

REPRESENTAÇÃO DE DOENÇA E QUALIDADE DE VIDA EM PESSOAS DIAGNOSTICADAS COM DIABETES

Ana M. Costa¹ (✉ meritxell-th@ubi.pt) & Paula Carvalho¹

¹ Universidade da Beira Interior, Portugal

A Diabetes Mellitus (DM) é uma das doenças crónicas mais frequentes, constituindo atualmente uma problemática a nível universal (Rodríguez & Plata, 2015). A recorrência da sintomatologia, a inexistência de um tratamento totalmente efetivo e a severidade das possíveis complicações associadas, fazem com que esta doença crónica tenha impacto não apenas ao nível físico como também psicológico (Araújo et al., 2013; Ozdemir, Hocaoglu, Koçak, & Ersoz, 2011). Estes aspetos têm contribuído para o crescente interesse pelo estudo da qualidade de vida das pessoas diagnosticadas com DM. Apesar de não existir consenso entre os autores quanto à definição de qualidade de vida, a Organização Mundial de Saúde, define o constructo como “a perceção do indivíduo da sua posição na vida, no contexto da cultura e do sistema de valores em que vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (Ferreira & Santos, 2009, p. 406). A qualidade de vida deriva então da avaliação individual e subjetiva que cada pessoa faz da sua vida, tendo em consideração a perceção que possui do seu bem-estar físico, emocional e social (Shamshirgaran, Ataei, Alamdari, Safaeian, & Aminisani, 2016).

A individualidade com que cada pessoa vai compreender a doença é diretamente influenciada por 5 componentes sobre a doença, nomeadamente: identidade, causa, duração, consequências e controlabilidade (Harvey & Lawson, 2009). São estas perceções idiossincráticas que vão condicionar as representações cognitivas e emocionais que desempenham um papel fundamental ao nível do tratamento e comportamentos de autocuidado adotados (Abubakari et al., 2013; Walker, Lynch, Williams, Voronca, & Egede, 2015). Concretamente no que diz respeito ao estudo da relação entre a representação de doença e a qualidade de vida, é aceite de

um modo genérico, que quanto mais negativa for a representação de doença pior tenderá a ser a qualidade de vida percebida pelos sujeitos (Mohamed et al., 2016). Contudo, importa salientar que estamos perante uma relação bidirecional, uma vez que uma melhor qualidade de vida contribui para uma representação de doença e do tratamento mais positiva (Walker et al., 2015).

Os objetivos do estudo são: (1) Avaliar a qualidade de vida em pessoas com DM; (2) Avaliar as representações cognitivas e emocionais que os utentes têm acerca da DM; (3) Avaliar a correlação entre as representações cognitivas e emocionais sobre a DM e a qualidade de vida dos participantes.

MÉTODO

A presente investigação é quantitativa, com desenho correlacional, descritivo e transversal.

Participantes

A seleção dos participantes para o estudo foi realizada a partir de um processo de amostragem por conveniência em duas unidades hospitalares. Constituíram critérios de inclusão ter diagnóstico de DM tipo 1 ou tipo 2; estar em seguimento nas consultas de diabetologia do Centro Hospitalar Cova da Beira ou do Centro de Saúde da Covilhã e inexistência de perturbação do estado de consciência. A amostra desta investigação é constituída por 75 sujeitos, 39 (52,0%) são do sexo masculino e 36 (48,0%) do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 36 e os 80 anos de idade ($M=67,48$; $DP=10,45$). Destes sujeitos 70 (93,3%) foram diagnosticados com DM tipo 2 e 5 (6,7%) com diagnóstico de DM tipo 1 (Quadro 1). No que respeita à caracterização clínica da amostra a maioria dos participantes (54,7%) tem diagnosticado mais algum problema de saúde crónico e no que concerne a existência de acompanhamento psicológico/psiquiátrico, apenas 13 sujeitos (17,3%) responderam positivamente. Ao nível da reação perante o diagnóstico, a maioria (58,7%) relata aceitação, 10 pessoas (13,3%) tristeza, 8 (10,7%) medo/preocupação, 6 (8,0%) revolta e uma minoria (5,3%) revela surpresa ou choque.

Quadro 1

Características sociodemográficas

Variáveis		<i>n</i>	%
Género	Masculino	39	52
	Feminino	36	48
Habilitações Literárias	Até ao 4º ano	48	64
	9º ano	15	20
	6º ano	6	8
	12º ano	6	8
Estado Civil	Casado	52	69,3
	Viúvo	12	16
	Divorciado	6	8
	União de Facto	3	4
	Solteiro	2	2

Material

O protocolo de investigação é constituído por um questionário socio-demográfico e uma ficha clínica, o Brief Illness Perception Questionnaire e o World Health Organization Quality of Life – Brief. Assim, para avaliar as representações cognitivas (identidade, causa, consequências, duração, controlo pessoal e controlo do tratamento) e emocionais de doença (reações negativas como raiva, tristeza e angústia) utilizou-se o Brief Illness Perception Questionnaire (Brief IPQ). Este constitui uma versão reduzida construída a partir do Illness Perception Questionnaire-Revised (Broadbent, Petrie, Main, & Weinman, 2006) e posteriormente adaptado por Figueiras e Alves (2007). O World Health Organization Quality of Life – Brief (WHOQOL-BREF) consiste numa versão breve, construída em 1998 a partir do WOQOL-100 (Canavarro et al., 2003). O questionário é composto por 26 itens que estão agrupados em 4 domínios (físico, psicológico, relações sociais e ambiente). A escala apresenta ainda uma faceta que objetiva aceder à qualidade de vida geral e à perceção geral de saúde do indivíduo (Canavarro et al., 2003).

Procedimentos

Houve o preenchimento de consentimento informado de modo a garantir a confidencialidade e o anonimato dos dados obtidos, sendo que a avaliação foi feita individualmente, sempre na presença da investigadora. O estudo decorreu depois de ter sido aprovado pela comissão de ética das respetivas instituições de saúde.

Todas as análises foram realizadas no software SPSS (IBM SPSS Statistics 22.0). Para a caracterização da amostra em termos de variáveis sociodemográficas e clínicas recorremos a estatísticas descritivas (cálculo de frequências absolutas e relativas, médias e desvios-padrão). Como as variáveis em estudo eram contínuas e uma vez cumpridos os pressupostos para o recurso a testes paramétricos, para comparar médias entre dois grupos independentes recorreu-se ao teste-*T* e para averiguar a existência de associações entre as variáveis, utilizamos o coeficiente de correlação de Pearson.

RESULTADOS

No que diz respeito à análise descritiva dos resultados do WHOQOL-BREF, a média obtida no domínio físico foi de $M=68,8$, valor superior ao alcançado no estudo de validação ($M=59,94$). Valores igualmente superiores foram visíveis no domínio psicológico, com $M=74,6$ ($M=64,41$), no domínio das relações sociais, $M=73,8$ ($M=64,47$), no domínio do ambiente, $M=73,6$ ($M=58,79$) e ainda na avaliação da faceta geral, $M=61,4$ ($M=49,09$). Estes valores parecem sugerir que a população deste estudo tem uma perceção de qualidade de vida acima da média.

Ainda no que concerne à análise descritiva dos resultados e de modo a proporcionar um melhor nível de compreensão das representações de doença nesta amostra, foram analisadas as respostas que compõem as diferentes dimensões desta escala (Quadro 2, 3 e 4).

No que concerne à avaliação da associação entre a qualidade de vida e a representação de doença, constatou-se que a qualidade de vida está negativamente correlacionada com: o domínio das consequências, $r=-0,46$, $p<0,001$; o número e a gravidade dos sintomas vivenciados, $r=-0,371$, $p<0,001$ (identidade de doença); o grau de preocupação, $r=-0,50$, $p<0,001$ e a resposta emocional, $r=-0,57$, $p<0,001$. Resultados opostos foram revelados sobre o controlo pessoal da doença $r=0,41$, $p<0,001$, o controlo do tratamento $r=0,43$, $p<0,001$ e o nível de compreensão da diabetes $r=0,41$, $p<0,001$, uma vez que estas variáveis revelaram estar positiva e significativamente correlacionadas com a qualidade de vida dos utentes. Pelo contrário, no que diz respeito à noção da cronicidade desta doença e

à percepção sobre as causas da mesma, não se evidenciaram correlações estatisticamente significativas.

Quadro 2

Dimensões avaliadas no IPQ-Bref

	Muitíssimo <i>n</i> (%)	Muito <i>n</i> (%)	Moderado <i>n</i> (%)	Nem muito nem pouco <i>n</i> (%)	Pouco <i>n</i> (%)	Praticamente nenhum <i>n</i> (%)	Nenhum <i>n</i> (%)
Controlo Doença	5 (6,7%)	23 (30,6%)	19 (25,3%)	19 (25,3%)	8 (10,7%)	1 (1,4%)	—
Controlo Tratamento	20 (26,7%)	26 (34,7%)	19 (25,4%)	7 (9,3%)	3 (3,9%)	—	—
Consequências	4 (10,6%)	14 (18,7%)	17 (22,6%)	11 (14,7%)	20 (26,7%)	4 (10,6%)	5 (6,7%)
Resposta Emocional	1 (1,3%)	21 (28,0%)	10 (13,3%)	10 (13,3%)	8 (10,6%)	8 (10,6%)	17 (22,7%)
Identidade	6 (8,0%)	14 (18,7%)	19 (25,3%)	—	11 (14,7%)	7 (9,4%)	12 (16,0%)
Preocupação	12 (16,0%)	15 (20,0%)	17 (22,6%)	9 (12,0%)	11 (14,7%)	8 (10,7%)	3 (4,0%)
Compreensão	13 (17,3%)	14 (1,6%)	23 (30,7%)	9 (12,0%)	10 (13,4%)	6 (8,0%)	—

Quadro 3

Dimensão de duração, avaliada no IPQ-Bref

	Para sempre <i>n</i> (%)	Nem muito nem pouco <i>n</i> (%)	Muito tempo <i>n</i> (%)	Pouco tempo <i>n</i> (%)
Duração	63 (84,0%)	8 (10,7%)	3 (4,0%)	1 (1,3%)

Quadro 4

Causas da DM, avaliadas no IPQ-Bref

Causas	<i>n</i> (%)
Desconhecida	25 (33,3%)
Tipo de alimentação	17 (22,7%)
Hereditariedade	15 (20,0%)
Stress ou preocupação	5 (6,7%)
Outros Problemas de saúde físicos	5 (6,7%)
Comportamentos de risco	3 (4,0%)
Excesso de peso	2 (2,7%)
Estado emocional	2 (2,7%)
Sedentarismo	1 (1,3%)

DISCUSSÃO

Apesar da generalidade da literatura sugerir o impacto negativo da diabetes na qualidade de vida, os resultados globais obtidos neste estudo sugerem que a presente amostra tem uma percepção acima da média. Estes resultados são congruentes com os valores encontrados noutras investiga-

ções recentes, cujas amostras apresentaram em média uma percepção de qualidade de vida boa (Araújo et al., 2013; Shamshirgaran et al., 2016). Vários estudos referem que a qualidade de vida vai depender da interpretação emocional subjetiva que cada pessoa faz sobre o seu estado de saúde, ou seja, uma pessoa que se considere saudável tende a apresentar melhor percepção de qualidade de vida (Araújo et al., 2013). Nesta amostra, a preocupação revelou uma associação forte e negativa em relação ao constructo avaliado. Estes resultados são suportados por Yaraghchi et al. (2012), que identificaram uma forte associação entre o nível de preocupação e a severidade da sintomatologia, podendo este fator ser determinante ao nível da qualidade de vida percebida pelos utentes.

Relativamente à avaliação da dimensão do controlo pessoal, obtiveram-se evidências que esta se encontra forte, positiva e significativamente correlacionada com a qualidade de vida dos utentes. Segundo dados encontrados na literatura, a percepção de um bom controlo pessoal da diabetes está positivamente relacionada com a maior adesão à terapêutica, o aumento da autoeficácia perante os autocuidados, o menor pessimismo relativo à progressão da doença e, desse modo, a uma melhor qualidade de vida percebida (Eiser, Riazi, Eiser, Hammersley, & Tooke, 2001; Mohamed et al., 2016). Para além do referido, um locus de controlo interno está associado ao maior investimento na compreensão da doença e, conseqüentemente, a uma maior adesão à terapêutica e melhor qualidade de vida (Mohamed et al., 2016). Estes resultados foram corroborados na presente investigação, onde se concluiu que o nível de compreensão da diabetes também se encontra positivamente correlacionado com a qualidade de vida.

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

Relativamente à avaliação da representação cognitiva da identidade da doença, também foi encontrado no presente estudo uma associação negativa com a qualidade de vida. Isto pode estar relacionado com o fato

das representações de identidade negativas poderem influenciar a percepção do número e da severidade dos sintomas da diabetes, tendo repercussões ao nível da qualidade de vida (Yaraghchi et al., 2012). Por este motivo, constatou-se na presente investigação que à medida que a percepção individual sobre o número e gravidade dos sintomas aumenta, a percepção de qualidade de vida tende a diminuir.

Assim, foi possível constatar que o diagnóstico de DM pode contribuir diretamente para a diminuição da qualidade de vida através não apenas do seu impacto a nível físico e comportamental, como também ao nível cognitivo e emocional, através das representações individuais e subjetivas de doença. Isto conduz à reflexão sobre o carácter fulcral da adoção de uma abordagem biopsicossocial que entende a pessoa enquanto ser idiossincrático que sente, pensa e se comporta de forma individual e interrelacionada.

REFERÊNCIAS

- Abubakari, A. R., Jones, M. C., Lauder, W., Kirk, A., Anderson, J., Devendra, D., & Naderali, E. K. (2013). Ethnic differences and socio-demographic predictors of illness perceptions, self-management, and metabolic control of type 2 diabetes. *International Journal of General Medicine*, 6, 617-628. Disponível em <http://dx.doi.org/10.2147/IJGM.S46649>
- Araújo, K. O., Andrade, A. N., Costa, T. S., Freitas, M. A., Nascimento, M. M., & Silva, E. N. (2013). Avaliação da Qualidade de Vida de Portadores de Diabetes Mellitus Tipo 2. *Revista de Enfermagem*, 7(9), 5583-5589.
- Broadbent, E., Petrie, K. J., Main, J., & Weinman, J. (2006). The Brief Illness Perception Questionnaire. *Journal of Psychosomatic Research*, 60, 631-637. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpsychores.2005.10.020>
- Canavarro, M. C., Simões, M. R., Serra, A. V., Pereira, M., Rijo, D., . . . Carona, C. (2003). WHOQOL-BREF: Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde. In M. R. Simões, C. Machado, M. M. Gonçalves, & L. S. Almeida, *Avaliação Psicológica: Instrumentos validados para a População Portuguesa* (pp. 77-100). Coimbra: Quarteto.
- Eiser, J. R., Riazi, A., Eiser, C., Hammersley, S., & Tooke, J. E. (2001). Predictors of psychological well-being in types 1 and 2 diabetes. *Psychology & Health*, 16(1), 99-110. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1080/08870440108405492>

- Ferreira, F. S., & Santos, C. B. (2009). Qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes diabéticos atendidos pela equipe saúde da família. *Revista de Enfermagem*, 17(3), 406-411.
- Figueiras, M. J., & Alves, N. C. (2007). Lay perceptions of serious illnesses: An adapted version of the Revised Illness Perception Questionnaire (IPQ-R) for healthy people. *Psychology and Health*, 22, 143-158. doi: 10.1080/14768320600774462
- Harvey, J. N., & Lawson, V. L. (2009). The importance of health belief models in determining self-care behaviour in diabetes. *Diabetic Medicine*, 26, 5-13. doi: 10.1111/j.1464-5491.2008.02628.x
- Mohamed, R. A., Ibrahim, N., Budin, S. B., Omar, A. M., Kamaruddin, N. A., & Ismail, R. (2016). Inter-relationship of illness perception, personality and quality of life among type 2 diabetes patients: a cross sectional survey. *The social science*, 11(3), 234-241. doi: 10.3923/sscience.2016.234.241
- Ozdemir, I., Hocaoglu, Ç., Koçak, M., & Ersoz, H. O. (2011). Quality of life and psychiatric symptoms in the patients with type 2 diabetes mellitus. *Journal of Psychiatric and Neurological Sciences*, 24(2), 128-1238. doi: 10.5350/DAJPN2011240206t
- Rodríguez, L. M., & Plata, G. E. (2015). La calidad de vida percibida en pacientes diabéticos tipo 2. *Investigación en enfermería: Imagen y desarrollo*, 17(1), 131-148.
- Shamshirgaran, S. M., Ataei, J., Alamdari, M. I., Safaeian, A., & Aminisani, N. (2016). Predictors of health-related quality of life among people with type II diabetes Mellitus in Ardabil, Northwest of Iran, 2014. *Primary Care Diabetes*, 10, 244-250. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1016/j.pcd.2015.11.004>
- Walker, R. J., Lynch, C. P., Williams, J. S., Voronca, D., & Egede, L. E. (2015). Meaning of illness and quality of life in patients with type 2 diabetes. *Journal of Diabetes and its Complications*, 29, 665-669. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1016/j.jdiacomp.2015.04.006>
- Yaraghchi, A., Rezaei, O., Mandegar, M. H., & Bagherian, R. (2012). The relationship between Illness perception and quality of life in Iranian patients with coronary artery bypass graft. *Procedia Social and Behavioral Sciences*, 46, 3329-3334. doi: 10.1016/j.sbspro.2012.06.061