

**Versão Brasileira da Escala PAID (*Problem Areas in Diabetes*):
Avaliação do Impacto do Diabetes na Qualidade de Vida**

Carolina Campos Gross

Dissertação apresentada como exigência parcial para obtenção do grau de Mestre em
Psicologia do Desenvolvimento,
sob orientação do Prof. Dr. Cláudio Simon Hutz

Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Instituto de Psicologia
Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Desenvolvimento

Porto Alegre, Fevereiro de 2004

AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador, Prof.º Dr. Cláudio Simon Hutz, pelo apoio e estímulo para a concretização de um projeto profissional e, em especial, pela oportunidade de troca e enriquecimento pessoal.

À Pós-Graduação em Psicologia do Desenvolvimento da UFRGS, pelo acolhimento e excelência no ensino.

Aos professores integrantes da banca examinadora, Dra. Sandra Pinho Silveiro, Dr. Jorge Castellá Sarriera e Dra. Denise Ruschel Bandeira, pelos enriquecedores comentários e sugestões feitas por ocasião do exame de qualificação deste projeto.

À Prof.ª Denise Ruschel Bandeira, relatora desta dissertação, pela atenciosa colaboração e apoio.

Aos demais professores do Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Desenvolvimento desta Universidade pelas infinitas oportunidades de crescimento e aprendizagem.

Aos professores do Programa de Pós-Graduação em Endocrinologia da UFRGS e à equipe do Serviço de Endocrinologia do HCPA pelo incentivo e intercâmbio interdisciplinar.

À Suzana Fiore Scain, enfermeira do serviço de endocrinologia do HCPA e colaboradora deste projeto, pelo incentivo constante e pela enriquecedora parceria.

À Mirela Jobim de Azevedo, pelo apoio constante ao longo de todo o processo e, especialmente, nas análises estatísticas.

À toda equipe do setor de Saúde Mental da *Joslin Diabetes Center*, pelo acolhimento e pelas oportunidades de aprendizado de alta qualidade, em especial ao Dr. Garry Welch, pelo incentivo e apoio na realização deste estudo.

Aos colegas do Laboratório de Mensuração do Instituto de Psicologia da UFRGS, pelo coleguismo e pela oportunidade de compartilhar o saber.

A colega e amiga Ana Luisa S. Guedes, pelo incessante e incondicional apoio na coleta dos dados deste estudo e em toda execução deste processo.

Aos colegas da turma do mestrado, pelo companherismo, pelas trocas constantes e

pela amizade conquistada.

Ao CNPq, pelo auxílio financeiro concedido para o desenvolvimento deste projeto.

Aos meus pais, por todo apoio, estímulo, admiração e, principalmente, por terem sido a minha maior fonte de inspiração.

Ao meu pai, Jorge Luiz Gross, pelo exemplo de dedicação e excelência profissional, em especial por ter sido o primeiro incentivador deste estudo.

Aos meus irmãos e amigos, que souberam compreender a minha ausência e pelo apoio e carinho em todos os momentos.

E, principalmente, a todos os pacientes que, muito gentilmente, dispuseram-se a compartilhar suas alegrias e tristezas em relação à doença e à vida, pelos momentos que me proporcionaram ao seu lado, pela convivência e pela confiança.

SUMÁRIO

LISTA DE TABELAS E FIGURAS.....	4
RESUMO.....	5
ABSTRACT.....	6
Capítulo	
I. INTRODUÇÃO.....	9
1.1. Psicologia da Saúde.....	9
1.2. O Diabetes.....	14
1.3. Especificação do Problema.....	22
II. MÉTODO.....	24
2.1. Delineamento do estudo.....	24
2.2. Participantes.....	24
2.3. Procedimentos e Considerações Éticas.....	24
2.4. Instrumentos.....	25
2.5. Análise dos Dados.....	27
III. RESULTADOS.....	28
IV. DISCUSSÃO.....	39
V. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	43
REFERÊNCIAS.....	45
ANEXOS.....	50
ANEXO A – B-PAID (Versão Brasileira da Escala PAID).....	50
ANEXO B – Escala de Qualidade de Vida da OMS.....	53
ANEXO C – Escala de Satisfação de Vida.....	58
ANEXO D – Consentimento informado.....	59
ANEXO E - Entrevista.....	60

LISTA DE TABELAS E FIGURAS

Tabela 1 – Características dos 146 pacientes com diabetes tipo 2.....	28
Figura 1 – Scree Plot.....	29
Tabela 2 - Matriz Fatorial da Escala B-PAID.....	30
Tabela 3 - Índices de Consistência Interna da Escala B-PAID e suas subdimensões.....	32
Tabela 4 – Matriz de Correlação entre as subdimensões da Escala B-PAID e as Escalas de Qualidade de Vida e Satisfação de Vida.....	33
Tabela 5 - Diferenças entre as médias da Escala B-PAID pré intervenção e pós intervenção.....	35
Tabela 6 - Matriz de correlações entre a Escala B-PAID e suas subdimensões e as variáveis idade, anos de diabetes, nível de controle metabólico e grau de instrução.....	36
Tabela 7 - Diferenças entre as médias da Escala B-PAID e suas subdimensões e variável Sexo.....	37
Tabela 8 - Diferenças entre as médias da Escala B-PAID e suas subdimensões e a variável Insulina.....	37
Tabela 9 – Análise de Regressão Múltipla.....	38

RESUMO

A avaliação da qualidade de vida é considerada uma importante ferramenta na busca por estratégias eficazes de tratamento na área da saúde. As doenças crônicas, como o Diabetes Melito (DM), requerem uma abordagem clínica e investigativa que abranja todas as necessidades biológicas, psíquicas e sociais destes indivíduos. A mensuração dos fatores psicológicos com a identificação dos problemas emocionais pode servir com uma ferramenta útil na avaliação das variáveis que afetam a adesão ao tratamento. Os objetivos dessa pesquisa, portanto, foram analisar a validade da versão brasileira da Escala PAID (*Problem Areas in Diabetes*), B-PAID, e a sua relação com os fatores associados ao controle metabólico, tipo de tratamento, idade de diagnóstico, gênero, idade e grau de instrução em pacientes com DM tipo 2 (DM2). Foi realizado um estudo transversal em 146 pacientes com DM2, selecionados ao acaso entre aqueles que consultavam no Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Os pacientes responderam a um questionário que incluía o tipo de tratamento realizado para DM, o valor da hemoglobina glicosilada (HbA_{1c}), o tempo conhecido de diagnóstico da doença, o nível de instrução e dados sobre a idade e o sexo. Responderam também a três questionários: B-PAID, Escala de Satisfação de Vida (SWL) e Escala de Avaliação da Qualidade de Vida da OMS (WHOQOL). A Escala B-PAID foi analisada quanto à validade, à fidedignidade e à sensibilidade. Os resultados mostraram boa consistência interna da escala ($\text{Alpha de Cronbach} = 0,93$) e correlação significativa entre a Escala B-PAID e as escalas WHOQOL ($r=-0,33$; $p<0,05$) e Satisfação de Vida ($r=0,55$; $p<0,01$). Analisando as possíveis associações entre a Escala B-PAID e as características clínicas dos pacientes, observaram-se correlações significativas com a idade ($r=-0,23$; $p<0,01$) e nível de educação ($r=-0,22$; $p<0,01$), mas não com HbA_{1c}. Os escores do B-PAID mostraram-se mais elevados nas mulheres ($35,62\pm 27,27$; $p<0,01$) do que nos homens ($25,96\pm 21,17$; $p<0,01$) e não houve diferença significativa entre os pacientes que fazem uso de insulina ($24,37\pm 14,25$; $p<0,23$) e os que não utilizam insulina ($31,92\pm 25,98$; $p<0,23$). Na análise de regressão múltipla, somente as variáveis idade ($\beta = -0,224$; $p=0,06$) e nível de instrução ($\beta = -0,157$; $p=0,05$) estão significativamente e inversamente associadas ao B-PAID. Esses resultados indicam que a Escala B-PAID apresenta boas condições psicométricas, podendo ser considerada uma ferramenta de avaliação do

impacto do DM2 na qualidade de vida desta população no Brasil. Indivíduos mais jovens com nível de instrução menor apresentam maior risco de desenvolverem estresse emocional associado ao diabetes, devendo ser priorizados nas intervenções psicossociais.

Palavras-chave: Diabetes; Qualidade de Vida; Avaliação Psicológica

ABSTRACT

Measuring quality of life has been considered an important tool to evaluate and achieve efficacy interventions in the health setting. Diabetes *Mellitus* (DM), as a chronic disease, demands a clinical and research approach including all biological, psychological and social individual necessities. The measurement of psychological factors that affects individual's treatment adherence can be used like a useful tool in the identification of emotional problems. The aim of this study was to validate the Brazilian version of the Problems Areas in Diabetes Scale (B-PAID) in a sample of outpatients with type 2 diabetes (DM2) and to identify the characteristics of the individuals with high emotional distress. A cross-sectional study was done in a sample of 146 patients randomly selected among those attending outpatient clinics of the Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Brazil. The patients answered a questionnaire about the type of treatment, glyco-hemoglobin (HbA_{1c}), known duration of diabetes, level of schooling and information about age and gender. To determine the validity, B-PAID was compared with the already validated Brazilian versions of Satisfaction with Life (SWL) and WHO Quality of Life-Brief (WHOQOL) scales. Reliability analysis was performed by using *Cronbach's Alpha* coefficient. The sensitivity to change was analyzed through re-testing after an educational program one month after the baseline with *student t test*. Validity was analyzed through *Pearson* and *Spearman* correlation between the scores of B-PAID with WHOQOL and SWL questionnaires and with clinical characteristics. The results showed a *Cronbach's α* coefficient of 0.93 and a significant correlation between B-PAID with WHOQOL ($r=-0.33$; $p<0.005$) and SWL ($r=0.55$; $p<0.01$). Analyses of the possible associations of B-PAID with the clinical characteristics of the patients showed a significant correlation with age ($r=-0.23$; $p<0.01$) and level of schooling ($r=-0.22$; $p<0.01$), but not with HbA_{1c}. B-PAID scores were higher for females (35.62 ± 27.27 ; $p<0.01$) than for males (25.96 ± 21.17 ; $p<0.01$) but there was no significant difference in patients treated with insulin (24.37 ± 14.25 ; $p<0.23$) or without insulin (31.92 ± 25.98 ; $p<0.23$). In a multiple regression

analysis only age ($\beta=-0.024$; $p=0.006$) and level of schooling ($\beta=-0.157$; $p=0,05$) were significantly and inversely associated with B-PAID. The findings suggest that B-PAID is a reliable and valid outcome measure for Brazilian DM2 patients and identifies that individuals with lower age, lower education level, and females are at an increased risk for emotional distress and should be prioritized in psychosocial intervention.

Key-words: Diabetes; Quality of Life; Psychological Measurement

I. INTRODUÇÃO

A presente dissertação pretende verificar o impacto do diabetes na qualidade de vida de indivíduos adultos. A partir de um referencial baseado na Psicologia da Saúde, discutiremos os pontos de convergência dos enfoques biomédicos e comportamentais com o objetivo de analisar as implicações das doenças crônicas na qualidade de vida das pessoas. Para tanto, iniciaremos esta discussão a partir de uma breve revisão sobre a Psicologia da Saúde como a disciplina que vem apoiando estudos sobre o impacto da doença na qualidade de vida.

1.1. Psicologia da Saúde

A Psicologia da Saúde refere-se a um âmbito de atuação do psicólogo que está tendo uma grande importância nos últimos anos, sobretudo nos países mais desenvolvidos, uma vez que pretende ser o ponto de convergência dos enfoques biomédicos e comportamentais com o objetivo comum de melhorar a saúde (Remor, 1999). A definição de Psicologia da Saúde passa necessariamente pela evolução do conceito de saúde ao longo dos anos.

Durante muito tempo, a saúde foi definida em termos negativos, como ausência de uma enfermidade ou invalidez. Atualmente, a partir da carta constitucional da Organização Mundial de Saúde (OMS, 1964) a saúde passou a ser definida – de certo modo utopicamente - como um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não somente a ausência de infecções ou doenças. Esta nova definição valoriza a saúde como um recurso para a vida diária dando ênfase aos recursos sociais e pessoais assim como para as capacidades físicas das pessoas.

Remor (1999) esclarece, entretanto, que esta definição de saúde apresenta um novo paradigma na qual a área física do ser humano já não se apresenta como principal protagonista e passa a dividir espaço com as áreas mental e social. A partir desse momento, a intervenção em saúde passa a ter um caráter multidisciplinar. Além disso, esta definição implica que o verdadeiro estado de saúde envolve não somente a prevenção de doenças, mas também a promoção da saúde entre as pessoas.

Para compreendermos esta mudança de paradigma em saúde, se faz necessário observarmos o caminho que a área da saúde percorreu no curso da história, assim como as implicações deste percurso na vida das pessoas. Desde o século XVII até o início do século XX, a maioria das pessoas na sociedade ocidental considerava que a doença e a saúde eram fatos que poderiam acontecer com qualquer um, e que quase nada poderia ser feito para proteger as pessoas contra isto. Uma vez instalada a doença, as pessoas simplesmente procuravam por auxílio médico com o objetivo de serem curadas (Curtis, 2000).

Entretanto, a medicina nem sempre dispunha de condições para auxiliar os enfermos. De fato, as maiores causas de morte nesta época eram as doenças agudas e infecciosas como a gripe, pneumonia e tuberculose. Geralmente, em muito pouco tempo, os doentes eram levados à morte, sendo que muito pouco poderia ser feito para impedir o óbito. Além disso, as pessoas sentiam pouca responsabilidade pela contração dessas doenças, pois se acreditava que não havia possibilidades de evitá-las.

Nos dias de hoje, as maiores causas de morte diferem bastante daquelas mencionadas acima. As doenças crônicas, ou seja, aquelas que iniciam de forma lenta e duram toda a vida, são as principais causas de morte na atualidade, principalmente as doenças coronarianas, o câncer e o diabetes. Estas doenças geralmente não podem ser curadas, mas devem ser manejadas pelos pacientes e pelos médicos. Esta modificação nos padrões das doenças traz a necessidade de implantação de novos métodos de tratamento.

A partir do rápido avanço da tecnologia e das intervenções médicas, as doenças infecciosas como a tuberculose e o sarampo tiveram um forte declínio como consequência da introdução de técnicas como a quimioterapia e a vacinação. Igualmente, a utilização de antibióticos foi considerada responsável pelo declínio na prevalência e incidência da pneumonia. Esta visão de doença, embasada pelo modelo biomédico, atribuía a um agente patogênico específico a causa das doenças físicas, dominando a Medicina e a Psicologia da Saúde até recentemente.

Engel (1977) afirma que o modelo biomédico toma a visão de que as doenças físicas apresentam causas físicas conhecidas. Especificamente, germes, genes e agentes químicos podem contribuir de diferentes maneiras para a causa das doenças. Os tratamentos subsequentes geralmente são baseados em intervenções físicas, como a cirurgia, os medicamentos, etc. As bases desta abordagem datam do século XVII, do Dualismo Cartesiano, quando a ciência ocidental fazia uma clara distinção entre a mente e o corpo.

Esta visão biomédica foi criticada por ser uma abordagem reducionista, que não considera o ser humano como um todo, assumindo que as doenças são causadas

somente por fatores físicos. Muitas doenças como o diabetes e o câncer são consideradas desordens de etiologias variadas, ou seja, existem múltiplos fatores que interagem entre si, como a predisposição genética, hábitos alimentares, sedentarismo, fatores comportamentais, etc.

Durante a década de 70 até o final do séc. XX, médicos, psicólogos e sociólogos questionaram de maneira bastante séria a utilidade do modelo médico na explicação das doenças e da saúde. Engel (1977) propôs o modelo biopsicossocial de saúde, que considera que a saúde de uma pessoa é um resultado da interação dos fatores biológicos (biomédicos), psicológicos e sociais. O modelo biopsicossocial é baseado em uma abordagem de sistemas, onde não existem fatores únicos para explicar os fenômenos, muitos fatores influenciam-se mutuamente em diferentes níveis. Ou seja, os fatores biológicos (vírus, bactérias e lesões) interagem com os fatores psicológicos (atitudes, crenças e comportamentos) e com os fatores sociais (classe, empregabilidade, etnicidade) para determinar a saúde ou a doença.

A partir do modelo biopsicossocial, a Psicologia da Saúde surgiu como uma disciplina que busca compreender a saúde e a doença desde uma perspectiva que englobe os aspectos psicológicos, biológicos e sociais na prevenção de doenças e promoção de saúde na população.

Em 1978, foi estabelecida a Divisão 38 da *American Psychological Association* (APA) denominada *Health Psychology* e mais recentemente também estabeleceu-se uma divisão específica de Psicologia da Saúde na *British Psychological Society* (BPS), refletindo a crescente necessidade e valorização da aplicação instrumental e teórica da psicologia na área da saúde.

Matarazzo (1980) conceitua a Psicologia da Saúde como o conjunto de contribuições científicas, educativas e profissionais, que as diferentes disciplinas psicológicas fazem à promoção e manutenção da saúde, à prevenção e ao tratamento da doença, à identificação dos correlatos etiológicos e diagnósticos de saúde, à doença e às disfunções relacionadas, à melhora do sistema sanitário e à formação de uma política sanitária. Além disso, ressalta o importante papel da psicologia na prevenção, manejo e promoção da saúde emergindo como uma das tarefas mais desafiadoras do Século XX.

Taylor (1990) ressalta que a Psicologia da Saúde, como campo de estudos, vem realizando contribuições substanciais no entendimento dos comportamentos saudáveis e dos inúmeros fatores que determinam a saúde e também dos fatores que, freqüentemente, levam à doença. Muito do trabalho realizado nesta área envolveu o desenvolvimento de modelos conceituais e teóricos que elucidam a prática (ou a ausência) de

comportamentos saudáveis, o impacto do estresse na doença e no comportamento não-saudável, as representações que as pessoas têm a respeito da saúde e da doença, a maneira com que as pessoas enfrentam a doença e os determinantes para o ajustamento necessário para viver com a doença.

A *American Psychological Association* (1976) define que os principais objetivos da Psicologia da Saúde são: compreender e avaliar a interação existente entre o estado de bem-estar físico e os fatores biológicos, psicológicos e sociais; entender como as teorias, os princípios e os métodos de pesquisa psicológica podem aplicar-se para potencializar os enfoques biomédicos na promoção de saúde e no tratamento de doenças; compreender a natureza da resposta do estresse e sua importância na etiologia e o processo de aquisição de um grande número de problemas de saúde; entender como os métodos e técnicas comportamentais e cognitivas podem ajudar as pessoas a enfrentar e controlar o estresse; desenvolver habilidades necessárias para construir e aplicar programas cujo objetivo seja o de criar ou incrementar hábitos ou estilos de vida pessoais de saúde; compreender as dificuldades que experimentam os pacientes ao decidir buscar tratamento para as suas moléstias ou problemas; ser consciente do estado e das condições experimentadas pelos pacientes no âmbito hospitalar, assim como dos fatores que afetam a aderência aos tratamentos médicos e as fontes de problemas referentes à relação médico-paciente; entender as diferenças existentes entre os métodos psicológicos e médicos para reduzir a dor e como podem combinar-se estes para melhorar a eficácia do tratamento; ser conscientes do impacto que as doenças incapacitantes e terminais produzem nos próprios pacientes e suas famílias e descobrir e entender como as técnicas e os princípios psicológicos podem aplicar-se para ajudar aos pacientes a enfrentar e tratar de controlar as doenças crônicas.

Desta forma, podemos concluir que a Psicologia da Saúde reconhece a necessidade de desenvolver medidas amplas de estados de saúde, ampliando e abrangendo os dados estatísticos de morbidade e mortalidade. Uma das medidas que tem sido amplamente reconhecida é a avaliação da Qualidade de Vida. Devido à relevância do tema, a Organização Mundial da Saúde nomeou um grupo de profissionais da saúde para desenvolver estudos sobre a Qualidade de Vida. Uma das grandes contribuições neste âmbito foi o desenvolvimento, pela OMS, de um instrumento que avalia a Qualidade de Vida. A versão completa é composta de 100 itens, abrangendo cinco dimensões consideradas importantes pelas pessoas no que se refere a sua qualidade de vida. Fleck e colaboradores (1999) desenvolveram estudos de adaptação deste instrumento para a população brasileira, apresentando boas condições psicométricas.

Medidas que avaliam o impacto de doenças específicas na qualidade de vida vêm sendo amplamente pesquisadas nos últimos anos. Instrumentos que avaliam a qualidade de vida relacionada a uma determinada doença, promovem a identificação dos fatores que afetam a aderência ao tratamento.

Na avaliação do cuidado de doentes crônicos, onde tanto as doenças como as estratégias terapêuticas podem representar um impacto significativo no estilo de vida dos pacientes e de suas famílias, as utilidades das medidas de qualidade de vida são, em geral, amplamente aceitas (Spitzer, 1987; Guyatt, Feeny, Patrick, 1993). Para as pessoas que têm diabetes, as demandas do tratamento diário, o enfrentamento dos problemas emocionais associados com a doença e as ameaças de complicações limitantes têm um efeito importante no bem-estar físico, social e psicológico dos pacientes (Cox & Gonder-Frederick, 1992; Bradley & Gamsu, 1994; Rubin & Peyrot, 1992; Bott, Schattenberg, Mühlhauser, Berger, 1996).

Além disso, as variáveis psicológicas têm um impacto importante no auto-cuidado, aceitação do regime terapêutico e no sucesso do tratamento (Dunn, 1986). Conseqüentemente, qualquer abordagem compreensiva na avaliação do cuidado do diabetes deve levar em conta a percepção individual do impacto na vida do sujeito, em diferentes domínios da vida, determinados nos instrumentos de qualidade de vida. Estratégias de tratamento eficazes devem permitir aos pacientes alcançar um bom nível de controle glicêmico e, ao mesmo tempo, devem interferir, o menos possível, em uma vida flexível e independente (Bradley & Gamsu, 1994).

Na luz do crescente número de opções de tratamento para pacientes e para os profissionais de saúde, as medidas de qualidade de vida contribuem com as decisões terapêuticas e no contexto da alocação de recursos nas políticas de saúde (Guyatt & cols.; 1993; Kotsanos & cols., 1997). A qualidade de vida só pode ser apropriadamente mensurada pela avaliação das opiniões e percepções dos pacientes.

A qualidade de vida relacionada à saúde pode ser avaliada através de questionários genéricos ou específicos às doenças (Patrick & Deyo, 1989). Medidas genéricas são desenvolvidas para serem aplicadas a diferentes tipos de incapacidades físicas, doenças, pacientes e populações. Em triagens clínicas, quando as intervenções e diferentes regimes de tratamento tem que ser avaliados em termos de mudanças e diferenças entre os sujeitos, as medidas específicas às doenças são mais apropriadas porque alcançam uma melhor responsividade e sensibilidade (Patrick & Deyo, 1989; Fletcher & cols., 1992).

No campo do diabetes, muitos estudos revelaram que as medidas genéricas alcançaram uma validade discriminante insuficiente e que eram capazes de

discriminar somente grupos de pacientes em diferentes tipos de tratamento, ou, apenas quando problemas graves tivessem desenvolvidos. Deste modo, muitas medidas de avaliação da qualidade de vida específica para pacientes com diabetes foram recentemente desenvolvidas e validadas.

Em 1989, representantes dos departamentos de saúde de organizações de saúde de todos os países europeus encontraram-se com especialistas em diabetes em *St. Vincent*, Itália, sob o patrocínio da Organização Mundial da Saúde/ Federação Internacional de Diabetes (OMS/FID). Este encontro resultou na Declaração de *St. Vincent*, que através de *Guidelines* e recomendações, buscou aprimorar tanto o atendimento clínico como as condições sociais das pessoas com diabetes. Esta declaração também contém orientações para auxiliar a equipe de saúde para melhorar o bem-estar psicológico dos pacientes com diabetes. Uma destas recomendações é a de que o bem-estar psicológico, associado ao monitoramento do controle do diabetes, necessita ser avaliado através da utilização de questionários estandardizados. Embora o bem-estar psicológico seja uma meta importante do tratamento do diabetes, pouca atenção tem sido dada às implicações psicológicas do diabetes (Bradley & Gamsu, 1994).

1.2. O Diabetes

Segundo a *American Diabetes Association* (A.D.A, 1998), o diabetes é uma desordem caracterizada pelo aumento do nível de açúcar no sangue, denominado hiperglicemia, resultante de defeitos na secreção e/ou ação da insulina no organismo. A classificação do diabetes inclui quatro classes clínicas: diabetes tipo 1, diabetes tipo 2, diabetes gestacional e outros tipos específicos de diabetes. A seguir, definiremos apenas o diabetes tipo 1 e tipo 2, uma vez que estes são os tipos mais freqüentes. Entretanto, este estudo investigará apenas o diabetes tipo 2.

O diabetes tipo 1 antigamente era chamado de insulino-dependente ou diabetes com início na juventude. Pacientes com diabetes tipo 1 têm uma grave carência de produção de insulina no pâncreas e são propensos a desenvolver cetoacidose.

Segundo a A.D.A (1998), a cetoacidose é um estado de descompensação grave em pacientes com diabetes tipo 1 que ocorre por uma deficiência absoluta de insulina e que, em geral, tem um fator desencadeante, por exemplo infecção ou parada da medicação. Nesse processo, acumulam-se resíduos no organismo e o quadro pode ser acompanhado de alterações da consciência podendo ir ao coma. Neste quadro, sempre existe hiperglicemia importante e acidose, que devem ser comprovadas com exames de sangue.

No momento do diagnóstico, os indivíduos estão magros, com experiência de perda de peso recente, com sintomas de sede e micção excessivas e estão, geralmente, com cetoacidose. No estágio de completa evolução da doença, pacientes com diabetes tipo 1 são dependentes de injeções subcutâneas de insulina para evitar cetoacidose e a morte prematura.

Conforme o Ministério da Saúde (2002, b), o diabetes tipo 1 ocorre em cerca de 10% da população no Brasil. A prevalência é menor em populações não-brancas do que em populações brancas. Embora o diabetes tipo 1 possa ocorrer em qualquer idade, o maior pico de início está entre os 11-12 anos de idade, e a maioria dos pacientes diagnosticados antes dos 20 anos de idade tem este tipo de diabetes.

O diabetes tipo 2 era antigamente chamado de insulino-independente ou diabetes com início na idade adulta. Neste tipo, os pacientes têm uma capacidade de secreção de insulina residual, embora os níveis de insulina sejam inadequados para superar a resistência à insulina. A maioria destes pacientes são obesos e, em geral, não tem nenhum sintoma de diabetes no momento do diagnóstico.

Embora o diabetes tipo 2 possa ocorrer em qualquer idade, geralmente é diagnosticado depois dos 30 anos de idade. Mesmo que 80% dos indivíduos com diabetes tipo 2 sejam obesos, ou tenham tido história de obesidade no momento do diagnóstico, este tipo de diabetes pode ocorrer em indivíduos não obesos, especialmente em idosos. Pacientes com diabetes tipo 2 não são propensos a desenvolver cetoacidose, exceto em períodos de estresse, assim como aqueles causados por infecções, traumas ou cirurgias.

Embora indivíduos com diabetes tipo 2 não sejam dependentes de injeções de insulina para sobreviverem, muitos pacientes necessitam utilizar o tratamento de insulina para um controle adequado da glicemia. A prevalência do diabetes tipo 2 aumenta de acordo com a idade e grau de obesidade e sedentarismo do sujeito. A exata etiologia do diabetes tipo 2 ainda é desconhecida, entretanto sabe-se que fatores hereditários e ambientais são muito importantes, em especial a obesidade.

Segundo o Ministério da Saúde (2002), cerca de 90% dos casos de diabetes no Brasil são do tipo 2. Geralmente, o diabetes tipo 2 acomete indivíduos adultos, que estão em uma fase da vida na qual os padrões de comportamento e estilos de vida estão firmemente estabilizados.

Conforme a A.D.A (1998), o tratamento deste tipo específico de diabetes tem como base uma mudança de comportamento do indivíduo, iniciando com a adoção de um estilo de vida saudável e a aprendizagem de tarefas necessárias para o tratamento do diabetes, tais como:

- Aquisição de uma alimentação saudável - Para a maioria das pessoas com diabetes tipo 2 que são obesas, a restrição de calorias e a modificação de hábitos alimentares para alcançar um mínimo de perda de peso de 10% do peso normal é uma importante mudança no comportamento.
- Exercícios regulares - Os benefícios do exercício para pessoas com diabetes tipo 2 fazem da adesão ao exercício regular um comportamento necessário para a qualidade de vida do paciente diabético.
- Medicação apropriada – A administração dos medicamentos de forma segura, regular e em horários específicos é fundamental para o controle adequado da doença. Este fato pode não ser um problema para a maioria das pessoas com diabetes tipo 2. Entretanto, as pessoas idosas devem ter muito cuidado ao administrarem seus medicamentos, pois podem se esquecer ou confundir com outros medicamentos que costumam tomar.
- Auto-monitoração da taxa de glicemia - As pessoas com diabetes precisam saber monitorar seu nível de glicose, para que possam usar as informações provenientes para melhor cuidar do seu diabetes. Muitas vezes é através desta auto-monitoração que o indivíduo com diabetes e o médico alteram o plano de tratamento, os exercícios específicos e a medicação.
- Rotina de cuidado dos pés - Indivíduos idosos são mais suscetíveis a desenvolver problemas nos pés associados ao diabetes e necessitam examinar seus pés diariamente. As atitudes desejáveis para este cuidado específico dos pés incluem: não fumar, usar sapatos confortáveis, manter os pés limpos, evitar lesões nos pés e saber que problemas nos pés necessitam atenção médica.
- Manejo apropriado da doença - Saber como manter uma alimentação e hidratação apropriadas é muito importante no manejo de doenças no diabetes, principalmente em pessoas idosas. Saber quando chamar um membro da equipe médica é importante na manutenção da independência do paciente, assim como na prevenção de sérias complicações associadas ao diabetes.
- Desenvolver um sistema de apoio e enfrentamento de dificuldades - O estresse pode aumentar o nível de glicose no sangue. O manejo do diabetes, associado à rotina de atividade, muitas vezes estressante, pode sobrecarregar emocionalmente o indivíduo com diabetes. Pessoas com diabetes tipo 2 frequentemente têm filhos, familiares idosos e uma demanda de trabalho grande, do que decorre que lhes reste pouco tempo diariamente para cuidar do bem-estar emocional pessoal. Tendo um sistema de suporte emocional, os desafios do manejo do diabetes tornam-se mais fáceis de se lidar. Aprender a resolver problemas emocionais ligados à doença, integrar-se

a um grupo de apoio a pessoas com diabetes, e a educação dos membros da família sobre o manejo do diabetes são atitudes que ajudariam o paciente e a família a conviver com o diabetes de uma maneira saudável.

- Apoiar-se na equipe médica – Utilizar o sistema de cuidados da saúde do paciente inclui manter consultas médica regulares, passando por diversas especialidades, como endocrinologistas, oftalmologistas, dentistas, nutricionistas, enfermeiros, psicólogos, profissionais de educação física, entre outros.

Segundo o Ministério da Saúde (2002, b), o diabetes está associado a várias complicações crônicas que limitam a qualidade de vida dos pacientes, diminuem a sua capacidade de trabalho e aumentam a mortalidade. Pacientes com diabetes são mais suscetíveis a desenvolver numerosas complicações, tanto crônicas como agudas, assim como diversas reações adversas a medicamentos.

Conforme a A.D.A (1998), os maiores fatores de riscos para desenvolver complicações do diabetes, como as descritas acima, são: hipertensão, hiperlipidemia (alterações nos lipídios ou gorduras. Os tipos mais freqüentes são de hiperlipidemia do tipo triglicéridos e colesterol altos) , hiperglicemia e maus hábitos de vida como ausência de exercício e fumar cigarros. A maioria destes fatores de risco são mais prevalentes em pacientes com diabetes tipo 2. Além disso, homens com diabetes são duas vezes mais propensos, e mulheres com diabetes são três a quatro vezes mais propensas a desenvolver doença arterial coronariana do que homens e mulheres sem diabetes.

As complicações crônicas do diabetes mais importantes são: doença macrovascular (coração), retinopatia diabética, nefropatia diabética, neuropatia diabética e problemas nos pés. As complicações agudas decorrentes do diabetes são problemas metabólicos e infecções. As complicações crônicas são as seguintes:

- Complicações Cardiovasculares - Estudos têm mostrado que pacientes com diabetes adquirem um maior número de complicações cardiovasculares que indivíduos que não tem diabetes. Pacientes com diabetes tem duas a quatro vezes mais risco de desenvolverem doença coronariana e acidente vascular cerebral e 100 vezes mais de sofrerem amputações nos membros inferiores (Ministério da Saúde, 2002, a). Estas complicações podem ser diminuídas ou retardadas significativamente através de medidas de tratamento específicas, que envolvem mudanças importantes nos hábitos de vida e emprego de medicamentos orais e algumas vezes injetáveis (insulina).
- Retinopatia Diabética - Segundo Beaser e Hill (1995), o problema nos olhos mais sério que pode ocorrer com um indivíduo com diabetes é o dano na retina. A

retinopatia é uma complicação do diabetes que causa uma diminuição na visão, e está associada a episódios de hiperglicemia. Por isso é muito importante que o paciente com diabetes, além de seguir corretamente as instruções do tratamento, faça uma avaliação oftalmológica freqüente para que possa detectar e tratar problemas visuais, pois os sintomas só aparecem em um estágio avançado de retinopatia. O desenvolvimento e progressão da retinopatia, tanto em pacientes com diabetes tipo 1 como em tipo 2, depende do tempo de duração do diabetes na vida do sujeito, desde o momento do diagnóstico.

- Nefropatia Diabética- A A.D.A (1998) refere que a prevalência de doença renal em pacientes com diabetes é, pelo menos, 5-10% diagnosticada 20 anos após o diagnóstico em pacientes cujo DM foi diagnosticado depois dos 30 anos. Os pacientes devem saber que o tratamento da hipertensão e o controle da glicemia são importantes para evitar doença renal. O desenvolvimento da nefropatia diabética é assintomática, e é detectada através de exames laboratoriais. Pacientes com sinais de desenvolvimento de nefropatia diabética devem saber sobre o curso da doença e as opções de tratamento como a diálise e o transplante renal. Beaser e Hill (1995) referem que a nefropatia é a complicação mais grave que acomete o paciente diabético. Este problema é mais freqüente naqueles pacientes que não controlam adequadamente a sua doença. Pacientes com esta complicação podem necessitar de um tratamento intenso, envolvendo possível transplante renal e hemodiálise, com risco elevado de morte.
- Problemas nos pés - Mais de 50% das amputações não traumáticas nos EUA ocorrem em indivíduos com diabetes, e tem sido estimado que mais da metade destas amputações podem ser evitadas com o tratamento adequado do diabetes. Lesões nos pés de indivíduos com diabetes melito são resultantes de problemas decorrentes do diabetes, como infecções. Estas lesões se caracterizam por pés insensíveis, deformados e/ou isquêmicos. Este tipo de problema torna os pés destes pacientes suscetíveis a traumas, que pode levar a formação de calos, ulceração, infecção e gangrena. A prevenção de problemas nos pés em pacientes com diabetes está ligada a uma rotina de auto-cuidado dos pés, assim como à detecção e tratamento adequado de lesões, com orientação médica.
- Neuropatia Diabética- Segundo a A.D.A (1998), a Neuropatia tem uma variedade de manifestações em indivíduos com diabetes. Existem vários tipos de neuropatia, entre eles está a impotência sexual em homens. Nestes casos, as condições endócrinas, assim como os aspectos psicológicos envolvidos devem ser tratados adequadamente e, em alguns casos, psicofármacos são necessários, para somente depois fazer

um tratamento específico para a disfunção erétil.

A maioria das complicações agudas incluem problemas metabólicos e infecções. Segundo a A.D.A (1998) as maiores complicações agudas são:

- Problemas metabólicos - Entre os maiores problemas metabólicos em pacientes com diabetes está a hipoglicemia. Este tipo de problema ocorre em indivíduos com diabetes tipo 1 e tipo 2. A hipoglicemia ocorre quando há um desequilíbrio entre a comida ingerida e a quantidade de medicação administrada (insulina, medicamentos para o diabetes, etc). Episódios de hipoglicemia podem ser suspeitados quando o paciente apresenta alterações mentais e/ou neurológicas, assim como mudanças no comportamento, coma e desmaios, taquicardia, palpitações, sudorese excessiva, etc. Quando o paciente recebe algum tipo de açúcar, logo retoma o estado consciente.
- Infecções - O diagnóstico e tratamento de infecções em pacientes com diabetes é absolutamente necessário, pois a infecção é a maior causa de alterações metabólicas levando ao coma diabético. As principais infecções em pacientes com diabetes são: furúnculos cutâneos, vulvovaginites, celulites, úlceras vasculares, infecções no trato urinário e infecções no ouvido.

No Brasil, o diabetes vem sendo reconhecido como um sério problema de saúde pública, levando-se em consideração a prevalência de 7,6% da população com diagnóstico da doença, com idade entre 30 e 69 anos. Está associado a várias complicações crônicas que podem limitar a qualidade de vida dos pacientes, diminuindo a sua capacidade de trabalho e aumentando a mortalidade (Gross & cols., 2000).

Kruger e Marcus (2000) apontam que o diabetes, por ser uma doença crônica e incurável, necessita controle metabólico por toda a vida e a educação do paciente se torna uma condição necessária para o manejo adequado do tratamento. Além disso, o diabetes é uma doença que não causa dor física nas pessoas, o que pode acarretar em dificuldade na adesão ao tratamento indicado pela equipe multidisciplinar que presta assistência ao paciente.

A importância de estudos nesta área está relacionada com o grande número de complicações graves decorrentes do diabetes. Estas complicações podem ser diminuídas ou retardadas significativamente através de medidas de tratamento específicas, que envolvem mudanças importantes nos hábitos de vida e emprego de medicamentos orais e algumas vezes injetáveis (insulina). Além disso, é necessário realizar exames laboratoriais frequentes para avaliar o grau de controle metabólico e da presença de possíveis

complicações. É necessário também que os pacientes avaliem diariamente os níveis de glicemia através de amostras de sangue coletadas por punção dos dedos (United Kingdom Prospective Diabetes Study Group, 1998).

O impacto do diagnóstico de diabetes na vida de uma pessoa pode trazer muito sofrimento e desajustes emocionais decorrentes da necessidade de modificar o estilo de vida em vigor até o momento do diagnóstico e das perspectivas de desenvolver complicações limitantes. A família do paciente, por vezes, ficará também envolvida pela necessidade de participar de mudanças de hábitos e da repercussão na vida familiar.

Os pacientes com diabetes enfrentam, desde o diagnóstico, mudanças importantes no estilo de vida acompanhadas de muitas limitações, como mudanças nos hábitos de alimentação e a realização de uma atividade física regular. Além disso, necessitam entender informações complexas para organizar o seu tratamento, sentindo-se ameaçados pela possibilidade de complicações futuras e pela possibilidade de morte prematura.

A realidade do cuidado com o diabetes é que mais de 98% deste é provido pelo paciente. Dessa maneira, o paciente é o ponto de controle e de tomada de decisões no tratamento diário do diabetes. Desse modo, pode ser considerada uma doença crônica auto-controlada (Anderson & Rubin, 2002).

Welch, Jacobson & Polonsky (1997) ressaltam que o tratamento da doença pode ter um impacto significativo em muitos aspectos da qualidade de vida do paciente. Questões como trabalho, relações interpessoais, atividades sociais, bem-estar físico e emocional podem ser extremamente afetadas pelo diabetes e seu tratamento. Devido à necessidade de mudanças de comportamento, o manejo psicológico do paciente e a identificação de problemas emocionais podem ser decisivos para um tratamento bem sucedido do diabetes.

Anderson, Fitzgerald, Wisdom, Davis & Hiss (1997) salientam que o bem-estar emocional é a base sobre a qual todos os aspectos do tratamento se apoiam sobre o paciente. A identificação dos problemas emocionais, especialmente aqueles relacionados à aceitação da doença e às suas possíveis limitações, poderá favorecer intervenções que levem a modificações de comportamento apropriadas. West & McDowell (2002) avaliaram o impacto do diabetes na qualidade de vida de indivíduos com diabetes tipo 2. Através da Escala PAID (*Problem Areas in Diabetes*) concluíram que o tipo de tratamento, o tempo de diagnóstico e a idade são fatores que influenciam significativamente o impacto emocional desta doença na vida das pessoas.

Welch, Weinger & Anderson (2003) reportaram uma melhora significativa no sofrimento emocional e nos níveis de controle glicêmico após a execução de diferentes tipos de intervenções. Através da Escala PAID (*Problem Areas in Diabetes*),

avaliaram a sensibilidade desta medida às mudanças nos estados emocionais dos pacientes. De fato, o diabetes é uma doença que demanda um esforço constante do paciente, afetando, em grande parte, a qualidade de vida destes e de seus familiares. A qualidade de vida dos pacientes com diabetes vem sendo pesquisada amplamente nos últimos anos. Em 1999, mais de 300 artigos escritos em inglês foram publicados em jornais internacionais (Welch & cols., 2000). A saúde é considerada como um aspecto particular da qualidade de vida, tendo como objetivo principal avaliar como o sujeito pode ser afetado pela saúde e pela doença.

Questionários têm sido utilizados como uma forma de avaliação da qualidade de vida das pessoas que recebem o diagnóstico de diabetes. Através destes instrumentos, tem-se mostrado que, pode-se identificar problemas enfrentados pelos pacientes que possivelmente estão associados à não aderência ou à aceitação da doença. Herschbach e colaboradores (1997) salientam que os questionários específicos para estes pacientes têm um alto grau de aceitação, fornecendo informações necessárias e específicas, sendo bastante sensíveis a mudanças conforme a população e a cultura.

Welch, Polonsky, Snoek & Pouwer (2000), em um estudo de validação transcultural do instrumento PAID (*Problems Areas in Diabetes*), confirmam que o sofrimento psicológico geralmente acomete pessoas com diabetes em diferentes culturas, e está frequentemente associado a diversas dificuldades ligadas ao enfrentamento da rotina diária do tratamento e ao medo de desenvolver complicações futuras decorrentes. Os resultados comprovam que o sofrimento psicológico não é somente difícil de suportar, mas também pode impedir que o paciente assuma comportamentos de auto-cuidado, comprometendo o controle glicêmico.

Welch e colaboradores (2000) salientam que a qualidade de vida é um construto multidimensional, englobando aspectos psicológicos, sociais e físicos do bem-estar do indivíduo. Além disso, ressalta que o termo deveria refletir a avaliação subjetiva do paciente sobre seu bem-estar em vez da visão do profissional da saúde. Geralmente, os instrumentos que avaliam a qualidade de vida ligada à saúde são delineados com o objetivo de avaliar a percepção que o sujeito tem dos aspectos subjetivos de sua vida.

Nos últimos anos, vários instrumentos genéricos e específicos de qualidade de vida foram desenvolvidos para fins de pesquisa. Com relação aos instrumentos específicos para avaliar aspectos do bem-estar subjetivo dos pacientes com diabetes, foram desenvolvidas algumas escalas, que se diferenciam em focos de atenção e conteúdos específicos (Welch & cols., 2000). Entre eles estão: *Problems Areas in Diabetes Scale* (PAID, Polonsky & cols., 1995), *Diabetes Health Profile* (DHP, Meadows & cols., 1996), *Diabetes*

Quality of Life Questionnaire (DQOL, Jacobson, Groot & Samsom, 1994), *Diabetes Care Profile* (DCP, Anderson, Fitzgerald, Wisdom, Davis, Hiss, 1997), *Diabetes-39* (Boyer & Earp, 1997), *Diabetes Symptom Checklist-type 2* (DSC-2, Grootenhuis, Snoek, Heine & Bouter, 1994) e, mais recentemente, *Audit of Diabetes Dependent Quality of Life* (ADDQoL, Bradley & cols., 1999).

Tendo em vista a escassez de instrumentos específicos no Brasil para avaliar a qualidade de vida das pessoas que vivem com diabetes, considera-se necessária a validação destes instrumentos no país. Estudos como o de Welch & cols. (1997) têm mostrado que o instrumento PAID tem uma consistência interna alta (0,94) e uma validade bem estabelecida nos Estados Unidos da América e na Holanda (0,93). Os estudos de validação deste instrumento na Holanda compararam a escala PAID com as versões holandesas do WBQ-12 (*Well-Being Questionnaire*) e a subescala de Ansiedade-Traço do IDATE (Inventário de Ansiedade Traço-Estado). A escala WBQ-12 foi utilizada para avaliar os níveis gerais de bem estar emocional e a subescala de ansiedade traço para avaliar a ansiedade como traço de personalidade.

Bradley (1994) lembra que para que uma escala possa ser utilizada em diferentes culturas se torna necessário percorrer as seguintes etapas:

1. Tradução para o português, seguida da versão para o inglês (*backtranslation*) realizada por uma outra pessoa com domínio do idioma inglês e após a nova tradução para o idioma português (*retranslation*);
2. Verificar a fidedignidade da escala, ou seja, avaliar a estabilidade dos itens da escala e os índices de consistência interna da mesma;
3. Estabelecer a validade da escala, isto é, verificar se a escala está medindo aquilo que o pesquisador pretende medir. Para tanto, é necessário realizar comparações da escala com outros fatos (critérios) observáveis.

1.3. Especificação do problema

Esta pesquisa tem como objetivo principal estudar os aspectos emocionais envolvidos no diabetes, em especial aqueles ligados à qualidade de vida do paciente, utilizando-se do questionário PAID (*Problems Areas in Diabetes Scale*), uma vez que esta escala tem mostrado eficácia na avaliação do nível de sofrimento emocional associado à rotina de convivência com o diabetes.

Assim, o objetivo geral deste estudo é validar a versão brasileira da escala PAID (B-PAID) e, mais especificamente, analisar a frequência de determinados problemas emocionais que influenciam na qualidade de vida de pacientes com diagnóstico de

diabetes, especialmente aqueles relacionados à aceitação da doença, às limitações e dificuldades impostas pelo tratamento utilizado e ao temor das possíveis complicações. Desta forma, a questão que norteia este estudo é: O diabetes representa um impacto significativo na qualidade de vida das pessoas?

Pelos estudos referidos anteriormente, a hipótese deste estudo é de que o diabetes pode ter um impacto significativo na qualidade de vida das pessoas, uma vez que os pacientes frequentemente enfrentam problemas emocionais que podem estar associados aos baixos índices de aderência ao tratamento, aumentando o número de complicações associadas e o risco de morte prematura.

Para atingir estes objetivos, foram realizadas análises sobre a validade da escala. Inicialmente, a escala foi analisada por seis juízes: dois endocrinologistas, duas enfermeiras especialistas em diabetes e dois psicólogos de reconhecido saber na área de testes. Para analisar a validade de critério, mais especificamente a validade concorrente, comparou-se o B-PAID (Anexo A) com as seguintes escalas previamente validadas no Brasil: Versão abreviada da escala de Qualidade de Vida da OMS (Anexo B) e a Escala de Satisfação de Vida (Anexo C). Após esta etapa, foi realizada uma análise da validade convergente da escala, ou seja, verificou-se se a medida em questão está substancialmente relacionada a outras formas de medida já existentes do mesmo construto. Para tanto, comparamos os escores da escala B-PAID com as características objetivas dos pacientes como sexo, idade, nível de escolaridade, duração da doença, tipo de tratamento e HbA_{1c}.

Segundo as diretrizes da *International Society for Quality of Life Assessment: IQOLA* (Ware & Gandek, 1998), para analisar a fidedignidade da escala, utilizou-se o método de análise do coeficiente de consistência interna da escala, conhecido como *Alpha* de *Cronbach*. Este coeficiente analisa a consistência entre os itens da escala, quanto maior for a homogeneidade do conteúdo expresso através dos itens maior será a consistência interna da medida. Através do Coeficiente de *Alpha* de *Cronbach*, que varia de 0 a 1, obtém-se o índice de consistência interna da escala. O limite inferior para que o Coeficiente de *Alpha* seja considerado aceitável é 0,70.

II. MÉTODO

2.1. Delineamento do estudo

Este estudo seguiu um delineamento do tipo transversal (Colin, 1995). Pacientes com Diabetes Melito tipo 2 (DM2) que consultavam nos ambulatórios de Enfermagem, Medicina Interna ou Endocrinologia no Hospital de Clínicas de Porto Alegre foram avaliados para identificar possíveis fatores emocionais associados aos cuidados e tratamento do diabetes.

2.2. Participantes

Foram selecionados, aleatoriamente, 146 pacientes com Diabete Melito tipo 2 (DM2), definidos de acordo com a Organização Mundial da Saúde, com idade superior a 18 anos, alfabetizados, sem problemas visuais graves e sem outras complicações incapacitantes.

Estes pacientes representam aproximadamente 10% do total de pacientes com DM2 que consultam regularmente no Serviço de Endocrinologia do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA). O cálculo do tamanho da amostra foi baseado nos resultados da versão brasileira do questionário PAID em um grupo de 20 pacientes. Estimou-se que fossem necessários 180 pacientes para se atingir um poder de 80% em estudos de correlação entre os itens (Cohen, 1986).

2.3. Procedimentos e Considerações Éticas

Cerca de 20% dos pacientes com diagnóstico de DM2 e que preenchiam os critérios de inclusão/exclusão e que consultam no Serviço de Endocrinologia e no Serviço de Enfermagem em Saúde Pública do HCPA foram selecionados através de sorteio. Todos os pacientes entenderam os procedimentos e concordaram em participar desta pesquisa de forma voluntária, assinando o consentimento informado (anexo D). O presente projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HCPA em junho de 2001 (n.º 01.169).

A seguir, os pacientes foram submetidos, individualmente ou em grupo, a uma bateria de três testes que avaliam diferentes aspectos da qualidade de vida. A versão brasileira do PAID (B-PAID), que avalia o impacto do diabetes na qualidade de vida, a versão brasileira do instrumento de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL), e a Escala de Satisfação de Vida (SWL) foram aplicados. O procedimento de coleta dos dados teve a duração de, no máximo, 1 hora. Após a entrevista foram coletados, através de informação direta dos pacientes e análise dos prontuários, os seguintes dados: idade, sexo, duração conhecida do diabetes, grau de instrução (fundamental, médio e superior), tipo de tratamento e medida de hemoglobina glicosilada (HbA_{1c}) (Anexo E).

2.4. Instrumentos

2.4.1. PAID (*Problems Areas in Diabetes Scale*) – Anexo A

A escala PAID foi originalmente desenvolvida no Centro de Diabetes Joslin, situada em Boston, Massachussets, EUA. Esta escala avalia, a partir da perspectiva dos pacientes, o impacto do diabetes e do tratamento em suas vidas. O questionário PAID compreende 20 questões que cobrem uma amplitude de estados emocionais freqüentemente reportados pelos pacientes com diabetes tipo 1 e tipo 2. As questões enfocam aspectos da qualidade de vida e problemas emocionais relacionados a viver com diabetes e seu tratamento, incluindo culpa, raiva, depressão, preocupação e medo. Deste modo, esta escala foi desenvolvida para servir como uma ferramenta clínica e uma medida de desfecho.

O PAID produz um escore total que varia de 0-100, onde um escore alto indica um alto nível de sofrimento emocional. Utiliza uma escala *Likert* de 5 pontos variando de: “Não é problema=0”, “Pequeno problema=1”, “Problema moderado=2”, “Quase um problema sério=3”, “Problema sério=4”. O escore total de 0-100 total é alcançado pela soma das respostas de 0-4 dadas nos 20 itens do PAID e multiplicando esta soma por 1.25. O tempo de execução da escala é de 5 a 10 minutos.

A adaptação deste instrumento para a língua portuguesa seguiu os padrões internacionais de adaptação de medidas de auto-avaliação em diferentes culturas. Inicialmente, uma pessoa de origem brasileira, com conhecimentos sólidos da língua inglesa, realizou a tradução da escala para a língua portuguesa. Esta versão foi traduzida novamente para o inglês (*backtranslation*) por uma outra pessoa, também de origem

brasileira e com domínio do idioma inglês. Após esta etapa, uma terceira pessoa, com domínio dos dois idiomas, realizou uma nova tradução para a língua portuguesa (*retranslation*). Este processo teve a aprovação e orientação do autor responsável pelo instrumento. A adaptação dos termos utilizados foi realizada levando-se em consideração o nível sociocultural da população a ser estudada.

2.4.2. WHOQOL - Brief (*WHO Quality of Life*) – Anexo B

Esta versão abreviada do questionário de avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-Brief) foi desenvolvida a partir do questionário completo de 100 questões (WHOQOL-100). Esta versão consta de 26 questões, divididas em quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente. Este questionário vem sendo amplamente utilizado em avaliações psicológicas de indivíduos com diversas doenças crônicas como AIDS e Câncer e apresenta consistência interna considerada satisfatória, *Alpha* 0,91 (Fleck & cols., 2000). Neste estudo, daremos ênfase ao pacientes com Diabetes, ampliando, assim a utilidade deste instrumento no âmbito da saúde.

2.4.3. Satisfação de Vida (*Satisfaction with Life - SWL*) – Anexo C

A satisfação de vida tem sido definida como uma avaliação global que a própria pessoa faz de sua vida (Pavot, Diener, Colvin & Sandvik, 1991). Essa avaliação é feita por meio de um julgamento que depende da comparação de circunstâncias que foram eleitas como um padrão apropriado. O julgamento do quão satisfeita uma pessoa está com a sua vida atual é baseado na comparação a um padrão que cada pessoa determinou para si própria e não a um externamente imposto (Diener, Emmons, Larsen, & Griffin, 1985). Ou seja, satisfação de vida é um julgamento cognitivo consciente da vida de um indivíduo, no qual o critério para o julgamento é a própria percepção de sua vida.

Esta escala, desenvolvida originalmente por Diener e colaboradores em 1985, compreende 5 itens que avaliam a satisfação de vida a partir de uma escala *Likert* de sete pontos que variam de: “Concordo Plenamente=1” até “Discordo Plenamente=7”. A versão brasileira desta escala foi desenvolvida e adaptada por Giacomoni e Hutz (1997) e apresentou boas condições psicométricas.

2.5. Análise de Dados

Os dados estão representados como média e desvio-padrão. Para verificar a validade convergente da escala B-PAID, foi utilizado o coeficiente de correlação de *Pearson* para analisar a correlação dos escores do B-PAID com as escalas WHOQOL e SWL. Para analisar a fidedignidade da escala B-PAID, a consistência interna da escala foi analisada através do coeficiente *Alpha* de Cronbach (α). Análise dos fatores que compõem a escala B-PAID foi realizada através da Análise Fatorial Exploratória. A associação do B-PAID com as características dos pacientes diabéticos (HbA_{1c}, idade, sexo, duração da doença, nível de instrução e tipo de tratamento) foi analisada a partir do coeficiente de correlação de *Pearson* e *Spearman* e da Análise Multivariada.

III. RESULTADOS

Foram incluídos 146 pacientes diabéticos tipo 2 cujas características encontram-se descritas na Tabela 1. A amostra foi composta por 70 homens (48%), com idade média de 59,7 anos ($\pm 9,0$), e duração média do diabetes de 8,6 anos ($\pm 7,9$). Quanto ao tratamento do diabetes, 128 (87,7%) pacientes faziam somente dieta ou utilizavam agentes orais e 18 (12,3%) faziam uso insulina.

Tabela 1- Características dos 146 pacientes diabéticos tipo 2

	Frequência (%)
Idade (anos)	
30-40	4(2,7)
41-50	18(12,3)
51-60	49(33,5)
61-70	65(44,52)
≥ 70	10 (6,8)
Sexo(masculino/feminino)	70/76(47,9/52,1)
Nível de Instrução	
Fundamental	100 (68,5)
Médio	35 (23,9)
Superior	11 (7,5)
Duração do diabetes (anos)	
1-2	26(17,8)
3-5	41 (28,1)
6-10	43(29,45)
11-20	23(15,75)
> 20	13(8,9)
Insulina (sim/não)	18/128 (12,3/87,7)
Controle metabólico (HbA1c)	
Controle ideal (< 7,0%)	83 (56,8)
Controle limítrofe (7-8,5%)	31 (21,2)
Controle ruim (> 8,5%)	32 (21,9)

Média \pm DP: Idade (59,71 \pm 9); Duração do diabetes (8,63 \pm 7,9), HbA1c (7,22 \pm 1,70)

A análise dos itens da Escala B-PAID ocorreu através de várias etapas. Primeiramente, realizou-se uma análise da consistência interna dos itens da escala

através do Coeficiente *Alpha* de *Cronbach*. Os resultados indicaram um *Alpha* de 0,93, o que atesta uma consistência interna satisfatória do B-PAID e assemelha-se ao resultado obtido na versão original da escala ($\alpha=0,94$).

Após esta etapa, foi realizada um exame da estrutura fatorial da escala B-PAID através de uma Análise Fatorial Exploratória. Na Tabela 2 é apresentada a Matriz Fatorial dos Itens da Escala B-PAID, composta pelos 20 itens em ordem decrescente de suas cargas fatoriais, bem como seus *eigenvalues*, Variância Explicada, *Alpha* de *Cronbach*, Média e Desvio Padrão. Observa-se que neste estudo um único fator consistente emergiu da escala B-PAID. A Análise Fatorial, pelo critério de *eigenvalues* superiores a 1,0, indica a presença de outros dois fatores (com *eigenvalues* de 1,37 e 1,12 respectivamente). O *Scree Plot* (Figura 1) sugere apenas um fator adicional. De qualquer forma, ambos os fatores foram desconsiderados por envolverem poucos itens e também porque todos os itens apresentam cargas elevadas no 1º fator. Devido ao pequeno tamanho da amostra considerou-se prudente sugerir apenas um fator, especialmente porque sua consistência interna é elevada, indicando um *Alpha* de 0,93.

Os estudos que avaliaram a escala PAID em outras culturas indicaram a presença de quatro subdimensões: Problemas emocionais relacionados ao diabetes, Problemas referentes ao tratamento, Problemas relacionados à alimentação e Problemas com o apoio social (Welch, Jacobson, Polonsky, 1997; Welch, Polonsky, Snoek, Pouwer, 2000).

Embora a amostra seja insuficiente para assegurar resultados mais consistentes quanto ao número de fatores, optou-se por analisar a escala de acordo com as subdimensões indicadas na literatura.

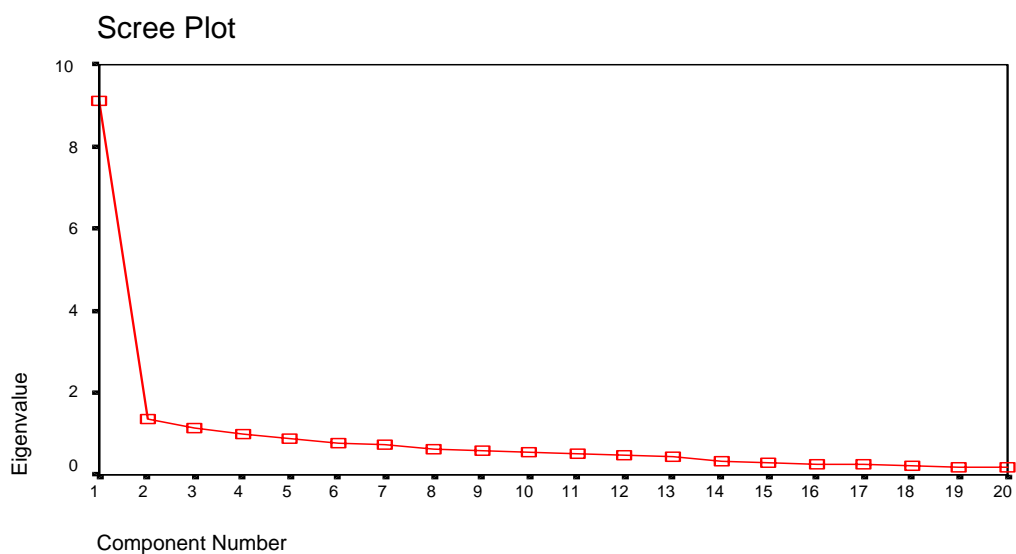


Fig.1

Tabela 2. Matriz Fatorial da Escala B-PAID

Itens	Fator 1
16	0,73
10	0,70
20	0,67
6	0,66
12	0,66
19	0,64
17	0,63
4	0,63
8	0,60
5	0,60
14	0,58
1	0,56
18	0,56
3	0,55
11	0,54
2	0,54
7	0,49
15	0,48
13	0,45
9	0,34
<i>Eigenvalue</i>	9,12
% Variância Explicada	45,62
<i>Alpha</i> de Cronbach	0,93
Média	31,00
Desvio Padrão	24,93

Na Tabela 3, são apresentados os índices de consistência interna das subdimensões da escala. As análises indicaram índices satisfatórios. As dimensões relacionadas aos problemas emocionais ($\alpha=0,91$), problemas relacionados ao tratamento ($\alpha=0,60$), problemas relacionados à alimentação ($\alpha=0,74$) e problemas relacionados ao apoio social ($\alpha=0,72$) apresentaram coeficientes considerados satisfatórios. Estes resultados ocorreram de forma semelhante no estudo de validação transcultural de Welch, Polonsky, Snoek & Pouter (2000): problemas emocionais ($\alpha=0,93$), problemas relacionados ao tratamento ($\alpha=0,75$), problemas relacionados à alimentação ($\alpha=0,72$) e problemas relacionados ao apoio social ($\alpha=0,70$).

Tabela 3. Índices de Consistência Interna da Escala B-PAID e suas subdimensões

Dimensões e os itens correspondentes (n=146)	α
1. Problemas emocionais relacionados ao diabetes	0,91
3. Sentir medo quando pensa em viver com diabetes	
6. Ficar deprimido quando pensa em ter que viver com diabetes	
7. Não saber se seu humor ou sentimentos estão relacionados com o seu diabetes	
8. Sentir que o seu diabetes é um peso para você	
9. Preocupar-se com episódios de glicose baixa	
10. Ficar irritado quando pensa em viver com diabetes	
12. Preocupar-se com o futuro e com a possibilidade de sérias complicações	
13. Sentir-se culpado(a) ou ansioso(a) quando você deixa de cuidar do seu diabetes	
14. Não aceitar seu diabetes	
16. Sentir que o diabetes está tomando muito de sua energia mental e física diariamente	
19. Lidar com as complicações do diabetes	
20. Sentir-se esgotado com o esforço constante que é necessário para cuidar do seu diabetes	
2. Problemas relacionados ao tratamento	0,60
1. A falta de metas claras e concretas no cuidado do seu diabetes	
2. Sentir-se desencorajado com o seu tratamento do diabetes	
15. Sentir-se insatisfeito com o médico que cuida o seu diabetes	
3. Problemas relacionados à alimentação	0,74
4. Enfrentar situações sociais desconfortáveis relacionadas aos cuidados com seu diabetes	
5. Ter sentimentos de privação a respeito da comida e refeições	
11. Preocupar-se com a comida e o que comer	
4. Problemas relacionados ao apoio social	0,72
17. Sentir-se sozinho com o seu diabetes	
18. Sentir que seus amigos e familiares não apoiam seus esforços em lidar com o seu diabetes	
B-PAID Total	0,93

Após a obtenção da fidedignidade da escala B-PAID são necessários, para dar continuidade ao desenvolvimento deste estudo, os processos de validação. A primeira análise realizada foi a verificação da validade de conteúdo da escala, isto é, a análise da representatividade dos itens. Para tanto, foram selecionados 6 juízes (pessoas de reconhecido saber na área que está sendo estudada): 2 endocrinologistas, 2 enfermeiras e 2 psicólogos. O resultado do julgamento mostrou que os itens da escala se constituem numa amostra representativa do conteúdo que está sendo investigado. A partir deste julgamento, foram feitas algumas alterações com relação à linguagem utilizada na escala, adaptando os termos à linguagem habitual utilizada pelos pacientes e pela equipe de saúde.

Para a verificação da validade concorrente da escala B-PAID foram examinados as correlações entre os escores do B-PAID e as suas subdimensões, assim como, entre essas e as escalas de Qualidade de Vida da WHO (WHOQOL) e de Satisfação de Vida (SWL). A Tabela 4 apresenta as correlações entre a escala B-PAID e suas subdimensões e as demais escalas.

Tabela 4: Matriz de Correlação entre as subdimensões da Escala B-PAID e as escalas de Qualidade de Vida e Satisfação de Vida

	WHOQOL (n=43)	SWL (n=43)
EMOCIONAL	-0,34 *	0,52 **
TRATAMENTO	-0,15	-0,33 *
ALIMENTAÇÃO	-0,26	0,43 **
SOCIAL	-0,26	0,54 **
B-PAID TOTAL	-0,33 *	0,55 **

* $p < 0,05$

** $p < 0,01$

As correlações obtidas entre a Escala B-PAID e as Escalas que avaliam Qualidade de Vida da WHO ($r = -0,33$, $p < 0,05$) e Satisfação de Vida ($r = 0,55$, $p < 0,01$)

ocorreram no sentido esperado, predito e em magnitudes coerentes com a literatura. Welch & colaboradores (2000) encontraram correlações semelhantes em um estudo de validação convergente da versão Holandesa do PAID. Neste estudo, os autores compararam a escala PAID com as versões holandesas do WBQ-12 (*Well-Being Questionnaire*) e a subescala de Ansiedade-Traço do IDATE (Inventário de Ansiedade Traço-Estado). A escala WBQ-12 foi avaliada quanto às subdimensões de Afeto Positivo ($r=-0,53$; $p<0,01$), Afeto Negativo ($r=-0,51$; $p<0,01$) e Energia ($r=-0,50$; $p<0,01$).

Observam-se correlações significativas entre a Escala de Satisfação de Vida e as subdimensões do B-PAID relativas aos Problemas Emocionais relacionados ao diabetes ($r=0,52$; $p<0,01$) e Problemas relativos ao Apoio Social ($r=0,54$; $p<0,01$). As subdimensões referentes ao Tratamento ($r=-0,33$; $p<0,01$) e à Alimentação ($r=0,43$; $p<0,01$) apresentaram correlações modestas. Estes resultados sugerem que, com exceção da dimensão referente ao Tratamento, quanto maior o estresse emocional relacionado ao diabetes, identificado pelos escores do B-PAID e suas subdimensões, maior será a insatisfação de vida do sujeito. A dimensão relacionada ao Tratamento correlaciona-se de forma negativa com a Escala de Satisfação de Vida, indicando que quanto maior o estresse relacionado ao tratamento, menor será a insatisfação de vida. Embora as correlações sejam pequenas, estes resultados sugerem que quanto maior a preocupação com relação ao tratamento, menos satisfeito o indivíduo estará com relação a sua vida.

As correlações das subdimensões da Escala B-PAID e da Escala de Avaliação da Qualidade de Vida da WHO demonstraram significância no escore total do B-PAID ($r=-0,33$; $p<0,05$) e na dimensão referente aos Problemas Emocionais relacionados ao diabetes ($r=-0,34$; $p<0,01$). Apesar da modesta magnitude das correlações, este resultado indica que quanto maiores os índices de estresse emocional relacionado ao diabetes, menores serão os escores de qualidade de vida. As demais dimensões do B-PAID (problemas relativos ao tratamento, alimentação e apoio social) não apresentaram correlações significativas, quando comparadas com a Escala de Avaliação da Qualidade de Vida da WHO.

Para avaliar a sensibilidade da escala B-PAID ao efeito de uma intervenção, uma amostra de 103 pacientes foi retestada um mês depois da primeira avaliação, após terem sido submetidos a um programa de educação em diabetes. Esta intervenção fez parte de um protocolo de pesquisa que visava avaliar a eficácia de uma intervenção educativa em diabetes na melhora do controle metabólico dos pacientes. Comparando as médias dos escores do B-PAID nas duas intervenções (pré= $33,97\pm 26,22$; pós= $38,3\pm 26,82$; $t=1,33$; $df=102$; $p=0,20$) verificou-se uma diferença entre as duas avaliações. A diferença não é

significativa, porque a amostra não é suficiente para detectar efeitos pequenos ($d=0,16$). A intervenção teve, na média, pouco, ou nenhum efeito sobre o estresse emocional dos participantes, observando-se um aumento das médias após este programa de educação. A magnitude do tamanho do efeito foi classificada de acordo com os critérios de Cohen (1985): 0,2 representa um efeito pequeno; 0,5 um efeito moderado e 0,8 um efeito grande. Na Tabela 5 é apresentado o efeito da intervenção nos escores do B-PAID.

Tabela 5. Diferenças entre as médias da Escala B-PAID pré intervenção e pós intervenção

	Média (dp) Pré	Média (dp) Pós	<i>t</i>	<i>gl</i>	<i>p</i>
B-PAID	33,57	38,3	1,33	102	0,20
(N=103)	(26,22)	(26,82)			

Para investigar as associações da Escala B-PAID e suas subdimensões com características dos pacientes diabéticos foi realizada uma análise da correlação entre as variáveis clínicas da amostra. As Tabelas 6, 7 e 8 apresentam os resultados destas análises. A Tabela 6 aponta que os sujeitos com menos idade apresentam maiores níveis de estresse relacionado ao diabetes em todas as subdimensões: Emocional ($r=-0,21$; $p<0,05$), Tratamento ($r=-0,22$; $p<0,05$), Alimentação ($r=-0,18$; $p<0,05$), Social ($r=-0,16$; $p<0,05$) e B-PAID total ($r=-0,23$; $p<0,01$). Isto é, quanto mais idade o sujeito tiver, menor será sua tendência a encontrar problemas relacionados à doença.

O tempo de duração da doença apresentou correlações significativas com as subdimensões Tratamento ($r=-0,25$; $p<0,01$) e Alimentação ($r=-0,27$; $p<0,01$). Este resultado indica que os sujeitos com menos tempo de diagnóstico de diabetes encontram mais dificuldade em lidar com as questões relacionadas ao tratamento e à alimentação. Quanto ao controle metabólico, indicado pela variável HbA_{1c}, encontrou-se uma correlação significativa apenas com a subdimensão Tratamento, relacionada aos problemas referentes ao tratamento do diabetes ($r=-0,17$; $p<0,05$).

Quanto ao nível de instrução, os resultados apontaram que os sujeitos com menos anos de educação apresentam escores mais altos nas subdimensões Emocional ($r=-0,20$; $p<0,05$), Tratamento ($r=-0,20$; $p<0,05$), Alimentação ($r=-0,21$; $p<0,05$), e no escore B-PAID total ($r=-0,22$; $p<0,01$), indicando maior estresse relacionado a estas áreas. A subdimensão Social não apresentou correlações significativas quando

comparada ao nível de instrução dos sujeitos.

Tabela 6. Matriz de correlações entre a Escala B-PAID e suas subdimensões e as variáveis idade, anos de diabetes, nível de controle metabólico e grau de instrução

	Idade	Anos de diabetes	HbA_{1c}	Grau de instrução
Emocional	-0,21 *	-0,04	-0,07	-0,20 *
Tratamento	-0,22 *	-0,25 **	-0,17	-0,20 *
Alimentação	-0,18 *	-0,27 **	-0,13	-0,21 *
Social	-0,16 *	-0,08	-0,05	-0,11
B-PAID	-0,23 **	-0,13	-0,10	-0,22 **
Total				

* $p < 0,05$

** $p < 0,01$

As correlações da Tabela 6 foram realizadas através do método de *Pearson* exceto a variável Grau de Instrução, que foi analisada através do método de *Spearman*¹

As Tabelas 7 e 8 apresentam as diferenças entre as médias dos sujeitos quanto às variáveis sexo e insulina. Com relação ao gênero, as mulheres apresentaram índices significativamente mais elevados no escore total da Escala B-PAID ($35,62 \pm 27,27$; $p < 0,01$) e nas subdimensão Emocional ($23,05 \pm 18,05$; $p < 0,01$) e Social ($1,94 \pm 3,00$; $p < 0,01$). Os sujeitos que fazem uso de insulina apresentaram escores significativamente mais baixos nas subdimensões Tratamento ($2,08 \pm 2,05$; $p < 0,03$) e Alimentação ($2,77 \pm 2,60$; $p < 0,03$), apontando para um menor nível de estresse nestas áreas.

Tabela 7. Diferenças entre as médias da Escala B-PAID e suas subdimensões e a variável Sexo

Sexo	B-Paid Total	Emocional	Tratamento	Alimentação	Social
Masculino (média ± dp)	70 (25,96 ± 21,17)	70 (16,28 ± 13,47)	70(4,67 ± 4,24)	± 70(4,12 ± 4,20)	± 70 (0,87 ± 2,11)
Feminino (média ± dp)	76 (35,62 ± 27,27)	76 (23,05 ± 18,05)	76(5,04 ± 4,29)	± 76(5,57 ± 4,86)	± 76(1,94 ± 3,00)
t	2,37	2,55	0,52	1,92	2,45
gl	144	144	144	144	144
p	< 0,01	< 0,01	< 0,06	< 0,06	< 0,01

Tabela 8. Diferenças entre as médias da Escala B-PAID e suas subdimensões e a variável Insulina

Insulina	B-Paid Total	Emocional	Tratamento	Alimentação	Social
Sim	18 (24,37 ± 14,25)	18 (18,40 ± 11,08)	18(2,08 ± 2,05)	± 18(2,77 ± 2,60)	± 18 (1,11 ± 2,18)
Não	128 (31,92 ± 25,98)	128 (20,00 ± 16,95)	128(5,26 ± 4,34)	± 128(5,17 ± 4,75)	± 128(1,47 ± 2,72)
t	1,20	0,39	3,04	2,09	0,54
gl	144	144	144	144	144
p	< 0,23	< 0,69	< 0,03	< 0,03	< 0,58

Tabela 9. Análise de Regressão Múltipla

Variável dependente: B-PAID		
	Coefficiente β	P
Idade	-0,224	0,006
Instrução	-0,157	0,05

As variáveis Gênero e Uso de insulina não permaneceram significativamente associadas

A Tabela 9 apresenta os resultados da análise de regressão múltipla quanto às variáveis idade e nível de instrução. Com relação à idade, a análise indicou que indivíduos mais jovens apresentaram índices significativamente mais elevados no escore total da Escala B-PAID. Quanto ao nível de instrução, os resultados indicaram que quanto menor o nível de instrução dos pacientes, maiores são os índices da escala B-PAID. As variáveis gênero e uso de insulina não permaneceram significativamente associadas na análise de regressão. Deste modo, indivíduos mais jovens e com menor grau de instrução apresentam maiores índices de estresse emocional ligado ao diabetes.

IV. DISCUSSÃO

Um instrumento de avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde é considerado uma ferramenta de medida válida se possuir uma série de atributos psicométricos, incluindo a fidedignidade, a validade, a sensibilidade e a interpretabilidade dos itens e da escala (Spilker, 1996). Foram apresentadas informações sobre o desenvolvimento da versão brasileira da escala PAID (B-PAID). A Escala demonstrou características psicométricas adequadas e muito semelhantes às da versão original do PAID (Welch & cols., 1997). Neste estudo, o coeficiente *Alpha* obtido foi 0,93 para o B-PAID total, sendo considerado consistentemente satisfatório. Welch e seus colaboradores (1997) reportaram coeficientes de *Alpha* de 0,94 para o PAID total. Welch, Polonsky, Snoek & Pouwer (2000), em estudo de validação transcultural da escala PAID na Holanda, encontraram coeficiente *Alpha* de 0,93. Também foi obtida uma solução de um fator em ambos estudos, incluindo os 20 itens da escala., apesar de que a escala PAID mostrou melhor interpretação quando dividida em quatro subdimensões: Emocional, Tratamento, Alimentação e Apoio Social.

Além das características psicométricas adequadas, a Escala apresentou boas evidências de validação concorrente. Como no Brasil não existem instrumentos construídos e validados para avaliar a qualidade de vida relacionada ao diabetes, optou-se por utilizar instrumentos que avaliam construtos correlatos à qualidade de vida. Através de correlações coerentes com as apontadas pela literatura, os resultados indicam que a Escala B-PAID pode ser utilizada como instrumento de avaliação de estresse emocional relacionado ao diabetes.

Os resultados quanto à sensibilidade da Escala B-PAID ao efeito de uma intervenção educativa apontaram em uma direção diferente da encontrada na literatura. Embora a diferença não tenha sido significativa, após a intervenção os pacientes apresentaram índices mais elevados de estresse relacionado ao diabetes. Um estudo que avaliou o efeito de diferentes tipos de intervenções na qualidade de vida através da Escala PAID, indicou índices mais baixos de estresse emocional após a intervenção (Welch & cols., 2003).

As intervenções educativas têm o objetivo de informar os pacientes a respeito dos cuidados que são necessários para viver com o diabetes. Através de consultas individuais ou em grupo, a enfermeira especialista em educação em diabetes orienta o que é DM, sinais, sintomas e fatores de risco associados. Ensina sobre os tipos de monitoração e como realizá-la. Da mesma forma, ensina sobre o preparo e a técnica de aplicação de insulina e cuidados com hipoglicemias. Reforça a importância da educação alimentar e uso correto de medicamentos orais. Examina os pés dos pacientes e orienta os cuidados pertinentes. Aborda como prevenir, tanto quanto possível, as complicações crônicas e o rastreamento no período apropriado. Encaminha a outros profissionais da equipe de saúde e associação local de pacientes com DM. Estimula o paciente para adesão ao tratamento e ao convívio social, bem como a participação da família no processo educativo. Esses mesmos tópicos são sugeridos por associações envolvidas diretamente com educação e/ou suas diretrizes (SBD, 1997; ADA, 2002; American Association of Diabetes Educators, 2002; International Diabetes Federation, 1997; Assal, 1997).

As informações que os pacientes obtêm após serem submetidos a um programa de intervenção educativa podem trazer muitos benefícios no que se refere ao cuidado do diabetes. Por outro lado, como demonstrou esta intervenção, a quantidade de informações recebidas e a necessária responsabilidade que o paciente deve assumir no seu tratamento pode acarretar em um aumento do nível de estresse. A conscientização da dimensão dos problemas a serem enfrentados pelos pacientes e seus familiares requer um período de adaptação e acompanhamento psicológico associados, com o objetivo de auxiliar o paciente a incorporar as informações que aprendeu em sua vida de uma forma eficaz e tranquilizadora e não estressante.

Os resultados referentes às diferenças de gênero quanto aos escores do B-PAID, indicaram que as mulheres mostram índices maiores de estresse relacionados aos problemas emocionais ligados ao diabetes e aos problemas com o apoio social. Este resultado é corroborado pela literatura que aponta que as mulheres apresentam maiores índices de sofrimento relacionado ao diabetes (Welch & cols., 1997; Welch & cols., 2000). Em ambos estudos não foi mencionada a correlação das subdimensões da Escala com relação ao gênero e demais características demográficas e clínicas. Neste estudo, optou-se por avaliar estas correlações com o objetivo de ampliar a compreensão e a amplitude da Escala.

Com relação à idade, os resultados demonstraram que os indivíduos mais jovens apresentam escores mais elevados de estresse emocional, indicados pelo B-PAID total e pelas quatro subdimensões. Este resultado indica que quanto menor a idade do

indivíduo pior será sua percepção sobre o diabetes e maior será o impacto da doença na qualidade de vida. Além disso, quanto menos tempo de diagnóstico o indivíduo tiver, maior será seu sofrimento nas áreas referentes aos problemas ligados ao tratamento e à alimentação. Isto é, os indivíduos mais velhos e com mais tempo de diagnóstico do diabetes tendem a perceber a doença de maneira menos estressante.

A literatura corrobora os achados deste estudo. West & McDowell (2002) em estudo sobre o impacto emocional da doença em pacientes com diabetes tipo 2 encontraram resultados semelhantes. Através da escala PAID, este estudo concluiu que o tipo de tratamento, o tempo de diagnóstico da doença e a idade são fatores que apresentam um impacto significativo na qualidade de vida.

Com relação ao nível de instrução, os resultados mostram que quanto menos anos de educação o indivíduo tiver, maiores são seus escores com relação aos problemas ligados à alimentação, ao tratamento e aos aspectos emocionais relacionados ao diabetes. Este resultado indica que as pessoas que têm menos instrução encontram mais dificuldades em lidar com a doença, em especial no que tange às áreas mencionadas. Neste estudo, os indivíduos que fazem uso de insulina apresentam índices significativamente mais baixos nas subdimensões relacionadas aos problemas referentes ao tratamento e à alimentação. Neste estudo, o uso de insulina não representa um impacto significativo na qualidade de vida dos sujeitos. Apenas 17% da amostra faz uso de insulina, fato este que não permite encontrarmos resultados mais consistentes quanto ao uso de insulina. Entretanto, é importante considerar que este tipo de tratamento pode acarretar em níveis de estresse mais elevados, o que justifica a necessidade de ampliação da amostra no que tange a utilização de insulina.

Estes resultados também são corroborados pela literatura. Dunn (1986) reporta que as variáveis psicológicas têm um impacto importante no auto-cuidado, aceitação do regime terapêutico e no sucesso do tratamento. Estudos têm mostrado que as demandas do tratamento diário, o enfrentamento dos problemas emocionais associados com a doença e as ameaças de complicações limitantes têm um efeito importante no bem-estar físico, social e psicológico dos pacientes (Cox & Gonder, 1992; Bradley & Gamsu, 1994; Rubin & Peyrot, 1992; Bott & cols., 1996).

De um modo geral, este estudo demonstra que o diabetes apresenta um impacto significativo na vida de indivíduos mais jovens, do sexo feminino, com nível de instrução menor e com menos tempo de diagnóstico do diabetes. Entretanto, somente as variáveis idade e nível de instrução permaneceram significativamente associadas ao estresse emocional ligado ao diabetes, indicado pelos resultados do B-PAID na Análise de

Regressão Múltipla. Desta forma, este grupo de pacientes apresenta maior risco de sofrimento emocional ligado ao diabetes e deve ser priorizado nas intervenções em saúde. Anderson e colaboradores (1997) salientam que o bem-estar emocional é a base sobre a qual todos os aspectos do tratamento se apoiam sobre o paciente. Deste modo, identificar os problemas emocionais que afetam os pacientes poderá favorecer a escolha de intervenções adequadas e que levem a modificações de comportamento apropriadas.

Os estudos de Guyatt e colaboradores (1993) e Kotsanos e colaboradores (1997) concluem que as medidas de qualidade de vida contribuem com as decisões terapêuticas e na alocação de recursos nas políticas de saúde. Neste sentido, questionários específicos de avaliação da qualidade de vida específica ao diabetes representam uma ferramenta importante na identificação dos problemas enfrentados pelos pacientes que possivelmente estão associados à não aderência ou à aceitação da doença.

Welch e colaboradores (2000), em estudo sobre a validade clínica da escala PAID, comprovam que o sofrimento psicológico ligado ao diabetes não é somente difícil de suportar, mas também pode impedir que o paciente assuma comportamentos de autocuidado, comprometendo o controle glicêmico.

A versão brasileira da Escala PAID apresenta boas condições psicométricas e validade satisfatória. Pode ser considerada como uma ferramenta de avaliação do impacto do diabetes na qualidade de vida destes indivíduos. Entretanto, são necessárias investigações em amostras maiores e de pacientes com diabetes tipo 1, assim como estudos que avaliem, com maior profundidade, a utilidade clínica da Escala na avaliação da eficácia de intervenções.

V. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo insere-se na área da Psicologia da Saúde. A *American Psychological Association* (1976) definiu que um dos principais objetivos da Psicologia da Saúde é compreender e avaliar a interação existente entre o estado de bem-estar físico e os fatores biológicos, psicológicos e sociais. A avaliação da qualidade de vida específica a determinadas doenças têm se tornado o foco de atenção de diversos estudos na área da saúde. As doenças crônicas, muito freqüentes nos dias atuais, representam um alvo importante de investigações e estudos clínicos nesta área. Neste âmbito, a psicologia tem um papel fundamental na compreensão do impacto da saúde e da doença na qualidade de vida das pessoas.

Esta pesquisa teve o objetivo de avaliar o impacto do diabetes na qualidade de vida das pessoas. Através do desenvolvimento e adaptação da versão brasileira da Escala PAID, propôs-se investigar o sofrimento emocional associado ao diabetes tipo 2. Levando em consideração a escassez de instrumentos que avaliem o nível de sofrimento emocional associado às doenças crônicas no Brasil, é fundamental que se desenvolvam projetos de pesquisa para a avaliação, prevenção e promoção de estratégias de intervenção na área da saúde.

O presente projeto teve sua origem em fevereiro de 1999, em Boston, Estados Unidos, na Clínica de Diabetes Joslin. A partir do contato com a equipe de pesquisa em saúde mental, em particular com o Dr. Garry Welch que sugeriu a realização da tradução do instrumento PAID (*Problems Areas in Diabetes Scale*) para a língua portuguesa, tendo em vista que este instrumento apresenta boas condições de validação transcultural, tendo sido validado na Holanda.

Partindo da perspectiva da Psicologia da Saúde, é importante que os psicólogos, como profissionais da saúde, possam assumir um papel ativo no âmbito das doenças físicas, em especial das doenças crônicas. A partir da evolução do conceito de saúde, definido pela OMS em 1964, a intervenção em saúde passou a ter um caráter multidisciplinar. Nesta perspectiva, o psicólogo tem um papel fundamental na

promoção de saúde e na prevenção das complicações das doenças.

Este estudo analisou os aspectos emocionais envolvidos no diabetes, em especial aqueles ligados à qualidade de vida do paciente, utilizando-se do questionário PAID (*Problems Areas in Diabetes*), tendo em vista que é capaz de avaliar o nível de sofrimento emocional dos pacientes associado à rotina de convivência com o diabetes. Uma vez que as condições psicométricas tenham sido consideradas satisfatórias, o instrumento em questão poderá ter utilidade para os profissionais da saúde, potencialmente para aqueles ligados à área de saúde mental, auxiliando na busca de estratégias de intervenção junto aos pacientes a fim de minimizar o sofrimento, favorecendo a aceitação da doença e a aderência ao tratamento. Deste modo, acredita-se que este estudo tenha um papel importante na inclusão dos psicólogos na área da saúde no Brasil.

VI. REFERÊNCIAS

- AMERICAN DIABETES ASSOCIATION (1998). *Medical Management of Type 2 Diabetes*. 4 ed. Clinical Education Series.
- AMERICAN DIABETES ASSOCIATION (2002). Third Reimbursement for Diabetes Care, Self-management Education and Supplies. *Diabetes Care* 25 suppl 1, S124-S135.
- AMERICAN ASSOCIATION OF DIABETES EDUCATORS (AADE). Data de acesso: 10 de maio 2002. On line. Disponível em <http://www.aadent.org>.
- Anderson B. J. & Rubin R. R. (2002). Understanding Psychological Issues that affect self-care. Em *Practical Psychology for diabetes clinicians: Effective Techniques for Key Behavioral Issues* (pp.209-239). 2ed. American Diabetes Association.
- Anderson R.M., Fitzgerald J.T., Wisdom K., Davis W.K., Hiss R.G. (1997). A comparison of global versus disease-specific quality of life measures in patients with NIDDM. *Diabetes Care* 20, 299-305.
- APA TASK FORCE ON HEALTH RESEARCH (1976). Contributions of Psychology to Health Research: Patterns, Problems and Potentials. *American Psychologist*, 263-74.
- Assal, J.P. (1997). A View of Diabetes. The Diabetes Education Study Group of European Association for the study of diabetes: 15 years devoted improving patient management.
- Beaser, R.S., Hill J.V. (1995) *The Joslin Guide to Diabetes: A program for managing your treatment*. Joslin Diabetes Center. Boston: Fireside book.
- Boyer J. G., Earp J. I. (1997). The development of an instrument for assessing the quality of life of people with diabetes: *Diabetes* 39. *Medical Care* 5, 440-53.
- Bott U., Schattenberg S., Mühlhauser I., Berger M.(1996). Predictors of glycaemic control in type 1 diabetic patients after participation in a intensified treatment teaching programme. *Diabetes Medicine* 11, 362-371.
- Bradley, C. (1994). Translation of questionnaires for use in different languages and

- cultures. Em *Handbook of Psychology and Diabetes: A guide to Psychological Measurement in Diabetes Research and Practice* (pp.4-55). London, Harwood Academic.
- Bradley C., Gamsu D.S. (1994). Guidelines for encouraging psychological well-being: report of a working group of the World Health Organization Regional Office for Europe and International Diabetes Federation European Region St. Vincent Declaration Programme for Diabetes. *Diabetic Medicine*, 11, 510-516.
- 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.
- Cohen, J. (1985). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Academic Press, New York.
- Colin, R. (1995). Designing the enquiry: Designing small surveys. Em *Real World Research: A resource for Social Sciences and Practitioners-Researcher* (pp.121-145). Oxford: Blackwell .
- Cox D.J., Gonder-Frederick L. (1992). Major developments in behavioral diabetes research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 60: 628-638.
- Curtis, A. J. (2000). Introduction to health psychology. Em *Health Psychology* (pp. 1-16). London, Routledge.
- Diabetes Control and Complications Trial Research Group (1996): Influence of intensive diabetes treatment on quality-of-life outcomes in the Diabetes Control and Complications Trial. *Diabetes Care*. 19, 195-203.
- Diener, E., Emmons, R., Larsen, R. & Griffin, S. (1985). The Satisfaction with Life Scale. *Journal of Personality Assessment* 49, 91-95.
- Dunn S.M. (1986). Reactions to educational techniques: coping strategies for diabetes and learning. *Diabetic Medicine* 3, 419-429.
- Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science* 196, 129-135.
- Fleck, M.P.A., Louzada S., Xavier M., Chachamovich E., Vieira G., Santos L., Pinzon V. (1999). Aplicação da versão em português do instrumento de avaliação da qualidade de vida da organização mundial de saúde (WHOQOL-100). *Revista de Saúde Pública* 33, 198-205.
- Fleck M.P.A., Louzada S., Xavier M., Chachamovich E., Vieira G., Santos L., Pinzon V. (2000). Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida “ WHOQOL- Brief”. *Revista de Saúde Pública* 34 (2),

- 178-183.
- Fletcher A, Gore S., Jones D., Fitzpatrick R., Spiegelhalter D., Coz D. (1992). Quality of life measures in health care. II Design, analysis and interpretation, *British Medical Journal*. 305, 1145-1148.
- Giacomoni, C.H. & Hutz, C.S. (1997). A mensuração do bem-estar subjetivo: escala de afeto positivo e negativo e escala de satisfação de vida [Resumos]. Em Sociedade Interamericana de Psicologia (Org.). Anais XXVI Congresso Interamericano de Psicologia (p.313). São Paulo, SP: SIP.
- Grootenhuis P. A., Snoek F.J., Heine R.J., Bouter L., M. (1994). Development of a type 2 diabetes symptom checklist: a measure of symptom severity. *Diabetic Med* 11, 253-61.
- Gross J. L., Ferreira S. R., Franco L J., Schmidt M. I., Motta D. G., Quintão E. & Netto P.N. (2000). Consenso Diagnóstico e Classificação do Diabetes Melito e Tratamento do Diabetes Melito Tipo 2: Recomendações da Sociedade Brasileira de Diabetes. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia* 44, 8-27.
- Guyatt G.H., Feeny D.H., Patrick D.L. (1993). Measuring health-related quality of life. *Annals of Internal Medicine* 18, 622-629.
- Herschbach, P., Duran G., Sabine W., Zettler A., Christoph A., Mittag B.M. (1997). Psychometric Properties of Questionnaire on Stress in Patients with Diabetes - Revised (QSD-R). *Health Psychology* 16, 171-174.
- INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION (IDF) (1997). International Consensus Standards of Practice for Diabetes Education. IDF Consultative section on diabetes education. London: Barb House, Barb News, 3-10
- Jacobson A. M., D. E. Groot M. & Samsom J. (1994) The evaluation of two measures of quality of life with patients with type I and type II diabetes. *Diabetes Care* 17, 268-74.
- Kotsanos J.G., Vignati L., Huster, W., Andrejasich C., Boggs M.B., Jacobson, AM (1997). Health related quality of life results from multinational clinical trials os insulin lispro. *Diabetes Care* 20, 948-958.
- Kruger D. & Marcus A.O. (2000). Psychological motivation and patient education: a role for continuos glucose monitoring. *Diabetes Technology & Therapeutics* 2, 93- 97.
- Matarazzo, J. D. (1980). Behavioral Health and Behavioral Medicine: Frontiers for a new health psychology. *American Psychologist* 35, 9: 807-817.
- Matarazzo, J. D. (1982). Behavioral Health's Challenge to Academic, Scientific and Professional Psychology. *American Psychologist* 37, 1:1-14.

- Meadows K. A., Steen N., Mccoll E., Eccles M., Hewinson J., Shiels C. & Hutchinson A. (1996). The Diabetes Health Profile (DHP): a new instrument for assessing the psychosocial profile of insulin-requiring patients: development and psychometric evaluation. *Quality of Life Research* 5, 242-54.
- Ministério da Saúde a. Guia de Vigilância Epidemiológica: biblioteca - últimas publicações. Data de acesso: 04 de nov. 2002. On line. Disponível em <http://www.saude.gov.br>
- Ministério da Saúde b. Programas e projetos: Diabetes. Data de acesso- 11 de abr. 2002. On line. Disponível em <http://www.saude.gov.br>
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD - OMS (1987). Carta de Ottawa para la Promoción y Educación para la Salud. *Revista de Sanidad y Higiene Publica* 6, 129-139.
- Partrick D.L., Deyo R. A. (1989). Generic and disease-specific measures in assessing health status and quality of life. *Medical Care* 2, 217-232.
- Pavot W., Diener E., Colvin C.R., Sandvik, E. (1991). Further validation of the satisfaction with life scale: evidence for the cross-method convergence of well-being measures. *Journal of Personality Assessment* 57, 149-161.
- Polonsky W.H., Anderson B.J., Lohrer P.A., Jacobson A.M., Aponte J.E., Schwartz, C.E. (1995): Assessment of diabetes-related distress. *Diabetes Care* 18, 754-760
- Polonsky W.H. (1999). Understanding and assessing diabetes-specific quality of life. *Diabetes Spectrum* 13, 230- 237.
- Remor, A. E. (1999). Psicologia da Saúde: apresentação, origens e perspectivas. *Psico*, 30, 205-217.
- Rubin R.R., Peyrot M. (1992): Psychosocial problems and interventions in diabetes: A review of the literature. *Diabetes Care*, 1640-1657.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES - SBD (1997). Consenso Brasileiro de conceitos e condutas para o Diabetes Mellitus: recomendações da Sociedade Brasileira de Diabetes para a prática clínica.
- Spitzer W. O. (1987). State of science 1986: quality of life and functional status as target variables for research. *Journal of Chronic Disease* 40, 465-471.
- Spilker, B (ed.). (1996) Quality of life and pharmacoeconomics in clinical trials. (2 ed.) Lippincott-Raven.
- Taylor, S. E. (1990). Health Psychology: The science and the Field. *American Psychologist* 45, 1: 40-50.

- UNITED KINGDOM PROSPECTIVE DIABETES STUDY GROUP - UKPDS (1998). Intensive blood-glucose control with sulfonylureas or insulin compared with conventional treatment and risk of complications in patients with type 2 diabetes: UKPDS 33. *Lancet* 352, 837-853.
- Ware, J. E. Jr, Gandek, B. (1998). Methods of testing data quality, scaling assumptions and reliability: the IQOLA Project approach. International Quality of Life Assessment. *Journal of Clinical Epidemiology* 51: 945-952.
- Welch G.W., Jacobson A.M., Polonsky W.H. (1997). The Problem Areas in Diabetes Scale: An evaluation of its clinical utility. *Diabetes Care* 20, 760-766.
- Welch G.W., Polonsky W.H., Snoek F.J., Pouwer, F. (2000): Diabetes-Related Emotional Distress in Dutch and U.S. Diabetic Patients: Cross-cultural validity of the Problem Areas in Diabetes Scale. *Diabetes Care* 23, 1305-1309.
- Welch G., Weinger, K., Anderson, B. (2003). Responsiveness of the PAID questionnaire. *Diabetic Medicine* 20 (1), 69-72.
- West C, McDowell J. (2002). The distress experienced by people with type 2 diabetes. *British Journal of Community Nursing* 7(12), 606-613.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. Diabetes. Databases. Data de acesso 20 de fev.2002. On line. Disponível em <http://www.who.int/ncd/dia/databases.htm>

ANEXOS

ANEXO A: B-PAID (Versão brasileira da escala PAID - *Problems Areas in Diabetes*)

Instruções: A partir de sua própria perspectiva, em que grau as seguintes questões relacionadas ao diabetes são um problema comum para você?

Por favor, circule o número que indica a melhor resposta para você em cada questão.

1. A falta de metas claras e concretas no cuidado do seu diabetes:

Não é um problema	É um pequeno problema	É um problema moderado	É quase um problema sério	É um problema sério
0	1	2	3	4

2. Sentir-se desencorajado com o seu tratamento do diabetes:

Não é um problema	É um pequeno problema	É um problema moderado	É quase um problema sério	É um problema sério
0	1	2	3	4

3. Sentir medo quando pensa em viver com diabetes:

Não é um problema	É um pequeno problema	É um problema moderado	É quase um problema sério	É um problema sério
0	1	2	3	4

4. Enfrentar situações sociais desconfortáveis relacionadas aos cuidados com seu diabetes (por exemplo pessoas falando para você o que você deve comer):

Não é um problema	É um pequeno problema	É um problema moderado	É quase um problema sério	É um problema sério
0	1	2	3	4

5. Ter sentimentos de privação a respeito da comida e refeições:

Não é um problema	É um pequeno problema	É um problema moderado	É quase um problema sério	É um problema sério
0	1	2	3	4

6. Ficar deprimido quando pensa em ter que viver com diabetes:

Não é um problema	É um pequeno problema	É um problema moderado	É quase um problema sério	É um problema sério
0	1	2	3	4

7. Não saber se seu humor ou sentimentos estão relacionados com o seu diabetes:

Não é um problema	É um pequeno problema	É um problema moderado	É quase um problema sério	É um problema sério
0	1	2	3	4

8. Sentir que o seu diabetes é um peso para você:

Não é um problema	É um pequeno problema	É um problema moderado	É quase um problema sério	É um problema sério
0	1	2	3	4

9. Preocupar-se com episódios de glicose baixa:

Não é um problema	É um pequeno problema	É um problema moderado	É quase um problema sério	É um problema sério
0	1	2	3	4

10. Ficar brabo /irritado quando pensa em viver com diabetes:

Não é um problema	É um pequeno problema	É um problema moderado	É quase um problema sério	É um problema sério
0	1	2	3	4

11. Preocupar-se com a comida e o que comer:

Não é um problema	É um pequeno problema	É um problema moderado	É quase um problema sério	É um problema sério
0	1	2	3	4

12. Preocupar-se com o futuro e com a possibilidade de sérias complicações:

Não é um problema	É um pequeno problema	É um problema moderado	É quase um problema sério	É um problema sério
0	1	2	3	4

13. Sentir-se culpado(a) ou ansioso(a) quando você deixa de cuidar do seu diabetes:

Não é um problema	É um pequeno problema	É um problema moderado	É quase um problema sério	É um problema sério
0	1	2	3	4

14. Não aceitar seu diabetes:

Não é um problema	É um pequeno problema	É um problema moderado	É quase um problema sério	É um problema sério
0	1	2	3	4

15. Sentir-se insatisfeito com o médico que cuida o seu diabetes:

Não é um problema	É um pequeno problema	É um problema moderado	É quase um problema sério	É um problema sério
0	1	2	3	4

16. Sentir que o diabetes está tomando muito de sua energia mental e física diariamente:

Não é um problema	É um pequeno problema	É um problema moderado	É quase um problema sério	É um problema sério
0	1	2	3	4

17. Sentir-se sozinho com seu diabetes:

Não é um problema	É um pequeno problema	É um problema moderado	É quase um problema sério	É um problema sério
0	1	2	3	4

18. Sentir que seus amigos e familiares não apoiam seus esforços em lidar com o seu diabetes:

Não é um problema	É um pequeno problema	É um problema moderado	É quase um problema sério	É um problema sério
0	1	2	3	4

19. Lidar com as complicações do diabetes:

Não é um problema	É um pequeno problema	É um problema moderado	É quase um problema sério	É um problema sério
0	1	2	3	4

20. Sentir-se esgotado com o esforço constante que é necessário para cuidar do seu diabetes:

Não é um problema	É um pequeno problema	É um problema moderado	É quase um problema sério	É um problema sério
0	1	2	3	4

ANEXO B- Escala de Qualidade de Vida da OMS abreviada (WHOQOL-Brief)

Instruções					
<p>Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. Por favor responda a todas as questões. Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha.</p> <p>Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as duas últimas semanas. Por exemplo, pensando nas últimas duas semanas, uma questão poderia ser:</p>					
	nada	Muito pouco	médio	muito	completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número que melhor corresponde ao quanto você recebe dos outros o apoio de que necessita nestas últimas duas semanas. Portanto, você deve circular o número 4 se você recebeu "muito" apoio como abaixo.

	nada	Muito pouco	médio	muito	completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número 1 se você não recebeu "nada" de apoio.

Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule no número e lhe parece a melhor resposta.

		Muito ruim	Ruim	nem ruim nem boa	boa	muito boa
1	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5
		muito insatisfeito	Insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
2	Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5
As questões seguintes são sobre o quanto você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.						
		nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
3	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
4	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
5	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8	Quão Seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5

9	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5
---	--	---	---	---	---	---

As questões seguintes perguntam sobre **quão completamente** você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	médio	muito	Completamente
10	Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
11	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
12	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
13	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5
14	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão bem ou satisfeito** você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.

		Muito ruim	ruim	nem ruim nem bom	bom	Muito bom
15	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5
		muito insatisfeito	Insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	Muito satisfeito
16	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5

17	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
20	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
21	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5

22	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

As questões seguintes referem-se a **com que frequência** você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

		nunca	Algumas vezes	frequentemente	Muito frequentemente	sempre
26	Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

ANEXO C – Escala de Satisfação de Vida (SWL)

AGORA, POR FAVOR, DÊ SUA OPINIÃO SOBRE OS SEGUINTE
ITENS:

A minha vida está próxima do meu ideal

Concordo Plenamente _|_1_|_2_|_3_|_4_|_5_|_6_|_7_|_ Discordo Plenamente

Minhas condições de vida são excelentes

Concordo Plenamente _|_1_|_2_|_3_|_4_|_5_|_6_|_7_|_ Discordo Plenamente

Eu estou satisfeito com a minha vida

Concordo Plenamente _|_1_|_2_|_3_|_4_|_5_|_6_|_7_|_ Discordo Plenamente

Até agora eu tenho conseguido as coisas importantes que eu quero na vida

Concordo Plenamente _|_1_|_2_|_3_|_4_|_5_|_6_|_7_|_ Discordo Plenamente

Se eu pudesse viver a minha vida de novo eu não mudaria quase nada

Concordo Plenamente _|_1_|_2_|_3_|_4_|_5_|_6_|_7_|_ Discordo Plenamente

ANEXO D - Consentimento Informado

Prezado(a) senhor(a),

Sou psicóloga, meu nome é Carolina Campos Gross, e estou realizando uma pesquisa, cujo título é “Versão brasileira da escala PAID (*Problems Areas in Diabetes*): Avaliação do Impacto do Diabetes na Qualidade de Vida”. O objetivo desta pesquisa é analisar alguns aspectos da qualidade de vida no diabetes, tendo em vista o reconhecimento do impacto emocional da doença na vida.

A sua participação consiste em responder a três questionários, com duração de, no máximo 1 hora. Essa participação é voluntária. Se você decidir não participar ou quiser desistir da participação em qualquer momento, tem absoluta liberdade de fazê-lo.

Os resultados deste estudo poderão eventualmente ser publicados, mas seu nome não aparecerá e será mantido o mais rigoroso sigilo através da omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo. Apesar de que você não terá benefícios diretos em decorrência de sua participação, o provável benefício que lhe advirá por ter tomado parte nesta pesquisa é a consciência de ter contribuído para a compreensão do fenômeno estudado e para a produção de conhecimento científico. Se você tiver qualquer pergunta em relação à pesquisa, por favor, telefone para mim. O número do meu telefone é 3332-75-80.

Atenciosamente,

Carolina Campos Gross

Consinto em participar deste estudo,

Assinatura Data:

ANEXO E: Entrevista

FICHA DE AVALIAÇÃO DO PACIENTE – Data: _____

- Telefone: _____
- Nome Completo: _____
- Sexo:
 1. Feminino ()
 2. Masculino ()
- N.º do prontuário: _____
- Data de Nascimento: _____
- Nível de Instrução:
 1. Fundamental – Completo () Incompleto ()
 2. Médio- Completo() Incompleto ()
 3. Superior – Completo () Incompleto ()
- Anos de diabetes: _____
- Insulina: Sim ()
 Não ()
- Hemoglobina glicosilada (HbA1c):
- Observações:

