

Qualidade de Vida de Indivíduos com Tuberculose
Pulmonar em Tratamento Ambulatório

Alice Sofia de Campos Carvalho Furtado de Antas

Universidade Fernando Pessoa

Porto, 2007

Qualidade de Vida de Indivíduos com Tuberculose
Pulmonar em Tratamento Ambulatório

Alice Sofia de Campos Carvalho Furtado de Antas

Universidade Fernando Pessoa

Porto, 2007

Qualidade de Vida de Indivíduos com Tuberculose
Pulmonar em Tratamento Ambulatório

Alice Sofia de Campos Carvalho Furtado de Antas

Sob a orientação da Prof. Doutora Rute F. Meneses

“Dissertação apresentada à Universidade Fernando Pessoa como parte dos
requisitos para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia da Saúde e
Intervenção Comunitária”.

Resumo

A Tuberculose Pulmonar (TP) constitui-se, ainda hoje, como um dos problemas de saúde pública mundialmente mais descurados. Este estudo teve como objectivos avaliar a percepção de Qualidade de Vida (QDV) e a sua relação com variáveis sócio-demográficas, clínicas e psicossociais (Ansiedade, Depressão, Afecto Negativo e Satisfação com o Suporte Social) em indivíduos em tratamento ambulatorio para a TP. Para o efeito, foram aplicados um Questionário Sócio-Demográfico, um Questionário Clínico, o Questionário SF-36 versão 1.0, um Módulo específico para a avaliação da QDV na TP (criado propositadamente para o estudo), a Hospital Anxiety and Depression Scale e a Escala de Satisfação com o Suporte Social, a uma amostra de 95 doentes, pela primeira vez a realizar tratamento nos Centros de Diagnóstico Pneumológico do Porto e de Vila Nova de Gaia. Estes tinham idades compreendidas entre os 21 e os 65 anos ($M=41,60$; $DP=13,72$), sendo 57 (60%) do sexo masculino. Os valores obtidos sugerem uma baixa QDV, a presença de sintomatologia afectiva clinicamente significativa, bem como níveis médios de satisfação com o suporte social na amostra estudada. Os indivíduos do sexo masculino apresentaram estatisticamente melhor QDV em termos de Desempenho Emocional. A idade correlacionou-se de modo estatisticamente significativo com todos os indicadores de QDV, à excepção da Dor Corporal. Os indivíduos com TP e patologias associadas apresentaram uma QDV estatisticamente inferior em termos de Desempenho Emocional e Dor Corporal. Verificaram-se correlações estatisticamente significativas entre todos os indicadores de QDV (à excepção da Dor Corporal) e todos os indicadores psicossociais do estudo, sendo que quanto maior a Ansiedade, Depressão e Afecto Negativo e menor a Satisfação com o Suporte Social pior QDV. Verificou-se, ainda, que Satisfação Global com o Suporte Social e a Depressão foram os melhores preditores da QDV, nomeadamente ao nível da Saúde Mental, Saúde Geral, Função Social e Vitalidade. De futuro, urge conhecer melhor as relações de causalidade entre os indicadores considerados, uma vez que as relações constatadas, a ser replicadas e aprofundadas, poderão ter consequências consideráveis ao nível da prevenção e tratamento biopsicossocial da TP.

Palavras-chave: Tuberculose Pulmonar, Qualidade de Vida, Ansiedade, Depressão, Afecto Negativo, Satisfação com o Suporte Social.

Résumé

La Tuberculose des Poumons (TP) est, aussi, aujourd'hui un des problèmes les plus négligés de la santé publique mondiale. Cet étude a eu le but de évaluer la perception de la Qualité de Vie (QDV) et son rapport avec les variables socio-démographiques, cliniques et psychosociaux (l'Anxiété, la Dépression, l'Affect Négatif e la Satisfaction avec le Support Social), des individus en thérapeutique ambulatoire pour la TP. On a appliqué un Questionnaire Socio-démographique, un Questionnaire Clinique, le Questionnaire SF-36 version 1.0, un Module spécifique pour l'évaluation de la QDV (créé exprès pour cet étude), le Hospital Anxiety and Depression Scale et le Satisfaction with Social Support Scale, à un échantillon de 95 malades, en thérapeutique pour la première fois dans deux Centres de Diagnostique Pneumologique, à Porto et à Vila Nova de Gaia. Dont 57 participants (60%) du sexe masculin, âgés entre les 21 et les 65 ans ($M=41,60$; $DP=13,72$). Les résultats de ces questionnaires ont montré une petite QDV des malades, la présence de la symptomatologie affectif cliniquement significatif et un niveau médian de la Satisfaction avec le Support Social. Les participants du sexe masculin ont présenté statistiquement meilleur QDV dans des termes de la Performance Émotionnelle. L'âge a montré des rapports significatifs dans l'aspect de la statistique avec tous les indicateurs de QDV (à l'exception de la Douleur Corporel). Les participants avec TP et pathologies associées ont montré une QDV inférieure dans des termes de la Performance Émotionnelle et de la Douleur Corporel. On a vérifié, aussi, l'existence des rapports positifs et significatifs dans l'aspect de la statistique entre tous les indicateurs de QDV (à l'exception de la Douleur Corporel) et tous les différents indicateurs psychosociaux de l'étude, dans que avec symptomatologie négatif significatif et petite Satisfaction avec le Support social on a vérifié pire QDV. On a aussi vérifié que la Satisfaction Globale avec le Support Social et la Dépression ont été les meilleures prédictions pour la QDV, surtout au niveau de la Santé Mentale, la Santé Générale, la Fonction Sociale et la Vitalité. Finalement il faut approfondir la connaissance du rapport entre la QDV et les variables psychosociaux, en attendant la causalité pour la prévention et la thérapeutique biopsychosociaux de la TP.

Mots-clés : Tuberculose des Poumons, Qualité de Vie, Anxiété, Dépression, Affect Négatif, Satisfaction avec le Support Social.

Abstract

Pulmonary Tuberculosis (PT) is still nowadays one of the most neglected public health problems. This study had as its main goals to evaluate the perception of Quality of Life (QOL) and its relation with social-demographic, clinical and psicossocial variables Anxiety, Depression, Negative Affect and Satisfaction Social Support in PT outpatients. For that, a socio-demographic questionnaire, a clinical questionnaire, the SF-36 version 1.0 Health Survey, a specific module to evaluate QOL in PT, the Hospital Anxiety and Depression Scale, and the Satisfaction with Social Support Scale were administered to 95 patients that were being treated for TP for the first time in two Clinics of Pneumological Diagnosis in Oporto and Vila Nova de Gaia. Of these patients, 57 (60%) were male, with ages between 21 and 65 ($M=41,60$; $DP=13,72$). The results suggest a low QOL, the presence of clinically significant affective sintomathology, and median Satisfaction with Social Support. Male patients showed statistically better QOL especially in Role Limitations due to Emocional Problems. Age was correlated with all QOL's domains at the exception of Bodily Pain. Participants with associated diseases to TP showed statistically lower QOL in terms of Role Limitations due to emotional problems and Bodily Pain. Results showed statistically significant correlations between all SF-36 dimensions (with the exception of Bodily Pain) and all the psicossocial variables assessed. Results also showed that significant affective sintomathology and median satisfaction with social support suggest lower QOL. Global Satisfaction with Social Support and Depression were the best predictors of QOL, concerning Mental Health, General Health, Social Functioning and Vitality. It is important to know better the causality relations between all indicators considered since this kind of findings could be used in the context of TP's prevention and biopsicossocial treatment.

Key-Words: Pulmonary Tuberculosis, Quality of Life, Anxiety, Depression, Negative Affect, Satisfaction with Social Support.

Agradecimentos

À minha orientadora de Mestrado, Prof. Doutora Rute Meneses, pelo profissionalismo, apoio e disponibilidade demonstrados...

Ao Dr. Coutinho, responsável pela Tuberculose na Sub-Região de Saúde do Porto pela simpatia e colaboração e a toda equipa do CDP Porto, em especial à D. Guilhermina...

À Dra. Aurora Carvalho, responsável pelo CDP Vila Nova de Gaia pela receptividade e prontidão e a toda a equipa do CDP Vila Nova de Gaia, em especial às Enfermeiras Valda e Ana Corina pela cordialidade, interesse e eficácia demonstrados...

Aos doentes com Tuberculose Pulmonar (sem os quais não poderia ter sido realizado este estudo!) pela simpatia, prontidão e generosidade...

Aos meus familiares e amigos (sabem quem são!)

...Enfim....

A todos que fizeram com que este trabalho fosse possível o meu muito OBRIGADA!

Lista de Abreviaturas

- APA** – American Psychiatric Association
- BCG**- Bacilo de Calmette-Guérin
- CDP** – Centro Diagnóstico Pneumológico
- DASS**- Depression Anxiety & Stress Scales
- DGS** – Direcção Geral de Saúde
- DOTS** - Direct Observed Therapy Short Course Treatment
- DSM-IV-TR** – Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - Fourth Edition-
Text-Review
- EMAS** - Ender Multidimensional Anxiety Scales
- ES**- Estado de Saúde
- ESSS** - Escala de Satisfação com o Suporte Social
- HADS** – Hospital Anxiety and Depression Scale
- HRQOL/HRQL**- Health Related Quality of Life
- LQQ**- Life Quality Questionnaire-100
- MACL** - Mood Adjective Check List
- MASQ** - Mood and Anxiety Symptom Questionnaire
- MLHFQ** - Minnesota Life Heart Failure Questionnaire
- MT** - Mycobacterium Tuberculosis
- OMS** – Organização Mundial de Saúde
- PANAS-X**- Positive and Negative Affect Schedule – Expanded Form
- PCR**- Polymerase Chain Reaction
- PPD**- Proteína purificada
- QDV** – Qualidade de Vida
- QDVRS** – Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde
- QOL**- Quality of Life
- RHZ** - Rifampicina (R), Isoniazida (H), e Pirazinamida (Z)
- SF-36** - (Medical Outcomes Study) Short Form-36
- SIDA**- Síndrome de ImunoDeficiência Adquirida
- SIP**- Sickness Impact Profile
- SNA** - Sistema Nervoso Autónomo

SNC - Sistema Nervoso Central

TB - Tuberculose

TCC - Terapia Cognitiva-Comportamental

TOD – Toma Observada Directamente

TP – Tuberculose Pulmonar

VIH- Vírus da Imunodeficiência Humana

ÍNDICE GERAL

Introdução	1
1. Tuberculose Pulmonar	3
1.1. Caracterização da doença.....	3
1.2. Diagnóstico e tratamento da doença.....	9
2. Variáveis Psicossociais na Tuberculose Pulmonar	14
2.1. Ansiedade, Depressão e Afecto Negativo	17
2.2. Suporte Social	28
3. Qualidade de Vida	35
3.1. O conceito de Qualidade de Vida	35
3.2. Qualidade de Vida na Tuberculose Pulmonar.....	42
4. Contributo Empírico	52
4.1. Objectivos e Variáveis do Estudo	52
4.2. Método	53
4.2.1. Participantes	53
4.2.2. Material	58
4.2.3. Procedimento	62
4.3. Resultados	65
4.3.1. Caracterização psicossocial da amostra.....	65
4.3.2. Relação entre as variáveis sócio-demográficas, clínicas e a Qualidade de Vida.....	70
4.3.3. Relação entre as variáveis psicossociais e a Qualidade de Vida.....	72
4.4. Discussão dos resultados	77
Conclusão	86

Referências bibliográficas	90
Anexos	115
Anexo A - Questionário Sócio-Demográfico.....	115
Anexo B- Questionário Clínico.....	116
Anexo C - Questionário de Qualidade de Vida (SF-36 v.1.).....	118
Anexo D- Módulo Específico para a Qualidade de Vida na Tuberculose Pulmonar	122
Anexo E – Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS).....	124
Anexo F- Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS).....	125
Anexo G- Consentimento Informado.....	126

Introdução

A Tuberculose (TB) foi considerada um problema de saúde global pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 1974, sendo declarada como uma emergência mundial (Chandrasekhar, 1988). Passadas três décadas, a situação permanece como um dos problemas de saúde mais descuidados, constituindo-se numa ameaça de epidemia emergente e sem controlo em várias partes do mundo (Chadha, 1997; Jagota, 1999; Preetish, Chadha, Kumar, Jaganatha, & Uma Devi, 2004).

A Tuberculose Pulmonar (TP)¹ apresenta-se como um problema de saúde pública mundial, estando previsto ser a causa de morte de 14 milhões de pessoas até 2015, infectando mais de 8 biliões de pessoas (OMS, 2006b). As zonas mais preocupantes continuam a ser os países subdesenvolvidos, nomeadamente, africanos e alguns asiáticos, no entanto, em Portugal o número de casos continua a ser preocupante, sendo o país da Europa Ocidental com maior número de casos registados (Direcção Geral de Saúde [DGS], 2006a, 2006b).

Efectivamente, em Portugal a TP tem vindo a alastrar-se, sendo reconhecida como um grave problema de saúde pública, pelo que os profissionais de saúde alertam para a necessidade de se desenvolver um planeamento que vise uma redução rápida da sua crescente incidência (DGS, 2006a). Torna-se fundamental proceder ao rastreio das populações de risco (p.e., toxicodependente, seropositiva), definindo claramente os alvos imediatos da intervenção e os meios adequados para o fazer (Murray, 2004).

A TB é apontada como uma preocupação de todos os profissionais de saúde, que apontam o rápido diagnóstico como medida essencial no controlo da doença em termos de impacto na saúde pública (Menezes et al., 2006). Ao mesmo tempo, realça-se a importância do cumprimento da terapêutica, sob o risco de se criarem resistência aos

¹ Assiste-se frequentemente na literatura à utilização exclusiva do termo Tuberculose (TB) na medida em que engloba todas as formas da doença. No entanto, a maioria das investigações que recorrem à expressão TB referem-se à forma pulmonar (TP). Verifica-se, assim, a alternância da expressão TB e TP ao longo da dissertação.

antibacilares, comprometendo-se a possibilidade de cura (DGS, 2006a).

Progressivamente, o estudo de factores biopsicossociais nas doenças respiratórias crónicas tem vindo a crescer, destacando-se o papel destas variáveis no sucesso terapêutico (Buchi et al., 1997; Dellborg et al., 2002).

Com o presente estudo pretende-se avaliar a percepção de Qualidade de Vida (QDV) de indivíduos com TP em tratamento ambulatório, clarificando-se a relação entre QDV e variáveis sócio-demográficas, clínicas e psicossociais (Depressão, Ansiedade, Afecto Negativo e Satisfação com o Suporte Social).

Procura-se com esta investigação contribuir para fomentar o interesse pela consideração da perspectiva do doente, constituindo-se a avaliação da QDV como um elemento-chave.

Numa primeira parte, procede-se à apresentação da síntese da revisão da literatura efectuada, desenvolvendo-se o enquadramento teórico do estudo empírico, focando a patologia e as variáveis a abordar. Mais especificamente, caracteriza-se a patologia, algumas das variáveis psicossociais associadas à TP e, por fim, a QDV. Posteriormente, segue-se a apresentação da investigação empírica com a exploração do método (participantes, material e procedimento), resultados e sua discussão. Após a conclusão, apresentam-se as referências bibliográficas e os anexos.

1. Tuberculose Pulmonar

1.1. Caracterização da doença

A TB é uma doença infecto-contagiosa causada por um microorganismo (bactéria) denominado de *Mycobacterium Tuberculosis* (MT), igualmente conhecido por bacilo de Koch (Heldal et al., 2003; Mahadev & Balasangameshwara, 1995; Menezes et al., 2006; Murray, 2004). A TB é uma infecção que pode afectar os pulmões, mas também ocorrer noutros órgãos do corpo, sendo frequentemente associada a áreas fragilizadas pela pobreza, promiscuidade, desnutrição e condições de higiene pessoal e pública deficitárias (Chadha, 1997). No entanto, a localização pulmonar é a sua forma mais frequente (Menezes et al., 2006).

Por sua vez, a TP é uma infecção que afecta, essencialmente, os pulmões, estando-lhe associada sinais e sintomas como tosse persistente (com ou sem produção de expectoração), febre, sudação excessiva, perda de peso, de apetite, sensação de fraqueza e redução de vitalidade (Murray, 2004). A TP constituiu-se num dos problemas de saúde pública mais graves, principalmente nos países subdesenvolvidos, com o recrudescimento da doença e com o aparecimento do Síndrome de ImunoDeficiência Adquirida (SIDA) (Chadha, 1997; Menezes et al., 2006; Mahadev & Balasangameshwara, 1995). No entanto, a preocupação alastra-se aos países desenvolvidos, nas áreas mais debilitadas economicamente, demonstrando taxas de adoecimento muito altas, relacionadas com a má alimentação e condições habitacionais deficientes, facilitando a propagação da doença (Menezes et al., 2006).

A transmissão da TP é feita por via aerógena, através da eliminação de partículas (aerossóis) contaminadas, contendo um a quatro bacilos (Menezes et al., 2006). Assim, o contágio propaga-se pela via inalatória através de gotículas contaminadas, sendo que após a transmissão do bacilo de Koch poderão ocorrer várias situações, dependendo das condições ambientais e das características intrínsecas dos indivíduos (Crofton, Horne, & Miller, 1992; Heldal et al., 2003; Menezes et al., 2006). Assim, poderá ocorrer a natural eliminação do bacilo; o desenvolvimento deste, sem causar doença; o desenvolvimento da

doença (tuberculose primária) e/ou, a activação da doença após vários anos da infecção (tuberculose pós-primária, por reactivação endógena) (Heldal et al., 2003).

O grau de contágio da infecção depende da extensão da doença - a presença de cavernas ou lesões extensas nas cavidades pulmonares (lesões cavitadas), libertação de secreções respiratórias (não protecção da boca e nariz sempre aquando de tosse e espirros), condições ambientais (locais pouco ventilados e com pouca luz), e tempo de exposição do indivíduo são relativamente ao doente (DGS, 2006b). Assim, quanto mais intenso for o contacto do doente com outras pessoas, maior é a possibilidade de serem contaminadas. Ao ser inalado, o bacilo permanece inactivo, começando a multiplicar-se num espaço de três dias, dobrando a população bacilar de 18 em 18 horas, pelo que a imunidade da pessoa contagiada depende, sobretudo, da resistência natural, mais concretamente da resposta imune celular (Menezes et al., 2006).

Está-se perante uma infecção quando o bacilo atinge os alvéolos pulmonares e vai, progressivamente, expandindo para os nódulos linfáticos e para outros tecidos do corpo, através da corrente sanguínea (Crofton et al., 1992). De acordo com estes autores, a resposta imunológica processa-se através da formação de granulomas - a formação de nódulos de tuberculose, e de pequenas lesões, “tubérculos”, que conferem o nome à doença. Aquando de resposta insuficiente por parte do sistema imunológico, verifica-se a multiplicação da bactéria, constatando-se a progressão de infecção e doença (aquando de infecção primária, ou reactivação). Para Menezes et al. (2006), após contacto e infecção apenas 5% das pessoas desenvolve evolução da doença, e as restantes 95% permanecem infectadas, embora assintomáticas. Os indivíduos que apresentarem diminuição ou queda da resposta imunológica poderão reactivar os bacilos “dormentes” e, desta forma, adoecer.

Aspectos acumulados de desgaste físico e emocional, ou situações de desgaste ou depressão auto-imune são frequentemente associados ao desenvolvimento da TP (Chadha, 1997; Crofton et al., 1992). A concepção da acumulação biológica de emoções e/ou doenças que não se manifestaram anteriormente é recorrente e explicativa da origem da doença (Costa, Gonçalves, & Menezes, 1999). Neste sentido, a doença poderá ser

resultante da interacção de factores naturais, mas também do comportamento do indivíduo (Joyce-Moniz & Barros, 2005). Salabarría-Pena et al. (2001) apontam a concordância em circunstâncias sócio-demográficas de risco para o desenvolvimento de TP, dentro os quais se destaca a baixa escolaridade, precariedade profissional, comportamentos criminais, associação a grupos ou *gangs*. Os autores destacam ainda, comportamentos desviantes como alcoolismo, tabagismo, consumo de substâncias aditivas ilícitas associados ao desenvolvimento da doença.

Infecção Nosocomial. A transmissão do MT é um risco presente não só para o público em geral, mas especificamente para os utentes das Unidades de Saúde e para os profissionais de saúde. Trata-se de tuberculose profissional, ou seja, contraída no local de trabalho derivada não só das características da doença infecto-contagiosa, mas também do fracasso de medidas de protecção (DGS, 2006b; OMS, 2006b). Deste modo, as condições ambientais nos hospitais propiciam um risco permanente para os profissionais de saúde, realçando-se os pequenos espaços (e não ventilados) próximos de doentes em fase de contágio. Para a DGS (2006b), é fundamental o desenvolvimento de medidas de controlo de transmissão da doença, destacando-se a ventilação adequada de espaços propensos a contágio; a instalação de doentes em quartos individuais de isolamento sujeitos a pressão negativa; e o uso de máscaras obrigatório nos quartos de isolamento e nas salas onde realizam os exames.

A preocupação com a transmissão de TP em unidades de saúde começa, progressivamente, a crescer: veja-se o estudo de Nakanishi et al. (2002) realizado num hospital universitário. Os autores concluíram haver pouca informação e pouca aplicação de medidas de controlo sobre o risco de transmissão de TP entre os profissionais, apesar da preocupação demonstrada no seio hospitalar.

A TP é considerada como uma infecção nosocomial ou “oportunista”, afectando grande número de pacientes hospitalares, destacando-se os pacientes em estado mais vulnerável e os idosos (Nakanishi et al., 2002). Stolley e Buckwalter (1991), referem o problema da transmissão das infecções através da via paciente-cuidador e vice-versa,

apontando a responsabilidade aos profissionais pela falta escrupulosa de rotinas de desinfecção.

Situação epidemiológica. A TB mata actualmente, 2 milhões de pessoas em todo o mundo (OMS, 2006b). Em 2005, Portugal registou uma descida na casuística, embora persista em ser o país da Europa Ocidental com maior incidência de casos (DGS, 2006a). Apesar das fontes estatísticas registarem uma descida de novos casos de TB em Portugal, no ano passado, foram, igualmente, notificados 3,511 novos casos e 271 casos recorrentes (recidiva, por reincidência e/ou interrupção de tratamento). De acordo com a DGS (2006a), a situação mais preocupante constata-se nos distritos do Porto, Lisboa e Setúbal, com valores superiores a 40 casos por 100 mil habitantes. O declínio da doença não tem vindo a constatar-se devido aos factores de risco (como o alcoolismo e tabagismo, toxicoddependência), coincidindo com o aumento da resistência à terapia farmacológica (DGS, 2006a).

Presentemente, em Portugal, a TP constitui-se como um problema de saúde pública, com a proliferação de casos na população toxicoddependente e seropositiva, assistindo-se à emergência de variantes de bacilos de Koch resistentes aos anti-bacilares (Antunes & Fonseca-Antunes, 1996). Actualmente, a percentagem de casos de TP associados à toxicoddependência é de 20% e de 15% nos casos de associação ao Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH); desde o seu aparecimento, no início na década de 80 (do século XX), o VIH constituiu-se como um dos principais factores de risco para o desenvolvimento da TP (Chadha, 1997; Oliveira & Filho, 2000).

São assinaladas como causas principais para a proliferação da doença a desigualdade social, o aparecimento da SIDA, o envelhecimento da população e os movimentos migratórios (Menezes et al., 2006). Estudos comprovam esta asserção, apontando para uma relação entre factores sócio-demográficos e proliferação de novos casos de TP, destacando-se as condições de pobreza, mal-nutrição (Chadha, 1997), baixa escolaridade, abandono e insucesso escolar (Salabarría-Pena et al., 2001).

Para a OMS (2006b) constata-se que o aumento do número de casos da doença se torna persistente com a idade, constatando-se maiores taxas de TP num grupo etário mais elevado, a partir dos 64 anos. De acordo com a OMS (2006b), as taxas de TP são idênticas nos dois sexos até ao grupo etário 15-24 anos, a partir do qual, se começa a verificar um aumento da incidência nos homens que, por sua vez, se torna no dobro de casos de mulheres.

Apesar da TB ser conhecida há muitos anos continua a ser causa de morte entre os adultos (Chadha, 1997; Mahadev & Balasangameshwara, 1995; Murray, 2004). Na terceira idade o diagnóstico de TB não é fácil, devido a uma “queda” natural da imunidade, podendo adquirir forma generalizada; o tratamento da TB torna-se mais complexo (Menezes et al., 2006).

Representação social da doença. Costa et al. (1999) defendem que a TB não deve ser apenas concebida à luz de um pressuposto biológico, devendo-se atender ao carácter simbólico atribuído pelo doente. Assim, referem que são percebidas com gravidade não só as manifestações somáticas, mas sobretudo as reacções dos amigos e familiares, associadas à representação social da TB.

Helman (1994), por sua vez, defende que o doente estabelece uma auto-definição subjectiva e baseada: na percepção da alteração da aparência corporal; em mudanças nas funções orgânicas; em emissões orgânicas não comuns; nas alterações do funcionamento de um órgão; na alteração dos cinco sentidos; no aparecimento de sintomas físicos; em estados emocionais alterados; e na mudança de comportamento em relação aos outros.

Segundo Costa et al. (1999), aquando da tomada de conhecimento da doença existe uma alteração da percepção de saúde e do estado de saúde até ao momento em questão. Os autores, defendem que, frequentemente, os sintomas somáticos atribuídos à TP, quando não são relacionados com uma gripe ou pneumonia, são, muitas vezes, vistos como indisposições passageiras. Deste modo, os doentes apenas procuram ajuda médica quando as manifestações se intensificam e quando as sensações indiciam a presença de algo que não mais depende dos recursos de que dispõem (Menezes et al., 2006).

Frequentemente, os doentes atribuem como causa da TP uma gripe mal curada ou uma pneumonia (Murray, 2004). Para Costa et al. (1999), os doentes não se encontram informados acerca da doença e o esclarecimento médico depende de aspectos que concernem a própria dinâmica relacional médico-doente. Defendem, ainda, a importância da relação de afecto entre os profissionais de saúde e os doentes, realçando o vínculo como fundamental para que o tratamento ocorra de forma integrada.

Ailinger e Dear (1997) apontam para a dificuldade de se entender o processo de desenvolvimento da TP, realçando um dos pontos mais nevrálgicos – a possibilidade de contágio. Prosseguem, acrescentando que, na presença visível dos fluídos biológicos (sangue, expectoração), maior será o impacto nas redes mais próximas e íntimas do indivíduo. Assim, apresenta-se um cenário preocupante para o doente que, repentinamente, se vê impossibilitado de exercer as suas funções profissionais, sendo remetido a avaliações externas acerca da contracção da doença (Ailinger & Dear, 1997).

Efectivamente, a TP é uma doença socialmente estigmatizante: a representação social negativa e discriminatória da TP mantém-se desde a Antiguidade greco-romana até ao presente (Bertolli Filho, 2000). No entanto, a patologia foi sempre acompanhada de conotações muito específicas e peculiares sendo, na era romântica, apelidada de “febre das almas sensíveis”, resultante da intensidade da produção intelectual ou de paixões intensas, resultando na degeneração pulmonar (Hillemand et al., 1980, citado por Bertolli Filho, 2000).

Ultrapassado o período romântico, surgiu uma nova percepção acerca do binómio doença-doente: os doentes passaram a ser conotados como degenerados, miseráveis e desrespeitadores das regras morais – no plano epidemiológico foi considerada uma patologia perturbadora da ordem social, uma peste branca (Bertolli Filho, 2000). Deste modo, processaram-se episódios de exclusão social e consequente isolamento dos doentes (Herzlich et al., 1984, citado por Bertolli Filho, 2000).

Bertolli Filho (2000) aponta a discriminação sofrida pelos indivíduos conotados com a TB, também apelidados de tísicos, à intervenção social e médica do início do século XX, através da perpetuação de um ritual indutor de descaracterização individual (com a padronização de comportamentos e de indumentária, com a apresentação do atestado de saúde, e do porte de escarradeiras de bolso). Desta forma, compreende-se que a segregação imposta por códigos de ética comportamental aos doentes tenha contribuído para transtornos de angústia e de identificação pessoal (De Levita, 1965, citado por Bertolli Filho, 2000). Para o autor, o estigma social “imposto” aos doentes fazia com que muitos não assumissem a sua condição de doente.

1.2. Diagnóstico e tratamento da doença

Para Chan e Iseman (2002), a avaliação médica para a confirmação de diagnóstico de TP implica a obtenção de um historial clínico, exame físico, prova tuberculínica - teste subcutâneo de *Mantoux*, radiografia ao tórax, microscopias e análise de culturas microbiológicas. De acordo com os autores, através da história clínica do doente poder-se-á reunir um conjunto importante de informações referentes a:

1) sintomas gerais e específicos como tosse intensa prolongada (com ou sem expectoração) por mais de 3 semanas, dores musculares e abdominais, febre, calafrios, suores nocturnos, perda de peso e de apetite acentuadas, cansaço prolongado, falta de vitalidade;

2) doenças ou condições que possam ser propícias ao desenvolvimento de TP, tais como alcoolismo, toxicoddependência, diabetes, silicose, infecção por VIH, leucemia, insuficiência renal, ou exposição anterior à TB.

O exame físico, surge, por sua vez, como um complemento de avaliação do estado do doente, não adquirindo carácter diagnosticador de TP (Heldal et al., 2003). A realização de radiografia do tórax, ou a realização de um estudo radiológico do tórax, é muito frequente, na medida em que se constitui como um meio auxiliar de diagnóstico

(presença de lesão nos pulmões) (Crofton et al., 1992; Mahadev & Balasangameshwara, 1995). De acordo com os autores, posteriormente, é requisitado um raio-X posterior e anterior, podendo ainda ser lateral ou lordótico; geralmente, as infiltrações nas cavidades pulmonares são visíveis na parte superior dos pulmões. A radiografia ao tórax permite a constatação de anomalias (nódulos, cicatrizes fibróticas, lesões granulares, bronquiectastia, marcas pleurais, entre outros) no entanto, não se constitui como o diagnóstico *per se*, mas sim como meio auxiliar (Heldal et al., 2003; Mahadev & Balasangameshwara, 1995).

A prova de *Mantoux*, ou teste intradérmico de tuberculina é feito em necessidade de despiste de TP (Krishnamurthy, 1992). É realizada através de injeção intradérmica de um derivado de proteína purificada (PPD), pretendendo-se que haja uma reacção imunológica na pele (Chadha, 2001; Crofton et al., 1992). A constatação da resposta imunitária processa-se 48 a 72 horas depois da injeção, verificando-se a medição do tamanho desta na pele; consideram-se ainda resultados positivos aquando um endurecimento de mais de 5-15 mm a 10 unidades de *Mantoux* (Krishnamurthy, 1992). Trata-se, portanto, de uma classificação da reacção à proteína injectada (Chadha, 2001).

Os estudos microbiológicos de culturas são feitos para detecção do bacilo, sendo que frequentemente se recorre a amostras de expectoração; quando o doente não produz expectoração em quantidades suficientes, recorre-se a uma broncoscopia (Krishnamurthy, 1992). A cultura do bacilo é, geralmente, feita através da coloração e técnica de Ziehl-Neelsen, sendo posteriormente observado em microscópio (Chan & Iseman, 2002).

Actualmente têm sido desenvolvidas técnicas de Polymerase Chain Reaction (PCR) que permitem a identificação de sequências de material genético (moléculas de DNA) do MT, tornando possível o seu diagnóstico em 24 horas; porém, as desvantagens deste método prendem-se com os elevados custos e não permitem a obtenção da sensibilidade aos bacilares (Su, 2002). Torna-se fundamental, aquando do diagnóstico positivo de TP, proceder-se ao rastreio dos contactos mais próximos do doente, na medida em que o risco de transmissão do bacilo é muito considerável, especialmente no caso de

haver co-habitação com crianças com idade inferior a 4 anos e pessoas imuno-deprimidas (Heldal et al., 2003).

Em Portugal, as cinco áreas de actuação principais na luta contra a TB são: prevenção; diagnóstico; tratamento; controlo e avaliação, através do Programa Nacional de Luta Contra a Tuberculose (DGS, 2006a). O mais recente remonta a Março de 2004, no entanto já decorre a preparação para a implantação de um novo Programa Nacional de Luta Contra a Tuberculose.

Tendo em consideração que a TB é uma doença de notificação e/ou declaração obrigatória, todos os casos devem sempre ser notificados, assim, aquando do diagnóstico a notificação é feita através de um impresso próprio (DGS, 2006a). De acordo com a DGS, o controlo da doença assenta em três pilares: detecção precoce, tratamento eficaz e vigilância, destacando-se, no âmbito da prevenção, a vacinação - Bacilo de Calmette-Guérin (BCG) nos recém-nascidos e quimioprofilaxia nas crianças. O diagnóstico implementa-se, como já foi mencionado, através do rastreio passivo com o recurso aos exames clínicos e radiológicos; baciloscopias e a prova tuberculínica de Mantoux (Chan & Iseman, 2002). Segundo a DGS (2006a) existe uma uniformização nos meios de detecção e diagnóstico, em especial na realização de exames auxiliares destacando-se a microscopia inicial e a cultura inicial.

A OMS preconiza o controlo e tratamento da TB através da estratégia alargada *Direct Observed Therapy Short Course Treatment* (DOTS). Em Portugal encontra-se a Toma Observada Directamente (TOD) da medicação, consistindo na toma diária de medicação gratuita controlada pela equipa de cuidados de saúde, deste modo, a TOD permite a confirmação do rigoroso cumprimento da medicação, avaliando também os efeitos secundários da mesma (DGS, 2006a).

No tratamento visa-se o desaparecimento de fontes de infecção, procedendo-se à cura da doença, assentando, regularmente, numa duração base de seis meses, podendo atingir, no caso de multirresistência, até doze meses; acrescente-se que tratamento para a

TP é considerado um tratamento de longa duração (Heldal et al., 2003; Mahadev & Balasangameshwara, 1995). De acordo com os autores, para o sucesso da terapêutica deverá ser cumprido integralmente o plano terapêutico, essencialmente na fase inicial e de ataque.

Segundo Chan e Iseman (2002), o tratamento mais comum e padronizado inclui três medicações, constituindo o esquema RHZ - Rifampicina (R), Isoniazida (H), e Pirazinamida (Z), sendo, actualmente, ainda, muito eficaz. Os efeitos colaterais indesejáveis mais frequentes causados pela medicação são náuseas, vômitos e dores abdominais (Menezes et al., 2006; Murray, 2004; OMS, 2006). Destacam-se outros antibacilares complementares como o Etambutol, através de antibacilares de “primeira linha”, administrados por via oral (comprimidos) totalmente gratuitos no tratamento (DGS, 2006a). O tratamento ambulatório é, ainda, caracterizado pela constante movimentação pendular casa-centro/hospital do doente, sendo alvo de algum desagrado pelos doentes (Crofton et al. 1992).

Su (2002) realça os progressos recentes no tratamento da TP, destacando-se a combinação de drogas que vão sendo doseadas ao longo do tempo consoante a progressão do doente; denota-se ainda os progressos na medicação para casos multirresistentes. Acrescente-se que a medicação para a TB multirresistente implica frequentemente a coordenação dos tuberculostáticos com a medicação retroviral, utilizada nos casos de infecção VIH/SIDA, o que proporciona, por vezes, a necessidade de substituição da medicação mais usual (Menezes et al., 2006; Murray, 2002; OMS, 2006).

Os Centros de Diagnóstico Pneumológico (CDP's) asseguram as consultas de pneumologia, funcionando como centros autónomos de rastreio e de tratamento da TB e outras doenças pulmonares (DGS, 2006a). É nos CDP's da área de residência dos utentes que se procede o tratamento ambulatório (e gratuito) da TB; aquando da confirmação bacteriológica, procede-se, ainda, à vigilância dos contactos (pessoas que convivem de forma regular e íntima com o doente), promovendo-se inclusive acções de rastreio da doença em grupos de risco em que uma eventual situação epidemiológica o justifique

(DGS, 2006a).

Geralmente o médico de família faz uma avaliação inicial do doente, sendo posteriormente referenciado ao CDP da área de residência ou ao serviço hospitalar de pneumologia mais próximo, caso se presencie gravidade (em casos possíveis de internamento).

Segundo a DGS (2006a), os doentes também podem ser diagnosticados pelos centros de saúde da área de residência e posteriormente encaminhados para tratamento no CDP. Outras situações prendem-se com a circunstância de pós-internamento de doentes reencaminhados pelos hospitais para realização de tratamento ambulatório - cabendo às unidades de saúde assegurar que a transição Internamento/Ambulatório se procede de forma eficaz e contundente (DGS, 2006a).

A gratuitidade do tratamento tem sido um dado importante e fundamental para assegurar o diagnóstico e o tratamento completo, que muitas vezes é interrompido e abandonado pelo doente (DGS, 2006a; OMS, 2006). De acordo com a OMS (2006), a manutenção da gratuitidade extensa a todas as acções da luta contra a TB é um factor determinante não somente aquando da terapêutica, mas também, aquando da prevenção – vigilância de contactos e dos doentes antigos, bem como na acção de diagnóstico.

A interferência de uma alteração brusca na condição social, mesmo temporariamente, constitui-se como um factor agravante da doença, contribuindo também para a não conclusão do tratamento (Johansson & Winkvist, 2002; Karyadi et al., 2002). Para Costa et al. (1999), o grau de envolvimento da participação da família durante o tratamento, assim como o papel da cultura, o conhecimento e as crenças sobre a doença são fundamentais para a adesão.

A breve caracterização da TP e sua terapêutica apresentada sugere que esta doença pode ter um impacto considerável no doente (e familiares), não só em termos biológicos, mas também em termos psicossociais. De seguida, serão focadas exactamente algumas

variáveis psicossociais relevantes no âmbito da TP.

2. Variáveis Psicossociais na Tuberculose Pulmonar

Teixeira e Correia (2002) apontam para a influência de factores psicossociais e de estilos de vida na contracção de doenças, destacando em particular as perturbações de *stress* pós-traumático, perturbações do comportamento alimentar e depressão como as mais comuns. Os mesmos autores sublinham a relação do suporte social com a menor susceptibilidade para contrair doenças. Por outro lado, aquando de menor satisfação com o suporte social, os indivíduos encontram-se mais vulneráveis aos efeitos do *stress*, beneficiando em curta medida dos efeitos amortecedores que o suporte social poderá desempenhar sobre situações indutoras de *stress* (Barrón, 1996; Ribeiro, 1999a; Teixeira & Correia, 2002; Vaz Serra, 2002).

Todavia, o papel dos factores psicossociais não se limita ao período “pré-doença” ou de pré-diagnóstico. De facto, de acordo Joyce-Moniz e Barros (2005), as reacções emocionais do doente, aquando da confrontação com um diagnóstico de doença, podem ser consequência ou sintoma do seu agravamento. Os autores apontam para a vivência do doente, aquando do processo de doença, como uma “tentativa” de adaptação, seja com os sintomas somáticos, as limitações provocadas, as disfunções, entre outros. Trata-se de um período de transição que pode, de alguma forma, suscitar o desenvolvimento de processos emocionais considerados desajustados (Joyce-Moniz, 1993).

Duyan, Kurt, Aktos, Duyan e Kulkul (2005) referem a importância das crenças pessoais dos doentes aquando do diagnóstico de TB para o decorrer do tratamento; estas crenças relacionam-se também com as alterações sociais, especialmente ao nível do suporte social. Tendo em consideração a representação social e a conotação social da TP (Bertolli Filho, 2000) bem como os seus contributos para o sucesso terapêutico (Costa et al., 1999; Duyan et al., 2005; Johansson & Winkvist, 2002; Karyadi et al., 2002), a variável psicossocial suporte social apresenta particular relevância para este estudo, pelo facto de ser importante comprovadamente na adesão terapêutica, essencial na TP.

Actualmente, vários autores no âmbito da psicossomática e psicoimunologia apontam a implicação de factores psicológicos e emocionais no desencadeamento e agravamento de muitas enfermidades orgânicas, evidenciando a relevância de factores psicológicos na etiologia de doenças não consideradas de foro psicológico até então (Cano-Vindel & Miguel-Tobal, 1995; Fernández-Abascal & Palmero, 1999).

Segundo Joyce-Moniz e Barros (2005), a atribuição de controlo do indivíduo perante a doença poderá desencadear processos de ansiedade e de depressão, sendo que no processo de tomada de conhecimento da doença ocorrem, por vezes, experiências emocionais, como a ansiedade, raiva e tristeza; paralelamente, dentro das emoções negativas, destaca-se a ansiedade, sendo um estado emocional reconhecidamente associado a múltiplos transtornos.

Frequentemente, aquando da procura de informação sobre a doença diagnosticada, desenvolvem-se reacções emocionais excessivas, que, no caso particular da TP, podem acarretar implicações emocionais consideráveis (Sukhov & Sukhova, 2003; Trenton & Currier, 2001).

Segundo Joyce-Moniz e Barros (2005), o doente poderá atribuir à informação sobre a doença significações de ameaça, podendo conduzir ao aumento de reacções emocionais excessivas. Por exemplo, são de referir as contribuições de Beck, no âmbito do modelo cognitivo de psicoterapia, das quais se destaca a determinação de uma reacção emocional a um acontecimento devido à significação pessoal atribuída. O doente pode, ainda, desenvolver atribuições causais de gravidade (sobrevalorização da doença) ou de inocuidade (inversão compensatória, através da banalização) - estas significações, podem, por sua vez, conduzir a formas adaptadas de inversão da gravidade, ou, pelo contrário, formas inadaptadas, através da sua negação (Joyce-Moniz, 1993).

Neste contexto, Pennebaker (1990) sugere a necessidade de a pessoa expressar as suas emoções e sentimentos de forma a não agravar a sua condição somática. No entanto, esta asserção não é consensual: para Labott, Ahlenab, Wolever e Martin (1990) a

expressão de emoções negativas tende a ter um impacto de agravamento sintomático nas doenças pulmonares, em particular na TB.

Sukhov e Sukhova (2003) defendem a importância da conjuntura psicológica como elemento fundamental na adesão ao tratamento da TP. Vários estudos demonstram uma prevalência de transtornos de ansiedade em indivíduos com doenças respiratórias crônicas² (Dellborg et al., 2002; Karajgi, Rifkin, Doddi, & Kolli, 1990; Yellowlees, Haynes, Potts, & Ruffin, 1998). Estas, por sua vez, implicam, frequentemente, restrições com impacto significativo na vida dos doentes, desde ao exercício de actividades físicas, recreativas, sociais até às mais simples actividades quotidianas (Kunik et al., 2005).

Um estudo, levado a cabo numa unidade de cuidados respiratórios e pneumológicos, revelou que 34% dos doentes internados apresentavam perturbações da ansiedade e 14% de depressão (Yellowlees et al., 1987, citado por Kunik, 2005), tendo-se verificado noutros estudos, com indivíduos com doenças pulmonares crónicas, a coexistência de sintomatologia ansiosa e depressiva (Brenes, 2003; Goodwin & Pine, 2002; Kim et al., 2000; Kunik et al., 2005; Limbos, Joyce, Chan, & Kesten, 2000). Yohannes, Baldwin e Connolly (2000) apontaram para a comorbilidade de sintomas depressivos e ansiosos num estudo realizado com indivíduos com insuficiência respiratória, entre os quais doentes obstrutivos crónicos (alguns com passado de TB).

Kunik et al. (2005) confirmam a presença desta sintomatologia (ansiedade e depressão) em pessoas com doenças crónicas pulmonares. Os mesmos autores, apontam para factores de risco no desenvolvimento de sintomatologia ansiosa e depressiva nestes doentes, tais como limitações funcionais e sensação de perda de auto-controlo. Por sua vez, Goodwin e Pine (2002) confirmaram a relação entre doenças respiratórias e ataques de pânico em adultos norte-americanos.

² A TP é considerada por alguns médicos como uma doença respiratória crónica, aponte-se os casos com evolução para TP multirresistente.

Dahlén e Janson (2002) concluíram, num estudo realizado com indivíduos com perturbações respiratórias, que a ansiedade e a depressão se encontravam relacionadas com o resultado e evolução do tratamento e seu impacto na vida dos doentes. Neste estudo, a ansiedade e depressão encontravam significativamente correlacionadas com o (in)sucesso terapêutico. Por sua vez, Duyan et al. (2005) realçam o impacto da TB na vida dos doentes ao nível das relações profissionais e familiares e na adesão terapêutica, fundamental no caso da TP.

Seja como for, a avaliação destas variáveis é muito frequente nas mais diversas patologias e populações (Meneses, 2005; Silva et al., 2003) realçando-se com particular destaque nas doenças respiratórias crónicas (Brenes, 2003; Dahlén & Janson, 2002; Dellborg et al., 2002; Goodwin & Pine, 2002; Kim et al., 2000; Kunik et al., 2005; Limbos et al., 2000; Yohannes et al., 2000). Ao mesmo tempo, devido ao carácter manipulável do ponto de vista da intervenção clínica e da terapêutica a ser desenvolvida com os doentes, estas variáveis assumem importância destacável. Consequentemente, elas serão brevemente exploradas de seguida.

2.1. Ansiedade, Depressão e Afecto Negativo

Ansiedade. De acordo com Andrade e Gorenstein (1998), os transtornos de ansiedade encontram-se dentro dos transtornos psiquiátricos mais frequentes na população geral, sendo que os sintomas ansiosos se encontram mais frequentemente em qualquer pessoa em contextos e momentos específicos da vida. Em particular, a ansiedade é caracterizada pela disputa da realidade de um perigo ou de uma eventual ameaça, mais ou menos existente, com sentimentos de desprotecção e de vulnerabilidade face a um perigo específico (Joyce-Moniz, 1993). Segundo o autor, na ansiedade, as atribuições de vulnerabilidade à doença assumem contornos contingenciais, contrastando com o processo de depressão, que implica uma condição de desvalorização estável com a qual a pessoa se identifica.

Segundo a American Psychiatric Association [APA, 2000/2002] e estando de acordo com Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais ou, o seu acrónimo inglês, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - Fourth Edition - Text-Review* (DSM-IV-TR), no âmbito dos transtornos de ansiedade podem-se destacar as seguintes perturbações:

- 1) Ataque de Pânico;
- 2) Agorafobia;
- 3) Perturbação de Pânico sem Agorafobia;
- 4) Agorafobia sem História de Perturbação de Pânico;
- 5) Fobia Específica;
- 6) Fobia Social;
- 7) Perturbação Obsessivo-Compulsiva;
- 8) Perturbação Pós-Stress Traumático;
- 9) Perturbação Aguda de Stress;
- 10) Perturbação da Ansiedade Generalizada;
- 11) Perturbação da Ansiedade Secundária a Um Estado Físico Geral;
- 12) Perturbação da Ansiedade Induzida por Substâncias; e
- 13) Perturbação da Ansiedade sem Outra especificação.

Destaque-se, então, a Perturbação da Ansiedade Generalizada caracterizada por uma preocupação excessiva ocorrendo na maioria do quotidiano, por um período de, pelo menos, 6 meses, perante diversos eventos e/ou actividades, constituindo-se numa preocupação para o indivíduo (APA, 2000/2002). A ansiedade e a preocupação são acompanhadas de três sintomas adicionais, destacando-se a inquietação, fadiga, dificuldade na concentração, irritabilidade, tensão muscular e perturbação do sono (APA, 2000/2002). Realce-se, também a Perturbação da Ansiedade Secundária a Um Estado Físico Geral, caracterizada como consequência fisiológica directa de um estado físico geral, como por exemplo a TP; e/ou ainda a Perturbação da Ansiedade Induzida por Substâncias, como consequência fisiológica directa da exposição a substâncias, drogas, medicamentos: como, por exemplo, consequência directa do tratamento para a TP.

A ansiedade é considerada, frequentemente, uma reacção emocional normal, surgindo como uma resposta do organismo perante determinadas situações, excepto quando a sua frequência ou duração forem consideradas excessivas (Snaith, 1994). Apesar da ansiedade ser uma emoção natural, de carácter essencialmente adaptativo, quando se torna excessiva pode conduzir a processos inadaptados e desajustados conducentes à doença (Cano-Vindel, 1989). Aubrey e Lewis (1979, citado por Andrade & Gorenstein, 1998) reuniram algumas características uniformes à ansiedade:

- 1) estado emocional com experiência subjectiva de medo ou outra emoção;
- 2) emoção desagradável, com sensação de mal-estar, associada ou não a uma experiência de morte ou colapso;
- 3) emoção direccionada ao futuro, implicando a sensação de perigo iminente;
- 4) presença de desconforto corporal, com sensação de pânico ou não, aperto no peito, dificuldade em respirar, entre outras.

No entanto, o conceito de ansiedade não se reúne à volta de um constructo unitário especialmente no contexto da psicopatologia (Andrade & Gorenstein, 1998). A ansiedade poderá ser generalizada ou focada especificamente, ou ainda não-situacional, podendo ser um estado recente – ansiedade estado; ou uma característica persistente na personalidade do indivíduo - ansiedade traço (Spielberger, Gorsuch, & Lushene, 1970).

Para Cano-Vindel e Miguel-Tobal (1995), aquando da presença de transtornos ansiosos constata-se a afectação:

- 1) dos diferentes recursos cognitivos, nomeadamente, a atenção, linguagem, memória entre outros;
- 2) de recursos fisiológicos - activação do Sistema Nervoso Autónomo (SNA), activação motora, entre outros;
- 3) dos recursos de conduta, com a alteração de estados de alerta, etc.

Para Perna et al. (1994), uma variedade de transtornos psicofisiológicos está associada à ansiedade, de entre as quais se destacam as doenças respiratórias. A referência aos transtornos psicofisiológicos e à susceptibilidade no desenvolvimento de doenças

neuroológicas, até às imunológicas e infecciosas, com destaque para a TP, não é recente, sendo já há muito defendida (Wittkower & Dudek, 1973, citados por Cano-Vindel & Miguel-Tobal, 1995). Os autores defendem, ainda, que uma activação excessiva fisiológica mantida durante muito tempo pode provocar alterações no sistema imunológico, tornando as pessoas mais vulneráveis a doença infecciosas e/ou doenças auto-imunes.

A ansiedade e quadros relacionados (fobias) são relatados com frequência em doentes com TP (Aydin & Ulusahin, 2001; Vega et al., 2004). Um estudo levado a cabo por Verburg, Griez, Meijer e Pols (1995) avaliou 150 doentes com transtornos de ansiedade, onde se constatou uma prevalência de doentes com doença respiratória (incluindo a TP). Na TP, o receio de contágio a outrem parece ser real e presente nas vidas dos doentes (Sukhova, 2005; Sukhov & Sukhova, 2003). A aflição, a ansiedade, o medo e a preocupação são apontadas como características frequentemente descritas pelos doentes com TP (Sukhov & Sukhova, 2003)

Depressão. Depois da ansiedade, a depressão constitui-se como o distúrbio psiquiátrico mais comum, estimando-se que 10% dos indivíduos que acreditam ter um problema físico, apresentam na realidade depressão (Joyce-Moniz & Barros, 2005).

Neste contexto, parece ser importante estabelecer-se a distinção entre uma reacção depressiva ao diagnóstico, no processo de tomada de conhecimento e de informação sobre a doença, e a perturbação depressiva (Joyce-Moniz & Barros, 2005). Assim, torna-se fundamental perceber-se se o estado depressivo é apenas uma ocorrência derivada da circunstância ou, pelo contrário, é incisivo (frequentes episódios depressivos).

De acordo com a APA (2000/2002) as Perturbações do Humor podem ser divididas em Perturbações Depressivas, Perturbações Bipolares e em duas perturbações associadas à etiologia (Perturbação Secundária a Um Estado Físico Geral e Perturbação do Humor Induzida por Substâncias). Para as Perturbações Depressivas, encontram-se:

- 1) Perturbação Depressiva Major;
- 2) Perturbação Distímica; e
- 3) Perturbação Depressiva Sem Outra Especificação.

Para as Perturbações Bipolares, destacam-se:

- 1) Perturbação Bipolar I;
- 2) Perturbação Bipolar II;
- 3) Perturbação Ciclotímica; e
- 4) Perturbação Bipolar Sem Outra Especificação.

Segundo a APA (2000/2002) as Perturbações Bipolares implicam a presença de Episódios de Alteração do Humor (i.e., Episódios Maníacos, Mistos e/ou Hipomaníacos – acompanhados de Episódios Depressivos Major).

Para Costa e McCrae (1994), a depressão caracteriza-se por um sentimento de tristeza intensa, que pode ocorrer após um acontecimento de perda, ou um outro evento desagradável, mas com carácter desproporcional em relação à sua magnitude, persistindo além do justificável. De acordo com os autores, a psicopatologia aponta como válida a existência de 3 sintomas depressivos básicos: o sofrimento moral, inibição global e estreitamento vivencial.

Efectivamente, existe algum consenso no que concerne à depressão e aos sintomas de tristeza, anedonia e fadiga (Snaith, 1992), a perda de interesse nas actividades em geral, a perda de auto-confiança e auto-estima, o sentimento injustificado de culpa, ideias de morte e suicídio, diminuição da concentração e perturbações do sono e do apetite (Zigmond & Snaith, 1983).

Por sua vez, a depressão pode variar em termos de gravidade, desde ligeira a muito grave, podendo ocorrer episodicamente, ser recorrente ou até mesmo crónica, sendo mais comum no sexo feminino (Vaz Serra, Matos, & Gonçalves, 1986). De acordo com Spar e La Rue (1997/1998), a depressão *major* é uma das formas mais graves de perturbação do

humor, efectivamente, algumas destas características diagnósticas referidas anteriormente podem variar com factores individuais. Verifica-se na hipotimia (“humor baixo”) ou depressão um aumento da reactividade e sensibilidade para acontecimentos desagradáveis, variando desde o mal-estar até uma apatia extrema (Spar & La Rue, 1997/1998).

O estado de depressão pode, então, caracterizar-se, por uma tristeza profunda, muitas vezes não motivada, acompanhada de sentimentos de inutilidade e incapacidade para a realização de tarefas ou actividades consideradas simples; o doente pode perder completamente o interesse pela vida e o seu conteúdo de pensamento exprimir uma conotação negativa acerca de si próprio e de tudo que o rodeia (Spar & La Rue, 1997/1998). Segundo os autores, existe uma afectação considerável na auto-estima dos doentes e no seu auto-controlo, com a frequência de episódios de choro e sentimentos de culpabilidade. Paralelamente, ocorrem sintomas somáticos que são bastante evidentes nos pacientes deprimidos:

- 1) distúrbios vaso-motores;
- 2) sinais de palidez;
- 3) hipotermia;
- 4) dilatações vasculares;
- 5) obstipação intestinal;
- 6) alterações no apetite, sono, entre outros.

Diversos factores pessoais podem influenciar a propensão para o distúrbio e características diagnósticas, como efeitos colaterais medicamentosos, personalidade introvertida, a ocorrência de eventos emocionalmente desagradáveis, em especial quando ocorre uma perda (Spar & La Rue, 1997/1998). De acordo com estes autores, também as alterações hormonais podem produzir alterações no humor, desempenhando um papel importante para a mulher. Assim, a alteração tiroidiana, bastante comum no sexo feminino poderá constituir-se como outro factor contribuinte para o desenvolvimento de quadros depressivos. Spar e La Rue (1997/1998) apontam, ainda, o desenvolvimento de depressão como consequência de diversas doenças ou distúrbios, afectando directamente o indivíduo

(quando existe uma disfunção que afecta os níveis hormonais e pode levar à depressão, por exemplo) e indirectamente (quando, por sua vez, causa incapacitação, dor, desconforto, como por exemplo na artrite reumatóide).

No âmbito da intervenção terapêutica na depressão, destaca-se uma modalidade de psicoterapia alvo de atenção nas últimas décadas: a Terapia Cognitiva-Comportamental (TCC) – tendo por base a defesa de um transtorno de pensamento no cerne de síndromes psiquiátricas e depressão. Deste modo, Beck (1976) na explanação da TCC, aponta os pensamentos negativos que o indivíduo aponta a si próprio, como "pensamentos automáticos" que, aparentemente, surgiam automaticamente e sem qualquer esforço ou atenção.

Beck (1976) não tardou em constatar que os pensamentos automáticos consistiam num fenómeno comum, embora se caracterizasse por possuir distorções próprias (de interpretação) que podiam ser alteradas com as técnicas que passou a desenvolver. Esses pensamentos eram “produto” de cognições rígidas e aceites pelo indivíduo como absolutamente verdadeiras e inquestionáveis sobre si mesmo e o mundo – crenças pessoais cognitivas (Alford & Beck, 1997). Estas seriam consequência do processo de aprendizagem, podendo ser alteradas e reavaliadas ao longo do tratamento, dando lugar a crenças mais realistas e porventura adequadas (Alford & Beck, 1997; Beck, 1976). Assim, de acordo com estes autores, através de uma avaliação realista e da modificação dos pensamentos distorcidos verificar-se-ia alteração do humor e do comportamento. Relembre-se que a TP acarreta uma representação social e conotação muito próprias (Bertolli Filho 2000; Costa et al., 1999), sendo que as crenças pessoais têm um papel fundamental para a adesão e sucesso terapêuticos (Costa et al., 1999).

A constatação de depressão *major* tem sido corroborada também em doenças crónicas respiratórias (Buchi et al., 1997). De acordo com Trenton e Currier (2001), as perturbações de humor são comuns em doentes com TP, destacando-se em particular a depressão. Nesta linha de pensamento, destacam-se, então, os contributos de Trenton e Currier (2001) e de Dellborg et al. (2002), que apontam o aparecimento de perturbações de

humor, durante o tratamento da TP. Assim, a sensação e frequente isolamento social nos indivíduos com TP implica o desenvolvimento de queixas comuns, como a solidão, o abandono e sintomas depressivos (Hansel, Wu, Chang, & Diette, 2004). De facto, a TB tem um impacto directo na saúde mental, sendo a depressão uma constante na vida dos doentes (Hansel et al., 2004). Um estudo levado a cabo por Vinogradov, Cherkashina e Perel'man (1991) avaliou o estado mental e traços de personalidade de 61 doentes com diagnóstico recente de TP, realçando as reacções dos indivíduos, dentro das quais se destaca a depressão e a recusa de diagnóstico.

Condicionalismos de desemprego, não ter expectativas de melhoras, inexistência de apoio social e familiar são, ainda, agravantes na afectação negativa da auto-estima dos doentes com TB (Erdem & Tasci, 2003). Nesta linha de investigação, refere-se o estudo conduzido por Westaway e Wolmarans (1992) numa comunidade com baixa literacia e hospitalizada para o tratamento da TP, onde se verificou uma correlação forte entre a baixa auto-estima e a depressão. Berg, Nyamathi, Christiani, Morisky e Leake (2005) apontam ainda para a presença de sintomas depressivos em comunidades sem-abrigo com TP latente.

Por sua vez, Aghanwa e Erhabor (1998) apontam para a influência de factores sócio-demográficos e económicos no desenvolvimento de psicopatologia associada à TB, numa província da Nigéria. Analogamente, Vega et al. (2004) fazem referência ao desenvolvimento de quadros psicopatológicos em indivíduos com TB, concluindo que a co-morbilidade psicopatológica não se constitui como uma contra-indicação na terapia à TB multirresistente.

Embora os actuais manuais de classificação de doenças mentais enquadrem separadamente as perturbações de ansiedade e do humor, vários autores têm remetido para a discussão de uma teoria unitária, na qual ansiedade e depressão seriam modalidades somáticas da mesma afecção (Strian & Klicpera, 1984). Paralelamente, a comorbilidade de ansiedade e depressão tem sido estudada em doentes crónicos com TP e doença crónica obstrutiva pulmonar (Aydin & Ulusahin, 2001).

Efectivamente é comum a existência de co-morbilidade, particularmente com o avanço da idade (verificando-se o aumento de casos de TP em faixas etárias mais elevadas, Arora et al. 2003; Chadha, 1997) com a ocorrência de diversas perturbações físicas e mentais; deste modo, verifica-se a coexistência com distúrbios mentais, como a depressão (Geerling et al., 2000, citado por OMS, 2006a).

No seguimento desta linha de pensamento, num estudo realizado por Kessler et al. (1994, citado por OMS, 2006a) demonstrou-se que 79% de todos os doentes do estudo apresentavam co-morbilidade, tendo-se verificado que apenas em 21% dos doentes ocorreu uma perturbação mental isolada. Acrescente-se que Zimmerman, McDermut e Mattia (2000) apontam para a ocorrência em simultâneo de perturbações de ansiedade e perturbações depressivas, observando-se essa co-morbilidade em metade dos indivíduos com estas perturbações.

Afecto Negativo. De acordo com Strian e Klicpera (1984), uma das maiores dificuldades encontradas na avaliação da ansiedade está na sua sobreposição com sintomas depressivos. Vários estudos apresentam dificuldade na separação entre ansiedade e depressão, em amostras clínicas (Prusoff & Kerman, 1974) e não-clínicas (Gotlib, 1984), sugerindo ansiedade e depressão como componentes de um processo de *stress* psicológico geral (Strian & Klicpera, 1984). Destaque-se o estudo de Perin, Ramos, Grassi-Oliveira e Tourinho (2002), em que se procedeu à avaliação da depressão na artrite reumatóide, considerando-se a depressão mista (i.e., depressão e ansiedade), defendendo que os doentes apresentam manifestações somáticas comuns, quer de fadiga, quer de sono.

Para Watson e Clark (1984) a ansiedade pode ser diferenciada da depressão pela estimulação anatómica, já a depressão, poderia ser discriminada pela presença de anedonia (ou afecto positivo). Os autores realçam a presença de afecto negativo nos dois constructos, sendo que nos casos menos graves haveria maior sobreposição de sintomas, enquanto que nos mais graves estes se discriminariam mais facilmente devido a factores específicos.

Alguns autores defendem que as perturbações de humor, destaque-se a depressão, e as perturbações de ansiedade partilham de factores ou dimensões comuns acrescentando

que esta partilha de sintomas poderá reflectir afecto negativo (Nitschke, Heller, Imig, McDonald, & Miller, 2001). Por sua vez, o Afecto Negativo pode ser considerado como o somatório de Ansiedade e Depressão (Johnston, Pollard, & Hennessey, 2000; Meneses, 2005).

Segundo Galinha e Pais-Ribeiro (2005a), o estudo do afecto apresenta significativa pertinência para os domínios da Psicologia, compreendendo várias perspectivas, caracterizando-se, desta forma, como um conceito multifacetado. Para Watson e Clark (1984), o afecto negativo poderá ser concebido como o desconforto, constrangimento e insatisfação do indivíduo, congregando estados aversivos como medo, culpa, raiva e tristeza. Estes autores, destacam, ainda, constructos interligados ao termo da afectividade negativa, como neuroticismo, desajustamento, e ainda ansiedade traço.

Para Andrade e Gorenstein (1998), através do modelo tripartido de Watson e Clark, verificou-se a proliferação de algumas escalas desenvolvidas para avaliação da ansiedade, considerando-se a multidimensionalidade e a sobreposição de sintomas ansiosos com sintomas depressivos. Assim, destacam a Mood and Anxiety Symptom Questionnaire (MASQ), a Positive and Negative Affect Schedule – Expanded Form (PANAS-X); a Endler Multidimensional Anxiety Scales (EMAS) e a Depression Anxiety & Stress Scales (DASS). A versão portuguesa da PANAS representa propriedades semelhantes à original americana, i.e., avalia o afecto positivo e negativo de forma breve e eficaz (Galinha & Pais-Ribeiro, 2005b).

Por seu turno, Johnston et al. (2000) aplicaram a Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) a indivíduos com problemas cardíacos crónicos, nomeadamente com enfarte de miocárdio, constatando a validade da escala em diferenciar os sintomas de ansiedade e depressão. Deste modo, concluíram que a HADS, naquela amostra, apresentava validamente os níveis de ansiedade (sintomatologia ansiosa) e depressão (sintomatologia depressiva). Simultaneamente, apontaram uma terceira escala resultante do somatório de Ansiedade e Depressão – Afecto Negativo. Progressivamente, têm surgido estudos acerca do afecto negativo (p.e., Baumann & Kuhl, 2002) que confirmam a sua utilidade e congruência com processos de memória e cognição (Pereg & Mikulincer, 2004).

As perturbações do humor e de ansiedade são frequentes em doenças crónicas respiratórias (Dellborg et al., 2002; McCathie, Spence, & Tate, 2002), sendo actualmente consideradas variáveis de interesse na investigação. É de destacar o estudo de McCathie et al. (2002), em que se verificou que a ansiedade e depressão se encontravam associadas a estilos de *coping*, auto-eficácia e suporte social na adaptação à doença pulmonar obstrutiva crónica. Adicionalmente, os dados de Antas e Meneses (2005b) indicam que a Saúde Mental ao nível da depressão e ansiedade, tem uma relação íntima com a percepção de saúde geral de doentes com TP em tratamento ambulatório.

Godoy e Godoy (2002), por sua vez, defendem uma abordagem multidisciplinar baseada num programa de reabilitação pulmonar com vista a reduzir os níveis de ansiedade e depressão de pacientes com doença pulmonar obstrutiva crónica. Os autores concluíram que estes doentes apresentavam alta prevalência de ansiedade e depressão, verificando-se uma redução significativa dos sintomas após o programa. Este era realizado ao longo de 12 semanas com 24 sessões de exercícios físicos, 24 sessões de fisioterapia, 12 sessões de acompanhamento psicológico e 3 sessões educacionais. Assim, concluiu-se que a abordagem multidisciplinar contribuiu significativamente para a alteração e redução dos níveis de ansiedade e depressão (Godoy & Godoy, 2002).

Progressivamente, tem vindo a consolidar-se o interesse pelo estudo de variáveis psicossociais nas doenças crónicas (Meneses, 2005), nomeadamente nas doenças respiratórias crónicas, adquirindo um papel fundamental na reabilitação e na promoção da QDV/ES dos doentes (Buchi et al., 1997; Dellborg et al., 2002). Assim, destaca-se a TP tida como uma doença que acarreta implicações sociais e económicas profundas, destacando-se, em particular, as repercussões ao nível do papel social e familiar (Tocque et al., 2001). O impacto da doença na vida dos doentes apresenta-se, praticamente, como um dado adquirido, realçando-se o domínio psicossocial - considerado fundamental para a adesão e conclusão terapêuticas (Chang, Wu, Hansel, & Diette, 2004; Hansel et al., 2004).

2.2. Suporte Social

Definição. O conceito de suporte social tem sido amplamente discutido, sendo abordado por múltiplas concepções, o que dificulta uma univocidade na sua discussão e avaliação (Ribeiro, 1999a). No entanto, importa destacar o consenso no que respeita à compreensão do suporte social como uma experiência pessoal, relacionando-se com uma multiplicidade de indicadores (Silva et al., 2003), dos quais se pode destacar a saúde mental (Ornelas, 1996). Baumann, Gervy e Siegel (1992) apontam um carácter complexo ao conceito, destacando a sua multidimensionalidade (caracterizando as condutas, as relações e sistemas sociais). No seguimento desta asserção, Vaux (1988) propõe a expressão de metaconceito ao invés de conceito.

Para Kessler, Price e Wortman (1985), a incidência do estudo e da avaliação do suporte social é considerada relativamente recente. Para estes autores, terá surgido o seu interesse aquando a possível associação entre distúrbios psiquiátricos e variáveis como a desintegração social, estatuto civil, entre outros, realçando-se um elemento comum dessas variáveis circunstanciais - a ausência de apoio social; assim, o conceito de suporte social tem sido utilizado em diversos sentidos, como rede, número e frequência de contactos...

Para Caplan (1974), os sistemas de suporte social são constituídos por agregados sociais contínuos, englobando a totalidade das ligações sociais (informais a formais), através da mobilização de recursos psicológicos. Estes estudos constituíram-se como uma das bases principais para a conceptualização e posterior avaliação do suporte social (Caplan & Killilea, 1976). Os mesmos autores definem ainda suporte social como a união do indivíduo com (ou entre) grupos, constituindo-se como uma competência que permite a adaptação do indivíduo em situações desafiantes.

Já Sanchez (1991) refere-se a suporte social como algo pessoal, com uma componente subjectiva “suporte social percebido”, enquanto que as redes de apoio são um “produto” sócio-cultural. Beel (1981), defende a conceptualização da reunião de factores presentes no meio social na promoção da saúde do indivíduo.

House (1991) refere-se a suporte social como o conjunto das transacções interpessoais envolvendo um nível afectivo, instrumental e funcional e, por fim, o reconhecimento pessoal; sendo encontradas nas relações mais íntimas (familiares, conjugais) às situações mais formais (profissionais, governamentais).

O suporte social pode, ainda, ser definido como a quantidade de contactos sociais mantidos pelo indivíduo e com extensão à sua rede social de trabalho (Kaplan, 1993; Taylor, 1995). No seguimento destas ideias, Cobb (1976) acrescentou ao conceito a rede social de trabalho dando ênfase, dentro da mesma, às pessoas em quem o indivíduo confia e estima.

Thoist (1982) define o conceito com base na satisfação das necessidades de pertença, identidade e segurança do indivíduo, obtidas na relação com outros. Estas necessidades variam, porém, das relações de entre ajuda interpessoal, destacando-se a emocional (afecto) e a instrumental (aconselhamento, na obtenção da informação). Já Sarason, Levine, Basham e Sarason (1983) refere-se a suporte social como a existência de pessoas, nas quais o indivíduo pode confiar e que, ao mesmo tempo, o valorizam.

Outros autores caracterizam suporte social como um *input* percebido de uma pessoa ou grupo, fazendo com que o receptor aja em sua direcção - incluindo o suporte informal e formal, benefícios íntimos, profissionais e/ou terapêuticos (Caplan, 1974). Frequentemente, verifica-se a associação de suporte a apoio social. Para Lin (1986), pode-se definir suporte social como o apoio acessível a uma pessoa através dos elos estabelecidos com grupos e a própria comunidade.

Já para Llorca, Poussin e Cazals-Ferré (2004) o apoio social é o somatório das relações interpessoais (vínculos afectivos). No seguimento desta linha de pensamento, Wortman e Dunkel-Schetter (1987) referem os efeitos positivos na saúde física e bem-estar do suporte social, sendo considerado uma variável psicossocial de realce na redução do mal-estar (Lakey & Drew, 1997).

Formas e dimensões de suporte social. Apesar de haver um reconhecimento geral acerca da proliferação de conceitos acerca do suporte social, as taxonomias são reconhecidas por quase todos, destacando-se o suporte emocional, instrumental e *informativo* (Lin, 1986). O autor propõe a divisão em duas dimensões:

1) as funções expressivas (relações sociais como meio de satisfação das necessidades emocionais); e

2) as funções instrumentais (relações sociais como meio de satisfação das necessidades profissionais, por exemplo) do suporte social.

Assim pode-se conceber o suporte social sob um prisma instrumental, emocional e informativo. O primeiro é frequentemente denominado de suporte tangível ou material, caracterizado pela ajuda directa de serviço. Destacam-se alguns exemplos, como prestar ajuda em fases de doença, emprestar dinheiro, reduzindo-se um número de tarefas significativas havendo espaço para o lazer (Lin, 1986).

O suporte emocional é, por sua vez, também designado de expressivo ou afectivo, sendo definido como sentimento de pertença (Cobb, 1976). No que concerne ao suporte informativo, House (1981) realça dois significados: dar informação para a resolução de um problema e para favorecer uma apreciação de avaliação pessoal.

Cohen e Wills (1985) realçam o aspecto da socialização como interacção social positiva, defendendo a existência de actividades (amizades, partilha de interesses) que contribuam para a redução do *stress*. Assim, sugere-se que as pessoas que se envolvam maioritariamente nessas actividades tenham acesso ao suporte instrumental e de estima (Cohen & Syme, 1985). Paralelamente, os autores apontam aspectos contextuais a serem levados em consideração na avaliação do suporte social:

1) características dos participantes de acordo com o contexto e/ou situação (amigos, familiares, colegas de trabalho);

2) a altura e o momento em que o suporte social é prestado;

3) a duração e a manutenção do suporte, e por fim;

4) a finalidade e a adequação do suporte necessitado com aquele que é fornecido.

Dunst e Trivette (1990) distinguem, particularmente, o suporte social informal e formal, sendo que o primeiro se refere a redes próximas ao indivíduo, desde os círculos de convivência familiar a social informal, e o segundo a formas de suporte abrangente a organizações sociais formais e profissionais, que se encontram organizados na assistência à população. Os mesmos autores realçam ainda, cinco componentes de suporte social interligados:

- 1) constitucional (necessidades actuais e suporte existente);
- 2) relacional (diferentes estatutos que o indivíduo tem áreas distintas da sua vida);
- 3) funcional (tipos de suporte, qualidade e quantidade);
- 4) estrutural (proximidade, contactos, relação de reciprocidade) e, por fim, de satisfação (ajuda fornecida).

Cramer, Henderson e Scott (1997) estabelecem a distinção entre suporte social percebido (que o indivíduo percebe como disponível) versus suporte social recebido (que já foi recebido por outrem). Os mesmos autores acrescentam o conceito de suporte social descrito (tipo de comportamento de suporte particular) versus avaliado (avaliação de um comportamento de suporte que foi considerado benéfico ou de ajuda). Acrescentam-se ao conceito as formas informacional, emocional, pessoal e/ou interpessoal, formal ou profissional (Singer & Lord, 1984).

Por sua vez, Vaz Serra (2002) diferencia seis tipos de funções relativas ao apoio social, nomeadamente:

- 1) apoio afectivo – que contribui para melhorar a auto-estima;
- 2) apoio emocional –a ajuda a ultrapassar os problemas;
- 3) apoio perceptivo – ajuda estabelecer objectivos mais realistas;
- 4) apoio informativo – constitui o conjunto de informações e conselhos (tomada de decisão);
- 5) apoio instrumental –prestação concreta de bens e serviços; e
- 6) apoio de convívio social – actividades de lazer ou culturais.

Ribeiro (1999a) defende seis dimensões de suporte social: intimidade, integração

social, suporte afectivo, mérito, aliança e orientação - estas, por sua vez, encontram-se relacionadas com a frequência de contactos, com o tipo de suporte social e a necessidade expressos, com factores de reciprocidade, proximidade e de satisfação que variam individualmente.

Lacruz (2000), por sua vez, faz a distinção entre suporte social objectivo e subjectivo, sendo que o primeiro se reporta às transacções reais e o segundo à valorização conferida pelo indivíduo. Ao mesmo tempo, refere-se à dimensão do suporte recebido (objectivo) centrado na realidade, e à do suporte percebido (centrado nas crenças pessoais e na valorização que o indivíduo considera ter ou não recebido). Lacruz (2000) aponta, ainda, para o papel moldador do suporte nos efeitos negativos do *stress* com o reforço do estado anímico, seja através das funções emocionais ou expressivas, ou das funcionais.

Redes de suporte social. Barrón (1996) aponta algumas características estruturais da rede de suporte social:

- 1) tamanho ou dimensão: número de membros com que se tem contacto directo;
- 2) densidade: conexão ente os membros da rede, ou seja as relações que cada membro da rede possui;
- 3) composição: proporção e distribuição dos membros pela rede, por vezes, quando são muito concentradas podem ser pouco flexíveis e, deste modo, pouco eficazes;
- 4) dispersão: associada à distância geográfica dos membros da rede, afectando deste modo a resposta durante situações consideradas de crise;
- 5) homogeneidade: associada à semelhança (idade, sexo, cultura) e à partilha de comportamentos e de atitudes entre os membros.

De acordo com Barrón (1996), o tamanho ou dimensão da rede relaciona-se positivamente com a saúde, sendo que as grandes redes repercutem mais efeitos benéficos do que as pequenas. Por sua vez, uma rede de densidade média poderá favorecer a eficácia do grupo ao permitir um intercâmbio de ideias, ao contrário de uma maior densidade, onde se exerça pressão sobre o indivíduo para que se adapte ao grupo (Barrón, 1996).

Gracia (1981) defende que as redes informais de apoio são consideravelmente pluralistas, incluindo familiares, amigos e, simultaneamente, desconhecidos sob a forma do voluntariado, membros de auto-ajuda, que reúnem aspectos comuns ou problemas específicos, configurando um sistema ecológico de ajuda; assim, a ajuda informal constitui-se como uma actividade multidireccional através de um fluxo de *feedback*. Por sua vez, no que concerne a redes formais de apoio, Gracia (1981) caracteriza-as como uma dimensão unidireccional que opera sob um prisma específico de categorias pré-definidas para avaliar as necessidades e para eleição do alvo desses serviços. Trata-se, sobretudo, da imposição de regras específicas de conduta, com a distinção concreta de papéis sob uma forma estandardizada de intervir.

Suporte social e saúde. Ribeiro (1999a) realça o papel da relação de suporte social e saúde descrevendo quatro categorias, assim, a primeira caracteriza o suporte social como protector das perturbações derivadas do stress, na segunda ao se considerar inexistente funciona como fonte de stress *per si*, a terceira que configura a sua perda como um elemento *stressor*, e por fim, a quarta que sustenta o seu papel benéfico, tornando os indivíduos mais fortes quer em situações mais ou menos exigentes.

Para Vaz Serra (2002), o papel protector do apoio social sobre as pessoas e a sua influência na QDV são, actualmente, indiscutíveis. Assim, o autor defende que através do apoio social:

- 1) estabelecerem-se elos afectivos aumentando a segurança;
- 2) contribui-se para a integração social dos indivíduos;
- 3) possibilita-se a troca de conselhos e informações; e
- 4) proporciona-se a prestação de cuidados, reforçando-se sentimentos de utilidade.

Efectivamente, vários autores defendem uma associação entre factores psicossociais e saúde, podendo aumentar ou subtrair a vulnerabilidade das pessoas contraírem doença (Barron, 1996; Ornelas, 1996). Para Barrón (1996) ausência de suporte social poder-se-ia reflectir na aparição de formas de mal-estar e de transtornos mentais (neurose, esquizofrenia e depressão), ao passo que um bom nível de suporte se relacionaria com a

saúde e com a promoção do bem-estar.

Barrón (1996) defende, ainda, uma associação entre suporte social e mortalidade. No entanto, acrescenta que o suporte social poderá ter um impacto ou efeito negativo, realçando o desenvolvimento de relações de superioridade-inferioridade ao se colocar em risco situações de autonomia, auto-estima e auto-confiança.

Em relação ao efeito amortecedor do suporte social em situações indutoras de stress, Barrón (1996) defende a possibilidade de haver “*stress* de rede”, ou seja, aquando de eventos sucedidos com pessoas chegadas, podendo suscitar vulnerabilidade, ansiedade face ao problema, atribuições desadequadas – assim, o suporte social poderá desempenhar para o indivíduo um efeito negativo.

O suporte social, progressivamente, tem-se consolidado como variável mediadora na protecção da saúde, constatando-se relações próximas entre a saúde, a doença e o suporte social (Ribeiro, 1999b). A avaliação da relação entre suporte social e doença tem sido aprofundada, sendo que as investigações apontam para o papel amortecedor do impacto da doença, mas sobretudo para o papel de protecção (Cohen & Willis, 1984, citado por Pilisuk & Parks, 1986).

Como já foi referido, para Ornelas (1996), o suporte social pode proteger o indivíduo no desenvolvimento de perturbações mentais subsequentes a um estado de doença, podendo ser também considerado como uma variável associada à satisfação com a vida (Hohaus & Berah, 1996, citado por Ribeiro, 1999b). A literatura revista aponta para a influência de efeitos positivos do suporte social, mais especificamente ao nível das doenças crónicas (Silva et al., 2003), refira-se a correlação entre as atribuições psicológicas (atribuições causais da doença oncológica) e as estratégias de *coping* na doença oncológica e a satisfação com o suporte social (cf. Santos, 2006).

A adesão terapêutica constitui-se como um dos marcos fundamentais no combate à TP, através do DOTS (Liam, Lim, Wong, & Tang, 1999; Niazi & Al-Delaimi, 2003). Deste

modo, o suporte social tem sido referido como um aspecto fundamental na optimização da adesão ao tratamento da TP (Karyadi et al., 2002; Marra, Marra, Cox, Papelu, & Fitzgerald, 2004; Morsy, Zaher, Hassan, & Shouman, 2003) e no combate à recusa da terapia, evidenciado no estudo da avaliação de “clubes” ou “associações” de TB (Demissie, Getachum, & Lindtjorn, 2003). De acordo com estes autores, é de referir o seu papel significativo no apoio e suporte às populações infectadas com TB, no Norte da Etiópia. O estudo concluiu, ainda, que estas associações são fundamentais para a adesão aos programas de prevenção e à conclusão do tratamento. Já num estudo conduzido por Yang, Wu, Guo e Liu (2003) os doentes mencionam como consequências penalizadoras a experiência de isolamento social e a proeminência de afastamento.

Por sua vez, os dados sugerem uma relação íntima entre a percepção de saúde geral e: a satisfação com o suporte social e idade em doentes com TP, em tratamento ambulatório (Antas & Meneses, 2005a). Tocque et al. (2001) referem o desgaste provocado pela doença nas relações interpessoais, apontando como principais causas a restrição de contacto social. Assim, destacam-se os dados que sugerem uma relação íntima entre Satisfação com o Suporte Social e a Ansiedade, Depressão e Afecto Negativo (Antas & Meneses, 2006a).

Tendo em atenção tudo o que foi dito até ao momento (sobre a doença e seus correlatos biopsicossociais), é de supor que a QDV dos doentes possa ficar comprometida com o diagnóstico e terapêutica de TP. Esta é precisamente a temática a explorar de seguida.

3. Qualidade de Vida

3.1. O conceito de Qualidade de Vida

Definição e modelos. “Qualidade de Vida” (QDV) é um conceito abordado por diferentes linguagens, verificando-se uma subtileza conceptual, o que contribui na dificuldade da sua avaliação (Antas & Meneses, no prelo). As origens exactas do constructo tornam-se difíceis de demarcar, no entanto, realça-se uma popularidade crescente no período pós Segunda Grande Guerra Mundial (Bowling, 2001).

Encontram-se, no entanto, referências à QDV já na década de 1920, no contexto das condições laborais e das suas consequências na vida dos trabalhadores (Wood-Dauphinee & Kuchler, 1992, citado por Ribeiro, 2005a). A partir da década de 1960 o conceito foi alvo de um crescente investimento, através da inclusão nos discursos políticos, referente à melhoria das condições de vida (Meneses, Ribeiro, & Silva, 2002).

Para Ribeiro (1994), o conceito de QDV é relativamente recente, tendo sido alvo de inúmeras definições, que foram variando ao longo do tempo, desde a avaliação global de bens e características satisfatórias, até ao nível pessoal de satisfação (necessidades físicas, sociais, psicológicas, estruturais, entre outras) (Dauphinee & Kuchler 1992, citado por Ribeiro, 1994).

Fazendo uma resenha histórica, Ribeiro (1994) destacou três estudos que considera fundamentais para a conceptualização de QDV. O primeiro apontava dois componentes principais (subjectivo ou psicológico, e objectivo ou social), pretendendo desenvolver indicadores que fossem generalizados para toda a população, flexíveis para abranger qualquer estilo de vida, adaptáveis às condições sócio-económicas e políticas e abertas à verificação (Liu, 1975, citado por Ribeiro, 1994).

O segundo estudo socorreu-se de um conjunto de situações hipotéticas (algumas reais e outras imaginadas) em que a pessoa entrevistada mencionava aspectos que considerava serem importantes para a sua vida (abrangendo pessoas de três gerações diferentes) (Flanagan, 1982, citado por Ribeiro, 1994).

O terceiro estudo incidiu sobre uma população jovem, e americana, documentando as experiências desses indivíduos: procedeu-se à descrição da sua QDV em comparação com os padrões pessoais (Campbell, Converse, & Rodgers, 1976, citado por Ribeiro, 1994).

Entre muitas outras, destacam-se definições complementares de QDV: satisfação pessoal global com a vida em geral (Shumaker, Anderson, & Czajkowski, 1990); percepção

única representativa da forma como o doente se sente sobre o seu estado de saúde e outros aspectos não médicos (Gill & Feinstein, 1994). Progressivamente, o conceito tem sido ampliado, englobando o desenvolvimento (quer sócio-económico, quer humano) de uma forma holística, incluindo factores que tenham impacto na vida das pessoas (Bowling, 2001). Assim, a definição de QDV da OMS em 1994 é incontornável. Ela é concebida como:

A percepção de um indivíduo da sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores em que vive e em relação aos seus objectivos, expectativas, padrões e preocupações. É um conceito amplo, afectado de um modo complexo pela saúde física da pessoa, estado psicológico, nível de independência, relações sociais e relação com aspectos salientes do seu meio (Orley, 1994, p. 99).

Podem-se destacar múltiplos modelos para explicar QDV. Segundo Hyland (1992), pode-se representar o conceito através de duas abordagens: “Abordagem Multifacetada” - QDV como um resultado independente e sem ligação entre os indicadores de mortalidade e de morbilidade; e “Abordagem Processual-Causal” - a QDV é afectada pela morbilidade, havendo interações causais entre indicadores de morbilidade e aspectos de dimensão psicológica.

Já Spilker (1990) realça a importância dos valores, julgamentos e crenças pessoais como factores importantes aquando da avaliação da QDV, ou seja, estes “filtram” os aspectos clínicos e aspectos relacionados com a doença e seu tratamento. Destaca-se, ainda, o modelo proposto por Wilson e Cleary (1995), caracterizado por cinco níveis, incluindo variáveis biológicas e psicológicas, sintomas, estado funcional, e por fim, percepção geral de saúde e QDV geral, que são mediados por variáveis intrínsecas (motivação, valores) e extrínsecas (suporte social, psicológico e económico).

Segundo Baker e Smith (1992), a QDV pode ser perspectivada como uma variável multifactorial e disciplinar com um papel de destaque e relevância no campo da saúde. Leventhal e Colman (1997), por sua vez, referem um modelo processual que inclui as representações da doença para o indivíduo, as reacções emocionais e as regras dos processos de pensamento, afectando a importância e o significado da avaliação da QDV.

Novas perspectivas conduziram à identificação de outras dimensões associadas à QDV, como a felicidade, a satisfação com a vida, os afectos positivos; o optimismo e a criatividade (cf. Fagulha, Duarte, & Miranda, 2000). Para além da influência destas dimensões, realça-se, ainda, a pertinência do factor social, destacando-se a rede social de apoio, a integração do indivíduo nas mais variadas células da sociedade, relações interpessoais de amizade, românticas e/ou sexuais, aspectos económico-financeiros e sucesso pessoal (Caplan, 1974, citado por Fagulha et al., 2000).

Veja-se que, a partir de 1975, as avaliações de QDV incorporaram-se, gradualmente, às práticas do sector da saúde. Neste contexto, a QDV pode adquirir um significado mais restrito, crescentemente popularizado em áreas da saúde (Ribeiro, 2005a). Assim, é comum encontrar-se referência a “Qualidade de Vida Relacionada Com a Saúde” (QDVRS) ou o acrónimo inglês *Health Related Quality of Life* (HRQOL/HRQL), estando-lhe subjacente o contexto da saúde e das doenças (dependente da doença do indivíduo).

Existem conceitos muito próximos de QDV. Entre estes, destaca-se em particular o de Estado de Saúde (ES), frequentemente utilizado de forma sobreposta com QDV no sistema de cuidados de saúde (Fries & Spitz, 1990). Deste modo, Gill e Feinstein (1994) dizem não haver um único significado para QDV, referindo a proliferação de sinónimos e de conceitos centrados na avaliação subjectiva do indivíduo. Bullinger, Anderson, Cella e Aaronson (1993) defendem que o termo QDV é mais geral e abrangente do que ES, incluindo maior variedade de condições possíveis de afectar a percepção do indivíduo, não se limitando à sua condição de saúde, mas englobando os seus comportamentos quotidianos, sentimentos...

De facto, assiste-se, actualmente, à falta de consenso sobre o significado da QDV, verificando-se a proliferação de várias correntes de pensamento, e a passagem de uma avaliação baseada em parâmetros objectivos para uma avaliação que privilegia a percepção subjectiva das pessoas (Bowling, 2001). Para Meneses et al. (2002), a proliferação de definições contribuiu, de certa forma, para o enfraquecimento do próprio constructo. Para os autores, o número de domínios considerados e avaliados na QDV é variável,

dependendo, da concepção subjacente e dos objectivos e nível de análise pretendidos.

Perante inúmeras concepções e múltiplos instrumentos de avaliação de QDV, torna-se pertinente destacar aspectos que, de alguma forma, reúnam concordância ou consenso. Assim, actualmente, assume-se a QDV como uma percepção pessoal, intrínseca, subjectiva, com várias dimensões e factores, e com possível variação temporal (Schipper, Clinch, & Powell, 1990). Estes autores destacam assim, características operacionais na avaliação de QDV, tais como a multifactorialidade (múltiplos domínios e experiências); auto-administração (avaliação única do indivíduo); variação temporal (varia de acordo com o tempo); e subjectividade (baseada na percepção intrínseca e pessoal de cada indivíduo).

Simultaneamente, Fleck et al. (1999) defendem três aspectos fundamentais referentes à QDV que foram obtidos através de um grupo de peritos [WHOQOL³ Group]: subjectividade, multidimensionalidade e presença de dimensões positivas e negativas.

Segundo Bowling (2001), actualmente, assiste-se à consideração da integração de vários indicadores, reconhecendo-se a natureza multidimensional da QDV, assentando em três dimensões/percepções basilares: física (condições de vida), psicológica (estado cognitivo e afectivo), e social (papel social e relações interpessoais). No que concerne aos indicadores sociais, Bowling (2001) refere ser fraca a associação entre condições de vida e QDV, explicando que, a partir de determinado limiar de padrão de vida, este deixa de ter influência na percepção do indivíduo. Sugere, em contrapartida, a aposta na utilização de medidas de tipo psicológico que visem a avaliação da auto-realização, auto-estima, “experiência interna”.

Em acréscimo à confusão conceptual, existem medidas de QDV que são denominadas de ES, estado funcional, ou ainda de capacidade de desempenho (RAND, 1993a, 1993b, citado por Meneses, 2005). À falta de consenso conceptual associam-se outros obstáculos ao desenvolvimento e utilização de medidas de QDV: ausência de uma medida padrão “*gold standard*” para comparação na validação e proliferação de modelos de

³ The World Health Organization Quality of Life Assessment.

QDV mais ou menos complexos (Carpay & Arts, 1996, Devinsky et al., 1995, Devinsky et al., 1997, Hermann, 1992, Jacoby, 2000, citados por Meneses, 2005).

Avaliação da QDV. Como refere Ribeiro (1998), observou-se a proliferação de um interesse pela avaliação da QDV e do impacto das doenças e seus tratamentos nas pessoas, assistindo-se, então, ao “alargamento” do conceito resultante da evolução do próprio conceito de saúde.

A QDV pode ser avaliada em geral, ou seja, visando-se todas as dimensões da vida da população (Ribeiro, 2005a), destacando-se a proliferação de dimensões ou domínios de QDV tais como educação, habitação, casamento, vida familiar, relações de proximidade, socialização, entre outros (Campbel et al., 1976, Flanagan 1982, citados por Ribeiro, 2005a).

Ruggeri, Santolini, Stegagno, Imperadore e Dall’Agnola (1999) tomam em consideração a avaliação da QDV em doenças psiquiátricas, representando-se o doente de forma mais holística, promovendo-se a QDV do doente, envolvendo, por exemplo, o doente e a família nas decisões terapêuticas. Ruggeri et al. (1999) defendem, ainda, três indicadores de QDV: económicos, sociais e subjectivos.

As dimensões da QDV devem inclusive, avaliar o impacto de uma condição e sua terapêutica e no funcionamento e bem-estar físico, social e psicológico da pessoa (Meneses et al., 2002). Para os autores, a QDV constitui-se como um objectivo social relevante, quer no ponto de vista de estudos epidemiológicos, ensaios clínicos, prática clínica, entre outros, sem se descurar o contexto de saúde e doenças. Neste contexto, Breier et al. (1998) realçam, na avaliação da QDV, a articulação com medidas médicas e psicológicas, para a condução de uma perspectiva mais completa do estado global funcional de um paciente.

A literatura da especialidade classifica os instrumentos de avaliação da QDV em genéricos e específicos (Guyatt, 1995; Kirshner & Guyatt, 1985). Guyatt (1995) aponta vantagens aos instrumentos genéricos, como a possibilidade de avaliarem,

simultaneamente, várias áreas ou domínios, em diferentes populações, permitindo estabelecer-se comparações entre indivíduos com diferentes patologias. No entanto, a sua maior desvantagem reside no facto de não captarem alterações em aspectos específicos.

No âmbito dos instrumentos genéricos, destacam-se os perfis de saúde Short-Form Health Survey (SF-36), o Nottingham Health Survey (NHP), o Sickness Impact Profile (SIP), o McMaster Health Index Questionnaire (MHQ) e os índices de saúde que avaliam em escalas quantitativas a preferência dos pacientes por um determinado estado de saúde e/ou tratamento (Feeny, Torrance, & Labelle, 1996; Guyatt, Zaten, Feeney, & Patrick, 1989).

Para Guyatt (1995), os instrumentos específicos de avaliação da QDV demonstram a particularidade e a especificidade destinada à avaliação de:

- 1) determinadas doenças (p.e., a diabetes, epilepsia, artrite, entre outras);
- 2) determinadas populações (crianças, adultos, idosos); e
- 3) determinadas funções e/ou capacidades.

A maior vantagem da utilização destes instrumentos reside no facto de serem, clinicamente, mais sensíveis, apesar de não permitirem comparações entre patologias ou enfermidades distintas (Guyatt, 1995).

Progressivamente, assinalam-se aspectos considerados fundamentais na QDV, i.e., o facto de poder ser descrita em termos individuais, abarcar diferentes áreas da vida, promover meios para que a QDV das pessoas possa ser melhorada (Colman, 1987, citado por Ribeiro, 1994). Neste seguimento de ideias, Ribeiro (1994) defende quatro medidas de acção com vista à promoção de QDV, assim, realça-se a avaliação do problema definindo-se as prioridades do indivíduo, o planeamento de cuidados e o envolvimento da família, a implementação de um plano com a colaboração do indivíduo e os técnicos de saúde e, por fim, a avaliação dos resultados e reavaliação do problema (procurando-se ajustar as expectativas e as necessidades do indivíduo em vários domínios).

3.2. Qualidade de Vida na Tuberculose Pulmonar

A TP é uma doença frequentemente associada a outras doenças concomitantes (infecção pelo VIH, diabetes e hepatite) e a factores de risco que facilitam a propagação da infecção em determinados público-alvo (p.e., população toxicodependente, álcoolatra e sem-abrigo), no entanto tal não se constitui como condição *sine qua non* para o desenvolvimento de TP (Oliveira & Filho, 2000). Considere-se, ainda, o facto desta se constituir como uma doença grave e com tratamento de longa duração (6 meses a 12 meses, prolongando-se em casos crónicos e multi-resistentes; DGS, 2006b) com impacto psicossocial considerável.

Assim, tendo em mente o que foi referido sobre QDV, poder-se-á supor que a doença afectará a QDV dos indivíduos (Hansel et al., 2004). No entanto, escassas investigações parecem incidir sobre a avaliação da QDV do ponto de vista dos doentes infectados (Chang et al., 2004; Dion, Tousignant, Bourbeau, Menzies, & Schwartzman, 2004).

Numa investigação realizada por Hansel et al. (2004), os cuidadores formais de indivíduos com TP referiam-se, frequentemente, à gravidade do estado de saúde geral dos doentes devido à concomitância com outras doenças, acrescentando a dificuldade na avaliação da “contribuição” da TB para o estado de saúde geral⁴ dos doentes. Estes, por sua vez, revelaram insatisfação com a falta de vitalidade e a preocupação com os sintomas somáticos da doença; acrescentando, apenas, uma ligeira melhoria na percepção geral de saúde depois das primeiras semanas de tratamento.

Hansel et al. (2004) concluíram, na sua investigação com doentes e cuidadores formais, que a TB afecta todos os domínios da QDV, incluindo a percepção geral de saúde, o domínio da sensação somática, saúde psicológica, bem-estar físico, espiritual e mental e o desempenho de papéis sociais.

⁴ O instrumento usado foi o SF-36 que é, simultaneamente, usado para avaliar os dois constructos (QDV e ES).

Paralelamente, outras investigações referem o domínio somático como um dos mais afectados pela doença (cf. Chang et al., 2004; Marra et al., 2004). No entanto, relativamente ao domínio somático, alguns autores realçam a particularidade da redução da manifestação dos sintomas durante o tratamento, podendo induzir o doente em erro acerca do seu verdadeiro estado de saúde, conduzindo-o, por vezes, ao abandono ou à não conclusão terapêutica (Crofton et al., 1992; Heldal et al., 2003; Murray, 1992).

No seguimento destes estudos, acrescenta-se que autores como Chadha (1997) apontam a pouca incidência de relatos de dor física dos doentes, sendo frequente a descrição de dores torácicas e abdominais aquando na fase de pré-diagnóstico, no entanto, no decorrer do tratamento, essas dores vão diminuindo de frequência e de intensidade, tornando-se quase inexistentes (Chadha, 1997; Crofton et al., 1992; Heldal et al., 2003; Mahadev & Balasangameshwara, 1995). Porém, deve-se realçar relatos de queixas de dores musculares como efeito secundário de medicação, não sendo, todavia, corroboradas univocamente por todos os doentes (Crofton et al., 1992; Mahadev & Balasangameshwara, 1995).

No estudo levado a cabo por Afonin, Begun e Pakhar'kov (2001), a capacidade motora foi, especialmente, visada pelos doentes com TB disseminada, sendo igualmente corroborada por doentes com hipoventilação crónica (alguns com historial de TB) no estudo de Dellborg et al. (2002). Num estudo levado a cabo por Sukhov e Sukhova (2003), os indivíduos com TP apontavam um declínio na QDV, especialmente no que concerne aos aspectos físicos, designadamente em relação à capacidade funcional. Os doentes mencionaram, ainda, a afectação da vitalidade através da persistência de fraqueza e fadiga (Sukhov & Sukhova, 2003).

Por sua vez, num estudo conduzido por Shalaeva, Asmolovskii, Bel'kov e Zaitsev (2004), verificou-se uma melhoria na percepção geral de saúde nos doentes com TP submetidos a intervenção cirúrgica associada à quimioterapia; para os autores, a combinação das duas contribui beneficentemente para a melhoria da QDV dos doentes.

Num estudo conduzido por Rajeswari, Muniyandi, Balasubramanian e Narayanan (2005) existem referências quanto à importância das crenças pessoais dos doentes, que, maioritariamente, concebiam a TB como um “castigo”, “punição” ou resultante de “feitiçaria”. Para os autores, estes factores são de grande relevância, na medida em que contribuem directamente para a não adesão à terapêutica (seja por negação ao tratamento ou não conclusão do mesmo).

O impacto da TB no domínio social parece estender-se a várias esferas da sociedade, incluindo grupos etários distintos, destacando-se, em particular, a população geriátrica (Arora, Singla, & Sarin, 2003). De facto, de acordo com estes autores, o número de idosos tem vindo, a aumentar, ligeiramente, constituindo-se numa preocupação relevante para as autoridades indianas ao constatar um impacto mais nefasto da TB nos doentes idosos. Neste estudo conduzido por Arora et al. (2003), concluiu-se que a população idosa com TB é alvo de discriminação na sociedade, em semelhança aos resultados do estudo de avaliação da TB na população chinesa (Cheng, Liu, & Du, 2004).

Ditiatkov, Tikhonov e Radzevich (2001) defendem a importância de se avaliar a QDV antes e depois do tratamento para a TP, acompanhando o percurso do doente antes e após a terapêutica. De facto, estes autores verificaram diferenças significativas na QDV dos doentes, evidenciando-se melhorias após o tratamento. Outros dados apontam para uma melhoria na QDV dos doentes ao longo do tratamento (Singh, Kajal, Singh, & Verma, 2004). Porém, de Valliere e Barker (2004) referem o impacto negativo na vida dos doentes após tratamento da TP multirresistente, fazendo menção aos danos pulmonares e consequente impacto na capacidade pneumológica e respiratória.

El Khader et al. (2001) avaliaram aspectos clínicos e terapêuticos da TB, defendendo um impacto significativo da doença ao nível da percepção geral de saúde dos doentes aquando do tratamento. Já Gelaw, Genebo, Dejene, Lemma e Eyob (2001) mencionam o impacto social da TP na vida dos doentes, avaliando as consequências sociais e atitudes face à doença na Etiópia. Para os autores, o suporte social desempenha um papel fundamental no sucesso do tratamento.

A TP é considerada uma doença com implicações sociais e económicas profundas (Johansson & Winkvist, 2002; Liefoghe & Munynck, 2001; Tocque et al., 2001), realçando-se as vicissitudes na empregabilidade dos doentes, as repercussões no papel social e familiar, a enorme sobrecarga do ponto de vista financeiro e o ostracismo a que sentem ser votados pela sociedade e pelos próprios familiares (Karyadi et al., 2002). Nesta linha de pensamento, refira-se o carácter estigmatizante da TP, com consideráveis repercussões no papel familiar e no suporte social e familiar (Demissie et al., 2003; Johansson & Winkvist, 2002). Para Rajeswari et al. (2005), a doença tem efeitos mais graves para as mulheres, sendo estas muito penalizadas do ponto de vista emocional, o que se reflecte no seu papel familiar enquanto esposas e mães.

Destaca-se, ainda, o estudo de Tocque et al. (2001), sobre comportamentos de risco para o desenvolvimento de TB. Os autores concluíram que, após tratamento, existe um impacto positivo na alteração de hábitos de saúde, apontando-se o domínio social como um dos domínios mais afectados pela contracção da doença.

Para Hansel et al. (2004) torna-se muito difícil, nalgumas culturas, a separação entre cultura, espiritualidade, religião e a aceitação da doença. As crenças pessoais parecem adquirir um papel importante, na medida em que muitos doentes demonstram desconhecimento em relação à doença e ao tratamento (Gelaw et al., 2001; Promtussananon & Peltzer, 2005), sendo que muitos consideram a TP como um castigo, uma punição de Deus, conferindo-lhe um carácter místico (Rajeswari et al., 2005). Para o autor, a adjectivação da doença contribui, de certa forma, para a proliferação da discriminação, sendo os alvos mais visados, as mulheres e os idosos. As crenças parecem afectar a conclusão do tratamento, realçando-se, deste modo, a pertinência do suporte social sob a forma de associações, “clubes” de TB como meio eficaz no combate à não adesão ao tratamento (Dodor & Afenydu, 2005).

Numa revisão da literatura com base nas referências indexadas na base de dados MEDLINE, entre 2000-2005, sobre QDV de adultos com TB (Antas & Meneses, no prelo), concluiu-se que há um interesse progressivamente maior pela perspectiva do doente em

relação à TB, o que se reflecte nos instrumentos utilizados: SF-36 ($n=5$); Life Quality Questionnaire-100 (LQQ) ($n=1$); Sickness Impact Profile (SIP) ($n=1$); Minnesota Life Heart Failure Questionnaire (MLHFQ) ($n=1$); HADS ($n=1$) e Mood Adjective Check List (MACL) ($n=1$).

Assim, embora pareçam ser escassos os estudos acerca do impacto da doença na QDV dos indivíduos infectados, este constitui-se como um dado praticamente incontestável (Chang et al., 2004; Hansel et al., 2004). Neste contexto, vários domínios são referenciados por Chang et al. (2004) e por Marra et al. (2004) como áreas afectadas, destacando-se o domínio da sensação somática, saúde mental e espiritual, e em particular o domínio social.

É, assim, lógico pensar-se que, na TP se poderiam, progressivamente, desenvolver programas de intervenção mais sensíveis às reais necessidades dos indivíduos em tratamento e, deste modo, facilitar a adesão, conclusão e sucesso terapêuticos (Antas & Meneses, no prelo). É, ainda, de sublinhar que, de acordo com a revisão da literatura efectuada, são escassas as referências a estudos longitudinais sobre a QDV dos doentes, não havendo preponderância de estudos acerca do impacto do TOD/DOTS na QDV dos indivíduos com TP.

Apresenta-se, de seguida, uma reunião de aspectos fundamentais para o estudo, focando-se em especial a QDV em função das variáveis sócio-demográficas e clínicas na TP, e em função das variáveis psicossociais (Ansiedade, Depressão, Afecto Negativo e Satisfação com o Suporte Social).

QDV em função das variáveis sócio-demográficas e clínicas. Segundo Teixeira e Correia (2002), as principais causas de doença e incapacidade a ocorrerem num espaço de 25 anos estarão associadas a factores de risco comportamental, influenciados, por sua vez, por factores sócio-culturais. Os autores defendem a interligação entre fragilidade social e a ocorrência de doenças, dentro das quais se destaca a TB. Estas situações de fragilidade envolvem a ligação do indivíduo ao meio social, destacando-se a situação de debilidade económica e de pobreza, que são paralelos ao desemprego e ao insucesso escolar (Teixeira

& Correia, 2002). Assim, o estatuto sócio-económico encontra-se relacionado com a saúde e a mortalidade, uma vez que um baixo estatuto tornaria o indivíduo mais vulnerável a situações indutoras de *stress* e à exposição a comportamentos de risco (Catalano, 2000, citado por Teixeira & Correia, 2002).

No seguimento destas ideias, Cavelaars et al. (1997, citado por Teixeira & Correia, 2002) realçam a ligação de uma condição sócio-económica precária à exposição à poluição, a regimes alimentares deficientes, a condições precárias de habitação, a comportamentos como o tabagismo, alcoolismo, sedentarismo, a situações consideráveis de *stress*.

Mais especificamente, a pobreza encontra-se associada à contracção de doenças infecciosas (Teixeira & Correia, 2002). Paralelamente, os indivíduos que reúnam aspectos de fragilidade social encontram-se mais facilmente sujeitos à influência prejudicial do *stress* ao encontrarem-se envolvidos num estilo de vida menos saudável, e com menos comportamentos protectores de saúde (Ribeiro, 1999a; Teixeira & Correia, 2002). De acordo com os autores, ao mesmo tempo, denota-se uma carência de informação sobre a saúde, doenças e recursos, para além do acesso precário aos próprios sistemas de saúde. De acordo com um estudo levado a cabo por Duyan et al. (2005), verificou-se uma relação significativa entre as condições sócio-económicas e a QDV de doentes com TB. Os autores concluíram que os doentes com menor estatuto sócio-económico apontam um impacto mais negativo ao nível da QDV, apresentando, ainda, maior sintomatologia psicopatológica.

Segundo Meneses (2005) as variáveis sócio-demográficas mais investigadas são a idade e o sexo, embora a escolaridade, estado civil e situação profissional sejam, frequentemente, utilizados como indicadores de QDV. Em geral, a avaliação das variáveis sócio-demográficas é feita através de entrevistas ou questionários ao participante, ou ao familiar próximo, sendo desenvolvidos para cada investigação (Meneses, 2005).

Relativamente à TB, Rajeswari et al. (2005) defendem a importância de se proceder à inclusão de mulheres nestes estudos. De acordo com estes autores, existem diferenças na QDV em função do género. Erdem e Tasci (2003) defendem haver um impacto da doença

mais negativo e acentuado nas mulheres, o que se reflecte num maior impacto negativo na QDV das mulheres com TP (Erdem & Tasci, 2003; Johansson & Winkvist, 2002; Rajeswari et al., 2005). Relativamente à idade realçam-se estudos (Arora et al., 2003) que apontam para um maior impacto na QDV dos indivíduos com TP com idades mais avançadas, tendo-se em especial consideração a população geriátrica (Arora et al., 2003; Cheng et al., 2004; Leung et al., 2002).

A literatura aponta para a existência de patologias associadas à TP, destacando-se, em particular o alcoolismo, tabagismo, toxicoddependência, SIDA/VIH, silicose, diabetes, insuficiência renal (Chadha, 1997; DGS, 2006a; Menezes et al., 2001). Deste modo, as variáveis clínicas de interesse para o estudo dividem-se nos meios de detecção e provas realizadas (i.e., Meio de Diagnóstico, Vacinação/Provas e Exames), factores de risco, patologias associadas e encaminhamento.

Para a OMS (2006a), existe um desnivelamento de tratamento para os problemas de saúde física e mental na população pobre, constituindo-se num grave problema. Veja-se que a TP é ainda associada a fenómenos de exclusão social e de condições sócio-económicas vulneráveis (Chandrasekhar, 1988; Jagota, 1999; Preetish et al., 2004). Por sua vez, a ansiedade o *stress*, a depressão, a falta de auto-estima, o suicídio encontram-se entre os efeitos da saúde debilitada e estão entre os efeitos da pobreza, destacando-se a associação entre o alcoolismo, toxicoddependência e VIH/SIDA (DGS, 2006a).

A OMS (2006b) aponta para a associação entre perturbações mentais e comportamentais e o alcoolismo, e em aspectos mais controversos, com o tabagismo, sendo que as pessoas com perturbações mentais apresentam duas vezes maior possibilidade de fumar do que as outras.

De acordo, com a OMS (2006b) o uso de tabaco e do álcool aparece como um facilitador na utilização de outras drogas, podendo contribuir para um processo de escalada do uso de substâncias aditivas e para a porta de entrada de doenças delas derivadas. Efectivamente, as drogas injectáveis implicam um risco considerável de infecções como a

hepatite nas formas B e C, o VIH e a TB (Murray, 2002). Embora a co-morbilidade na TP seja evidente (DGS, 2006a; Menezes et al., 2006) e a sua dissociação seja difícil não se deixa de ter em consideração o facto de poder influenciar a avaliação “exclusiva” da TB na QDV dos doentes (Hansel et al., 2004).

QDV em função das variáveis psicossociais. Num relatório da OMS (2006a) sobre a avaliação do peso das perturbações mentais e comportamentais constatou-se um impacto considerável na QDV dos indivíduos e das suas famílias. Veja-se que na TP os indivíduos não apresentam, somente, sintomas inquietantes derivados da condição física geral, mas também sofrem por estarem incapacitados para o exercício da actividade profissional e de algumas actividades de lazer que envolvem o contacto directo (restrição de contacto social em período de contágio) com outras pessoas (Ailinger & Dear, 1997; Bertolli-Filho, 2000; Costa et al., 1999). De acordo com estes autores, os doentes preocupam-se em não poderem arcar com todas as responsabilidades sociais (amigos e família), o que contribui para o desenvolvimento de transtornos psiquiátricos (Trenton & Curier, 2001).

Segundo a OMS (2006a), as afecções neuropsiquiátricas situam-se entre as principais vinte causas de incapacidade, destacando-se em particular as perturbações do humor (depressivas unipolares, perturbações afectivas bipolares), as perturbações pela utilização do álcool, e as perturbações da ansiedade, entre outras.

Autores como Markowitz, Weissman, Ouellette, Lish e Klerman (1989) apontam a influência negativa da sintomatologia ansiosa na QDV dos indivíduos, pelo que se torna essencial o desenvolvimento de intervenções com vista a atenuar o seu impacto na QDV. Assim, tendo em consideração a “variação” da QDV em função dos transtornos psiquiátricos, Godoy e Godoy (2002) apresentaram um programa de reabilitação pulmonar através de uma abordagem multidisciplinar com vista a reduzir os níveis de ansiedade e depressão de indivíduos com doença pulmonar obstrutiva crónica. Concluíram que a abordagem multidisciplinar contribuiu significativamente para a redução dos níveis de ansiedade e depressão e para uma melhoria na QDV dos doentes. Veja-se que, apesar de serem muito comuns os sintomas depressivos nos doentes, são raramente detectados em

algumas especialidades médicas, comprometendo a QDV do indivíduo e a sua recuperação (Bendtsen & Hornquist, 1992). Acrescente-se que dos vários parâmetros psicológicos com impacto na QDV, a depressão, o medo e a ansiedade, são dos mais estudados (Schipper et al., 1990), sendo que, efectivamente, a depressão aparece como um componente importante para a QDV, apontando-se de igual modo o afecto negativo - sendo o melhor preditor de QDV numa amostra de indivíduos com epilepsia focal (Meneses, 2005).

As queixas mais acentuadas e agravadas pelo isolamento são, frequentemente, evidenciadas pelos doentes internados com TP (Yamagishi et al., 2002). Os mesmos autores realizaram um estudo com doentes hospitalizados, que apontaram como principais problemas a restrição pessoal de deslocação e o forte isolamento. Parece haver um impacto significativo na QDV dos doentes aquando da hospitalização (Duyan et al. 2005). Por outro lado, doentes transitados para tratamento ambulatório apontam melhorias na QDV (especialmente no domínio social) (Guryleva & Gerinova, 2002). No entanto, os doentes reportam-se ao receio de contágio a outras pessoas (Guryleva & Gerinova, 2002; Sukhov & Sulhova, 2003) e ao considerável impacto económico da TB nas suas vidas, mesmo nos países incluídos pelo DOTS (Chang et al., 2004).

Por sua vez, Gracia (1998) aponta a natureza correlacional da maioria dos estudos envolvendo o suporte social, não se extrapolando para relações de causalidade; no entanto estes não deixam de se constituir como fundamento para a justificação da relação entre esta variável e outras no domínio da saúde (mental, física, entre outras). Assim, sustenta-se a utilidade desta variável psicossocial: tome-se em consideração a relação positiva entre suporte social e saúde física (Gracia, 1998); a moderação do suporte social nos efeitos negativos do *stress* (Ribeiro, 1999a); a relação entre o suporte social e o acesso a relações de intimidade, associando-se com o bem-estar e a ausência de depressão (Ornelas, 1996).

Destaca-se, então, o impacto do suporte social na prevenção e na atenuação de perturbações psicológicas. Progressivamente, tem vindo a aumentar o interesse quer pela compreensão do papel do suporte social, quer pela sua relação com factores biopsicossociais e resultados de tratamentos de doenças (Silva et al., 2003). O suporte

social apresenta-se como uma variável de grande utilidade se se tiver em consideração resultados anteriores que constatarem o seu papel na QDV de doentes com diabetes (Nunes, 1999; Silva et al., 2003) e na doença oncológica (Santos, 2006).

Como corolário, progressivamente, tem vindo a consolidar-se o interesse pelo estudo de variáveis psicossociais nas doenças crónicas (Meneses, 2005), nomeadamente nas doenças respiratórias crónicas, adquirindo um papel fundamental na reabilitação e na promoção da QDV/ES dos doentes (Buchi et al., 1997; Dellborg et al., 2002). É neste contexto que surge o estudo que de seguida se apresentará.

4. Contributo Empírico

4.1. Objectivos e variáveis do estudo

Em síntese, pode-se afirmar que a TP constitui-se como uma doença estigmatizante, repercutindo-se no papel familiar, mais especificamente, ao nível do suporte social (Rajeswari et al., 2005), que se apresenta como um aspecto fundamental na adesão à terapêutica (Marra et al., 2004). Compreende-se, também, que possa haver um impacto considerável da doença e sua terapêutica sobre a saúde mental dos indivíduos, o que vai de encontro aos frequentes relatos de medo e depressão dos doentes (Trenton & Currier, 2001). É ainda de sublinhar que as perturbações afectivas podem desempenhar um papel de destaque no tratamento da TB (Trenton & Currier, 2001) e noutras doenças respiratórias crónicas (p.e. Dellborg et al., 2002). No seguimento desta linha de pensamento, acrescente-se os contributos de Hansel et al. (2004), sublinhando a importância da inclusão de familiares no processo de tratamento, de modo a atenuar o efeito da doença na saúde mental/psicológica do doente.

Paralelamente, convém lembrar que a ênfase da investigação no âmbito da TP ainda se concentra, essencialmente, na prevenção da mesma e na epidemiologia, incidindo escassamente sobre a QDV dos indivíduos (Antas & Meneses, no prelo). No entanto, o seu estudo torna-se cada vez mais relevante e proeminente (cf. Chang et al., 2004).

Deste modo, tendo em consideração a revisão da literatura e o enquadramento teórico apresentado, bem como a utilidade prática dos resultados (intervenção), prefigura-se pertinente atingir os seguintes objectivos (deste estudo):

- 1) Conhecer a percepção de QDV de (um grupo de) indivíduos com TP em tratamento ambulatório;
- 2) Conhecer os seus níveis de Afecto Negativo (Ansiedade e Depressão);
- 3) Conhecer os seus níveis de Satisfação com o Suporte Social;
- 4) Explorar a relação entre QDV e variáveis sócio-demográficas;
- 5) Explorar a relação entre QDV e variáveis clínicas;
- 6) Explorar a relação entre QDV e Afecto Negativo (Ansiedade e Depressão);

- 7) Explorar a relação entre QDV e Satisfação com o Suporte Social;
- 8) Identificar os melhores preditores psicossociais da QDV destes indivíduos;

Atingir os objectivos propostos permitirá obter informação particularmente útil, já que pode servir de base para a elaboração de planos de intervenção que visem a promoção da QDV dos indivíduos com TP. Assim sendo, as variáveis do presente estudo são:

- 1) Sexo, Idade, Estado Civil, Profissão, Situação Profissional e Escolaridade (variáveis sócio-demográficas de caracterização da amostra; cf. Anexo A);
- 2) Tempo de Tratamento, Meio de Diagnóstico utilizado, Vacinação e Provas efectuadas, Exames realizados, Factores de Risco presentes, Patologias Associadas, Encaminhamento realizado (variáveis clínicas de caracterização de amostra, cf. Anexo B);
- 3) QDV (variável central do estudo), operacionalizada em Função Física, Desempenho Físico, Dor Corporal, Saúde em Geral, Vitalidade, Saúde Mental, Desempenho Emocional, Função Social e Transição de Saúde.
- 4) Afecto Negativo (Ansiedade e Depressão); e
- 5) Satisfação com o Suporte Social.

De seguida, apresenta-se o “caminho percorrido” após a selecção dos objectivos (e variáveis) supra-citados.

4.2. Método

4.2.1. Participantes

De acordo com os critérios de inclusão no estudo, todos os doentes haviam tido a confirmação do diagnóstico clínico da variante exclusiva de TP (i.e., excluindo-se outras variantes clínicas de TB), encontravam-se pela primeira vez a realizar tratamento (entre o primeiro e o sexto mês), e não sofriam de perturbações que impedissem a aplicação do protocolo de avaliação. Procurou-se assegurar, junto da equipa de cuidados de saúde, que os doentes não se encontrassem a tomar medicação psiquiátrica ou outra, que pudesse afectar o Sistema Nervoso Central (SNC).

Qualidade de Vida de Indivíduos com Tuberculose Pulmonar em Tratamento Ambulatório

De acordo com o levantamento prévio efectuado, optou-se por avaliar os “casos novos” e em tratamento ambulatório, abrangendo as suas especificidades (TOD, deslocação diária aos CDP’s), excluindo-se recidivas e casos multirresistentes (i.e., de maior gravidade) e ainda indivíduos com VIH/SIDA, na medida em que o tratamento para indivíduos com VIH/SIDA não é, preferencialmente, da competência dos CDP’s, sendo delegado, maioritariamente, aos hospitais. Ao mesmo tempo, avaliar estes doentes poderia dificultar a clarificação do impacto da TB na QDV, visto apresentarem características muito específicas, em especial em termos de recidiva e de medicação (coordenação da medicação para a TP e retroviral para o VIH) (Furin et al., 2001).

Embora a amostra apresentasse comorbilidade, i.e., patologias associadas à TP (Oliveira & Filho, 2000), verificou-se que em todos os casos se mantinha, aquando da avaliação, o esquema geral de medicação (RHZ). Ainda que o número de mulheres infectadas tenda a ser inferior ao dos homens (Crofton et al., 1992), optou-se por avaliar indivíduos de ambos os sexos.

Assim, foram avaliados 95 indivíduos, sendo que 60% eram do sexo masculino, com uma idade média de 41,60 anos ($DP=13,72$; 21-65) e com uma escolaridade média de 6,31 anos ($DP=2,71$; 0-12). Denota-se, de acordo com a Tabela 1, uma variabilidade considerável em termos de estado civil e de situação profissional.

Tabela 1

Caracterização sócio-demográfica da amostra

Variáveis sócio-demográficas	n (N=95)	%
Sexo		
Masculino	57	60,00
Feminino	38	40,00
Estado civil		
Solteiro/a	40	42,11

Qualidade de Vida de Indivíduos com Tuberculose Pulmonar em Tratamento Ambulatório

Variáveis sócio-demográficas	n (N=95)	%
Casado/a	42	44,21
União de facto	4	4,21
Divorciado/a	5	5,26
Separado/a	1	1,05
Viúvo/a	3	3,16
Situação Profissional ⁵		
Empregado/a a tempo inteiro	22	23,16
Empregado/a a tempo parcial	8	8,42
Desempregado/a	46	48,42
Reforma antecipada	1	1,05
Reforma não antecipada	3	3,16
Pensão de invalidez	0	0,00
Doméstico/a	12	12,63
Estudante	2	2,11
Trabalhador/a-estudante	1	1,05

Em termos clínicos, a duração média do tratamento era na altura de 3,11 meses ($DP=1,01$; 1-6). De acordo com a Tabela 2, denota-se uma variabilidade clínica considerável na amostra. Realça-se o factor de risco mais, frequentemente, contemplado na TB: dependência alcoólica (48,4%) (Crofton et al., 1992, Oliveira Filho, 2000). Houve ainda referências a outras doenças como leucemia, cancro e anorexia.

⁵ A ausência de dados relativos à Profissão justifica-se com a dispersão pelas possibilidades verificadas.

Qualidade de Vida de Indivíduos com Tuberculose Pulmonar em Tratamento Ambulatório

Tabela 2

Caracterização clínica da amostra

Variáveis clínicas	n (N=95)	%
Meio de Diagnóstico		
Rastreio Passivo/sintomas	77	81,05
Rastreio de Contactos	18	18,95
Rastreio de Outros Grupos	0	0,00
Rastreio 10-13 anos	0	0,0
Vacinação e provas – tem BCG	75	78,95
Não tem BCG	20	21,05
Prova de Mantoux Actual	95	100
Radiografia do Tórax	95	100
Exames		
Microscopia Inicial positiva	94	98,95
negativa	1	1,05
desconhecida	0	0,00
Cultura Inicial positiva	1	1,05
negativa	1	1,05
desconhecida	93	97,89
Exame Anátomo-patológico positivo	0	0,00
negativo	1	1,05
desconhecido	94	98,95

Qualidade de Vida de Indivíduos com Tuberculose Pulmonar em Tratamento Ambulatório

Variáveis clínicas	n (N=95)	%
Factores de risco		
Dependência alcoólica	46	48,42
Dependência de Drogas IV	0	0,00
Dependência de outras Drogas	1	1,05
Sem abrigo	0	0,00
Residência Comunitária	2	2,11
Outro factor de risco	0	0,00
Patologias associadas		
Infecção por VIH	0	0,00
Hepatite B	6	6,32
Hepatite C	10	10,53
Diabetes	26	27,37
Insuficiência renal crónica	4	4,21
Outras	2	2,11
Encaminhamento		
Internamento	27	28,42
Centro de Saúde	68	71,58
Iniciativa própria	0	0,00

Legenda: Drogas IV-Narcóticos (ópio e seus derivados - heroína, morfina e codeína)

Aquando da avaliação, 98,9% dos indivíduos havia realizado o exame de microscopia inicial (positivo), sendo, no entanto, que a maioria desconhecia a realização ou os

resultados da cultura inicial (97,9%) e do exame anátomo-patológico (98,9%).

4.2.2. Material

Questionários Sócio-Demográfico e Clínico. Desenvolveu-se, para o presente estudo, um questionário sócio-demográfico (cf. Anexo A), abarcando as variáveis sexo, idade, estado civil, profissão, situação profissional e escolaridade (6 itens). O desenvolvimento do questionário clínico teve por base uma adaptação da ficha de registo de caso para a TB⁶ e instrumentos análogos existentes, bem como a discussão com peritos. Devido à pertinência dos factores de risco e comorbilidade associados à TB (Oliveira & Filho, 2000), optou-se por acrescentar as variáveis “patologias associadas” e “factores de risco” (6+6 itens; cf. Anexo B).

Questionário de Qualidade de Vida. Para avaliação da QDV, optou-se pelo SF-36, desenvolvido por Ware e Sherbourne (1992), no âmbito do MOS, e validado por Ferreira (2000a, 2000b) para a população Portuguesa. Recorreu-se ao SF-36v1 (versão 1) (Ferreira 2000a, 2000b; Ribeiro, 2005b) pelo facto de, na revisão da literatura efectuada, haver maioritariamente recurso a este instrumento para avaliação da QDV na TB (Antas & Meneses, no prelo). Paralelamente, para maior facilidade de comparação dos resultados a ser obtidos neste estudo com os obtidos em estudos com outras doenças, nomeadamente respiratórias, recorreu-se à versão menos recente do SF-36v1 (cf. Anexo C).

O SF-36v1 é constituído por 36 itens, distribuídos por oito dimensões: Função Física; Desempenho Físico; Dor Corporal; Saúde em Geral; Saúde Mental; Desempenho Emocional; Função Social; e Vitalidade, fornecendo, assim, oito indicadores diferentes que oscilam entre 0 e 100, indicando este último valor melhor QDV/ES (Bowling, 2001; Ferreira, 2000a, 2000b; Ribeiro, 2005b). Segundo os autores, a Função Física é composta por 10 itens, medindo a limitação para a execução de actividades físicas desde as menos exigentes às mais extenuantes. Por sua vez, as dimensões Desempenho Físico (4 itens) e

⁶ Formulário 1- Mod. 145.10 /DGS 2000 Programa Nacional de Tuberculose (PNT) - DGS - Ministério da Saúde.

Desempenho Emocional (3 itens) medem limitações ao nível da saúde dos indivíduos em termos da execução de trabalho.

A Dor Corporal (2 itens) engloba a intensidade da dor e o seu impacto nas actividades normais dos indivíduos. A Saúde em Geral (5 itens) procura avaliar a percepção geral da saúde, incluindo resistência à doença, aparência saudável e saúde actual. Já a Vitalidade (4 itens) engloba níveis de fadiga e de energia, captando as diferenças de bem-estar. A Função Social (2 itens) mede as relações interpessoais, através das actividades sociais e do seu impacto nos problemas emocionais e físicos. Por último, a Saúde Mental (5 itens) mede ansiedade, depressão, bem-estar psicológico e perda de controlo. As oito dimensões podem ser, ainda, agrupadas em duas componentes: Física e Mental, obtidas através de análise factorial dos componentes principais; destaca-se, por fim, o item de Transição de Saúde (segundo item do questionário) que deve ser considerado paralelamente a estes indicadores (Ferreira, 2000a, 2000b; Ribeiro, 2005b).

Este instrumento é considerado como uma medida genérica, sendo considerado por Bowling (2001) uma medida de avaliação do ES e da QDV, permitindo, ainda, detectar melhorias na QDV após a intervenção. Trata-se de um instrumento com boas qualidades psicométricas (valores de fiabilidade elevados e bons valores de validade) (Chamla, 2004; Dion et al., 2005). A versão Portuguesa apresenta, igualmente, boas qualidades psicométricas (Ferreira, 2000a, 2000b; Ribeiro, 2005b).

A literatura revista aponta para um claro domínio do SF-36 como instrumento de avaliação da QDV na TB. Embora tenha demonstrado resultados favoráveis em vários estudos (p.e., Chamla, 2004; Dion et al., 2004; He, He, & Lin, 2005), realça-se a importância de se desenvolver um instrumento específico para avaliação da QDV na TB que consiga abarcar as especificidades da doença e tratamento, que um instrumento genérico, por si só, não detecta (Bowling, 2001; Chang et al., 2004; Marra et al., 2004). Por isso foi desenvolvido, para o presente estudo, com base na literatura revista e em discussões com peritos em TB e QDV, um módulo específico (para avaliar a QDV na TP), procurando servir de complemento ao SF-36v1, abarcando especificidades da doença e do

tratamento ambulatório para a TP (cf. Anexo D).

Assim, o Módulo⁷ específico criado, com 5 opções de resposta e 23 itens, foca o grau de informação relativo à TP e respectivo tratamento (TB.12, com 3 itens); aspectos relativos ao tratamento ambulatório - deslocação diária, medicação, longevidade do tratamento (TB.13, com 4 itens); efeitos colaterais da medicação (TB.14 com 9 itens) e alterações de hábitos de saúde dos doentes, devidas ao tratamento (TB.15 com 7 itens).

Escala de Ansiedade e Depressão Clínica - Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). Para avaliação da Ansiedade, Depressão e Afecto Negativo recorreu-se à HADS (Zigmond & Snaith, 1983; cf. Anexo E) que apresenta 14 itens (7+7), fornecendo três indicadores: Ansiedade, Depressão (ambas de 0 a 21) e Afecto Negativo (0-42), sendo que o valor mais elevado indica sintomatologia máxima (Johnston, Pollard, & Hennessey, 2000; Zigmond & Snaith, 1983). A HADS tem sido um instrumento recorrente na avaliação das variáveis Depressão e Ansiedade em doenças crónicas, citando-se, por exemplo a possibilidade de oferecer orientação em termos terapêuticos, entre muitas outras características que justificam a sua utilização (Meneses, 2005).

No estudo de Arnstein, Stordal e Dahl (2001), para avaliar as propriedades psicométricas da escala, numa população alargada, concluiu-se que a HADS apresenta boas qualidades psicométricas, devendo ser considerado um instrumento muito bom em termos de estrutura factorial, homogeneidade entre os itens e consistência interna. Também Herrmann (1997) defende que a escala tem boa aplicação em pacientes quer com problemas somáticos e/ou mentais, apresentando boa sensibilidade, semelhante a outros instrumentos de auto-relato.

A escala tem como objectivo fornecer ao clínico, em separado, indicação sobre os estados de ansiedade e de depressão (Snaith & Protheroe, 1995). A HADS pode, então, ser dividida em duas componentes: HADS-Ansiedade e HADS-Depressão, baseadas na

⁷ Neste momento decorre o estudo das propriedades psicométricas do Módulo, sendo que as respostas obtidas foram tratadas como dados ordinais.

Clinical Anxiety Scale e no Present State Examination; a primeira permite o enfoque no estado geral de ansiedade, englobando comportamento, cognição e humor (Snaith, 1993), enquanto, a segunda foca a anedonia e fadiga (Snaith, 1992).

O estudo da versão Portuguesa oficial esteve a cargo de Ribeiro et al. (2006), sendo que esta tem sido utilizada em diversas doenças crónicas (p.e., Meneses, 2005; Silva et al., 2003). Segundo Ribeiro et al. (2006) a versão Portuguesa da HADS apresentou boas qualidades psicométricas, similares a outras validações internacionais, medindo de igual forma os mesmos indicadores (Ansiedade, Depressão e Afecto Negativo) que a escala original. Noutras versões, a HADS tem sido utilizada em doenças respiratórias crónicas (Dellborg et al., 2002; Dowson et al., 2001; Wu, Chan, & Ma, 2005). Doentes com doença pulmonar obstrutiva crónica, durante o período de reabilitação, apresentaram níveis significativos de ansiedade e de depressão, de acordo com a HADS (Dowson et al., 2001).

Escala de Satisfação com o Suporte Social. A Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS; cf. Anexo F) é um instrumento da autoria de Wethington e Kessler (1986), tendo sido validado para a população Portuguesa por Ribeiro (1999a). Trata-se de um questionário de auto-resposta, que possui 15 itens distribuídos por quatro dimensões ou factores: Satisfação com Amigos (5-25), Intimidade (4-20), Satisfação com a Família (3-15) e Actividades Sociais (3-15)), fornecendo ainda um quinto indicador: Satisfação Global (15-75) - nota total da escala, resultante da soma da totalidade dos itens. Assim, uma nota mais alta traduz uma satisfação de maior suporte social (Ribeiro, 1999a).

Segundo Ribeiro (1999a), o primeiro factor, Satisfação com Amigos mede a satisfação com amigades, enquanto a Intimidade mede a percepção de suporte social de foro íntimo. A Satisfação com a Família mede a satisfação com as relações familiares e o suporte familiar existente, sendo que o quarto e último factor, designado de Actividades Sociais, mede a satisfação com a realização de actividade sociais. Por fim, o indicador Satisfação Global mede a satisfação em geral. A escala apresenta, ainda, boas propriedades psicométricas, confirmando-se a sua validade na avaliação da satisfação com o suporte social em contextos de saúde (Ribeiro, 1999a). Consequentemente, destacou-se

como uma boa opção para o presente estudo. Esta escala tem sido utilizada em doenças crónicas, p.e., na doença oncológica (Santos, 2006).

4.2.3. Procedimento

A aplicação dos protocolos de avaliação decorreu entre Outubro de 2005 e Março de 2006, nos CDP's do Porto e de Vila Nova de Gaia, em contexto de entrevista individual.

Contacto com os participantes. Em primeiro lugar, procedeu-se à selecção dos participantes. Esta coube às enfermeiras que, através da consulta do boletim de cada doente, seleccionavam os que preenchiam os critérios de inclusão no estudo. O primeiro contacto com os doentes ocorria na sala de enfermagem dos CDP's, sendo que estes eram conduzidos, caso manifestassem interesse em participar no estudo, para os gabinetes médicos. Aí procedia-se aos esclarecimentos relativos à investigação, sendo providenciado de seguida o consentimento informado (Anexo G).

Assim, foram explicados os objectivos do estudo, o procedimento e duração aproximada da participação; proporcionaram-se sempre situações de esclarecimento, através da resposta a questões sobre a investigação, tendo-se em especial atenção a possibilidade da cessação da participação dos indivíduos caso achassem conveniente. Foi discutida a confidencialidade dos dados e o acesso aos processos clínicos.

Recolha de dados. A recolha de dados ocorreu nos gabinetes médicos dos CDP's do Porto e de Vila Nova de Gaia, durante as manhãs, devido à maior afluência de utentes. Ao mesmo tempo, com esta padronização, neutralizar-se-ia a possível influência do período do dia, especificamente em termos de depressão e ansiedade.

O gabinete médico onde teve lugar a recolha de dados tinha todas as condições necessárias para a adequada administração do protocolo. Asseguraram-se as condições de luminosidade e de conforto, na medida em que se dispôs sempre de secretária (cf. Ware,

1993) e de todos os elementos auxiliares e constituintes de um gabinete médico. Teve-se em consideração a manutenção das condições ambientais com que os doentes estavam familiarizados, pois frequentemente tinham consulta médica no mesmo gabinete em que decorreu a avaliação, ou noutro(s) similar(es).

Foi desenvolvido um guião padronizado para aplicação do protocolo a todos os participantes, cabendo à autora do estudo a administração e cotação dos instrumentos utilizados, diminuindo, assim, o impacto de múltiplos investigadores na fidelidade (Perrine, 1993b, Perrine et al., 1995, Spilker, 1990, citados por Meneses, 2005). Deste modo, qualquer dúvida acerca do significado das questões colocadas poderia ser mais facilmente resolvida.

De acordo com o protocolo, tinha lugar a administração, sequencial, do Questionário Sócio-Demográfico, do SF-36 e Módulo específico da TP, da HADS e da ESSS. O Questionário Clínico era posteriormente preenchido, pela autora do estudo, com a colaboração da equipa de cuidados de saúde. A administração do protocolo decorreu através de entrevista individual, com duração aproximada de 35 minutos.

O preenchimento do Questionário Sócio-Demográfico implicou uma entrevista individual, que era sucedida pela administração assistida dos restantes instrumentos, devido às características sócio-demográficas (esperadas) dos participantes, especificamente no que concerne ao grau de escolaridade. As fichas com os dados clínicos juntaram-se, posteriormente, aos protocolos preenchidos (todos tinham código).

No final da administração do protocolo, agradecia-se ao doente a sua participação e colaboração no estudo. Para garantir total confidencialidade dos dados, estes foram guardados em lugar seguro (Ribeiro, 1999a).

Cotação dos instrumentos. A categorização das respostas relativas às variáveis sócio-demográficas e clínicas estão presentes no Questionário Sócio-Demográfico (cf. Anexo A) e no Questionário Clínico (cf. Anexo B).

Para avaliar a QDV, procedeu-se à cotação do SF-36, seguindo-se os passos contidos no estudo de adaptação Portuguesa do SF-36v1 (Ribeiro, 2005b). Assim, transformaram-se os valores obtidos em 8 indicadores de QDV: Função Física, Desempenho Físico, Desempenho Emocional, Dor Corporal, Saúde em Geral, Saúde Mental, Função Social e Vitalidade, com valores compreendidos entre 0 e 100, indicando este último valor melhor QDV/ES (Ferreira, 2000a, 2000b).

No que concerne ao item de Transição de Saúde (item 2), de acordo com o manual (Ribeiro, 2005b), as respostas obtidas foram tratadas como dados ordinais, referindo-se a percentagem de respostas correspondente a cada opção de resposta, sendo de igual forma estabelecido este procedimento para as respostas ao Módulo específico para a QDV na TP.

Para avaliar a Depressão, a Ansiedade e o Afecto Negativo, procedeu-se à cotação de cada item da HADS de zero a três, somando-se os itens da sub-escala Ansiedade e da sub-escala Depressão (Zigmond & Snaith, 1983). De acordo com Snaith e Zigmond (1994), e com estudos posteriores (p.e., Snaith, 2002), a interpretação dos resultados obtidos nas sub-escalas pode ser feita da seguinte forma, sob a forma de *cut-offs*: valores compreendidos entre 0-7 normal; 8-10 sintomatologia baixa; 11-14 moderada e 15-21 grave. Embora não sendo consensual o Afecto Negativo (0-42) foi calculado somando-se todos os itens da HADS, sendo que o valor mais elevado indica também sintomatologia máxima (Johnston et al., 2000).

Por fim, o valor total da ESSS é obtido através da soma da totalidade dos itens (15), sendo que a cotação das subescalas também implica a soma dos itens correspondentes (Ribeiro, 1999a). Para a nota total da escala (Satisfação Global) os valores estão compreendidos entre 15 e 75, sendo que à nota mais alta corresponde maior satisfação de suporte social. É de notar que o SF-36v1, a HADS e ESSS não são sempre cotados de mesma forma, i.e., há itens que devem ser antes de tudo, invertidos.

4.3. Resultados

4.3.1. Caracterização psicossocial da amostra

1) No que toca o 1º objectivo do presente estudo - **Conhecer a percepção de QDV de (um grupo de) indivíduos com TP em tratamento ambulatório** - é de referir que não houve dados omissos em qualquer escala do SF-36v1. Na Tabela 3 apresentam-se os valores médios, desvio-padrão e amplitude dos resultados obtidos nas diferentes escalas.

Tabela 3

Valores obtidos no SF-36v1 (QDV)⁸

Dimensões do SF-36	Média	DP	Amplitude
Função Física	66,05	21,02	0-100
Desempenho Físico	25,26	27,89	0-100
Dor Corporal	93,82	14,99	22-100
Saúde em Geral	44,00	18,30	10-97
Vitalidade	36,00	14,86	10-80
Saúde Mental	39,49	15,35	12-88
Desempenho Emocional	25,26	33,58	0-100
Função Social	38,68	23,98	0-100

Como se pode verificar pela Tabela 3, denota-se que o valor menor possível (zero) foi atingido nas escalas de Função Física, Desempenho Físico, Desempenho Emocional e Função Social. Ao mesmo tempo, verifica-se que o valor máximo (100) foi, igualmente, atingido nas mesmas escalas, bem como na escala Dor Corporal. Os valores médios de

⁸ Em relação aos indicadores do SF-36v1 presentes na Tabela 5, realça-se que estes estão codificados de forma que valores mais elevados correspondem a melhor QDV.

Qualidade de Vida de Indivíduos com Tuberculose Pulmonar em Tratamento Ambulatório

QDV oscilaram consideravelmente (25,26 - Desempenho Físico e Emocional - e 93,82 - Dor Corporal), sendo que, com a exceção da Função Física e Dor Corporal, os valores médios obtidos são inferiores a 50.

No item Transição de Saúde do SF-36v1 (item 2), constatou-se uma oscilação considerável nas opções de resposta: 2,1% dos indivíduos respondeu que o seu estado geral actual estava “Muito melhor”, 7,4% “Com algumas melhoras”, 34,7% “Aproximadamente igual”, 33,7% “Um pouco pior” e, por fim, 22,1% “Muito pior”.

Relativamente aos dados obtidos pelo Módulo específico para avaliar a QDV na TP, constata-se, através da Tabela 4, que a maior parte dos doentes relata estar pouco informado em relação à doença e ao tratamento correspondente; verifica-se, igualmente, que a maior parte dos doentes admitia ter (ou já ter tido) receio de contagiar outras pessoas.

Tabela 4

Descrição dos itens TP.12 e dos Valores Obtidos (N=95)

Itens	Valores Obtidos (%)				
	AV	V	NS	F	AF
12.a. Está informado/a em relação à doença	5,3	24,2	7,4	47,4	15,7
12.b. Está informado/a em relação ao tratamento	4,2	32,6	4,2	49,5	9,5
12.c. Tem (teve) medo de poder contagiar os outros	42,2	32,6	6,3	16,8	2,1

Legenda: AV-Absolutamente Verdade, V-Verdade, NS-Não Sei, F-Falso, AF-Absolutamente Falso

Constata-se, ainda, que a maioria dos doentes apontava como incómodo no tratamento ambulatório a deslocação diária ao CDP e a sua duração (cf. Tabela 5).

Qualidade de Vida de Indivíduos com Tuberculose Pulmonar em Tratamento Ambulatório

Tabela 5

Descrição dos itens TP.13 e dos Valores Obtidos (N=95)

Itens	Valores obtidos (%)				
	SE	MP	AT	PT	N
13.a. Sair de casa para ir tomar a medicação	14,7	44,2	21,1	14,7	5,3
13.b. Tomar uma dose grande diária de comprimidos	11,6	31,6	20,0	30,5	6,3
13.c. Ter de cumprir um tratamento longo	15,8	40,0	24,2	17,9	2,1
13.d. Engolir determinados comprimidos	8,4	27,4	32,6	25,3	6,3

Legenda: SE-Sempre, MP-A maior parte do tempo, AT-Algum tempo, PT-Pouco tempo, N-Nunca

Conforme a Tabela 6, os doentes realçaram, sobretudo as náuseas e/ou vômitos e comichões no corpo, no entanto, verificou-se uma grande variabilidade de respostas.

Tabela 6

Descrição dos itens TP.14 e dos Valores Obtidos (N=95)

Itens	Valores Obtidos (%)				
	SE	MP	AT	PT	N
14.a. Sonolência	2,1	28,5	17,9	36,8	14,7
14.b. Dores musculares	2,1	30,5	26,4	30,5	10,5
14.c. Alteração de humor	2,1	12,6	15,8	21,1	48,4
14.d. Diminuição de desejo sexual	0,0	16,8	9,5	12,6	61,1
14.e. Problemas gastrointestinais	0,0	18,9	23,2	23,2	34,7
14.f. Náuseas e/ou vômitos	3,2	30,5	20,0	14,7	31,6
14.g. Comichões em todo o corpo	3,2	29,5	22,1	15,7	29,5
14.h. Vermelhidão na pele	3,2	20,0	20,0	23,2	33,6
14.i. Outros efeitos	0,0	2,1	1,1	3,2	93,6

Legenda: SE-Sempre, MP-A maior parte do tempo, AT-Algum tempo, PT-Pouco tempo, N-Nunca

Qualidade de Vida de Indivíduos com Tuberculose Pulmonar em Tratamento Ambulatório

Destaca-se, ainda, a mudança para uma alimentação mais cuidada e maior descanso (cf. Tabela 7).

Tabela 7

Descrição dos itens TP.15 e dos Valores Obtidos (N=95)

Itens	Valores Obtidos (%)					
	AV	V	NS	F	AF	NA ⁹
15.a. Como de forma mais equilibrada	37,9	48,4	4,2	7,4	2,1	
15.b. Descanso mais	20,0	60,0	5,3	11,5	3,2	
15.c. Consumo menos tabaco	27,3	28,4	0,0	1,1	2,1	41,1
15.d. Consumo menos álcool	21,0	21,0	1,1	1,1	1,1	54,7
15.e. Consumo menos outras drogas	1,1	0,0	0,0	0,0	0,0	98,9
15.f. Faço mais exercício físico	13,7	17,9	0,0	50,5	17,9	
15.g. Realizo mais actividades lúdicas	2,1	15,8	10,5	52,7	18,9	

Legenda: AV-Absolutamente Verdade, V-Verdade, NS-Não Sei, F-Falso, AF-Absolutamente Falso, NA-Não se Aplica.

2) Relativamente ao 2º objectivo - **Conhecer os níveis de Afecto Negativo (Ansiedade e Depressão) da amostra** - verificou-se, de acordo com a Tabela 8, uma grande oscilação nos valores da Ansiedade, Depressão e de Afecto Negativo.

⁹ Relativamente aos itens 15c., 15.d., 15.e., verificou-se que o consumo de determinadas substâncias (tabaco, álcool e outras drogas) não se verificava nalguns doentes, sendo as respostas classificadas como “NA-Não se Aplica”.

Qualidade de Vida de Indivíduos com Tuberculose Pulmonar em Tratamento Ambulatório

Tabela 8

Valores obtidos na HADS (Ansiedade, Depressão e Afecto Negativo)(N=95)

HADS	Média	DP	Amplitude	Valores possíveis
Ansiedade	11,66	4,31	3-20	0-21
Depressão	10,47	4,74	1-20	0-21
Afecto Negativo	22,14	8,77	5-39	0-42

Realça-se o facto dos indivíduos avaliados terem apresentado valores ligeiramente mais elevados de Ansiedade do que de Depressão, sendo o valor médio do Afecto Negativo próximo do valor médio da escala. Verifica-se ainda a predominância da sintomatologia moderada (cf. Tabela 9).

Tabela 9

Valores obtidos na HADS, de acordo com o grau de gravidade (N=95)

HADS	0-7 (normal)	8-10 (baixa)	11-14 (moderada)	15-21 (grave)
	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>
Ansiedade	17 (17,89)	23 (24,21)	30 (31,58)	25 (26,32)
Depressão	25 (26,32)	24 (25,26)	27 (28,42)	19 (20,00)

3) Relativamente ao 3º objectivo - Conhecer os níveis de Satisfação com o Suporte Social da amostra – constata-se, de acordo com a Tabela 10, que os resultados obtidos através da ESSS oscilaram consideravelmente, sendo sempre os valores médios superiores ao valor médio possível.

Tabela 10

Valores obtidos na ESSS (N=95)

ESSS	Média	DP	Amplitude	Valores Possíveis
Satisfação com Amigos	13,00	4,01	7-24	5-25
Intimidade	10,55	3,43	5-20	4-20
Actividades Sociais	8,19	2,42	3-15	3-15
Satisfação com a Família	8,02	2,61	3-15	3-15
Satisfação Global	39,76	10,93	22-74	15-75

4.3.2. Relação entre as variáveis sócio-demográficas, clínicas e a Qualidade de Vida

4) No que concerne ao 4º objectivo – **Explorar a relação entre QDV e variáveis sócio-demográficas** - e recorrendo-se ao teste t de *Student*, constatou-se que os indivíduos do sexo masculino apresentavam estatisticamente melhor QDV em termos de Desempenho Emocional ($t(93)=3,50$, $p=0,001$, $M_{\text{feminino}}=12,28$, $M_{\text{masculino}}=33,92$), verificando-se o inverso aquando da Dor Corporal ($t(93)=-1,37$, $p=0,01$, $M_{\text{masculino}}=92,26$, $M_{\text{feminino}}=96,32$).

A idade correlacionou-se de modo estatisticamente significativo com todos os indicadores de QDV, à excepção da Dor Corporal. Constatam-se as seguintes correlações com:

- Saúde Geral ($r(95)=-0,51$, $p<0,0001$);
- Saúde Mental ($r(95)=-0,57$, $p<0,0001$);
- Função Física ($r(95)=-0,47$, $p<0,0001$);
- Desempenho Físico ($r(95)=-0,26$, $p<0,009$);
- Vitalidade ($r(95)=-0,51$, $p<0,0001$);
- Função Social ($r(95)=-0,52$, $p<0,0001$);
- Desempenho Emocional ($r(95)=-0,36$, $p<0,0001$).

Encontraram-se, ainda, as seguintes correlações entre os anos de escolaridade e todos os indicadores de QDV, à excepção do Desempenho Físico e Dor Corporal:

- Saúde Geral ($r(95)=0,30, p<0,003$);
- Saúde Mental ($r(95)=0,37, p<0,0001$);
- Função Física ($r(95)=0,37, p<0,0001$);
- Vitalidade ($r(95)=0,34, p<0,001$);
- Função Social ($r(95)=0,34, p<0,001$);
- Desempenho Emocional ($r(95)=0,25, p<0,01$).

De acordo o teste t de *Student*¹⁰, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas na QDV em função do estado civil e da situação profissional, com a excepção da Dor Corporal. Assim, os indivíduos “acompanhados” ($t(93)=1,34, p=0,01, M_{acompanhados}=91,67, M_{sozinhos}=95,84$) e activos profissionalmente ($t(93)=-1,34, p=0,01, M_{inactivos}=95,59, M_{activos}=90,16$) apresentaram mais Dor Corporal.

5) No que se refere ao 5º objectivo – Explorar a relação entre QDV e variáveis clínicas, constatou-se que a duração do tratamento encontrou-se apenas correlacionado com a Dor Corporal ($r(95)=0,29, p<0,003$).

Quanto aos meios de Detecção/Diagnóstico (i.e., Vacinação e Provas, Exames) não houve diferenças estatisticamente significativas em relação à QDV. Por sua vez, constatou-se que os indivíduos com TP e factores de risco associados (dependência alcoólica, toxicodependência, sem-abrigo, residência comunitária e outros) apontavam para uma QDV estatisticamente superior em termos de Saúde Mental ($t(93)=0,05, p=0,01, M_{n\grave{a}o}=36,94, M_{sim}=42,00$) e de Funcionamento Social ($t(93)=0,05, p=0,01, M_{n\grave{a}o}=32,71, M_{sim}=44,53$).

¹⁰ Devido à dispersão pelas diferentes categorias, procedeu-se à criação de novos grupos, no que concerne ao estado civil - “acompanhados” e “sozinhos,” e na situação profissional - “activos” e “inactivos”.

Relativamente aos indivíduos com TP e com patologias associadas¹¹, verificou-se que estes apresentam uma QDV estatisticamente inferior em termos de Desempenho Emocional ($t(93)=0,04$, $p=0,02$, $M_{\text{sim}}=21,21$, $M_{\text{não}}=28,76$); verificando-se o inverso no que concerne à Dor Corporal ($t(93)=0,006$, $p=0,01$, $M_{\text{não}}=91,75$, $M_{\text{sim}}=96,23$).

No que concerne ao encaminhamento (internamento e/ou centro de saúde), verificou-se uma QDV estatisticamente superior dos indivíduos provenientes do centro de saúde, em termos de Saúde Geral ($t(93)=0,01$, $p=0,01$, $M_{\text{internamento}}=40,11$, $M_{\text{centrodesaúde}}=45,54$); Saúde Mental ($t(93)=0,00$, $p=0,01$, $M_{\text{internamento}}=36,44$, $M_{\text{centrodesaúde}}=40,71$); e de Vitalidade ($t(93)=0,05$, $p=0,01$, $M_{\text{internamento}}=32,78$, $M_{\text{centrodesaúde}}=37,28$).

4.3.3. Relação entre as variáveis psicossociais e a Qualidade de Vida

6) No que se refere ao 6º objectivo - **Explorar a relação entre QDV e Afecto Negativo (Ansiedade e Depressão)** - e de acordo com a Tabela 11, constataram-se correlações estatisticamente significativas entre todas as dimensões de QDV e os indicadores psicossociais estudados.

Tabela 11

Correlações entre a QDV e o Afecto Negativo (N=95)

	ANS	DEP	AFEC
Função Física	**	**	**
Desempenho Físico	**	**	**
Dor Corporal	*	**	**
Saúde Geral	**	**	**
Vitalidade	**	**	**

¹¹ Devido à dispersão pelas diferentes categorias, procedeu-se à criação de novos grupos, criando-se o grupo “com patologias associadas” (diabetes, hepatite, entre outras) e o grupo “sem patologias associadas”, acontecendo de igual forma para os factores de risco.

Qualidade de Vida de Indivíduos com Tuberculose Pulmonar em Tratamento Ambulatório

	ANS	DEP	AFEC
Saúde Mental	**	**	**
Desempenho Emocional	**	**	**
Função Social	**	**	**

Legenda: ANS-Ansiedade; DEP-Depressão; AFEC-Afecto Negativo.

* $p < .05$; ** $p < .01$.

A Função Física apresentou correlações estatisticamente significativas com:

- Ansiedade ($r(95) = -0,51, p < 0,0001$);
- Depressão ($r(95) = -0,49, p < 0,0001$);
- Afecto Negativo ($r(95) = -0,52, p < 0,0001$);

O Desempenho Físico, por sua vez, encontrou-se correlacionado com:

- Ansiedade ($r(95) = -0,38, p < 0,0001$);
- Depressão ($r(95) = -0,40, p < 0,0001$);
- Afecto Negativo ($r(95) = -0,40, p < 0,0001$);

A Dor Corporal apresentou as seguintes correlações:

- Ansiedade ($r(95) = 0,24, p < 0,01$);
- Depressão ($r(95) = 0,27, p < 0,007$);
- Afecto Negativo ($r(95) = 0,26, p < 0,009$);

A Saúde Geral correlacionou-se com:

- Ansiedade ($r(95) = -0,61, p < 0,0001$);
- Depressão ($r(95) = -0,63, p < 0,0001$);
- Afecto Negativo ($r(95) = -0,64, p < 0,0001$);

A Vitalidade estava correlacionada com:

- Ansiedade ($r(95) = -0,62, p < 0,0001$);
- Depressão ($r(95) = -0,63, p < 0,0001$);

Qualidade de Vida de Indivíduos com Tuberculose Pulmonar em Tratamento Ambulatório

- Afecto Negativo ($r(95)=-0,64, p<0,0001$);

A Saúde Mental correlacionou-se com:

- Ansiedade ($r(95)=-0,69, p<0,0001$);

- Depressão ($r(95)=-0,69, p<0,0001$);

- Afecto Negativo ($r(95)=-0,71, p<0,0001$);

O Desempenho Emocional apresentou correlações com:

- Ansiedade ($r(95)=-0,41, p<0,0001$);

- Depressão ($r(95)=-0,44, p<0,0001$);

- Afecto Negativo ($r(95)=-0,44, p<0,0001$);

Por fim, a Função Social esteve correlacionada com:

- Ansiedade ($r(95)=-0,62, p<0,0001$);

- Depressão ($r(95)=-0,66, p<0,0001$);

- Afecto Negativo ($r(95)=-0,66, p<0,0001$);

7) Segundo o 7º objectivo – **Explorar a relação entre QDV e Satisfação com o Suporte Social** – e de acordo com a Tabela 12, verificaram-se correlações estatisticamente significativas entre todos os indicadores de QDV e os indicadores da ESSS, sendo que a única excepção foi a ausência de relação entre a Dor Corporal e a Satisfação com Amigos, Intimidade, Actividades Sociais e Satisfação com a Família.

Tabela 12

Correlações entre a QDV e os indicadores da ESSS (N=95)

	SA	IN	AS	SF	SG
Função Física	**	**	**	**	**
Desempenho Físico	**	**	**	**	**
Dor Corporal					*
Saúde Geral	**	**	**	**	**

Qualidade de Vida de Indivíduos com Tuberculose Pulmonar em Tratamento Ambulatório

	SA	IN	AS	SF	SG
Vitalidade	**	**	**	**	**
Saúde Mental	**	**	**	**	**
Desempenho Emocional	**	**	**	**	**
Função Social	**	**	**	**	**

Legenda: SA-Satisfação com Amigos; IN-Intimidade; AS-Actividades Sociais; SF-Satisfação com a Família; SG-Satisfação Global com o Suporte Social.

* $p < .05$; ** $p < .01$.

A Função Física apresentou correlações estatisticamente significativas com:

- Satisfação com Amigos ($r(95)=0,58, p < 0,0001$);
- Intimidade ($r(95)=0,55, p < 0,0001$);
- Actividades Sociais ($r(95)=0,46, p < 0,0001$);
- Satisfação com a Família ($r(95)=0,48, p < 0,0001$);
- Satisfação Global com o Suporte Social ($r(95)=0,60, p < 0,0001$).

O Desempenho Físico, por sua vez, encontrou-se correlacionado com:

- Satisfação com Amigos ($r(95)=0,44, p < 0,0001$);
- Intimidade ($r(95)=0,38, p < 0,0001$);
- Actividades Sociais ($r(95)=0,40, p < 0,0001$);
- Satisfação com a Família ($r(95)=0,38, p < 0,0001$); e
- Satisfação Global com o Suporte Social ($r(95)=0,48, p < 0,0001$).

A Dor Corporal apresentou apenas correlações com:

- Satisfação Global com o Suporte Social ($r(95)=-0,20, p < 0,04$).

A Saúde Geral correlacionou-se com:

- Satisfação com Amigos ($r(95)=0,69, p < 0,0001$);
- Intimidade ($r(95)=0,64, p < 0,0001$);
- Actividades Sociais ($r(95)=0,57, p < 0,0001$);

Qualidade de Vida de Indivíduos com Tuberculose Pulmonar em Tratamento Ambulatório

- Satisfação com a Família ($r(95)=0,60, p<0,0001$); e
- Satisfação Global com o Suporte Social ($r(95)=0,73, p<0,0001$).

A Vitalidade estava correlacionada com:

- Satisfação com Amigos ($r(95)=0,64, p<0,0001$);
- Intimidade ($r(95)=0,60, p<0,0001$);
- Actividades Sociais ($r(95)=0,53, p<0,0001$);
- Satisfação com a Família ($r(95)=0,50, p<0,0001$); e
- Satisfação Global com o Suporte Social ($r(95)=0,66, p<0,0001$).

A Saúde Mental correlacionou-se com:

- Satisfação com Amigos ($r(95)=0,68, p<0,0001$);
- Intimidade ($r(95)=0,73, p<0,0001$);
- Actividades Sociais ($r(95)=0,61, p<0,0001$);
- Satisfação com a Família ($r(95)=0,59, p<0,0001$); e
- Satisfação Global com o Suporte Social ($r(95)=0,76, p<0,0001$);

O Desempenho Emocional apresentou correlações com:

- Satisfação com Amigos ($r(95)=0,47, p<0,0001$);
- Intimidade ($r(95)=0,50, p<0,0001$);
- Actividades Sociais ($r(95)=0,49, p<0,0001$);
- Satisfação com a Família ($r(95)=0,42, p<0,0001$); e
- Satisfação Global com o Suporte Social ($r(95)=0,54, p<0,0001$).

A Função Social esteve correlacionada com:

- Satisfação com Amigos ($r(95)=0,64, p<0,0001$);
- Intimidade ($r(95)=0,66, p<0,0001$);
- Actividades Sociais ($r(95)=0,55, p<0,0001$);
- Satisfação com a Família ($r(95)=0,52, p<0,0001$), e
- Satisfação Global com o Suporte Social ($r(95)=0,69, p<0,0001$).

Constata-se, assim, correlações estatisticamente significativas entre as escalas de QDV e as variáveis psicossociais Afecto Negativo (Ansiedade, Depressão) e Satisfação com o Suporte Social (Satisfação com Amigos, Intimidade, Actividades Sociais, Satisfação com a Família e Satisfação Global).

8) De acordo com o 8º objectivo – Identificar os melhores preditores psicossociais da QDV destes indivíduos - apresentam-se os únicos preditores de QDV obtidos pela análise de regressão linear, método *stepwise*:

Saúde Mental - Satisfação Global com o Suporte Social, Depressão ($R^2_a=0,61, p=0,0001$);

Saúde Geral - Satisfação Global com o Suporte Social, Depressão ($R^2_a=0,55, p=0,0001$);

Função Física - Satisfação Global com o Suporte Social ($R^2_a=0,36, p=0,0001$);

Desempenho Físico - Satisfação Global com o Suporte Social ($R^2_a=0,23, p=0,0001$);

Dor Física - Depressão ($R^2_a=0,07, p=0,007$);

Vitalidade - Satisfação Global com o Suporte Social, Depressão ($R^2_a=0,48, p=0,0001$)

Função Social - Satisfação Global com o Suporte Social, Depressão ($R^2_a=0,53, p=0,0001$);

Desempenho Emocional - Satisfação Global com o Suporte Social ($R^2_a=0,29, p=0,0001$).

4.4. Discussão dos resultados

Após revisão da literatura, exposição da metodologia e explanação dos resultados, procede-se à discussão dos resultados tendo em conta os objectivos propostos por este estudo.

Relativamente ao 1º objectivo do estudo - **Conhecer a percepção de QDV de (um grupo) indivíduos com TP em tratamento ambulatório** - denotou-se que: o menor valor possível (zero) foi atingido nas escalas de Função Física, Desempenho Físico, Desempenho Emocional e Função Social, que os valores médios de QDV oscilaram entre 25,26 (Desempenho Físico e Emocional) e 93,82 (Dor Corporal), e que, com a excepção da Função Física e Dor Corporal, os valores médios obtidos são inferiores a 50. Assim, os

dados sugerem uma QDV pouco positiva designadamente ao nível do Desempenho Físico e Emocional e Vitalidade, o que está de acordo com a literatura, que aponta para a afectação da capacidade motora (Afonin et al., 2001; Chang et al., 2004; Dellborg et al., 2002; Hansel et al., 2004) e para o declínio no que concerne aos aspectos físicos, bem como compromisso ao nível da vitalidade e capacidade funcional (Hansel et al., 2004; Marra et al., 2004; Sukhov & Sukhova, 2003), auto-estima e saúde mental (Erdem & Tasci, 2003).

Paralelamente, a Saúde Mental também se encontrou bastante “afectada”, o que vai de encontro a Trenton e Currier (2001), que a apontam como uma das dimensões mais afectadas pela TP, que por sua vez implica um desgaste ao nível das relações interpessoais (Tocque et al., 2001), o que também se articula com os valores de Desempenho Emocional e Função Social encontrados.

Ainda no que toca a Função Social, os resultados vão ao encontro do impacto social da TB na vida dos doentes anteriormente descrito (Demissie, et al., 2003; Gelaw et al., 2001; Johansson & Winkvist, 2002; Liefoghe & Munynck, 2001; Rajeswari et al., 2005; Tocque et al., 2001) que tem implicações sociais e económicas profundas, com efeitos significativos no papel social ao nível das relações interpessoais (Tocque et al., 2001).

Destaca-se o indicador Dor Corporal como o menos “afectado”, coincidindo com a literatura revista (Chadha, 1997; Crofton et al., 1992; Heldal et al., 2003; Mahadev & Balasangameshwara, 1995).

No que concerne aos dados descritivos do Módulo específico criado para avaliar a QDV na TP, constatou-se que a maior parte dos doentes apontava estar pouco informado em relação à doença e ao tratamento correspondente, corroborando alguns estudos (Gelaw et al., 2001; Promtussananon & Peltzer, 2005). Verificou-se, igualmente, que a maior parte dos doentes apontava ter (ou já ter tido) receio de contagiar outras pessoas, o que está, igualmente, de acordo com a literatura revista (Guryleva & Gerinova, 2002; Sukhov & Sulhova, 2003). Efectivamente, as crenças pessoais parecem adquirir um papel importante, na medida em que muitos doentes demonstram desconhecimento em relação à doença e ao

tratamento.

Constatou-se, também, que a maioria dos doentes apontava como incómodo no tratamento a deslocação diária ao CDP e a duração da terapêutica, o que, de certa forma, se constitui como uma das principais características do tratamento para a TP e em especial o ambulatório (Crofton et al., 1992).

Verificou-se uma grande variabilidade de respostas no que concerne aos efeitos secundários associados ao tratamento, no entanto, os principais foram as dores musculares, náuseas, vômitos e comichões no corpo, o que está de acordo com a literatura consultada (Chang et al., 2004; Hansel et al., 2004; Marra et al., 2004).

Por fim, constatou-se, ainda, uma alteração positiva nos hábitos de saúde da maioria dos doentes devido ao tratamento. Destaca-se, assim, a mudança para uma alimentação mais cuidada e maior descanso. Neste sentido, refere-se o estudo de Tocque et al. (2001), em que se concluiu haver um impacto positivo na alteração de hábitos de saúde, embora não se verificando de igual forma no domínio social, apontado como um dos domínios mais afectados pela contracção da doença.

Em relação ao **2º objectivo - Conhecer os níveis de Afecto Negativo da amostra** – e em especial, no que concerne à Ansiedade, verificou-se que muitos doentes apresentaram valores considerados já clinicamente significativos (grau de gravidade moderada e grave), o que está de acordo com os estudos que demonstram haver uma prevalência de transtornos de ansiedade em doentes com doenças respiratórias crónicas (Dellborg et al., 2002; Karajgi et al., 1990; Yellowlees et al., 1988) nomeadamente em indivíduos com TP (Aydin & Ulusahin, 2001; Vega et al., 2004; Verburg et al., 1995).

Relativamente à Depressão constatou-se, de igual forma, uma percentagem considerável de valores clinicamente significativos, estando patente, essencialmente, uma sintomatologia depressiva moderada. Tal está de acordo com Trenton e Currier (2001), que referem que as perturbações de humor são comuns nestes doentes, destacando-se em

particular a depressão. De acordo com a literatura revista, a depressão e o medo apresentam-se como componentes efectivos dos doentes, apontando a experiência de isolamento e de afastamento como factores indiciadores de consequências graves e penalizadoras (Hansel et al., 2004; Yang et al., 2003). Também Vega et al. (2004) referiram o desenvolvimento de quadros psicopatológicos, nomeadamente ao nível da depressão em doentes com TP. Simultaneamente, Vinogradov et al. (1991) apontaram o desenvolvimento de reacções ansiosas e depressivas nestes doentes no decorrer da terapêutica.

Assim, no que concerne à sintomatologia afectiva, apesar da oscilação de valores, realçam-se os dados que apontam para uma predominância da sintomatologia ansiosa *versus* depressiva. É de sublinhar que os valores obtidos nas sintomatologias ansiosa e depressiva poderão ter sido inflacionadas pela administração prévia do questionário de QDV (Meneses, 2005), ainda que os valores obtidos na Saúde Mental (SF-36v1) apontem para a possibilidade de existência de psicopatologia. Quanto ao valor médio do Afecto Negativo, este esteve muito próximo do valor médio da escala, inspirando, também, alguns cuidados no que concerne a saúde mental dos doentes.

Os resultados estão, assim, de acordo com um impacto significativo da TP em termos de ansiedade e depressão nos doentes, indo de encontro com a coexistência frequente de sintomatologia ansiosa e depressiva em doenças pulmonares crónicas, (Brenes, 2003; Goodwin & Pine, 2002; Kim et al., 2000; Kunik et al., 2005; Limbos et al., 2000, Yohannes et al., 2000).

No que concerne aos **níveis de Satisfação com o Suporte Social** da amostra (**3º objectivo**), verificou-se que os resultados obtidos na ESSS foram médios, sendo que a Satisfação Global média se situou perto do valor médio da escala. Tal está de acordo com os autores que apontam para o carácter estigmatizante da TB, com consideráveis repercussões no papel familiar e no suporte familiar (Demissie et al., 2003; Johansson & Winkvist, 2002). Veja-se que Costa et al. (1999) propõem uma leitura da TB atentando ao carácter simbólico da doença e do seu impacto junto de amigos e de familiares. Na TP, uma

baixa Satisfação com o Suporte social, pode acarretar consequências graves e específicas, na medida em que o suporte social tem sido referido como um dos aspectos fulcrais na optimização da adesão ao tratamento da doença (Demissie et al., 2003; Karyadi et al., 2002; Liam et al., 1999; Marra et al., 2004; Morsy et al., 2003; Niazi & Al-Delaimi, 2003). Nesta óptica, a adesão terapêutica constitui-se, sobretudo como um dos marcos fundamentais no combate à doença (p.e. Liam et al., 1999; Niazi & Al-Delaimi, 2003).

Pode-se, no entanto, levantar a hipótese da ocorrência, por parte do doente, da exigência de um maior Suporte Social, na medida em que o tratamento da TP implica uma reestruturação geral nos hábitos de saúde e quotidianos dos doentes (Tocque et al. 2001), podendo daí resultar numa maior insatisfação e no possível agravamento das perturbações de humor e de ansiedade.

Acrescente-se, também, que a Saúde Mental é referida como uma das dimensões mais afectadas pela TP (Hansel et al., 2004; Trenton & Currier, 2001), implicando, deste modo, um desgaste ao nível das relações interpessoais (Tocque et al., 2001). O tratamento longo que caracteriza a doença (DGS, 2006b; Heldal et al., 2003; Mahadev & Balasangameshwara, 1995), as limitações físicas e restrições de contacto social parecem ser razões plausíveis para o aumento da insatisfação com o Suporte Social.

Para Ornelas (1996), o suporte social pode proteger o indivíduo no desenvolvimento de perturbações mentais subsequente a um estado de doença. Silva et al. (2003) defendem o aumento do interesse quer pela compreensão do papel do suporte social, quer pela sua relação com factores biopsicossociais e resultados de tratamentos de doenças. Já Ribeiro (1999b) apontava a variável como mediadora na protecção da saúde, constatando-se relações próximas entre suporte social, a saúde e a doença.

No que concerne à relação entre QDV e variáveis sócio-demográficas (4º objectivo) verificaram-se diferenças estatisticamente significativas entre os géneros, sendo que os indivíduos do sexo masculino apresentaram melhor Desempenho Emocional, o que vai de encontro aos estudos de Rajeswari et al. (2005), que realçam os efeitos da doença com consequências mais penalizadoras para as mulheres do ponto de vista emocional, com

repercussões no papel familiar.

Alguns autores defendem a importância da inclusão de mulheres em estudos sobre TB, na medida em que apontam para diferenças na QDV em função do género, tendo a doença um impacto mais negativo e acentuado nas mulheres (Erdem & Tasci, 2003; Johansson & Winkvist, 2002; Rajeswari et al., 2005). Por outro lado, no que se refere aos dados relativos à Dor Corporal, é possível que espelhem a “mítica” incapacidade de tolerância à dor dos homens, quando comparados com as mulheres.

A variabilidade em termos de estado civil e de situação profissional é uma característica sócio-demográfica frequentemente encontrada em estudos referentes à TB (p.e., Dion et al., 2004; Oliveira & Filho, 2000). Por seu turno, a idade encontrou-se negativamente correlacionada com todos os indicadores de QDV, à excepção da Dor Corporal, destacando-se as correlações com a Saúde Geral, Saúde Mental, Vitalidade e Função Social, indo ao encontro da literatura (Arora et al., 2003). Tome-se, ainda, em consideração os dados que apontaram para uma relação entre idade e percepção de Saúde Geral em indivíduos com TP (Antas & Meneses, 2005a).

A verificação de correlações estatisticamente significativas entre os anos de escolaridade, com todos os indicadores de QDV, à excepção do Desempenho Físico e Dor Corporal, está também de acordo com a literatura (Aghanwa & Erhabor, 1998; Westaway & Wolmarans, 1992).

Relativamente à relação entre QDV e variáveis clínicas (5º objectivo), destaca-se, que a duração do tratamento (apenas) se encontrou correlacionada com a Dor Corporal - o que pode ser interpretado de acordo com a literatura, na medida em que, no decorrer do tratamento, os sintomas somáticos vão reduzindo a sua manifestação, podendo, em muitos casos induzir em erro o doente acerca do seu estado de saúde (Crofton et al., 1992; Heldal et al., 2003; Murray, 1992).

Denotou-se uma variabilidade clínica considerável na amostra o que, de alguma forma traduz a heterogeneidade dos utentes dos CDP's, patente inclusive nas patologias e nos factores de risco frequentemente associados à TP (Oliveira & Filho, 2000; Salabarría-Pena et al., 2001).

Em relação à variável clínica Meio de Detecção/Diagnóstico (i.e., Vacinação e Provas e Exames Realizados) constata-se a ausência de qualquer relação estatisticamente significativa com a QDV, podendo-se justificar, pelo facto de haver uma uniformização nos processos de detecção da doença (DGS, 2006a) não se podendo daí extrapolar qualquer relação.

Por sua vez, constatou-se que os indivíduos com TP e factores de risco associados relatavam uma QDV estatisticamente superior em termos de Saúde Mental e Funcionamento Social. De certa forma, os resultados parecem um pouco contraditórios, não havendo margem para extrapolação na medida em que, de acordo com Hansel et al. (2004), se torna difícil a dissociação da comorbilidade na TP, ditando, deste modo, a sua influência na avaliação “exclusiva” da TB, principalmente ao nível do estado de saúde geral dos doentes.

Relativamente aos indivíduos com TP e com patologias associadas, verificou-se que estes apresentavam uma QDV estatisticamente inferior em termos de Desempenho Emocional, verificando-se o inverso no que concerne à Dor Corporal. Salabarría-Pena et al. (2001) apontam para determinados comportamentos desviantes, dentre as quais se destacam, o alcoolismo, tabagismo, e consumo de substâncias aditivas ilícitas, o que está de acordo com o facto de 48,4% dos participantes do presente estudo apresentarem dependência alcoólica.

No que concerne ao encaminhamento dos doentes (internamento e/ou centro de saúde), verificou-se uma QDV estatisticamente superior nos indivíduos encaminhados dos centros de saúde, em termos de Saúde Geral, Saúde Mental e Vitalidade, indo de encontro com o estudo de Yamagishi et al. (2002).

De acordo com o **6º objectivo - Explorar a relação entre QDV e Afecto Negativo** – verifica-se que os resultados estão de acordo com Rodríguez (1991), que aponta para a relação entre transtornos mentais e QDV. Tal pode ser corroborado no estudo, através das correlações negativas e estatisticamente significativas entre ansiedade, depressão e afecto negativo e todos os indicadores de QDV. Assim, sugerem um papel importante da sintomatologia afectiva, mais concretamente, Ansiedade, Depressão e Afecto Negativo sobre a QDV, o que está de acordo com a literatura revista (Hansel et al., 2004; Trenton & Currier, 2001; Vega et al., 2004; Yang et al., 2003). Estes dados têm claras implicações práticas, uma vez que a Ansiedade, Depressão e Afecto Negativo são muitas vezes co-responsáveis pela não adesão à terapêutica (Karyadi et al., 2002; Vinogradov et al., 1991), essencial na TP, com efeitos nefastos sobre a saúde pública.

No que concerne ao **7º objectivo - Explorar a relação entre QDV e Satisfação com o Suporte Social** - Constatou-se que o suporte social se encontrou significativamente correlacionado com a QDV. De facto, constaram-se correlações estatisticamente significativas entre todas as subescalas da ESSS e os indicadores de QDV, à excepção da Dor Corporal. Destacam-se em particular as correlações entre a Satisfação Global com o Suporte Social, Saúde Mental e Saúde Geral. Neste sentido, Barrón (1996) aponta uma associação entre suporte social, mortalidade e saúde física. Gracia (1998), por sua vez, aponta uma relação entre suporte social e outras variáveis no domínio da saúde (mental, física). Ao mesmo tempo, menciona-se a relação positiva entre suporte social e saúde física (Gracia, 1998) e a relação entre o suporte social e o acesso a relações de intimidade (Ornelas, 1996).

Em conclusão, verificaram-se correlações estatisticamente significativas entre todos os indicadores de QDV (à excepção da Dor Corporal) e as variáveis psicossociais deste estudo: Afecto Negativo (Ansiedade, Depressão) e Satisfação com o Suporte Social (Satisfação com Amigos, Intimidade, Actividades Sociais, Satisfação com a Família e Satisfação Global), o que de certa forma vai ao encontro da literatura, visando a relação significativa entre variáveis psicossociais e a QDV em diversas patologias, i.e., numa

amostra de doentes com epilepsia focal (Meneses 2005), na diabetes (p.e., Nunes, 1999; Silva et al., 2003) e na doença oncológica (Santos, 2006).

Neste estudo, procurou-se, ainda, **identificar os melhores preditores psicossociais de QDV (8º objectivo)** tendo em consideração a importância das variáveis psicossociais nas doenças crónicas (Meneses, 2005), nomeadamente nas doenças respiratórias crónicas que, adquirem um papel fundamental na reabilitação e na promoção da QDV/ES dos doentes (Buchi et al., 1997; Dellborg et al., 2002).

A incidência nas variáveis psicossociais reside na sua importância e no possível papel a desempenhar numa intervenção psicossocial junto dos doentes. Concluiu-se que os melhores preditores de QDV nesta amostra de doentes foram a Satisfação Global com o Suporte Social e a Depressão, nomeadamente ao nível da Saúde Mental (explicaram 61% da variância), ao nível da Saúde Geral (55%), da Função Social (53%) e da Vitalidade (48%), estando de acordo com McCathie et al. (2002), ao concluírem que as variáveis psicossociais do estudo (no qual se inclui a depressão e o suporte social) eram preditoras de QDV na doença pulmonar obstrutiva crónica. Paralelamente, Meneses (2005) verificou que o Afecto Negativo foi o melhor preditor da QDV de indivíduos com epilepsia focal.

No que toca à Saúde Mental de acordo com Barrón (1996) a ausência ou insatisfação social relaciona-se com diferentes transtornos mentais, nomeadamente a depressão. Segundo o autor, as pessoas-alvo destes transtornos têm por sua vez redes sociais menos recíprocas e extensas (verificando-se uma atenuação das funções do suporte social).

Conclusão

Neste momento, é essencial contextualizar os resultados alcançados. Assim, pretende-se desenvolver uma reflexão sobre as limitações das opções metodológicas tomadas. Posteriormente, serão apresentados aspectos (implicações) do estudo empírico que se considera serem relevantes para um futuro aprofundamento de investigação e alterações na prática clínica.

Torna-se necessário tecer algumas considerações acerca da amostra (tamanho do efectivo, co-morbilidade presente, limitações de tempo) e dos aspectos metodológicos, no que diz respeito aos instrumentos utilizados na colheita de dados, na administração destes (assistida pela autora do estudo) e na não recorrência a métodos qualitativos.

Em relação à amostra, é de referir que, dado o âmbito restrito do estudo (apenas com casos de variante de TP em tratamento ambulatório) e as limitações de tempo, apenas foi possível aplicar os instrumentos de colheita de dados a 95 doentes. Na realidade, apenas foram incluídos os doentes que reuniam os critérios de inclusão do estudo e que se mostraram disponíveis no período de tempo em que decorreu a colheita de dados. Acrescente-se que houve 10 recusas para participação. Este reduzido efectivo implica, à partida, limitações na possibilidade de se extrapolar e fazer generalizações.

Ao mesmo tempo, aponta-se como limitação deste estudo, a variabilidade clínica presente na amostra, através de uma considerável presença de co-morbilidade e factores de risco, consistindo num verdadeiro *cocktail*, no entanto não será por acaso a designação da TB como infecção ou doença *oportunist*a (Morsy et al., 2003). Esta particularidade acrescenta dificuldade ao avaliar-se a “contribuição” da TB na QDV dos doentes quando aparece, em conjunto, num quadro com outras doenças e factores de risco (Hansel et al., 2004).

No que concerne aos instrumentos utilizados, estes baseiam-se, praticamente, no auto-relato e auto-avaliação das variáveis em estudo (SF-36v1. para a QDV, HADS para a

Ansiedade, Depressão e Afecto Negativo, e por fim ESSS para a Satisfação com o Suporte Social), sendo que são concebidos para o auto-preenchimento dos inquiridos (Ribeiro, 1999a; Ribeiro, 2005b). Tendo em consideração os diferentes níveis de escolaridade da amostra, procedeu-se à administração assistida pela autora do estudo, o que, por si, poderá ter-se constituído num factor de viés das respostas dos participantes. Embora todas as dúvidas tivessem sido esclarecidas acerca do significado de uma ou outra questão menos compreensível para o doente, tal não elimina possíveis distorções na compreensão das questões ou de respostas tendo em conta a desejabilidade social. Aponta-se, ainda, como limitação do estudo a exclusividade de métodos quantitativos não se recorrendo a metodologia qualitativa. Deste modo, seria importante incorporar a componente qualitativa em estudos futuros sobre esta temática.

Com a evolução do tratamento, os doentes (crónicos) poderão mudar as suas percepções relativamente à doença, alterando igualmente o comportamento em relação aos outros (Silva et al., 2003). Deste modo, poderá ser possível que intervenções individuais/grupais desenhadas de acordo com as variáveis psicossociais (i.e., Satisfação com o Suporte Social, Ansiedade, Depressão e Afecto Negativo) possam melhorar a QDV dos doentes, influenciando por seu turno a sua adesão à terapêutica. Tome-se como exemplo o sucesso de um programa multidisciplinar de reabilitação pulmonar, incluindo o acompanhamento psicológico, com vista a reduzir os níveis de ansiedade e depressão de pacientes com doença pulmonar obstrutiva crónica (Godoy & Godoy, 2002).

Acrescente-se, ainda, a necessidade de se aprofundar o conhecimento sobre a relação entre suporte social e sintomatologia afectiva (nomeadamente em termos de causalidade), uma vez que poderá surgir uma maior sensibilidade e/ou exigência de suporte afectivo e social, por parte do doente, aquando uma reestruturação geral nos hábitos de saúde (Antas & Meneses, 2006a). Deste modo, um aumento do conhecimento a este nível poderia também guiar a prática clínica, particularmente numa doença como a TP, que acarreta complicações ao nível das relações interpessoais e familiares (Rajeswari et al., 2005; Tocque et al., 2001). Destaca-se, ainda, a importância do ponto de vista de intervenção clínica a ser desenvolvida, nomeadamente ao nível da percepção de suporte

social recebido.

Adicionalmente, o estudo do impacto de variáveis psicossociais aquando do diagnóstico e do tratamento da doença, poderia, de certa forma, contribuir para a alteração de cuidados prestados, com a extensão da melhoria das relações familiares. Seria, porventura, importante promover-se o envolvimento da família sobretudo como fonte de apoio. Veja-se que, para Hansel et al. (2004), uma melhor compreensão do impacto da doença na saúde psicológica e a inclusão da participação dos familiares no processo do tratamento repercutiriam, em princípio, resultados clínicos mais satisfatórios. Analogamente, seria proveitoso a confrontação da perspectiva do cuidador formal versus cuidador informal, no que concerne à QDV na TP (cf. Hansel et al., 2004).

Na medida em que as crenças pessoais parecem adquirir um papel de destaque nos doentes, parece importante a desconstrução de mitos acerca da doença. De facto, constatou-se haver uma representação social significativa (Costa et al., 1999), no entanto, deturpada pelo desconhecimento dos doentes em relação à doença e ao tratamento. Tal poderia ser alterado com recurso à psicoeducação.

Tendo-se em consideração as referências à avaliação da QDV em doentes internados (Duyan et al. 2005; Yamagishi et al., 2002) e em ambulatório (Guryleva & Gerinova, 2002), seria, futuramente, proveitoso confrontar a QDV dos doentes internados, aparentemente com impacto muito significativo da doença, com a dos doentes em regime de ambulatório.

A discussão acerca das diferenças na QDV dos doentes de acordo com o seu perfil etário poderá ser pertinente, denote-se a existência de estudos de perfil da população na caracterização geriátrica (Arora et al., 2003; Cheng et al., 2004; Leung et al., 2002). No entanto, seria importante aprofundar a relação em termos de causalidade entre idade e QDV nestes doentes. Analogamente, o desenvolvimento de intervenção psicossocial, centrada em especial em indivíduos com idade mais avançada e com necessidades específicas poder-se-ia reflectir ao nível de uma melhor QDV nestes doentes. O mesmo poderá ser levado em

conta no que concerne à variável sexo, visto terem-se constatado diferenças ao nível do Desempenho Emocional e a literatura apontar, à partida, para diferentes “impactos” na QDV (Erdem & Tasci, 2003; Johansson & Winkvist, 2002; Rajeswari et al., 2005). Assim, poder-se-ia desenvolver na prática clínica formas de intervenção mais sensíveis.

De futuro, seria importante a comparação da QDV de doentes com TP e de doentes com o binómio TP-VIH/SIDA, deste modo contribuir-se-ia para a sensibilização de alguns aspectos fundamentais para a promoção da adesão à terapêutica, essencial no combate à TB (Demissie et al., 2003; Karyadi et al., 2002; Liam et al., 1999; Marra et al., 2004; Morsy et al., 2003; Niazi & Al-Delaimi, 2003). No seguimento desta linha de pensamento, a comparação da QDV de doentes com TP e formas multirresistentes poderá, também, ter-se em conta, no combate à doença, mais concretamente no combate ao surgimento da resistência aos antibacilares. Por fim, realça-se ainda a importância da realização de estudos longitudinais sobre a QDV de indivíduos em tratamento, visto ainda não se constatar uma preponderância de estudos acerca do impacto do TOD/DOTS na QDV dos indivíduos com TP (Antas & Meneses, no prelo).

Como corolário, a avaliação da QDV dos doentes assume importância para a caracterização da doença e do seu tratamento em relação às demais. Torna-se evidente a relação entre as variáveis psicossociais e QDV, no entanto, de futuro, urge conhecer melhor as relações de causalidade entre os indicadores considerados, para melhor intervir. Apresenta-se como sendo lógico a aposta em programas de intervenção mais sensíveis às reais necessidades dos indivíduos em tratamento, facilitando-se a adesão e conclusão, fundamentais para o sucesso terapêuticos (Antas & Meneses, no prelo). Por seu turno, a proliferação da integração de psicólogos nas equipas de cuidados de saúde, que possam intervir ao nível do Afecto Negativo e do Suporte Social, poderá ser um meio de melhorar a QDV destes indivíduos.

Referências Bibliográficas

- Afonin, D. N. , Afonin, P. N., Begun, P. I. , & Pakhar'kov, G. N. (2001). Aspects of development of spinal cord compression, neurological status and quality of life in patients with multi-organ tuberculosis [Abstract]. *Klinicheskaiia Meditsina*, 79 (3), 50-52.
- Aghanwa, H. S., & Erhabor, G. E. (1998). Demographic/socioeconomic factors in mental disorders associated with tuberculosis in southwest Nigeria. *Journal of Psychosomatic Research*, 45 (4), 353-360.
- Ailinger, RL, & Dear, MR (1997). Latino immigrants' explanatory models of tuberculosis infection. *Qualitative Health Research*, 7(4), 521-531.
- Alford, B. A., & Beck, A. T. (1997). *The integrative power of cognitive therapy*. New York: The Guilford Press.
- American Psychiatric Association. (2002). *DSM-IV-TR: Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais* (4ª ed. Texto revisto) (J. N. Almeida, Trad.). Lisboa: CLIMEPSI. (Obra original publicada em 2000)
- Andrade, L., & Gorenstein, C. (1998). Aspectos gerais em escalas de avaliação de ansiedade. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 25 (6), 285-290.
- Antas, A., & Meneses, R. F. (2005a, Novembro). *Percepção de saúde de indivíduos com tuberculose pulmonar em tratamento*. Sessão de posters apresentada no Congresso Internacional sobre Educação, Comportamento e Saúde, Centro de Psicopedagogia da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Coimbra.
- Antas, A., & Meneses, R. F. (2005b, Novembro). *Saúde geral e saúde mental durante o tratamento para a tuberculose pulmonar*. Sessão de posters apresentada no

Congresso Internacional sobre Educação, Comportamento e Saúde, Centro de Psicopedagogia da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Coimbra.

- Antas, A., & Meneses, R. F. (no prelo). Avaliação da qualidade de vida na tuberculose: Revisão da literatura. *Revista Lusófona das Ciências da Mente e do Comportamento*.
- Antas, A., & Meneses, R. F. (2006a). Relação entre afecto negativo e satisfação com o suporte social na tuberculose pulmonar. In J. Ribeiro, I. Leal, & M. Dias (Eds.), *Actas do 6º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde* (pp.177-182). Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Antas, A., & Meneses, R. F. (2006b). Relação entre qualidade de vida/estado de saúde e variáveis psicossociais na tuberculose pulmonar. In J. Ribeiro, I. Leal, & M. Dias (Eds.), *Actas do 6º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde* (pp.105-111). Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Antonucci, G., Girardi, E., Raviglione, M., Vanacore, P., Angarano, G., Chirianni, A. et al. (2001). Guidelines of tuberculosis preventive therapy for HIV- infected persons: a prospective, multicentre study. *European Respiratory Journal*, 18, 369-375.
- Antunes, M. L., & Fonseca-Antunes, A. (1996). A situação da tuberculose em Portugal: uma perspectiva histórica até 1994. *Euro Surveillance*, 1 (3), 19-21.
- Arnstein, M., Stordal, E., & Dahl, A. (2001). Hospital Anxiety and Depression (HAD) scale: factor structure, item analyses and internal consistency in a large population. *British Journal of Psychiatry*, 179, 540-544.
- Arora, V. K., Singla, N., & Sarin, R. (2003). Profile of geriatric patients under DOTS in

- Revised National Tuberculosis Control Program. *The Indian Journal of Chest Diseases and Allied Sciences*, 45 (4), 231-235.
- Aydin, I. O., & Ulusahin, A. (2001). Depression, anxiety comorbidity, and disability intuberculosis and chronic obstructive pulmonary disease patients: applicability of GHQ-12. *General Hospital Psychiatry*, 23 (2), 77-83.
- Baker, G., & Smith, D. (1992). What patients think, feel, and do, and how this relates to clinical trials. *Medical Meeting Series*, 1, 34-40.
- Barrón, A. (1996). *Apoyo social. Aspectos teóricos y aplicaciones*. Madrid: Siglo Veintiuno.
- Baumann, L., Gervery, R., & Siegel, K. (1992). Factors associated with cancer patients' participation in support groups, *Journal of Psychosocial Oncology*, 10, 1-20.
- Baumann, N., & Kuhl, J. (2002). Intuition, affect, and personality: Unconscious coherence judgments and self-regulation of negative affect. *Journal of Personality & Social Psychology*, 83(5), 1213-1223.
- Beck, A. T. (1976). *Cognitive Therapy and emotional disorders*. New York: International Universities Press.
- Beel, C. (1981). Social Support and Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 7 (1), 58-72.
- Bendtsen, P., & Hornquist, J. O. (1992). Change and status in quality of life in patients with rheumatoid artgritis. *Quality of Life Research*, 1, 297,305.
- Berg, J. , Nyamathi, A., Christiani, A., Morisky, D., & Leake, B. (2005). Predictors of screening results for depressive symptoms among homeless adults in Los Angeles with latent tuberculosis. *Research in Nursing & Health* 28 (3), 220 – 229.

- Bertolli Filho, C. (2000). Antropologia da doença e do doente: percepções e estratégias de vida dos tuberculosos. *História, Ciências, Saúde — Manguinhos*, VI (3), 493-522.
- Bowling, A. (2001). *Measuring health: A review of quality of life measurement scales* (2^a ed.). New York: Open University Press.
- Brenes, G. A. (2003). Anxiety and chronic obstructive pulmonary disease: prevalence, impact, and treatment. *Psychosomatic Medicine*, 65, 963-970.
- Breier, J. I., Fuchs, K. L., Brookshire, B. L., Wheless, J., Thomas, A. B., Constantinou, J., et al. (1998). Quality of life perception in patients with intractable epilepsy or pseudoseizures [Abstract]. *Archives of Neurology*, 55, 660-665.
- Buchi, St., Villiger, B., Sensky, T., Schwarz, F., Wolf, Ch., & Buddeberg, C. (1997). Psychosocial predictors of long-term success of in-patient pulmonary rehabilitation of patients with COPD. *European Respiratory Journal*, 10, 1272-1277.
- 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, 451-499.
- Cano-Vindel, A. (1989). *Cognición, emoción y personalidad: un estudio centrado en la ansiedad*. Madrid: Universidad Complutense.
- Cano-Vindel, A., & Miguel-Tobal, J. J. (1995). Perfiles diferenciales de los trastornos de ansiedad. *Ansiedad y Estrés*, 1, 35-58.
- Caplan, G., (1974). *Support systems and community mental health*. New York: Basic Books.

- Caplan, G., & Killilea, M., (1976). *Support Systems and Mutual Help. Multidisciplinary Explorations*. New York: Grune & Straton.
- Chadha, V. K. (1997). Global trends of tuberculosis: an epidemiological review. *National Tuberculosis Institute Bulletin*, 33 (1&2), 11-18.
- Chadha, V. K. (2001). Tuberculin test. *Indian Journal of Pediatrics*, 68 (1), 53-58.
- Chamla, D. (2004). The assessment of patients' health-related quality of life during tuberculosis treatment in Wuhan, China. *International Journal of Tuberculosis Lung Disease*, 8 (9), 1100-1106.
- Chan, E. D., & Iseman, M. D. (2002). Current medical treatment for tuberculosis. *British Medical Journal*, 325, 1282-1286.
- Chandrasekhar, P. (1988). Eradication of tuberculosis- a myth or reality? *Indian Journal of Tuberculosis*, 35, 61-67.
- Chang, B., Wu, A. W., Hansel, N. N., & Diette, G. B. (2004). Quality of life in tuberculosis: a review of the English language literature. *Quality of Life Research*, 13(10), 1633-1642.
- Chang, J. A., Curtis, J. R., Patrick, D. L., & Raghu, G. (2000). Assessment of health-related quality of life in patients with interstitial lung disease. *Chest*, 116, 1175-1182.
- Cheng, S. N., Liu, E. Y., & Du, X. (2004). The impact of geriatric tuberculosis patients on the tuberculosis control strategy in China [Abstract]. *Zhonghua Liu Xing Bing Xue Zhi*, 25 (8), 665-677.
- Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*, 38

(5), 300-314.

Cohen, S., & Syme, L. (1985). *Social support and health*. New York: Academic Press.

Cohen, S., & Wills, T. A. (1985). Stress, social support and the buffering hypothesis. *Psychology Bulletin*, 92 (2), 310-357.

Coly, A., & Morisky, D. (2004). Predicting completion of treatment among foreign-born adolescents treated for latent tuberculosis infection in Los Angeles. *The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*, 8 (6), 703-710.

Costa, J., Gonçalves, H., & Menezes, A., (1999). Percepções e limites: visão do corpo e da doença. *Revista de Saúde Coletiva*, 9 (1), 123-150.

Costa, P. T., & McCrae, R. R. (1994). Depression as an enduring disposition. In L.S. Schneider, C.F. Reynolds, B.D. Lebowitz et al. (Eds.), *Diagnosis and treatment of depression in late life* (pp. 155-167). Washington: American Psychiatric Press.

Cramer, D., Henderson, S., & Scott, R. (1997). Mental health and desired social support: a fourwave panel study. *Journal of Social and Personal Relationships*, 14 (6), 761-775.

Crofton, J., Horne, N., & Miller, F. (1992). *Clinical Tuberculosis*. London: Macmillan Education.

Dahlén, I., & Janson, C. (2002). Anxiety and depression are related to the outcome of emergency treatment in patients with obstructive pulmonary disease. *Chest*, 122, 1633-1637.

de Valliere, S., & Barker, R.D. (2004). Residual lung damage after completion of treatment for multidrug resistant tuberculosis. *International Journal of*

Tuberculosis Lung Disease, 8 (6), 767-771.

Dellborg, C., Olofson, J., Midgren, B., Caro, O., Skoogh, B-E., & Sullivan, M. (2002). Quality of life in patients with chronic alveolar hypoventilation. *European Respiratory Journal*, 19, 113-120.

Demissie, M., Getachum, H., & Lindtjorn, B. (2003). Community tuberculosis care through “TB clubs” in rural North Ethiopia. *Social Science Medicine*, 56 (10), 2009-2018.

DGS. (2006a, Março 12). Direcção Geral de Saúde. Programa Nacional de Luta Contra a Tuberculose (versão mais recente, Março 2004). Lisboa. Consultado a 12 de Março de 2006, em <http://www.dgsaude.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006111.pdf>.

DGS. (2006b, Março 12). Direcção Geral de Saúde. Tuberculose doença profissional. Lisboa. Consultado a 12 de Março de 2006, em <http://www.dgsaude.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006102.pdf>.

Dion, M.J., Tousignant, P., Bourbeau, J., Menzies, D., & Schwartzman, K. (2004). Feasibility and reliability of health-related quality of life measurements among tuberculosis patients. *Quality of Life Research*, 13, 653-665.

Ditiatkov, A.E., Tikhonov, V.A., & Radzevich, A.E. (2001). Effects of angiotensin-converting enzyme inhibitors and cosaar on quality of life of patients with pulmonary tuberculosis and chronic heart failure [Abstract]. *Problemy Tuberkuleza*, 8, 37-39.

Dodor, E. A., & Afenydu, G. Y. (2005). Factors associated with tuberculosis treatment default and completion at the Effia-Nkwanta Regional Hospital in Ghana. *Transaction of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene*, 99 (11), 827-832.

- Dowson, C., Laing, R., Barraclough, R., Town, I., Mulder, R., Norris, K., et al. (2001). The use of the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) in patients with chronic obstructive pulmonary disease: a pilot study. *The New Zealand Medical Journal*, 12 (114), 447-449.
- Dunst, C., & Trivette, C. (1990). Assessment of social support in early intervention programs. In S. Meisels e J. Shonkoff (Eds.), *Handbook of early childhood intervention* .(pp. 326-349). New York: Cambridge University Press.
- Duyan, V., Kurt, B., Aktas, Z., Duyan, G. C., & Kulkul, D.O. (2005). Relationship between quality of life and characteristics of patients hospitalised with tuberculosis. *International Journal of Tuberculosis Lung Disease*, 12, 1361-1366.
- El Khader, K., Lrhorfi, M.H., el Fassi, J., Tazi, K., Hachimi, M., & Lakrissa, A. (2001). Urogenital tuberculosis. Experience in 10 years [Abstract]. *Progrès en Urologie : Journal de l'Association Française d'Urologie et de la Société Française d'Urologie*, 11 (1), 62-67.
- Erdem, M., & Tasci, N. (2003). Determination of self-esteem levels of patients with tuberculosis [Abstract]. *Tuberkuloz ve Toraks*, 51 (2), 171-176.
- Fagulha, T., Duarte, M.E. & Miranda, M.J. (2000). A "qualidade de vida": Uma nova dimensão psicológica? *Psychologica*, 25, 5-17.
- Feeny, D. H, Torrance G.W., & Labelle, R. (1996). Integrating economic evaluation and quality of life assessments. In B. Spilker (Ed.), *Quality of life and pharmacoeconomics in clinical trials*. (pp. 85-95). Philadelphia: Lippincott-Raven Publishers.
- Fernández-Abascal, E. G., & Palmero, F. (1999). *Emociones y salud*. Barcelona: Ariel.

- Ferreira, P. L. (2000a). Criação da versão portuguesa do MOS SF-36. Parte I – adaptação cultural e linguística. *Acta Médica Portuguesa*, 13, 55-63.
- Ferreira, P.L. (2000b). Criação da versão portuguesa do MOS SF 36. Parte II – testes de validação. *Acta Médica Portuguesa*, 13, 119-127.
- Fleck, M., Louzada, S., Xavier, M., Chachamovich, E., Vieira, G., Santos, et al. (1999). Aplicação da Versão em Português do Instrumento de Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-100b). *Revista Saúde Pública*, 33 (2), 198-205.
- Fries, J., & Spitz, P. (1990). The hierarchy of patients outcomes. In B. Spilker (Ed.), *Quality of life assessments in clinical trials* (pp. 25-35). New York: Raven Press.
- Frisch, M. B. (1994). *Manual and treatment guide for the Quality of Life Inventory*. Minneapolis: Nation Computer Systems.
- Furin J. J., Mitnick, C. D., Shin, S. S., Bayona, J., Becerre, M. C., Singler, et al. (2001). Occurrence of serious adverse effects in patients receiving community-based therapy for multidrug-resistant tuberculosis. *International Journal of Tuberculosis & Lung Diseases*, 5 (7), 648-655.
- Galinha, I. C., & Pais-Ribeiro, J. L. (2005a). Contribuição para o estudo da versão portuguesa da Positive and Negative Affect Schedule (PANAS): I – Abordagem teórica ao conceito de afecto. *Análise Psicológica*, 23 (2), 209-218.
- Galinha, I. C., & Pais-Ribeiro, J. L. (2005b). Contribuição para o estudo da versão portuguesa da Positive and Negative Affect Schedule (PANAS): II – Estudo psicométrico. *Análise Psicológica*, 23 (2), 219-227.
- Gelaw, M., Genebo, T., Dejene, A., Lemma, E., & Eyob, G. (2001). Attitude and social

- consequences of tuberculosis in Addis Ababa, Ethiopia. *East African Medical Journal*, 78 (7), 382-388.
- Gill, T.M., & Feinstein, A.R. (1994). A critical appraisal of the quality of quality-of-life measurements. *The Journal of the American Medical Association*, 272, 619-626.
- Gnezdilova, E. V. (2002). Phthisis-school as way of psychosocial corrections of pulmonary tuberculosis [Abstract]. *Problemy Tuberkuleza*, 3, 11-2.
- Godoy, D. V., & Godoy, R. F. (2002). Redução nos níveis de ansiedade e depressão com doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) participantes de um programa de reabilitação pulmonar. *Jornal de Pneumologia*, 29 (3), 120-124.
- Goodwin, R. D., & Pine, D. S. (2002). Respiratory disease and panic attacks among adults in the United States. *Chest*, 122, 645-650.
- Gotlib, I.H. (1984). Depression and General Psychopathology in University Students. *Journal of Abnormal Psychology* 93, 19-30.
- Gracia, E. (1998). *El apoyo social en la intervención comunitaria*. Barcelona: Paidós Ibérica, S.A.
- Guryleva, M. E., & Gerasimova, O.I. (2002). Characterization of life quality in patients with respiratory tuberculosis treated in the outpatient setting [Abstract]. *Problemy Tuberkuleza*, 8, 10-12.
- Guyatt, G. H.(1995). A taxonomy of health status instruments. *Journal of Rheumatology*, 22(6), 1188-90.
- Guyatt, G.H, Zaten ,S. J., Feeney, D. H, & Patrick,D. L. (1989). Measuring quality of life in clinical trials: a taxonomy and review. *Canadian Medical Association Journal*,

140 (12), 1441-8.

Hansel, N. N., Wu, A. W., Chang, B., & Diette, G. B. (2004). Quality of life in tuberculosis: Patient and provider perspectives. *Quality of Life Research*, 13(3), 639-652.

He, C.Y., He, L.M., & Li, M.H. (2005). Application of SF-36 scale on pulmonary tuberculosis patients in Yunnan province of China and southern Thailand [Abstract]. *Zhonghua Liu Xing Bing Xue Za Zhi*, 26 (3), 187-189.

Heldal, E., Dahle, U. R., Sandven, P., Caugant, D. A., Brattaas, N., Waaler, et al. (2003). Risk factors for recent transmission of Mycobacterium tuberculosis. *European Respiratory Journal*, 22, 637-642.

Helman, C., (1994). *Cultura, Saúde, Doença*. Porto Alegre: Artes Médicas Jaspers.

Hermann, B. (1993). Developing a model of quality of life in epilepsy: the contribution of neuropsychology. *Epilepsia*, 34 (4), S14-S21.

Herrmann, C. (1997). International experiences with the Hospital Anxiety and Depression Scale a review of validation data and clinical results. *Journal of Psychosomatic Research*, 42, 17-41.

Holtgrave, D. R., & Crosby, R. A. (2004). Social determinants of tuberculosis case rates in the United States [Abstract]. *American Journal Preventive Medicine*, 26 (2), 159-162.

House, J. S. (1981). *Work Stress and Social Support*. Reading: Addison Wesley Publishing.

Hyland, M. (1992). A reformulation of quality of life for medical science. *Quality of Life*

Research, 1, 267-272.

Immerman, K. L., & Pankratova, L. E. (1988). Characteristics of the nature and dynamics of neuropsychic disorders in patients with newly detected pulmonary tuberculosis undergoing intensive chemotherapy [Abstract]. *Zhurnal Nevropatologii i Psikiatrii imeni S. S. Korsakova, 88* (6), 109-113.

Jagota, P. (1999). Sociological research conducted in the field of tuberculosis in India. *STC Newsletter, 9* (2), 5-15.

Jastrzebski, D., Kozielski, J., Banas, A., Cebula, T., Gumola, A., Ziora, D., & Krzywiecki, A. (2005). Quality of life during one year observation of patients with idiopathic pulmonary fibrosis awaiting lung transplantation. *Journal of Physiology and Pharmacology, 56* (4), 99-105.

Johansson, E., & Winkvist, A. (2002). Trust and transparency in human encounters in tuberculosis control: lessons learned from Vietnam. *Quality of Life Research, 12* (4), 473-491.

Johnston, M., Pollard, B., & Hennessey, P. (2000). Construct validation of the hospital anxiety and depression scale with clinical populations. *Journal of Psychosomatic Research, 48*, 579-584.

Joyce-Moniz, L. (1993). *Psicopatologia do desenvolvimento do adolescente e do adulto* (2^aed.). Lisboa: McGraw - Hill.

Joyce-Moniz, L., & Barros, L. (2005). *Psicologia da doença - desenvolvimento e intervenção*. Porto: Edições Asa.

Kaplan, R., Sallis, J., & Patterson, T. (1993). *Health and human behaviour*. Singapore: McGraw-Hill.

- Karajgi, B., Rifkin, A., Doddi, S., & Kolli, R. (1990). The prevalence of anxiety disorders in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *American Journal of Psychiatry*, *147*, 200-210.
- Karyadi, E., West, C. E., Nelwan, R. H., Dolmans, W. M., Schultink, J. W., & van der Meer, J. W. (2002). Social aspects of patients with pulmonary tuberculosis in Indonesia. *The Southeast Asian Journal of Tropical Medicine and Public Health*, *33* (2), 338-345.
- Kessler, R., C., Price, R. H., & Wortman, C. B. (1985). Social factors in psychopathology: stress, social support, and coping process. *Annual Review of Psychology*, *26*, 531-572.
- Kim, H. F., Molinari, V. A., Hillman, S. L., Lalani, S. L., Orengo, C. A., Petersen, N. J., et al. (2000). Functional impairment in COPD patients: the impact of anxiety and depression. *Psychosomatics*, *41*, 465-471.
- Kirshner, B., & Guyatt, G. A. (1985). Methodological framework for assessing health indices. *Journal of Chronic Diseases*, *38* (1), 27-36.
- Krishnamurthy, M. S. (1992). *Manual for tuberculin testers and readers*. New Delhi: National Tuberculosis Institute.
- Kunik, M. E., Roundy, K., Veazy, C., Soucek, J., Richardson, P., Wray, N. P., et al. (2005). Surprisingly high prevalence of anxiety and depression in chronic breathing disorders. *Chest*, *127*, 1205-1211.
- Labott, S., Ahlenab, S., Wolever, M., & Martin, R. (1990). The physiological effects of the expression and inhibition of emotion. *Behavioral Medicine*, *16*, 182-189.

- Lacruz, M. (2000). *Salud y fuentes de apoyo social Análise de uma comunidade*. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas.
- Lakey, B., Drew, J. (1997). A social cognitive perspective on social support. In G. Pierce, B. Lakey, I. Saranson & B. Saranson (Eds.), *Sourcebook of social support and personality* (pp. 107-140). New York: Plenum Press.
- Lavoie, K. L. , Bacon, S. L., Barone, S., Cartier, A., Ditto, B., & Labrecque, M. (2006). What is worse for asthma control and quality of life. *Chest*, *130*, 1039-1047.
- Leung, C. C., Yew, W. W., Chan, C. K., Tam, C. M., Lam, C. W., Tam, W. O., et al. (2002). Tuberculosis in older people: a retrospective and comparative study from Hong Kong. *Journal American Geriatrics Society*, *50* (7), 1219-1226.
- Leventhal, H., & Colman, S. (1997). Quality of life: a process review. *Psychology and Health*, *12*, 753-767.
- Liam, C.K., Lim, K.H., Wong, C.M.M., Tang, B.G. (1999). Attitudes and knowledge of newly diagnosed tuberculosis patients regarding the disease, and factors affecting treatment compliance. *International Journal of Tuberculosis Lung Disease*, *3*, 300-309.
- Liefooghe, R., & Munynck, A. D. (2001). The dynamics of tuberculosis treatment adherence. *Journal Pakistan Medical Association*, *51* (1), 3-9.
- Limbos, M.M., Joyce, D. P., Chan, C. K. N., & Kesten, S. (2000). Psychological functioning and quality of life in lung transplant candidates and recipients. *Chest*, *118*, 408-416.
- Lin, N. (1986). Conceptualizing social support. In N. Lin, A. Dean & W. Ensel (Eds.), *Social support, life events and depression* (pp. 17-18). London: Academic Press.

- Llorca, M., Poussin, M., & Cazals-Ferré, M. (2004). Integração e apoios sociais. In M. Vasconcelos, P. Tap (Eds.), *Precariedade e vulnerabilidade psicológica* (pp. 93-98). Coimbra: Fundação Bissaya Barreto.
- Mahadev, B., & Balasangameshwara, V. H. (1995). *What you should know about tuberculosis, its diagnosis, treatment and prevention*. New Deli: INSDOC Regional Centre Bangalore.
- Markowitz, J. S., Weissman, M. M., Ouellette, R., Lish, J. D., & Klerman, G. L. (1989). Quality of life in panic disorder. *Archives of General Psychiatry*, 46, 984-992.
- Maroco, J. (2003). *Análise estatística - com utilização do SPSS* (2ªEd.). Lisboa: Edições Sílabo.
- Marra, C.A., Marra, F., Cox, V.C., Palepu, A., & Fitzgerald, J.M. (2004). Factors influencing quality of life in patients with active tuberculosis. *Health and Quality of Life Outcomes*, 2 (58),
- Martinez-Garcia, M. A., Perpina-Torderc, M., Roman-Sanchez, P., & Soler-Cataluna, J.J. (2005). Quality of life determinants in patients with clinically stable bronchiectasis. *Chest*, 128, 739-745.
- McCathie, H. C. F., Spence, S. H., & Tate, R. L. (2002). Adjustment to chronic obstructive pulmonary disease: the importance of psychological factors. *European Respiratory Journal*, 19, 47-53.
- Meneses, R. F. (2005). *Promoção de qualidade de vida de doentes crónicos: Contributos no contexto das epilepsias focais*. Porto: Universidade Fernando Pessoa e Fundação para a Ciência e a Tecnologia.

- Meneses, R. F., Ribeiro, J. P., & Silva, A. M. (2002). Revisão da literatura sobre avaliação da qualidade de vida (QDV) de adultos com epilepsia. I: Dificuldades na abordagem do tema. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 3 (1), 61-88.
- Menezes, E. A., Alves, T. S., Amorim, L. N., Nascimento, K. M., Soares, K. P., & Cunha, F. A. (2006). Incidência de tuberculose pulmonar bacilífera no município de Umirim-Ceará, no ano 2001. *NewsLab*, 74, 82-90.
- Morsy, A. M., Zaher, H. H., Hassan, M. H., & Shouman, A. (2003). Predictors of treatment failures among tuberculosis patients under DOTS strategy in Egypt. *East Mediterranean Health Journal*, 9 (4), 689-701.
- Murray, J. F. (2004). A century of tuberculosis. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 169, 1181-1186.
- Nakanishi, Y., Izumi, M., Abe, K., Harada, T., Inoue, K., Wataya, H., et al. (2002). Questionnaire about impression and know-how of tuberculosis in employees and students in a university hospital [Abstract]. *Kekkaku: Tuberculosis*, 77 (6), 457-463.
- Niazi, A. D., & Al-Delaimi, A. M. (2003). Impact of community participation on treatment outcomes and compliance of DOTS patients in Iraq. *East Mediterranean Health Journal*, 9 (4), 709-717.
- Nitschke, J. B., Heller, W., Imig, J. C., McDonald, R. P., & Miller, G. A. (2001). Distinguishing dimensions of anxiety and depression. *Cognitive Therapy and Research*, 25 (1), 1-22.
- Nunes, M. M. J. C. (1999) - *Qualidade de Vida e Diabetes: Influência das Variáveis Psicossociais*. Coimbra: Instituto Superior Miguel Torga. Dissertação de Mestrado.
- Oliveira, H. B., & Filho, D. C. M. (2000). Recidivas em tuberculose e seus fatores de

- risco. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 7 (4), 232-241.
- OMS. (2006a, Abril, 26). Organização Mundial de Saúde. O Peso das Perturbações Mentais e Comportamentais. Genebra. Consultado a 26 de Abril de 2006, em http://www.who.int/2001/en/whr01_ch2_po.pdf
- OMS. (2006b, Abril, 26). Organização Mundial de Saúde. Tuberculosis Fact sheet N°104. Genebra. Consultado a 26 de Abril de 2006, em <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs104/en/print.html>
- Orley, J. & the WHOQOLgroup. (1994). The World Health Organization (WHO) quality of life project. In M.R. Trimble and W.E. Dodson (Eds.), *Epilepsy and Quality of Life*. New York: Raven Press, Ltd.
- Ornelas, J. (1996). Suporte social e doença mental. *Análise Psicológica*, 2-3(14), 263-268.
- Paton, N. I., Chua, Y-K., Earnest, A., & Chee, C. BE. (2004). Randomized controlled trial of nutritional supplementation in patients with newly diagnosed tuberculosis and wasting. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 80, 460-465.
- Pennebaker, J. (1990). *Opening Up: the healing power of confiding in others*. New York: William Morrow.
- Pereg, D., & Mikulincer, M. (2004). Attachment Style and the Regulation of Negative Affect: Exploring Individual Differences in Mood Congruency Effects on Memory and Judgment. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 30 (1), 67-80.
- Perin, C., Ramos, G. Z., Grassi-Oliveira, R., & Tourinho, T. (2002). Artrite reumatóide e depressão. *Revista Brasileira de Reumatologia*, 42 (6), 375-380.

- Perna, G., Bertani, A., Diaferia, G., Arancio, C., Bertani, A., & Bellodi, L. (1994). Prevalence of respiratory disorders in patients with panic and obsessive compulsive disorders. *Anxiety, 1*, 100-110.
- Pilisuk, M., & Parks, S. (1986). *The healing web: social networks and woman survival*. New England: University Press.
- Preetish, V., Chadha, V. K., Kumar, P., Jaganatha, P. S., & Uma Devi, G. (2004). Annual risk of tuberculosis infection in rural areas of Kota district. *Indian Journal of Tuberculosis, 51*, 123-130.
- Promptussananon, S., & Peltzer, K. (2005). Perceptions of tuberculosis: attributions of cause, suggested means of risk reduction, and preferred treatment in the Limpopo province, South Africa. *Journal of Health, Population and Nutrition, 23* (1), 74-81.
- Prusoff, B. & Klerman, G. (1974). Differentiating Depressed from Anxious Neurotic Out-Patients. *Archives General Psychiatry 30*, 302-309.
- Rajeswari, R., Muniyandi, M., Balasubramanian, R., & Narayanan, P.R. (2005). Perceptions of tuberculosis patients about their physical, mental and social well-being: a field report from south India. *Social Science & Medicine, 8* (60), 1845-1853.
- Ribeiro, J. L. P. (1994). A Importância da Qualidade de Vida para a Psicologia da Saúde. *Análise Psicológica, 2-3* (XII), 179-191.
- Ribeiro, J. L. P. (1998). *Psicologia e Saúde*. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Ribeiro, J. L. P. (1999a). Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS). *Análise*

Psicológica, 3 (XVII), 547-558.

Ribeiro, J. L. P. (1999b). *Investigação e avaliação em psicologia e saúde*. Lisboa: Climepsi.

Ribeiro, J. L. P. (2005a). *Introdução à psicologia da saúde*. Coimbra: Quarteto.

Ribeiro, J. L. P. (2005b). *O importante é a saúde: estudo de adaptação de uma técnica de avaliação do Estado de Saúde - SF-36 (1ªEd.)*. Fundação Merck Sharp & Dohme.

Ribeiro, J. L. P., Silva, I., Ferreira, T., Martins, A., Meneses, R., & Baltar, M. (2006). Validation study of a Portuguese version of the Hospital Anxiety and Depression Scale. *Psychology, Health & Medicine*.

Rodríguez, L. (1991). *Calidad de Vida Percibida e Conductas de Salud*. Universidad de Alicante: Arquetipo Ediciones.

Ruggeri, M., Santolini, N., Stegagno, M., Imperadore, G., & Dall'Agnola, R. (1999). *Epidemiologia e psichiatria sociale. La qualità di vita dei pazienti psichiatrici*. Itália: Il Pensiero Scientifico.

Salabarría-Pena, Y., Trout, P. T., Gill, J. K., Morisky, D. E., Muralles, A. A., & Ebin, V. J. (2001). Effects of acculturation and psychosocial factors in Latino adolescents' TB-related behaviors. *Journal of Ethnic Disorders*, 11 (4), 661-175.

Sánchez, A. (1991). *Psicología Comunitária. Bases Conceptuales y Operativas. Métodos de Investigación*. Barcelona: PPU.

Santos, C. S. (2006). *Doença oncológica – representação cognitiva e emocional, estratégias de coping e qualidade de vida no doente e família*. Coimbra: Formação e Saúde.

- Sarason, I. G., Levine, H. M., Basham, R. B., & Sarason, B. R. (1983). Assessing social support: the social support questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44 (1), 127-139.
- Schipper, H., Clinch, J., & Powell, V. (1990). Definitions and conceptual issues. In B. Spilker (Ed.), *Quality of life assessments in clinical trials* (pp. 11-24). New York: Raven Press.
- Shalaeva, O.E., Asmolovskii, A.V., Bel'kov, A.V., & Zaitsev, A.A. (2004). Comparative characterization of life quality in patients with pulmonary tuberculosis after surgical treatment [Abstract]. *Probl Tuberk Bolegk.*, 7, 7-10.
- Shumaker, S.A., Anderson, R.T., & Czajkowski, S.M. (1990). Psychological tests and scales. In B. Spilker (Ed.), *Quality of life assessments in clinical trials* (pp.95-113). New York: Raven Press.
- Silva, I., Pais-Ribeiro, J. L., Cardoso, H., Ramos, H., Carvalhosa, S., Dias, S., et al. (2003). Efeitos do apoio social na qualidade de vida, controlo metabólico e desenvolvimento de complicações crónicas em indivíduos com diabetes. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 4 (1), 21-32.
- Singer, J. E., & Lord, D. (1984). The role of social support in coping with chronic or life-threatening illness. In A. Baum, S. Taylor, & J. Singer (Eds.), *Handbook of psychology and health. (Vol.IV)*. (pp. 269-278). New Jersey: Laurence Erlbaum Associates, Inc., Publishers.
- Singh, J., Kajal, N., Singh, M., & Verma, V. (2004). Health Related Quality of Life (HRQL) scoring in tuberculosis. *Chest*, 126 (4), 833.
- Snaith, P. (1992). Anhedonia: exclusion from the pleasure dome. A useful marker of

- biological depression. *British Medical Journal*, 305, 134.
- Snaith, P. (1993). What do depression rating scales measure? *British Journal of Psychiatry*, 163, 293-298.
- Snaith, P. (1994). Anxiety control training. *Advances in Psychiatric Training*, 1, 57-61.
- Snaith, P. (2002). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 52 (5), 401.
- Snaith, P., & Protheroe, D. N. (1995). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Hospital Update*, May, 240-242.
- Snaith, P., Baugh, S., Clayden, A.D., Husain, A., & Sipple, M. (1982). The Clinical Anxiety Scale: An Instrument Derived from the Hamilton Anxiety Rating Scale. *British Journal of Psychiatry* 141, 518-523.
- Spar, J. E., & La Rue, A. (1998). *Guia de psiquiatria geriátrica* (1ª ed.) (J.A. Falcato, & C. Jethá, Trad.). Lisboa: CLIMEPSI. (Obra original publicada em 1997)
- Spielberger, C.D.; Gorsuch, R.L.; & Lushene, R.E.(1970). *Manual for the Strait-Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto: Consulting Psychologists Press.
- Spilker, B. (1990). Introduction. In B. Spilker (Ed.), *Quality of life assessments in clinical trials* (pp. 3-9). New York: Raven Press.
- Stolley, J., & Buckwalter, K. (1991). Iatrogenesis in the elderly - nosocomial infections. *Journal of Gerontological Nursing*, 17, 30-34.
- Strian, F., & Kplicpera, C. (1984). Anxiety and depression in affective disorders. *Psychopatologia*, 17, 37-48.

- Su, W-J. (2002). Recent advances in the molecular diagnosis of tuberculosis. *Journal of Microbiology, Immunology, and Infection*, 35, 209-214.
- Sukhova, E.V. (2004). Tuberculosis as a component of sub-culture [Abstract]. *Problemy Tuberkuleza i Boleznei Legkikh*, 6, 20-23.
- Sukhova, E.V. (2005). The satisfaction of personal needs in patients with pulmonary tuberculosis [Abstract]. *Problemy Tuberkuleza i Boleznei Legkikh*, 1, 47-50.
- Sukhov, V. M., & Sukhova, E. V. (2003). Some specific features of life quality in patients with pulmonary tuberculosis [Abstract]. *Problemy Tuberkuleza i Boleznei Legkikh*, 4, 29-30.
- Tada, A., Matsumoto, H., Soda, R., Endo, S., Kawai, H., Kimura, G., Yamashita, M., Okada, C., & Takahashi, K. (2002). Effects of pulmonary rehabilitation in patients with pulmonary tuberculosis sequelae [Abstract]. *Nihon Kokyuki Gakkai Zasshi*, 40 (4), 275-281.
- Taylor, S. (1995). *Health psychology*. New York: McGraw Hill.
- Teixeira, J. C., & Correia, A. R. (2002). Fragilidade social e psicologia da saúde - um exemplo de influências do contexto sobre a saúde. *Análise Psicológica*, 3 (20), 359-365.
- Thoits, P. A. (1982). Conceptual, Methodological and Theoretical Problems in Studying Social Support as a Buffer against Life stress. *Journal of Health and Social Behaviour*, 23, 145-159.
- Tocque, K., Bellis, M. A., Beeching, N. S., Syed, Q., Remington, T., & Davies, P. D. (2001). A case-control study of lifestyle risk factors associated with tuberculosis in

- Liverpool, North West England. *European Respiratory Journal*, 18(6), 959-964.
- Trenton, A. J., & Currier, G. W. (2001). Treatment of comorbid tuberculosis and depression. *Prime Care Companion Journal of Clinic Psychiatry*, 3(6), 236-243.
- Vaux, A. (1988). *Social Support. Theory, Research and Intervention*. New York: Praeger.
- Vaz Serra, A. (2002). *O stress na vida de todos os dias* (2ªed.). Coimbra: Edição do Autor.
- Vaz Serra, A., Matos, A.P., & Gonçalves, S. (1986). Auto-conceito e sintomas depressivos na população em geral. *Psiquiatria Clínica*, 7 (2), 97-101.
- Vega, P., Sweetland, A., Acha, J., Castillo, H., Guerra, D., Smith Fawzi, MC., et al. (2004). Psychiatric issues in the management of patients with multidrug-resistant tuberculosis. *International Journal of Tuberculosis & Lung Diseases*, 8 (6), 749-759.
- Verburg, K., Griez, E., Meijer, J., & Pols, H. (1995). Respiratory disorders as a possible predisposing factor for panic disorder. *Journal of Affective Disorders*, 33, 129-134.
- Vinogradov, M. V., Cherkashina, I. I., & Perel'man, M. I. (1991). Mental state of patients with restricted forms of pulmonary tuberculosis [Abstract]. *Problemy Tuberkuleza*, 10, 41-43.
- Volmink, J., & Garner, P. (1997). Systematic review of randomised controlled trials of strategies to promote adherence to tuberculosis treatment. *British Medical Journal (Clinical research ed.)*, 315, 1403-1406.
- Wang, Y., Lii, J., & Lu, F. (1998). Measuring and assessing the quality of life of patients with pulmonary tuberculosis [Abstract]. *Zhonghua Jie He He Hu Xi Za Zhi*, 12, 720-723.

- Ware, J. (1993). Measures for new era of health assessment. In A. L. Stewart & J. Ware (Eds.), *Measuring functioning and well-being* (pp. 3-11). Durham: Duke University.
- Ware, J.E., Jr., & Sherbourne, C.D. (1992). The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36): I. Conceptual framework and item selection. *Medical Care*, 30 (6), 473-483.
- Watson, D. & Clark, L.A (1984). Negative Affectivity: the Disposition to Experience Aversive Emotional States. *Psychology Bulletin* 96, 465-490.
- Westaway, M. S., & Wolmarans, L. (1992). Depression and self-esteem: rapid screening for depression in black, low literacy, hospitalized tuberculosis patients. *Social Science & Medicine*, 35 (10), 1311-1315.
- Wethington, E., & Kessler, R. C. (1986). Perceived support, received support, and adjustment to stressful life events. *Journal of Health and Social Behavior*, 27, 78-79.
- Wilson, I., & Cleary, P. (1995). Linking clinical variables with health-related quality of life. *The Journal of the American Medical Association*, 273 (1), 59-65.
- Wortman, C., & Dunkel-Schetter, C. (1987). Conceptual and methodological issues in the study of social support. In A. Baum & J. Singer (Eds.), *Handbook of psychology and health: stress* (pp. 68-70). London: Lawrence Erlbaum Associates.
- Wu, K. K., Chan, S. K., & Ma, T. M. (2005). Posttraumatic stress, anxiety, and depression in survivors of severe acute respiratory syndrome (SARS). *Journal of Traumatic Stress*, 18 (1), 39-42.
- Yamagishi, F., Sasaki, Y., Kwabe, Y., Toyoda, E., Imuzuka, K., Yamashita, T., et al.

(2002). The present situation of daily life of tuberculosis patients treated in hospital with beds of tuberculosis in Japan [Abstract]. *Kekkaku: tuberculosis*, 77 (9), 609-614.

Yang, L., Wu, D. L., Guo, H. G., & Liu, J. W. (2003). A study of the psychological and social factors in patients with pulmonary tuberculosis [Abstract]. *Zhonghua Jie He He Hu Xi Za Zhi*, 26 (11), 704-707.

Yellowlees, P. M., Haynes, S., Potts, N., Ruffin, R. E. (1988). Psychiatric morbidity in patients with life-creatinina asthma: initial report of a controlled study. *The Medical Journal of Australia*, 149, 246-249.

Yohannes, A. M., Baldwin, R. C., & Connolly, M. J. (2000). Depression and anxiety in elderly outpatients with chronic obstructive pulmonary disease: prevalence, and validation of the BASDEC screening questionnaire. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 15, 1090-1096.

Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67, 361-370.

Zimmerman, M., McDermet W., & Mattia, J. I. (2000). Frequency of anxiety disorders in psychiatric outpatients with major depressive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 157, 1337-1340.

Anexos

Anexo A

Código _____

Questionário Sócio-Demográfico

Data: ___/___/___

1. Sexo

- (1) Masculino
- (2) Feminino

2. Idade: ____ anos

3. Estado Civil

- (1) Solteiro/a
- (2) Casado/a
- (3) União de facto
- (4) Divorciado/a
- (5) Separado/a
- (6) Viúvo/a

4. Profissão: _____

5. Situação Profissional

- (1) Empregado a tempo inteiro
- (2) Empregado a tempo parcial
- (3) Desempregado/a
- (4) Reforma antecipada
- (5) Reforma não antecipada
- (6) Pensão de Invalidez
- (7) Doméstico/a
- (8) Estudante
- (9) Trabalhador-estudante

6. Escolaridade: _____ anos

Anexo B

Questionário Clínico

Código _____

CARACTERIZAÇÃO CLÍNICA: a ser co-preenchido pela equipa técnica
(adaptado da ficha de registo de caso de tuberculose – Formulário 1- Mod. 145.10
/DGS 2000 Programa Nacional de Tuberculose (PNT) Direcção Geral de Saúde –
Ministério da Saúde)

7. Tempo de tratamento: ____ meses.

8. Meio de Detecção/Diagnóstico

- (1) Rastreio Passivo/sintomas
- (2) Rastreio de Contactos
- (3) Rastreio de Outros Grupos
- (4) Rastreio Univ. 10-13 anos

9. Vacinação e provas

	TEM	NÃO TEM	DESCONHECIDO
8.1. BCG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.2. Prova de Mantoux Actual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.3. Radiografia do Tórax	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. Exames

	POSITIVO	NEGATIVO	DESCONHECIDO
9.1. Microscopia Inicial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.2. Cultura Inicial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.3. Exame Anatomo-Patológico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11. Factores de Risco

	SIM	NÃO	DESCONHECIDO
10.1. Dependência alcoólica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.2. Dependência de Drogas IV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.3. Dependência de outras Drogas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.4. Sem abrigo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.5. Residência Comunitária	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Qualidade de Vida de Indivíduos com Tuberculose Pulmonar em Tratamento Ambulatório

10.6. Outro factor de risco actual _____

12. Patologias associadas	SIM	NÃO	DESCONHECIDO
11.1 Infecção HIV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.2. Hepatite B	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.3. Hepatite C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.4. Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.5. Insuficiência renal crónica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.6. Outras: _____			

13. Encaminhamento

- (1) Internamento
- (2) Centro de Saúde
- (3) Iniciativa própria

Anexo C

Questionário do Estado de Saúde SF-36

Para as perguntas 1 e 2 por favor coloque um círculo no número que melhor descreve a sua Saúde.

1. Em geral, como diria que a sua Saúde é:

- Ótima 1
 Muito boa 2
 Boa 3
 Razoável 4
 Fraca 5

2. Comparando com o que acontecia há um ano, como descreve, o seu estado geral actual:

- Muito melhor 1
 Com algumas melhoras 2
 Aproximadamente igual 3
 Um pouco pior 4
 Muito pior 5

3. As perguntas que se seguem são sobre actividades que executa no seu dia a dia. Será que a sua Saúde o/a limita nestas actividades? Se sim, quanto?

(Por favor assinale com um círculo um número em cada linha)	Sim, muito limitado/a	Sim, um pouco limitado/a	Não, nada limitado/a
A. Actividades violentas, tais como correr, levantar pesos, participar em desportos violentos	1	2	3
B. Actividades moderadas, tais como deslocar uma mesa ou aspirar a casa	1	2	3
C. Levantar ou carregar as compras da mercearia	1	2	3
D. Subir vários lanços de escada	1	2	3
E. Subir um lanço de escada	1	2	3
F. Inclinar-se, ajoelhar-se ou abaixar-se	1	2	3
G. Andar mais de 1 Km	1	2	3
H. Andar vários quarteirões	1	2	3
I. Andar um quarteirão	1	2	3
J. Tomar banho ou vestir-me sozinho	1	2	3

4. Durante as últimas quatro semanas teve no seu trabalho ou actividades diárias algum dos problemas apresentados a seguir como consequência do seu estado de Saúde física?

(Por favor em cada linha ponha um círculo à volta do número 1 se a sua resposta for sim, ou à volta do número 2 se a sua resposta for não)

	Sim	Não
A. Diminuiu o tempo gasto a trabalhar, ou noutras actividades	1	2
B. Fez menos do que queria	1	2
C. Sentiu-se limitado/a no tipo de trabalho ou outras actividades	1	2
D. Teve dificuldade em executar o seu trabalho ou outras actividades (por exemplo, foi preciso mais esforço)	1	2

5. Durante as últimas quatro semanas, teve com o seu trabalho ou com as suas actividades diárias, algum dos problemas apresentados a seguir devido a quaisquer problemas emocionais (tal como sentir-se deprimido/a ou ansioso/a)?

(Por favor em cada linha ponha um círculo à volta do número 1 se a sua resposta for sim, ou à volta do número 2 se a sua resposta for não)

	Sim	Não
A. Diminuiu o tempo gasto a trabalhar, ou noutras actividades	1	2
B. Fez menos do que queria	1	2
C. Não executou o seu trabalho ou outras actividades tão cuidadosamente como era costume	1	2

Para cada uma das perguntas 6, 7 e 8 por favor ponha um círculo no número que melhor descreve a sua Saúde.

6. Durante as últimas 4 semanas, em que medida é que a sua Saúde física ou problemas emocionais interferiram com o seu relacionamento social normal com a família, amigos, vizinhos ou outras pessoas?

- Absolutamente nada 1
 Pouco 2
 Moderadamente 3
 Bastante 4
 Imenso 5

7. Durante as últimas 4 semanas teve dores?

- Nenhumas 1
 Muito fracas 2
 Ligeiras 3
 Moderadas 4
 Fortes 5
 Muito Fortes 6

8. Durante as últimas quatro semanas, de que forma é que a dor interferiu com o seu trabalho normal (tanto o trabalho fora de casa como o trabalho doméstico)?

- Absolutamente nada 1
 Um pouco 2
 Moderadamente 3
 Bastante 4
 Imenso 5

9. As perguntas que se seguem pretendem avaliar a forma como se sentiu e como lhe correram as coisas nas últimas quatro semanas. Para cada pergunta, coloque por favor um círculo à volta do número que melhor descreve a forma como se sentiu. Certifique-se que coloca um círculo em cada linha.

Quanto tempo nas últimas quatro semanas	Sempre	A maior parte do tempo	Bastante tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
A. Se sentiu cheio/a de vitalidade?	1	2	3	4	5	6
B. Se sentiu muito nervoso/a?	1	2	3	4	5	6
C. Se sentiu tão deprimido/a, que nada o/a animava?	1	2	3	4	5	6
D. Se sentiu calmo/a e tranquilo/a?	1	2	3	4	5	6
E. Se sentiu com muita energia?	1	2	3	4	5	6
F. Se sentiu triste e em baixo?	1	2	3	4	5	6
G. Se sentiu estafado/a?	1	2	3	4	5	6
H. Se sentiu feliz?	1	2	3	4	5	6
I. Se sentiu cansado/a?	1	2	3	4	5	6

10. Durante as últimas quatro semanas, até que ponto é que a sua Saúde física ou problemas emocionais limitaram a sua actividade social (tal como visitar amigos ou familiares próximos)?

- Sempre 1
 A maior parte do tempo 2
 Algum tempo 3
 Pouco tempo 4
 Nunca 5

11. Por favor, diga em que medida são verdadeiras ou falsas as seguintes afirmações.

(Por favor assinale um número em cada linha)	Totalmente verdade	Verdade	Não sei	Falso	Totalmente falso
A. Parece que adoço mais facilmente do que os outros	1	2	3	4	5
B. Sou tão saudável como qualquer outra pessoa	1	2	3	4	5
C. Estou convencido/a que a minha Saúde vai piorar	1	2	3	4	5
D. A minha Saúde é ótima	1	2	3	4	5

Anexo D

QDV - MÓDULO ESPECÍFICO PARA A TUBERCULOSE PULMONAR

12. Por favor, diga em que medida são verdadeiras ou falsas as seguintes afirmações.

(Coloque apenas um círculo num número em cada linha)

	Absolutamente Verdade	Verdade	Não Sei	Falso	Absolutamente Falso
a. Estou informado/a em relação à doença	1	2	3	4	5
b. Estou informado/a em relação ao tratamento	1	2	3	4	5
c. Tive/Tenho medo de poder contagiar os outros	1	2	3	4	5

13. As afirmações que se seguem relacionam-se com o TRATAMENTO.

Por favor, diga em que medida as seguintes situações o/a incomodaram nas últimas 4 semanas.

(Coloque apenas um círculo num número em cada linha)

Nas últimas 4 semanas, quanto tempo o/a incomodou...

	Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
a. Sair de casa para tomar a medicação?	1	2	3	4	5
b. Tomar uma dose diária grande de comprimidos	1	2	3	4	5
c. Ter de cumprir um tratamento longo?	1	2	3	4	5
d. Engolir determinados comprimidos?	1	2	3	4	5

14. As questões que se seguem relacionam-se com os EFEITOS sentidos durante o tratamento.

(Coloque apenas um círculo num número em cada linha)

Nas últimas 4 semanas, teve...

	Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
a. Sonolência?	1	2	3	4	5
b. Dores musculares?	1	2	3	4	5
c. Alteração de Humor?	1	2	3	4	5
d. Diminuição de Desejo Sexual?	1	2	3	4	5

Qualidade de Vida de Indivíduos com Tuberculose Pulmonar em Tratamento Ambulatório

e. Problemas Gastrointestinais?	1	2	3	4	5
f. Náuseas e/ou vômitos?	1	2	3	4	5
g. Comichões em todo o corpo?	1	2	3	4	5
h. Vermelhidão na pele?	1	2	3	4	5
i. Outros _____	1	2	3	4	5

15. Por favor, diga em que medida são verdadeiras ou falsas as seguintes afirmações. Estas referem-se às ALTERAÇÕES DE HÁBITOS DE SAÚDE devido ao tratamento.

(Coloque apenas um círculo num número em cada linha)

Nas últimas 4 semanas...	Absolutamente Verdade	Verdade	Não Sei	Falso	Absolutamente Falso
a. Como de forma mais equilibrada.	1	2	3	4	5
b. Descanso mais.	1	2	3	4	5
c. Consumo menos tabaco.	1	2	3	4	5
d. Consumo menos álcool.	1	2	3	4	5
e. Consumo menos outras drogas.	1	2	3	4	5
f. Faço mais exercício físico.	1	2	3	4	5
g. Realizo mais actividades lúdicas (p.e., ir ao cinema)	1	2	3	4	5

MUITO OBRIGADA PELA SUA COLABORAÇÃO!

Anexo E

Escala de Ansiedade e Depressão Clínica

Nome _____ Data ____/____/____

Este questionário foi construído para ajudar a saber como se sente. Pedimos-lhe que leia cada uma das perguntas e faça uma cruz no espaço anterior à resposta que melhor descreve a forma como se tem sentido na última semana.

Não demore muito tempo a pensar nas respostas. A sua reação imediata a cada questão será provavelmente mais correcta do que uma resposta muito ponderada.

Por favor, faça apenas uma cruz em cada pergunta

1. Sinto-me tenso/a ou nervoso/a:

- Quase sempre
 Muitas vezes
 Por vezes
 Nunca

2. Ainda sinto prazer nas coisas de que costumava gostar:

- Tanto como antes
 Não tanto agora
 Só um pouco
 Quase nada

3. Tenho uma sensação de medo, como se algo terrível estivesse para acontecer:

- Sim e muito forte
 Sim, mas não muito forte
 Um pouco, mas não me aflige
 De modo algum

4. Sou capaz de rir e ver o lado divertido das coisas:

- Tanto como antes
 Não tanto como antes
 Muito menos agora
 Nunca

5. Tenho a cabeça cheia de preocupações:

- A maior parte do tempo
 Muitas vezes
 Por vezes
 Quase nunca

6. Sinto-me animado/a:

- Nunca
 Poucas vezes
 De vez em quando
 Quase sempre

7. Sou capaz de estar descontraidamente sentado/a e sentir-me relaxado/a:

- Quase sempre
 Muitas vezes
 Por vezes
 Nunca

8. Sinto-me mais lento/a, como se fizesse as coisas mais devagar:

- Quase sempre
 Muitas vezes
 Por vezes
 Nunca

9. Fico de tal forma apreensivo/a (com medo), que até sinto um aperto no estômago:

- Nunca
 Por vezes
 Muitas vezes
 Quase sempre

10. Perdi o interesse em cuidar do meu aspecto físico:

- Completamente
 Não dou a atenção que devia
 Talvez cuide menos que antes
 Tenho o mesmo interesse de sempre

11. Sinto-me de tal forma inquieto/a que não consigo estar parado/a:

- Muito
 Bastante
 Não muito
 Nada

12. Penso com prazer nas coisas que podem acontecer no futuro:

- Tanto como antes
 Não tanto como antes
 Bastante menos agora
 Quase nunca

13. De repente, tenho sensações de pânico:

- Muitas vezes
 Bastantes vezes
 Por vezes
 Nunca

14. Sou capaz de apreciar um bom livro ou um programa de rádio ou televisão:

- Muitas vezes
 De vez em quando
 Poucas vezes
 Quase nunca

MUITO OBRIGADA PELA SUA COLABORAÇÃO

Hospital Anxiety and Depression Scale, HAD (Zigmond & Snaith, 1983).

Tradução e adaptação para a língua portuguesa de M. Baltar e J. Ribeiro (1999): versão portuguesa em estudo

Anexo F

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 G

Consentimento Informado

No âmbito de uma investigação sobre Qualidade de Vida de indivíduos com tuberculose pulmonar em tratamento ambulatório, vimos pedir a sua colaboração.

Para tal, pedimos que preencha os questionários que lhe serão fornecidos.

Além disto, é igualmente pedido o acesso às informações sobre a sua saúde, registados no seu processo clínico (p.e., duração do tratamento, exames realizados).

Se decidir colaborar no nosso estudo, deverá, antes de mais, assinar a declaração que se segue (consentimento informado).

Agradecemos desde já a sua atenção para com o nosso estudo.

Psicóloga

DECLARAÇÃO

Eu, abaixo-assinado, declaro que aceito participar num estudo da responsabilidade da Dra. Alice Antas, no âmbito do Mestrado em Psicologia da Saúde e Intervenção Comunitária da Universidade Fernando Pessoa - Porto.

Declaro que, antes de optar por participar, me foram prestados todos os esclarecimentos que considerei importantes para decidir participar.

Especificamente, fui informado/a do objectivo, duração esperada e procedimentos de estudo, do anonimato e confidencialidade dos dados e de que tinha direito de recusar participar, ou cessar a minha participação, a qualquer momento, sem qualquer consequência para mim.

Assinatura

Data ___/___/___