



FACULDADE DE MEDICINA  
UNIVERSIDADE DE  
COIMBRA

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA – TRABALHO FINAL

ANA RITA ALMEIDA DE VILHENA E SILVA PONTES

***Diabetes Mellitus: Relação de Fatores Socioeconómicos com a  
Qualidade de vida, Ansiedade e Depressão***

ARTIGO CIENTÍFICO ORIGINAL

ÁREA CIENTÍFICA DE MEDICINA GERAL E FAMILIAR

Trabalho realizado sob a orientação de:

INÊS ROSENDO CARVALHO E SILVA CAETANO

TÂNIA ISABEL SANTOS COELHO

FEVEREIRO/2021

**Diabetes Mellitus: Relação de Fatores Socioeconómicos com a Qualidade de vida,  
Ansiedade e Depressão**

**Artigo Científico Original**

Ana Rita Almeida de Vilhena e Silva Pontes<sup>1</sup>, Inês Rosendo Carvalho e Silva Caetano<sup>1,2</sup>,  
Tânia Isabel Santos Coelho<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra, Portugal

<sup>2</sup> Unidade de Saúde Familiar Coimbra Centro, Coimbra, Portugal

<sup>3</sup> Unidade de Saúde Familiar VitaSaurium, Coimbra, Portugal

Contacto: a.rita.pontes@gmail.com

Trabalho final do 6º ano médico com vista à atribuição do grau de mestre no âmbito do ciclo de estudos do Mestrado Integrado em Medicina

Área científica: Medicina Geral e Familiar

FEVEREIRO/2021

## Índice

Abreviaturas.....	4
Resumo .....	5
Abstract .....	7
Introdução.....	9
Material e Métodos .....	11
Resultados.....	13
Relação entre a idade e a perceção de saúde, depressão e ansiedade .....	14
Relação entre o sexo e a perceção de saúde, depressão e ansiedade .....	15
Relação entre a religião e a perceção de saúde, depressão e ansiedade .....	16
Relação entre o nível de escolaridade e a perceção de saúde, depressão e ansiedade.....	16
Relação entre a situação face ao emprego e a perceção de saúde, depressão e ansiedade.....	17
Relação entre o rendimento do agregado familiar e a perceção de saúde, depressão e ansiedade.....	18
Discussão .....	21
Conclusão.....	25
Agradecimentos .....	26
Referências Bibliográficas.....	27
Anexos.....	30

## **Abreviaturas**

AVD – Atividades da vida diária

DM – Diabetes Mellitus

DM1 – Diabetes Mellitus tipo 1

DM2 – Diabetes Mellitus tipo 2

FCT – Fundação para a Ciência e Tecnologia

HADS – Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar

HADS-A – Subescala de Ansiedade da HADS

HADS-D – Subescala de Depressão da HADS

ISPA – Instituto Universitário de Ciências Psicológicas, Sociais e da Vida

QdVRS – Qualidade de vida relacionada com a saúde.

SF-12 – 12-Item Short-Form Health Survey

SF-12 PCS – Physical Component Summary – percepção de saúde física

SF-12 MCS – Mental Component Summary – percepção de saúde mental

SF-36 – 36-Item Short Form Health Survey

USF – Unidade de Saúde Familiar

## Resumo

**Introdução:** A Diabetes Mellitus (DM) é uma doença metabólica crónica com elevada prevalência a nível mundial. A depressão e a ansiedade são comorbilidades particularmente comuns nos indivíduos com diabetes e interferem na sua qualidade de vida. Os fatores socioeconómicos influenciam a qualidade de vida e parecem estar associados a depressão e ansiedade nestes utentes.

**Objetivo:** Avaliar a relação entre fatores socioeconómicos e a qualidade de vida, ansiedade e depressão num grupo de pessoas com diabetes.

**Métodos:** Estudo observacional transversal em amostra de conveniência de pessoas com diabetes seguidas na Unidade de Saúde Familiar (USF) VitaSaurium, USF As Gândras, USF Coimbra Centro, USF Caminhos do Cértoma e USF Manuel Cunha. Foram recolhidos os dados de 60 pessoas com diabetes no período de maio de 2020 a janeiro de 2021. Foi aplicado um consentimento informado e um questionário constituído por uma caracterização sociodemográfica e duas escalas – 12-Item Short-Form Health Survey (SF-12) e Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar (HADS). Realizou-se análise estatística descritiva e inferencial dos dados, com recurso aos seguintes testes: correlação de Spearman, teste U de Mann-Whitney e Kruskal-Wallis. Foi realizada uma regressão linear múltipla.

**Resultados:** Amostra de 60 indivíduos, 58,3 % do sexo masculino, com uma idade média de  $68,88 \pm 13,85$  anos, 68,3% casados, 63,3% com nível de escolaridade até ao 4º ano, 71,7% reformados e tendencialmente com rendimento inferior ou igual a 1029€ - 15%. Observou-se uma correlação negativa e estatisticamente significativa entre a idade e a perceção de saúde física ( $p = 0,040$ ). Verificou-se uma relação estatisticamente significativa entre o sexo e a perceção de saúde física ( $p = 0,003$ ), na qual indivíduos do sexo feminino apresentaram uma pior perceção de saúde física. Identificou-se uma associação com significado estatístico entre o nível de escolaridade e a perceção de saúde física ( $p = 0,034$ ) na medida em que quanto menor o nível de escolaridade, pior a perceção de saúde física. No entanto, após ter sido realizada uma regressão linear múltipla, apenas a idade e o sexo demonstraram influenciar a perceção de saúde física de forma independente. Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre as restantes variáveis socioeconómicas e a qualidade de vida, ansiedade e depressão.

**Discussão e Conclusão:** Não se verificaram relações entre os fatores socioeconómicos e a ansiedade e depressão nos indivíduos com diabetes. No entanto, na população estudada, observou-se que indivíduos com maior idade e do sexo feminino apresentaram uma pior perceção de saúde física e subseqüentemente uma menor qualidade de vida relacionada com a saúde (QdVRS). Estes resultados permitem a adoção de estratégias dirigidas que visam a melhoria da qualidade de vida destas pessoas.

**Palavras-chave:** Diabetes Mellitus; Fatores Socioeconómicos; Qualidade de vida; Ansiedade; Depressão;

## **Abstract**

**Introduction:** Diabetes Mellitus (DM) is a chronic metabolic disease highly prevalent worldwide. Depression and anxiety are common comorbidities among people with diabetes and interfere with their quality of life. Socioeconomic factors influence the quality of life and appear to be associated with depression and anxiety in these patients.

**Objective:** to assess the relationship between socioeconomic factors and quality of life, anxiety and depression in a group of people with diabetes.

**Methods:** Cross-sectional observational study in a convenience sample of people with diabetes followed in primary care units namely USF VitaSaurium, USF As Gândras, USF Coimbra Centro, USF Caminhos do Cértoma e USF Manuel Cunha. Data referring to 60 individuals with diabetes was collected between May 2020 and January 2021. An informed consent and a questionnaire including a sociodemographic characterization and two scales – SF-12 and HADS – were applied. A descriptive and inferential statistical analysis was performed using the following tests: Spearman correlation, Mann-Whitney U and Kruskal-Wallis. A multiple linear regression was conducted.

**Results:** Sample of 60 individuals, 58,3% male, mean age  $68,88 \pm 13,85$  years, 68,3% married, 63,3% with an education level up to the 4th year, 71,7% retired and with a trend for an income less than or equal to 1029€ - 15%. A negative and statistically significant correlation between age and self-perceived physical health was observed ( $p = 0,040$ ). A statistically significant relationship between gender and self-perceived physical health was found ( $p = 0,003$ ). Females showed worse self-perceived physical health. A statistically significant association between education level and self-perceived physical health was also observed ( $p = 0,034$ ). Lower levels of education were associated with worse self-perceived physical health. However, after performing a multiple linear regression, only age and gender influenced self-perceived physical health in an independent way. No statistically significant differences were found between other socioeconomic variables and quality of life, anxiety and depression.

**Discussion and Conclusion:** No relationships were found between socioeconomic factors and anxiety and depression in people with diabetes. Nevertheless, in this population, older age and female sex subgroups had worse self-perceived physical health, and therefore lower health related quality of life. These results support the adoption of specific strategies aiming to improve the quality of life in these patients.

**Keywords:** Diabetes Mellitus; Socioeconomic Factors; Quality of life; Anxiety; Depression.



## Introdução

A Diabetes Mellitus é uma doença metabólica crónica caracterizada por hiperglicémia persistente.<sup>1</sup> Esta pode ser devida a uma secreção alterada de insulina, resistência à ação periférica desta hormona ou a ambas as situações.<sup>1</sup> A Diabetes Mellitus tipo 1 (DM1) representa 5 a 10% dos casos de diabetes.<sup>1</sup> É caracterizada por uma destruição autoimune das células pancreáticas produtoras de insulina.<sup>1</sup> A Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) é responsável por cerca de 90 % dos casos de diabetes.<sup>1</sup> Nesta doença, a resposta à insulina encontra-se diminuída, condição denominada por insulinoresistência.<sup>1</sup>

De acordo com a Federação Internacional de Diabetes, em 2019, a prevalência estimada da diabetes nas pessoas com idades compreendidas entre 20 e 79 anos a nível global era de 463 milhões.<sup>2</sup> Adicionalmente, foi previsto que este valor iria aumentar para 578 milhões em 2030 e para 700 milhões em 2045.<sup>2</sup> O número estimado de mortes atribuíveis à diabetes e suas complicações em 2019 foi de 4,2 milhões de pessoas.<sup>2</sup> Os custos de saúde anuais relacionados com a diabetes foram aproximadamente 760 biliões de dólares (635 biliões de euros).<sup>2</sup> Em Portugal, a prevalência da diabetes na população com idade entre os 25 e os 74 anos, em 2015, foi de 9,8%.<sup>3</sup>

A qualidade de vida relacionada com a saúde (QdVRS) é um indicador de saúde global que providencia informação sobre o estado de saúde física e mental bem como indica o impacto do estado de saúde na qualidade de vida do indivíduo.<sup>4</sup> Com efeito, a qualidade de vida de pessoas com diabetes é influenciada por diversos fatores, nomeadamente fatores socioeconómicos.<sup>5-7</sup> A idade avançada e o sexo feminino parecem estar associados a uma diminuição da QdVRS nos indivíduos com DM2.<sup>5,8,9</sup> De igual modo, o sexo feminino e maior idade parecem relacionar-se com uma menor qualidade de vida nas pessoas com DM1.<sup>10</sup> O nível de escolaridade parece estar relacionado com a qualidade de vida.<sup>11</sup> De facto, observa-se que baixos níveis de escolaridade estão associados a uma diminuição da QdVRS nos indivíduos com DM2<sup>8,9</sup> e DM1.<sup>10</sup> A nível profissional, sabe-se que as pessoas com DM2 desempregadas<sup>9</sup> e com baixo rendimento<sup>12</sup> apresentam uma diminuição da QdVRS.

A depressão e a ansiedade são comorbilidades frequentes em pessoas com diabetes, quer com DM1 quer com DM2.<sup>11,13,14</sup> Na verdade, estas pessoas apresentam um risco aumentado de desenvolver depressão e perturbações de ansiedade comparativamente

a quem não tem esta patologia.<sup>11,15,16</sup> Estas doenças psiquiátricas aumentam o risco de outras comorbilidades, interferem nas AVD e na qualidade de vida e estão associadas a maiores custos de saúde e mais complicações. Deste modo, importa definir fatores associados às comorbilidades psiquiátricas mencionadas nas pessoas com diabetes para identificar as pessoas em risco e intervir por forma a diminuir esse risco.<sup>17</sup>

Os fatores socioeconómicos são particularmente importantes de avaliar uma vez que a sua relação com a depressão e ansiedade em pessoas com DM não é clara. Com efeito, existe controvérsia entre os estudos, sobre se uma maior idade é considerada fator protetor ou de risco para depressão nas pessoas com DM1.<sup>13</sup> Por outro lado, estudos revelam que indivíduos mais idosos com DM2 apresentam mais frequentemente sintomas depressivos e menos frequentemente sintomas de ansiedade.<sup>18</sup> Independentemente do tipo de diabetes, indivíduos do sexo feminino parecem apresentar uma maior prevalência de sintomas de depressão e ansiedade.<sup>13,18,19</sup>

No contexto da DM2, a relação entre o nível de escolaridade e a depressão não é consensual entre os estudos uma vez que alguns demonstram que não existe associação<sup>16</sup> enquanto que outros revelam que doentes com um baixo nível de escolaridade apresentam com maior frequência depressão.<sup>16,20</sup> O nível de escolaridade não se correlaciona com a ansiedade.<sup>18</sup> Estudos indicam que doentes desempregados e reformados são mais afetados por sintomas depressivos.<sup>16,19</sup> Relativamente à ansiedade, esta não parece relacionar-se com a situação profissional.<sup>19</sup> Adicionalmente, sabe-se que doentes com baixo rendimento do agregado familiar têm maior probabilidade de desenvolver depressão e ansiedade.<sup>16,20</sup>

Tendo em consideração os argumentos supracitados, o objetivo deste estudo é analisar os fatores socioeconómicos de um grupo de pessoas com DM e esclarecer a relação destas variáveis com a sua perceção de saúde/QdVRS, níveis de depressão e ansiedade.

## Material e Métodos

Realizou-se um estudo observacional transversal, numa amostra de conveniência de pessoas que aceitaram participar no estudo e utentes acompanhados nas seguintes USFs designadamente USF VitaSaurium, USF As Gândras, USF Coimbra Centro, USF Caminhos do Cértoma e USF Manuel Cunha.

Tratando-se de um estudo exploratório, o tamanho amostral mínimo pretendido era de 30 pessoas. Foi possível obter uma amostra de 60. No estudo, foram incluídas pessoas com idade igual ou superior a 18 anos reportando ter sido diagnosticadas com DM, que se dirigiram às USFs supracitadas, em âmbito de consulta médica ou de enfermagem nos dias em que decorreu o projeto de investigação.

Este estudo desenvolveu-se no âmbito do projeto Adjust2Pain, financiado pela Fundação para a Ciência e Tecnologia (FCT) com a referência SFRH/BPD/121452/2016. Nesse sentido, para este trabalho foi utilizado um questionário constituído por uma caracterização sociodemográfica e por 2 escalas diferentes: o 12-Item Short-Form Health Survey (SF-12) e a Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar (HADS).

Os dados sociodemográficos recolhidos foram os seguintes: sexo, idade, estado civil, religião, nível de escolaridade, situação face ao emprego e rendimento do agregado familiar.

O SF-12 é uma versão mais curta do 36-Item Short Form Health Survey (SF-36).<sup>21</sup> É um instrumento utilizado para avaliar a QdVRS autorreportada.<sup>22</sup> Este questionário é constituído por 12 itens representativos de 8 dimensões de saúde designadamente a função física, o desempenho físico, a dor corporal, a saúde em geral, a vitalidade, a função social, o desempenho emocional e a saúde mental.<sup>23</sup> Cada item apresenta um grupo de respostas distribuídas numa escala tipo Likert. Adicionalmente, é possível agrupar estes itens em dois grandes componentes: o Physical Component Summary (SF-12 PCS) e o Mental Component Summary (SF-12 MCS) que avaliam, respetivamente, a perceção de saúde física e a perceção de saúde mental dos participantes. A pontuação nestes dois componentes varia numa escala de 0 a 100<sup>23</sup> na medida em que, quanto mais elevada for a pontuação, melhor é a perceção de saúde física e mental. A validade e a fiabilidade da versão portuguesa do SF-12 foi demonstrada na literatura.<sup>23</sup>

A HADS, validada e traduzida para a população portuguesa, é uma escala utilizada para rastreio de ansiedade e depressão na semana prévia à realização do questionário.<sup>24</sup> Esta escala é constituída por 14 questões de escolha múltipla. A resposta a cada questão é quantificada numa escala tipo Likert de 4 pontos (0-3) podendo os resultados variar entre 0-42. No presente estudo, cada questão foi quantificada de 1- 4. A HADS é dividida em duas subescalas: a de Ansiedade (HADS-A) e a de Depressão (HADS-D), cada uma com 7 questões. A fiabilidade da versão portuguesa da HADS foi comprovada por um valor  $\alpha$  de Cronbach de 0,76 na HADS-A e de 0,81 na HADS-D.<sup>24</sup>

O projeto de investigação foi aprovado pela Comissão de Ética para a Investigação do Instituto Universitário de Ciências Psicológicas, Sociais e da Vida (ISPA) no dia 6 de abril de 2018 (ref.ª I/005/03/2018). De igual forma, o estudo foi aprovado pela Comissão de Ética do Department of Rehabilitation Medicine, University of Washington (Seattle, WA, Estados Unidos da América) no dia 21 de maio de 2018 (FWA #00006878).

A recolha dos dados decorreu entre maio de 2020 e janeiro de 2021. Os utentes foram devidamente informados acerca do âmbito e objetivos do estudo de investigação. Após a sua compreensão, o consentimento informado foi prestado oralmente e o mesmo foi assinado, quando feito o contacto presencial, ou em momento posterior, quando feito de forma telefónica. A participação foi voluntária, anónima e confidencial. O preenchimento dos questionários foi efetuado através de entrevista, a qual se realizou de forma presencial ou remota, por contacto telefónico.

Tendo em vista o tratamento e análise estatística dos dados, recorreu-se ao programa “IBM SPSS Statistics Version 26.0”. Inicialmente, foi realizada uma análise estatística descritiva por forma a caracterizar a amostra. No sentido de averiguar a normalidade da distribuição amostral, foi utilizado o teste de Kolmogorov-Smirnov. As variáveis não apresentaram uma distribuição normal. Por esse motivo, na análise inferencial foram utilizados testes não paramétricos nomeadamente a correlação de Spearman, o teste U de Mann-Whitney e o teste de Kruskal Wallis. Foi ainda efetuada uma regressão linear múltipla entre a idade, sexo e nível de escolaridade (variáveis independentes, que mostraram diferenças significativas) e a perceção de saúde física (variável dependente). Um valor de  $p < 0.05$  foi estabelecido como estatisticamente significativo.

## Resultados

Foi realizada uma caracterização sociodemográfica da amostra, representada na tabela 1. Na amostra estudada existiu um predomínio de doentes do sexo masculino (58,3%) e a mesma foi constituída sobretudo por uma população idosa, apresentando uma média de idades de  $68,88 \pm 13,85$  anos, com um intervalo de idades entre 18-92 anos. Relativamente ao estado civil, a maioria dos inquiridos eram casados (68,3%). No que concerne ao nível de escolaridade, a maior parte dos utentes (63,3%) tinha baixa escolaridade, até ao 4º ano. A nível profissional, a maioria das pessoas estavam reformadas (71,7%).

**Tabela 1.** Caracterização sociodemográfica da amostra (n=60).

Variável	Valores	n	%
<b>Sexo</b>	Feminino	25	41,7
	Masculino	35	58,3
<b>Idade (anos)</b>	Média $\pm$ DP	$68,88 \pm 13,85$	
<b>Estado civil</b>	Solteiro/a	7	11,7
	Casado/a ou em união de facto	41	68,3
	Divorciado/a ou separado/a	3	5
	Viúvo/a	9	15
<b>Religião</b>	Cristã católica / não católica	58	96,7
	Outra religião / não religioso	2	3,3
<b>Nível de escolaridade</b>	Até ao 4º ano	38	63,3
	5º ao 9º ano	13	21,7
	Ensino secundário ou superior	9	15
<b>Situação face ao emprego</b>	Trabalhador/a a tempo inteiro	10	16,7
	Trabalhador/a a tempo parcial	2	3,3
	Trabalhador/a familiar (não remunerado/a)	1	1,7
	Desempregado/a	3	5
	Reformado/a	43	71,7
	Estudante	1	1,7

<b>Rendimento do agregado familiar</b>	Inferior ou igual a 1029 €	9	15
	Entre 1030 € e 1785 €	7	11,7
	Superior ou igual a 1786 €	6	10

DP - desvio-padrão; n – número de indivíduos.

### **Relação entre a idade e a percepção de saúde, depressão e ansiedade**

Relativamente à análise inferencial, foi utilizado o coeficiente de correlação de Spearman de modo a apurar a relação entre a idade e a percepção de saúde física (SF-12 PCS) e mental (SF-12 MCS), a depressão (HADS-D) e a ansiedade (HADS-A). Os resultados encontram-se na tabela 2. Verificou-se a existência de uma correlação fraca, estatisticamente significativa entre a idade e a percepção de saúde física ( $\rho = -0,266$ ;  $p = 0,040$ ), revelando que quanto maior a idade, pior a percepção de saúde física. Relativamente às outras correlações, não foram identificadas diferenças estatisticamente significativas. No entanto, pareceu existir uma tendência para quanto maior a idade, menor o grau de depressão e de ansiedade.

**Tabela 2.** Correlação de Spearman entre a idade e o SF-12 (PCS e MCS), a HADS-D e a HADS-A.

	<b>Idade</b>
<b>SF-12 PCS</b>	
Correlação de Spearman ( $\rho$ )	- 0,266
p	<b>0,040</b>
<b>SF-12 MCS</b>	
Correlação de Spearman ( $\rho$ )	- 0,143
p	0,276
<b>HADS-D</b>	
Correlação de Spearman ( $\rho$ )	-0,034
p	0,798

<b>HADS-A</b>	
Correlação de Spearman ( $\rho$ )	-0,059
p	0,654

$\rho$  – correlação de Spearman; p – significância estatística.

### **Relação entre o sexo e a percepção de saúde, depressão e ansiedade**

O teste U de Mann-Whitney foi aplicado por forma a esclarecer a relação entre o sexo e a percepção de saúde física (SF-12 PCS) e mental (SF-12 MCS), a depressão (HADS-D) e a ansiedade (HADS-A). Os resultados encontram-se na tabela 3. Foi possível observar uma relação estatisticamente significativa entre o sexo e a percepção de saúde física ( $p = 0,003$ ), na medida em que doentes do sexo feminino pareceram ter uma pior percepção de saúde física comparativamente a doentes do sexo masculino. Não foram identificadas diferenças estatisticamente significativas nas restantes relações. Contudo, observou-se que doentes do sexo feminino tendencialmente apresentaram um maior grau de depressão e menor grau de ansiedade.

**Tabela 3.** Relação entre o sexo e o SF-12 (PCS e MCS), a HADS-D e a HADS-A.

	<b>Masculino</b>	<b>Feminino</b>
<b>SF-12 PCS</b>		
Score (média $\pm$ DP)	46,45 $\pm$ 7,30	38,13 $\pm$ 9,97
p	<b>0,003</b>	
<b>SF-12 MCS</b>		
Score (média $\pm$ DP)	53,83 $\pm$ 7,06	48,45 $\pm$ 11,77
p	0,154	
<b>HADS-D</b>		
Score (média $\pm$ DP)	16,03 $\pm$ 1,99	16,20 $\pm$ 1,98
p	0,611	
<b>HADS-A</b>		
Score (média $\pm$ DP)	20,60 $\pm$ 2,23	19,20 $\pm$ 3,45
p	0,129	

p – significância estatística; DP – desvio padrão.

### Relação entre a religião e a percepção de saúde, depressão e ansiedade

O teste U de Mann-Whitney foi novamente utilizado para avaliar a relação entre a religião e a percepção de saúde física (SF-12 PCS) e mental (SF-12 MCS), a depressão (HADS-D) e a ansiedade (HADS-A). Os resultados encontram-se na tabela 4. Não se verificaram relações estatisticamente significativas.

**Tabela 4.** Relação entre a religião e o SF-12 (PCS e MCS), a HADS-D e a HADS-A.

	<b>Cristã católica / não católica</b>	<b>Outra religião / não religioso</b>
<b>SF-12 PCS</b>		
Score (média ± DP)	42,80 ± 9,49	48,43 ± 3,80
p	0,547	
<b>SF-12 MCS</b>		
Score (média ± DP)	51,33 ± 9,66	59,12 ± 2,36
p	0,149	
<b>HADS-D</b>		
Score (média ± DP)	16,10 ± 2,01	16,00
p	0,983	
<b>HADS-A</b>		
Score (média ± DP)	19,97 ± 2,90	21,50 ± 0,71
p	0,598	

p – significância estatística; DP – desvio padrão.

### Relação entre o nível de escolaridade e a percepção de saúde, depressão e ansiedade

O teste de Kruskal-Wallis foi utilizado para investigar uma possível relação do nível de escolaridade com a percepção de saúde física (SF-12 PCS) e mental (SF-12 MCS), a depressão (HADS-D) e a ansiedade (HADS-A). Os resultados encontram-se na tabela 5. Foi possível identificar uma relação estatisticamente significativa entre o nível de escolaridade e a percepção de saúde física ( $p = 0,034$ ), revelando que quanto menor o nível de escolaridade, pior a percepção de saúde física. Não se verificaram diferenças



estatisticamente significativas entre o nível de escolaridade e a percepção de saúde mental. De igual forma, verificou-se que a relação entre o nível de escolaridade e as subescalas HADS-D e HADS-A não foi estatisticamente significativa. No entanto, pareceu haver uma tendência para as pessoas com menor nível de escolaridade apresentarem maior grau de depressão.

**Tabela 5.** Relação entre o nível de escolaridade e o SF-12 (PCS e MCS) e as subescalas HADS-D e HADS-A.

	SF-12 PCS		SF-12 MCS	
	Score (média ± DP)	p	Score (média ± DP)	p
<b>Nível de escolaridade</b>				
Até ao 4º ano	40,85 ± 9,26	<b>0,034</b>	50,21 ± 10,71	0,237
5º ao 9º ano	44,74 ± 9,71		54,54 ± 8,60	
Ensino secundário ou superior	49,49 ± 6,20		53,17 ± 3,60	
	HADS-D		HADS-A	
	Score (média ± DP)	p	Score (média ± DP)	p
<b>Nível de escolaridade</b>				
Até ao 4º ano	16,24 ± 1,98	0,567	19,68 ± 2,86	0,426
5º ao 9º ano	16,15 ± 2,34		20,62 ± 3,28	
Ensino secundário ou superior	15,44 ± 1,33		20,56 ± 2,24	

p – significância estatística; DP – desvio padrão.

### **Relação entre a situação face ao emprego e a percepção de saúde, depressão e ansiedade**

Tendo como objetivo averiguar a existência de uma relação entre a situação face ao emprego e a percepção de saúde física (SF-12 PCS) e mental (SF-12 MCS), depressão (HADS-D) e ansiedade (HADS-A), recorreu-se ao teste de Kruskal-Wallis. Os resultados encontram-se na tabela 6. Embora não se tenham verificado relações estatisticamente significativas, foi possível identificar uma tendência na medida em que trabalhadores, quer a tempo inteiro quer a tempo parcial, pareceram ter uma melhor percepção de saúde física e mental bem como um menor grau de depressão e ansiedade em relação a doentes reformados ou desempregados.

**Tabela 6.** Relação entre a situação face ao emprego e o SF-12 (PCS e MCS) e as subescalas HADS-D e HADS-A.

	SF-12 PCS		SF-12 MCS	
	Score (média ± DP)	p	Score (média ± DP)	p
<b>Situação face ao emprego</b>				
Trabalhador/a a tempo inteiro	44,02 ± 10,10	0,485	52,08 ± 7,23	0,509
Trabalhador/a a tempo parcial	51,71 ± 12,63		52,27 ± 6,19	
Trabalhador/a familiar (não remunerado/a)	38,17		32,83	
Desempregado/a	43,85 ± 11,06		49,54 ± 13,24	
Reformado/a	42,14 ± 9,20		51,81 ± 9,92	
Estudante	53,55		60,79	
	HADS-D		HADS-A	
	Score (média ± DP)	p	Score (média ± DP)	p
<b>Situação face ao emprego</b>				
Trabalhador/a a tempo inteiro	16,10 ± 2,33	0,488	19,20 ± 3,05	0,575
Trabalhador/a a tempo parcial	16,00		20,00 ± 4,24	
Trabalhador/a familiar (não remunerado/a)	12,00		16,00	
Desempregado/a	17,00 ± 1,00		21,00 ± 2,65	
Reformado/a	16,12 ± 1,94		20,19 ± 2,83	
Estudante	17,00		22,00	

p – significância estatística; DP – desvio padrão.

### **Relação entre o rendimento do agregado familiar e a perceção de saúde, depressão e ansiedade**

O teste de Kruskal-Wallis foi novamente utilizado com a finalidade de verificar se existia relação entre o rendimento do agregado familiar e a perceção de saúde física (SF-12 PCS) e mental (SF-12 MCS), depressão (HADS-D) e ansiedade (HADS-A). Os resultados encontram-se na tabela 6. Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre o rendimento do agregado familiar e a perceção de saúde física e mental, a depressão e a ansiedade. No entanto, pessoas com um rendimento igual ou superior a 1786 € tenderam a apresentar uma pior perceção de saúde física. Todavia, pareceu haver uma tendência para esse mesmo grupo de pessoas revelarem menores graus de depressão e ansiedade.

**Tabela 7.** Relação entre o rendimento do agregado familiar e o SF-12 (PCS e MCS) e as subescalas HADS-D e HADS-A.

	SF-12 PCS		SF-12 MCS	
	Score (média ± DP)	p	Score (média ± DP)	p
<b>Rendimento do agregado familiar</b>				
Inferior ou igual a 1029 €	41,65 ± 8,91	0,192	50,40 ± 11,10	0,567
Entre 1030 € e 1785 €	47,11 ± 9,57		57,13 ± 3,93	
Superior ou igual a 1786 €	41,10 ± 8,03		54,35 ± 7,38	
	HADS-D		HADS-A	
	Score (média ± DP)	p	Score (média ± DP)	p
<b>Rendimento do agregado familiar</b>				
Inferior ou igual a 1029 €	16,33 ± 2,65	0,269	20,44 ± 2,46	0,266
Entre 1030 € e 1785 €	17,14 ± 1,35		21,71 ± 1,98	
Superior ou igual a 1786 €	15,83 ± 1,17		20,00 ± 1,90	

p – significância estatística; DP – desvio padrão.

Finalmente, foi realizada uma regressão linear múltipla com o objetivo de esclarecer se as variáveis que apresentaram uma relação estatisticamente significativa com a percepção de saúde física designadamente a idade, o sexo e o nível de escolaridade, eram independentes umas das outras na forma como a influenciavam. Nesse sentido, a idade, o sexo e o nível de escolaridade constituíram as variáveis independentes e considerou-se a percepção de saúde física como variável dependente. Os resultados encontram-se na tabela 10. Apenas a idade e sexo se mantiveram como variáveis independentes a influenciar a percepção de saúde física, sendo que a idade o fez de forma inversa (quando maior a idade menor a percepção de saúde física) e o sexo masculino (1=masculino, 0=feminino) estava associado a melhor percepção de saúde física. Estas variáveis explicam 23,3% do modelo de percepção de saúde física.

**Tabela 8.** Regressão linear múltipla preditora da percepção de saúde física. R<sup>2</sup> ajustado 0,233.

	Variável dependente
	<b>SF-12 PCS</b>

	B ± EP	β	p	IC 95 %
<b>Idade</b>	- 0,173 ± 0,077	- 0,255	<b>0,029</b>	- 0,328 a - 0,018
<b>Sexo</b>	8,224 ± 2,155	0,435	<b>&lt;0,001</b>	3,909 a 12,539

B – coeficiente não padronizado; EP – erro padrão; β – coeficiente padronizado; p - significância estatística; IC – intervalo de confiança.

## Discussão

O presente estudo teve como objetivo esclarecer a relação de fatores socioeconómicos com a perceção de saúde/QdVRS, depressão e ansiedade em pessoas com DM.

No que diz respeito à qualidade de vida, a mesma foi avaliada através do SF-12, um questionário que mede a qualidade de vida relacionada com a perceção de saúde autorreportada.<sup>22</sup> De acordo com os resultados, verificou-se de forma estatisticamente significativa e independente das outras variáveis estudadas, que quanto maior é a idade, pior é a perceção de saúde física. Este resultado vai ao encontro de outros estudos realizados que indicam que uma idade mais avançada se relaciona com uma diminuição da QdVRS no caso de pessoas com DM2<sup>5</sup> assim como indivíduos com DM1 de maior idade apresentam uma menor qualidade de vida.<sup>10</sup>

De igual modo, foi observado que doentes do sexo feminino apresentaram uma pior perceção de saúde física comparativamente a doentes do sexo masculino, também de forma estatisticamente significativa e independente das outras variáveis estudadas. Na verdade, estudos feitos anteriormente em pessoas com DM2 demonstraram que o sexo feminino se encontra associado a um decréscimo da QdVRS.<sup>5,8,9</sup> Para além disso, isto também foi verificado em indivíduos com DM1.<sup>10</sup>

A religião não demonstrou diferenças estatisticamente significativas com a perceção de saúde. De facto, um estudo prévio indica que a religião não influencia significativamente a QdVRS de pessoas com DM2.<sup>25</sup>

No nível de escolaridade, encontrou-se uma relação estatisticamente significativa com a perceção de saúde física na medida em que, quanto menor é o nível de escolaridade, pior é a perceção de saúde física. Estes dados são concordantes com estudos já feitos que indicam que um baixo nível de escolaridade está associado a uma diminuição da QdVRS nos indivíduos com DM2<sup>8,9</sup> e nas pessoas com DM1.<sup>10</sup> Todavia, o nível de escolaridade foi eliminado na análise multivariada, o que poderá estar relacionado com o facto das pessoas com mais idade terem menor escolaridade.

Na situação face ao emprego, embora não se tenham identificado relações com significância estatística, foi possível observar uma tendência dado que trabalhadores, quer a tempo inteiro quer a tempo parcial, pareceram ter uma melhor perceção de saúde física e mental em relação a doentes reformados ou desempregados. Estes resultados

são concordantes com estudos prévios em pessoas com DM que indicam que doentes empregados apresentam melhor SF-12 PCS e MCS em relação a doentes desempregados/reformados<sup>26</sup> e que indivíduos com DM2 desempregados apresentam baixos níveis de QdVRS.<sup>9</sup>

Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre o rendimento do agregado familiar e a perceção de saúde. No entanto, pareceu existir uma propensão para pessoas com um rendimento igual ou superior a 1786 € terem uma pior perceção da saúde física. Mesmo sem significância estatística, estes resultados contrariam estudos já feitos que demonstram que pessoas com DM2 com um baixo rendimento apresentam uma menor qualidade de vida comparativamente a pessoas com um rendimento mais elevado.<sup>12</sup>

A presença e a classificação da depressão e ansiedade foram avaliadas pelas subescalas HADS-D e HADS-A, respetivamente. Tendo em conta os resultados obtidos, não se verificaram correlações estatisticamente significativas entre a idade e a depressão e a ansiedade. No entanto, foi evidente uma tendência para maior idade, menor grau de depressão. Estes dados não vão ao encontro de estudos já realizados em pessoas com DM2 que demonstram uma correlação positiva e estatisticamente significativa entre a idade e a subescala HADS-D sugerindo que doentes idosos apresentam maiores graus de depressão.<sup>18,19</sup> Parece também haver uma tendência para maior idade, menor grau de ansiedade, sendo concordante com resultados obtidos em estudos anteriores de indivíduos com DM2 que evidenciam uma correlação negativa e estatisticamente significativa entre a idade e a subescala HADS-A indicando que doentes idosos revelam menores graus de ansiedade.<sup>18</sup>

Relativamente ao sexo, não foram identificadas diferenças com significado estatístico entre o sexo e as subescalas HADS-D e HADS-A. No entanto, pareceu existir uma propensão para doentes do sexo feminino apresentarem maiores graus de depressão e menores graus de ansiedade comparativamente a doentes do sexo masculino. Estes factos são incongruentes com os resultados obtidos em estudos anteriores em pessoas com DM2 que demonstraram que doentes do sexo feminino apresentam maiores graus de depressão bem como de ansiedade relativamente a doentes do sexo masculino.<sup>18,19</sup>

Não se observaram relações estatisticamente significativas entre a religião e as subescalas HADS-D e HADS-A. Tendo em conta o número reduzido de pessoas com

outra religião/não religiosas face ao número considerável de pessoas com uma religião cristã, era expectável que não se verificassem diferenças com significado estatístico.

Apesar da relação entre o nível de escolaridade e a depressão não ser estatisticamente significativa, pareceu haver uma tendência para as pessoas com menor nível de escolaridade apresentarem maior grau de depressão. Existe controvérsia na literatura na DM na medida em que alguns estudos verificam que não existe uma relação significativa entre o nível de escolaridade e a depressão<sup>16,18</sup> enquanto outros estudos afirmam que um baixo nível de escolaridade se encontra associado a sintomas depressivos.<sup>16,20</sup> A relação entre o nível de escolaridade e ansiedade não foi estatisticamente significativa, o que vai ao encontro dos resultados obtidos em estudos prévios que não observam diferenças com significado estatístico entre a escolaridade e sintomas de ansiedade nos indivíduos com DM2.<sup>18</sup>

Na situação face ao emprego, embora não se tenha verificado uma relação estatisticamente significativa com a depressão e ansiedade, foi possível observar uma tendência na medida em que doentes reformados e desempregados pareceram ter uma maior prevalência e maior grau de depressão e ansiedade em relação a trabalhadores (quer a tempo inteiro quer a tempo parcial). Estes dados são concordantes com os resultados obtidos em estudos prévios da DM2 que indicam que, de forma estatisticamente significativa, doentes reformados e desempregados apresentam um maior grau de sintomas depressivos face a doentes empregados.<sup>19</sup> Os mesmos estudos não demonstram uma diferença significativa entre a situação face ao emprego e a ansiedade.<sup>19</sup>

No rendimento do agregado familiar não foi identificada uma relação estatisticamente significativa com a depressão e ansiedade. No entanto, pareceu haver uma propensão para pessoas com rendimento mais elevado (igual ou superior a 1786€) apresentarem menor prevalência e grau de depressão e ansiedade. Estes dados estão de acordo com resultados obtidos em outros estudos sobre DM que demonstram que doentes com rendimento baixo apresentam com maior frequência sintomas depressivos e de ansiedade.<sup>16,20</sup>

Tendo em conta os resultados obtidos, consideram-se limitações deste estudo o facto de se ter obtido uma amostra reduzida e por conveniência, podendo não ser representativa da população em geral. É importante salientar também que existiram duas modalidades de entrevista, presencial e por via telefónica. A leitura dos

questionários não foi uniforme uma vez que foi realizada por diferentes investigadores, podendo existir um viés. Tratando-se de um estudo observacional transversal, não é possível estabelecer relações de causalidade entre as variáveis em estudo, apesar destes questionários constituírem um método validado para analisar estas variáveis. Acrescenta-se que a HADS não permite estabelecer o diagnóstico de depressão ou ansiedade pelo que é sempre necessária uma avaliação clínica.

Como pontos fortes do estudo, há a salientar o facto de ter sido feito em diferentes USFs, contribuindo para a diversidade da amostra e o facto da distribuição por sexo e por faixa etária se encontrar de acordo com a prevalência da diabetes em Portugal, tornando a amostra mais próxima da representatividade. Na amostra estudada, constatou-se que existe um predomínio de doentes do sexo masculino (58,3%), sendo esta informação concordante com a disponibilizada pelo Relatório do Observatório Nacional da Diabetes de 2015 que verifica uma maior prevalência da diabetes no sexo masculino na população portuguesa.<sup>27</sup> Adicionalmente, observou-se que a população que constitui a amostra é sobretudo idosa, com uma média de idades de 68,88 anos, encontrando-se estes dados em conformidade com os dados publicados no relatório supracitado que refere que a faixa etária em que a diabetes é mais prevalente corresponde ao intervalo 60-79 anos de idade.<sup>27</sup> A maioria dos inquiridos encontram-se reformados (71,7%) e apresentam um baixo nível de escolaridade, 63,3% até ao 4º ano, o que vai ao encontro dos dados revelados pelo Inquérito Nacional de Saúde que constata uma maior prevalência da diabetes nas pessoas sem atividade profissional remunerada e nos indivíduos sem escolaridade ou com o ensino básico.<sup>3</sup>

Considera-se pertinente repetir o estudo com uma amostra de maior dimensão, englobando todas as regiões do país de modo a perceber também se a localização geográfica terá alguma influência nos resultados.



## **Conclusão**

A presente investigação permitiu identificar que alguns fatores socioeconómicos se encontram, de forma estatisticamente significativa, relacionados com a qualidade de vida percebida pelas pessoas com diabetes. De facto, verificou-se que a idade avançada e o sexo feminino estão associados, de forma independente, a uma pior perceção de saúde física, permitindo inferir que a QdVRS destas pessoas será menor comparativamente aos outros. Estes resultados possibilitam a adoção de estratégias dirigidas que têm como objetivo melhorar a qualidade de vida destes indivíduos como a promoção de medidas de estilo de vida saudáveis. Os restantes fatores socioeconómicos não apresentaram diferenças significativas no que diz respeito à qualidade de vida. De igual modo, também não foram identificadas relações com significado estatístico entre as variáveis socioeconómicas e a depressão e ansiedade nos utentes com diabetes.

Nesse sentido, sugere-se que se continuem a realizar estudos neste tema, utilizando uma amostra mais ampla e envolvendo diferentes regiões por forma a esclarecer a influência dos fatores socioeconómicos na qualidade de vida, depressão e ansiedade das pessoas com diabetes.

## **Agradecimentos**

Agradeço à Professora Doutora Inês Rosendo, pela orientação e pela ajuda e acompanhamento constantes ao longo da realização deste trabalho.

Agradeço à Doutora Tânia Coelho, pela coorientação e pelas suas palavras de incentivo.

Agradeço à Professora Doutora Alexandra Valente, por ter concedido a base de dados necessária a este trabalho.

Agradeço a todas as pessoas que aceitaram amavelmente participar neste projeto.

Agradeço a todos os profissionais de saúde e funcionários das USFs mencionadas, por terem tornado possível a realização deste estudo.

Agradeço à minha avó, por sempre acreditar em mim.

Agradeço aos meus pais, pelo apoio incondicional e por representarem tudo o que considero que um médico deve ser. Espero um dia poder ser tão boa médica quanto eles.

Agradeço aos meus irmãos, por me animarem quando mais precisava.

Agradeço às minhas amigas mais próximas, por me ouvirem nos momentos de tristeza e saberem sempre o que dizer e por me fazerem ter confiança em mim mesma.

Por fim, gostaria de dedicar este trabalho aos meus avós.

## Referências Bibliográficas

1. Goyal R, Jialal I. Diabetes Mellitus Type 2 [Internet]. StatPearls. 2020. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30020625>
2. International Diabetes Federation. IDF Diabetes Atlas. In: 9th ed. 2019.
3. Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge. 1º Inquérito Nacional de Saúde com Exame Físico (INSEF 2015): Estado de Saúde. INSA IP, editor. Lisboa; 2016. 64 p.
4. Yin S, Njai R, Barker L, Siegel PZ, Liao Y. Summarizing health-related quality of life (HRQOL): development and testing of a one-factor model. *Popul Health Metr.* 2016 Jul 11;14(1):22.
5. Wexler DJ, Grant RW, Wittenberg E, Bosch JL, Cagliero E, Delahanty L, et al. Correlates of health-related quality of life in type 2 diabetes. *Diabetologia.* 2006 Jul 29;49(7):1489–97.
6. Assari S, Moghani Lankarani M, Piette J, Aikens J. Socioeconomic Status and Glycemic Control in Type 2 Diabetes; Race by Gender Differences. *Healthcare.* 2017 Nov 1;5(4):83.
7. Reis AC dos, Cunha MV, Bianchin MA, Freitas MTR, Castiglioni L. Comparison of quality of life and functionality in type 2 diabetics with and without insulin. *Rev Assoc Med Bras.* 2019 Dec;65(12):1464–9.
8. Kamradt M, Krisam J, Kiel M, Qreini M, Besier W, Szecsenyi J, et al. Health-Related Quality of Life in Primary Care: Which Aspects Matter in Multimorbid Patients with Type 2 Diabetes Mellitus in a Community Setting? Puebla I, editor. *PLoS One.* 2017 Jan 26;12(1):e0170883.
9. Javanbakht M, Abolhasani F, Mashayekhi A, Baradaran HR, Jahangiri noudeh Y. Health Related Quality of Life in Patients with Type 2 Diabetes Mellitus in Iran: A National Survey. Atkin SL, editor. *PLoS One.* 2012 Aug 30;7(8):e44526.
10. Alvarado-Martel D, Velasco R, Sánchez-Hernández RM, Carrillo A, Nóvoa FJ, Wägner AM. Quality of life and type 1 diabetes: a study assessing patients' perceptions and self-management needs. *Patient Prefer Adherence.* 2015 Sep;9:1315–23.
11. Juárez-Rojop IE, Fortuny-Falconi CM, González-Castro TB, Tovilla-Zárate CA, Villar-Soto M, Rodríguez Sanchez E, et al. Association between reduced quality

- of life and depression in patients with type 2 diabetes mellitus: a cohort study in a Mexican population. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2018 Oct;14:2511–8.
12. Alfian SD, Sukandar H, Lestari K, Abdulah R. Medication Adherence Contributes to an Improved Quality of Life in Type 2 Diabetes Mellitus Patients: A Cross-Sectional Study. *Diabetes Ther*. 2016 Dec;7(4):755–64.
  13. Subasinghe SS, Bongetti E, O'Brien CL, Silberberg C, Ward G et al. A Review of the Prevalence and Associations of Depression and Anxiety in Type 1 Diabetes Mellitus. *Diabetes Metab Disord*. 2015 Dec 18;2(1):1–11.
  14. Razieh C, Khunti K, Davies MJ, Edwardson CL, Henson J, Darko N, et al. Association of depression and anxiety with clinical, sociodemographic, lifestyle and environmental factors in South Asian and white European individuals at high risk of diabetes. *Diabet Med*. 2019 Sep;36(9):1158–67.
  15. Ducat L, Philipson LH, Anderson BJ. The Mental Health Comorbidities of Diabetes. *JAMA*. 2014 Aug 20;312(7):691–2.
  16. Leone T, Coast E, Narayanan S, de Graft Aikins A. Diabetes and depression comorbidity and socio-economic status in low and middle income countries (LMICs): a mapping of the evidence. *Global Health*. 2012;8(1):39.
  17. AlBekairy A, AbuRuz S, Alsabani B, Alshehri A, Aldebasi T, Alkatheri A, et al. Exploring Factors Associated with Depression and Anxiety among Hospitalized Patients with Type 2 Diabetes Mellitus. *Med Princ Pract*. 2017;26(6):547–53.
  18. Amorim IL, Coelho R. Diabetes Mellitus Tipo 2 E Sintomas Psicopatológicos. *Psicol Saúde e Doenças*. 2008;9(2):319–33.
  19. Costa EG, Campos RP, Costa EC. Relationship between socio-demographic, clinical and psychosocial variables in patients with Type 2 Diabetes. *Análise Psicológica*. 2013 Nov 29;32(1):63–77.
  20. Sun N, Lou P, Shang Y, Zhang P, Wang J, Chang G, et al. Prevalence and determinants of depressive and anxiety symptoms in adults with type 2 diabetes in China: a cross-sectional study. *BMJ Open*. 2016 Aug 16;6(8):e012540.
  21. Ware JE, Kosinski M, Keller SD. SF-12: How to Score the SF-12 Physical and Mental Health Summary Scales. Vol. 3rd. Boston, MA: The Health Institute, New England Medical Center; 1998.
  22. Huo T, Guo Y, Shenkman E, Muller K. Assessing the reliability of the short form

- 12 (SF-12) health survey in adults with mental health conditions: a report from the wellness incentive and navigation (WIN) study. *Health Qual Life Outcomes*. 2018 Feb 13;16(1):34.
23. Silveira MF, Almeida JC, Freire RS, Haikal DS, Martins AE. Propriedades psicométricas do instrumento de avaliação da qualidade de vida: 12-item health survey (SF-12). *Cien Saude Colet*. 2013 Jul;18(7):1923–31.
24. Pais-Ribeiro J, Silva I, Ferreira T, Martins A, Meneses R, Baltar M. Validation study of a Portuguese version of the Hospital Anxiety and Depression Scale. *Psychol Health Med*. 2007 Mar;12(2):225–37.
25. Saffari M, Lin C-Y, Chen H, Pakpour AH. The role of religious coping and social support on medication adherence and quality of life among the elderly with type 2 diabetes. *Qual Life Res*. 2019 Aug;28(8):2183–93.
26. Al-Khaledi M, Al-Dousari H, Al-Dhufairi S, Al-Mousawi T, Al-Azemi R, Al-Azimi F, et al. Diabetes Self-Management: A Key to Better Health-Related Quality of Life in Patients with Diabetes. *Med Princ Pract*. 2018;27(4):323–31.
27. Observatório Nacional da Diabetes. Diabetes: Factos e Números - O ano de 2015 - Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes [Internet]. 8th ed. Sociedade Portuguesa de Diabetologia. Lisboa; 2016. 67 p. Available from: <https://www.spd.pt/index.php/notcias-topmenu-19/663-2017-03-16-16-19-17>

## Anexos

### Anexo I – Aprovação do questionário pela Comissão de Ética do Department of Rehabilitation Medicine, University of Washington



UNIVERSITY of WASHINGTON  
HUMAN SUBJECTS DIVISION

#### IRB APPROVAL OF APPLICATION

May 21, 2018

Dear Mark Jensen:

On 5/21/2018, University of Washington IRB Committee B reviewed the following application:

Type of Review:	Initial Study
Title of Study:	ADJUST2PAIN: Effects of Beliefs and Coping in the Adjustment to Pain
Investigator:	Mark Jensen
IRB ID:	STUDY00004728
Funding:	Name: Fundacao Para A Ciencia E A Tecnologia, Grant Office ID: N/A - grant not administered through OSP, Funding Source ID: SFRH/BPD/121452/2016
IND, IDE, or HDE:	None

#### IRB Approval

Under FWA #00006878, the IRB approved your activity from 5/21/2018 to 5/20/2019.

- Your application qualified for expedited review ("minimal risk"; Categories 5 and 7).
- This approval applies only to the activities described in your application (including any references to specific grant sections). It does not include other activities that may be described in your grant or contract.
- Depending on the nature of your study, you may need to obtain other approvals or permissions to conduct your research. For example, you might need to apply for access to data (e.g., to obtain UW student data). Or you might need to obtain permission from facilities managers to approach possible subjects or conduct research procedures in the facilities (e.g., Seattle School District; the Harborview Emergency Department).

#### Determinations, waivers, and regulations

The IRB made the determinations and waivers listed in the table below. Note that any granted waivers of consent or parent permission do not override a subject's refusal to provide broad consent.

Requirement	Determination or Waiver
Consent	<ul style="list-style-type: none"><li>• Waived for accessing records to identify potential subjects</li><li>• Waived for asking non-consenters their reasons for not participating</li></ul>
Required elements of consent	Waived for phone screening: questions, rights, injury contact; refuse, discontinue with no loss
Documentation of consent	Waived for phone screening
HIPAA Authorization	<ul style="list-style-type: none"><li>• Waived for accessing records to identify potential</li></ul>

4333 Brooklyn Ave. NE, Box 359470 Seattle, WA 98195-9470

main 206.543.0098 fax 206.543.9218 hsdinfo@u.washington.edu [www.washington.edu/research/hsd](http://www.washington.edu/research/hsd)

Implemented 01/12/2018 – Version 1.6 - Page 1 of 2

	subjects • Waived for subjects who provide oral consent during the phone screening to access their medical records to ensure eligibility
--	---

Location of documents

Use the consent forms that were approved and stamped by the IRB. They can be downloaded from the Final column under the Documents tab in Zipline.

In addition, HSD has uploaded the following documents to the Documents tab in Zipline:

- Confidentiality Agreement (the original document will be sent in hard copy)

Thank you for your commitment to ethical and responsible research. We wish you great success!

Sincerely,

Galen Basse  
Team Operations Lead, IRB B  
206.685.1211  
[gkbasse@uw.edu](mailto:gkbasse@uw.edu)



Comissão de Ética de Investigação  
ISPA - Instituto Universitário de Ciências  
Psicológicas, Sociais e da Vida  
Rua Jardim do Tabaco, 34,  
1149-041 Lisboa  
Telefone: (351) 218 811 700  
Fax: (351) 218 860 954

## COMISSÃO DE ÉTICA

### PARECER

I/005/03/2018

**Título do projeto:** Mediation and moderation effects of culture, religion, beliefs and coping in the adjustment to chronic pain.

**Investigador responsável:** Alexandra Ferreira Valente

**Instituição/Curso:** ISPA- Instituto Universtário

**Telefone para contato:**

O protocolo do estudo apresenta objetivos relevantes. Foram descritos adequadamente os métodos e procedimentos a adotar e estes respeitam os direitos humanos e as recomendações constantes nos documentos nacionais e internacionais relativos à ética em investigação.

Assim, o parecer da Comissão de Ética do ISPA-Instituto Universitário é favorável à realização do estudo em epígrafe.

Qualquer alteração futura aos procedimentos descritos do estudo que possam colidir com os critérios éticos de investigação com seres humanos ou animais não humanos constantes nos referidos regulamentos, exigem uma reapresentação do pedido de apreciação a esta Comissão.

Comissão Ética do ISPA – Instituto Universitário

(Assinatura do Presidente da CE)

Lisboa, 6 de Abril de 2018.



**ADJUST2PAIN Study: efeitos das crenças e do *coping* na adaptação à dor**  
Mediation and moderation effects of culture, religion, beliefs and coping in the adjustment to chronic pain

Alexandra Valente, Ph.D.	Investigadora em Pós-Doutoramento	+351 969 082 988
José Pais Ribeiro, Ph.D.	Professor	+351 965 045 590
Mark P. Jensen, Ph.D.	Professor, Vice-Reitor para a Investigação	+1 206 543 3185
Telefone Geral do Estudo: + 351 218 811 748		

A dor crónica é um problema significativo que afeta cerca de 1 em cada 3 adultos em Portugal. A investigação mostra que aquilo que as pessoas com dor crónica pensam acerca da sua dor e aquilo que fazem para lidar com a sua dor afeta a sua qualidade de vida e bem-estar. As conclusões desta investigação têm levado ao desenvolvimento de tratamentos multidisciplinares da dor que são mais eficazes no controlo da dor do que o tratamento farmacológico ou puramente biomédico tomado isoladamente. Estes tratamentos têm sido desenvolvidos, sobretudo, nos Estados Unidos da América, e vêm sendo aplicados em Portugal. Mas, aquilo que pensamos acerca da dor e aquilo que fazemos para lidar com ela depende da cultura e do país de origem de cada pessoa. Por isso, é importante entender como é que os tratamentos psicológicos poderão ser adaptados de forma a melhorar a sua eficácia junto de pessoas de diferentes grupos culturais.

O objetivo desta investigação é melhorar a eficácia dos tratamentos multidisciplinares da dor, originalmente desenvolvidos nos Estados Unidos da América, no contexto cultural português. Pretende-se comparar a experiência de pessoas com dor crónica dos Estados Unidos da América e de Portugal, com vista a propor de que forma os tratamentos multidisciplinares da dor desenvolvidos nos Estados Unidos devem ser adaptados à cultura portuguesa.

Este estudo está a ser desenvolvido, em parceria, pelo *William James Center for Research*, ISPA – Instituto Universitário (Lisboa, Portugal), e pela *University of Washington* (Seattle, WA, Estados Unidos da América), no âmbito de projeto de pós-doutoramento financiado pela Fundação para a Ciência e Tecnologia (SFRH/BPD/121452/2016), sob responsabilidade da Doutora Alexandra Ferreira Valente.

**A sua experiência e perspetiva são únicas. Por isso, a sua participação é essencial.**

A participação neste estudo implica o preenchimento de um questionário acerca da sua experiência de dor, estratégias que usa para lidar com a dor e crenças pessoais acerca da dor. Este questionário demorará cerca de 20 a 30 minutos a preencher. O questionário é preenchido em casa ou no serviço de saúde onde recebe tratamento, antes do seu tratamento, em versão papel-e-caneta ou eletrónica (no site do projeto de investigação).

A participação é completamente voluntária. Todas as informações recolhidas são anónimas e confidenciais, e acessíveis apenas aos investigadores do estudo.

Por favor, leia com atenção este documento. Se tiver dúvidas, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda em participar, por favor, assinie este documento.

Eu declaro que:

- (1) O âmbito, objetivos e procedimentos deste estudo de investigação me foram explicados e que todas as perguntas que fiz me foram respondidas;
- (2) Fui informado/a que a minha participação é voluntária, anónima e confidencial, e que posso desistir de participar a qualquer momento;
- (3) Fui informado/a de que posso ter acesso aos meus dados e aos resultados do estudo, se o desejar;
- (4) Aceito participar nesta investigação.

NOME (primeiro e último): \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_

**Anexo IV** – Questionário “Adjust2pain: Efeitos das crenças e do coping na adaptação à dor”

**POR FAVOR, LEIA COM ATENÇÃO E ASSINALE AS SUAS RESPOSTAS ÀS SEGUINTESS QUESTÕES.**

**Sexo:**  Feminino  Masculino

**Idade:** \_\_ \_\_ anos

**Estado Civil:**

- Solteiro/a  
 Casado/a ou em união de facto  
 Divorciado/a ou separado/a  
 Viúvio/a

**Qual o nível de escolaridade completo que possui** (por favor, assinale o nível de escolaridade mais elevado que completou):

- Nenhum. Não sei ler ou escrever  
 Nenhum, mas eu sei ler ou escrever  
 Sei ler ou escrever, mas não completei o ensino primário  
 1.º ciclo (ensino primário, 4.º classe/ano)  
 2.º ciclo (6.º ano)  
 3.º ciclo (ensino básico, 9.º ano)  
 Ensino secundário (12.º ano)  
 Bacharelato ou licenciatura ou equivalente  
 Mestrado ou equivalente  
 Doutoramento ou equivalente

**Área de residência:**

Distrito \_\_\_\_\_ Concelho \_\_\_\_\_

Freguesia \_\_\_\_\_

**Qual das seguintes expressões descreve melhor o local onde vive?**

- Centro histórico de uma grande cidade (e.g. Lisboa)  
 Uma grande cidade (e.g. Lisboa)  
 Arredores de uma grande cidade  
 Uma cidade de media dimensão (e.g. Figueira da Foz)  
 Uma vila ou uma pequena cidade (e.g. Mafra)  
 Uma aldeia (e.g. Piódão)  
 Uma quinta ou casa de campo

**Situação face ao emprego:**

- Trabalhador/a a tempo inteiro (por conta própria)  
 Trabalhador/a a tempo inteiro (por conta de outrem)  
 Trabalhador/a a tempo parcial (por conta própria)  
 Trabalhador/a a tempo parcial (por conta de outrem)  
 Trabalhador/a familiar (não remunerado/a)  
 Desempregado/a  
 Reformado/a  
 Estudante  Outra. Qual? \_\_\_\_\_

**Se respondeu “desempregado/a” ou “reformado/a”, por favor indique quais das seguintes expressões melhor descreve os motivos para essa situação (por favor, assinale todas as opções que se aplicam):**

- Decisão/escolha pessoal ou familiar  
 Decisão da empresa/empregador  
 Dificuldade em encontrar um emprego  
 Atingi a idade da reforma  
 Devido à causa da minha dor ou à incapacidade relacionada com a dor  
 Devido a outro problema de saúde  
 Outro. Qual? \_\_\_\_\_  
 Outro, mas prefiro não dizer qual  
 Prefiro não responder

**Por favor, indique a sua profissão/ocupação (se respondeu “desempregado/a” ou “reformado/a”, por favor refira-se à sua última profissão/ocupação):** \_\_\_\_\_

**Língua mãe:**

- |  |                                |                               |                               |
|--|--------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|
| <input type="radio"/> Português          | <input type="radio"/> Espanhol | <input type="radio"/> Chinês  | <input type="radio"/> Tagalog |
| <input type="radio"/> Vietnamita         | <input type="radio"/> Árabe    | <input type="radio"/> Francês | <input type="radio"/> Coreano |
| <input type="radio"/> Russo              | <input type="radio"/> Alemão   | <input type="radio"/> Crioulo | <input type="radio"/> Hindi   |
| <input type="radio"/> Inglês             | <input type="radio"/> Italiano | <input type="radio"/> Polaco  | <input type="radio"/> Urdu    |
| <input type="radio"/> Outra. Qual? _____ |                                |                               |                               |

**Pertence a um grupo minoritário em Portugal, pela nacionalidade, cor da pele ou etnia?**

(Se autoriza o tratamento da informação responda à questão com “sim” ou “não”, se não autoriza assinale a opção “recuso-me a responder”)

- Sim  
 Não  
 Prefiro não responder

- |   |   |
|---|---|
| <b>Nacionalidade</b> _____                | <input type="radio"/> Prefiro não responder |
| <b>Nacionalidade da mãe</b> _____         | <input type="radio"/> Prefiro não responder |
| <b>Nacionalidade do pai</b> _____         | <input type="radio"/> Prefiro não responder |
| <b>Nacionalidade da avó materna</b> _____ | <input type="radio"/> Prefiro não responder |
| <b>Nacionalidade do avô materno</b> _____ | <input type="radio"/> Prefiro não responder |
| <b>Nacionalidade da avó paterna</b> _____ | <input type="radio"/> Prefiro não responder |
| <b>Nacionalidade do avô paterno</b> _____ | <input type="radio"/> Prefiro não responder |

**DE SEGUIDA, ENCONTRA ALGUMAS PERGUNTAS ACERCA DA SUA DOR. LEIA COM ATENÇÃO E RESPONDA A TODAS AS QUESTÕES.**

**Ao longo da vida, a maior parte de nós teve dor de vez em quando (tais como dores de cabeça de pequena importância, entorses e dores de dentes). Teve alguma dor diferente destas dores comuns hoje?**

Sim

Não

**Por favor, indique se tem (ou teve) o(s) seguinte(s) problema(s) de saúde (assinale todos os que se aplicam):**

Artrose

Artrite reumatóide

Osteoporose

Dor associada a trauma ou fratura

Lesão/doença no/do joelho(s)

Lesão/doença no/do ombro

Torcicolo/rigidez do pescoço

Doença/lesão do(s) disco(s) intervertebrais ou vértebras

Doença/lesão do(s) da coluna não especificada(s)

Ciática (dor do nervo ciático)

Escoliose

Síndrome do túnel cárpico

Fibromialgia

Enxaqueca ou outra dor de cabeça crónica

Cancro

Doença vascular periférica

Dor associada a intervenção(ões) cirúrgica(s)

Diabetes

Doença de Crohn ou Colite ulcerativa

Lesão medular

Amputação de membro

Endometriose

Dor devido a outro problema de saúde

Nenhum dos anteriores  Prefiro não responder

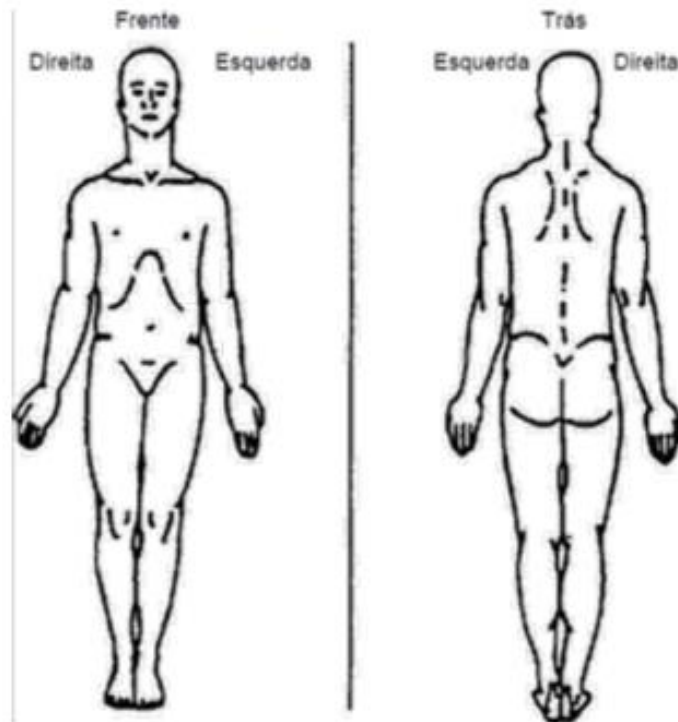
**Se sente dor devido a algum dos problemas de saúde assinalados acima, indique se está a fazer algum tratamento para a sua dor ou para o problema de saúde que está associado à sua dor.**

Sim

Não

<b>Se sim, qual ou quais?</b>	<b>Quando iniciou esse(s) tratamento(s)?</b>
<input type="radio"/> Fármaco(s)/ Medicamento(s)	_____
<input type="radio"/> Fisioterapia	_____
<input type="radio"/> Hidroterapia	_____
<input type="radio"/> Acupuntura	_____
<input type="radio"/> Osteopatia	_____
<input type="radio"/> Relaxamento	_____
<input type="radio"/> Hipnose	_____
<input type="radio"/> Psicoterapia	_____
<input type="radio"/> Outro(s). Qual(is)? _____	_____

Nas figuras marque as áreas onde sente dor. Coloque um X na zona que lhe dói mais.



Tem dor todos os dias ou quase?  Sim  Não

Se sim, por favor indique há quanto tempo tem/sente dor:

- Há menos de 3 meses
- Entre 3 e 6 meses
- Entre 7 meses e 11 meses
- Entre 1 e 2 anos
- Entre 3 e 4 anos
- Entre 5 e 9 anos
- Há mais de 10 anos

Se sim, por favor indique há quanto tempo lhe foi diagnosticado o problema de saúde que causa a sua dor:

- Há menos de 3 meses
- Entre 3 e 6 meses
- Entre 7 meses e 11 meses
- Entre 1 e 2 anos
- Entre 3 e 4 anos
- Entre 5 e 9 anos
- Há mais de 10 anos

Por favor, classifique a sua dor assinalando com um círculo o número que melhor descreve a sua dor no seu **máximo** nas últimas 24 horas, desde 0 ("sem dor") até 10 ("a pior dor que se pode imaginar").

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
 Sem dor Pior dor que se pode imaginar

Por favor, classifique a sua dor assinalando com um círculo o número que melhor descreve a sua dor no seu **mínimo** nas últimas 24 horas, desde 0 ("sem dor") até 10 ("a pior dor que se pode imaginar").

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
 Sem dor Pior dor que se pode imaginar

Por favor, classifique a sua dor assinalando com um círculo o número que melhor descreve a sua dor **em média** nas últimas 24 horas, desde 0 ("sem dor") até 10 ("a pior dor que se pode imaginar").

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
 Sem dor Pior dor que se pode imaginar

Por favor, classifique a sua dor assinalando com um círculo o número que indica a intensidade da sua dor **neste preciso momento**, desde 0 ("sem dor") até 10 ("a pior dor que se pode imaginar").

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
 Sem dor Pior dor que se pode imaginar

**Que tratamentos ou medicamentos está a fazer para a sua dor?**

---

Nas últimas 24 horas, até que ponto é que os tratamentos e os medicamentos aliviaram a sua dor? Por favor, assinale com um círculo a percentagem que melhor demonstra o **alívio** que sentiu.

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%  
 Nenhum Alívio completo  
 alívio

**Assinale com um círculo o número que descreve em que medida é que, durante as últimas 24 horas, a sua dor interferiu com a sua/seu:**

**Atividade geral**

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Não interferiu

Interferiu completamente

**Disposição**

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Não interferiu

Interferiu completamente

**Capacidade de andar a pé**

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Não interferiu

Interferiu completamente

**Trabalho normal (inclui tanto o trabalho doméstico como o trabalho fora de casa)**

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Não interferiu

Interferiu completamente

**Relações com outras pessoas**

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Não interferiu

Interferiu completamente

**Sono**

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Não interferiu

Interferiu completamente

**Prazer de viver**

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Não interferiu

Interferiu completamente

**Nos últimos 6 meses, foi alguma vez internado/a devido a (por favor, assinale todas as opções que se aplicam):**

Ansiedade

Depressão

Outro problema emocional/psicológico

Nenhum dos anteriores

Prefiro não responder

**Nos últimos 6 meses, teve/teve ou levou a cabo algum dos seguintes (por favor, assinale todas as opções que se aplicam):**

Desejo de pôr termo à (terminar com a) sua vida

Tentou pôr termo à (terminar com a) sua vida

Nenhum dos anteriores

Prefiro não responder

Por favor, classifique o quanto está confiante neste momento de que consegue fazer as seguintes coisas, apesar da dor. Assinale, com um círculo, o número que que melhor descreve a sua resposta, considerando que (0) indica nada confiante e (6) totalmente confiante.

Por exemplo:

0    1    2    3    4    5    6  
 Nada    Totalmente  
 confiante    confiante

Lembre-se que este questionário não pergunta se tem ou não feito estas coisas, mas sim o quanto confiante está de que consegue fazê-las neste momento, apesar da dor.

	Nada confiante				Totalmente confiante			
	0	1	2	3	4	5	6	
Consigo apreciar as coisas, apesar da dor.	0	1	2	3	4	5	6	
Consigo fazer a maior parte das tarefas domésticas (por exemplo, arrumar a casa, lavar pratos, lavar o carro, etc.), apesar da dor.	0	1	2	3	4	5	6	
Consigo continuar a conviver com os meus amigos e familiares com a mesma frequência que antes, apesar da dor.	0	1	2	3	4	5	6	
Consigo lidar com a dor na maior parte das situações.	0	1	2	3	4	5	6	
Consigo fazer alguns trabalhos, apesar da dor (inclui o trabalho doméstico, e o trabalho remunerado e não remunerado).	0	1	2	3	4	5	6	
Ainda consigo fazer muitas das coisas de que gosto, tais como atividades de tempos livres ou de lazer, apesar da dor.	0	1	2	3	4	5	6	
Consigo lidar com a dor sem tomar medicamentos.	0	1	2	3	4	5	6	
Ainda consigo alcançar a maior parte dos meus objetivos na vida, apesar da dor.	0	1	2	3	4	5	6	
Consigo ter uma vida normal, apesar da dor.	0	1	2	3	4	5	6	
Consigo ser cada vez mais ativo/a, apesar da dor.	0	1	2	3	4	5	6	



DE SEGUIDA, ENCONTRA ALGUMAS PERGUNTAS ACERCA DO QUE PENSA, SENTE E FAZ. NÃO HÁ RESPOSTAS CERTAS OU ERRADAS. LEIA E RESPONDA A TODAS AS QUESTÕES.

Assinale com um círculo o número de dias, durante a última semana, em que usou, pelo menos uma vez no dia, cada umas das seguintes estratégias para lidar com a sua dor. Por favor, inclua os dias em que usou cada estratégia para evitar ou diminuir a dor no futuro, mesmo que não tivesse dor naquele momento.									
Estive menos tempo em pé	0	1	2	3	4	5	6	7	
Deitei-me numa cama	0	1	2	3	4	5	6	7	
Pedi ajuda na lida da casa ou numa tarefa	0	1	2	3	4	5	6	7	
Procurei descontraír os meus músculos	0	1	2	3	4	5	6	7	
Não deixei que a dor interferisse nas minhas atividades	0	1	2	3	4	5	6	7	
Fiz exercício para melhorar a minha condição física em geral pelo menos durante 5 minutos	0	1	2	3	4	5	6	7	
Tive apoio de um amigo	0	1	2	3	4	5	6	7	
Disse a mim próprio/a que a dor vai diminuir	0	1	2	3	4	5	6	7	
Evitei fazer atividades	0	1	2	3	4	5	6	7	
Descansei numa cadeira, num sofá ou numa poltrona	0	1	2	3	4	5	6	7	
Pedi ajuda para transportar, levantar ou empurrar alguma coisa	0	1	2	3	4	5	6	7	
Respirei fundo e devagar para relaxar	0	1	2	3	4	5	6	7	
Não deixei que a dor afetasse o que estava a fazer	0	1	2	3	4	5	6	7	
Estiquei os músculos onde tinha dor e deixei-os esticados pelo menos durante 10 segundos	0	1	2	3	4	5	6	7	
Conversei com um amigo ou familiar para ter apoio	0	1	2	3	4	5	6	7	
Lembrei-me a mim próprio/a que existem pessoas que estão pior do que eu	0	1	2	3	4	5	6	7	

Por favor, indique até que ponto concorda com cada uma das afirmações sobre a sua dor, utilizando a chave de resposta que se segue (por favor, assinale com um círculo a sua resposta):

**Chave de resposta**

0 = No meu caso, isto é completamente falso.

1 = No meu caso, isto é relativamente falso.

2 = No meu caso, isto não é verdadeiro nem falso (ou não se aplica a mim).

3 = No meu caso, isto é relativamente verdadeiro.

4 = No meu caso, isto é completamente verdadeiro

A dor que sinto é um sinal de que algo de mal está a acontecer.	0	1	2	3	4
Provavelmente, vou ter de tomar, para sempre, medicação para a dor.	0	1	2	3	4
Quando me dói, quero que a minha família me trate melhor.	0	1	2	3	4
Se a minha dor continuar com a intensidade atual, não vou poder trabalhar.	0	1	2	3	4
A intensidade da dor que sinto está fora do meu controlo.	0	1	2	3	4
Não espero uma cura médica para a minha dor.	0	1	2	3	4
A dor não significa necessariamente que esteja a acontecer algo de mal ao meu corpo.	0	1	2	3	4
Foi o uso de medicamentos que mais me aliviou a dor.	0	1	2	3	4
A ansiedade aumenta a dor que sinto.	0	1	2	3	4
Há muito pouco que eu possa fazer para diminuir a minha dor.	0	1	2	3	4
Quando me dói, mereço ser tratado/a com carinho e preocupação.	0	1	2	3	4
Pago aos médicos para que eles curem a minha dor.	0	1	2	3	4
A minha dor não tem necessariamente de interferir com o meu nível de atividade.	0	1	2	3	4
A minha família tem a responsabilidade de me ajudar quando sinto dores.	0	1	2	3	4
O stresse na minha vida aumenta a dor que sinto.	0	1	2	3	4
O exercício e o movimento são bons para a minha dor.	0	1	2	3	4
A medicina é um dos melhores tratamentos para a dor crónica.	0	1	2	3	4
A minha família precisa de aprender a cuidar melhor de mim quando estou com dores.	0	1	2	3	4
A depressão aumenta a dor que sinto.	0	1	2	3	4
Se fizer exercício posso agravar muito a minha dor.	0	1	2	3	4
Consigo controlar a minha dor pensando noutras coisas.	0	1	2	3	4
Quando estou com dor preciso de mais carinho do que recebo agora.	0	1	2	3	4

Considero-me incapacitado.	0	1	2	3	4
Aprendi a controlar a minha dor.	0	1	2	3	4
Confio que os médicos conseguem curar a minha dor.	0	1	2	3	4
A minha dor não me impede de levar uma vida fisicamente ativa.	0	1	2	3	4
A minha dor física nunca terá cura.	0	1	2	3	4
Existe uma forte relação entre as minhas emoções e o meu nível de dor.	0	1	2	3	4
Não controlo a minha dor.	0	1	2	3	4
Independentemente do meu estado emocional, a minha dor continua na mesma.	0	1	2	3	4
Quando encontrar o médico certo, ele ou ela saberá como diminuir a minha dor.	0	1	2	3	4
Se o meu médico me receitasse medicamentos para as dores, eu deixava-os fora.	0	1	2	3	4
Nunca mais tomo medicamentos para as dores.	0	1	2	3	4
O exercício pode diminuir a intensidade das dores que sinto.	0	1	2	3	4
A minha dor impediria qualquer pessoa de levar uma vida ativa.	0	1	2	3	4

Encontrará, em baixo uma lista de afirmações. Por favor, assinale o quanto cada afirmação é verdadeira para si (se aplica a si), utilizando a chave de resposta que se segue (por favor, assinale com um círculo a sua resposta). Por exemplo, se acredita que uma afirmação é "sempre verdade", assinale com um círculo o número 6.

- 0 = Nunca verdade
- 1 = Muito raramente verdade
- 2 = Raramente verdade
- 3 = Algumas vezes verdade
- 4 = Frequentemente verdade
- 5 = Quase sempre verdade
- 6 = Sempre verdade

Estou a entender-me com os meus negócios (de vida) independentemente do nível de dor	0	1	2	3	4	5	6
A minha vida corre bem, embora tenha uma dor crónica	0	1	2	3	4	5	6
Não há problema em ter dor	0	1	2	3	4	5	6
Sacrificaria com muito prazer coisas importantes na minha vida para controlar melhor a dor	0	1	2	3	4	5	6
Não é necessário controlar a minha dor para continuar com a minha vida	0	1	2	3	4	5	6
Embora as coisas tenham mudado, levo uma vida normal apesar da minha dor crónica	0	1	2	3	4	5	6

Preciso de me concentrar para me livrar da minha dor	0	1	2	3	4	5	6
Existem muitas atividades que faço quando estou com dor	0	1	2	3	4	5	6
Tenho uma vida completa apesar da dor crónica	0	1	2	3	4	5	6
Controlar a dor não é um objetivo importante na minha vida	0	1	2	3	4	5	6
Preciso mudar os meus pensamentos e sentimentos acerca da dor, para conseguir dar passos importantes na minha vida	0	1	2	3	4	5	6
Apesar da dor, mantenho os rumos que escolhi para a minha vida	0	1	2	3	4	5	6
Ter a dor num nível controlado assume prioridade sempre que estou a fazer alguma coisa	0	1	2	3	4	5	6
Antes de fazer qualquer plano sério, tenho de ter algum controlo na minha dor	0	1	2	3	4	5	6
Quando a dor aumenta, consigo tomar conta das minhas responsabilidades	0	1	2	3	4	5	6
Terei um melhor controlo na minha vida se conseguir controlar os pensamentos negativos acerca da dor	0	1	2	3	4	5	6
Evito colocar-me em situações nas quais a dor pode aumentar	0	1	2	3	4	5	6
As minhas preocupações e receios acerca do que a dor me irá fazer são verdadeiros	0	1	2	3	4	5	6
É um alívio perceber que não tenho de mudar/alterar a minha dor para continuar com a minha vida	0	1	2	3	4	5	6
Tenho de lutar muito/trabalhar muito para fazer as coisas quando estou com dor	0	1	2	3	4	5	6

Por favor, indique até que ponto concorda com as seguintes afirmações enquanto se aplicam à sua realidade e a si no último mês, utilizando a chave de resposta que se segue (por favor, assinale com um círculo a sua resposta). Se algum destas situações não ocorreu recentemente, responda de acordo com o que pensa que teria sentido caso tivesse ocorrido.

Não existem respostas certas ou erradas, dê apenas a sua opinião.

- 0 = Não verdadeira  
1 = Raramente verdadeira  
2 = Às vezes verdadeira  
3 = Geralmente verdadeira  
4 = Quase sempre verdadeira

Eu sou capaz de me adaptar quando ocorrem mudanças	0	1	2	3	4
Eu consigo lidar com qualquer coisa que aconteça na minha vida	0	1	2	3	4
Eu tento ver as coisas com humor quando me deparo com problemas	0	1	2	3	4
Ter de lidar com o stresse torna-me mais forte	0	1	2	3	4
Tenho tendência para recuperar rapidamente depois de períodos com doença, ferimentos ou outras dificuldades	0	1	2	3	4
Eu acredito que eu posso atingir os meus objetivos, mesmo que existam obstáculos	0	1	2	3	4
Sob pressão, mantenho-me focado/a e a pensar com clareza	0	1	2	3	4
Eu não sou facilmente desencorajado/a pelo insucesso	0	1	2	3	4
Eu penso em mim como uma pessoa forte ao lidar com os desafios e dificuldades da vida	0	1	2	3	4
Eu sou capaz de lidar com sentimentos desagradáveis ou dolorosos como a tristeza, o medo e a raiva	0	1	2	3	4

As próximas perguntas consistem num conjunto de sentimentos e emoções. Leia cada item e marque a sua resposta no espaço à frente de cada palavra, de acordo com as seguintes opções de resposta (por favor, assinale com um círculo a sua resposta):

- 1 = Nada ou muito ligeiramente  
2 = Um pouco  
3 = Moderadamente  
4 = Bastante  
5 = Extremamente

Indique em que medida sentiu cada uma destas emoções, durante a última semana:

Interessado/a	1	2	3	4	5
Nervoso/a	1	2	3	4	5
Entusiasmado/a	1	2	3	4	5
Amedrontado/a	1	2	3	4	5
Inspirado/a	1	2	3	4	5
Ativo/a	1	2	3	4	5
Assustado/a	1	2	3	4	5
Culpado/a	1	2	3	4	5
Determinado/a	1	2	3	4	5
Atormentado/a	1	2	3	4	5

Leia cada uma das perguntas e assinale com um (X) a resposta que melhor descreve a forma como se tem sentido na última semana. Não demore muito tempo a pensar nas respostas. A sua reação imediata a cada questão será provavelmente mais próxima do que sentiu do que uma resposta muito ponderada.

**Sinto-me tenso/a ou nervoso/s:**

- Quase sempre
- Muitas vezes
- Por vezes
- Nunca

**Ainda sinto prazer nas coisas de que costumava gostar:**

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

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

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

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

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

**Tenho a cabeça cheia de preocupações:**

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

**Sinto-me animado/a:**

- Nunca
- Poucas vezes
- De vez em quando
- Quase sempre

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

- Quase sempre
- Muitas vezes
- Por vezes
- Nunca

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

- Quase sempre
- Muitas vezes
- Por vezes
- Nunca

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

- Nunca
- Por vezes
- Muitas vezes
- Quase sempre

**Perdi o interesse em cuidar do meu aspeto físico:**

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

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

- Muito
- Bastante
- Não muito
- Nada

**Penso com prazer nas coisas que podem acontecer no futuro:**

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

**De repente, tenho sensações de pânico:**

- Muitas vezes
- Bastantes vezes
- Por vezes
- Nunca

**Sou capaz de apreciar um bom livro ou um programa de televisão:**

- Muitas vezes
- De vez em quando
- Poucas vezes
- Quase nunca

Por favor responda às perguntas que se seguem. Algumas perguntas são parecidas, mas de facto são diferentes. Não tenha pressa em responder, e responda às questões cuidadosamente, assinalando a resposta que melhor representa a sua opinião.

Em geral, como diria que a sua Saúde é:

- Ótima       Muito boa       Boa       Razoável       Fraca

As perguntas que se seguem são sobre atividades que executa no seu dia-a-dia.

Será que a sua Saúde o/a limita nestas atividades? Se sim, quanto?

Atividades moderadas, limitado/atais como deslocar uma mesa ou aspirar a casa

- Sim, muito limitado/a       Sim, um pouco limitado/al       Não, nada

Andar mais de 1km

- Sim, muito limitado/a       Sim, um pouco limitado/al       Não, nada

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

Sentiu-se limitado/a no tipo de trabalho ou outras atividades       Sim       Não

Teve dificuldade em executar o seu trabalho ou outras atividades (por exemplo, foi preciso mais esforço)       Sim       Não

Durante as últimas 4 semanas, teve com o seu trabalho ou com as suas atividades diárias, algum dos problemas apresentados a seguir devido a quaisquer problemas emocionais (tal como sentir-se deprimido/a ou ansioso/a)?

Diminuiu o tempo gasto a trabalhar, ou noutras atividades       Sim       Não

Fez menos do que queria       Sim       Não

Durante as últimas 4 semanas, de que forma é que a dor interferiu com o seu trabalho normal (tanto o trabalho fora de casa como o trabalho doméstico)?

- Absolutamente nada       Um pouco       Moderadamente       Bastante       Imenso

As perguntas que se seguem pretendem avaliar a forma como se sentiu e como lhe correram as coisas nas últimas 4 semanas. Para cada pergunta, assinale com um (X) a resposta que melhor descreve a forma como se sentiu.

Quanto tempo nas últimas 4 semanas:

Se sentiu cheio/a de vitalidade?

- Sempre       A maior parte do tempo       Bastante tempo       Algum tempo       Pouco tempo       Nunca

Se sentiu muito nervoso/a?

- Sempre       A maior parte do tempo       Bastante tempo       Algum tempo       Pouco tempo       Nunca

Se sentiu tão deprimido/a que nada o/a animava?

- Sempre       A maior parte do tempo       Bastante tempo       Algum tempo       Pouco tempo       Nunca

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

- Sempre       A maior parte tempo       Algum tempo       Pouco tempo       Nunca

**DE SEGUIDA, ENCONTRA ALGUMAS PERGUNTAS ACERCA DA SUA POSIÇÃO FACE À RELIGIÃO. LEIA COM ATENÇÃO E RESPONDA ÀS QUESTÕES COLOCADAS.**

**Por favor, indique, se aplicável qual é a sua religião de entre as seguintes (assinale apenas uma resposta):**

- Animista
- Budista
- Cristã Anglicana
- Cristã Baptista
- Cristã Calvinista
- Cristã Luterana
- Cristã Ortodoxa
- Cristã Católica
- Outra Cristã. Qual? \_\_\_\_\_
- Hinduísta
- Islâmica
- Judaica
- Xintoísta
- Taoísta
- Outra. Qual? \_\_\_\_\_
  
- Sou não religioso/a agnóstico/a
- Sou não religioso/a Ateu/ateia
- Nenhuma das opções anteriores  Prefiro não responder

**Com que frequência vai à igreja, mesquita ou templo, ou participa num encontro religioso?**

- Mais do que uma vez por semana
- Uma vez por semana
- Duas a três vezes por mês
- Algumas vezes por ano
- Uma vez por ano ou menos
- Nunca
  
- Não se aplica

**Com que frequência dedica o seu tempo a atividades religiosas individuais, como rezar, orar, meditar ou ler a Bíblia/Corão/Escritos de Buda/Torá ou outros textos religiosos?**

- Mais do que uma vez por dia
- Diariamente
- Duas ou mais vezes por semana
- Uma vez por semana
- Poucas vezes por mês
- Raramente ou nunca
  
- Não se aplica



De seguida encontra 3 frases a respeito de crenças ou experiências religiosas. Por favor, indique o quanto cada frase se aplica a si.

**Sinto a presença de Deus (ou do Espírito Santo, ou do Divino) na minha vida.**

- Totalmente verdade
- Em geral é verdade
- Não tenho a certeza
- Em geral *não* é verdade
- Não* é verdade

**As minhas crenças religiosas são o fundamento da minha vida.**

- Totalmente verdade
- Em geral é verdade
- Não tenho a certeza
- Em geral *não* é verdade
- Não* é verdade

**Eu esforço-me muito para viver a minha religião em todos os aspetos da vida.**

- Totalmente verdade
- Em geral é verdade
- Não tenho a certeza
- Em geral *não* é verdade
- Não* é verdade

**Por favor, indique qual a maior prioridade na sua vida, neste momento? (a mais valorizada)**

- A minha saúde e independência
- A minha família
- As minhas amizades
- Trabalho, carreira ou negócios
- A minha educação
- Segurança financeira
- Relação com Deus
- Poder viajar e ver o mundo
- Ouvir música e divertir-me
- Liberdade para viver como eu quiser

**Com que frequência participa em celebrações/eventos religiosos/os?**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="radio"/> Nunca                     | <input type="radio"/> Várias vezes por mês           |
| <input type="radio"/> Raramente                 | <input type="radio"/> Quase todas as semanas         |
| <input type="radio"/> Algumas vezes por ano     | <input type="radio"/> Todas as semanas               |
| <input type="radio"/> De poucos em poucos meses | <input type="radio"/> Mais do que uma vez por semana |
| <input type="radio"/> Cerca de uma vez por mês  | <input type="radio"/> Diariamente                    |

**Para além das celebrações religiosas, com que frequência se encontra com outras pessoas por motivos religiosos (rezar, discussões religiosas, trabalho voluntário, etc.)?**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="radio"/> Nunca                     | <input type="radio"/> Várias vezes por mês           |
| <input type="radio"/> Raramente                 | <input type="radio"/> Quase todas as semanas         |
| <input type="radio"/> Algumas vezes por ano     | <input type="radio"/> Todas as semanas               |
| <input type="radio"/> De poucos em poucos meses | <input type="radio"/> Mais do que uma vez por semana |
| <input type="radio"/> Cerca de uma vez por mês  | <input type="radio"/> Diariamente                    |

**Em que medida (numa escala de 1 a 10) decidiu colocar a sua vida sob direção/orientação de Deus (do Divino)?**

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nada (nunca tinha pensado nisso)			moderadamente				completamente, totalmente		

**Que percentagem do seu rendimento bruto anual doa à sua igreja/instituição religiosa ou outra(s) causa(s) religiosa(s) cada ano?**

- |                                   |                                   |
|-----------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="radio"/> 0%          | <input type="radio"/> 7% - 8%     |
| <input type="radio"/> menos de 1% | <input type="radio"/> 9% - 10%    |
| <input type="radio"/> 1% - 2%     | <input type="radio"/> 11% - 12%   |
| <input type="radio"/> 3% - 4%     | <input type="radio"/> 13% - 14%   |
| <input type="radio"/> 5% - 6%     | <input type="radio"/> 15% ou mais |

**Em média, quanto tempo por dia (em 24 horas) passa a ouvir música religiosa, ou programas religiosos no rádio, ou a ver programas religiosos na televisão?**

- |                                       |   |
|---------------------------------------|---|
| <input type="radio"/> 0 (nunca)       | <input type="radio"/> 31 a 60 minutos                           |
| <input type="radio"/> 1 - 5 minutos   | <input type="radio"/> mais do que 1 hora, menos do que 2 horas  |
| <input type="radio"/> 6 - 10 minutos  | <input type="radio"/> mais do que 2 horas, menos do que 3 horas |
| <input type="radio"/> 11 - 20 minutos | <input type="radio"/> 3 - 4 horas                               |
| <input type="radio"/> 21 - 30 minutos | <input type="radio"/> 5 horas ou mais                           |

**Em média, quanto tempo por dia passa a ler escrituras sagradas, livros religiosos, ou outro tipo de literatura religiosa?**

- |                                       |   |
|---------------------------------------|---|
| <input type="radio"/> 0 (nunca)       | <input type="radio"/> 31 a 60 minutos                           |
| <input type="radio"/> 1 - 5 minutos   | <input type="radio"/> mais do que 1 hora, menos do que 2 horas  |
| <input type="radio"/> 6 - 10 minutos  | <input type="radio"/> mais do que 2 horas, menos do que 3 horas |
| <input type="radio"/> 11 - 20 minutos | <input type="radio"/> 3 - 4 horas                               |
| <input type="radio"/> 21 - 30 minutos | <input type="radio"/> 5 horas ou mais                           |

**Em média, quanto tempo por dia passa em oração individual ou a meditação?**

- |                                       |   |
|---------------------------------------|---|
| <input type="radio"/> 0 (nunca)       | <input type="radio"/> 31 a 60 minutos                           |
| <input type="radio"/> 1 - 5 minutos   | <input type="radio"/> mais do que 1 hora, menos do que 2 horas  |
| <input type="radio"/> 6 - 10 minutos  | <input type="radio"/> mais do que 2 horas, menos do que 3 horas |
| <input type="radio"/> 11 - 20 minutos | <input type="radio"/> 3 - 4 horas                               |
| <input type="radio"/> 21 - 30 minutos | <input type="radio"/> 5 horas ou mais                           |

**Em média, quanto tempo por dia passa em atividades como voluntário/a na sua comunidade religiosa ou a ajudar outros por motivos religiosos?**

- |                                       |   |
|---------------------------------------|---|
| <input type="radio"/> 0 (nunca)       | <input type="radio"/> 31 a 60 minutos                           |
| <input type="radio"/> 1 - 5 minutos   | <input type="radio"/> mais do que 1 hora, menos do que 2 horas  |
| <input type="radio"/> 6 - 10 minutos  | <input type="radio"/> mais do que 2 horas, menos do que 3 horas |
| <input type="radio"/> 11 - 20 minutos | <input type="radio"/> 3 - 4 horas                               |
| <input type="radio"/> 21 - 30 minutos | <input type="radio"/> 5 horas ou mais                           |

**Em que medida (numa escala de 1 a 10) decidiu conformar a sua vida aos ensinamentos da sua fé religiosa?**

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nada (nunca tinha pensado nisso)			moderadamente				completamente, totalmente		

**Se somar todo o rendimento do trabalho, apoios e subsídios, qual é o valor do rendimento líquido da sua família (pessoas com quem vive)?**

- Menos de 452€
- Entre 453€ e 656€
- Entre 657€ e 834€
- Entre 835€ e 1029€
- Entre 1030€ e 1245€
- Entre 1246€ e 1486€
- Entre 1487€ e 1785€
- Entre 1786€ e 2208€
- Entre 2209€ e 3353€
- Mais de 3353€
  
- Prefiro não responder

---

To be fulfilled by the research team.

SUBID \_\_\_\_\_

INSTID \_\_\_\_\_