



LSPA

INSTITUTO UNIVERSITÁRIO
CIÊNCIAS PSICOLÓGICAS, SOCIAIS E DA VIDA

**A QUALIDADE DE VIDA, A IMAGEM
CORPORAL, A INTIMIDADE E A
SATISFAÇÃO SEXUAL EM PESSOAS COM
DOENÇAS AUTOIMUNES**

ANA MARGARIDA CERQUEIRA ARAÚJO

Orientadora de Dissertação:

PROFESSORA DOUTORA CATARINA RAMOS

Coordenadora do Seminário de Dissertação:

PROFESSORA DOUTORA ISABEL LEAL

Dissertação submetida como requisito parcial para a obtenção do grau de:

MESTRE EM PSICOLOGIA DA SAÚDE

2021

Dissertação de Mestrado realizada sob a orientação de Professora Doutora Catarina Ramos, apresentado no ISPA – Instituto Universitário para obtenção de grau de Mestre na especialidade de Psicologia da Saúde

Agradecimentos

Ao meu pai e à minha mãe, que há 24 anos acompanham a minha caminhada e que nesta fase foram tão ou mais presentes como em todas as outras, que sempre me apoiaram e disseram para não desistir daquele que seria o meu futuro, que em todas as decisões me aconselharam e sempre estiveram e vão estar lá para mim. Aos meus avós, que sempre me viram como a menininha deles e nunca irá crescer, especialmente, à minha avó Rosa que todas os dias mais que uma vez reza por mim e para que tenha saúde e uma boa vida pela frente. Aos meus irmãos que estiveram presentes para me chatear a cabeça e fazer rir em momentos em que me ria de nervosa por achar que não ia conseguir escrever uma tese! E ao resto da minha família por todas as vezes que nos pudemos juntar e dar gargalhadas juntos antes de esta pandemia nos separar a todos.

À minha turma do mestrado de saúde porque todos passámos pelo mesmo e todos conseguimos alcançar os nossos objetivos, mas em especial, à minha querida amiga e à melhor amizade que o ISPA me podia ter dado, Inês Cardia Pereira, por durante horas a fio me aturar por chamadas telefónicas e vídeo chamadas e poder acalmar-me e ajudar-me em momentos de drama ou pânico. Que a vida te mantenha comigo por muitos anos.

Ao Afonso, o meu namorado, que não podia cumprir melhor o seu papel e me incentivou em cada momento de desespero e me obrigou a cumprir aquele que era o meu objetivo, que nunca duvidou de mim nem das minhas capacidades e que não se importa de ficar a olhar para mim enquanto trabalho, pois, sabe que o resultado final me deixará feliz. Obrigado por me compreenderes sempre e me fazeres feliz todos os dias, obrigado por me fazeres sorrir. Aos meus amigos barreirenses, que ao meu lado cresceram e com quem transformei muitas vezes o café num escritório em que todos trabalhávamos juntos para não trabalharmos sozinhos ou para não desesperarmos sozinhos. Obrigado a eles pelos vários 10 minutos de pausa de estudo feitos de hora a hora e também pelas longas madrugadas passadas a trabalhar na sala de estudo que tínhamos ao lado das nossas casas.

Aos professores que nos transmitiram aprendizagem, que nos fizeram crescer e saber mais. À Professora Doutora Catarina Ramos por toda a ajuda dada e horas de reuniões disponibilizadas para que isto fosse bem-sucedido. À Professora Doutora Isabel Leal por dar o seu contributo sempre que foi necessário.

Um obrigado de coração a todos vocês.

Resumo

Introdução: As doenças autoimunes são um vasto grupo de patologias, para as quais não existe uma cura. O tratamento apenas atrasa a evolução que a doença poderá ter, não se sabendo ao certo as verdadeiras causas para o aparecimento deste tipo de doenças. No entanto, a agressividade dos seus sintomas e a evolução da doença podem ter um forte impacto na vida dos seus portadores, nomeadamente na qualidade de vida, na imagem corporal, na intimidade e na satisfação sexual). O principal objetivo é verificar a relação entre estes fatores e compreender se o tipo de doença os influencia. **Método:** A amostra é constituída por 500 participantes com idades superiores a 18 anos com doenças autoimunes ($M = 39,65$; $DP = 10,17$). Para construir o questionário foram utilizadas as seguintes escalas: Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida (WHOQOL-Bref), Escala de Imagem Corporal (BIS), Escala de Avaliação de Intimidade na Relação e Nova Escala de Satisfação Sexual. Os questionários foram preenchidos online. **Resultados:** Os participantes reportaram resultados medianos em todas as escalas associadas às variáveis psicossociais à exceção da imagem corporal que apresentou médias de resposta bastante elevadas. Verificou-se ainda a associação entre as variáveis psicossociais em estudo e que determinados grupos de doenças autoimunes (i.e., gastrointestinais, reumáticas, dermatológicas, sistémicas/neurológicas e sanguíneas) apresentam índices mais elevados de qualidade de vida, imagem corporal, intimidade e satisfação sexual quando comparados com os restantes grupos de doenças autoimunes. **Conclusão:** Os resultados deste estudo suportam a importância de compreender a manifestação de cada um destes fatores nas diferentes doenças autoimunes e a necessidade do desenvolvimento de intervenções focadas na adaptação da doença e na amenização do seu impacto nestas variáveis psicossociais.

Palavras-Chave: doença autoimune; qualidade de vida; imagem corporal, intimidade; satisfação sexual.

Abstract

Introduction: Autoimmune diseases are a vast group of pathologies, for which there is no cure. The treatment only delays the evolution the disease may have, it is not known for sure the real causes for the appearance of this type of diseases. However, the severity of the disease and its progression may have a strong impact on patients' lives, mainly on quality of life, body image, intimacy and sexual satisfaction. The main objective is to verify its relationship and to assess if the type of the disease influences these variables.

Method: This study was done by collecting data from people with autoimmune diseases. The sample consists of 500 participants aged over 18 years ($M = 39,65$; $DP = 10,17$). The following scales were used to build the questionnaire: World Health Organization Quality of Life - Bref (WHOQOL-Bref), Body Image Scale (BIS), Personal Assessment of Intimacy in Relationships Scale (PAIR) and New Sexual Satisfaction Scale (NSSS). The questionnaires were completed online. **Results:** Participants reported median results in all scales associated with psychosocial variables with the exception of body image, which showed very high response averages. It was also verified the association between the psychosocial variables in study and that certain disease groups present higher rates of quality of life, body image, intimacy and satisfaction when compared to the other groups of autoimmune diseases (i.e., gastrointestinal, rheumatic, dermatological, systemic/neurological and blood diseases). **Conclusion:** It would be important that in the future, health professionals and researches focus more on the impact of these factors on each autoimmune disease and in the development of programs to facilitate the self-management of the disease and softening its impact on the referred psychosocial variables.

Key-Words: autoimmune disease; quality of life; body image; intimacy; sexual satisfaction

Índice

Lista de Abreviaturas.....	8
Lista de Quadros.....	9
Lista de Anexos.....	10
Introdução.....	11
Enquadramento Teórico.....	13
A Doença Autoimune.....	13
A Qualidade de Vida e as Doenças Autoimunes.....	15
A Imagem Corporal e as Doenças Autoimunes.....	18
A Intimidade e as Doenças Autoimunes.....	20
A Satisfação Sexual e as Doenças Autoimunes.....	22
Relevância do Estudo.....	24
Objetivos.....	25
Método.....	26
Desenho de investigação.....	26
Participantes.....	26
Procedimentos.....	29
Materiais.....	30
Análise Estatística.....	33
Resultados.....	35
Dados Descritivos das Variáveis Psicossociais.....	35
Correlações de Coeficiente de Pearson das Variáveis Psicossociais.....	36
Modelos Explicativos das Variáveis Psicossociais.....	39
Diferenças entre grupos – ANOVA Unifatorial.....	43
Discussão.....	49
Limitações.....	53
Considerações Finais.....	54

Referências	56
Anexos.....	62

Lista de Abreviaturas

WHOQOL-Bref: Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde

BIS: Escala de Imagem Corporal

PAIR: Escala de Avaliação da Intimidade na Relação

NSSS: Nova Escala de Satisfação Sexual

Lista de Quadros

Quadro 1: Características sociodemográficas da amostra	27
Quadro 2: Características clínicas da amostra	28
Quadro 3: Análise descritiva das variáveis psicossociais	36
Quadro 4: Correlações de Coeficiente de Pearson das variáveis psicossociais	38
Quadro 5: Modelos de Regressão Linear Múltipla variáveis psicossociais.....	42
Quadro 6: Diferenças entre grupos – variáveis psicossociais e grupos de doenças.....	45
Quadro 7: Tuckey – variáveis psicossociais e grupos de doenças.....	46

Lista de Anexos

Anexo 1 – Consentimento Informado	62
Anexo 2 – Questionário Sociodemográfico e Clínico	63
Anexo 3 - Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde [WHOQOL-Bref]	65
Anexo 4 - Escala de Imagem Corporal [BIS]	69
Anexo 5 - Escala de Avaliação da Intimidade na Relação [PAIR].....	70
Anexo 6 – Nova Escala de Satisfação Sexual [NSSS].....	73
Anexo 7 – Autorização Utilização Escala WHOQOL-Bref.....	75
Anexo 8 – Autorização Utilização Escala NSSS	76
Anexo 9 - Autorização Utilização Escala BIS e PAIR.....	77
Anexo 10 – Análise Descritiva Dados Sociodemográficos	78
Anexo 11 – Análise Descritiva Dados Clínicos	81
Anexo 12 – Análise Descritiva Variáveis Psicossociais	84
Anexo 13 – Correlações de Coeficiente de Pearson – Variáveis Psicossociais	86
Anexo 14 – Modelos Explicativos das Variáveis Psicossociais	92
Anexo 15 – Anova Unifatorial	124

Introdução

As patologias autoimunes fazem parte de um conjunto heterogéneo de doenças, nas quais se encontram envolvidos vários aspetos que controlam e equilibram vias celulares e moleculares pertentes ao organismo, bem como, o sistema imunitário. Normalmente, estas doenças são difíceis de detetar e podem estar presentes antes do aparecimento dos verdadeiros sintomas, podendo o seu diagnóstico levar anos a ser realizado, não sendo estas por norma detetadas através de análises ou exames de rotina (Costa, Silva-Júnior & Pinheiro, 2019).

As doenças autoimunes podem ter diversas causas, não se sabendo ao certo a razão pela qual determinadas reações são desenvolvidas num individuo e não noutra. Este tipo de patologias é determinado pelo ataque do sistema imunológico ao organismo e pode desenvolver vários sintomas dependendo da doença em questão e da parte do corpo que afeta. Existem doenças que têm um forte impacto ao nível dos órgãos, outras apresentam consequências mais direcionadas para certos tipos de tecidos que constituem o corpo humano (i.e. vasos sanguíneos, cartilagem e pele), neste caso são apresentados sintomas associados à dor, deformação nas articulações, fragilidade, cansaço, irritação cutânea, problemas respiratórios, inchaços que levam à acumulação de líquidos (i.e., edemas) e delírios. O tratamento normalmente está relacionado com a “paragem” do sistema imunitário, através de fármacos com efeito imunossupressor, tal como os corticosteróides (Delves, 2019).

As doenças autoimunes podem causar um grande impacto na qualidade de vida dos sujeitos, podendo apresentar consequências no âmbito psicológico, emocional e social, obrigando as pessoas a uma drástica gestão dos sintomas e adaptação à doença, sendo necessário fazer alterações à sua vida diária. A presença destas doenças e dos seus sintomas juntamente com as consequências que têm na qualidade de vida da pessoa, ao nível psicológico, comportamental, emocional, físico e social, podem desencadear problemas na saúde mental, nomeadamente depressão e ansiedade. Existem doenças autoimunes que podem apresentar um forte impacto associado à imagem corporal, por exemplo, a esclerodermia é caracterizada pela presença de complicações a nível físico e de mobilidade, além disso, o aparecimento de mudanças na pigmentação, contraturas e alteração na função das mãos causadas pela doença, podem desenvolver perturbações relacionadas com a imagem corporal do individuo. O domínio e a função sexual podem

ainda ser afetados por várias doenças autoimunes, interferindo nas relações com os seus parceiros, podendo desencadear alterações nas rotinas dos casais (Batista, 2016).

Assim, surge a ideia deste tema, pois é importante perceber qual o impacto que este tipo de doenças pode ter não só na qualidade de vida das pessoas, como ao nível da imagem corporal, intimidade e satisfação sexual, tentando perceber se as suas relações amorosas e a qualidade de vida se apresentam deterioradas. Para além disso, pretendemos também, compreender quais os grupos de doenças que mais condicionam estas variáveis. É importante frisar que este estudo não se focou apenas numa doença autoimune, mas sim em todas as que foram aparecendo como respostas ao questionário.

No âmbito das partes que constituem esta dissertação de mestrado, primeiramente iniciamos com o enquadramento teórico, no qual define-se o que são as doenças autoimunes, e apresenta-se a sua associação às variáveis em estudo, como a qualidade de vida, a imagem corporal a intimida e a satisfação sexual. De seguida, serão apresentados os instrumentos utilizados, bem como, todo o processo de recolha de dados seguido da sua análise. Nos resultados serão apresentadas as análises descritivas das variáveis sociodemográficas e clínicas, de maneira, a apresentar a população em estudo, bem como, das variáveis psicossociais (i.e. qualidade de vida, imagem corporal, intimidade e satisfação sexual) utilizadas de maneira a que seja possível perceber de que forma foram respondidos os questionários e, posteriormente, poderão ser observadas as análises utilizadas para verificar se as variáveis psicossociais se encontram relacionadas tendo em conta a população utilizada para realização do estudo. Será ainda possível observar a análise que indica quais os grupos de doenças que mais afetam estas variáveis psicossociais.

Em seguida, estas análises serão discutidas e comprovadas ou refutadas através da análise de outros estudos associados às doenças autoimunes e às variáveis psicossociais utilizadas que apresentem resultados que devam ser analisados. Por fim, serão indicadas as limitações encontradas e que tiveram influência na realização e deste trabalho, bem como, as implicações teóricas e clínicas.

Enquadramento Teórico

A Doença Autoimune

O conceito de doença autoimune identificou-se na segunda metade do século XX com o objetivo de definir as doenças nas quais não era possível identificar uma causa externa (Geovanini & Norberto, 2009). As doenças autoimunes são compostas por um grupo de mais de 100 doenças, que podem afetar qualquer sistema ou órgão do corpo humano. Estas doenças podem afetar órgãos ou sistemas de forma simultânea ou sequencial, no entanto, determinadas patologias autoimunes podem ter um impacto mais elevado em órgãos ou sistemas do organismo específicos. (Batista, 2016).

O corpo humano é constituído pelo sistema imunitário composto por uma vasta rede de células e componentes que têm como função defender o organismo, com o objetivo de protegê-lo de possíveis infeções desenvolvidas através de microrganismos invasores. As doenças autoimunes encontram-se relacionadas com a perda de eficácia e a capacidade de funcionamento por parte de sistema imunitário, ou seja, nestas doenças o sistema imunitário começa a funcionar de forma incorreta, não defendendo o organismo e começando a atacá-lo (Batista, 2016). Desta forma, a principal função do sistema imunitário é a defesa contra microrganismos infecciosos, ainda assim, existem substâncias estranhas não-infecciosas que podem desencadear respostas imunes, estas últimas são realizadas através das células e moléculas encarregues da imunidade e definidas como respostas coletivas e coordenadas originadas devido à presença de substâncias estranhas que surgem no organismo. Em determinadas circunstâncias, os mecanismos responsáveis pela proteção contra a infeção e a destruição de substâncias estranhas, são capazes de provocar lesões nos tecidos ou até mesmo originar doenças (Geovanini & Norberto, 2009).

Este tipo de patologias são consideradas mais difíceis de reconhecer e, por sua vez, de diagnosticar e podem ter uma gravidade ligeira ou muito grave. Assim, para que os indivíduos que têm este tipo de doenças possam ter uma melhor qualidade de vida é essencial que o diagnóstico seja efetuado o mais cedo possível para que o tratamento seja iniciado rapidamente (Batista, 2016). De acordo com o Núcleo de Estudos de Doenças Autoimunes (NEDAI, 2016), ainda não é totalmente compreendido o funcionamento do sistema imunitário e as razões pelas quais o organismo produz um ataque contra si

próprio. Há apenas o conhecimento de alguns aspetos relevantes que podem contribuir para o desenvolvimento de uma doença autoimune, tais como, bactérias, vírus, toxinas, hormonas, stress e alguns fármacos, os quais podem estimular uma resposta autoimune em determinados indivíduos que apresentem predisposição hereditária para desenvolver uma doença autoimune.

Alguns exemplos de doenças autoimunes são os seguintes: diabetes mellitus tipo I, doenças inflamatórias intestinais (p.ex., doença de Crohn, colite ulcerosa), lúpus eritematoso sistémico, cirrose biliar primária, síndrome de Sjoghen, esclerodermia, doença celíaca, hepatite autoimune, doenças reumáticas, tiroide crónica ou de Hashimoto, entre outras (NEDAI, 2016). Os sintomas variam entre as várias doenças que compõem o grupo de doenças autoimunes, apesar de existirem sintomas que são comuns a várias doenças autoimunes, tais como: fadiga, febre baixa, emagrecimento, sensação de mal-estar, dor e sintomas de ansiedade e depressão. Por norma, os órgãos e tecidos que podem ser afetados por este tipo de doenças são: articulações, músculos, pele, vasos sanguíneos, tecido conjuntivo e as glândulas endócrinas (Batista, 2016).

O tratamento deste tipo de doenças não é direcionado para a cura das mesmas, mas sim, para o controlo e prevenção das consequências causadas pela presença da doença. O tratamento permite o aumento da esperança média de vida aos portadores de patologias autoimunes (Moreira, 2015). Em particular, e de acordo com, Miranda, Andrade Rocha, Barbosa, Penatti & Pereira (2019), a síndrome do anticorpo anti fosfolípido apresenta-se como uma patologia que tem consequências muito agressivas no sujeito, e por consequência, muitas crises agudas, assim é importante a administração de um tratamento agressivo e de um diagnóstico precoce, para que seja possível controlar a doença. No caso do Lúpus, por exemplo, podem ser desenvolvidas crises agudas, às quais o tratamento deve ser adequado consoante o agravamento de sintomas. Esta patologia além de causar dor, descamação da pele, alterações relacionadas com a aparência, pode também causar perturbações ao nível da saúde mental (Gomes et al., 2014). Ainda no que diz respeito às crises agudas em doenças autoimunes, no âmbito da Diabetes Mellitus tipo I, as complicações graves apresentadas por esta patologia, são um fator frequente que leva os seus portadores a recorrer às urgências hospitalares e a internamentos, sendo necessário analisar o caso de maneira a que se consiga perceber os sinais e sintomas da patologia, apesar de por vezes serem pouco evidentes, de forma, a que se possa prevenir precocemente o surgimento de uma crise aguda. A prevenção das crises agudas nos

diabetes mellitus tipo I passa pela educação terapêutica, ensinando ao portador a tomar decisões corretas, de maneira a que a doença seja controlada (Gallego & Caldeira, 2007).

A Qualidade de Vida e as Doenças Autoimunes

O conceito de qualidade de vida é essencialmente definido pela sua subjetividade, abrangendo toda a condição humana, tanto em fatores físicos, como psicológicos, sociais, culturais ou espirituais (Gil & Fernandes, 2019). A qualidade de vida é considerada um sinónimo de saúde, mas também é considerada um conceito mais vasto no qual as condições de saúde são um determinante que contribui para a qualidade de vida. Pode abranger variados aspetos tais como, a saúde, a felicidade, a satisfação pessoal, as condições de vida, o estilo de vida, a satisfação com a própria vida e até mesmo rendimentos socioeconómicos. A qualidade de vida encontra-se também relacionada com a perceção do sujeito relativamente ao seu estatuto na vida, no seu contexto cultural, no sistema de valores que o regem, e também, no que se refere aos seus objetivos, padrões, expectativas e preocupações (Pereira, Teixeira, & Santos 2012).

É importante avaliar a qualidade de vida em pessoas com doenças autoimunes devido à evolução das mesmas, pois, o diagnóstico, o prognóstico, o desenvolvimento da doença, a imprevisibilidade que as distinguem e os seus tratamentos, podem conduzir ao surgimento de perturbações a nível emocional, além de limitações constantes a nível físico e funcional, o que faz com que haja uma alteração no que diz respeito às rotinas diárias dos sujeitos, acabando por prejudicar o seu dia-a-dia, a sua capacidade para trabalhar, para se envolver ou executar papéis sociais e familiares e a participação em atividade de lazer (Canavarro et al., 2010).

O comprometimento de vários órgãos, as dores, a fadiga e a evolução da doença são aspetos que afetam a pessoa não só no que diz respeito ao seu bem-estar físico, mas também psicológico, o que leva a que haja um grande impacto no nível psicológico da qualidade de vida do sujeito (Batista, 2016).

De acordo com Pires e Joyce-Moniz (2010), as doenças reumáticas autoimunes, principalmente, a artrite reumatoide e a espondilite anquilosante, encontram-se associadas a um sofrimento acentuado tanto a nível físico como psicológico ao longo do desenvolvimento da doença crónica. Nestas patologias reumáticas a dor predomina e é

frequentemente relacionada com sintomas como: rigidez, tumefação (aumento de volume de uma célula, tecido ou parte do corpo), fadiga e perda da função das articulações, o que, por consequência, leva a que a qualidade de vida e bem-estar do sujeito fiquem condicionados, originando posteriormente limitações na autonomia do sujeito e na realização das atividades quotidianas. No caso da artrite reumatóide, por exemplo, podem surgir diversas limitações, que têm início no desgaste das articulações, comprometimento da mobilidade e dificuldades no desempenho de atividades diárias devido ao agravamento da doença ao longo do tempo tendo impacto na qualidade de vida do sujeito (Figueiredo et al., 2014).

No que diz respeito aos aspetos psicossociais, destacam-se a acentuada deterioração da capacidade a nível laboral devido a limitações funcionais e à dor; o impacto na vida sexual do sujeito e na sua relação conjugal, assim como, as grandes consequências da patologia no papel desempenhado pelo cuidador informal. A artrite reumatóide, por exemplo, é uma doença autoimune que afeta drasticamente o quotidiano, principalmente, as atividades profissionais, familiares e sociais, mas também a vertente psicológica, em particular, os sentimentos de incapacidade, frustração e de depressão são causados pela presença da patologia no indivíduo (Figueiredo et al., 2004).

É importante salientar que o impacto das doenças autoimunes na qualidade de vida do sujeito, pode variar de acordo com a tipologia da doença e, por isso, serão apresentadas as principais implicações das doenças de acordo com a sua tipologia.

Por exemplo, no caso de doenças dermatológicas autoimunes, como o vitiligo e a psoríase, levam a que os sujeitos sofram de intensas consequências a níveis sociais e emocionais. Em particular, o vitiligo encontra-se relacionado com várias morbidades psiquiátricas, causando consequentemente, depressão, isolamento e redução da qualidade de vida (Ruiz, 2016). As doenças dermatológicas podem por vezes ser desencadeadas devido à existência de desequilíbrios emocionais que tenham por base um acontecimento de vida *stressante*, como é o caso da psoríase. A psoríase é uma dermatose inflamatória crónica que causa descamações na pele, afetando assim a qualidade de vida do indivíduo, é uma patologia que não compromete apenas a pele, mas também, a componente articular, tendo um forte impacto a nível emocional associado às consequências causadas pela patologia relativamente à imagem corporal. Esta doença autoimune, provoca significativas alterações no que diz respeito à qualidade de vida do indivíduo, originando

mudanças de carácter negativo derivadas de constrangimento das lesões associadas à descamação da pele que são desencadeadas pela própria doença, ou devido à falta de conhecimento da patologia por parte da população em como lidar com uma pessoa que seja portadora de psoríase (Maia & Tobias, 2018).

No que se refere, por exemplo, às doenças inflamatórias intestinais, estas são caracterizadas por inflamações intestinais crónicas e dividem-se em dois grupos: a doença de Crohn e a Colite Ulcerosa. Os indivíduos portadores de doenças inflamatórias intestinais apresentam sintomas que podem desenvolver alterações na forma como vivem no quotidiano e ter um enorme impacto no que implica o seu bem-estar a nível físico, psicológico, social e nas restantes dimensões que compõem a vida humana. São doenças que se manifestam através de sintomas como a fadiga, dor e alterações a nível intestinal. Estes sintomas podem posteriormente levar a que a pessoa se isole, devido ao facto de terem impacto no quotidiano do indivíduo, revelando consequências a nível social, afetivo e laboral e, por conseguinte, uma diminuição na qualidade de vida (Gil & Fernandes, 2019).

As doenças inflamatórias do intestino apresentam um impacto significativo na qualidade de vida dos indivíduos, sendo que esta influência varia de acordo com a etapa na qual a patologia se encontra (ativa ou em remissão). Ao longo da fase mais ativa os indivíduos estão expostos a um agravamento dos sintomas o que irá refletir-se no seu dia-a-dia e na sua capacidade para satisfazer as suas tarefas diárias de lazer e trabalho. No entanto, as pessoas com doenças inflamatórias intestinais, em fase de remissão, continuam a apresentar alterações nos níveis de qualidade de vida e nas suas dimensões (física, psicológica, social e ambiental) comparativamente a pessoas saudáveis devido à presença da doença, apesar de existir um impacto mais negativo na qualidade de vida do indivíduo ao durante a fase ativa da patologia. Assim sendo, as pessoas que apresentam estas doenças, estão sujeitas a alterações significativas nos seus planos de vida a curto e longo prazo, acarretando frequentes mudanças nas suas rotinas, hábitos e comportamentos, tendo que arranjar novas estratégias como forma de adaptação à sua condição (Gil & Fernandes, 2019).

O Lúpus Eritematoso Sistémico, é o exemplo de uma doença autoimune que prejudica vários órgãos e sistemas que compõem o organismo, é uma patologia que se manifesta mais em mulheres jovens, durante a fase reprodutiva, provocando limitações

significativas na vida do doente, bem como, consequências a nível emocional. Esta patologia provoca numerosas alterações em diversos domínios, tais como, corporais, sociais e afetivos, sendo o seu diagnóstico impactante e difícil de obter por parte dos profissionais de saúde. A diminuição da qualidade de vida dos indivíduos, deve-se a mudanças nas competências físicas e emocionais originadas pelo desenvolvimento da doença, principalmente nas alturas de agravamento da doença. Tendo isto em conta, as mulheres portadoras desta patologia, sofrem severas alterações nas suas rotinas, ocupações e tarefas que eram realizadas anteriormente sem limitações, obrigando a pessoa a adaptar-se às novas condições e ultrapassando dificuldades e barreiras que até então não tinham sido experienciadas (Lima et al., 2018).

Para analisar o impacto das doenças autoimunes no dia-a-dia dos sujeitos é essencial, avaliar aspetos como o funcionamento físico, aspetos sociais, estado emocional e mental, a repercussão dos sintomas e a perceção da pessoa acerca de bem-estar (Guimarães, Santos & Oliveira, 2008). Além destes aspetos, existem outros parâmetros para os quais a doença contribui fazendo com que a qualidade de vida do sujeito fique comprometida, tais como: alterações ligadas à imagem corporal e alterações na ao nível laboral, familiar, social e sexual.

A Imagem Corporal e as Doenças Autoimunes

A autoimagem encontra-se diretamente relacionada com a perceção que a pessoa tem acerca de si mesma, consistindo então, na forma como o sujeito julga a sua própria aparência e é composta por quatro aspetos fundamentais para a sua perceção: realidade física, perceção, importância e nível de satisfação com a aparência (Magalhães et al., 2008). É definida de acordo com os pensamentos, sentimentos e ações referentes ao relacionamento do indivíduo com os que o rodeiam, assim como, com o *eu* que é visto como uma entidade diferente dos outros (Gouveia et al., 2005). A imagem corporal é muito importante na identidade dos indivíduos, desempenhando uma função fulcral no seu desenvolvimento ao longo das fases da vida, sendo constituída por três fatores: a imagem desejada pelo sujeito, a imagem representada através da impressão da sociedade e a imagem objetiva, ou seja, o que o indivíduo vê no seu corpo (Oliveira, Cunha, Fajardo &, Rezende 2014)

De acordo com Floriani e colaboradores (2014), a autoimagem é associada ao modo como cada pessoa se vê a si própria e aos sentimentos e pensamentos originados através dessa visualização. Hoje em dia, ter uma boa imagem é essencial para os indivíduos e para a obtenção de relações interpessoais positivas. Isto faz com que a autoimagem seja constituída por um conjunto de crenças estipuladas pela sociedade associadas à imagem corporal, a partir da avaliação das suas características, qualidades e defeitos (Floriani et al., 2014).

Assim, um sujeito que apresente uma aparência que não se encontre de acordo com as crenças defendidas pela sociedade, está mais suscetível a receber diversas reações e opiniões negativas. Como consequência os sentimentos e opiniões em relação ao seu aspeto corporal podem ser influenciados, levando a que seja desenvolvida uma insatisfação associada à aparência física por parte do sujeito. O nível de insatisfação com a aparência pode variar entre pensamentos ligeiros e uma total insatisfação e/ou preocupação, o que a longo prazo, tem um forte impacto na vida do sujeito, impedindo que este tenha uma vida normal e estável (Magalhães et al., 2008).

Em particular, no caso de patologias dermatológicas, como a psoríase, por exemplo, a falta de conhecimento acerca da doença e a dificuldade das outras pessoas para lidar com danos apresentados na pele que possam causar desfiguração, desenvolvem no portador da patologia um enorme impacto negativo, levando a que posteriormente possam ser desencadeados sentimentos de rejeição e consequentemente o surgimento de medo e isolamento social, relativamente à sua imagem corporal e à exposição da mesma (Maia & Tobias, 2018).

Um estudo realizado por Ruiz (2016), sobre vitiligo no sexo feminino, teve como principal objetivo a identificação de situações de incomodo relativamente à doença e a sua relação com a exposição social das manchas corporais; exploração da ocorrência de indicadores de comorbilidade psiquiátrica em pessoas com vitiligo e correlacionar os indicadores de incomodo com as manchas corporais e de comorbilidades psiquiátricas, principalmente com a depressão. Após a análise dos dados adquiridos, foram apresentados resultados que revelam a presença de um maior desconforto e constrangimento social associado a áreas corporais mais expostas, tais como, a cara (olhos e boca) pés, mãos e regiões íntimas (genitais, seios e quadris) devido à potencial exposição social para a população em geral ou possíveis companheiros. Apesar de o

vitiligo não apresentar um efeito nocivo para o organismo, tem um forte impacto relativamente ao ambiente que rodeia quem sofre desta patologia, produzindo uma dimensão de interação social que aumenta a possibilidade de punição nas relações sociais, tendo posteriormente efeitos negativos nas trocas sociais emocionais e afetivas. Consequentemente, existe um receio elevado de interagir socialmente, uma diminuição de empenho nos comportamentos sociais, uma maior possibilidade de isolamento, receio e antecipação do sentimento de repreensão por parte dos outros, isto pode levar o indivíduo a desenvolver perturbações de depressão e ansiedade (Ruiz, 2016).

A imagem corporal, pode então ser afetada pela presença de doenças autoimunes devido às transformações corporais causadas pela patologia, trazendo consequências não só para o portador como para o seu companheiro. Apesar de este ser um assunto negligenciado é uma área de preocupação dos casais, afetando a sua relação e até mesmo o domínio sexual (Batista, 2016).

A Intimidade e as Doenças Autoimunes

A intimidade pode ser descrita como o ato de partilha daquilo que é mais profundo de cada sujeito, a sua identidade. Está diretamente associada ao domínio romântico e sexual, à partilha de aspetos pessoais e a sentimentos de afeto recíproco e refere-se ainda à divulgação de informação pessoal e das fragilidades do sujeito com o seu parceiro, sendo desta forma essencial a confiança entre ambos e a conservação da mesma. (Almeida & Caldas, 2012). A intimidade exerce um papel crucial nas relações conjugais e vai aumentando ao longo do tempo durante uma relação, tornando-a mais significativa. Considera-se que quanto maior a intimidade entre o casal, maior é a satisfação não só relativamente à relação, mas também à satisfação sexual (Lopes, 2012). De acordo com Batista (2016), a intimidade é um aspeto que pode ser afetado na presença de determinados tipos de doenças autoimunes, podendo assim fazer com que o suporte social do indivíduo, bem como, a sua relação conjugal sejam fatores que possam ser prejudicados.

A presença de conflitos no seio familiar podem desencadear uma elevada dificuldade de adaptação à doença e uma maior disfunção do sistema imunitário, principalmente em doenças reumáticas autoimunes como é o caso da artrite reumatóide.

Nesta doença autoimune, tendo em conta que é uma doença degenerativa, os sujeitos preveem uma deterioração no seu funcionamento e autonomia, o que faz com que possa desenvolver-se uma maior preocupação em ter uma relação segura na qual receba apoio do companheiro, mais exigências nas relações interpessoais, maior probabilidade de depressão e diminuição da percepção de autoeficácia (Figueiredo et al., 2004).

Num estudo realizado por Trief e colaboradores (2001) sobre a relação conjugal e a adaptação psicossocial em sujeitos com diabetes tipo I e II, revelou que um melhor ajustamento a nível conjugal encontra-se associado a graus de satisfação mais elevados e menor impacto da patologia, bem como, menos sentimentos de angústia e uma qualidade de vida mais elevada, sendo que, níveis mais elevados de intimidade desencadeiam uma melhor qualidade de vida em sujeitos que sofrem de diabetes.

De acordo com Lopes (2012), a intimidade depende de sete aspetos centrais que se relacionam entre si: amor, apoio emocional, autorevelação/partilha, confiança, interdependência, mutualidade e, por último, sexualidade. Doenças autoimunes como a artrite reumatóide pode influenciar o funcionamento da relação conjugal provocando alterações, alterando por vezes os papéis de marido e mulher para paciente e cuidador (Araújo et al., 2010) Hill, Bird e Thorpe (2003), realizaram um estudo no qual analisaram os impactos da artrite reumatóide em relacionamentos conjugais, a atividade sexual e a causa dessas dificuldades. Os resultados demonstraram que 35% dos pacientes acredita que a presença da patologia interfere na relação com o companheiro, como consequência da diminuição das atividades quotidianas e sociais e das mudanças emocionais e económicas. A artrite reumatóide é considerada uma doença autoimune que tem um forte impacto no dia-a-dia do indivíduo e na sua qualidade de vida devido às suas características clínicas, afetando não só as atividades do quotidiano do sujeito levando ao afastamento e mudanças na vida profissional e pessoal, mas também, apresentando complicações no desenvolvimento de relações interpessoais (familiares e sociais) e até mesmo alterações no desempenho sexual (Figueiredo et al., 2004).

Um estudo realizado acerca da artrite reumatóide por Figueiredo e colaboradores (2004), tinha como principal foco avaliar em que medida o estadio da doença se relacionava com o grau de adaptação à patologia e com a sintomatologia depressiva. Verificou-se que nos estadios iniciais e moderados da doença existe uma maior degradação em aspetos como, nas relações familiares e na área sexual, na vida social e

desenvolvem-se níveis mais altos de *distress* psicológico. Os resultados revelaram também que, no que diz respeito, à importância do relacionamento conjugal na adaptação psicossocial, que existe uma predisposição para uma pior adaptação a nível sexual e familiar em indivíduos que não são casados. Em contrapartida, os indivíduos casados apresentam um grau mais elevado de *distress* psicológico, vulnerabilidade social, vocacional e na relação com os cuidados de saúde.

A Satisfação Sexual e as Doenças Autoimunes

A atividade sexual tem um grande impacto na qualidade de vida dos sujeitos, podendo afetar a autoestima, o bem-estar, a autoimagem e as relações interpessoais (Mota, 2015). A sexualidade faz parte da vida do ser humano e da sua qualidade de vida, além de ter impacto no bem-estar individual de cada indivíduo. Não se encontra apenas associada ao ato sexual, mas também, a um conjunto de parâmetros que vai desde a autoimagem até à valorização do “*eu*” e à relação com o outro (Castro et al., 2013).

Determinadas doenças autoimunes revelam ter impacto na qualidade das relações no que diz respeito à qualidade das relações a nível sexual, podendo algumas destas doenças ter como consequência a disfunção sexual afetando o portador da doença a nível psicológico, podendo causar ansiedades ou depressões e diminuindo a sua autoestima e o bem-estar do sujeito (Mota, 2015).

A função sexual está diretamente associada a uma boa qualidade de vida pois, a atividade sexual é um aspeto que tem impacto na satisfação sexual da pessoa, nas suas relações e noutras vertentes da sua vida pessoal (Araujo et al., 2010). As doenças autoimunes podem levar ao desenvolvimento da perda de desejo sexual, sendo as principais causas desta perda de desejo a fadiga, alterações a nível da imagem corporal, preocupações acerca do cumprimento dos papéis de género, medo, deveres do cuidador, disfunção sexual, gravidade da doença e o tratamento (Batista, 2016). As pessoas que enfrentam esta situação tendem a tornar-se ansiosos relativamente à sua capacidade para satisfazer o parceiro e por terem medo de falhar, acabam por evitar o envolvimento em relações (Araujo et al., 2010).

Doenças autoimunes do foro reumático demonstram ter repercussões na sexualidade do indivíduo devido a aspetos associados à patologia em si e até mesmo ao

tratamento causando a redução da libido. Alguns sintomas que acompanham esta patologia e a sua progressão podem originar a diminuição de interesse sexual e dificultar o ato sexual, tais como, dores, rigidez matinal, inchaço de articulações e cansaço (Castro et al., 2013).

Por exemplo, num estudo realizado por Abdel-Nasser (2006) de 52 participantes do sexo feminino que eram portadoras de artrite reumatóide, verificou-se que 32 (62%) das mulheres apresentavam dificuldades relativamente ao desempenho sexual, 9 (17%) das participantes eram incapazes de ter relações sexuais devido à presença da patologia, sendo que em 24 (46%) das mulheres o desejo e satisfação sexual diminuíram e em 24 (46%) relataram que o desejo e a satisfação sexual foram completamente perdidos.

As doenças autoimunes reumáticas e sistémicas apresentam complicações em vários órgãos e sistemas que compõem o corpo humano, podendo originar disfunção sexual em sujeitos com patologias como: artrite reumatóide, síndrome de Sjogren, vasculites e miopatias inflamatórias idiopáticas. Uma doença autoimune e até mesmo o seu regime terapêutico pode ter influência na função sexual do sujeito, influenciando não só o seu aspeto orgânico como o psicológico (Araujo et al., 2010).

Castro e colaboradores (2013) realizaram um estudo que pretendia analisar a prevalência de disfunção sexual em mulheres com doenças reumáticas autoimunes, tais como, lúpus eritematoso sistémico, artrite reumatóide, esclerose sistémica, síndrome de antifosfolípide. Verificou-se que as mulheres com lúpus eritematoso apresentavam 22% de disfunção sexual, as mulheres com artrite reumatóide 8% e as que faziam parte do grupo de mulheres com síndrome antifosfolípide apresentavam 10.2% de disfunção sexual. Nesta investigação 24.2% das participantes afirmaram não ter tido atividade sexual nas últimas quatro 4 semanas, o que pode ter contribuído para a diminuição da disfunção sexual, sendo provável que certas participantes apresentam um determinado nível de insatisfação sexual ou dificuldades no ato sexual devido à doença que podem ter influenciado à abstinência sexual (Castro et al., 2013). No caso das doenças dermatológicas, de acordo com um estudo realizado por Porter e colaboradores (1991), que teve como principal objetivo avaliar o efeito do vitiligo relativamente à autoestima e às relações afetivas sexuais em pessoas que sofrem deste tipo de doença, observou-se que 23% dos participantes referiu que os problemas dermatológicos tinham um impacto negativo na sua vida sexual, em determinados casos por motivos de constrangimento e

noutros casos devido a constrangimento por parte de companheiro/a. Ainda no que diz respeito ao estudo realizado por Porter e colaboradores (1991), os participantes relataram que os sentimentos referentes às manchas apresentadas no seu corpo eram insegurança, vergonha, inibição, desgosto e tristeza, o que conseqüentemente leva a uma diminuição da autoestima tendo em conta que a transmissão negativa da imagem corporal e a falta de confiança em si próprio interferem em relações pessoais, profissionais e sociais.

Assim, verifica-se que em vários estudos o domínio sexual é afetado pela presença da doença e da agressividade dos seus sintomas. Em várias doenças está presente a diminuição da libido e disfunção sexual. Nas doenças autoimunes dermatológicas é mais comum que a danificação do domínio sexual esteja associado às transformações corporais que a doença pode causar no indivíduo.

Relevância do Estudo

Tendo em conta que as doenças autoimunes afetam de forma considerável a qualidade de vida das pessoas devido à sua progressão, leva a que o sujeito seja afetado não só a nível físico, podendo ficar incapacitado de fazer a sua vida normalmente, como a nível psicológico, podendo diminuir o seu bem-estar drasticamente

Desta forma, a escolha destas variáveis tem como objetivo entender de que maneira a presença da doença pode afetar o quotidiano dos sujeitos através da utilização de variáveis como: qualidade de vida, imagem corporal, intimidade e satisfação sexual. Como foi possível compreender, vários autores afirmam a deterioração da qualidade de vida, da imagem corporal, da função sexual e, por sua vez, da satisfação sexual devido às conseqüências trazidas pela patologia. Os seus severos sintomas podem levar à incapacidade física, a transtornos relacionados com a aparência e a conseqüências na saúde mental do portador. Por serem doenças que levam bastante tempo a ter um diagnóstico, faz com que durante um largo período de tempo hajam sintomas que vão afetando a qualidade de vida do sujeito.

Por exemplo, o domínio sexual é afetado no sentido em que as conseqüências da doença podem levar a que haja uma diminuição da libido, desconforto durante a relação íntima, perda de prazer e disfunção sexual. A imagem corporal pode também ser afetada pela presença da doença devido às alterações corporais que pode causar. Por exemplo, a

psoríase pode desenvolver nos seus portadores sentimentos de vergonha, exclusão social, inferioridade e isolamento (Maia & Tobias, 2018), além disso, tem um impacto na intimidade e no domínio sexual devido às alterações corporais que se manifestam, podendo desencadear também um constrangimento por parte dos companheiros (Porter et al., 2001). Assim, é possível que se desenvolva uma diminuição da intimidade entre o casal que não diz apenas respeito à atividade sexual em si, mas também ao suporte social e à partilha e confiança que existe entre os dois. De acordo com Castro e colaboradores (2013), a qualidade de vida a nível sexual é pouco considerada ao longo do acompanhamento de pessoas que sofrem de doenças autoimunes reumáticas, sendo necessário a realização de futuros estudos para averiguar o impacto destas doenças no âmbito da sexualidade e permitir assim a consciencialização dos médicos e técnicos de saúde acerca da importância de debater estas questões com os sujeitos.

O tratamento pode melhorar a qualidade de vida, principalmente, a nível físico e psicológico o que resulta também na presença de uma melhor saúde mental, no atraso das consequências da doença e a diminuição de crises agudas que possam surgir. Assim, torna-se importante estudar estas variáveis nesta população devido à carência de estudos, sendo necessário dar um contributo e saber como amenizar a deterioração destas variáveis em pessoas portadoras de doenças autoimunes.

Assim, é essencial haver um foco neste tema, para que se perceba de que forma estas variáveis psicossociais podem ser afetadas pela presença de doenças autoimunes, pois, são doenças que afetam de forma significativa a vida de qualquer pessoa devido ao seu agravamento ao longo do tempo e aos sintomas das mesmas, impedindo que consigam fazer a sua rotina diária como faziam antes do diagnóstico.

Deste modo a realização deste estudo contribui para uma maior compreensão empírica sobre a vivência das doenças autoimunes, ao nível pessoal e interpessoal.

Objetivos

Esta é uma investigação de carácter exploratório que tem como principais objetivos: a) aferir a manifestação das variáveis qualidade de vida, imagem corporal, intimidade e satisfação sexual em pessoas com doenças autoimunes; b) compreender a influência de características clínicas como os grupos de doenças autoimunes, nas

variáveis psicossociais (i.e., qualidade de vida, imagem corporal, intimidade e satisfação sexual); e c) avaliar os efeitos que as variáveis psicossociais exercem umas sobre as outras através de modelos explicativos.

Método

Desenho de investigação

Relativamente ao desenho da investigação, este é um estudo quantitativo, descritivo, observacional, com um tipo de corte transversal, tendo em conta que a avaliação será realizada num único momento.

Participantes

Inicialmente, este estudo era composto 567 participantes, no entanto 27 (4,76%) foram eliminados por não se ter conhecimento da idade real, 22 (3,88%) foram eliminados por não terem nacionalidade portuguesa nem residirem em Portugal e 18 (3,17%), foram excluídos por não apresentarem doenças autoimunes. A amostra final deste estudo é constituída por 500 indivíduos portadores de doenças autoimunes, de nacionalidade portuguesa ou que residam em Portugal e com idades superiores a 18 anos de idade. No que diz respeito aos critérios de exclusão, não puderam participar neste estudo indivíduos que não tinham mais de 18 anos de idade, que não sejam portadores de qualquer tipo de doença autoimune e, por último, que não tenham nacionalidade portuguesa ou residam em território português. Assim, amostragem é não probabilística, por conveniência.

De acordo com as características sociodemográficas da amostra, apresentada no Quadro 1, num total de 500 participantes, observou-se 454 (90,8%) mulheres e 46 (9,2%) homens. A idade dos participantes aquando da recolha da amostra apresentava uma média de 39,65 anos ($DP = 10,17$). No que toca à nacionalidade dos participantes, 495 (99,0%) tinham nacionalidade portuguesa, 2 (0,4%) nacionalidade brasileira, 1 (0,2%) nacionalidade venezuelana, 1 (0,2%) nacionalidade búlgara e, por último, 1 (0,2%) nacionalidade espanhola. No que diz respeito ao nível de escolaridade completa, a maioria dos participantes era licenciado ($n = 186$; 37,2%), possuía o ensino secundário completo

($n = 163$; 32,6%) e possuíam mestrado ($n = 85$; 17,0%). Relativamente à situação profissional da amostra, 368 (73,6%) dos participantes encontravam-se ativos, 64 (12,8%) desempregados e 34 (6,8%) reformados.

Quanto ao estado civil, 197 (39,4 %) eram casados, 136 (27,2 %) eram solteiros e 111 (22,2%) estavam em união de facto. Analisou-se também a presença ou ausência de relação amorosa e verificou-se que 407 (81,4%) estavam numa relação amorosa e 93 (18,6%) tinham nenhuma relação amorosa.

Quadro 1

Características Sociodemográficas da Amostra (N=500)

Variável	<i>n</i>	%
Género		
Mulher	454	90,8
Homem	46	9,2
Idade (<i>M, DP</i>)	39,65	10,17
Nacionalidade		
Portuguesa	495	99,0
Brasileira	2	0,4
Venezuelana	1	0,2
Búlgara	1	0,2
Espanhola	1	0,2
Escolaridade Completa		
Licenciado	186	37,2
Ensino Secundário	163	32,6
Mestrado	85	17,0
Situação Profissional		
Ativo	368	73,6
Desempregado	64	12,8
Reformado	34	6,8
Estado Civil		
Casado(a)	197	39,4
Solteiro(a)	136	27,2
União de Facto	111	22,2
Relação Amorosa		
Sim	407	81,4
Não	93	18,6

Através da análise dos dados clínicos, apresentados no Quadro 2, verificou-se que num total de 500 participantes, 457 (91,4%) possuíam uma ou mais doenças autoimunes, 34 (6,8%) eram portadores de doenças autoimunes e doenças crónicas. Ao fazer o agrupamento das doenças verificou-se que a maioria dos participantes tinham doenças

reumáticas (n=260; 52,0%), sistémicas/neurológicas (n=100; 20,0%) e gastrointestinais (n=73; 14,6%). Tendo em conta que vários participantes apresentavam mais que uma doença autoimune, foi feita uma divisão das doenças, de forma, a perceber quais as mais comuns entre os participantes. Assim, e em particular para cada doença, 137 (27,4%) participantes eram portadores de Lúpus, 102 (20,4%) de Esclerose Múltipla, 76 (15,2%) Espondilite Anquilosante e 62 (12,4%) Artrite Reumatóide.

No que concerne ao tratamento, no total dos participantes, 467 (93,4%) encontravam-se a realizar tratamento na altura em que responderam ao questionário e 33 (6,6%) não estavam a efetuar tratamento nenhum para as doenças das quais são portadores. Relativamente à situação de internamento 230 (46,0%) já estiveram internados devidos às doenças autoimunes das quais são portadores e 270 (54,0%) nunca estiveram internados. Verificou-se ainda que 386 (77,2%) participantes já tinham passado por uma crise aguda de sintomas associada à doença autoimune. Em contrapartida, 114 (22,8%) participantes referiram nunca ter tido nenhuma crise aguda de sintomas relacionada com a doença autoimune da qual são portadores.

Em relação ao apoio psicológico, verificou-se que 376 (75,2%) participantes não tiveram nem estavam a ter apoio psicológico no momento em que preencheram o questionário e 124 (24,8%) já tinham tido ou estavam a ter no momento apoio psicológico.

Quadro 2

Características Clínicas da Amostra (N=500)

Variável	n	%
Doença Autoimune, Crónica e Outras Doenças		
Autoimune	457	91,4
Autoimune e Crónica	34	6,8
Autoimune, Crónica e Outras Doenças	6	1,2
Autoimune e Outras Doenças	3	0,6
Grupos de Doenças		
Gastrointestinais	73	14,6
Reumáticas	260	52,0
Dermatológicas	38	7,6
Sistémicas/Neurológicas	100	20,0
Tiroideias	26	5,2
Sanguíneas	3	0,6
Tratamento		
Sim	467	93,4
Não	33	6,6

Internamento		
Sim	230	46,0
Não	270	54,0
Crise Aguda		
Sim	386	77,2
Não	114	22,8
Apoio Psicológico		
Sim	124	24,8
Não	376	75,2

Procedimentos

Inicialmente foram solicitadas autorizações aos autores dos questionários utilizados neste estudo (Anexo 7, 8 e 9) e foi também estabelecido numa fase inicial do projeto de investigação contacto com associações para aplicação dos questionários de forma presencial através do agendamento de entrevistas, sendo que isso se tornou impossível realizar devido ao aparecimento da pandemia SARS-Cov-2 (Covid-19), que levou a que não se conseguisse estabelecer contacto com os participantes e associações presencialmente, levando a que o recrutamento tivesse de ser realizado somente *online* através do Google *Forms* e que a divulgação do questionário fosse efetuada através das redes sociais (e.g. facebook).

No questionário realizado a partir do Google *Forms* constava o consentimento informado (Anexo 1), no qual foram explicados os objetivos e os procedimentos do estudo e os questionários utilizados no estudo, bem como, esclarecimento acerca dos parâmetros associados à confidencialidade, anonimato e ao facto do sujeito poder desistir da participação do estudo a qualquer momento sem que tenha qualquer tipo de consequência.

Os participantes foram recrutados via *online* através do estabelecimento de contactos com associações e com grupos portugueses de pacientes com doenças autoimunes existentes nas redes sociais. O preenchimento dos questionários foi realizado após os participantes confirmarem o consentimento informado, posteriormente os dados recolhidos foram codificados e analisados através do *software* estatístico *IBM SPSS Statistics 26*.

Materiais

Dados sociodemográficos e clínicos. Foi utilizado um questionário sociodemográfico com o objetivo recolher algumas características sociodemográficas e clínicas dos participantes, tais como: género, idade, data de nascimento, nacionalidade, localidade, nível de escolaridade, estado civil, se está ou não numa relação amorosa, situação profissional, rendimento socioeconómico, tipo de doença autoimune, data do diagnóstico, se se encontra a realizar algum tipo de tratamento, quais os tratamentos efetuados e/ou em curso, se o participante já teve alta médica e, se teve ou não uma crise aguda, qual a data da última crise aguda e se teve ou tinha apoio psicológico.

Qualidade de vida. Para avaliar a variável qualidade de vida, foi utilizado o Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde [WHOQOL-Bref] (World Health Organization Quality of Life - Bref [WHOQOL-Bref]), desenvolvido por WHOQOL Group (1998) e validado para a população portuguesa por Vaz e colaboradores (2006). Esta é uma escala de autopreenchimento que se destina a avaliar a perceção da qualidade de vida. Esta escala é constituída por 26 itens, divididos em 4 dimensões: Físico, Psicológico, Ambiente e Relações Sociais. Além destes 4 domínios existem também dois itens associados a perceção geral de qualidade de vida e saúde, sendo estes o item 1 e 2 (Vaz et al., 2006). Assim, o domínio Físico encontra-se relacionado com a perceção do sujeito acerca da sua condição física, sendo um domínio composto por questões relacionadas com a dor, o desconforto, a energia, o cansaço, o sono e descanso, as atividades do dia-a-dia, a dependência de fármacos ou tratamentos e, por último, a capacidade laboral. Já o domínio Psicológico, refere-se principalmente à perceção da pessoa acerca da sua condição ao nível afetivo e cognitivo, representando o seu nível de satisfação com a vida, sendo constituído por questões ligadas a sentimentos positivos, pensar, aprendizagem, memória, concentração, autoestima, aparência e imagem corporal, espiritualidade, crenças pessoais, religião e sentimentos negativos. O domínio das Relações Sociais, está associado à perceção do sujeito relativamente aos relacionamentos sociais e aos papéis adotados na sua vida, tendo em conta a forma como o individuo se relaciona com as pessoas que fazem parte do meio social em que está inserido, este domínio abrange então questões sobre as relações sociais, o suporte social e atividade sexual. Por último, o domínio Ambiental está relacionado com a perceção

acerca de variados fatores associados ao meio ambiente em que o sujeito se encontra inserido assim, este domínio é constituído por questões ligadas à segurança física, proteção, ambiente dentro do lar, aos recursos financeiros, à oportunidade de obter novas aprendizagens e desenvolver novas capacidades, aos cuidados de saúde e sociais, à participação em atividades ao nível do lazer e, ao ambiente físico que o rodeia (Nunes & Freire, 2006). Como exemplo de alguns itens apresentados neste instrumento temos para o domínio Físico (“Você tem energia suficiente para o seu dia-a-dia?”), para o domínio Psicológico (“Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?”), para o domínio relacionado com o Ambiente (“Quão seguro você se sente na sua vida diária?”) e, por último, para o domínio associado às Relações Sociais (“Quão satisfeito/a você está com a sua vida sexual?”). O preenchimento do questionário é feito através de uma escala tipo Likert de 5 pontos, que correspondem a 4 aspetos de avaliação: intensidade, capacidade, frequência e avaliação. Assim, a forma como é avaliado o primeiro e o último ponto da escala pode mudar entre os vários itens que constituem a escala (Vaz et al., 2006). No que diz respeito à cotação do instrumento, deve ser efetuado o somatório de cada domínio. Os resultados devem variar numa escala compreendida entre 0 e 100 sendo que valores mais elevados estarão associados a uma melhor perceção de qualidade de vida. Deve-se ter em consideração para a realização da cotação que os itens 3, 4 e 26 devem ser invertidos (Vaz et al., 2006). Esta escala apresenta boas qualidades psicométricas para os 4 domínios, assim, para o domínio Físico o valor do alfa de *Cronbach* é 0,87, para a dimensão Psicológica o valor do alfa de *Cronbach* é 0,84, nas Relações Sociais é 0,64 e, por último, no domínio associado ao Ambiente é 0,78. No geral da escala, a consistência interna apresenta um valor de alfa de *Cronbach* de 0,79 (Vaz et al., 2006).

Imagem corporal. A avaliação da variável imagem corporal irá ser realizada através da utilização da Escala de Imagem Corporal (Body Image Scale [BIS]), que tem como principal objetivo a avaliação da preocupação com a imagem corporal. Esta escala foi desenvolvida por Hopwood et al., (2001) e validada para a população portuguesa por Moreira et al., (2010) e é composta por 10 itens que devem ser respondidos de acordo com uma escala tipo Likert de 4 pontos, que varia entre 0 (Nada) e 3 (Muito). É um instrumento unidimensional no qual são avaliados aspetos “Afetivos”, “Comportamentais” e, por último, “Cognitivos”, associados à imagem corporal. Como

exemplos de itens temos associados aos aspetos “Afetivos” (“Sentimento de femininalidade”), aos aspetos “Comportamentais” (“Dificuldade em olhar para o próprio corpo, nu”) e aos aspetos “Cognitivos” (“Insatisfação com a aparência de cicatriz”). A pontuação total desta escala pode variar entre os 0 e os 30 pontos, sendo que as pontuações mais altas estão relacionadas com uma maior preocupação com as alterações ao nível da imagem corporal que são proporcionadas pela doença ou pelo tratamento da mesma (Moreira et al., 2010). É um instrumento que revela boas qualidades psicométricas, tendo um alfa de *Cronbach* de 0,93 (Moreira et al., 2010).

Intimidade. No que diz respeito à avaliação da variável intimidade, irá ser utilizada a Escala de Avaliação da Intimidade na Relação (Personal Assessment of Intimacy in Relationships Scale [PAIR]), este questionário foi desenvolvido originalmente por Schaefer e Olson (1981) e validado para a população portuguesa por Moreira, Amaral e Canavarro (2009). É um questionário de autopreenchimento, e foi utilizado para avaliar o nível de intimidade que é percebido pelo paciente na relação com o seu parceiro (Moreira, Amaral, & Canavarro, 2009). É constituído por 36 itens respondidos de acordo com uma escala tipo Likert de 5 pontos, de 0 (discordo totalmente) a 4 (concordo fortemente), sendo que, os itens que a compõem encontram-se divididos em 3 dimensões: Validação pessoal, Comunicação, Abertura ao Exterior e, por uma sub-escala adicional denominada por Convencionalidade relacionada com a desejabilidade social (Moreira, Amaral & Canavarro, 2009). Alguns exemplos de itens apresentados nesta escala são: (“Por vezes sinto-me sozinho/a quando estamos juntos”) que pertence à dimensão Validade Pessoal; (“O meu/minha companheiro/a ajuda-me a clarificar os meus pensamentos”), associado à dimensão Comunicação; (“Passar tempo em conjunto com os amigos é uma parte importante das nossas atividades em comum”), relacionado com a subescala Abertura ao Exterior e, por último, (“O meu/minha companheiro/a tem todas as qualidades que sempre desejei num/a companheiro/a”), que pertence à subescala adicional Convencionalidade (Moreira, Amaral, & Canavarro, 2009). Esta escala apresenta bons resultados no que diz respeito à fiabilidade interna, sendo que o alfa de *Cronbach* é de 0,88 para a dimensão de Validade Pessoal, 0,87 para a subescala Comunicação, 0,71 na dimensão de Abertura ao Exterior e, por último, 0,82 na subescala Convencionalidade (Moreira, Amaral, & Canavarro, 2009). Relativamente ao sistema de

pontuação de intimidade, é calculado através do somatório das dimensões Validação Pessoal, Comunicação e Abertura ao Exterior (Moreira, Amaral, & Canavarro, 2009).

Satisfação sexual. No que diz respeito à avaliação da satisfação sexual, irá ser utilizada a Nova Escala de Satisfação Sexual (New Sexual Satisfaction Scale [NSSS]) desenvolvida através de um modelo teórico conceptual com cinco domínios (sensações sexuais, trocas sexuais, atenção e foco sexual, proximidade emocional e atividade sexual), e o seu desenvolvimento foi realizado a partir da recolha de dados em dois países, mais concretamente Estados Unidos da América e Croácia (Stuhofer, Busko & Brouillard, 2010). A NSSS é uma escala bidimensional validada para a população portuguesa por Pechorro e colaboradores (2015), que tem como principal objetivo avaliar a satisfação sexual em homens e mulheres e é composta por 20 itens divididos em duas subescalas. A primeira subescala “Concentração no Eu” inclui os itens 1 até ao 10 e inclui itens como: (“A minha capacidade de me concentrar na atividade sexual”), a segunda subescala “Concentração no Parceiro e na Atividade Sexual” é composta a partir do item 11 até ao 20, apresentando itens como: (“A forma como o meu parceiro satisfaz as minhas necessidades sexuais”). É um questionário de autopreenchimento que deve ser respondido segundo uma escala Likert de 5 pontos, que variam entre 1 (Nada Satisfeito) e 5 (Totalmente Satisfeito) (Pechorro et al., 2015). A pontuação total é obtida através da soma das pontuações de todos os itens correspondentes à escala, sendo que pontuações mais elevadas encontram-se associadas a níveis mais altos de satisfação sexual. Esta escala apresenta boas qualidades a nível psicométrico, sendo que o alfa de *Cronbach* é de 0,94 (Pechorro et al., 2015).

Análise Estatística

Com o objetivo de avaliar a qualidade de vida, a imagem corporal, a intimidade e a satisfação sexual em pessoas portadoras de doenças autoimunes serão realizadas análises no software estatístico *IBM SPSS Statistics 26* com significância estatística de $p \leq 0,05$.

Inicialmente foram concretizadas análises associadas à descrição da amostra, com base nos dados sociodemográficos e clínicos, através de análises descritivas e medidas de

tendência central (média), desvio-padrão e frequências relativas, com o objetivo de compreender como se encontram distribuídos os dados. De seguida, foram também efetuadas análises descritivas no que concerne às variáveis psicossociais estudadas (i.e., qualidade de vida, imagem corporal, intimidade e satisfação sexual), nomeadamente, a média, desvio-padrão e Alfa de *Cronbach* das escalas e subescalas utilizadas (Marôco, 2007).

Posteriormente, serão realizados Coeficientes de Correlação Bivariada de *Pearson* com o objetivo de medir a direção e a intensidade da correlação linear entre duas variáveis de tipo quantitativo (escalares) (Marôco, 2007). Neste caso esta associação entre variáveis foi executada tendo em conta as variáveis psicossociais e as dimensões pertencentes a cada escala do estudo. Após proceder à execução das correlações, foram elaborados modelos explicativos que incluem as variáveis psicossociais, mais concretamente, a qualidade de vida, a imagem corporal, a intimidade e a satisfação sexual, sendo que, para as análises da variável qualidade de vida foi necessário utilizar as subescalas da escala WHOQOL-Bref devido ao modo de cotação da mesma não ser feita através de um total, mas sim, tendo em conta as suas dimensões de forma individual.

Para a realização de modelos explicativos para as variáveis psicossociais (i.e., qualidade de vida, imagem corporal, intimidade e satisfação sexual), que tinham como base a Regressão Linear Múltipla com $p \leq 0,05$. Esta é uma análise com a qual se pretende prever o valor de uma variável dependente através de um grupo composto por variáveis independentes. Para a realização desta análise é necessário verificar o cumprimento de pressupostos sendo estes: somente a variável dependente é afetada pelo erro; os erros são independentes e aleatórios, neste caso, o verificou-se o valor de Durbin Watson ($d \approx 2$); os erros apresentam uma distribuição normal e, por último, as variáveis independentes não apresentam multicolinearidade, e, portanto, não são colineares, ou seja, $VIF \leq 5$ (Marôco, 2007). No caso desta análise serão realizados modelos explicativos utilizando as variáveis psicossociais em estudo (i.e., qualidade de vida, imagem corporal, intimidade e satisfação sexual), de maneira a perceber quais as variáveis que melhor se predizem umas às outras. Ou seja, cada uma das variáveis psicossociais em estudo será utilizada como dependente e as restantes como independentes.

De seguida, foi realizada a ANOVA Unifatorial ou One Way que é um teste paramétrico, para amostras independentes, que visa comparar as médias de duas

populações de onde foram extraídas amostras independentes, estes foram aplicados com o objetivo avaliar se existiam diferenças significativas entre os grupos dos diferentes tipos de doenças tendo em conta as variáveis utilizadas no estudo. Este teste baseia-se em três pressupostos: se as amostras são independentes, se existe distribuição normal, através da verificação dos valores apresentados pelo teste Kolmogorov-Smirnov ($p \geq 0.05$) e de assimetria e curtose ($Sk < |3|$; $Ku < |7|$) para verificar se os desvios à normalidade eram considerados significativos e, por último, foi feita a verificação dos valores de significância apresentados pelo Teste de Levene, se existe homogeneidade de variâncias ($p \geq 0.05$) (Marôco, 2007). É importante referir ao efetuar esta análise foi ainda utilizado o teste post-hoc Tuckey para análise de diferenças entre grupos em variáveis constituídas por mais de dois grupos.

Resultados

Dados Descritivos das Variáveis Psicossociais

No Quadro 3 são apresentadas as análises descritivas das variáveis psicossociais. Assim, no que se refere à qualidade de vida a análise descritiva é apenas realizada a partir das subescalas, ou seja, na dimensão Físico verifica-se uma média de 3,17 ($DP = 0,83$), na Psicológica uma média de 3,26 ($DP = 0,77$), na Ambiental uma média de 3,42 ($DP = 0,70$), na dimensão que corresponde às Relações Sociais uma média de 3,32 ($DP = 0,97$) e, por último, na Faceta Geral uma média de 3,12 ($DP = 0,81$).

No que diz respeito à imagem corporal na totalidade a escala apresentou como valores de média 1,04 ($DP = 0,86$).

A escala correspondente à intimidade foi aplicada apenas a 199 participantes. Nesta última verificou-se que a escala na totalidade apresenta uma média de 2,51 ($DP = 0,74$). No que concerne às subescalas constituintes constatou-se na Validação Pessoal uma média de 2,68 ($DP = 0,88$), Comunicação com média de 2,52 ($DP = 1,00$), Abertura ao Exterior com média de 2,26 ($DP = 0,87$) e Convencionalidade com média de 2,35 ($DP = 0,92$). É importante referir que todas as análises realizadas com a variável intimidade foram efetuadas apenas com 199 participantes.

A escala referente à satisfação sexual encontra-se dividida em duas subescalas, sendo que primeira Concentração do Eu verificou-se uma média de 2,94 ($DP = 1,11$) e na segunda Concentração no Parceiro e na Atividade Sexual verificou-se uma média de 3,35 ($DP = 1,05$), na sua totalidade a escala apresenta uma média de 3,14 ($DP = 1,01$).

Quadro 3

Análise descritiva das variáveis psicossociais

Variável	α	M	DP
Qualidade de Vida			
Físico	0,87	3,17	0,83
Psicológica	0,86	3,26	0,77
Ambiental	0,85	3,42	0,70
Relações Sociais	0,81	3,32	0,97
Faceta Geral	0,75	3,12	0,81
Imagem Corporal	0,94	1,04	0,86
Intimidade ^a	0,93	2,51	0,74
Validação Pessoal	0,91	2,68	0,88
Comunicação	0,94	2,52	1,00
Abertura ao Exterior	0,73	2,26	0,87
Convencionalidade	0,82	2,35	0,92
Satisfação Sexual	0,97	3,14	1,01
Concentração no Eu	0,97	2,94	1,11
Concentração no Parceiro e na Atividade Sexual	0,96	3,35	1,05

Nota. [a] Na escala de intimidade foi utilizada a amostra de 199 participantes.

Correlações de Coeficiente de *Pearson* das Variáveis Psicossociais

Para que fosse possível avaliar a intensidade e o sentido de associação entre as variáveis psicossociais foram realizadas correlações do coeficiente de *Pearson* apresentadas no Quadro 4. Estas correlações foram realizadas com as variáveis psicossociais e as suas respetivas subescalas. Observou-se que todas as correlações são estatisticamente significativas, no entanto destacam-se e apresentam-se mais fortemente relacionadas as correlações: Físico e Concentração no Eu ($r = 0,379$; $p \leq 0,001$); Psicológico e satisfação sexual ($r = 0,529$; $p \leq 0,001$); Ambiental e satisfação sexual ($r = 0,437$; $p \leq 0,001$), Relações Sociais e satisfação sexual ($r = 0,701$; $p \leq 0,001$); Concentração no Eu e Relações Sociais ($r = 0,647$; $p \leq 0,001$), Concentração no Parceiro e na Atividade Sexual e Relações Sociais ($r = 0,665$; $p \leq 0,001$); satisfação sexual e Relações Sociais ($r = 0,701$; $p \leq 0,001$), Validação Pessoal e Relações Sociais ($r = 0,396$; $p \leq 0,001$); Comunicação e Concentração no Parceiro e na Atividade Sexual ($r = 0,620$; $p \leq 0,001$); Abertura ao Exterior e Relações Sociais ($r = 0,482$; $p \leq 0,001$) e, por último, intimidade e Relações Sociais ($r = 0,613$; $p \leq 0,001$).

É importante referir que a maioria das variáveis apresentam valores de *p-value* estatisticamente significativos com a variável imagem corporal, no entanto, as correlações são apresentadas no sentido negativo devido ao modo de cotação da escala que representa a imagem corporal. No entanto, constatou-se que apenas não existia correlação de coeficiente de *Pearson* estatisticamente significativa entre a Validação Pessoal e a imagem corporal.

Quadro 4
Correlações do Coeficiente de Pearson das Variáveis Psicossociais

Variável	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Qualidade de Vida											
1.Físico	0,623***	0,607***	0,483***	-0,438***	0,368***	0,379***	0,309***	0,257***	0,164*	0,264***	0,165*
2.Psicológico	-	0,690***	0,684***	-0,555***	0,529***	0,510***	0,479***	0,482***	0,315***	0,453***	0,391***
3. Ambiental		-	0,609***	-0,368***	0,437***	0,413***	0,405***	0,402***	0,257***	0,388***	0,323***
4. Relações Sociais			-	-0,418***	0,701***	0,647***	0,665***	0,613***	0,396***	0,588***	0,482***
5. Imagem Corporal				-	-0,346***	-0,365***	-0,280***	-0,189**	-0,123	-0,186**	-0,136*
6. Satisfação Sexual					-	0,940***	0,932***	0,578***	0,368***	0,582***	0,403***
7.Concentração no Eu						-	0,753***	0,465***	0,297***	0,464***	0,331***
8.Concentração no Parceiro e na Atividade Sexual							-	0,610***	0,388***	0,620***	0,418***
9.Intimidade ^a								-	0,800***	0,806***	0,706***
10. Validação Pessoal									-	0,320***	0,300***
11.Comunicação										-	0,675***
12.Abertura Exterior											-

Nota. [a] Na escala de intimidade foi utilizada a amostra de 199 participantes. * $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,01$; *** $p \leq 0,001$

Modelos Explicativos das Variáveis Psicossociais

Posteriormente, foram realizados modelos explicativos com base no método da Regressão Linear Múltipla, que têm como principal objetivo analisar as relações lineares entre uma resposta contínua (variável dependente) e duas ou mais variáveis de previsão (variáveis independentes). Assim, foram elaborados sete modelos explicativos com base na Regressão Linear Múltipla para as variáveis psicossociais. A diferença existente entre os modelos consiste apenas na variável dependente, que foi sendo modificada de modelo para modelo. É de salientar que para a variável qualidade de vida foram utilizadas as dimensões que constituam a sua escala (Físico, Psicológico, Ambiental e Relações Sociais), ao invés do total, pois esta escala é cotada através dos seus domínios.

Para que fosse possível concretizar as regressões lineares múltiplas foi necessário verificar os pressupostos: Durbin-Watson ($d \approx 2$) para verificar se os erros são aleatórios e independentes e, $VIF \leq 5$ para poder testar a multicolinearidade. No total foram efetuadas sete regressões e todas cumpriam os pressupostos apresentando valores de Durbin-Watson entre 1,86 e 2,05 e valores de VIF entre 1,34 e 3,38. Posteriormente, foram ainda realizados novamente os mesmos modelos explicativos, mas envolvendo apenas as variáveis independentes significativas, com o objetivo de avaliar a significância e a percentagem de variância explicada do modelo reajustado.

Procedendo às análises dos modelos estipulados, no primeiro modelo a variável dependente era a dimensão Físico da qualidade de vida, sendo as restantes dimensões desta escala, bem como, a imagem corporal e a satisfação sexual variáveis independentes deste modelo. No Quadro 5 é possível verificar que o modelo 1 foi significativo ($F(5,494) = 84,912$; $p \leq 0,001$) sendo explicado em 45,7% ($R^2_{ajust} = 0,457$) pelas variáveis: Psicológico ($\beta = 0,305$; $p \leq 0,001$), Ambiental ($\beta = 0,340$; $p \leq 0,001$) e imagem corporal ($\beta = -0,139$; $p \leq 0,001$).

Foi repetido o modelo do domínio Físico utilizando somente as variáveis independentes significativas e verificou-se que o modelo continuava a encontrar-se estatisticamente significativo ($F(3,196) = 142,058$; $p \leq 0,001$), e que a variância do domínio Físico passou a ser explicada em 45,9% ($R^2_{ajust} = 0,459$) pelas suas variáveis independentes: Psicológico ($\beta = 0,310$; $p \leq 0,001$), Ambiental ($\beta = 0,342$; $p \leq 0,001$) e imagem corporal ($\beta = -0,140$; $p \leq 0,001$).

O segundo modelo executado apresentava como variável dependente o domínio Psicológico da qualidade de vida e tendo como variáveis independentes as restantes dimensões desta última escala (Físico, Psicológico e Ambiental), a imagem corporal e a satisfação sexual. Uma vez mais, verificou-se que o modelo era estatisticamente significativo ($F(5,494) = 199,382; p \leq 0,001$). Neste modelo, foram consideradas variáveis predictoras, o Físico ($\beta = 0,188; p \leq 0,001$), o Ambiental ($\beta = 0,299; p \leq 0,001$), o Relações Sociais ($\beta = 0,277; p \leq 0,001$) e imagem corporal ($\beta = -0,027; p \leq 0,001$), explicando 66,5% ($R^2_{ajust}=0,665$) do modelo.

Foi repetido o modelo explicativo do domínio Psicológico ($F(4,495) = 247,896; p \leq 0,001$), utilizando as variáveis independentes significativas: Físico ($\beta = 0,189; p \leq 0,001$), Ambiental ($\beta = 0,298; p \leq 0,001$), Relações Sociais ($\beta = 0,315; p \leq 0,001$) e imagem corporal ($\beta = -0,230; p \leq 0,001$), verificando-se que estas explicavam a variância do domínio Psicológico em 66,4% ($R^2_{ajust}=0,664$).

Relativamente ao terceiro modelo, tinha como variável dependente o domínio Ambiental, que uma vez mais era uma dimensão que pertencia à escala da variável psicossocial qualidade de vida e tinha como variáveis independentes, o Físico, o Psicológico, as Relações Sociais, a imagem corporal e a satisfação sexual. É possível verificar no Quadro 5 que este modelo, mostrou ser estatisticamente significativo ($F(5,494) = 125,049; p \leq 0,001$). Das variáveis independentes, as que se destacaram como variáveis explicativas da variância deste modelo foram: Físico ($\beta = 0,279; p \leq 0,001$), Psicológico ($\beta = 0,398; p \leq 0,001$), Relações Sociais ($\beta = 0,251; p \leq 0,001$) e imagem corporal ($\beta = 0,070; p = 0,056$) que descrevem 55,4% ($R^2_{ajust}=0,554$) do modelo.

Foi repetido o modelo do domínio Ambiental ($F(4,495) = 156,377; p \leq 0,001$), utilizando apenas as variáveis independentes significativas: Físico ($\beta = 0,279; p \leq 0,001$), Psicológico ($\beta = 0,396; p \leq 0,001$), Relações Sociais ($\beta = 0,233; p \leq 0,001$) e imagem corporal ($\beta = 0,071; p = 0,052$), as quais explicam a variância do domínio Ambiental em 55,5% ($R^2_{ajust}=0,555$).

O quarto modelo, foi realizado tendo como variável dependente as Relações Sociais e como variáveis independentes: Físico, Psicológico, Ambiental, imagem corporal, satisfação sexual. Como é possível constatar no Quadro 5, o modelo apresenta-se como estatisticamente significativo ($F(5,494) = 182,175; p \leq 0,001$) e as variáveis que

melhor explicam em 64,5% ($R^2_{ajust}=0,645$) a variância apresentada neste modelo são: o Psicológico ($\beta = 0,294$; $p \leq 0,001$), e o Ambiental ($\beta = -0,200$; $p \leq 0,001$).

Foi repetido o modelo explicativo do domínio das Relações Sociais que continuou a mostrar-se estatisticamente significativo ($F(2,497) = 252,400$; $p \leq 0,001$), onde foi possível observar que as variáveis independentes estatisticamente significativas Psicológico ($\beta = 0,504$; $p \leq 0,001$), e o Ambiental ($\beta = -0,261$; $p \leq 0,001$), explicavam praticamente metade da variância explicada do domínio Relações Sociais 50,2 % ($R^2_{ajust}=0,502$).

No que diz respeito ao quinto modelo, a variável dependente era a imagem corporal e como variáveis independentes as dimensões pertencentes à escala da qualidade de vida e a satisfação. Este modelo mostrou-se estatisticamente significativo ($F(5,494) = 48,619$; $p \leq 0,001$). Destacaram-se como variáveis predictoras da variância deste modelo o Físico ($\beta = -0,174$; $p \leq 0,001$), o Psicológico ($\beta = -0,459$; $p \leq 0,001$) e o Ambiental ($\beta = 0,106$; $p = 0,056$), como é possível verificar no Quadro 5. As variáveis independentes neste modelo explicavam 32,3 ($R^2_{ajust}=0,323$) da variância apresentada.

Foi repetido o modelo da imagem corporal, apenas com as variáveis independentes que inicialmente eram significativas e predictoras deste modelo, e verificou-se que este modelo continuava a ser estatisticamente significativo ($F(2,497) = 117,791$; $p \leq 0,001$), e que o domínio Ambiental passou a não apresentar valores estatisticamente significativos no *p-value*, no entanto, as restantes variáveis o Físico ($\beta = -0,151$; $p = 0,002$), o Psicológico ($\beta = -0,461$; $p \leq 0,001$) apresentavam-se estatisticamente significativas. Estas variáveis independentes descreviam a variância explicada da imagem corporal em 31,9 ($R^2_{ajust}=0,319$).

O sexto modelo, como se pode observar através do Quadro 5, foi efetuado tendo como variável dependente a satisfação sexual e como variáveis independentes: físico, psicológico, ambiental, relações sociais (estas últimas dimensões associadas à escala da qualidade de vida) e a imagem corporal. Foi possível confirmar que este modelo era estatisticamente significativo ($F(5,494) = 97,657$; $p \leq 0,001$) e que a variável que melhor explicava a variância deste modelo eram as Relações Sociais ($\beta = 0,641$; $p \leq 0,001$) descrevendo 49,2% ($R^2_{ajust}=0,492$) do modelo.

Foi repetido o modelo explicativo correspondente à variável satisfação sexual incluindo apenas as variáveis independentes com trajetórias significativas. Este modelo

continuou a mostrar-se estatisticamente significativo após a análise ($F(1,198) = 480,067$; $p \leq 0,001$), sendo também possível constatar que as Relações Sociais ($\beta = 0,701$; $p \leq 0,001$) descreviam 49% ($R^2_{ajust}=0,490$) da variância explicada da satisfação sexual.

Por último, foi realizado um modelo explicativo que apresentava como variável dependente a intimidade e como respectivas variáveis independentes: físico, psicológico, ambiental, relações sociais, imagem corporal, satisfação sexual. Através da análise do quadro 5 foi possível verificar que este modelo era estatisticamente significativo ($F(6,192) = 25,282$; $p \leq 0,001$), tendo sido explicado em 42,4% ($R^2_{ajust}=0,424$) principalmente pelas variáveis: Relações Sociais ($\beta = 0,404$; $p \leq 0,001$), imagem corporal ($\beta = 0,131$; $p = 0,047$) e satisfação sexual ($\beta = 0,293$; $p \leq 0,001$).

Foi repetido o modelo explicativo correspondente à variável intimidade ($F(2,196) = 70,828$; $p \leq 0,001$), que incluiu apenas as variáveis independentes estatisticamente significativas. Foi possível verificar que as Relações Sociais ($\beta = 0,409$; $p \leq 0,001$) e satisfação sexual ($\beta = 0,293$; $p \leq 0,001$) descreviam 41,4% ($R^2_{ajust}=0,414$) da variância explicada da intimidade, sendo que a variável independente imagem corporal passou a apresentar valores estatisticamente não significativos de *p-value*, possivelmente por terem sido retiradas da análise outras variáveis que a tornavam significativa neste modelo.

Quadro 5

Modelos de Regressão Linear Múltipla – Variáveis Psicossociais

Modelo/ Variável	B	t	p	R ² _{ajust}	F	gl.
Modelo 1 (Físico v.d.)			≤0,001	0,457	84,912	5,494
Psicológico	0,305	5,486	≤0,001			
Ambiental	0,340	7,200	≤0,001			
Relações Sociais	0,003	0,053	0,957			
Imagem Corporal	-0,139	-3,498	≤0,001			
Satisfação Sexual	0,008	0,169	0,866			
Modelo 2 (Psicológico v.d.)			≤0,001	0,665	199,382	5,494
Físico	0,188	5,486	≤0,001			
Ambiental	0,299	8,158	≤0,001			
Relações Sociais	0,277	6,615	≤0,001			
Imagem Corporal	-0,227	-7,579	≤0,001			
Satisfação Sexual	0,057	1,562	0,119			
Modelo 3 (Ambiental v.d.)			≤0,001	0,554	125,049	5,494
Físico	0,279	7,200	≤0,001			
Psicológico	0,398	8,158	≤0,001			
Relações Sociais	0,251	5,104	≤0,001			
Imagem Corporal	0,070	1,916	0,056			

Satisfação Sexual	-0,028	-0,665	0,506			
Modelo 4 (Relações Sociais v.d)			≤0,001	0,645	182,175	5,494
Físico	0,002	0,053	0,957			
Psicológico	0,294	6,615	≤0,001			
Ambiental	0,200	5,104	≤0,001			
Imagem Corporal	-0,025	-0,782	0,434			
Satisfação Sexual	0,448	14,117	≤0,001			
Modelo 5 (Imagem Corporal v.d)			≤0,001	0,323	24,348	5,494
Físico	-0,174	-3,498	≤0,001			
Psicológico	-0,459	-7,579	≤0,001			
Ambiental	0,106	1,916	0,056			
Relações Sociais	-0,049	-0,782	0,434			
Satisfação Sexual	-0,052	-0,995	0,320			
Modelo 6 (Satisfação Sexual v.d)			≤0,001	0,492	97,657	5,494
Físico	0,007	0,169	0,866			
Psicológico	0,086	1,562	0,119			
Ambiental	-0,032	-0,665	0,506			
Relações Sociais	0,641	14,117	≤0,001			
Imagem Corporal	-0,039	-0,995	0,320			
Modelo 7 (Intimidade v.d)			≤0,001	0,424	25,282	6,192
Físico	-0,099	-1,324	0,187			
Psicológico	0,185	1,863	0,064			
Ambiental	-0,036	-0,405	0,686			
Relações Sociais	0,404	4,428	≤0,001			
Imagem Corporal	0,131	2,003	0,047			
Satisfação Sexual	0,293	3,844	≤0,001			

Nota. [a] Na escala de intimidade foi utilizada a amostra de 199 participantes.

Diferenças entre grupos – ANOVA Unifatorial

Posteriormente sucedeu-se a execução de uma ANOVA Unifatorial entre as variáveis psicossociais e os grupos de doenças (gastrointestinais, reumáticas, dermatológicas, sistémicas/neurológicas, tiroideias e, por último, sanguíneas). Para a realização deste teste foram utilizadas para a variável qualidade de vida as suas subescalas (Físico, Psicológico, Ambiental e Relações Sociais), devido ao facto desta escala ser cotada apenas a partir dos domínios que a compõe. Foram ainda verificados e confirmados os pressupostos, nomeadamente, a presença de normalidade e homogeneidade de variâncias.

Após a análise, verificou-se a existência de diferenças significativas entre os grupos de doenças e o domínio Físico ($F(5,494) = 10,499; p \leq 0,001$) sendo que as pessoas

com doenças dermatológicas apresentavam uma média mais elevada ($M = 3,59$; $DP = 0,71$) comparativamente a pessoas portadoras de outras doenças.

Já no que diz respeito ao domínio Ambiental da qualidade de vida, é possível observar a partir do quadro 6 que se apresentavam diferenças estatisticamente significativas com os grupos de doenças existentes ($F(5,494) = 2,418$; $p = 0,035$), sendo que pessoas com doenças sistémicas/neurológicas apresentavam média maior ($M = 3,62$; $DP = 0,71$) comparativamente aos restantes grupos de doenças neste domínio.

Observou-se também, como se pode confirmar através do quadro 6, a presença de diferenças estatisticamente significativas no que concerne aos grupos de doenças e às Relações Sociais – domínio da qualidade de vida ($F(5,494) = 3,179$; $p = 0,008$). Sendo que pessoas pertencentes ao grupo de doenças sistémicas/neurológicas apresentaram uma média mais elevada ($M = 3,61$; $DP = 0,91$) em relação às pessoas que fazem parte dos restantes grupos de doenças tendo em conta as relações sociais.

Por fim, é possível observar no quadro 6 que existiam diferenças estatisticamente significativas relativamente à imagem corporal e aos grupos de doenças estipulados ($F(5,494) = 3,332$; $p = 0,006$), verificando-se que sujeitos com doenças tiroideas apresentavam uma média mais elevada ($M = 1,23$; $DP = 0,84$).

Quadro 6

Diferenças entre grupos – variáveis psicossociais e grupos de doenças – Anova Unifatorial

Variável	Gastrointestinais		Reumáticas		Dermatológicas		Sistémicas/Neurológicas		Tiroideias		Sanguíneas		ANOVA		gl.
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	
Qualidade de Vida															
Físico	3,24	0,75	2,94	0,81	3,59	0,71	3,50	0,84	3,41	0,74	2,71	1,00	10,499	≤0,001	5,494
Psicológico	3,24	0,79	3,20	0,74	3,35	0,82	3,41	0,81	3,28	0,72	2,61	0,54	1,665	0,141	5,494
Ambiental	3,41	0,68	3,34	0,70	3,45	0,85	3,62	0,71	3,52	0,50	3,17	0,47	2,418	0,035	5,494
Relações Sociais	3,10	1,02	3,26	0,97	3,47	1,07	3,61	0,91	3,23	0,87	2,89	0,77	3,179	0,008	5,494
Imagem Corporal	1,12	0,91	1,13	0,89	0,87	0,80	0,77	0,72	1,23	0,84	1,07	0,55	3,332	0,006	5,494
Satisfação Sexual	3,12	0,98	3,10	1,01	3,17	1,15	3,33	1,03	2,95	0,79	2,32	1,02	1,364	0,236	5,494
Intimidade ^a	2,75	0,68	2,54	0,88	2,32	0,67	2,58	0,67	2,50	0,57	-	-	1,067	0,374	4,194

Nota. [a] Na escala de intimidade foi utilizada a amostra de 199 participantes.

Quadro 7

Diferenças Entre Variáveis Psicossociais e Grupos de Doenças

Variável Dependente	(I) Grupos de doenças	(J) Grupos de doenças	Diferença (I-J)	p	Intervalo de Confiança	
Qualidade de Vida						
Físico	Gastrointestinais	Reumáticas	0,297	0,055*	[0,00; 0,60]	
		Dermatológicas	-0,346	0,250	[-0,80; 0,11]	
		Sistémicas/Neurológicas	-0,256	0,290	[-0,61; 0,09]	
		Tiroideias	-0,166	0,943	[-0,68; 0,35]	
		Sanguíneas	-0,526	0,871	[-0,81; 1,86]	
		Reumáticas	Dermatológicas	-0,643	≤0,001***	[-1,04; -0,25]
		Sistémicas/Neurológicas	-0,554	≤0,001***	[-0,82; -0,29]	
		Tiroideias	-0,463	0,053*	[-0,93; 0,00]	
		Sanguíneas	0,229	0,996	[-1,09; 1,55]	
		Dermatológicas	Sistémicas/Neurológicas	0,089	0,992	[-0,34; 0,52]
			Tiroideias	0,180	0,949	[-0,40; 0,76]
			Sanguíneas	0,872	0,446	[-0,49; 2,23]
		Sistémicas/Neurológicas	Tiroideias	0,091	0,995	[-0,41; 0,59]
			Sanguíneas	0,783	0,995	[-0,55; 2,11]
		Tiroideias	Sanguíneas	0,692	0,709	[-0,69; 2,08]
	Ambiental	Gastrointestinais	Reumáticas	0,071	0,974	[-0,20; 0,34]
			Dermatológicas	-0,036	1,000	[-0,44; 0,37]
			Sistémicas/Neurológicas	-0,204	0,411	[-0,51; 0,11]
Tiroideias			-0,113	0,981	[-0,57; 0,35]	
Sanguíneas			0,244	0,992	[-0,94; 1,43]	
		Reumáticas	Dermatológicas	-0,107	0,952	[-0,46; 0,24]
			Sistémicas/Neurológicas	-0,275	0,012*	[-0,51; -0,04]

		Tiroideias	-0,184	0,800	[-0,60; 0,23]
		Sanguíneas	0,174	0,998	[-0,99; 1,34]
	Dermatológicas	Sistémicas/Neurológicas	-0,168	0,810	[-0,55; 0,22]
		Tiroideias	-0,077	0,998	[-0,59; 0,43]
		Sanguíneas	0,281	0,985	[-0,92; 1,48]
	Sistémicas/Neurológicas	Tiroideias	0,091	0,992	[-0,35; 0,53]
		Sanguíneas	0,448	0,885	[-0,73; 1,62]
	Tiroideias	Sanguíneas	0,357	0,961	[-0,87; 1,58]
Relações Sociais	Gastrointestinais	Reumáticas	-0,161	0,808	[-0,53; 0,20]
		Dermatológicas	-0,378	0,368	[-0,93; 0,17]
		Sistémicas/Neurológicas	-0,514	0,008**	[-0,94; -0,09]
		Tiroideias	-0,135	0,990	[-0,76; 0,50]
		Sanguíneas	0,207	0,999	[-1,42; 1,83]
	Reumáticas	Dermatológicas	-0,217	0,787	[-0,70; 0,26]
		Sistémicas/Neurológicas	-0,354	0,024*	[-0,68; -0,03]
		Tiroideias	0,026	1,000	[-0,54; 0,59]
		Sanguíneas	0,368	0,986	[1,23; 1,97]
	Dermatológicas	Sistémicas/Neurológicas	-0,136	0,977	[-0,66; 0,39]
		Tiroideias	0,243	0,921	[-0,46; 0,95]
		Sanguíneas	0,585	0,914	[-1,07; 2,24]
	Sistémicas/Neurológicas	Tiroideias	0,379	0,476	[-0,23; 0,99]
		Sanguíneas	0,721	0,798	[-0,90; 2,34]
	Tiroideias	Sanguíneas	0,342	0,992	[-1,34; 2,02]
Imagem Corporal	Gastrointestinais	Reumáticas	-0,014	1,000	[-0,34; 0,31]
		Dermatológicas	0,249	0,686	[-0,24; 0,74]
		Sistémicas/Neurológicas	0,350	0,083	[-0,02; 0,72]
		Tiroideias	-0,110	0,993	[-0,67; 0,45]
		Sanguíneas	0,054	1,000	[-1,38; 1,49]
	Reumáticas	Dermatológicas	0,263	0,478	[-0,16; 0,69]
		Sistémicas/Neurológicas	0,363	0,004**	[0,08; 0,65]

	Tiroideias	-0,097	0,994	[-0,60; 0,40]
	Sanguíneas	0,068	1,000	[-1,34; 1,48]
Dermatológicas	Sistémicas/Neurológicas	0,100	0,990	[0,36; 0,56]
	Tiroideias	-0,360	0,557	[-0,98; 0,26]
	Sanguíneas	-0,196	0,999	[-1,65; 1,26]
Sistémicas/Neurológicas	Tiroideias	-0,460	0,139	[-1,00; 0,08]
	Sanguíneas	-0,296	0,991	[-1,72; 1,13]
Tiroideias	Sanguíneas	0,164	1,000	[-1,32; 1,65]

Nota. * $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,01$; *** $p \leq 0,001$

Discussão

Estudar a qualidade de vida, a imagem corporal, a intimidade e a satisfação sexual em portadores de doenças autoimunes é urgente e importante, por serem doenças que estão presentes durante toda a vida a partir do momento em que são diagnosticadas. Por vezes o diagnóstico destas doenças demora imenso tempo, os sintomas causados por várias doenças são dolorosos, não só a nível físico como psicológico, podendo ter um forte impacto na qualidade de vida destes sujeitos e nas suas relações amorosas. É necessário que exista uma ajuda neste contexto, para que estas pessoas possam viver bem, terem boas relações e arranjem estratégias para se sentirem bem consigo mesmas e com os seus parceiros independentemente da doença que os acompanha.

Com isto, o objetivo deste estudo foi entender qual o impacto que as doenças autoimunes podem ter na qualidade de vida do sujeito e em fatores associados à mesma, nomeadamente, a imagem corporal, a intimidade e a satisfação sexual. Foi necessário perceber qual a relação que estas variáveis tinham entre si e quais as doenças que afetavam mais as variáveis em estudo.

No que diz respeito às análises descritivas das escalas e das respetivas dimensões, verificou-se a presença de valores moderados na escala da qualidade de vida, podendo-se observar resultados igualmente moderados num estudo de portadores de psoríase (Wade, Crawford, Young, Leman & Pumford, 2016). Em um estudo realizado por Uhlig, Moe e Kvien (2014), com pessoas portadoras de artrite reumatóide verifica-se a presença de uma pior qualidade de vida no que diz respeito à saúde física e ao meio ambiente tendo comparativamente à população normativa. Relativamente aos valores da imagem corporal, neste estudo encontram-se elevados, no entanto, é preciso realçar que esta é cotada de forma contrária o que significa que uma média mais baixa está associada a menores preocupações relativamente à autoimagem. No entanto, segundo Klein e colaboradores (2011) a imagem corporal apresenta baixos valores, mostrando-se afetada, em portadores de Lúpus Eritematoso Cutâneo, devido à presença da patologia e dos seus tratamentos.

Foram ainda apresentados valores moderados correspondentes à escala de intimidade e às suas dimensões. Tendo em conta o estudo realizado por Figueiredo, Soares, Mota, João e Dias (2004), com portadores de artrite reumatóide, observou-se que estas pessoas têm mais dificuldade em manter as suas relações interpessoais e a presença da doença reflete-se na vida pessoal, familiar e social, no entanto, as relações sociais, familiares e conjugais são um auxílio

no desenvolvimento de estratégias para a gestão da doença, acabando por serem consideradas promotoras de saúde (Matos, Pinheiro, Fonseca & Katsurayama, 2010). São ainda apresentados valores moderados na escala de satisfação sexual, no entanto, num estudo realizado com pacientes portadoras de Síndrome de Sjogren, os autores concluíram que a satisfação e função sexual são prejudicadas devido a consequências causadas pela doença (Nimwegen et al., 2015) tal como no estudo de Piola, Rocha-Júnior, Barros e Brito (2019), com mulheres portadoras de Lúpus onde foram apresentados valores baixos associados à satisfação e desejo sexual, devido a alterações provocadas pela doença.

Indo contra os resultados obtidos nas médias associadas à qualidade de vida, imagem corporal e vida sexual, verificou-se num estudo desenvolvido por Goma, Razek e Abdelbary (2019), que a artrite reumatóide tem um forte impacto na qualidade de vida dos sujeitos, bem como, na sua vida sexual por influência de fatores físicos e psicológicos e impacto na imagem corporal, tudo isto causado pela presença da doença e, por vezes, do seu tratamento, tendo estes domínios valores mais baixos comparativamente ao presente estudo.

Neste caso esperava-se que os valores de qualidade de vida, imagem corporal, intimidade e satisfação sexual se encontrassem mais deteriorados devido à presença da doença, no entanto verificaram-se na maioria das escalas valores medianos e na imagem corporal valores elevados. Estes resultados podem estar associados ao facto deste estudo não se focar apenas numa patologia em específico, havendo doenças que exercem um impacto mais forte ao nível negativo em determinadas variáveis psicossociais. Acontece que, a maioria dos estudos focam-se numa doença específica, daí os resultados serem mais esclarecedores comparativamente aos desta investigação por estarem em avaliação diversas doenças autoimunes.

Observou-se que os domínios da qualidade de vida (i.e., Físico, Psicológico, Ambiental e Relações Sociais), a imagem corporal, a intimidade e a satisfação sexual se encontravam relacionados entre si e, por isso, era importante compreender o quanto elas se encontravam realmente associadas. Para que tal fosse possível, procedeu-se à elaboração de modelos explicativos de cada uma das variáveis psicossociais. Inicialmente, foram elaborados quatro modelos, que tinham como variável principal os domínios que fazem parte da qualidade de vida. Quanto ao primeiro modelo, verificou-se que a variância do domínio Físico da qualidade de vida é explicada pelas seguintes variáveis Psicológico, Ambiente e imagem corporal, sendo que estas últimas são as principais preditoras deste domínio. Este resultado pode ser explicado

devido ao facto de uma qualidade de vida mais elevada no domínio Físico estar diretamente associada a uma melhor qualidade de vida no domínio psicológico e no do meio ambiente, bem como, uma melhor percepção relativamente à imagem corporal (Saha et al., 2015; McDermott et al., 2015). Verificou-se ainda que estas variáveis explicam quase metade da variância do domínio Físico. No segundo modelo observou-se que a variância do domínio Psicológico é de igual forma explicada pelo domínio Físico e pelo domínio Ambiental, Relações Sociais e pela variável imagem corporal, sendo que, estas variáveis explicam mais de metade do domínio Psicológico.

Em concordância com os dois primeiros modelos, um estudo sobre pacientes com diagnóstico de doenças inflamatórias do intestino revelou a existência de relação entre o domínio Físico e Psicológico da qualidade de vida e a imagem corporal revelando que uma percepção negativa associada à autoimagem, contribuía para uma menor qualidade de vida relativamente a estas dimensões, verificando-se ainda a presença de uma forte associação entre os domínios Físico e Psicológico da qualidade de vida (Trindade, Ferreira, & Pinto-Gouveia, 2017).

O modelo seguinte envolvia o domínio Ambiental que é essencialmente descrito pelo domínio Físico, Psicológico, Relações Sociais e imagem corporal, que explicam um pouco mais de metade do modelo. Elaborou-se também um modelo para verificar a variância do domínio das Relações Sociais que era explicado em mais de metade pelo domínio Psicológico, Ambiental e pela imagem corporal. Já a imagem corporal foi explicada em menos de metade da variância pelo Físico e o Psicológico. Estes resultados vão de encontro aos obtidos por Trindade, Ferreira e, Pinto-Gouveia (2017) nas quais domínio Físico e o domínio Psicológico associados à qualidade de vida se encontravam relacionados com a imagem corporal. McDermott e colaboradores (2015), confirmam também a relação existente entre a qualidade de vida e a imagem corporal.

A satisfação sexual foi somente explicada pelas Relações Sociais que descrevia aproximadamente metade da variância do modelo, discordando com o estudo realizado por McDermott e colaboradores (2015), em que se verifica uma associação entre a satisfação sexual e imagem corporal. Por último, a intimidade foi explicada em quase metade da percentagem pelas Relações Sociais e pela satisfação sexual, estando em concordância com o estudo realizado por Muller, Prosser, Bampton, Mountifield e Adrews (2010), numa população com

portadores de doenças intestinais inflamatórias, sendo que a doença afetava a qualidade de vida, a relação conjugal e a satisfação sexual.

De seguida, foram realizadas análises que explicassem as diferenças existentes nos grupos de doenças e nas variáveis psicossociais em estudo, para que se percebesse quais os grupos de doenças que afetavam mais as variáveis psicossociais. Verificou-se a existência de diferenças nos domínios da qualidade de vida - Físico, Ambiental e Relações Sociais, e na imagem corporal. No âmbito do domínio Físico, verificou-se uma média mais elevada em pessoas com doenças dermatológicas autoimunes comparativamente aos restantes grupos de doenças, o que significa que pessoas portadoras deste tipo de doenças apresentaram melhor qualidade de vida no que diz respeito a este domínio. Para o domínio Ambiental, observou-se uma média mais elevada no grupo de doenças sistémicas/neurológicas em comparação aos restantes grupos de doenças autoimunes existentes, sendo que estes sujeitos apresentavam melhor qualidade de vida neste domínio. Já na dimensão associada às Relações Sociais, encontrámos uma vez mais, o grupo de doenças autoimunes sistémicas/neurológicas com uma média mais elevada que os restantes grupos, concluindo que os portadores deste tipo de doenças autoimunes apresentavam uma melhor qualidade de vida relativamente ao domínio das Relações Sociais. Em concordância com estes resultados, o estudo realizado por Goma, Razek, e Abdelbary (2019), com portadores de artrite reumatóide, apresentou valores estatisticamente significativos entre a atividade da doença e os domínios da escala da qualidade de vida, no entanto todas as relações eram de sentido negativo, o que significa que esta doença, que pertence ao grupo reumático, tem impacto negativo relativamente à qualidade de vida geral do sujeito, verificou-se ainda, num estudo realizado por Taylor, Myers, Simpson, McPherson & Weatherall (2004), com pacientes com artrite reumatóide, que o domínio físico é especialmente afetado pela patologia, é importante também referir que este estudo utilizou um índice de incapacidade física na sua realização e verificou-se que todos os domínios da qualidade de vida se encontravam relacionados com este índice, indicando que o aumento da incapacidade física se encontrava diretamente associado a uma menor qualidade de vida. Em contrapartida, num estudo elaborado com pacientes com psoríase verificou-se que esta patologia afetava a qualidade de vida, mais concretamente o domínio Físico e Psicológico, no entanto, não apresenta um forte impacto no domínio Ambiental e das Relações Sociais (Skevington, Bradshaw, Hepplewhite, Dawkes e Lovell, (2006). É possível que nos resultados obtidos neste estudo as doenças dermatológicas estejam associadas a uma melhor qualidade de vida no domínio físico devido ao envolvimento de outras doenças em que os sintomas podem-se fazer

sentir de forma mais severa, isto é, como foi exemplo, a artrite reumatóide (doença reumática) que apresentou deterioração em todos os domínios da qualidade de vida, de acordo com a literatura, mas no domínio físico é possivelmente uma doença que poderá causar mais sintomas associados à dor, cansaço, e redução da mobilidade comparando com a psoríase. No entanto, na literatura foi evidenciado que a presença da psoríase afeta essencialmente o domínio físico e psicológico, devido às transformações corporais causadas pela doença que podem desencadear sentimentos de constrangimento no seu portador. É importante referir que a maioria dos participantes deste estudo apresentavam doenças reumáticas, sistémicas/neurológicas e gastrointestinais o que poderá ter influenciado os resultados obtidos tendo em conta que as amostras dos restantes grupos são mais reduzidas.

No âmbito da imagem corporal, verificou-se que o grupo de doenças autoimunes que apresentava melhor média era o de doenças tiroideias, sendo a que apresenta menor impacto na imagem corporal, comparando com os restantes grupos de doenças autoimunes em estudo. Isto poderá significar que nas doenças tiroideias será menos visível a deterioração da imagem corporal do sujeito comparando, por exemplo, com doenças dermatológicas, reumáticas ou sistémicas que poderão apresentar mais transformações corporais, maior intensidade de sintomas e efeitos ou consequências da doença mais visíveis pelos outros, Em concordância com este resultado num estudo realizado com pacientes portadoras de Esclerodermia, verificou-se que as consequências da doença podem ter impacto na autoimagem, sendo um fator comprometedor juntamente com a dor causada pela patologia para a deterioração da função sexual e consequentemente na satisfação sexual. Esta preocupação com a imagem corporal encontra-se associada a sofrimento psicológico e a uma menor autoestima relacionada com a aparência (Knafo, Haythornthwaite, Heinberg, Wigley & Thombs (2011).

Limitações

Ao longo da realização deste estudo foi possível identificar duas principais limitações. A primeira limitação encontrava-se relacionada com o facto da amostra recolhida ser maioritariamente composta por mulheres, tendo poucos participantes do sexo masculino e existir uma enorme heterogeneidade de doenças, ou seja, algumas doenças estarem muito representadas ao contrário de outras, o que dificulta a generalização dos resultados obtidos para a população portuguesa com doenças autoimunes. A segunda, limitação está associada ao facto de o questionário de intimidade ter sido aplicado a uma amostra mais reduzida de participantes,

o que poderá levar a que os resultados observados nesta variável não sejam tão representativos como os restantes. Por último, o facto de este estudo ser exploratório e de não haver nenhum modelo teórico que explique todas estas variáveis, pode ter limitado a compreensão dos resultados obtidos.

Considerações Finais

Esta investigação teve como principal foco as doenças autoimunes e tentar perceber como estas patologias poderiam ter impacto em variáveis psicossociais como: a qualidade de vida, a imagem corporal, a intimidade e a satisfação sexual. Como não foi utilizada nenhuma doença específica para a realização da investigação, futuramente é aconselhado que os estudos nesta área se debrucem nas patologias de forma individual de maneira a perceber o verdadeiro impacto que a doença pode ter nas variáveis utilizadas.

No geral, os resultados obtidos foram de encontro ao que era esperado. No entanto, esperava-se encontrar menores níveis associados às variáveis psicossociais, principalmente na imagem corporal. No entanto, valores elevados apresentados por esta variável estariam associados a maiores preocupações associadas à autoimagem, revelando um forte impacto causado pelo diagnóstico da patologia. Os valores apresentados mostram que existe algum impacto da doença nas variáveis utilizadas neste estudo, no entanto demonstram uma boa adaptação à doença e, principalmente associados à imagem corporal. Este estudo realça a necessidade de atenção que esta população deve ter no âmbito da investigação. Por exemplo, devido à verificação de associação entre as variáveis psicossociais em estudo, seria interessante o estabelecimento de um modelo teórico acerca da vivência da sexualidade e das relações amorosas em portadores de doenças autoimunes, de forma a justificar estudos futuros com a utilização destas variáveis psicossociais e de outras ligadas às relações amorosas. Seria também importante a repetição dos modelos explicativos com acrescento de outras variáveis psicossociais, de forma a aumentar a variância explicada. Foram utilizadas nesta investigação variáveis nunca estudadas em conjunto nesta amostra e foram verificadas diferenças quanto aos diferentes tipos de doenças autoimunes. No entanto, será necessário um aprofundamento dos efeitos de cada doença em particular, no âmbito destas e de outras variáveis psicossociais, por forma a maximizar a compreensão do impacto da doença no funcionamento biopsicossocial do sujeito.

Como contribuição para a prática clínica, os resultados desta investigação podem auxiliar os profissionais de saúde a compreender quais os fatores que devem ser considerados nos cuidados de saúde prestados ao paciente, na adaptação à doença autoimune e no desenvolvimento de estratégias que contornem ou atenuem o impacto causado pela presença da doença nas variáveis presentes neste estudo. Este estudo, informa a comunidade científica acerca das consequências que podem surgir devido à presença de doenças autoimunes de forma geral em variáveis como: a qualidade de vida, a imagem corporal, a intimidade e a satisfação sexual. No entanto, salienta-se que existem doenças que podem ter um impacto mais forte em determinadas variáveis comparativamente a outras, devido aos seus sintomas e evolução da doença, bem como, à sua tipologia, devendo ser um fator a ter em conta para que sejam mais facilmente compreendidas e desenvolvidas estratégias para ajudar os pacientes.

Referências

- Abdel-Nasser, A. M., & Ali, E. I. (2006). Determinants of sexual disability and dissatisfaction in female patients with rheumatoid arthritis. *Clinical rheumatology*, 25(6), 822-830. doi: 10.1007/s10067-005-0175-0.
- Almeida, L. M. M. F. D., & Caldas, J. M. P. (2012). Intimidade e saúde. *Psicologia USP*, 23(4), 737-755. doi: 10.1590/S0103-65642012000400007.
- Araujo, D. B., Borba, E. F., Abdo, C. H., Souza, A. L., Goldenstein-Schainberg, C., Chahade, W. H., & Silva, C. A. (2010). Sexual function in rheumatic diseases. *Acta reumatologica portuguesa*, 35(1), 16-23.
- Batista, J. V. A. (2016). *Adaptação à doença crónica - O caso das doenças auto-imunes*. Dissertação de Mestrado em Medicina. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar – Universidade do Porto, Porto.
- Canavarro, M. C., Pereira, M., Moreira, H., & Paredes, T. (2010). Qualidade de vida e saúde: aplicações do WHOQOL. *Alicerces*, 243-268.
- Castro Ferreira, C., da Mota, L. M. H., Oliveira, A. C. V., de Carvalho, J. F., Lima, R. A. C., Simaan, C. K., & dos Santos Neto, L. L. (2013). Frequência de disfunção sexual em mulheres com doenças reumáticas. *Revista Brasileira de Reumatologia*, 53(1), 41-46. doi: 10.1590/S0482-50042013000100004.
- Costa, A. L. P., Silva-Júnior, A. C. S., & Pinheiro, A. L. (2019). Fatores associados à etiologia e patogênese das doenças autoimunes. *Arquivos Catarinenses de Medicina*, 48(2), 92-106.
- Delves, P. J. (2019). Manual MSD Versão Saúde para a Família: Doenças Autoimunes. Consultado a 1 de abril de 2020. Disponível em: [Doenças autoimunes - Doenças imunológicas - Manual MSD Versão Saúde para a Família \(msdmanuals.com\)](https://www.msdmanuals.com/pt-br/medicina/doencas-autoimunes)
- Figueiredo, M., Soares, V., Mota, R. C., João, M. A., & Dias, S. (2004). Artrite reumatóide: um estudo sobre a importância na artrite reumatóide da depressão e do ajustamento psicossocial à doença. *Revista Portuguesa de psicossomática*, 6(1), 13-25.
- Floriani, F. M., Marcante, M. D. S., & Braggio, L. A. (2014). *Auto-estima e auto-imagem a relação com a estética*.

- Gallego, R., & Caldeira, J. (2007). Complicações agudas da diabetes mellitus. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 23(5), 565-75. doi: 10.32385/rpmgf.v23i5.10406.
- Geovanini, T., & Norberto, M. M. C. (2009). Tratamento da Esclerodermia doença auto imune através da auto-hemoterapia: um estudo de caso clínico. *Revista de Enfermagem Referência*, 2(9), 51-59.
- Gil, L. M. T. D. S., & Fernandes, I. M. R. (2019). Qualidade de vida da pessoa com doença inflamatória intestinal. *Revista de Enfermagem Referência*, (23), 89-98. doi: 10.12707/RIV19048
- Goma, S. H., Razek, M. R. A., & Abdelbary, N. M. (2019). Impact of rheumatoid arthritis on the quality of life and its relation to disease activity. *Egyptian Rheumatology and Rehabilitation*, 46(4), 304. doi: 10.4103/err.err_39_19
- Gouveia, V. V., Singelis, T. M., Guerra, V. M., Santos, W. S., & Vasconcelos, T. C. (2005). Auto-imagem e sentimento de constrangimento. *Psico*, 36(3), 231-241.
- Guimarães, F. A. B., dos Santos, M. A., & de Oliveira, É. A. (2008). Qualidade de vida de pacientes com doenças auto-imunes submetidos ao transplante de medula óssea: um estudo longitudinal. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, 16(5), 856-863. doi: 10.1590/S0104-11692008000500010.
- Hill, J., Bird, H., & Thorpe, R. (2003). Effects of rheumatoid arthritis on sexual activity and relationships. *Rheumatology*, 42(2), 280-286. doi: 10.1093/rheumatology/keg079
- Hopwood, P., Fletcher, I., Lee, A., & Al Ghazal, S. (2001). A body image scale for use with cancer patients. *European Journal of Cancer*, 37(2), 189-197. doi: 10.1016/s0959-8049(00)00353-1.
- Khanna, S., Pal, H., Pandey, R. M., & Handa, R. (2004). The relationship between disease activity and quality of life in systemic lupus erythematosus. *Rheumatology*, 43(12), 1536-1540. doi: 10.1093/rheumatology/keh376.
- Knafo, R., Haythornthwaite, J. A., Heinberg, L., Wigley, F. M., & Thombs, B. D. (2011). The association of body image dissatisfaction and pain with reduced sexual function in women with systemic sclerosis. *Rheumatology*, 50(6), 1125-1130. doi: 10.1093/rheumatology/keq443.
- Lima, P. dos S., Carvalho, D. M. B., Leitão, J. M. S. de R., Costa, C. L. S. da, Moura, H. N. de, Santos, L. M., Neto, E. de S. B., Carvalho, M. V. de O., & Sousa, J. A. de S. (2018). O Lúpus eritematoso sistêmico e seu processo de adoecimento: uma concepção feminina. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, (18), e115. doi: 10.25248/reas.e115.2019.

- Lopes, B. S. N. (2012). *Um olhar sobre as relações amorosas: satisfação conjugal, intimidade e satisfação sexual*. Dissertação de Mestrado em Psicologia. ISPA – Instituto Universitário, Lisboa.
- Magalhães, C. H. D. T., Pereira, M. D., Manso, P. G., Veiga, D. F., Novo, N. F., & Ferreira, L. M. (2008). Auto-estima na forma inativa da oftalmopatia de Graves. *Arquivos Brasileiros de Oftalmologia*, 71(2), 215-220. doi: 10.1590/S0004-27492008000200015.
- Maia, D. P. & Tobias, K. R. C. (2018). Psoríase e controle emocional.
- Matos, G. N., Pinheiro, P. P., Fonseca, R. S., & Katsurayama, M. (2010). O discurso do paciente portador de artrite reumatóide acerca de suas relações sociais: um estudo a partir da Psicologia. *Saúde & Transformação Social/Health & Social Change*, 1(1), 99-105.
- Maroco, J. (2007). *Análise estatística com utilização do SPSS*. (3ª ed). Lisboa: Edições Sílabo.
- McDermott, E., Mullen, G., Moloney, J., Keegan, D., Byrne, K., Doherty, G. A., & Mulcahy, H. E. (2015). Body image dissatisfaction: clinical features, and psychosocial disability in inflammatory bowel disease. *Inflammatory Bowel Diseases*, 21(2), 353-360. doi: 10.1097/MIB.0000000000000287.
- Miranda, N. T. P., de Andrade Rocha, L., de Paula Barbosa, M., Penatti, V. S., & Parreira, F. M. (2019). Síndrome do Anticorpo Antifosfolípide Catastrófica: Revisão de Literatura. *Pensar Acadêmico*, 17(2), 161-167. doi: 10.21576/rpa.2019v17i2.713.
- Moreira, H., Amaral, A., & Canavarro, M. C. (2009). Adaptação do Personal Assessment of Intimacy in Relationships Scale (PAIR) para a população Portuguesa: Estudo das suas características psicométricas. *Psychologica*, 50, 353-373. doi: 10.14195/1647-8606_50_18.
- Moreira, H., Silva, S., Marques, A., & Canavarro, M. C. (2010). The Portuguese version of the Body Image Scale (BIS): Psychometric properties in a sample of breast cancer patients. *European Journal of Oncology Nursing*, 14, 111-118. doi:10.1016/j.ejon.2009.09.007
- Moreira, A. J. L. (2015). *Emergências em doenças autoimunes*. Dissertação de Mestrado em Medicina. Faculdade de Medicina - Universidade de Coimbra, Coimbra.
- Mota, A. (2015). *Disfunção Sexual na Esclerose Múltipla*. Dissertação de Mestrado em Medicina. Faculdade de Medicina – Universidade de Coimbra, Portugal.

- Muller, K. R., Prosser, R., Bampton, P., Mountifield, R., & Andrews, J. M. (2010). Female gender and surgery impair relationships, body image, and sexuality in inflammatory bowel disease: patient perceptions. *Inflammatory bowel diseases*, *16*(4), 657-663. doi: 10.1002/ibd.21090.
- Nunes, M. D. F., & Freire, M. D. C. M. (2006). Qualidade de vida de cirurgiões-dentistas que atuam em um serviço público. *Revista de saúde pública*, *40*, 1019-1026. doi: 10.1590/S0034-89102006000700009.
- Núcleo de Estudos de Doenças Autoimunes – Sociedade Portuguesa de Medicina Interna (2016). *O que são doenças autoimunes*. Consultado a 18 de Dezembro de 2019. Disponível em: <https://nedai.spmi.pt/doencas-auto-imunes/>
- Oliveira, J. A. G., Cunha, V. D. P. P., Fajardo, R. S., & Rezende, M. C. R. A. (2014). Clareamento dentário x autoestima x autoimagem. *Archives of Health Investigation*, *3*(2), 21-25.
- Pechorro, P. S., Almeida, A. I., Figueiredo, C. S., Pascoal, P. M., Vieira, R. X., & Jesus, S. N. (2015). Validação portuguesa da Nova Escala de Satisfação Sexual. *Revista internacional de andrologia*, *13*(2), 47-53. doi: 10.1016/j.androl.2014.10.003.
- Pereira, É. F., Teixeira, C. S., & Santos, A. D. (2012). Qualidade de vida: abordagens, conceitos e avaliação. *Revista brasileira de educação física e esporte*, *26*(2), 241-250. doi: 10.1590/S1807-55092012000200007.
- Piola, B. F. G., Rocha Junior, L. F. D., Barros, F. J. D., & Brito, J. A. D. (2019). Disfunção sexual em pacientes do sexo feminino com lúpus eritematoso sistêmico atendidas no ambulatório de reumatologia do IMIP: um estudo transversal.
- Pires, A. F., & Joyce-Moniz, L. (2010). Procedimentos de auto-sugestão no confronto com duas patologias reumáticas auto-imunes: artrite reumatóide e espondilite anquilosante. *Psychologica*, (52-I), 301-314. doi: 10.14195/1647-8606_52-1_14.
- Pires, V., & Pereira, M. G. (2012). Ajustamento conjugal, qualidade de vida, crenças sexuais e funcionamento sexual em pacientes diabéticos (as) e parceiros (as). *Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*, *15*(2), 128-147.
- Porter, J. R., Beuf, A. H., Lerner, A. B., & Nordlund, J. J. (1986). Psychosocial effect of vitiligo: a comparison of vitiligo patients with “normal” control subjects, with psoriasis patients, and with patients with other pigmentary disorders. *Journal of the American Academy of Dermatology*, *15*(2), 220-224. doi: 10.1016/s0190-9622(86)70160-6.

- Porter, J. R., Beuf, A. H., Lerner, A. B., & Nordlund, J. J. (1990). The effect of vitiligo on sexual relationships. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 22(2), 221-222. doi: 10.1016/0190-9622(90)70028-g.
- Ruiz, L. P. (2016). Autoestima e depressão em mulheres portadoras de vitiligo. Pós-Graduação em Psicologia. Centro de Educação e Ciências Humanas – Universidade Federal de São Carlos, São Carlos.
- Santos, P. A. F. D. (2006). *Auto-percepções físicas (PSPP), auto-estima (EAE), ansiedade físico-social (EAFS) e imagem corporal global (QIC) dos instrutores de fitness: Diferença entre gêneros*. Dissertação de Licenciatura em Ciências do Desporto e Educação Física. Faculdade de Ciências do Desporto e Educação Física - Universidade de Coimbra, Coimbra.
- Saha, S., Zhao, Y. Q., Shah, S. A., Esposti, S. D., Lidofsky, S., Shapiro, J., ... Sands, B. E. (2015). Body image dissatisfaction in patients with inflammatory bowel disease. *Inflammatory Bowel Diseases*, 21(2), 345-52. doi: 10.1097/MIB.0000000000000270
- Schaefer, M., & Olson, D. (1981). Assessing Intimacy: The PAIR Inventory. *Journal of Marital and Family Therapy*, 7(1), 47-60. doi: 10.1111/j.1752-0606.1981.tb01351.x.
- Skevington, S. M., Bradshaw, J., Hepplewhite, A., Dawkes, K., & Lovell, C. R. (2006). How does psoriasis affect quality of life? Assessing an Ingram-regimen outpatient programme and validating the WHOQOL-100. *British Journal of Dermatology*, 154(4), 680-691.
- Taylor, W. J., Myers, J., Simpson, R. T., McPherson, K. M., & Weatherall, M. (2004). Quality of life of people with rheumatoid arthritis as measured by the World Health Organization Quality of Life Instrument, Short Form (WHOQOL-BREF): Score distributions and psychometric properties. *Arthritis Care & Research*, 51(3), 350-357. doi: 10.1111/j.1365-2133.2005.07045.x.
- The WHOQOL Group. (1998). Development of the World Health Organization WHOQOL-Bref Quality of Life Assessment. *Psychological Medicine*, 28(3), 551-8. doi: 10.1017/s0033291798006667.
- Trief, P. M., Himes, C.L., Orendorff, R. & Weinstock, R. S. (2001). The Marital Relationship and Psychosocial Adaptation and Glycemic Control of Individuals with Diabetes. *Diabetes Care*, 24, 1384-1389. doi: 10.2337/diacare.24.8.1384.

- Trindade, I. A., Ferreira, C., & Pinto-Gouveia, J. (2017). The effects of body image impairment on the quality of life of non-operated Portuguese female IBD patients. *Quality of Life Research*, 26(2), 429-436. doi: 10.1007/s11136-016-1378-3.
- Uhlig, T., Moe, R. H., & Kvien, T. K. (2014). The burden of disease in rheumatoid arthritis. *Pharmacoeconomics*, 32(9), 841-851. doi: 10.1007/s40273-014-0174-6.
- van Nimwegen, J. F., Arends, S., van Zuiden, G. S., Vissink, A., Kroese, F. G., & Bootsma, H. (2015). The impact of primary Sjögren's syndrome on female sexual function. *Rheumatology*, 54(7), 1286-1293. doi: 10.1093/rheumatology/keu522.
- Vaz Serra, A., Canavarro, M. C., Simões, M., Pereira, M., Gameiro, S., Quartilho, M. J., & Paredes, T. (2006). Estudos psicométricos do instrumento de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-Bref) para Português de Portugal. *Psiquiatria clínica*, 27(1), 41-49.
- Wade, A. G., Crawford, G. M., Young, D., Leman, J., & Pumford, N. (2016). Severity and management of psoriasis within primary care. *BMC family practice*, 17(1), 145. doi: 10.1186/s12875-016-0544-6

Anexos

Anexo 1: Consentimento Informado

Caro Sr./Sra.

Sou estudante de Psicologia, frequento o Mestrado em Psicologia da Saúde no Instituto Universitário de Psicologia Aplicada (ISPA), Lisboa.

No âmbito da minha dissertação de mestrado, sob orientação da Professora Doutora Catarina Ramos e coordenação da Professora Doutora Isabel Leal, encontro-me neste momento a realizar uma investigação acerca da qualidade de vida, a imagem corporal, a intimidade e satisfação sexual em pessoas com doenças auto-imunes, na qual o principal objetivo é avaliar qual o impacto que a patologia tem nestas variáveis

Irá ser solicitado que preencha 5 questionários relacionados com os aspetos acima referidos. Todos os questionários são de rápido preenchimento e estima-se que demore cerca de 20 minutos a responder a todos.

Se não quiser responder a alguma questão poderá fazê-lo. Todos os dados que forem obtidos serão codificados desta forma toda a informação recolhida será anónima e confidencial.

A sua participação neste estudo é voluntária, desta forma, se em algum momento ou por algum motivo quiser desistir do estudo, poderá fazê-lo em qualquer altura.

Se tiver algum tipo de dúvida relativamente ao estudo poderá entrar em contacto comigo através de: anamargarida.15@hotmail.com ; aramos@ispa.pt

Obrigado pela participação!

Li e compreendi esta carta de consentimento informado e desejo participar neste estudo de forma voluntária.

Data: ____/____/____

Assinatura: _____

Anexo 2: Questionário Sociodemográfico e Clínico

Questionário Sociodemográfico

Data: ____/____/____

1. Género:

Masculino Feminino

2. Data de nascimento: ____/____/____ 2.1 Idade: ____

3. Nacionalidade: _____ 3.1 Concelho: _____

4. Escolaridade Completa:

1º Ciclo (4º ano) 2º Ciclo (6º ano) 3º Ciclo (9º ano)
Ensino Secundário Licenciatura Mestrado
Doutoramento Outro: _____

5. Estado Civil:

Casado (a) Solteiro (a) União de Facto
Viúvo (a) Divorciado (a) Separado (a)

6. Está numa relação amorosa ou casamento:

Sim Não

6.1 Se sim, quanto tempo: _____

7. Situação Profissional:

Ativo Desempregado Estudante
Reformado Outro: _____

8. Rendimento Socioeconómico:

Até 500€ Entre 550€ e 1000€ Entre 1000€ e 1500€
Entre 1500€ e 2000€ Acima de 2000€ Não sei/Não respondo

Questionário Clínico

9. Tipo/s de doença/s auto-imune/s:

Artrite Reumatóide Lúpus Diabetes Mellitus tipo I
Síndrome de Sjögren Esclerose Múltipla Vitiligo
Psoríase Síndrome de Crohn Colite Ulcerosa
Espondilite Anquilosante Hidradenite Superativa

Outra: _____

10. Data do diagnóstico (mês/ano): _____

11. Está a realizar tratamento?

Sim Não

11.1 Se sim, qual/quais o/s tratamento/s efetuado/s e/ou em curso:

Anti-inflamatórios Imunopressores Corticosteroides

Plasmaferese Terapia Biológica

Outro: _____

12. Já esteve internado/a?:

Sim Não

14. Já teve alta médica?

Sim Não

15. Qual a data da última crise aguda (mês,ano): _____

15.1 Qual a duração da última crise? _____

16. Teve apoio psicológico?

Sim Não

16.1 Se sim, quanto tempo? _____

Anexo 3: Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde [WHOQOL-Bref]

WHOQOL-Bref

(Vaz Serra et al., 2006)

Instruções

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

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

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

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

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

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

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

	Muita Má	Má	Nem Boa Nem Má	Boa	Muito Boa
1. Como avalia a sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

	Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito

2. Até que ponto está satisfeito(a) com a sua saúde?	1	2	3	4	5
--	---	---	---	---	---

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

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

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

	Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Completamente
10. Tem energia suficiente para a sua vida diária?	1	2	3	4	5
11. É capaz de aceitar a sua aparência física?	1	2	3	4	5
12. Tem dinheiro suficiente para satisfazer as suas necessidades?	1	2	3	4	5
13. Até que ponto tem fácil acesso às informações	1	2	3	4	5

necessárias para organizar a sua vida diária?					
14.Em que medida tem oportunidade para realizar actividades de lazer?	1	2	3	4	5

	Muito Má	Má	Nem Boa Nem Má	Boa	Muito Boa
15.Como avaliaria a sua mobilidade [capacidade de se movimentar e deslocar por si próprio(a)]?	1	2	3	4	5

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

	Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
16.Até que ponto está satisfeito(a) com o seu sono?	1	2	3	4	5
17.Até que ponto está satisfeito(a) com a sua capacidade para desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18.Até que ponto está satisfeito(a) com a sua capacidade de trabalho?	1	2	3	4	5
19.Até que ponto está satisfeito(a) consigo próprio(a)?	1	2	3	4	5
20.Até que ponto está satisfeito(a) com as duas relações pessoais?	1	2	3	4	5
21.Até que ponto está satisfeito(a) com a sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22.Até que ponto está satisfeito(a) com o apoio que recebe dos seus amigos?	1	2	3	4	5
23.Até que ponto está satisfeito(a) com as condições do lugar em que vive?	1	2	3	4	5

24. Até que ponto está satisfeito(a) com o acesso que tem aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25. Até que ponto está satisfeito(a) com os transportes que utiliza?	1	2	3	4	5

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

	Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Frequentemente	Sempre
26. Com que frequência tem sentimentos negativos, tais como tristeza, desespero, ansiedade ou depressão?	1	2	3	4	5

Anexo 4: Escala de Imagem Corporal [BIS]

Escala de Imagem Corporal [BIS]

(Moreira et al., 2010)

Neste questionário ser-lhe-ão colocadas algumas questões acerca da forma como se sente em relação ao seu corpo e acerca de algumas mudanças que podem ter ocorrido como resultado da sua doença e dos tratamentos a que foi submetido(a).

Por favor, leia cada questão cuidadosamente e assinale, com uma cruz (X), as respostas que considerar mais adequada e que melhor corresponder à forma como se tem sentido na última semana.

	Nada	Um Pouco	Moderadamente	Muito
1. Tem-se sentido constrangido(a) ou inibido(a) com a sua aparência?	0	1	2	3
2. Sentiu-se menos atraente fisicamente devido à doença e ao tratamento?	0	1	2	3
3. Tem-se sentido insatisfeito(a) com a sua aparência quando está vestido(a)?	0	1	2	3
4. Tem-se sentido menos masculino/feminina por causa da doença ou do tratamento?	0	1	2	3
5. Teve dificuldade em olhar para o seu corpo, nu(a)?	0	1	2	3
6. Tem-se sentido menos atraente sexualmente como resultado da sua doença ou tratamento?	0	1	2	3
7. Evitou encontrar-se com pessoas devido à forma como se sentia em relação à sua aparência?	0	1	2	3
8. Tem sentido que o tratamento deixou o seu corpo “menos completo”?	0	1	2	3
9. Sentiu-se insatisfeito(a) com o seu corpo?	0	1	2	3
10. Tem-se sentido insatisfeito(a) com aparência da sua cicatriz? (se aplicável)	0	1	2	3

Anexo 5: Escala de Avaliação da Intimidade na Relação [PAIR]

Escala de Avaliação da Intimidade na Relação [PAIR]

(Moreira, Amaral & Canavarro, 2009)

Este questionário é usado para medir diferentes tipos de “intimidade” no seu relacionamento. Deve responder a cada questão tendo em conta o que pensa melhor caracterizar a sua relação no momento presente.

Para responder utiliza a escala abaixo indicada, escolhendo, de entre as cinco opções possíveis, aquela que melhor se ajusta ao seu caso, colocando uma cruz (X).

0 = Discordo totalmente 2 = Não concordo nem discordo 3 = Concordo
 1 = Discordo 4 = Concordo fortemente

		“Como é a minha relação”				
		0	1	2	3	4
1	O meu (minha) companheiro(a) escuta-me quando preciso de falar com alguém	0	1	2	3	4
2	Gostamos de passar tempo com outros casais	0	1	2	3	4
3	Estou satisfeito(a) com a nossa vida sexual	0	1	2	3	4
4	O meu (minha) companheiro(a) ajuda-me a clarificar os meus pensamentos	0	1	2	3	4
5	Gostamos das mesmas actividades de lazer	0	1	2	3	4
6	O meu (minha) companheiro(a) tem todas as qualidades que sempre desejei num(a) companheiro(a)	0	1	2	3	4
7	Posso falar dos meus sentimentos sem que ele/ela se torne defensivo	0	1	2	3	4
8	Normalmente isolamo-nos dos outros	0	1	2	3	4
9	Sinto que a nossa vida sexual é apenas uma rotina	0	1	2	3	4
10	Quando se trata de ter uma discussão séria parece que temos pouco em comum	0	1	2	3	4
11	Partilho pouco os interesses do meu (minha) companheiro(a)	0	1	2	3	4
12	Existem momentos em que não sinto muito amor e afeto pelo meu (minha) companheiro(a)	0	1	2	3	4

13	Sinto-me muitas vezes distante do meu (minha) companheiro(a)	0	1	2	3	4
14	Temos poucos amigos em comum	0	1	2	3	4
15	Sou capaz de dizer ao meu (minha) companheiro(a) quando pretendo ter relações sexuais	0	1	2	3	4
16	Sinto-me humilhado(a)/"deitado abaixo" quando eu e o meu (minha) companheiro(a) temos uma conversa séria	0	1	2	3	4
17	Gostamos de nos divertir juntos	0	1	2	3	4
18	Todas as coisas novas que aprendi sobre o meu (minha) companheiro(a) agradam-me	0	1	2	3	4
19	O meu (minha) companheiro(a) consegue realmente compreender os meus sofrimentos e alegrias	0	1	2	3	4
20	Passar tempo em conjunto com amigos é uma parte importante das nossas actividades em comum	0	1	2	3	4
21	Contenho o meu interesse sexual porque o meu (minha) companheiro(a) faz-me sentir desconfortável	0	1	2	3	4
22	Sinto que é inútil discutir alguns assuntos com o meu (minha) companheiro(a)	0	1	2	3	4
23	Gostamos de realizar juntos actividades ao ar livre	0	1	2	3	4
24	Eu e a o meu (minha) companheiro(a) compreendemo-nos um ao outro completamente	0	1	2	3	4
25	Por vezes sinto-me negligenciado pelo(a) meu (minha) companheiro(a)	0	1	2	3	4
26	Muitos dos amigos mais próximos do meu (minha) companheiro(a) são também meus amigos mais próximos	0	1	2	3	4
27	A expressão sexual é uma parte essencial da nossa relação	0	1	2	3	4
28	O meu (minha) companheiro(a) tenta frequentemente mudar as minhas ideias	0	1	2	3	4
29	Raramente temos tempo para fazer coisas divertidas juntos	0	1	2	3	4
30	Penso que possivelmente ninguém pode ser mais feliz do que o meu (minha) companheiro(a) e eu quando estamos juntos	0	1	2	3	4
31	Por vezes sinto-me sozinho(a) quando estamos juntos	0	1	2	3	4
32	O meu (minha) companheiro(a) desaprova alguns dos meus amigos	0	1	2	3	4
33	O meu (minha) companheiro(a) parece não ter interesse pelo sexo	0	1	2	3	4
34	Temos inúmeros assuntos sobre os quais conversar	0	1	2	3	4

35	Sinto que partilhamos alguns interesses em comum	0	1	2	3	4
36	Temos algumas necessidades que não são preenchidas pela minha relação	0	1	2	3	4

Anexo 6: Nova Escala de Satisfação Sexual [NSSS]

Nova Escala de Satisfação Sexual

(Pechorro et al., 2015)

No quadro abaixo, encontram-se algumas afirmações relacionadas com a sexualidade. Assinale com uma cruz (X) o nível de satisfação que se mais adequa à sua realidade, escolhendo uma das cinco categorias de resposta possíveis. Considerando que não existem respostas corretas nem erradas, solicitamos a maior sinceridade possível.

1 – Nada satisfeito(a) 2 – Pouco satisfeito(a) 3 – Nem pouco nem muito satisfeito(a) 4 – Muito satisfeito(a) 5 – Totalmente satisfeito(a)

	1	2	3	4	5
1. A intensidade da minha excitação sexual.					
2. A qualidade dos meus orgasmos.					
3. A capacidade de me “soltar” e me entregar ao prazer sexual durante as relações.					
4. A minha capacidade de me concentrar na atividade sexual.					
5. A forma como eu reajo sexualmente ao/à meu/minha parceiro(a).					
6. O funcionamento sexual do meu corpo.					
7. O meu à-vontade emocional durante o sexo.					
8. O meu humor depois da atividade sexual.					
9. A frequência dos meus orgasmos.					
10. O prazer que eu proporciono ao/à meu/minha parceiro(a) sexual.					
11. O equilíbrio entre o que eu dou e o que eu recebo durante o sexo.					
12. O à-vontade do(a) meu/minha parceiro(a) durante o sexo.					
13. A capacidade do(a) meu/minha parceiro(a) de iniciar a atividade sexual.					
14. A capacidade do(a) meu/minha parceiro(a) ter orgasmos.					

15. A capacidade do(a) meu/minha parceiro(a) de se “soltar” e entregar ao prazer sexual.					
16. A forma como o/a meu/minha parceiro(a) satisfaz as minhas necessidades sexuais.					
17. A criatividade sexual do(a) meu/minha parceiro(a)					
18. A disponibilidade sexual do(a) meu/minha parceiro(a).					
19. A diversidade das minhas atividades sexuais.					
20. A frequência da minha atividade sexual.					

Anexo 7: Autorização Utilização Escala WHOQOL-Bref

Re: Instrumento de avaliação WHOQOL-Bref



Cláudia Melo <claudiasmelosilva@gmail.com>

18/10/2019 09:27



Para: anamargarida.15@hotmail.com

Cara Ana Araújo,

Para ter acesso a todas as informações que necessita relativas ao instrumento de avaliação WHOQOL-Bref, peço-lhe para aceder ao website do nosso grupo de investigação através do seguinte link: http://www.fpce.uc.pt/saude/WHOQOL_Bref.html

Atenciosamente,
Cláudia Melo.

--

Cláudia Melo

Research group "Relationships, Development, & Health" | CINEICC
Faculty of Psychology and Educational Sciences | University of Coimbra | Portugal
claudiasmelosilva@gmail.com
www.fpce.uc.pt/saude

Anexo 8: Autorização Utilização Escala NSSS

Autorização para Utilização de Escalas



Ana Margarida <anamargarida.15@hotmail.com>

17/10/2019 12:49



Para: ppechorro@gmail.com

Caro Dr. Pedro Santos Pechorro,

Sou aluna do ISPA – Instituto Superior de Psicologia Aplicada e frequento neste momento o último ano do Mestrado de Psicologia da Saúde.

Venho por este meio solicitar a sua autorização para a utilização da escalas validadas por si, entre outros autores, para a população portuguesa, “Nova Escala de Satisfação Sexual (NSSS)” (2015) e “Escala de Autoestima de Rosenberg” (2011).

Seria relevante para mim a utilização destas escalas, uma vez que as pretendo utilizar para realização da minha tese de mestrado cujo o tema se encontra relacionado com pessoas portadoras de doenças auto-imunes.

Aguardo resposta, e se for possível, alguma informação que ache relevante para o meu estudo.

Os melhores cumprimentos,
Ana Araújo.

Re: Autorização para Utilização de Escalas



Pedro Pechorro <ppechorro@gmail.com>

17/10/2019 12:54



Para: Ana Margarida

Boa tarde

Podem utilizar as escalas na sua investigação.

Veja o link abaixo para obter os artigos.

https://www.researchgate.net/profile/Pedro_Pechorro/research

Cumpts

Pedro Pechorro

Anexo 9: Autorização Utilização Escala BIS e PAIR

Autorização para Utilização de Escalas



Ana Margarida <anamargarida.15@hotmail.com>



17/10/2019 12:58

Para: hmoreira@fpce.uc.pt

Cara Dra. Helena Moreira,

Sou aluna do ISPA – Instituto Superior de Psicologia Aplicada e frequento neste momento o último ano do Mestrado de Psicologia da Saúde.

Venho por este meio solicitar a sua autorização para a utilização da escalas validadas por si, entre outros autores, para a população portuguesa, “Escala de Imagem Corporal (BIS)” (2010) e “Escala de Avaliação da Intimidade na Relação (PAIR)” (2008).

Seria relevante para mim a utilização destas escalas, uma vez que as pretendo utilizar para realização da minha tese de mestrado cujo o tema se encontra relacionado com pessoas portadoras de doenças auto-imunes.

Aguardo resposta, e se for possível, alguma informação que ache relevante para o meu estudo.

Os melhores cumprimentos,
Ana Araújo.

Re: Autorização para Utilização de Escalas



Helena Moreira <helena.tcmoreira@gmail.com>



17/10/2019 13:04

Para: Ana Margarida

[Guardar todos os anexos](#)

 2009, Moreira, Adaptação do... 169,03 KB	 BIS_artigo da versão... 512,42 KB
 BIS_versão portuguesa.pdf 28,98 KB	 Body Image Scale_cotação.pdf 36,77 KB
 PAIR_instrumento.pdf 41,62 KB	 PAIR_sintaxe.sps 1,38 KB
 Sintaxe_PAIR_word.docx 63,33 KB	

Cara Ana,

Agradeço o seu contacto.

Tenho todo o gosto em que utilize as escalas BIS e PAIR na sua tese de mestrado.

Em anexo envio as escalas solicitadas.

Cumprimentos e votos de muito sucesso no seu trabalho,
Helena

Anexo 10: Análise Descritiva Dados Sociodemográficos

Estatísticas

	Idade_Tot al	Nacionalidad e	Concelho_residenc ia	Distrit o	Escolaridade_Compl eta	Estado_Ci vil	Relação_Amoro sa	Situação_Profission al	Rendimento_Socioeconomi co
N Válido	500	500	500	500	500	500	500	500	500
Omiss o	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Média	39,65	1,02			4,74	2,45	,81	1,55	3,08
Erro Desvio	10,165	,248			1,077	1,211	,389	1,120	1,632
Assimetri a	,168	13,012			,550	,638	-1,619	2,260	,984
Erro de assimetri a padrão	,109	,109			,109	,109	,109	,109	,109
Curtose	,657	181,796			2,003	,026	,623	4,691	,010
Erro de Curtose padrão	,218	,218			,218	,218	,218	,218	,218
Mínimo	0	1			1	1	0	1	1
Máximo	75	5			10	6	1	7	7

Output 1: Estatísticas descritivas das variáveis sociodemográficas.

Género

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	Masculino	46	9,2	9,2	9,2
	Feminino	454	90,8	90,8	100,0
	Total	500	100,0	100,0	

Output 2: Frequências absolutas e relativas da variável género.

Nacionalidade

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	Portuguesa	495	99,0	99,0	99,0
	Brasileira	2	,4	,4	99,4
	Venezuelana	1	,2	,2	99,6
	Bulgaro	1	,2	,2	99,8
	Espanhol	1	,2	,2	100,0
	Total	500	100,0	100,0	

Output 3: Frequências absolutas e relativas da variável nacionalidade.

Escolaridade_Completa

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	1º Ciclo (4º ano)	1	,2	,2	,2
	2ºCiclo (6º ano)	4	,8	,8	1,0
	3º Ciclo (9º ano)	43	8,6	8,6	9,6
	Secundário	163	32,6	32,6	42,2
	Licenciatura	186	37,2	37,2	79,4
	Mestrado	85	17,0	17,0	96,4
	Doutoramento	10	2,0	2,0	98,4
	Pós Graduação	5	1,0	1,0	99,4
	Bacharelato	2	,4	,4	99,8
	Especialização	1	,2	,2	100,0
	Total	500	100,0	100,0	

Output 4: Frequências absolutas e relativas da variável escolaridade.

Situação_Profissional

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	Ativo	368	73,6	73,6	73,6
	Desempregado	64	12,8	12,8	86,4
	Estudante	17	3,4	3,4	89,8

Reformado	34	6,8	6,8	96,6
Baixa Médica	12	2,4	2,4	99,0
Trabalhador/Estudante	3	,6	,6	99,6
Doméstica	2	,4	,4	100,0
Total	500	100,0	100,0	

Output 5: Frequências absolutas e relativas da variável situação profissional.

Estado_Civil

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	Solteiro	136	27,2	27,2	27,2
	União de Facto	111	22,2	22,2	49,4
	Casado(a)	197	39,4	39,4	88,8
	Viúvo(a)	6	1,2	1,2	90,0
	Divorciado(a)	46	9,2	9,2	99,2
	Separado(a)	4	,8	,8	100,0
	Total	500	100,0	100,0	

Output 6: Frequências absolutas e relativas da variável estado civil.

Relação_Amorosa

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	Não	93	18,6	18,6	18,6
	Sim	407	81,4	81,4	100,0
	Total	500	100,0	100,0	

Output 7: Frequências absolutas e relativas da variável relação amorosa.

Anexo 11: Análise Descritiva Dados Clínicos

Autoimune_Cronica_Outras

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	Doença Autoimune	457	91,4	91,4	91,4
	Autoimune e Crônica	34	6,8	6,8	98,2
	Autoimune e Outras	3	,6	,6	98,8
	Autimune, Crônica e outras doenças	6	1,2	1,2	100,0
	Total	500	100,0	100,0	

Output 8: Frequências absolutas e relativas da variável doenças autoimunes, doenças crônicas e outras doenças

Grupos_de_Doenças

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	Gastrointestinais	73	14,6	14,6	14,6
	Reumáticas	260	52,0	52,0	66,6
	Dermatológicas	38	7,6	7,6	74,2
	Sistêmicas/Neurológicas	100	20,0	20,0	94,2
	Tiroideias	26	5,2	5,2	99,4
	Sanguíneas	3	,6	,6	100,0
	Total	500	100,0	100,0	

Output 9: Frequências absolutas e relativas da variável grupos de doença.

Artrite_Reumatóide

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	Não	438	87,6	87,6	87,6
	Sim	62	12,4	12,4	100,0
	Total	500	100,0	100,0	

Output 10: Frequências absolutas e relativas da variável artrite reumatóide.

Esclerose_Múltipla

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	Não	398	79,6	79,6	79,6
	Sim	102	20,4	20,4	100,0
	Total	500	100,0	100,0	

Output 11: Frequências absolutas e relativas da variável esclerose múltipla.

Espondilite_Anquilosante

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	Não	424	84,8	84,8	84,8
	Sim	76	15,2	15,2	100,0
	Total	500	100,0	100,0	

Output 12: Frequências absolutas e relativas da variável espondilite anquilosante.

Lupus

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	Não	363	72,6	72,6	72,6
	Sim	137	27,4	27,4	100,0
	Total	500	100,0	100,0	

Output 13: Frequências absolutas e relativas da variável lúpus.

Tratamento

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	Não	33	6,6	6,6	6,6
	Sim	467	93,4	93,4	100,0
	Total	500	100,0	100,0	

Output 14: Frequências absolutas e relativas da variável tratamento.

Internamento

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	Não	270	54,0	54,0	54,0
	Sim	230	46,0	46,0	100,0
	Total	500	100,0	100,0	

Output 15: Frequências absolutas e relativas da variável internamento.

Crise_Aguda

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	Não	114	22,8	22,8	22,8
	Sim	386	77,2	77,2	100,0
	Total	500	100,0	100,0	

Output 16: Frequências absolutas e relativas da variável crise aguda.

		Apoio_Psicológico			
		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	Não	376	75,2	75,2	75,2
	Sim	124	24,8	24,8	100,0
	Total	500	100,0	100,0	

Output 17: Frequências absolutas e relativas da variável apoio psicológico.

Anexo 12: Análise Descritiva das Variáveis Psicossociais

Estatística Descritiva

	N	Mínimo	Máximo	Média	Erro Desvio	Assimetria		Curtose	
	Estatística	Estatística	Estatística	Estatística	Estatística	Estatística	Erro	Estatística	Erro
						Estatística	Erro	Estatística	Erro
Físico	500	1	5	3,17	,831	,008	,109	-,566	,218
Psicológico	500	1	5	3,26	,769	-,124	,109	-,374	,218
Ambiental	500	1	5	3,42	,707	-,310	,109	-,082	,218
Relações Sociais	500	1	5	3,32	,975	-,209	,109	-,668	,218
Faceta_Geral	500	1	5	3,12	,813	-,105	,109	-,699	,218
N válido (de lista)	500								

Output 18: Análise descritiva da escala de qualidade de vida e dos seus domínios.

Estatística Descritiva

	N	Mínimo	Máximo	Média	Erro Desvio	Assimetria		Curtose	
	Estatística	Estatística	Estatística	Estatística	Estatística	Estatística	Erro	Estatística	Erro
						Estatística	Erro	Estatística	Erro
BIS_Total	500	0	3	1,04	,860	,531	,109	-,774	,218
N válido (de lista)	500								

Output 19: Análise descritiva da escala de imagem corporal.

Estatística Descritiva

	N	Mínimo	Máximo	Média	Erro Desvio	Assimetria		Curtose	
	Estatística	Estatística	Estatística	Estatística	Estatística	Estatística	Erro	Estatística	Erro
						Estatística	Erro	Estatística	Erro
Validação_Pessoal	199	0	4	2,68	,875	-,623	,172	,165	,343
Comunicação	199	0	4	2,52	1,002	-,723	,172	,052	,343
Abertura_Exterior	199	0	4	2,26	,869	-,155	,172	-,621	,343
Convencionalidade	199	0	4	2,35	,917	-,173	,172	-,431	,343
PAIR_TOTAL	199	0	4	2,55	,722	-,411	,172	,091	,343
N válido (de lista)	199								

Output 20: Análise descritiva da escala de intimidade e dos seus domínios.

Estatística Descritiva

	N	Mínimo	Máximo	Média	Erro Desvio	Assimetria	Curtose		
	Estatística	Estatística	Estatística	Estatística	Estatística	Estatística	Erro	Erro	
Concentração_Eu	500	1	5	2,94	1,109	-,090	,109	-,927	,218
Concentração_Parceiro_Atividade_Sexual	500	1	5	3,35	1,049	-,579	,109	-,165	,218
NSSS_Total	500	1	5	3,14	1,010	-,321	,109	-,417	,218
N válido (de lista)	500								

Output 21: Análise descritiva da escala de satisfação sexual e dos seus domínios.

	N	500	500	500	500	500	500	500	500	500
BIS_Total	Correlação de Pearson	-,438**	-,555**	-,368**	-,418**	1	-,365**		-,280**	-,346**
	Sig. (2 extremidades)	,000	,000	,000	,000		,000		,000	,000
	N	500	500	500	500	500	500	500	500	500
Concentração_Eu	Correlação de Pearson	,379**	,510**	,413**	,647**	-,365**	1		,753**	,940**
	Sig. (2 extremidades)	,000	,000	,000	,000	,000			,000	,000
	N	500	500	500	500	500	500	500	500	500
Concentração_Parceiro_Atividade_Sexual	Correlação de Pearson	,309**	,479**	,405**	,665**	-,280**	,753**	1		,932**
	Sig. (2 extremidades)	,000	,000	,000	,000	,000	,000			,000
	N	500	500	500	500	500	500	500	500	500
NSSS_Total	Correlação de Pearson	,368**	,529**	,437**	,701**	-,346**	,940**		,932**	1
	Sig. (2 extremidades)	,000	,000	,000	,000	,000	,000		,000	
	N	500	500	500	500	500	500	500	500	500

** . A correlação é significativa no nível 0,01 (2 extremidades).

Output 22: Correlações de Coeficiente de *Pearson*. das variáveis psicossociais.

		Correlações											
		Fisico	Psicológico	Ambiental	Relações_Sociais	BIS_Total	Concentração_Eu	Concentração_Parceiro_Atividade_Sexual	NSSS_Total	Validação_Pessoal	Comunicação	Abertura_Exterior	PAIR_OTAL
Físico	Correlação de Pearson	1	,620**	,649**	,488**	-,398**	,410**	,340**	,407**	,164*	,264**	,165*	,257**
	Sig. (2 extremidades)		,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,020	,000	,020	,000
	N	199	199	199	199	199	199	199	199	199	199	199	199
Psicológico	Correlação de Pearson	,620**	1	,738**	,712**	-,543**	,539**	,527**	,577**	,315**	,453**	,391**	,482**
	Sig. (2 extremidades)	,000		,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
	N	199	199	199	199	199	199	199	199	199	199	199	199
Ambiental	Correlação de Pearson	,649**	,738**	1	,651**	-,346**	,453**	,486**	,507**	,257**	,388**	,323**	,402**
	Sig. (2 extremidades)												
	N	199	199	199	199	199	199	199	199	199	199	199	199

	Sig. (2 extremidades)	,000	,000		,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
	N	199	199	199	199	199	199	199	199	199	199	199	199
Relações_Sociais	Correlação de Pearson	,488**	,712**	,651**	1	-,423**	,638**	,651**	,697**	,396**	,588**	,482**	,613**
	Sig. (2 extremidades)	,000	,000	,000		,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
	N	199	199	199	199	199	199	199	199	199	199	199	199
BIS_Total	Correlação de Pearson	-,398**	-,543**	-,346**	-,423**	1	-,348**	-,285**	-,344**	-,123	-,186**	-,136	-,189**
	Sig. (2 extremidades)	,000	,000	,000	,000		,000	,000	,000	,084	,009	,056	,007
	N	199	199	199	199	199	199	199	199	199	199	199	199
Concentração_Eu	Correlação de Pearson	,410**	,539**	,453**	,638**	-,348**	1	,708**	,931**	,297**	,464**	,331**	,465**
	Sig. (2 extremidades)	,000	,000	,000	,000	,000		,000	,000	,000	,000	,000	,000

	N	199	199	199	199	199	199	199	199	199	199	199	199
Concentração_Parceiro_Atividade_Sexual	Correlação de Pearson	,340**	,527**	,486**	,651**	-,285**	,708**	1	,917**	,388**	,620**	,418**	,610**
	Sig. (2 extremidades)	,000	,000	,000	,000	,000	,000		,000	,000	,000	,000	,000
	N	199	199	199	199	199	199	199	199	199	199	199	199
NSSS_Total	Correlação de Pearson	,407**	,577**	,507**	,697**	-,344**	,931**	,917**	1	,368**	,582**	,403**	,578**
	Sig. (2 extremidades)	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000		,000	,000	,000	,000
	N	199	199	199	199	199	199	199	199	199	199	199	199
Validação_Pessoal	Correlação de Pearson	,164*	,315**	,257**	,396**	-,123	,297**	,388**	,368**	1	,320**	,300**	,800**
	Sig. (2 extremidades)	,020	,000	,000	,000	,084	,000	,000	,000		,000	,000	,000
	N	199	199	199	199	199	199	199	199	199	199	199	199

Comunicação	Correlação de Pearson	,264**	,453**	,388**	,588**	-,186**	,464**	,620**	,582**	,320**	1	,675**	,806**
	Sig. (2 extremidades)	,000	,000	,000	,000	,009	,000	,000	,000	,000		,000	,000
	N	199	199	199	199	199	199	199	199	199	199	199	199
Abertura_Exterior	Correlação de Pearson	,165*	,391**	,323**	,482**	-,136	,331**	,418**	,403**	,300**	,675**	1	,706**
	Sig. (2 extremidades)	,020	,000	,000	,000	,056	,000	,000	,000	,000	,000		,000
	N	199	199	199	199	199	199	199	199	199	199	199	199
PAIR_TOTAL	Correlação de Pearson	,257**	,482**	,402**	,613**	-,189**	,465**	,610**	,578**	,800**	,806**	,706**	1
	Sig. (2 extremidades)	,000	,000	,000	,000	,007	,000	,000	,000	,000	,000	,000	
	N	199	199	199	199	199	199	199	199	199	199	199	199

** . A correlação é significativa no nível 0,01 (2 extremidades).

* . A correlação é significativa no nível 0,05 (2 extremidades).

Output 23: Correlações de Coeficiente de Pearson para a variável psicossocial intimidade.

Anexo 14: Modelos Explicativos das Variáveis Psicossociais

Resumo do modelo^b

Modelo	R	R quadrado	R quadrado ajustado	Erro padrão da estimativa	Durbin-Watson
1	,680 ^a	,462	,457	,612	2,052

a. Preditores: (Constante), NSSS_Total, BIS_Total, Ambiental, Relações_Sociais, Psicológico

b. Variável Dependente: Físico

Output 24: Resumo do modelo entre o Físico em função dos restantes domínios da qualidade de vida, da imagem corporal e da satisfação sexual.

ANOVA^a

Modelo		Soma dos Quadrados	df	Quadrado Médio	Z	Sig.
1	Regressão	159,197	5	31,839	84,912	,000 ^b
	Resíduo	185,233	494	,375		
	Total	344,430	499			

a. Variável Dependente: Físico

b. Preditores: (Constante), NSSS_Total, BIS_Total, Ambiental, Relações_Sociais, Psicológico

Output 25: Anova do modelo de regressão linear múltipla do domínio Físico em função dos restantes domínios da qualidade de vida, da imagem corporal e da satisfação sexual.

Coefficientes^a

Modelo	Coeficientes não padronizados		Coeficientes padronizados	t	Sig.	95,0% Intervalo de Confiança para B		Correlações			Estatísticas de colinearidade	
	B	Erro				Limite inferior	Limite superior	Ordem zero	Parcial	Parte	Tolerância	VIF
1 (Constante)	,837	,184		4,547	,000	,475	1,198					
Psicológico	,330	,060	,305	5,486	,000	,212	,448	,623	,240	,181	,352	2,845
Ambiental	,400	,056	,340	7,200	,000	,291	,509	,607	,308	,238	,488	2,051
Relações_Sociais	,003	,047	,003	,053	,957	-,091	,096	,483	,002	,002	,352	2,844
BIS_Total	-,135	,038	-,139	-3,498	,001	-,210	-,059	-,438	-,155	-,115	,687	1,456
NSSS_Total	,006	,038	,008	,169	,866	-,069	,082	,368	,008	,006	,503	1,988

a. Variável Dependente: Físico

Output 26: Descrição do modelo explicativo do domínio Físico em função dos restantes domínios da qualidade de vida, da imagem corporal e da satisfação sexual.

Resumo do modelo^b

Modelo	R	R quadrado	R quadrado ajustado	Erro padrão da estimativa	Durbin-Watson
1	,818 ^a	,669	,665	,445	1,861

a. Preditores: (Constante), NSSS_Total, BIS_Total, Ambiental, Fisico, Relações_Sociais

b. Variável Dependente: Psicológico

Output 27: Resumo do modelo do domínio Psicológico em função dos restantes domínios da qualidade de vida, da imagem corporal e da satisfação sexual.

ANOVA^a

Modelo		Soma dos Quadrados	df	Quadrado Médio	Z	Sig.
1	Regressão	197,156	5	39,431	199,382	,000 ^b
	Resíduo	97,697	494	,198		
	Total	294,852	499			

a. Variável Dependente: Psicológico

b. Preditores: (Constante), NSSS_Total, BIS_Total, Ambiental, Fisico, Relações_Sociais

Output 28: Anova do modelo de regressão linear múltipla do domínio Psicológico em função dos restantes domínios da qualidade de vida, da imagem corporal e da satisfação sexual.

Coefficientes^a

Modelo	Coeficientes não padronizados		Coeficientes padronizados		Sig.	95,0% Intervalo de Confiança para B		Correlações			Estatísticas de colinearidade	
	B	Erro	Beta	t		Limite inferior	Limite superior	Ordem zero	Parcial	Parte	Tolerância	VIF
1 (Constante)	,950	,129		7,339	,000	,696	1,205					
Fisico	,174	,032	,188	5,486	,000	,112	,236	,623	,240	,142	,571	1,753
Ambiental	,325	,040	,299	8,158	,000	,246	,403	,690	,345	,211	,501	1,997
Relações_Sociais	,218	,033	,277	6,615	,000	,153	,283	,684	,285	,171	,383	2,612
BIS_Total	-,203	,027	-,227	-7,579	,000	-,255	-,150	-,555	-,323	-,196	,748	1,337
NSSS_Total	,043	,028	,057	1,562	,119	-,011	,098	,529	,070	,040	,505	1,979

a. Variável Dependente: Psicológico

Output 29: Descrição do modelo explicativo do domínio Psicológico em função dos restantes domínios da qualidade de vida, da imagem corporal e da satisfação sexual.

Resumo do modelo^b

Modelo	R	R quadrado	R quadrado ajustado	Erro padrão da estimativa	Durbin-Watson
1	,747 ^a	,559	,554	,472	2,049

a. Preditores: (Constante), NSSS_Total, BIS_Total, Fisico, Psicológico, Relações_Sociais

b. Variável Dependente: Ambiental

Output 30: Resumo do modelo do domínio Ambiental em função dos restantes domínios da qualidade de vida, da imagem corporal e da satisfação sexual.

Modelo		Soma dos Quadrados	df	Quadrado Médio	Z	Sig.
1	Regressão	139,287	5	27,857	125,049	,000 ^b
	Resíduo	110,050	494	,223		
	Total	249,337	499			

a. Variável Dependente: Ambiental

b. Preditores: (Constante), NSSS_Total, BIS_Total, Fisico, Psicológico, Relações_Sociais

Output 31: Anova do modelo de regressão linear múltipla do domínio Ambiental em função dos restantes domínios da qualidade de vida, da imagem corporal e da satisfação sexual.

Modelo	Coeficientes não padronizados		Coeficientes padronizados Beta	t	Sig.	95,0% Intervalo de Confiança para B		Correlações			Estatísticas de colinearidade	
	B	Erro				Limite inferior	Limite superior	Ordem zero	Parcial	Parte	Tolerância	VIF
1 (Constante)	,875	,139		6,286	,000	,602	1,149					
Fisico	,238	,033	,279	7,200	,000	,173	,302	,607	,308	,215	,594	1,683
Psicológico	,366	,045	,398	8,158	,000	,278	,454	,690	,345	,244	,376	2,660
Relações_Sociais	,182	,036	,251	5,104	,000	,112	,252	,609	,224	,153	,370	2,701
BIS_Total	,057	,030	,070	1,916	,056	-,001	,116	-,368	,086	,057	,675	1,481
NSSS_Total	-,020	,029	-,028	-,665	,506	-,078	,038	,437	-,030	-,020	,503	1,987

a. Variável Dependente: Ambiental

Output 32: Descrição do modelo explicativo do domínio Ambiental em função dos restantes domínios da qualidade de vida, da imagem corporal e da satisfação sexual.

Modelo	R	R quadrado	R quadrado ajustado	Erro padrão da estimativa	Durbin-Watson
1	,805 ^a	,648	,645	,581	1,992

a. Preditores: (Constante), NSSS_Total, BIS_Total, Ambiental, Fisico, Psicológico

b. Variável Dependente: Relações_Sociais

Output 33: Resumo do modelo do domínio Relações Sociais em função dos restantes domínios da qualidade de vida, da imagem corporal e da satisfação sexual.

Modelo	Soma dos Quadrados	df	Quadrado Médio	Z	Sig.
--------	--------------------	----	----------------	---	------

1	Regressão	307,452	5	61,490	182,175	,000 ^b
	Resíduo	166,742	494	,338		
	Total	474,194	499			

a. Variável Dependente: Relações_Sociais

b. Preditores: (Constante), NSSS_Total, BIS_Total, Ambiental, Fisico, Psicológico

Output 34: Anova do modelo de regressão linear múltipla do domínio Relações Sociais em função dos restantes domínios da qualidade de vida, da imagem corporal e da satisfação sexual

Coeficientes^a

Modelo	Coeficientes não padronizados		Coeficientes padronizados	t	Sig.	95,0% Intervalo de Confiança para B		Correlações			Estatísticas de colinearidade		
	B	Erro				Limite inferior	Limite superior	Ordem zero	Parcial	Parte	Tolerância	VIF	
1 (Constante)	-,177	,178		-,996	,320	-,527	,172						
Fisico	,002	,043	,002	,053	,957	-,082	,086	,483	,002	,001	,538	1,859	
Psicológico	,373	,056	,294	6,615	,000	,262	,483	,684	,285	,176	,361	2,772	
Ambiental	,275	,054	,200	5,104	,000	,169	,382	,609	,224	,136	,465	2,152	
BIS_Total	-,029	,037	-,025	-,782	,434	-,101	,044	-,418	-,035	-,021	,671	1,490	
NSSS_Total	,433	,031	,448	14,117	,000	,372	,493	,701	,536	,377	,706	1,417	

a. Variável Dependente: Relações_Sociais

Output 35: Descrição do modelo explicativo do domínio Relações Sociais em função dos restantes domínios da qualidade de vida, da imagem corporal e da satisfação sexual.

Resumo do modelo^b

Modelo	R	R quadrado	R quadrado ajustado	Erro padrão da estimativa	Durbin-Watson
1	,574 ^a	,330	,323	,708	1,980

a. Preditores: (Constante), NSSS_Total, Fisico, Ambiental, Psicológico, Relações_Sociais

b. Variável Dependente: BIS_Total

Output 36: Resumo do modelo da variável imagem corporal em função dos domínios da qualidade de vida e da satisfação sexual.

ANOVA^a

Modelo		Soma dos Quadrados	df	Quadrado Médio	Z	Sig.
1	Regressão	121,741	5	24,348	48,619	,000 ^b
	Resíduo	247,392	494	,501		
	Total	369,133	499			

a. Variável Dependente: BIS_Total

b. Preditores: (Constante), NSSS_Total, Fisico, Ambiental, Psicológico, Relações_Sociais

Output 37: Anova do modelo de regressão linear múltipla da variável imagem corporal em função dos domínios da qualidade de vida e da satisfação sexual.

Coefficientes^a

Modelo	Coefficients não padronizados		Coefficients padronizados			95,0% Intervalo de Confiança para B		Correlações			Estatísticas de colinearidade	
	B	Erro Erro	Beta	t	Sig.	Limite inferior	Limite superior	Ordem zero	Parcial	Parte	Tolerância	VIF
1 (Constante)	3,128	,165		18,936	,000	2,803	3,453					
Físico	-,180	,051	-,174	-3,498	,001	-,281	-,079	-,438	-,155	-,129	,551	1,815
Psicológico	-,514	,068	-,459	-7,579	,000	-,647	-,380	-,555	-,323	-,279	,370	2,704
Ambiental	,129	,067	,106	1,916	,056	-,003	,261	-,368	,086	,071	,445	2,249
Relações Sociais	-,043	,055	-,049	-,782	,434	-,150	,065	-,418	-,035	-,029	,352	2,840
NSSS_Total	-,044	,044	-,052	-,995	,320	-,131	,043	-,346	-,045	-,037	,504	1,984

a. Variável Dependente: BIS_Total

Output 38: Descrição do modelo explicativo da variável imagem corporal em função dos domínios da qualidade de vida e da satisfação sexual.

Resumo do modelo^b

Modelo	R	R quadrado	R quadrado ajustado	Erro padrão da estimativa	Durbin-Watson
1	,705 ^a	,497	,492	,720	1,887

a. Preditores: (Constante), BIS_Total, Ambiental, Relações Sociais, Físico, Psicológico

b. Variável Dependente: NSSS_Total

Output 39: Resumo do modelo da variável satisfação sexual em função dos domínios da qualidade de vida e da imagem corporal.

ANOVA^a

Modelo		Soma dos Quadrados	df	Quadrado Médio	Z	Sig.
1	Regressão	253,213	5	50,643	97,657	,000 ^b
	Resíduo	256,178	494	,519		
	Total	509,391	499			

a. Variável Dependente: NSSS_Total

b. Preditores: (Constante), BIS_Total, Ambiental, Relações Sociais, Físico, Psicológico

Output 40: Anova do modelo de regressão linear múltipla da variável satisfação sexual em função dos domínios da qualidade de vida e da imagem corporal.

Coefficientes^a

Modelo	Coefficients não padronizados		Coefficients padronizados			95,0% Intervalo de Confiança para B		Correlações			Estatísticas de colinearidade	
	B	Erro Erro	Beta	t	Sig.	Limite inferior	Limite superior	Ordem zero	Parcial	Parte	Tolerância	VIF

	B	Erro Erro	Beta			Limite inferior	Limite superior	Ordem zero	Parcial	Parte	Tolerância	VIF
1 (Constante)	,742	,218		3,400	,001	,313	1,171					
Físico	,009	,053	,007	,169	,866	-,095	,113	,368	,008	,005	,538	1,859
Psicológico	,114	,073	,086	1,562	,119	-,029	,256	,529	,070	,050	,333	3,003
Ambiental	-,046	,069	-,032	-,665	,506	-,180	,089	,437	-,030	-,021	,442	2,264
Relações_Sociais	,665	,047	,641	14,117	,000	,572	,757	,701	,536	,450	,493	2,026
BIS_Total	-,045	,046	-,039	-,995	,320	-,135	,044	-,346	-,045	-,032	,672	1,489

a. Variável Dependente: NSSS_Total

Output 41: Descrição do modelo explicativo da variável satisfação sexual em função dos domínios da qualidade de vida e da imagem corporal.

Resumo do modelo^b

Modelo	R	R quadrado	R quadrado ajustado	Erro padrão da estimativa	Durbin-Watson
1	,664 ^a	,441	,424	,548	2,051

a. Preditores: (Constante), NSSS_Total, BIS_Total, Físico, Ambiental, Relações_Sociais, Psicológico

b. Variável Dependente: PAIR_TOTAL

Output 42: Resumo do modelo da variável intimidade em função dos domínios da qualidade de vida, da imagem corporal e da satisfação sexual.

ANOVA^a

Modelo		Soma dos Quadrados	df	Quadrado Médio	Z	Sig.
1	Regressão	45,581	6	7,597	25,282	,000 ^b
	Resíduo	57,694	192	,300		
	Total	103,274	198			

a. Variável Dependente: PAIR_TOTAL

b. Preditores: (Constante), NSSS_Total, BIS_Total, Físico, Ambiental, Relações_Sociais, Psicológico

Output 43: Anova do modelo de regressão linear múltipla da variável intimidade em função dos domínios da qualidade de vida, da imagem corporal e da satisfação sexual.

Coefficientes^a

Modelo	Coefficients não padronizados		Coefficients padronizados	t	Sig.	95,0% Intervalo de Confiança para B		Ordem zero	Correlações		Estatísticas de colinearidade	
	B	Erro Erro				Limite inferior	Limite superior		Parcial	Parte	Tolerância	VIF
1 (Constante)	,662	,243		2,722	,007	,182	1,141					

Físico	-,083	,063	-,099	-	,187	-,207	,041	,257	-,095	-,071	,524	1,908
				1,324								
Psicológico	,166	,089	,185	1,863	,064	-,010	,341	,482	,133	,101	,296	3,380
Ambiental	-,035	,087	-,036	-,405	,686	-,206	,136	,402	-,029	-,022	,361	2,770
Relações_Sociais	,287	,065	,404	4,428	,000	,159	,415	,613	,304	,239	,349	2,862
BIS_Total	,107	,053	,131	2,003	,047	,002	,212	-,189	,143	,108	,679	1,472
NSSS_Total	,213	,055	,293	3,844	,000	,104	,322	,578	,267	,207	,500	1,999

a. Variável Dependente: PAIR_TOTAL

Output 44: Descrição do modelo explicativo da variável intimidade em função dos domínios da qualidade de vida, da imagem corporal e da satisfação sexual.

Resumo do modelo^b

Modelo	R	R quadrado	R quadrado ajustado	Erro padrão da estimativa	Durbin-Watson
1	,680 ^a	,462	,459	,611	2,052

a. Preditores: (Constante), BIS_Total, Ambiental, Psicológico

b. Variável Dependente: Físico

Output 45: Resumo do modelo entre o Físico em função dos restantes domínios Psicológico e Ambiental da qualidade de vida e da imagem corporal.

ANOVA^a

Modelo		Soma dos Quadrados	df	Quadrado Médio	Z	Sig.
1	Regressão	159,175	3	53,058	142,058	,000 ^b
	Resíduo	185,255	496	,373		
	Total	344,430	499			

a. Variável Dependente: Físico

b. Preditores: (Constante), BIS_Total, Ambiental, Psicológico

Output 46: Anova do modelo de regressão linear múltipla do domínio Físico em função dos domínios Psicológico e Ambiental da qualidade de vida e da variável da imagem corporal.

Coefficientes^a

Modelo	Coefficients não padronizados		Coefficients padronizados		Sig.	95,0% Intervalo de Confiança para B		Correlações			Estatísticas de colinearidade	
	B	Erro	Beta	t		Limite inferior	Limite superior	Ordem zero	Parcial	Parte	Tolerância	VIF
1 (Constante)	,843	,181		4,652	,000	,487	1,199					
Psicológico	,335	,055	,310	6,093	,000	,227	,443	,623	,264	,201	,420	2,383
Ambiental	,402	,053	,342	7,518	,000	,297	,507	,607	,320	,248	,524	1,909
BIS_Total	-,135	,038	-,140	-	,000	-,210	-,060	-,438	-,157	-,116	,692	1,445
				3,538								

a. Variável Dependente: Físico

Output 47: Descrição do modelo explicativo do domínio Físico em função dos domínios Psicológico e Ambiental da qualidade de vida, da imagem corporal.

Resumo do modelo^b

Modelo	R	R quadrado	R quadrado ajustado	Erro padrão da estimativa	Durbin-Watson
1	,817 ^a	,667	,664	,445	1,867

a. Preditores: (Constante), BIS_Total, Ambiental, Relações_Sociais, Físico

b. Variável Dependente: Psicológico

Output 48: Resumo do modelo entre o domínio Psicológico em função dos restantes domínios da qualidade de vida e da imagem corporal.

ANOVA^a

Modelo		Soma dos Quadrados	df	Quadrado Médio	Z	Sig.
1	Regressão	196,673	4	49,168	247,896	,000 ^b
	Resíduo	98,179	495	,198		
	Total	294,852	499			

a. Variável Dependente: Psicológico

b. Preditores: (Constante), BIS_Total, Ambiental, Relações_Sociais, Físico

Output 49: Anova do modelo de regressão linear múltipla do domínio Psicológico em função dos domínios da qualidade de vida e da variável da imagem corporal.

Coefficientes^a

Modelo	Coefficients não padronizados		Coefficients padronizados	t	Sig.	95,0% Intervalo de Confiança para B		Correlações			Estatísticas de colinearidade	
	B	Erro				Limite inferior	Limite superior	Ordem zero	Parcial	Parte	Tolerância	VIF
1 (Constante)	,987	,127		7,744	,000	,737	1,238					
Físico	,175	,032	,189	5,519	,000	,113	,238	,623	,241	,143	,571	1,752
Ambiental	,324	,040	,298	8,137	,000	,246	,403	,690	,343	,211	,501	1,997
Relações_Sociais	,248	,027	,315	9,236	,000	,196	,301	,684	,383	,240	,579	1,729
BIS_Total	-,206	,027	-,230	-7,699	,000	-,258	-,153	-,555	-,327	-,200	,752	1,330

a. Variável Dependente: Psicológico

Output 50: Descrição do modelo explicativo do domínio Psicológico em função dos domínios da qualidade de vida, da imagem corporal.

Resumo do modelo^b

Modelo	R	R quadrado	R quadrado ajustado	Erro padrão da estimativa	Durbin-Watson
1	,747 ^a	,558	,555	,472	2,046

a. Preditores: (Constante), BIS_Total, Relações_Sociais, Fisico, Psicológico

b. Variável Dependente: Ambiental

Output 51: Resumo do modelo entre o domínio Ambiental em função dos restantes domínios da qualidade de vida e da imagem corporal.

ANOVA^a

Modelo		Soma dos Quadrados	df	Quadrado Médio	Z	Sig.
1	Regressão	139,189	4	34,797	156,377	,000 ^b
	Resíduo	110,148	495	,223		
	Total	249,337	499			

a. Variável Dependente: Ambiental

b. Preditores: (Constante), BIS_Total, Relações_Sociais, Fisico, Psicológico

Output 52: Anova do modelo de regressão linear múltipla do domínio Ambiental em função dos domínios da qualidade de vida e da variável da imagem corporal.

Coefficientes^a

Modelo	Coeficientes não padronizados		Coeficientes padronizados	t	Sig.	95,0% Intervalo de Confiança para B		Correlações			Estatísticas de colinearidade	
	B	Erro				Limite inferior	Limite superior	zero	Parcial	Parte	Tolerância	VIF
1 (Constante)	,862	,138		6,260	,000	,591	1,132					
Fisico	,238	,033	,279	7,205	,000	,173	,302	,607	,308	,215	,594	1,683
Psicológico	,364	,045	,396	8,137	,000	,276	,452	,690	,343	,243	,378	2,649
Relações_Sociais	,169	,030	,233	5,653	,000	,110	,228	,609	,246	,169	,525	1,903
BIS_Total	,058	,030	,071	1,951	,052	,000	,117	-,368	,087	,058	,677	1,478

a. Variável Dependente: Ambiental

Output 53: Descrição do modelo explicativo do domínio Ambiental em função dos domínios da qualidade de vida, da imagem corporal.

Resumo do modelo^b

Modelo	R	R quadrado	R quadrado ajustado	Erro padrão da estimativa	Durbin-Watson
1	,710 ^a	,504	,502	,688	1,972

a. Preditores: (Constante), Ambiental, Psicológico

b. Variável Dependente: Relações_Sociais

Output 54: Resumo do modelo entre o domínio Relações Sociais em função dos domínios Psicológico e Ambiental da qualidade de vida.

ANOVA^a

Modelo		Soma dos Quadrados	df	Quadrado Médio	Z	Sig.
1	Regressão	238,943	2	119,472	252,400	,000 ^b
	Resíduo	235,251	497	,473		
	Total	474,194	499			

a. Variável Dependente: Relações_Sociais

b. Preditores: (Constante), Ambiental, Psicológico

Output 55: Anova do modelo de regressão linear múltipla do domínio Relações Sociais em função dos domínios Psicológico e Ambiental da qualidade de vida.

Coefficientes^a

Modelo	Coeficientes não padronizados		Coeficientes padronizados	t	Sig.	95,0% Intervalo de Confiança para B		Correlações			Estatísticas de colinearidade		
	B	Erro				Limite inferior	Limite superior	Ordem zero	Parcial	Parte	Tolerância	VIF	
1 (Constante)	-,001	,157		-,004	,997	-,309	,308						
Psicológico	,639	,055	,504	11,552	,000	,531	,748	,684	,460	,365	,524	1,908	
Ambiental	,360	,060	,261	5,983	,000	,242	,478	,609	,259	,189	,524	1,908	

a. Variável Dependente: Relações_Sociais

Output 56: Descrição do modelo explicativo do domínio Relações Sociais em função dos domínios Psicológico e Ambiental da qualidade de vida.

Resumo do modelo^b

Modelo	R	R quadrado	R quadrado ajustado	Erro padrão da estimativa	Durbin-Watson
1	,570 ^a	,325	,321	,709	1,969

a. Preditores: (Constante), Ambiental, Fisico, Psicológico

b. Variável Dependente: BIS_Total

Output 57: Resumo do modelo entre a imagem corporal em função dos domínios da qualidade de vida.

ANOVA^a

Modelo		Soma dos Quadrados	df	Quadrado Médio	Z	Sig.
1	Regressão	120,020	3	40,007	79,656	,000 ^b
	Resíduo	249,113	496	,502		
	Total	369,133	499			

a. Variável Dependente: BIS_Total

b. Preditores: (Constante), Ambiental, Fisico, Psicológico

Output 58: Anova do modelo de regressão linear múltipla da imagem corporal em função dos domínios qualidade de vida.

Coeficientes^a

Modelo	Coeficientes não padronizados		Coeficientes padronizados	t	Sig.	95,0% Intervalo de Confiança para B		Correlações			Estatísticas de colinearidade	
	B	Erro				Limite inferior	Limite superior	Ordem zero	Parcial	Parte	Tolerância	VIF
1 (Constante)	3,102	,163		19,000	,000	2,781	3,423					
Físico	-,182	,051	-,176	-3,538	,000	-,283	-,081	-,438	-,157	-,130	,551	1,813
Psicológico	-,565	,061	-,505	-9,266	,000	-,685	-,445	-,555	-,384	-,342	,458	2,184
Ambiental	,106	,065	,087	1,618	,106	-,023	,234	-,368	,072	,060	,473	2,115

a. Variável Dependente: BIS_Total

Output 59: Descrição do modelo explicativo da imagem corporal em função dos domínios da qualidade de vida.

Resumo do modelo^b

Modelo	R	R quadrado	R quadrado ajustado	Erro padrão da estimativa	Durbin-Watson
1	,701 ^a	,491	,490	,722	1,874

a. Preditores: (Constante), Relações_Sociais

b. Variável Dependente: NSSS_Total

Output 60: Resumo do modelo entre a satisfação sexual em função do domínio das Relações Sociais da qualidade de vida.

ANOVA^a

Modelo		Soma dos Quadrados	df	Quadrado Médio	Z	Sig.
1	Regressão	250,026	1	250,026	480,067	,000 ^b
	Resíduo	259,365	498	,521		
	Total	509,391	499			

a. Variável Dependente: NSSS_Total

b. Preditores: (Constante), Relações_Sociais

Output 61: Anova do modelo de regressão linear múltipla satisfação sexual em função do domínio das Relações Sociais da qualidade de vida.

Coeficientes^a

Modelo	Coeficientes não padronizados		Coeficientes padronizados	t	Sig.	95,0% Intervalo de Confiança para B		Correlações			Estatísticas de colinearidade	
	B	Erro				Limite inferior	Limite superior	Ordem zero	Parcial	Parte	Tolerância	VIF
1 (Constante)	,733	,115		6,397	,000	,508	,958					
Relações_Sociais	,726	,033	,701	21,910	,000	,661	,791	,701	,701	,701	1,000	1,000

a. Variável Dependente: NSSS_Total

Output 62: Descrição do modelo explicativo da satisfação sexual em função do domínio das Relações Sociais da qualidade de vida.

Resumo do modelo^b

Modelo	R	R quadrado	R quadrado ajustado	Erro padrão da estimativa	Durbin-Watson
1	,654 ^a	,428	,419	,550	2,064

a. Preditores: (Constante), NSSS_Total, BIS_Total, Relações_Sociais

b. Variável Dependente: PAIR_TOTAL

Output 63: Resumo do modelo entre a intimidade em função do domínio das Relações Sociais da qualidade de vida, da imagem corporal e da satisfação sexual.

ANOVA^a

Modelo		Soma dos Quadrados	df	Quadrado Médio	Z	Sig.
1	Regressão	44,229	3	14,743	48,689	,000 ^b
	Resíduo	59,046	195	,303		
	Total	103,274	198			

a. Variável Dependente: PAIR_TOTAL

b. Preditores: (Constante), NSSS_Total, BIS_Total, Relações_Sociais

Output 64: Anova do modelo de regressão linear múltipla intimidade em função do domínio das Relações Sociais da qualidade de vida, imagem corporal e da satisfação sexual.

Coefficientes^a

Modelo	Coeficientes não padronizados		Coeficientes padronizados	t	Sig.	95,0% Intervalo de Confiança para B		Correlações			Estatísticas de colinearidade		
	B	Erro				Limite inferior	Limite superior	Ordem zero	Parcial	Parte	Tolerância	VIF	
1 (Constante)	,726	,183		3,974	,000	,366	1,086						
Relações_Sociais	,316	,056	,445	5,676	,000	,206	,426	,613	,377	,307	,476	2,099	
BIS_Total	,084	,049	,103	1,726	,086	-,012	,181	-,189	,123	,093	,817	1,225	
NSSS_Total	,220	,055	,303	4,000	,000	,112	,329	,578	,275	,217	,511	1,956	

a. Variável Dependente: PAIR_TOTAL

Output 65: Descrição do modelo explicativo da intimidade em função do domínio das Relações Sociais da qualidade de vida, da imagem corporal e da satisfação sexual.

Anexo 15: Anova Unifatorial

Descritivos

		N	Média	Erro Desvio	Erro Erro	Intervalo de confiança de 95% para média		Mínimo	Máximo	Variância entre componentes
						Limite inferior	Limite superior			
Físico	Gastrointestinais	73	3,24	,746	,087	3,07	3,41	1	5	
	Reumáticas	260	2,94	,805	,050	2,85	3,04	1	5	
	Dermatológicas	38	3,59	,706	,115	3,35	3,82	2	5	
	Sistémicas/Neurológicas	100	3,50	,836	,084	3,33	3,66	1	5	
	Tiroideias	26	3,41	,739	,145	3,11	3,71	2	5	
	Sanguíneas	3	2,71	1,000	,577	,23	5,20	2	4	
	Total	500	3,17	,831	,037	3,10	3,24	1	5	
	Modelo	Efeitos fixos			,794	,036	3,10	3,24		
	Efeitos aleatórios				,179	2,71	3,63			,091
Psicológico	Gastrointestinais	73	3,24	,787	,092	3,05	3,42	1	5	
	Reumáticas	260	3,20	,740	,046	3,11	3,29	1	5	
	Dermatológicas	38	3,35	,820	,133	3,08	3,62	2	5	
	Sistémicas/Neurológicas	100	3,41	,812	,081	3,25	3,58	1	5	
	Tiroideias	26	3,28	,718	,141	2,99	3,57	2	5	
	Sanguíneas	3	2,61	,536	,309	1,28	3,94	2	3	
	Total	500	3,26	,769	,034	3,19	3,33	1	5	
	Modelo	Efeitos fixos			,766	,034	3,19	3,33		
	Efeitos aleatórios				,056	3,12	3,41			,006
Ambiental	Gastrointestinais	73	3,41	,684	,080	3,25	3,57	2	5	
	Reumáticas	260	3,34	,697	,043	3,26	3,43	1	5	
	Dermatológicas	38	3,45	,852	,138	3,17	3,73	2	5	
	Sistémicas/Neurológicas	100	3,62	,713	,071	3,47	3,76	1	5	
	Tiroideias	26	3,52	,498	,098	3,32	3,72	3	5	
	Sanguíneas	3	3,17	,473	,273	1,99	4,34	3	4	
	Total	500	3,42	,707	,032	3,36	3,48	1	5	
	Modelo	Efeitos fixos			,702	,031	3,36	3,48		
	Efeitos aleatórios				,068	3,25	3,60			,011
Relações_Sociais	Gastrointestinais	73	3,10	1,015	,119	2,86	3,33	1	5	
	Reumáticas	260	3,26	,966	,060	3,14	3,37	1	5	

	Dermatológicas	38	3,47	1,067	,173	3,12	3,82	1	5	
	Sistémicas/Neurológicas	100	3,61	,908	,091	3,43	3,79	1	5	
	Tiroideias	26	3,23	,868	,170	2,88	3,58	1	5	
	Sanguíneas	3	2,89	,770	,444	,98	4,80	2	3	
	Total	500	3,32	,975	,044	3,23	3,40	1	5	
	Modelo Efeitos fixos			,964	,043	3,23	3,40			
	Efeitos aleatórios				,111	3,03	3,60			,031
BIS_Total	Gastrointestinais	73	1,12	,908	,106	,91	1,33	0	3	
	Reumáticas	260	1,13	,887	,055	1,03	1,24	0	3	
	Dermatológicas	38	,87	,798	,129	,61	1,13	0	3	
	Sistémicas/Neurológicas	100	,77	,724	,072	,63	,91	0	3	
	Tiroideias	26	1,23	,838	,164	,89	1,57	0	3	
	Sanguíneas	3	1,07	,551	,318	-,30	2,43	1	2	
	Total	500	1,04	,860	,038	,97	1,12	0	3	
	Modelo Efeitos fixos			,850	,038	,97	1,12			
	Efeitos aleatórios				,101	,79	1,30			,026
NSSS_Total	Gastrointestinais	73	3,12	,984	,115	2,89	3,35	1	5	
	Reumáticas	260	3,10	1,006	,062	2,98	3,22	1	5	
	Dermatológicas	38	3,17	1,147	,186	2,79	3,55	1	5	
	Sistémicas/Neurológicas	100	3,33	1,026	,103	3,12	3,53	1	5	
	Tiroideias	26	2,95	,787	,154	2,63	3,27	1	5	
	Sanguíneas	3	2,32	1,015	,586	-,21	4,84	1	3	
	Total	500	3,14	1,010	,045	3,05	3,23	1	5	
	Modelo Efeitos fixos			1,009	,045	3,05	3,23			
	Efeitos aleatórios				,063	2,98	3,30			,006

Output 66: Dados descritivos da Anova Unifatorial de variáveis psicossociais e grupos de doenças

Testes de Normalidade

	Grupos de Doenças	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Estatística	gl	Sig.	Estatística	gl	Sig.
Físico	Gastrointestinais	,093	73	,188	,987	73	,642
	Reumáticas	,062	260	,017	,988	260	,027
	Dermatológicas	,086	38	,200*	,981	38	,753
	Sistémicas/Neurológicas	,077	100	,155	,973	100	,035
	Tiroideias	,114	26	,200*	,976	26	,776
	Sanguíneas	,175	3	.	1,000	3	1,000
Psicológico	Gastrointestinais	,105	73	,044	,960	73	,022

	Reumáticas	,062	260	,018	,992	260	,178
	Dermatológicas	,139	38	,060	,955	38	,129
	Sistêmicas/Neurológicas	,102	100	,013	,968	100	,016
	Tiroideias	,101	26	,200*	,967	26	,542
	Sanguíneas	,328	3	.	,871	3	,298
Ambiental	Gastrointestinais	,089	73	,200*	,972	73	,107
	Reumáticas	,071	260	,003	,986	260	,014
	Dermatológicas	,118	38	,200*	,977	38	,601
	Sistêmicas/Neurológicas	,102	100	,012	,970	100	,022
	Tiroideias	,132	26	,200*	,963	26	,458
	Sanguíneas	,337	3	.	,855	3	,253
Relações_Sociais	Gastrointestinais	,140	73	,001	,948	73	,005
	Reumáticas	,118	260	,000	,972	260	,000
	Dermatológicas	,151	38	,029	,948	38	,078
	Sistêmicas/Neurológicas	,096	100	,023	,962	100	,006
	Tiroideias	,115	26	,200*	,967	26	,554
	Sanguíneas	,385	3	.	,750	3	,000
BIS_Total	Gastrointestinais	,119	73	,013	,925	73	,000
	Reumáticas	,110	260	,000	,930	260	,000
	Dermatológicas	,138	38	,067	,895	38	,002
	Sistêmicas/Neurológicas	,175	100	,000	,895	100	,000
	Tiroideias	,192	26	,015	,941	26	,139
	Sanguíneas	,353	3	.	,824	3	,174
NSSS_Total	Gastrointestinais	,071	73	,200*	,972	73	,105
	Reumáticas	,054	260	,060	,976	260	,000
	Dermatológicas	,073	38	,200*	,960	38	,194
	Sistêmicas/Neurológicas	,105	100	,009	,949	100	,001
	Tiroideias	,129	26	,200*	,975	26	,760
	Sanguíneas	,350	3	.	,830	3	,188

*. Este é um limite inferior da significância verdadeira.

a. Correlação de Significância de Lilliefors

Output 67: Teste de normalidade da Anova Unifatorial das variáveis psicossociais e grupos de doenças.

Teste de Homogeneidade de Variâncias

		Estatística de Levene	df1	df2	Sig.
Físico	Com base em média	,568	5	494	,725
	Com base em mediana	,554	5	494	,736
	Com base em mediana e com df ajustado	,554	5	488,132	,736
	Com base em média aparada	,562	5	494	,729
Psicológico	Com base em média	,780	5	494	,565

	Com base em mediana	,768	5	494	,573
	Com base em mediana e com df ajustado	,768	5	491,036	,573
	Com base em média aparada	,736	5	494	,597
Ambiental	Com base em média	1,624	5	494	,152
	Com base em mediana	1,561	5	494	,170
	Com base em mediana e com df ajustado	1,561	5	470,830	,170
	Com base em média aparada	1,633	5	494	,149
Relações_Sociais	Com base em média	,997	5	494	,419
	Com base em mediana	,865	5	494	,504
	Com base em mediana e com df ajustado	,865	5	480,749	,504
	Com base em média aparada	,985	5	494	,426
BIS_Total	Com base em média	1,616	5	494	,154
	Com base em mediana	1,423	5	494	,214
	Com base em mediana e com df ajustado	1,423	5	480,526	,214
	Com base em média aparada	1,565	5	494	,168
NSSS_Total	Com base em média	1,062	5	494	,381
	Com base em mediana	1,081	5	494	,370
	Com base em mediana e com df ajustado	1,081	5	483,640	,370
	Com base em média aparada	1,052	5	494	,386

Output 68: Teste de homogeneidade de variâncias da Anova Unifatorial das variáveis psicossociais e grupos de doenças.

Comparações múltiplas

Tukey HSD

Variável dependente	(I) Grupos_de_Doenças	(J) Grupos_de_Doenças	Diferença média (I-J)	Erro	Sig.	Intervalo de Confiança 95%	
						Limite inferior	Limite superior
Físico	Gastrointestinais	Reumáticas	,297	,105	,055	,00	,60
		Dermatológicas	-,346	,159	,250	-,80	,11
		Sistémicas/Neurológicas	-,256	,122	,290	-,61	,09
		Tiroideias	-,166	,181	,943	-,68	,35
		Sanguíneas	,526	,468	,871	-,81	1,86
	Reumáticas	Gastrointestinais	-,297	,105	,055	-,60	,00
		Dermatológicas	-,643*	,138	,000	-1,04	-,25
		Sistémicas/Neurológicas	-,554*	,093	,000	-,82	-,29
		Tiroideias	-,463	,163	,053	-,93	,00
		Sanguíneas	,229	,461	,996	-1,09	1,55
	Dermatológicas	Gastrointestinais	,346	,159	,250	-,11	,80
		Reumáticas	,643*	,138	,000	,25	1,04
		Sistémicas/Neurológicas	,089	,151	,992	-,34	,52
		Tiroideias	,180	,202	,949	-,40	,76
		Sanguíneas	,872	,476	,446	-,49	2,23
	Sistémicas/Neurológicas	Gastrointestinais	,256	,122	,290	-,09	,61
		Reumáticas	,554*	,093	,000	,29	,82
		Dermatológicas	-,089	,151	,992	-,52	,34
		Tiroideias	,091	,175	,995	-,41	,59
		Sanguíneas	,783	,465	,544	-,55	2,11
Tiroideias	Gastrointestinais	,166	,181	,943	-,35	,68	
	Reumáticas	,463	,163	,053	,00	,93	

		Tiroideias	,139	,169	,963	-,34	,62
		Sanguineas	,804	,449	,473	-,48	2,09
	Tiroideias	Gastrointestinais	,040	,175	1,000	-,46	,54
		Reumáticas	,073	,158	,997	-,38	,52
		Dermatológicas	-,075	,195	,999	-,63	,48
		Sistémicas/Neurológicas	-,139	,169	,963	-,62	,34
		Sanguineas	,665	,467	,713	-,67	2,00
	Sanguineas	Gastrointestinais	-,624	,451	,737	-1,92	,67
		Reumáticas	-,591	,445	,769	-1,86	,68
		Dermatológicas	-,740	,459	,592	-2,05	,57
		Sistémicas/Neurológicas	-,804	,449	,473	-2,09	,48
		Tiroideias	-,665	,467	,713	-2,00	,67
Ambiental	Gastrointestinais	Reumáticas	,071	,093	,974	-,20	,34
		Dermatológicas	-,036	,140	1,000	-,44	,37
		Sistémicas/Neurológicas	-,204	,108	,411	-,51	,11
		Tiroideias	-,113	,160	,981	-,57	,35
		Sanguineas	,244	,413	,992	-,94	1,43
	Reumáticas	Gastrointestinais	-,071	,093	,974	-,34	,20
		Dermatológicas	-,107	,122	,952	-,46	,24
		Sistémicas/Neurológicas	-,275*	,083	,012	-,51	-,04
		Tiroideias	-,184	,144	,800	-,60	,23
		Sanguineas	,174	,408	,998	-,99	1,34
	Dermatológicas	Gastrointestinais	,036	,140	1,000	-,37	,44
		Reumáticas	,107	,122	,952	-,24	,46
		Sistémicas/Neurológicas	-,168	,134	,810	-,55	,22
		Tiroideias	-,077	,179	,998	-,59	,43

		Sanguineas	,281	,421	,985	-,92	1,48
	Sistémicas/Neurológicas	Gastrointestinais	,204	,108	,411	-,11	,51
		Reumáticas	,275*	,083	,012	,04	,51
		Dermatológicas	,168	,134	,810	-,22	,55
		Tiroideias	,091	,155	,992	-,35	,53
	Tiroideias	Sanguineas	,448	,411	,885	-,73	1,62
		Gastrointestinais	,113	,160	,981	-,35	,57
		Reumáticas	,184	,144	,800	-,23	,60
		Dermatológicas	,077	,179	,998	-,43	,59
		Sistémicas/Neurológicas	-,091	,155	,992	-,53	,35
	Sanguineas	Sanguineas	,357	,428	,961	-,87	1,58
		Gastrointestinais	-,244	,413	,992	-1,43	,94
		Reumáticas	-,174	,408	,998	-1,34	,99
		Dermatológicas	-,281	,421	,985	-1,48	,92
		Sistémicas/Neurológicas	-,448	,411	,885	-1,62	,73
		Tiroideias	-,357	,428	,961	-1,58	,87
Relações_Sociais	Gastrointestinais	Reumáticas	-,161	,128	,808	-,53	,20
		Dermatológicas	-,378	,193	,368	-,93	,17
		Sistémicas/Neurológicas	-,514*	,148	,008	-,94	-,09
		Tiroideias	-,135	,220	,990	-,76	,50
		Sanguineas	,207	,568	,999	-1,42	1,83
	Reumáticas	Gastrointestinais	,161	,128	,808	-,20	,53
		Dermatológicas	-,217	,167	,787	-,70	,26
		Sistémicas/Neurológicas	-,354*	,113	,024	-,68	-,03
		Tiroideias	,026	,198	1,000	-,54	,59
		Sanguineas	,368	,560	,986	-1,23	1,97

Dermatológicas	Gastrointestinais	,378	,193	,368	-,17	,93	
	Reumáticas	,217	,167	,787	-,26	,70	
	Sistémicas/Neurológicas	-,136	,184	,977	-,66	,39	
	Tiroideias	,243	,245	,921	-,46	,95	
	Sanguineas	,585	,578	,914	-1,07	2,24	
Sistémicas/Neurológicas	Gastrointestinais	,514*	,148	,008	,09	,94	
	Reumáticas	,354*	,113	,024	,03	,68	
	Dermatológicas	,136	,184	,977	-,39	,66	
	Tiroideias	,379	,212	,476	-,23	,99	
	Sanguineas	,721	,565	,798	-,90	2,34	
Tiroideias	Gastrointestinais	,135	,220	,990	-,50	,76	
	Reumáticas	-,026	,198	1,000	-,59	,54	
	Dermatológicas	-,243	,245	,921	-,95	,46	
	Sistémicas/Neurológicas	-,379	,212	,476	-,99	,23	
	Sanguineas	,342	,588	,992	-1,34	2,02	
Sanguineas	Gastrointestinais	-,207	,568	,999	-1,83	1,42	
	Reumáticas	-,368	,560	,986	-1,97	1,23	
	Dermatológicas	-,585	,578	,914	-2,24	1,07	
	Sistémicas/Neurológicas	-,721	,565	,798	-2,34	,90	
	Tiroideias	-,342	,588	,992	-2,02	1,34	
BIS_Total	Gastrointestinais	Reumáticas	-,014	,113	1,000	-,34	,31
		Dermatológicas	,249	,170	,686	-,24	,74
		Sistémicas/Neurológicas	,350	,131	,083	-,02	,72
		Tiroideias	-,110	,194	,993	-,67	,45
		Sanguineas	,054	,501	1,000	-1,38	1,49
Reumáticas	Gastrointestinais	,014	,113	1,000	-,31	,34	

		Dermatológicas	,263	,148	,478	-,16	,69
		Sistémicas/Neurológicas	,363*	,100	,004	,08	,65
		Tiroideias	-,097	,175	,994	-,60	,40
		Sanguineas	,068	,494	1,000	-1,34	1,48
	Dermatológicas	Gastrointestinais	-,249	,170	,686	-,74	,24
		Reumáticas	-,263	,148	,478	-,69	,16
		Sistémicas/Neurológicas	,100	,162	,990	-,36	,56
		Tiroideias	-,360	,216	,557	-,98	,26
		Sanguineas	-,196	,510	,999	-1,65	1,26
	Sistémicas/Neurológicas	Gastrointestinais	-,350	,131	,083	-,72	,02
		Reumáticas	-,363*	,100	,004	-,65	-,08
		Dermatológicas	-,100	,162	,990	-,56	,36
		Tiroideias	-,460	,187	,139	-1,00	,08
		Sanguineas	-,296	,498	,991	-1,72	1,13
	Tiroideias	Gastrointestinais	,110	,194	,993	-,45	,67
		Reumáticas	,097	,175	,994	-,40	,60
		Dermatológicas	,360	,216	,557	-,26	,98
		Sistémicas/Neurológicas	,460	,187	,139	-,08	1,00
		Sanguineas	,164	,518	1,000	-1,32	1,65
	Sanguineas	Gastrointestinais	-,054	,501	1,000	-1,49	1,38
		Reumáticas	-,068	,494	1,000	-1,48	1,34
		Dermatológicas	,196	,510	,999	-1,26	1,65
		Sistémicas/Neurológicas	,296	,498	,991	-1,13	1,72
		Tiroideias	-,164	,518	1,000	-1,65	1,32
NSSS_Total	Gastrointestinais	Reumáticas	,016	,134	1,000	-,37	,40
		Dermatológicas	-,053	,202	1,000	-,63	,52

	Sistémicas/Neurológicas	-,210	,155	,756	-,65	,23
	Tiroideias	,167	,230	,979	-,49	,83
	Sanguineas	,800	,594	,758	-,90	2,50
Reumáticas	Gastrointestinais	-,016	,134	1,000	-,40	,37
	Dermatológicas	-,069	,175	,999	-,57	,43
	Sistémicas/Neurológicas	-,226	,119	,400	-,57	,11
	Tiroideias	,151	,207	,978	-,44	,74
	Sanguineas	,784	,586	,763	-,89	2,46
Dermatológicas	Gastrointestinais	,053	,202	1,000	-,52	,63
	Reumáticas	,069	,175	,999	-,43	,57
	Sistémicas/Neurológicas	-,157	,192	,964	-,71	,39
	Tiroideias	,220	,257	,957	-,51	,95
	Sanguineas	,853	,605	,721	-,88	2,58
Sistémicas/Neurológicas	Gastrointestinais	,210	,155	,756	-,23	,65
	Reumáticas	,226	,119	,400	-,11	,57
	Dermatológicas	,157	,192	,964	-,39	,71
	Tiroideias	,377	,222	,534	-,26	1,01
	Sanguineas	1,010	,591	,526	-,68	2,70
Tiroideias	Gastrointestinais	-,167	,230	,979	-,83	,49
	Reumáticas	-,151	,207	,978	-,74	,44
	Dermatológicas	-,220	,257	,957	-,95	,51
	Sistémicas/Neurológicas	-,377	,222	,534	-1,01	,26
	Sanguineas	,633	,615	,908	-1,13	2,39
Sanguineas	Gastrointestinais	-,800	,594	,758	-2,50	,90
	Reumáticas	-,784	,586	,763	-2,46	,89
	Dermatológicas	-,853	,605	,721	-2,58	,88

Sistémicas/Neurológicas	-1,010	,591	,526	-2,70	,68
Tiroideias	-,633	,615	,908	-2,39	1,13

*. A diferença média é significativa no nível 0.05.

Output 69: Teste post-hoc de Tuckey das variáveis psicossociais e grupos de doença.

