

Qualidade de vida e complicações crónicas da diabetes (*)

*ISABEL SILVA (**)*
*JOSÉ PAIS-RIBEIRO (***)*
*HELENA CARDOSO (****)*
*HELENA RAMOS (****)*

1. INTRODUÇÃO

Assiste-se a uma preocupação crescente com a avaliação da qualidade de vida relacionada com a saúde, isto é, da qualidade de vida das pessoas que, por qualquer razão, estão ligadas ao sistema de cuidados de saúde, e que tem como elemento central a saúde (Ribeiro, Meneses, Meneses & Grupo-QDV, 1998). O aumento de pessoas com doença crónica e o desenvolvimento de novos tratamentos e tecnologias que permitem (con)viver com estas doenças por períodos de tempo extremamente longos, senão mesmo toda a vida, o reconhecimento dos direitos do doente (em particular em relação ao consentimento informado e à sua liberdade de esco-

lha), bem como a necessidade de melhorar a tomada de decisão no contexto dos cuidados de saúde e de proceder a uma mais eficaz distribuição dos seus recursos, tornaram premente a necessidade de avaliar a qualidade de vida dos indivíduos que sofrem deste tipo de doenças (Grégoire, 1995; Ribeiro, 1994).

Este foco na qualidade de vida reflecte um esforço para melhorar a compreensão que temos da forma pela qual os seus diferentes domínios são influenciados pelas características da doença de que sofre a pessoa e pelo tratamento a que se tem de submeter, no sentido de melhorar a qualidade de vida dos doentes crónicos, apesar da sua doença, dos sintomas, da incapacidade ou das limitações de que dela resultam (Bech, 1993; Berzon, 2000; Fallowfield, 1990).

Ainda que amplamente utilizado o termo qualidade de vida, a sua definição permanece controversa, embora seja geralmente aceite que se trata de um construto multidimensional, isto é, que a qualidade de vida é determinada por vários domínios ou dimensões, que se inter-relacionam, não constituindo um conceito unitário. Segundo Ribeiro (1994), o paradigma da qualidade de vida, tal como é percebido pela Psicologia, possui um conjunto de características operacionais que

(*) Trabalho realizado com o apoio da bolsa Praxis XXI BD/21804/9 da Fundação para a Ciência e a Tecnologia.

(**) Psicóloga.

(***) Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto.

(****) Hospital Geral de Santo António – Serviço de Endocrinologia, Porto.

o tornam substancialmente diferente das variáveis tradicionalmente consideradas no sistema de cuidados de saúde, entre as quais destaca o facto de ser um conceito multifactorial, de variar com o tempo e de ser uma medida de percepção pessoal, logo, subjectiva. Porém, não existe acordo em relação à definição das dimensões que este deve abranger e, conforme os autores, o número de domínios e componentes considerados é bastante variável, podendo ser bastante extenso, de acordo com o nível de aprofundamento com que se pretende realizar o estudo e a concepção subjacente.

Autores como Bradley (2002) distinguem estado de saúde de qualidade de vida, entendendo pelo primeiro a extensão com que a pessoa sente que a sua saúde é boa ou má e pela segunda a extensão com que a pessoa avalia a sua vida como sendo boa ou má, compreendendo a saúde como um dos muitos domínios da qualidade de vida e como não podendo ser interpretada como sinónimo daquela. Contudo, outros, entre os quais Jacobson (2002), enfatizam a qualidade de vida relacionada com a saúde enquanto construto que se foca nos efeitos da doença, seus sintomas, curso e tratamento na vida do doente e que tem implícito o pressuposto de que, após o diagnóstico de uma doença, a saúde passa a ser considerada pelo doente como um dos aspectos mais importantes da sua vida, do seu mundo e da sua existência. Esta última perspectiva pressupõe que os conceitos de saúde e qualidade de vida poderão ser utilizados como sinónimo no contexto dos cuidados de saúde.

A investigação tem sugerido que a percepção de ter uma boa saúde não é incompatível com ter uma doença crónica. Em relação à diabetes, por um lado, parece ser a frequência do sintoma ou queixa combinada com o grau de aborrecimento que este causa que tem impacto na qualidade de vida e não a presença da doença em si (Testa, Simonson & Turner, 1998). Por outro, tem-se constatado que nem sempre o impacto da diabetes na qualidade de vida é negativo, podendo alguns doentes considerar que a diabetes aumentou o prazer que têm com a comida e a sua capacidade física; que se sentem mais motivados para terem sucesso, de forma a provar que conseguem alcançar os seus objectivos apesar de terem a doença; e que percebem o aumento do exercício e a dieta saudável como algo que contribui para

que venham a viver uma terceira idade mais saudável e uma vida mais longa, o que, consequentemente, diminui a sua preocupações em relação ao futuro (Bradley, Todd, Gorton, Symonds, Martin & Plowright, 1999).

A qualidade de vida dos doentes com diabetes tem demonstrado constituir um importante preditor independente da mortalidade precoce e, em alguns casos, prova mesmo ser um melhor preditor do que as medidas biológicas (Glasgow & Anderson, 1999).

Sendo a diabetes uma doença ainda sem tratamento absolutamente satisfatório, cujo principal problema clínico reside nas suas complicações crónicas, que têm um espectro espantosamente alargado, uma vez que não existe praticamente nenhum órgão ou sistema que não possa ser afectado por esta doença, e dado que a prática clínica sugere que as sequelas crónicas da diabetes podem ter um significativo impacto na vida destes doentes, seria natural que esse impacto fosse alvo de interesse pelos investigadores. Porém, não são numerosos os estudos que se debruçaram sobre o impacto das complicações crónicas da diabetes na qualidade de vida dos doentes.

De uma forma geral, os estudos existentes sugerem que a presença de complicações crónicas está associada a uma diminuição significativa na qualidade de vida (Aalto, Uutela & Aro, 1997; Bott, Mühlhauser, Overmann & Berger 1998; Bradley, et al., 1999; Brown, Brown, Sharma, Brown, Gozum & Denton, 2000; Elbagir, Etayeb, Eltom, Mahadi, Wikblad & Berne, 1999; Klein, Klein & Moss, 1998; Testa, Simonson, & Turner, 1998; Wikblad, Leksell & Wibell, 1996). Todavia, também existem estudos, ainda que escassos, que encontram uma relação significativa entre a presença de determinadas complicações crónicas e uma melhoria em alguns domínios da qualidade de vida e que verificaram que as sequelas parecem explicar muito pouco da variância desta variável (Hanestad, 1993).

A investigação, de uma forma geral, tem sugerido que a qualidade de vida diminui à medida que o número de complicações crónicas que o doente possui aumenta e que a gravidade das complicações crónicas é uma variável preditora mais forte do que o número dessas complicações, quer nos doentes com diabetes tipo 1, quer nos com tipo 2 (Glasgow, Ruggiero, Eakin, Dry-

foos & Chobanian, 1997; Ryan, 1997). Mas, se muito poucos são os estudos que procuram analisar o impacto de sequelas crónicas específicas na qualidade de vida, mais raros ainda são aqueles que tiveram a preocupação de controlar a gravidade dessas complicações, limitando-se, de uma forma geral, a enumerá-las.

Hahl, Hämäläinen, Sintonen, Simell, Ariren e Simell (2002) desenvolveram um estudo com o objectivo de avaliar a qualidade de vida de doentes com diabetes tipo 1 e de descrever a influência que os sintomas das complicações crónicas da doença têm nessa variável, tendo verificado que a elevada prevalência de sintomas das complicações crónicas combinada com o seu significativo impacto negativo parecem causar uma diminuição da qualidade de vida dos doentes e da utilidade destes, quer do ponto de vista individual, quer social.

Em relação à retinopatia diabética, poderíamos pensar que existe uma relação linear entre a gravidade da retinopatia e as limitações na qualidade de vida, porém, apenas os doentes que atingem o nível de retinopatia proliferativa apresentam diferenças quando comparados com os doentes sem retinopatia (Bott, Mühlhauser, Overmann & Berger, 1998).

Bott et al. (1998) mostraram-se surpreendidos com a constatação de que os doentes com cegueira apenas num dos olhos apresentam uma satisfação com o tratamento idêntica à dos doentes que não sofrem de retinopatia. Estes autores verificaram, ainda, que os doentes com limitações da visão graves, isto é, com cegueira de, pelo menos, um dos olhos, estão menos motivados para flexibilizarem os seus tempos livres, mas mais motivados para evitar hipoglicemias e que, embora apresentem uma menor satisfação com a sua capacidade física, parecem estar mais satisfeitos com a estabilidade do seu controlo metabólico quando comparados com os doentes sem retinopatia.

Lee, Fos, Zuniga, Kastl e Sung (2001) analisaram a correlação entre a qualidade de vida relacionada com a saúde e a presença de catarata, tendo verificado que esta relação parece ser determinada pelo olho que está melhor e não pelo olho que se pensa ser mais urgente operar.

A investigação sobre o impacto da nefropatia na qualidade de vida sugere que os doentes com esta sequela apresentam valores significativa-

mente mais baixos nas sub-escalas flexibilidade no tempo de lazer, queixas físicas, preocupação em relação ao futuro, bem-estar positivo e satisfação com o domínio físico da vida (Hanestad, 1993).

A qualidade de vida tem recebido uma crescente atenção como critério de avaliação de resultados do transplante de rim e de pâncreas, sendo que os resultados sugerem que os doentes diabéticos submetidos a transplante apresentam melhor qualidade de vida depois do transplante do que antes deste e que os doentes com transplante de pâncreas e de rim apresentam resultados, na maioria dos domínios da qualidade de vida, superiores aos dos doentes diabéticos submetidos apenas a transplante de rim (Gross, Limwattanon, Mathees, Zehrer & Savik, 2000; Hathaway, Hartwig, Milstead, Elmer, Evans & Gaber, 1994; Piehlmeier, Bullinger, Kirchberger, Land & Landgraf, 1996; Voruganti & Sells, 1989). Piehlmeier, et al. (1996) atribuem essa diferença nos resultados do grupo em que os dois órgãos funcionam ao facto das restrições dietéticas e das injeções de insulina já não se imporem e de, após o transplante, ocorrer uma estabilização do metabolismo da glicose do sangue, que contribui para travar o avanço na evolução de outras complicações crónicas e, por vezes, para a sua melhoria.

Também Nakache, Tyden e Groth (1989) constataram que ocorre uma melhoria da qualidade de vida nos indivíduos transplantados e que, desde que os excertos funcionem, não se encontram grandes diferenças entre doentes submetidos a transplante de um ou dos dois órgãos.

No mesmo sentido apontam os resultados encontrados por Symister e Friend (1996), que constataram que a qualidade de vida subjectiva dos doentes submetidos a transplante renal era semelhante aos padrões encontrados na população saudável, quer ao nível do bem-estar e afectos, quer da satisfação com a vida, sendo as diferenças insignificantes. Ainda mais surpreendente terá sido o facto dos doentes transplantados apresentarem melhores resultados em relação aos indicadores subjectivos da qualidade de vida (bem-estar e afectos) do que os doentes submetidos a outros tratamentos renais. Em relação aos afectos positivos, os doentes submetidos a transplante não apresentam resultados significativamente diferentes dos saudáveis, sen-

do que os primeiros apresentam resultados até ligeiramente superiores aos da população saudável. Symister e Friend (1996) concluem afirmando que, apesar dos doentes renais experimentarem uma perda da qualidade de vida objectiva (apresentam uma esperança de vida inferior), é errado pensar que estes doentes experimentam necessariamente uma perda da qualidade de vida subjectiva.

Outros estudos têm demonstrado que os doentes com sintomas neuropáticos e com nefropatia apresentam, de uma forma geral, valores mais baixos de percepção de saúde e mais preocupações com a sua saúde do que os doentes sem complicações crónicas (Lloyd, Mathews, Wing & Orchard, 1992).

As complicações macrovasculares, entre as quais se destaca a neuropatia têm provado afectar negativamente a mobilidade, as actividades do dia-a-dia, a percepção do estado geral de saúde e o vigor (United Kingdom Prospective Diabetes Study Group, 1999). No entanto, apesar do pé diabético ser uma das mais graves complicações e uma das que implica mais custos (associados à frequente amputação e aos longos períodos de internamento), o impacto desta complicação na qualidade de vida do doente e dos seus cuidadores encontra-se muito pouco estudado, parecendo valorizar-se, em contrapartida, a intervenção imediata nesses casos.

Ashford, McGee e Kinmond (2000), Brod (1998) e Ragnarson-Tennvall e Apelqvist (2000) desenvolveram estudos sobre o impacto da úlcera no pé na qualidade de vida de doentes com diabetes, tendo verificado que o extenso impacto das limitações da mobilidade conduz a um efeito de cascata em todos os domínios da qualidade de vida.

Hanestad (1993) constatou, ao contrário do que seria de esperar, que a neuropatia parece estar associada a uma maior satisfação com o domínio social da qualidade de vida. Este aspecto poderá estar associado à percepção que os profissionais que têm vindo a desenvolver trabalho clínico nesta área, nomeadamente em Portugal e no Reino Unido, têm de que a ida frequente às clínicas ou hospitais para a realização de curativos é percebida por muitos doentes como uma ruptura do extremo isolamento em que viviam e como uma excepcional fonte de apoio social, que temem vir a perder.

Talley, Young, Bytzer, Hammer, Leemon, Jones e Horowitz (2001) observaram que os doentes diabéticos com sintomas de perturbação gastrointestinal apresentam uma qualidade de vida menor em todos os domínios avaliados pelo SF-36 do que a dos doentes sem estas sequelas da doença, independentemente da sua idade, sexo, tabagismo, consumo de álcool e tipo de diabetes.

De Berardis, Franciosi, Belfiglio, di Nardo, Greenfield, Kaplan, Pellegrini, Sacco, Tognoni, Valentini e Nicolucci (2002) estudaram um grupo de 1460 indivíduos com diabetes tipo 2, tendo observado que a disfunção eréctil é extremamente comum nestes doentes e que está associada a uma qualidade de vida mais pobre, quer quando esta é avaliada através de instrumentos genéricos, como quando o é com instrumentos específicos para a doença, e que, apesar da relevância deste problema, raramente este é investigado no contexto do sistema de cuidados de saúde.

Visser, Bilo, Groenier, Visser e Jong (2002) analisaram, por um lado, a influência da doença cardiovascular na qualidade de vida de doentes com diabetes tipo 2 e, por outro, se a qualidade de vida poderia prever, de alguma forma, o desenvolvimento de doença cardiovascular, tendo verificado que, nos doentes com diabetes tipo 2, a doença cardiovascular afecta negativamente a qualidade de vida e que, por outro lado, uma qualidade de vida diminuída parece estar associada à manifestação de doença cardiovascular a curto-prazo.

Neste estudo propomo-nos a analisar o impacto da presença de complicações crónicas específicas, nomeadamente da microangiopatia (retinopatia e nefropatia), catarata, macroangiopatia (designadamente da neuropatia), doença cardíaca coronária, história de acidente vascular cerebral, neuropatia autonómica (especialmente disfunção sexual), hipertensão arterial e da doença arterial periférica, na qualidade de vida de indivíduos com diabetes.

2. MÉTODO

2.1. *Participantes*

Foi avaliada uma amostra de conveniência de

316 sujeitos com diabetes, dos quais 44,6% eram do sexo masculino; com idades compreendidas entre os 16 e os 84 anos ($M=48,39$; $DP=16,90$); 17,7% solteiros; 72,5% casados/juntos; 3,8% divorciados/separados; 6% viúvos. Dos participantes, 41,8% ($n=132$) apresenta diagnóstico de diabetes tipo 1 e 58,2% ($n=184$) de diabetes tipo 2, e a duração da doença varia entre 4 meses e 43 anos ($M=13,66$; $DP=9,32$). Destes doentes 59,8% sofre de complicações crónicas da diabetes: 54,5% dos doentes apresenta microangiopatia, 13,6% catarata; 18% tem diagnóstico de macroangiopatia, sendo que 17,7% apresenta neuropatia, 9,8% doença cardíaca coronária e 6,3% história de acidente vascular cerebral; 14,9% dos doentes sofre de neuropatia autonómica, nomeadamente de disfunção sexual (21,2%); 46,2% de hipertensão arterial e 9,5% de doença arterial periférica.

2.2. Material

Questionário de Qualidade de Vida na Diabetes: esta escala inclui a totalidade dos itens do SF-36 e duas sub-escalas específicas para a diabetes: uma relacionada com a preocupação em relação ao futuro do próprio e dos que lhe são próximos; e outra relacionada com a satisfação com o tratamento que está a receber da parte dos profissionais de saúde, a quantidade de controlo que tem sobre a sua vida, as mudanças que teve de fazer por causa da diabetes (ao nível da alimentação, exercício físico, medicação, auto-monitorização da glicemia capilar), a possibilidade de viver uma vida tão longa quanto gostaria, a sua vida sexual, a sua capacidade para satisfazer as suas necessidades financeiras e a satisfação com a sua aparência pessoal. A sub-escala relacionada com a preocupação com o futuro tem 5 opções de resposta – totalmente verdade, verdade, não sei, falso e totalmente falso – e a sub-escala de satisfação apresenta 6 opções de resposta – muito insatisfeito, insatisfeito, um pouco insatisfeito, um pouco satisfeito, satisfeito, muito satisfeito. O questionário de Qualidade de Vida na Diabetes provou possuir razoáveis propriedades psicométricas na população em estudo (Silva & Ribeiro, versão em estudo).

Questionário demográfico: os dados relativos à idade, sexo, escolaridade e estado civil foram

recolhidos através de um questionário demográfico.

Questionário clínico: A informação sobre a presença/ausência de complicações crónicas (sequelas em geral, microangiopatia, catarata, macroangiopatia, neuropatia autonómica – nomeadamente sobre disfunção sexual –, doença cardíaca coronária, história anterior de acidente vascular cerebral, hipertensão arterial e doença arterial periférica) e sobre o nível de gravidade da retinopatia e nefropatia foi obtida a partir dos processos médicos dos doentes.

2.3. Procedimento

Após consentimento informado, os doentes responderam ao *Questionário de Qualidade de Vida na Diabetes* e ao *Questionário Demográfico*, no contexto de uma entrevista pessoal, e a informação sobre os aspectos clínicos foi obtida a partir dos seus processos médicos.

3. RESULTADOS

A análise dos dados permitiu verificar a existência de diferenças significativas na qualidade de vida entre os doentes com complicações crónicas e os que não sofrem dessas sequelas da doença, nomeadamente no domínio do funcionamento físico ($t(306)=5,68$; $p<0,0001$), papel físico ($t(311)=2,57$; $p<0,05$), dor ($t(313)=2,90$; $p<0,01$), saúde geral ($t(311)=2,60$; $p<0,05$), vitalidade ($t(310)=2,66$; $p<0,01$) e satisfação ($t(296)=2,37$; $p<0,05$), sendo que os primeiros apresentam sistematicamente uma qualidade de vida inferior nessas dimensões.

Analisadas especificamente cada uma das complicações crónicas da diabetes, constatou-se que os doentes que apresentam microangiopatia referem uma qualidade de vida inferior ao nível do funcionamento físico ($t(306)=4,52$; $p<0,0001$), papel físico ($t(311)=2,54$; $p<0,05$), dor ($t(313)=2,65$; $p<0,01$), vitalidade ($t(310)=2,49$; $p<0,05$) e satisfação ($t(296)=2,14$; $p<0,05$). Porém, quando controlada a gravidade da retinopatia, apenas se encontram diferenças significativas em relação ao funcionamento físico ($F(4,303)=3,96$; $p<0,01$) e vitalidade ($F(4,307)=2,60$; $p<0,05$).

E, quando controlada a gravidade da nefropatia, encontram-se diferenças estatisticamente

QUADRO 1

Valor das médias e desvios-padrão das dimensões funcionamento físico e vitalidade para cada um dos níveis de gravidade da retinopatia

	Funcionamento físico	Vitalidade
Sem retinopatia	M=81,94 DP=22,50	M=52,88 DP=21,86
Retinopatia background	M=70,51 DP=27,65	M=44,51 DP=22,55
Retinopatia pré-proliferativa	M=68,88 DP=18,81	M=43,08 DP=21,56
Retinopatia proliferativa	M=73,03 DP=24,84	M=53,00 DP=23,25
Doença ocular avançada	M=72,73 DP=16,39	M=41,67 DP=10,41

QUADRO 2

Valor das médias e desvios-padrão das dimensões transição de saúde e funcionamento físico para cada um dos níveis de gravidade da nefropatia

	Transição de saúde	Funcionamento físico
Sem problemas renais	M=2,88 DP=0,88	M=81,77 DP=21,75
Microalbuminúria	M=2,95 DP=1,10	M=67,31 DP=28,84
Macroalbuminúria sem síndrome nefrótico	M=3,42 DP=0,96	M=69,95 DP=29,59
Macroalbuminúria com síndrome nefrótico	M=3,50 DP=1,09	M=68,83 DP=25,08
Doença renal avançada	M=2,91 DP=1,14	M=73,14 DP=19,44

significativas ao nível da transição de saúde ($F(4,311)=2,66$; $p<0,05$) e do funcionamento físico ($F(4,303)=5,33$; $p<0,0001$).

O diagnóstico de catarata demonstrou estar associado a pior qualidade de vida nos indivíduos com diabetes, designadamente no domínio do funcionamento físico ($t(306)=5,43$; $p<0,0001$), papel físico ($t(311)=3,67$; $p<0,0001$), dor ($t(313)=5,20$; $p<0,0001$), saúde geral ($t(311)=2,94$; $p<0,01$), vitalidade ($t(310)=3,27$; $p<0,01$), saúde mental ($t(310)=2,19$; $p<0,05$) e preocupação ($t(314)=2,45$; $p<0,05$).

Também a presença de macroangiopatia provou estar associada a uma pior qualidade de vida em relação à transição de saúde ($t(314)=2,88$; $p<0,01$), funcionamento físico ($t(306)=7,10$;

$p<0,0001$), papel físico ($t(311)=4,41$; $p<0,0001$), dor ($t(313)=4,33$; $p<0,0001$), saúde geral ($t(311)=3,46$; $p<0,01$), vitalidade ($t(310)=5,08$; $p<0,0001$), funcionamento social ($t(314)=3,02$; $p<0,01$), saúde mental ($t(310)=3,58$; $p<0,0001$) e satisfação ($t(296)=2,77$; $p<0,01$).

Os doentes com neuropatia autonómica apresentam uma qualidade de vida menor do que os que não sofrem dessa sequela, particularmente na dimensão do funcionamento físico ($t(306)=3,30$; $p<0,01$), papel físico ($t(311)=2,06$; $p<0,05$) e vitalidade ($t(310)=2,00$; $p<0,05$). Porém, quando nos debruçamos especificamente sobre a presença de disfunção sexual, verificamos que estes doentes apresentam uma qualidade de vida inferior apenas no domínio da saúde mental

QUADRO 3

Valor das médias e desvios-padrão das sub-escalas da qualidade de vida para os indivíduos que não sofrem de sequelas da diabetes e para aqueles a que as complicações crônicas foram diagnosticadas

		TS	FF	PF	D	SG	V	FS	PE	SM	P	S
CC	Não		M=86,25 DP=19,77	M=73,40 DP=36,44	M=71,09 DP=31,16	M=50,57 DP=22,86	M=54,27 DP=20,49					M=9,59 DP=16,40
	Sim		M=71,54 DP=25,57	M=62,23 DP=39,25	M=60,01 DP=34,29	M=43,33 DP=25,05	M=47,47 DP=23,14					M=4,49 DP=20,58
Micro	Não		M=84,01 DP=21,05	M=72,70 DP=36,09	M=69,88 DP=32,61	M=53,62 DP=20,55						M=9,07 DP=16,54
	Sim		M=71,94 DP=25,81	M=61,77 DP=39,78	M=59,95 DP=33,57	M=47,34 DP=23,40						M=4,42 DP=20,89
C	Não		M=80,30 DP=23,06	M=69,81 DP=37,22	M=68,20 DP=32,34	M=47,86 DP=23,59	M=51,80 DP=21,79			M=62,50 DP=24,17	M=14,70 DP=22,83	
	Sim		M=58,98 DP=25,58	M=47,09 DP=40,90	M=40,79 DP=30,89	M=36,23 DP=27,28	M=40,00 DP=23,30			M=53,67 DP=26,82	M=7,85 DP=15,91	
Macro	Não	M=2,88 DP=0,94	M=81,75 DP=22,36	M=71,09 DP=36,97	M=68,19 DP=31,96	M=48,46 DP=23,64	M=53,07 DP=21,54	M=85,09 DP=20,51		M=63,58 DP=23,59		M=8,13 DP=18,01
	Sim	M=3,28 DP=0,98	M=57,77 DP=24,25	M=46,92 DP=39,27	M=47,56 DP=35,12	M=36,20 DP=25,56	M=36,96 DP=21,31	M=75,43 DP=27,03		M=50,79 DP=27,07		M=1,26 DP=22,54
NA	Não		M=79,55 DP=23,35	M=68,54 DP=38,27			M=51,22 DP=21,60					
	Sim		M=65,25 DP=27,40	M=55,98 DP=38,44			M=44,13 DP=25,63					
DS	Não									M=59,77 DP=24,49		M=9,01 DP=17,77
	Sim									M=66,91 DP=24,82		M=2,59 DP=21,28
DCC	Não		M=79,89 DP=22,95	M=68,62 DP=37,89	M=66,10 DP=33,40		M=51,46 DP=21,79				M=12,19 DP=19,52	
	Sim		M=55,00 DP=26,94	M=49,19 DP=40,04	M=49,39 DP=30,53		M=38,55 DP=24,19				M=28,23 DP=35,94	
AVC	Não		M=79,29 DP=23,07		M=65,35 DP=33,74	M=46,98 DP=24,36	M=50,92 DP=22,32					M=7,48 DP=18,45
	Sim		M=51,14 DP=29,16		M=51,25 DP=26,06	M=35,75 DP=23,24	M=39,25 DP=20,08					M=6,92 DP=23,97
HTA	Não	M=2,77 DP=0,93	M=85,41 DP=18,64	M=73,53 DP=36,00	M=70,78 DP=30,76	M=48,86 DP=22,84						
	Sim	M=3,16 DP=0,95	M=68,05 DP=27,13	M=59,07 DP=39,92	M=57,14 DP=35,03	M=43,26 DP=25,87						
DAP	Não		M=79,29 DP=23,86		M=65,69 DP=33,18		M=51,52 DP=21,63				M=12,67 DP=20,89	
	Sim		M=59,87 DP=23,65		M=52,73 DP=34,37		M=37,50 DP=25,18				M=24,17 DP=30,07	

TS- Transição de Saúde; FF- Funcionamento físico; PF- Papel Físico; D- dor; SG- Saúde Geral; V- Vitalidade; FS- Funcionamento Social; PE- Papel Emocional; SM- Saúde Mental; P- Preocupação com o Futuro; S- Satisfação; CC- Complicações Crônicas; Micro- Microangiopatia; C- Catarata; Macro- Macroangiopatia; NA- Neuropatia Autonômica; DS- Disfunção Sexual; DCC- Doença Cardíaca Coronária; AVC- Acidente Vascular Cerebral; HTA- Hipertensão Arterial; DAP- Doença Arterial Periférica.

($t(310)=2,10$; $p<0,05$) e da satisfação ($t(296)=4,40$; $p<0,0001$).

Os resultados sugerem, ainda, que os doentes com doença cardíaca coronária (DCC) referem uma pior qualidade de vida ao nível do funcionamento físico ($t(306)=4,87$; $p<0,0001$), papel físico ($t(311)=2,69$; $p<0,01$), dor ($t(313)=2,67$; $p<0,01$), vitalidade ($t(310)=3,10$; $p<0,01$) e preocupação em relação ao futuro ($t(314)=2,45$;

$p<0,05$), enquanto os que têm história anterior de acidente vascular cerebral (AVC) demonstram ter uma qualidade de vida pior ao nível do funcionamento físico ($t(306)=4,23$; $p<0,0001$), dor ($t(313)=2,29$; $p<0,05$), saúde geral ($t(311)=2,00$; $p<0,05$), vitalidade ($t(310)=2,28$; $p<0,05$) e satisfação ($t(296)=2,57$; $p<0,05$) do que os doentes que não sofrem destas sequelas.

Os doentes com diagnóstico de hipertensão

(HTA) referem uma qualidade de vida inferior ao nível da transição de saúde ($t(314)=3,58$; $p<0,0001$), funcionamento físico ($t(306)=6,42$; $p<0,0001$), papel físico ($t(311)=3,30$; $p<0,01$), dor ($t(313)=3,68$; $p<0,0001$) e saúde geral ($t(311)=2,04$; $p<0,05$), enquanto os doentes com doença arterial periférica (DAP) apresentam uma qualidade de vida inferior no domínio do funcionamento físico ($t(306)=4,18$; $p<0,0001$), dor ($t(313)=2,03$; $p<0,05$), vitalidade ($t(310)=3,32$; $p<0,01$) e preocupação em relação ao futuro ($t(314)=2,04$; $p<0,05$) quando comparados com indivíduos com diabetes que não sofrem destas sequelas crónicas da doença.

Finalmente, quando analisamos a correlação entre os distintos domínios da qualidade de vida e o número de complicações crónicas da diabetes de que o indivíduo sofre, constata-se que essa correlação é, de forma geral, estatisticamente significativa, assinaladamente na transição de saúde ($r(314)=0,18$; $p<0,01$) (este valor é invertido, de modo que, quanto maior o número de complicações crónicas, pior parece ser a percepção do doente, isto é, maior a sua percepção de que a sua saúde piorou no último ano), funcionamento físico ($r(306)=-0,47$; $p<0,0001$), papel físico ($r(311)=-0,29$; $p<0,0001$), dor ($r(313)=-0,29$; $p<0,0001$), saúde geral ($r(311)=-0,25$; $p<0,0001$), vitalidade ($r(310)=-0,32$; $p<0,0001$), saúde mental ($r(310)=-0,13$; $p<0,05$) e satisfação ($r(296)=-0,27$; $p<0,0001$) e aponta para que quanto maior o número de complicações crónicas que o doente apresente pior é a sua qualidade de vida.

4. DISCUSSÃO

De uma forma geral, os resultados sugerem que, entre os indivíduos com diabetes, aqueles que sofrem de complicações crónicas demonstram ter uma qualidade de vida inferior à dos que não sofrem de sequelas da doença. Esta diferença verifica-se quando são analisadas especificamente a microangiopatia, catarata, macroangiopatia, neuropatia autonómica (nomeadamente, disfunção sexual), doença cardíaca coronária, história passada de acidente vascular cerebral, hipertensão arterial e doença arterial periférica. Todavia, quando controlada a gravidade de complicações como a retinopatia e a nefropatia, cons-

tata-se que não existe uma relação linear entre a gravidade da complicação crónica e o impacto na qualidade de vida, uma vez que, por vezes, doentes com níveis mais graves da complicação apresentam uma qualidade de vida superior à de indivíduos com níveis menos graves da sequela.

Estes resultados parecem ir ao encontro da ideia defendida por alguns autores de que, muitas vezes, é mais difícil para o doente lidar com a incerteza, com a dúvida acerca do agravamento da complicação crónica do que com a sua presença. Por exemplo, a retinopatia diabética é frequentemente uma condição instável, que faz com que as pessoas alternem entre o sentir que o problema estabilizou e o sentir que está a ocorrer um agravamento e que estão a perder a visão, sentimentos de incerteza, que combinados com a falta de conhecimentos sobre os objectivos dos tratamentos se traduzem num impacto brutal desta complicação crónica na vida dos doentes (Caditz, 1992). Por outro lado, o diagnóstico de doença renal avançada pressupõe que os doentes estejam a ser submetidos a tratamento por hemodiálise ou tenham sofrido transplante renal, o que alguns autores associam a uma melhoria da qualidade de vida, uma vez que esses tratamentos influenciam os sintomas e restrições associadas ao regime de tratamento da diabetes e das suas sequelas (Nakache, Tyden & Groth, 1989; Symister & Friend, 1996).

Seria importante o desenvolvimento de futuros estudos de carácter longitudinal que nos permitissem uma maior compreensão da forma como os diferentes estádios de desenvolvimento e distintos níveis de gravidade de cada uma das complicações crónicas da diabetes afectam a qualidade de vida dos doentes, no sentido de tornarmos mais eficaz a intervenção psicológica neste domínio.

REFERÊNCIAS

- Aalto, A.-M., Uutela, A., & Aro, A. R. (1997). Health related quality of life among insulin-dependent diabetes: disease-related and psychosocial correlates. *Patient Education and Counselling*, 30, 215-225.
- Ashford, R. L., McGee, P., & Kinmond, K. (2000). Perception of quality of life by patients with diabetic foot ulcers. *The Diabetic Foot*, 3 (4), 150-155.

- Bech, P. (1993). Quality of life measurement in chronic disorders. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 59, 1-10.
- Berzon, R. A. (2000). Understanding and using health-related quality of life instruments within clinical research studies. In M. J. Staquet, R. D. Hays, & P. M. Fayers (Eds.), *Quality of Life Assessment in Clinical Trials* (pp. 3-15). Great Britain: Oxford University Press.
- Bott, U., Mühlhauser, I., Overmann, H., & Berger, M. (1998). Validation of a diabetes-specific quality of life scale for patients with type 1 diabetes. *Diabetes Care*, 21 (5), 757-769.
- Bradley, C. (2002). Assessment of health-related quality of life (HRQoL) in people with diabetes. *Scientific report: Training session on health-related quality of life assessment and depression in diabetes* (pp. 2-3). Budapest: MAPI Research Institute.
- Bradley, C., Todd, C., Gorton, T., Symonds, E., Martin, A., & Plowright, R. (1999). The development of an individualized questionnaire measure of perceived impact of diabetes on quality of life: the ADDQoL. *Quality of Life Research*, 8, 79-91.
- Brod, M. (1998). Quality of life issues in patients with diabetes and lower extremity ulcers: patients and care givers. *Quality of Life Research*, 7, 365-372.
- Brown, G. C., Brown, M. M., Sharma, S., Brown, H., Gozum, M., & Denton, P. (2000). Quality of life associated with diabetes mellitus in an adult population. *Journal of Diabetes Complications*, 14 (19), 18-24.
- Caditz, J. (1992). An education-support-group program for visually impaired people with diabetes. *Journal of Visual Impairment & Blindness*, 86 (1), 81-83.
- de Berardis, G., Franciosi, M., Belfiglio, M., di Nardo, B., Greenfield, S., Kaplan, S. H., Pellegrini, F., Sacco, M., Tognoni, G., Valentini, M., & Nicolucci, A. (2002). Erectile dysfunction and quality of life in type 2 diabetic patients. *Diabetes Care*, 25, 284-291.
- Elbagir, M. N., Etayeb, N. O., Eltom, M. A., Mahadi, E. O., Wikblad, K., & Berne, C. (1999). Health-related quality of life in insulin-treated diabetic patients in the Sudan. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 46 (1), 65-73.
- Fallowfield, L. (1990). *The quality of life: The missing measurement in health care*. Canada: A Condor Book Souvenir Press (E&A) Ltd.
- Glasgow, R. E., & Anderson, R. M. (1999). In diabetes care, moving from compliance to adherence is not enough. *Diabetes Care*, 22 (12), 2090-2091.
- Glasgow, R. E., Ruggiero, L., Eakin, E. G., Dryfoos, J., & Chobanian, L. (1997). Quality of life and associated characteristics in a large national sample of adults with diabetes. *Diabetes Care*, 20 (4), 562-567.
- Grégoire, J. (1995). Introduction: l'évaluation de la qualité de vie. *Revue Européenne de Psychologie Appliquée*, 45 (4), 243-244.
- Gross, C. R., Limwattanon, C., Mathees, B., Zehrer, J. L., & Savik, K. (2000). Impact of transplantation on quality of life in patients with diabetes and renal dysfunction. *Transplantation*, 27 (12), 1736-1746.
- Hahl, J., Hämäläinen, H., Sintonen, H., Simell, T., Arinen, S., & Simell, O. (2002). Health-related quality of life in type 1 diabetes without or with symptoms of long-term complications. *Quality of Life Research*, 11 (5), 427-436.
- Hanestad, B. R. (1993). Self-reported quality of life and the effect of different clinical and demographic characteristics in people with type 1 diabetes. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 19, 139-149.
- Hathaway, D. K., Hartwig, M. S., Milstead, J., Elmer, D., Evans, S., & Gaber, A. O. (1994). Improvement in quality of life reported by diabetic recipients of kidney-only and pancreas-kidney allografts. *Transplantation Proceedings*, 26, 512-514.
- Jacobson, A. M. (2002). Depression & HRQoL in diabetes: From research to clinical care. *Scientific report: Training session on health-related quality of life assessment and depression in diabetes* (pp. 9-10). Budapest: MAPI Research Institute.
- Klein, B. E. K., Klein, R., & Moss, S. E. (1998). Self-rated health and diabetes retinopathy. *Diabetes Care*, 21 (2), 236-240.
- Lee, J. E., Fos, P. J., Zuniga, M. A., Kastl, P. R., & Sung, J. H. (2001). Assessing health-related quality of life in cataract patients: the relationship between utility and health-related quality of life measurement. *Quality of Life Research*, 9, 1127-1135.
- Lloyd, C. E., Matthews, K. A., Wing, R. R., & Orchard, T. J. (1992). Psychosocial factors and complications of IDDM: The Pittsburgh Epidemiology of Diabetes Complications Study. *Diabetes Care*, 15, 166-172.
- Nakache, R., Tyden, G., & Groth, C. G. (1989). Quality of life in diabetic patients after combined pancreas-kidney or kidney transplantation. *Diabetes*, 38, 40-42.
- Piehlmeier, W., Bullinger, M., Kirchberger, I., Land, W., & Landgraf, R. (1996). Evaluation of the quality of life of patients with insulin-dependent diabetes mellitus before and after organ transplantation with the SF-36 Health Survey. *European Journal of Surgery*, 162, 933-940.
- Ragnarson-Tennvall, G., & Apelqvist, J. (2000). Health-related quality of life in patients with diabetes mellitus and foot ulcers. *Journal of Diabetes Complications*, 14 (59), 235-241.
- Ribeiro, J. L. P. (1994). A importância da qualidade de vida para a psicologia da saúde. *Análise Psicológica*, 12 (2-3), 179-91.
- Ribeiro, J. L. P., Meneses, R. F., Meneses, I., & Grupo-QDV (1998). Avaliação da qualidade de vida em crianças com diabetes tipo 1. *Análise Psicológica*, 16 (1), 91-100.

- Ryan, C. M. (1997). Psychological factors and diabetes mellitus. In J. Pickup, Pickup, & G. Williams (Eds.), *Textbook of Diabetes* (pp. 66.1-66.13). Oxford: Blackwell Science.
- Symister, P., & Friend, R. (1996). Quality of life and adjustment in renal disease: a health psychology perspective. In R. J. Resnick, & R. H. Rosensky (Eds.), *Health Psychology Through the Life Span* (pp. 265-287). USA: American Psychological Association.
- Talley, N. J., Young, L., Bytzer, P., Hammer, J., Lemon, M., Jones, M., & Horowitz, M. (2001). Impact of gastrointestinal symptoms in diabetes mellitus on health-related quality of life. *American Journal of Gastroenterology*, 96 (1), 71-76.
- Testa, M. A., Simonson, D. C., & Turner, R. R. (1998). Valuing quality of life and improvements in glycaemic control in people with type 2 diabetes. *Diabetes Care*, 21 (3), 44-52.
- United Kingdom Prospective Diabetes Study Group (1999). Quality of life in type 2 diabetic patients is affected by complications but not by intensive policies to improve blood glucose or blood pressure control. *Diabetes Care*, 22, 1125-1136.
- Visser, C. L., Bilo, H. J. G., Groenier, K. H., Visser, W., & Jong, B. M. (2002). The influence of cardiovascular disease on quality of life in type 2 diabetics. *Quality of Life Research*, 11 (3), 249-261.
- Voruganti, L. N. P., & Sells, R. A. (1989). Quality of life of diabetic patients after combined pancreatic-renal transplantation. *Clinical Transplantation*, 3, 78-82.
- Wikblad, K., Leksell, J., & Wibell, L. (1996). Health-related quality of life in relation to metabolic control and late complications in patients with insulin dependent diabetes mellitus. *Quality of Life Research*, 5, 123-130.

RESUMO

O objectivo do presente estudo é analisar o impacto da presença de complicações crónicas específicas na qualidade de vida de indivíduos com diabetes. Foi avaliada uma amostra de conveniência de 316 sujeitos com diabetes, dos quais 44,6% do sexo masculino; com idades compreendidas entre os 16 e os 84 anos ($M= 48,39$; $DP=16,90$); 41,8% ($n=132$) apresenta diagnóstico de diabetes tipo 1 e a duração da doença varia entre 4 meses e 43 anos ($M=13,66$; $DP=9,32$).

Destes doentes, 59,8% sofre de complicações crónicas da diabetes. Os resultados sugerem que, entre os indivíduos com diabetes, aqueles que sofrem de complicações crónicas demonstram ter uma qualidade de vida inferior à dos que não sofrem de sequelas. Esta diferença verifica-se quando são analisadas especificamente a microangiopatia, catarata, macroangiopatia, neuropatia autonómica (nomeadamente, disfunção sexual), doença cardíaca coronária, antecedentes de acidente vascular cerebral, hipertensão arterial e doença arterial periférica. Todavia, quando controlada a gravidade de complicações como a retinopatia e a nefropatia, constata-se que não existe uma relação linear entre a gravidade da complicação e o impacto na qualidade de vida, uma vez que, por vezes, doentes com níveis mais graves da complicação apresentam uma qualidade de vida superior à de indivíduos com níveis menos graves desta.

Palavras-chave: Qualidade de vida, diabetes, complicações crónicas.

ABSTRACT

The objective of the present study is to analyse the impact of specific disease chronic complications in quality of life of diabetic patients. A convenience sample include 316 diabetic patients; 44.6% males; aged between 16 and 84 years ($M= 48.39$; $DP=16.90$), 41.8% ($n=132$) with type 1 diabetes and 58.2% ($n=184$) with type 2 diabetes. Disease duration varies between 4 months e 43 years ($M=13.66$; $DP=9.32$) and 59.8% of those patients suffers from diabetes chronic complications. Results suggest that diabetic patients who suffer from chronic complications report lower quality of life than those patients who do not suffer from diabetes sequels. This distinction is present when we analyse specifically microangiopathy, cataract, macroangiopathy, autonomic neuropathy (namely sexual dysfunction), coronary heart disease, previous stroke, hypertension and peripheral arterial disease. However, when we control complications severity, namely retinopathy and nephropathy severity, we verify that there is not a linear association between sequel severity and its impact on quality of life, since, in some cases, patients suffering from a more severe complication level report higher quality of life than patients with less severe levels.

Key words: Quality of life, diabetes, chronic complications.