nueva, S. L..

Ferreira, P. L. (1994). *Um paradigma para a saúde*. In M. L. Mendes (Ed.), *Livro de Obstétrica* (p.191-197). Coimbra: Almedina.

Ferreira, P. & Santana, P. (2003). Percepção do estado de saúde e de qualidade de vida da população activa: contributo para a definição de normas portuguesas. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 21 (2) 15-28.

García Riaño, D. (1991). Calidad de vida. Aproximación histórico-conceptual. *Boletín de Psicología*, 30, 55-94.

Gearhart, J.G. (2000). *Diabetes mellitus, tipo 2*. In B.D. Weiss (Ed.), *20 problemas frequentes em cuidados primários* (pp 79-120). Amadora : McGraw-hill.

Gonder-Frederick L.A., Cox, D. J., & Ritterband, L: M: (2002). Diabetes and Behavioral Medicine: the second decade. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70 (3), 611-625.

Grey, M., Boland, E. A., Yu, C., Sullivan-Bolyai, S. & Tamborlane, W. V. (1998). Personal and family factores associated with quality of life in adolescents with diabetes. *Diabetes Care*, 21 (6), 909-914.

Griep, R.H., Chor, D., Faerstein, E., & Lopes, C. (2003). Apoio social: Confiabilidade teste-reteste de escala no estudo pró-saúde. *Centro de Saúde Pública, 19* (2), 625-634.

Harris, D. (1990). “La justificacion del estado de bienestar”, Madrid. Instituto de Estudios Fiscales.

Hoeymans, N., van Lindert, H., & Western, G.P. (2005). The health status of the Dutch population as assessed by the EQ-6D. *Quality of Life Research, 14*, 655-663.

Hopkins, A. (1992). *How might measures of quality of life be useful to me as a clinician?* In A. Hopkins (Ed.), *Measures of the quality of life: and the uses to which such measures may be put.* (pp. 1-12). London: Royal College of Physicians of London.

House, R., Dubovsky, S., Penn, I. (1983), *Psychiatric Aspects Of Hepatic Transplantation. Transplantation, 36*, 146-150.

Jaracz, K. & Kozubski, W. (2003). Quality of life in stroke patients. *Acta Neurológica Scandinavica, 107* (5), 324-329.

Jaspan, J.B. (1997). Controlo da diabetes. *Hospital Patrice, 8* 38-48.

- Jiménez, B., Gómez, C. (1996). Gualberto Buela Casal y col (Eds), *Manual de evaluación en Psicología Clínica y de la Salud*. Madrid: Siglo 21, pp. 1045-1070.
- Kaplan, R. M. (1995). Quality of life measurements. In P. Karoly (Ed.). *Measurement Strategies in Health Psychology*. New York: Pergamon Press.
- Kein, B. E., Klein, R., & Moss, S.E. (1998). Self-rated health and diabetes retinopathy. *Diabetes Care*, 21 (2), 236-240).
- Killian, R., Matschinger, H., & Angermeyer, M.C. (2001). The impact of chronic illness on subjective quality of life: A comparison between general population and hospital inpatients with somatic and psychiatric diseases. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 8, 206-213.
- Koopmanschap, M. (2002). Coping with type II diabetes: The patient's perspective. *Diabetologia*, 45 (7), S18-22.
- Lacaz, F. (2000). Quality working life and health/illness. *Ciências da saúde colectiva*, 5 (1), 151-161.
- Langenhoff, B.S., Krabbe, P.F., Wobbes, T., & Ruers, T.J. (2001). Quality of life as an outcome measure in surgical oncology. *British Journal of Surgery*, 88 (5), 643-652.

- Leal, I. (1999). *Entrevista clínica e psicoterapia de apoio*. Lisboa: ISPA.
- Leal, I. (2005). *Iniciação às psicoterapias*. Lisboa: Fim de Século.
- Lin, N. (1986). *Conceptualizing social support*. In Lin, N. Dean, A. & Ensel W. (Eds.) *Social support, life events and depression* (pp.17-18). London: Academic Press.
- Lisboa, P. (2002). História da Diabetes – I. In R. Duarte (Coord.), *Diabetologia Clínica* (pp. 1-16). Lisboa: Lidel.
- Lisboa, P. (2002). História da Diabetes – II. In R. Duarte (Coord.), *Diabetologia Clínica* (pp. 421-436). Lisboa: Lidel.
- Llorca, M., Poussin, M. & Cazals-Ferré, M. (2004). Integração e apoios sociais. In M. Vasconcelos, P. Tap (Eds.), *Precaridade e vulnerabilidade psicológica* (pp. 93-98). Coimbra: Fundação Bissaya Barreto.
- Lopes, C. A. (2007). Qualidade de vida, auto-conceito e auto-eficácia de crianças, e jovens com diabetes tipo 1. Monografia apresentada à UFP, para obtenção de grau de licenciatura em Psicologia Clínica.
- López, J. Mejía, R. & Espinar, A. (1996). La calidad de vida: un tema de investigación necessário. Concepto y método (I) *Medicina Integral*, 27 (2), 75-84.
- Marcelino, D. B., & Carvalho, M. D. B. (2005). Reflexões sobre a diabetes tipo 1 e sua relação emocional. *Psicologia: Reflexo e Crítica*, 18 (1), 71-77.

Marcelino, D.B. & Carvalho, M.D.B. (2005). Stability and malleability of self-concept become more differentiated with age? The differential distinctiveness hypothesis. *Journal of Educational Psychology*, 95 (4), 687-706.

Marín, J. R. (1994). Evaluación en prevención y promoción de la salud. In R. F. Ballesteros (Ed.), *Evaluación conductual hoy – un enfoque para el cambio en Psicología clínica y la salud*. (pp. 652-707). Madrid: Ediciones Pirâmide.

Meeberg, G. A. (1993). Quality of life: a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 18, 32-38.

Mendes, A. (2000). Stress em estudantes de enfermagem e imunidade: contribuição para um estudo dos factores pessoais nas alterações imunitárias relacionadas com o stress. Dissertação de Doutoramento. Braga: Universidade do Minho.

Meneses, F. (2003). Qualidade de vida de “doentes” com epilepsia temporal. Tese de Doutoramento em Psicologia apresentada à Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto.

Meneses, R.F. (2005). *Promoção da Qualidade de Vida dos doentes crónicos: Contributos no contexto das Epilepsias Focais*. Porto: Edições Universidade Fernando Pessoa.

- Miguel, A. A., Ferreira, P. A. (2000). *Satisfação com suporte social e percepção materna em mães toxicodependentes e mães não-toxicodependentes*. Actas do 3º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde. Lisboa: ISPA.
- Miller, A., & Dishon, S. (2006). Health-related quality of life in multiple sclerosis: Psychometric analysis of inventories. *Multiple Sclerosis, 11*(4), 446-455.
- Minayo, M.C., Hartz, Z.M., & Buss, P.M. (2000). Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Ciência & Saúde Coletiva, 5* (1), 7-18.
- Ministério da Saúde (2000). *Educação Terapêutica na Diabetes Mellitus*. Lisboa: Direcção Geral de Saúde.
- Molina, J.V. (1996). *Proceso de inadaptação social*. Madrid: Popular.
- Moniz, L. J., & Barros, L. (2005). *Psicologia da doença para cuidados de saúde: desenvolvimento e intervenção*. Porto: Edições Asa.
- Mrus, J.M., Williams, P.L., Tsevat, J., Cohn, S.E., & Wu, A.W. (2005). Gender differences in health-related quality of life in patients with HIV/ AIDS. *Quality of Life Research, 14*(2), 479-491.
- Muro, M. J., Pajuelo, C. G., Calzada, C. S., Urbano, S. C. Rivero, J. L. L., & Jiménez, M. P. (1999). Quality of life and social support in patient with non-complicated acute myocardial infarct. *Revista Española de Cardiologia, 52* (7), 467-474.

Nunes, M. M. (1999). Qualidade de vida e diabetes: influencia das variáveis psicossociais. Dissertação de Mestrado em Psicologia da Saúde não publicada, Instituto Miguel Torga.

Opperman, C.S. & Cassandra, K.A. (2001). *Enfermagem Contemporânea*. Loures: Lusociência.

Ornelas, J. (1994). Suporte Social: origens, conceitos e áreas de intervenção. *Análise Psicológica*, 2/3(12), 333-339

Paikowski, T., Sek, H. (1995). *Quality of life, health experiences and sense of coherence*. In Marín, J. R. (edt). *Health Psychology and Quality of Life Research (77-87)*. 8<sup>th</sup> Annual Conference of the European Health Psychology Society, Vol. I.

Parker, P.A., Baile, W.F., Moor, C., & Cohen, L. (2003). Psychosocial and demographic predictors of quality of life in a large sample of cancer patients. *Psycho- Oncology*, 12(2), 183-193.

Paúl, M.C. (1996). *Psicologia dos idosos: O envelhecimento em meios urbanos*. Braga: Sistemas Humanos e Organizacionais, Lda.

Paúl, M.C. & Fonseca, A.M. (2001). *Psicossociologia da saúde*. Lisboa: Climepsi.

- Perez, I.R., Baño, J.R., Ruz, M.A., Jimenez, A.A., Prados, M.C., Liaño, J.P., et al. (2005). Health-related quality of life of patients with HIV: Impact of sociodemographic, clinical and psychosocial factors. *Quality of Life Research*, *14*, 1301-1310.
- Pasculli, G., Resta, F., Guastamacchia, E., Di Gennaro, L., Suppressa, P., & Sabbà, C. (2004). Health-related quality of life in a rare disease: Hereditary hemorrhagic telangiectasia (HHT) or Rendu-Osler-Weber disease. *Quality of Life Research*, *13*(10), 1715-1723.
- Pestana, M. H., Gageiro, J.N. (2000). *Análise de dados para Ciências Sociais. A complementaridade do SPSS*, 2ª ed. Lisboa. Edições Sílabo.
- Pickup, J., & Williams, G. (1997). *Textbook of diabetes*. Oxford: Blackwell Science.
- Phipps, W., Sands, J., Marek, J. (2003). *Enfermagem médica-cirúrgica. Conceitos e prática clínica*. Loures: Lusociência.
- Pignatelli, D. Carvalho, D. (1990). *ABC da diabetes*. Odivelas: Europress.
- Poinasamy, D. (2004). Diabetes: evaluating the true impact. *Business Briefing: Future Drug Discovery*. [Em linha]. Disponível em

[http://www.bbriefing.com/pdf/855/fdd041\\_9\\_poinasamy.pdf](http://www.bbriefing.com/pdf/855/fdd041_9_poinasamy.pdf). [Consultado em 11/05/2007].

Powers, A.C., Kasper, D.L. et al (2005). *Harison's Principles of Internal Medicine*. MacGraw-Hill. 16<sup>th</sup> edition.USA.

Prause, W., Saletu, B., Tribl, G.G., Rieder, A., Rosenberger, A., Bolitschek, J., et al. (2005). Effects of socio-demographic variables on health-related quality of life determined by the quality of life index – German version. *Human Psychopharmacology*, 20, 359-365.

Ramos, M.P. (2002). *Apoio social e saúde entre idosos*. *Sociologias*, 4 (7), 156-175.

Redekop, W.K., Koopmanschap, M.A., Stolk, R.P., Rutten, G.E., Wolffenbuttel, B.H. & Niessen, L.W. (2002). Health-related quality of life and treatment satisfaction in Dutch patients with type 2 diabetes. *Diabetes care*, 25, 458-463.

Riaño, D. G. (1991). Calidad de vida. Aproximación histórico-conceptual. *Boletín de Psicología*, 30, 55-94.

Ribeiro, J. L. P. (1994). A importância da qualidade de vida para a psicologia da saúde. *Análise Psicológica*, 2/3 (12). 179-191.

Ribeiro, J. L. P. (1998). *Psicologia e Saúde*. Lisboa: ISPA.

- Ribeiro, J. L. (1999). Escala de satisfação com suporte social (ESSS). *Análise Psicológica*, 3 (17), 547-558
- Ribeiro, J. L. P., Meneses, R. F., Meneses, I. & Grupo QDV (1998). Avaliação da qualidade de vida em crianças com diabetes tipo 1. *Análise Psicológica*, 1 (16), 91-100,
- Ribeiro, J. L. P. (2005). *Introdução à psicologia da saúde*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Rijken, M, van Kerkhof, M., Dekker, J., & Schellevis, F.G. (2005). Comorbidity of chronic diseases. *Quality of Life Research*, 14(1), 45-55.
- Rapley, M. (2003). *Quality of life research: a critical introduction*. Great Britain: SAGE Publications.
- Romney, D., Brown, R. & Fry, P. (1994). Improving the quality of life: prescriptions for change. *Social Indicators Research*, 33 (1/3), 237-272.
- Ruas, L. & Ruas, A. (1997). Diagnostico e classificação da diabetes: novos aspectos. *Endocrinologia Metabolismo e Nutrição*, 6 (4), 165-169.
- Santos, S. R., Santos, I. B., Fernandes, M. G. & Henriques, M. E. (2002). Qualidade de vida do idoso na comunidade: aplicação da escala de Flanagan. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 10 (6), 757-764.

- Sarason, I.G. & Sarason, B.R. (1984). Life changes, moderators of stress, and health. In A. Baum, S.E. Taylor, & J.E. Singer (Eds.), *Handbook of psychology and health* (vol. 4) (pp. 279-300). New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
- Sarason, I. G. (1988). Social support, personality, and health. In M. Jenisse (Ed.) *Individual differences, stress and health psychology* (pp. 109-127). New York: Springer-Verlag.
- Sagreira, L. (2002). Diabetes no Idoso. In R. Duarte (Coord.), *Diabetologia Clínica* (pp. 251-262). Lisboa: Lidel.
- Schernthaner G, Hink S, Kopp HP, Muzyka B, Streit G, Kroiss A. (2001). Progress in the characterization of slowly progressive autoimmune diabetes in adult patients (LADA or type 1.5 diabetes). [Em linha]. Disponível em [http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez?cmd=Retrieve&db=PubMed&list\\_uids=11460597&dopt=AbstractPlus](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez?cmd=Retrieve&db=PubMed&list_uids=11460597&dopt=AbstractPlus). [Consultado em 2 de Maio de 2007].
- Schwartzmann, L. (2003). Calidad de vida relacionada con la salud: Aspectos conceptuales. *Ciencia y Enfermería*, 9 (2), 9-21.
- Seidl, E. M. & Zannon, C. M. (2004). Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. *Caderno de Saúde Pública*, 20 (2), 580-588.
- Selby, P. (1992). Measurement of the quality of life: the particular problems of cancer patients. In A. Hopkins (Ed.) *Measures of the quality of life: and the uses to*

*witch such measures may be put.* (pp. 91-104). London: Royal College of Psychicians of London.

Serra, A.V. (2002). *O stress na vida de todos os dias*. Coimbra. Adriano Vaz Serra.

Serra, M.B. (1996). Pé diabético, problema assistencial carenciado no nosso país. In L.M.A. Serra, *O pé diabético e a prevenção da catástrofe* (pp. 14-18). Porto: Associação de Apoio ao Serviço de Endocrinologia do hospital Geral de Santo António e Associação de Apoio ao Serviço de ortopedia do Hospital Geral de Santo António.

Shalock, R. (2000). Three decades of quality of life. *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities, 15*, 116-129.

Silva, I. (2003). *Qualidade de vida e variáveis psicológicas associadas a sequelas de diabetes e sua evolução ao longo do tempo*. Porto: Tese de Doutoramento apresentada à Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto.

Silva, I. (2006). *Psicologia da Diabetes*. Psicologias: série Psicologia e Saúde. Coimbra. Quarteto.

Silva, I. Ribeiro, J., Cardoso, H. (2004). Dificuldade em perceber o lado positivo da vida? Stresse em doentes diabéticos com e sem complicações crónicas da doença. *Análise Psicológica, 3* (22), 597-605.

Silva, I., Ribeiro, J., Cardoso, H., & Ramos, H. (2003). Qualidade de vida e complicações crónicas de diabetes. *Análise Psicológica*, 2 (21), 185-194.

Simões, A., Ferreira, J.A.G.A., Lima, M.P., Pinheiro, M.R.M.M., Vieira, C.M.C., Matos, A.P.M. et al. (2000). O bem-estar subjectivo: estado actual dos conhecimentos. *Psicologia, Educação e Cultura*, 4(2), 243-279.

Sousa, L., Galante, H., & Figueiredo, D. (2003). Qualidade de vida e bem-estar dos idosos: um estudo exploratório na população portuguesa. *Revista de Saúde Pública*, 37 (3), 364-371.

Stroebe, M., & Stroebe, W. (1995). *Psicologia social e saúde*. Lisboa: Instituto Piaget.

The Expert Committee on the Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus. (2000). Report of the Expert Committee on the Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus. *Diabetes Care*, 23, (suppl.1) 4-19.

The Expert Committee on the Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus. (2003). Report of the Expert Committee on the Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus. *Diabetes Care*, 26, (suppl.1) 5-20.

Vásquez, I., Valderrábano, F., Fort, J., Jofre, R., López- Gómez, J.M., & Moreno, F et al. (2005). Psychosocial factors and health-related quality of life in hemodialysis patients. *Quality of Life Research*, 14, 179-190.

- Veenhoven, R. (1991). *Questions on Happiness: classical topics, modern answers, spots*. In Strack, F., Argyle, M., Schwarz, editors. *Subjective Well-Being: Interdisciplinary Perspective*. Oxford: Pergamon Press.
- Vieitez, J. A. & Pedro, A. I. (1995). *Psicología comunitaria, salud y calidad de vida*. (pp. 412-422). Salamanca: Eudema.
- Vinagre, M.M. (2002). Os seus olhos e a diabetes. *Diabetes. Viver em equilibrio*, 24, 6-8.
- Walker, R. Rodgers, J. (2004). *Diabetes – um guia prático para manter a sua saúde*. Lisboa: Civilizações Editores.
- Wensing, M., Vingerhoets, E., & Grol, R. (2001). Functional status, health problems, age and comorbidity in primary care patients. *Quality of Life Research*, 10, 141-148.
- WHO (1998). Global burden of diabetes. [Em linha]. Disponível em <http://www.who.int>. [Consultado a 26 de Abril de 2007].
- WHO (2002). Diabetes Mellitus. [Em linha]. Disponível em de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs138/en/print.html>. [Consultado a 26 de Abril de 2007].
- Widmaier, E., Raff, H., Strang, K. (2006). *Human Physiology*. Lisboa: McGraw-Hill.

Wilson, L. & Cleary, D. D. (1995). Linking clinical variables with health-related quality of life. *Journal of the American Medical Association*, 273, 59-65.

Winefield, H. (1995). *Quality of life in chronic disease*. In J.R. Marín (Ed.) *Health Psychology and Quality of Life Research: 8<sup>th</sup> Annual Conference of the European Health Psychology Society, 1*, (pp.286-303). Spain: Health Psychology Department University of Alicante.

WHOQOL Group. (1993). Study protocol for the world health organization project to develop a quality of life assessment instrument (WHOQOL). *Quality of Life Research*. Vol.2 p.153-159.

Wortman, C. & Dunkel-Schetter, C. (1987). *Conceptual and methodological issues in the study of social support*. Handbook of psychology and health: Stress (pp. 68-70). London: Lawrence Erlbaum Associates.

**ANEXOS**

**Anexo A**

Questionário Sócio-demográfico e Clínico

Nº do Processo: \_\_\_\_\_

## Apoio Social e Qualidade De Vida em doentes com diabetes

Nas questões que se seguem, assinale com uma cruz (☒) a resposta que lhe parecer mais adequada à sua situação:

**Idade:** 15 – 24 anos  25 – 34 anos   
35 – 44 anos  45 – 54 anos   
55 – 64 anos  65 – 74 anos   
75 – 84 anos  85 – 94 anos

**Data de Nascimento:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Sexo:** Masculino  Feminino

**Estado Civil:** Solteiro(a)   
Casado(a)   
União de Facto   
Separado(a)   
Divorciado(a)   
Viúvo(a)

**Habilitações Literárias:** Não sabe ler nem escrever   
Sabe ler e/ou escrever   
1º - 4º Ano   
5º - 6º Ano   
7º - 9º Ano   
10º - 12º Ano   
Estudos Universitários   
Formação pós-graduada

**Profissão:** \_\_\_\_\_

**Residência:** Meio urbano

Meio rural

**Tempo de Diagnóstico:** \_\_\_\_\_ anos

**Outras doenças:**

Não

Sim  (Quais?) \_\_\_\_\_

**Tipo de Diabetes:** Diabetes Mellitus tipo 1

Diabetes Mellitus tipo 2

### Antecedentes Familiares

**Tenho, na família, pessoas com diabetes:** Sim

Não

### Vigilância da Diabetes

**Costumo ir sempre às consultas de rotina:** Sim

Não

**Nas consultas, costumo esclarecer todas as minhas dúvidas:** Sim

Não

**Anexo 2**

ESSS (Escala de Satisfação com o Suporte Social)

## SATISFAÇÃO SOCIAL (ESSS)

A SEGUIR VAI ENCONTRAR VÁRIAS AFIRMAÇÕES, SEGUIDAS DE CINCO LETRAS. MARQUE UM CÍRCULO À VOLTA DA LETRA QUE MELHOR QUALIFICA A SUA FORMA DE PENSAR. POR EXEMPLO, NA PRIMEIRA AFIRMAÇÃO, SE VOCÊ PENSA QUASE SEMPRE QUE POR VEZES SE SENTE SÓ NO MUNDO E SEM APOIO, DEVERÁ ASSINALAR A LETRA **A**, SE ACHA QUE NUNCA PENSA ISSO DEVERÁ MARCAR A LETRA **E**.

|  | Concordo totalmente | Concordo na maior parte | Não concordo nem discordo | Discordo na maior parte | Discordo totalmente |
|--|---------------------|-------------------------|---------------------------|-------------------------|---------------------|
| 1-Por vezes sinto-me só no mundo e sem apoio   | A                   | B                       | C                         | D                       | E                   |
| 2-Não saio com amigos tantas vezes quantas eu gostaria   | A                   | B                       | C                         | D                       | E                   |
| 3-Os amigos não me procuram tantas vezes quantas eu gostaria   | A                   | B                       | C                         | D                       | E                   |
| 4-Quando preciso de desabafar com alguém encontro facilmente amigos com quem o fazer   | A                   | B                       | C                         | D                       | E                   |
| 5-Mesmo nas situações mais embaraçosas, se precisar de apoio de emergência tenho várias pessoas a quem posso recorrer        | A                   | B                       | C                         | D                       | E                   |
| 6-Às vezes sinto falta de alguém verdadeiramente íntimo que me compreenda e com quem possa desabafar sobre coisas íntimas    | A                   | B                       | C                         | D                       | E                   |
| 7-Sinto falta de actividades sociais que me satisfaçam   | A                   | B                       | C                         | D                       | E                   |
| 8-Gostava de participar mais em actividades de organizações (p.ex. clubes desportivos, escuteiros, partidos políticos, etc.) | A                   | B                       | C                         | D                       | E                   |
| 9-Estou satisfeito com a forma como me relaciono com a minha família   | A                   | B                       | C                         | D                       | E                   |
| 10-Estou satisfeito com a quantidade de tempo que passo com a minha família  | A                   | B                       | C                         | D                       | E                   |
| 11-Estou satisfeito com o que faço em conjunto com a minha família   | A                   | B                       | C                         | D                       | E                   |
| 12-Estou satisfeito com a quantidade de amigos que tenho   | A                   | B                       | C                         | D                       | E                   |
| 13-Estou satisfeito com a quantidade de tempo que passo com os meus amigos   | A                   | B                       | C                         | D                       | E                   |
| 14-Estou satisfeito com as actividades e coisas que faço com o meu grupo de amigos   | A                   | B                       | C                         | D                       | E                   |
| 15-Estou satisfeito com o tipo de amigos que tenho   | A                   | B                       | C                         | D                       | E                   |

**OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO**

**Anexo 3**

WHOQOL-Bref (World Health Organization Quality of Life – Short Version)

# WHOQOL-BREF



**ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE**

**FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA**

Coordenador: Prof. Doutor Adriano Vaz Serra (adrianovs@netvisao.pt)



**FACULDADE DE PSICOLOGIA E DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA**

Coordenadora: Prof. Doutora Maria Cristina Canavarro (mccanavarro@fpce.uc.pt)

|                  | Equações para calcular a pontuação dos domínios  | Resultados | Resultados transformados |       |
|------------------|--|------------|--------------------------|-------|
|                  |  |            | 4-20                     | 0-100 |
| <b>Domínio 1</b> | $(6-Q3) + (6-Q4) + Q10 + Q15 + Q16 + Q17 + Q18$<br><input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> |            |                          |       |
| <b>Domínio 2</b> | $Q5 + Q6 + Q7 + Q11 + Q19 + (6-Q26)$<br><input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/>  |            |                          |       |
| <b>Domínio 3</b> | $Q20 + Q21 + Q22$<br><input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/>  |            |                          |       |
| <b>Domínio 4</b> | $Q8 + Q9 + Q12 + Q13 + Q14 + Q23 + Q24 + Q25$<br><input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/>   |            |                          |       |

## DADOS PESSOAIS

**A1** Idade  anos

**A2** Data de Nascimento  /  /

**A3** Sexo  Masculino  
 Feminino

|                        |                                       |                          |
|------------------------|---------------------------------------|--------------------------|
| <b>A4</b> Escolaridade | Não sabe ler nem escrever             | <input type="checkbox"/> |
|                        | Sabe ler e/ou escrever                | <input type="checkbox"/> |
|                        | 1 <sup>o</sup> -4 <sup>o</sup> anos   | <input type="checkbox"/> |
|                        | 5 <sup>o</sup> -6 <sup>o</sup> anos   | <input type="checkbox"/> |
|                        | 7 <sup>o</sup> -9 <sup>o</sup> anos   | <input type="checkbox"/> |
|                        | 10 <sup>o</sup> -12 <sup>o</sup> anos | <input type="checkbox"/> |
|                        | Estudos Universitários                | <input type="checkbox"/> |
| Formação pós-graduada  | <input type="checkbox"/>              |                          |

**A5** Profissão

**A6.1** Freguesia

**A6.2** Concelho

**A6.3** Distrito

|                        |                |                          |
|------------------------|----------------|--------------------------|
| <b>A7</b> Estado Civil | Solteiro(a)    | <input type="checkbox"/> |
|                        | Casado(a)      | <input type="checkbox"/> |
|                        | União de facto | <input type="checkbox"/> |
|                        | Separado(a)    | <input type="checkbox"/> |
|                        | Divorciado(a)  | <input type="checkbox"/> |
|                        | Viúvo(a)       | <input type="checkbox"/> |

**B1a** Está actualmente doente? Sim  Não

**B1b** Que doença é que tem?

**B2** Há quanto tempo?

**B3** Regime de tratamento? Internamento  Consulta Externa  Sem tratamento

### C. Forma de administração do questionário

1. Auto-administrado
2. Assistido pelo entrevistador
3. Administrado pelo entrevistador

### D. Tem alguns comentários a fazer a este estudo?

---

---

---

---

---

OBRIGADO PELA SUA AJUDA!

## Instruções

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**Anexo 4**

Pedido de Autorização ao Director do Centro de Saúde de Lamego

Exmo. Sr. Director do  
Centro de Saúde de Lamego  
Dr. Sérgio Taveira

Lamego, Janeiro de 2007

Assunto: Pedido de autorização para aplicação de um questionário no âmbito da Monografia.

Eu, José Pedro Gonçalves dos Reis, aluno número 7286 do 5º ano do Curso de Licenciatura em Psicologia ramo Clínica, da Universidade Fernando Pessoa, Porto estou a desenvolver um estudo subordinado ao tema: “Apoio Social e Qualidade de Vida em doentes com diabetes” no âmbito da minha Monografia.

Neste contexto, venho por este meio solicitar a Vossa Excelência, autorização para a administração de um questionário (que se encontra em anexo) aos doentes diabéticos que frequentam as consultas de diabetes no Centro de Saúde de Lamego, com a finalidade de recolha de informação indispensável ao referido estudo.

Comprometo-me a respeitar as normas éticas em vigor.

Sem mais assunto de momento, apresento-lhe os meus cumprimentos e aproveito para agradecer a atenção dispensada ao deferimento do pedido.

Lamego, Janeiro, 2007

Respeitosamente:

O Aluno:

**Anexo 5**

Pedido de Autorização à Enfermeira Chefe do Centro de Saúde de Lamego

Exma. Sra.  
Enfermeira Chefe  
Maria Madalena Coutinho

Assunto: Pedido de autorização para aplicação de um questionário no âmbito da Monografia.

Eu, José Pedro Gonçalves dos Reis, aluno número 7286 do 5º ano do Curso de Licenciatura em Psicologia ramo Clínica, da Universidade Fernando Pessoa, Porto encontro-me a desenvolver um estudo subordinado ao tema: “Apoio Social e Qualidade de Vida em doentes com diabetes” no âmbito da minha Monografia.

Neste contexto, venho por este meio solicitar a Vossa Excelência, autorização para a administração de um questionário (que se encontra em anexo) aos doentes diabéticos que frequentam as consultas de diabetes no Centro de Saúde de Lamego, com a finalidade de recolha de informação indispensável ao referido estudo.

Comprometo-me a respeitar as normas éticas em vigor na vossa instituição.

Sem mais assunto de momento, apresento-lhe os meus cumprimentos e aproveito para agradecer a atenção dispensada ao deferimento do pedido.

Lamego, Fevereiro, 2007

Respeitosamente,

O aluno

---

**Anexo 6**

Pedido de autorização para a administração do WHOQOL-Bref

Isabel Silva  
Universidade Fernando Pessoa  
Praça 9 de Abril, 349  
4249-004 Porto

Prof. Doutora Cristina Canavarro  
FPCE-UC

Exm.<sup>a</sup> Sr.<sup>a</sup> Professora,

Venho por este meio solicitar autorização para a utilização da WHOQOL-bref num estudo de monografia de licenciatura desenvolvido pelo aluno José Pedro Reis, intitulado “Apoio social e qualidade de vida em doentes diabéticos”.

Se for autorizada essa administração, agradecia o envio da referida escala, assim como das instruções para a sua cotação.

Grata pela atenção.

Com os melhores cumprimentos,

Isabel Silva

**Anexo 7**

Autorização para administração da ESSS

pedro reis para jlpr [mostrar detalhes](#) 12 mar [Responder](#)

[Responder a todos](#) [Encaminhar](#) [Imprimir](#) [Adicionar pedro à lista de contatos](#)

o. Sr.

José Luis Pais Ribeiro, o meu nome é Pedro Reis, sou aluno do último ano do curso de Psicologia na Universidade Fernando Pessoa. Gostaria de realizar a minha monografia sob orientação da Dra. Isabel Silva. O meu trabalho é subordinado ao Suporte Social e Qualidade de Vida de doentes diabéticos em Lamego, cidade da qual sou natural. Gostaria de obter resposta o mais rapidamente possível pois necessito de realizar a administração da referida escala. Gostaria de obter a sua disponibilidade para me autorizar a administração.

Com os melhores cumprimentos,

Pedro Reis

[Responder](#) [Encaminhar](#)

## Pedido de Autorização de administração da ESSS Caixa de entrada

[Responder](#)

[Responder a todos](#) [Encaminhar](#)



de José Luis Pais Ribeiro <jlpr@fpce.up.pt>

[ocultar](#) 12  
[detalhes](#) mar

para pedro reis <pedro81reis@gmail.com>

data 12/03/2007 13:48

assunto Re: Pedido de Autorização de administração da ESSS

Autorizo a utilização da escala pedida abaixo.

José Luis Pais Ribeiro  
[jlpr@fpce.up.pt](mailto:jlpr@fpce.up.pt)  
mobile/cell phone-(351) 965045590  
[www.fpce.up.pt/docentes/paisribeiro/index.htm](http://www.fpce.up.pt/docentes/paisribeiro/index.htm)  
<http://paisribeiro.googlepages.com/home>

enviado por fpce.up.pt