

UNIVERSIDADE DO ALGARVE

***Bem-Estar Subjetivo e Qualidade de Vida em Adultos com
Nefropatia Diabética: Impacto de uma Intervenção Psicológica***

Anabela Rodrigues Figueiras

Dissertação

Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde

Trabalho efetuado sobre a orientação de:

Prof. Doutor Luís Sérgio Vieira

2013

Bem-Estar Subjetivo e Qualidade de Vida em Adultos com Nefropatia Diabética: Impacto de uma Intervenção Psicológica

Declaração de Autoria do Trabalho

- Declaro ser a autora deste trabalho, que é original e inédito. Autores e trabalhos consultados estão devidamente citados no texto e constam da listagem de referências incluída.”

(Anabela Rodrigues Figueiras)

«Copyright» por Anabela Rodrigues Figueiras: “A Universidade do Algarve tem o direito, perpétuo e sem limites geográficos, de arquivar e publicitar este trabalho através de exemplares impressos reproduzidos em papel ou de forma digital, ou por qualquer outro meio conhecido ou que venha a ser inventado, de o divulgar através de repositórios científicos e de admitir a sua cópia e distribuição com objetivos educacionais ou de investigação, não comerciais, desde que seja dado crédito ao autor e editor.”

Agradecimentos

O meu primeiro e sincero agradecimento destina-se aos doentes com Nefropatia Diabética que, generosamente se prontificaram a colaborar. Sem eles nunca o presente estudo seria possível.

Ao Professor Doutor Luís Sérgio Vieira, agradeço a oportunidade da sua orientação, o interesse manifestado desde o primeiro momento e que, sem esmorecer, se tornou num apoio firme sempre disponível ao longo de todo o trabalho.

Ao Dr. Pedro Nunes, Presidente do Concelho de Administração do Hospital de Faro, E.P.E., à Comissão de Ética para a Saúde do Hospital de Faro, E.P.E., à Unidade de Investigação do Hospital de Faro, E.P.E., à Dr.^a Elsa Pina responsável pela Unidade de Diabetologia, ao Dr. Pedro Neves, diretor da Unidade de Nefrologia bem como à Dr.^a Ana Paula Lopes médica da Unidade de Nefrologia e à Dr.^a Maria José Fernandes responsável pelo serviço de Psicologia do Hospital de Faro, E.P.E., agradeço a permissão para a realização do estudo conducente a esta tese neste hospital.

À Dr.^a Laura Nunes, psicóloga da unidade de Diabetologia e à Dr.^a Ana Margarida Graça, psicóloga do serviço de Nefrologia, agradeço o enorme empenho, colaboração e apoio, sem os quais a recolha de dados para esta investigação teria sido impossível.

Resumo

O presente estudo tem como objetivo examinar o impacto de uma intervenção psicológica sobre o bem-estar subjetivo e qualidade de vida numa população adulta com Nefropatia Diabética. Participaram no estudo 20 pacientes com Nefropatia Diabética pertencentes à população clínica do Hospital de Faro, organizados em dois grupos. O grupo experimental era composto por 10 pacientes (n=10), constituído por 7 homens e 3 mulheres, com idades compreendidas entre os 38 e 65 anos (M=52,30; DP=10,28), dos quais 40% frequentaram o 1.º ciclo do ensino básico (4.º ano), 40% o 3.º ciclo (9.º ano) e 20% o ensino secundário (12.º ano). O grupo de controlo era composto por 10 pacientes (n=10), constituído por 6 homens e 4 mulheres, com idades compreendidas entre os 31 e 75 anos (M=53,89; DP=16,95), dos quais 60% frequentaram o 1.º ciclo do ensino básico (4.º ano), 20% o 3.º ciclo (9.º ano), 10% o ensino secundário (12.º ano) e 10% o ensino superior. Os pacientes responderam a um questionário para recolha de dados sociodemográficos e clínicos. O bem-estar subjetivo foi medido através de dois instrumentos, a Escala de Afetividade Positiva e Negativa PANAS e a Escala de Satisfação com a Vida. A qualidade de vida foi medida através do Questionário de Avaliação da Qualidade de Vida em Indivíduos Diabéticos. Os principais resultados desta investigação sugerem que, no momento imediatamente após a sua conclusão, os doentes com nefropatia diabética que beneficiaram da intervenção psico-educativa não apresentam diferenças significativas no bem-estar subjetivo e qualidade de vida dos outros pacientes dos doentes. No entanto, os resultados apontam ainda para a necessidade de intervenções que promovam a aquisição e desenvolvimento de competências dos doentes na relação com a doença.

Palavras-chave: Diabetes Mellitus, Nefropatia Diabética, Bem-Estar Subjetivo, Qualidade de Vida, Intervenção Psicológica

Abstract

The goal of the present study is to examine the impact of a psychological intervention on Subjective Well-Being and Quality of Life in an adult population with Diabetic Nephropathy. In the study participated 20 patients with Diabetic Nephropathy, belonging to the clinical population of the Faro Hospital, organized into two groups. The experimental group, comprised 10 patients (n=10), seven males and 3 females, aged between 38 and 65 years (M=52.30, SD=10.28), 40% reaching primary school (4th year), 40% the high school (9th grade) and 20% secondary school (12th year), the control group consisted of 10 patients (n=10), 6 men and 4 women, ages 31 to 75 years (M=53.89,SD=16.95),60% attended the primary school (4th year), 20% high school (9th grade), 10% secondary school (12th grade) and 10% had an university degree. Patients answered a questionnaire to collect demographic and clinical data. The Subjective Well-Being was measured by two instruments, the scale PANAS Positive and Negative Affectivity Scale and Life Satisfaction. Quality of Life was measured by the Assessment Questionnaire Quality of life in Diabetic Individuals. The main results of this investigation suggest generally that the psycho-educational intervention did not achieve a significant impact on well-being and quality of life of patients with diabetic nephropathy. The results also point out the need for interventions that promote the acquisition and development of skills of patients in relation to disease.

Key Words: *Diabetes Mellitus*, Diabetic Nephropathy, Subjective Well-Being, Quality of Life, Psychological Intervention

ÍNDICE

1	Introdução	10
2	Método	20
2.1	Participantes	20
2.2	Instrumentos	21
2.3	Procedimento	23
3	Resultados	24
4	Discussão	28
	Referências Bibliográficas	33
	Anexos	39

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Dados sociodemográficos conforme Situação Profissional e Rendimentos Mensais para ambos os grupos	22
Tabela 2 - Teste de Mann Whitney (U) e nível de significância de acordo com as subescalas do bem-estar subjetivo e qualidade de vida para comparação de grupos independentes	23
Tabela 3 - Ordem média, estatística do teste Friedman (χ^2) e valor da prova (p)	23

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo I - Declaração de Consentimento	39
Anexo II - Caracterização Sociodemográfica	41
Aspetos Clínicos	42
Anexo III - Escala de Afetividade Positiva e Negativa PANAS (Galinha & Pais-Ribeiro, 2005)	
Anexo IV - Escala de Satisfação com a Vida (SWLS) (Simões, 1992)	
Anexo V - Questionário de Avaliação da Qualidade de Vida em Indivíduos Diabéticos (Silva, Pais-Ribeiro, Cardoso, & Ramos, 2004)	

1 Introdução

A diabetes *mellitus* (DM) é uma doença crónica muito frequente na nossa sociedade e pode surgir em qualquer idade. As suas consequências incluem danos a longo prazo, disfunções e falências de vários órgãos, causas de incapacidade e mortes precoces, ameaçando no mínimo, 10 milhões de cidadãos europeus (Ribeiro, 1998; Stanton, Revenson, & Tennen, 2007; Sociedade Portuguesa de Diabetologia (SPD), 2011; World Health Organization (WHO), 2013).

Em Portugal, o Inquérito Nacional de Saúde aponta uma aproximação da prevalência da diabetes, estimando em pelo menos 5% da população o número de diabéticos, ou seja, cerca de 500 mil pessoas. Ainda, segundo o mesmo inquérito, mais de metade (63%) considera o seu estado de saúde mau ou muito mau, 32% como razoável e apenas 5% o considera bom ou muito bom (SPD, 2011).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define a Diabetes *mellitus* como um síndrome de etiologia múltipla, decorrente da falta de insulina e/ou incapacidade da insulina exercer adequadamente as suas ações, caracterizada pela hiperglicemia crónica (aumento da glicose no sangue) acompanhada de alterações do metabolismo dos carboidratos, lípidos e proteínas e um conjunto de complicações neurológicas (António, 2010; Miranzi, Ferreira, Iwamoto, Pereira, & Miranzi, 2008; WHO, 2013).

Atualmente adota-se a nomenclatura de diabetes tipo 1 (DM1) e tipo 2 (DM2) para classificar a doença, nas duas formas mais frequentes. A DM1 está relacionada com a destruição das células β (beta) do pâncreas e consequente ausência na produção de insulina. O diagnóstico é, normalmente, efetuado antes dos 30 anos, principalmente na infância e na adolescência, sendo mais frequente entre os 5 e os 11 anos. Deste modo, a sobrevivência destes pacientes está dependente da administração de injeções de insulina (insulinodependência) é uma doença auto-imune (Medina, 2007; WHO, 2013).

A DM2 resulta de uma anomalia progressiva da secreção de insulina associada a um estado de resistência à insulina, com perda progressiva da função das células β (beta). Geralmente desenvolve-se na idade adulta e está relacionada, sobretudo, com os estilos de vida moderna, caracterizada por ingestão exagerada de calorias e vida sedentária. Este é o tipo mais comum de diabetes (representa cerca de 90% dos casos em todo o mundo) e o seu tratamento pode envolver mudanças no estilo de vida, perda de peso por si só, medicação oral ou injeções de insulina (Medina, 2007; WHO, 2013).

Os sintomas característicos e mais frequentes da diabetes incluem: polidipsia (necessidade patológica de beber frequentemente), poliúria (excreção excessiva de urina), polifagia (comer em demasia), geralmente associados à perda rápida de peso, fadiga, formigueiros, dormência e visão turva/enevoada (Medina, 2007; Miranzi et.al, 2008; WHO, 2013).

Com o passar dos anos, os pacientes com diabetes podem vir a desenvolver um conjunto de complicações, que podem ser de um espectro alargado. Não existe praticamente nenhum órgão ou sistema orgânico que fique imune a esta doença e aproximadamente 40% dos pacientes vem a desenvolver complicações tardias tais como, hipertensão arterial, doenças cérebro vasculares e/ou isquémicas do coração, disfunção erétil muito comum nos diabéticos tipo 2, neuropatia periférica com sintomas dolorosos, neuropatia periférica ou autonómica, ulceração dos pés, retinopatia diabética, gastroparésia diabética e nefropatia diabética (Amorim, 2009). Estas complicações evoluem de forma silenciosa e, muitas das vezes, já estão instaladas há algum tempo quando são diagnosticadas (Amorim, 2009; Silva, Pais-Ribeiro, & Cardoso, 2004).

Sabe-se que cerca de 20% a 30% dos pacientes portadores de diabetes *mellitus* evoluem para Nefropatia. A Nefropatia Diabética (ND) caracteriza-se pelo aparecimento de lesões renais em consequência da diabetes, e é uma complicação crónica microvascular muito frequente, atingindo cerca de 35 % dos diabéticos de longa duração, constituindo

uma das complicações tardias que mais intimida estes pacientes (Gross et al., 2005). A patologia classifica-se em três fases clínicas: (1) nefropatia incipiente caracterizada pela presença de albumina na urina de 24 horas entre 30 e 200 mg; (2) nefropatia clínica com proteinúria, inclusive de nível nefrótico; e (3) insuficiência renal (Murussi, Murussi, Campagnolo, & Silveiro, 2008).

Constata-se que uma pequena fração dos portadores da DM2 tendem a desenvolver insuficiência renal crónica terminal (IRCT). Sabe-se que a DM2 representa aproximadamente 90% dos casos de diabetes *mellitus* verificando-se que, a grande maioria dos indivíduos admitidos em programas de diálise são pacientes com DM2 e esses números tendem a aumentar. Contudo, a instituição de medidas rígidas como o controlo da glicemia, da pressão arterial, dos lípidos, associada a um estilo de vida adequado, sem fumo ou álcool, e com prática de exercício físico regular poderá modificar de modo favorável a evolução natural da nefropatia diabética (ND).

Sem intervenções específicas, 80% dos pacientes portadores de DM1 com microalbuminúria evoluirão para nefropatia clínica e hipertensão arterial sistêmica (HAS) e, 50% destes, num prazo de 10 anos, apresentarão IRCT. Em relação à DM2, a nefropatia clínica desenvolver-se em 20% a 40% dos casos, sendo que 20% destes apresentarão, também, IRC terminal (Murussi, Coester, Gross, & Silveiro, 2003).

O tratamento da diabetes é extremamente exigente, complexo e implica grande responsabilidade por parte do doente, desde o momento do diagnóstico e ao longo da sua vida. Como doença crónica que é, os doentes têm de aprender a viver com várias limitações na vida quotidiana como ir ao médico, tomar medicamentos com regularidade a fim de prevenir complicações agudas e minimizar o risco de complicações tardias. Contudo, há períodos em que o estado de saúde pode-se agravar e exigir a hospitalização, causando apatia, irritabilidade, revolta, tristeza entre outros sintomas, o que implica

sofrimento físico e emocional para o paciente e em todos os que o rodeiam (Castro, Ponciano, & Pinto, 2010; Debono & Cachia, 2007).

No doente crónico, o bem-estar subjetivo (BES) bem como a qualidade de vida podem ser afetados por fatores como a gravidade da doença, a quantidade de tratamento requerido e, especialmente, pelas dificuldades sociais e psicológicas que podem acompanhar a patologia (Collins, O'Sullivan, Harkins, & Perry, 2009; Hart et al., 2003; Silva, Pais-Ribeiro, Cardoso, & Ramos, 2003; Speight, Reaney, & Barnard, 2009; Suris, Michaud, & Viner, 2004; Wandell, 2005;).

O bem-estar subjetivo é uma dimensão positiva da saúde. Por ser um conceito recente, tem suscitado o interesse em muitas vertentes da Psicologia, nomeadamente na Psicologia Clínica e da Saúde (Galinha & Pais Ribeiro, 2005; Howell, Kern, & Lyubomirsky, 2007).

Representa uma área de investigação que procura compreender as avaliações que os indivíduos fazem das suas vidas (Diener, Suh, & Oishi, 1997; Siqueira & Padovam, 2008). Diener, Sapyta e Eunkook (2009) defendem que o construto é componente essencial para o bem-estar positivo e saúde dos indivíduos. Segundo Diener et al., (1997), neste campo de conhecimento, não se procura estudar estados psicológicos negativos ou patológicos, tais como a depressão e a ansiedade, mas diferenciar os níveis de bem-estar que os indivíduos conseguem alcançar nas suas vidas.

De acordo com Diener, Oishi e Lucas (2003) o bem-estar subjetivo constitui o termo técnico para felicidade, prazer ou satisfação com a vida, o que constitui uma condição amplamente comprovada como principal componente para uma vida saudável (Diener, Scollon, & Lucas, 2003; Howell et al., 2007).

Pensadores ocidentais têm procurado compreender a “Felicidade”, numa tentativa de decifrar o enigma da existência feliz (e.g., Diener, 1994; Giacomoni, 2004; Siqueira & Padovam, 2008), contudo a atenção dispensada ao tema não é recente. A preocupação com

a felicidade tem vindo a ser colocada desde a antiguidade. Na história da filosofia e da religião encontra-se uma forte ênfase na importância do bem-estar subjetivo. Na Grécia filósofos como Aristóteles tentavam descodificar o enigma da existência feliz. O conceito Aristotélico de “*eudaemonia*”, na maioria das vezes traduzido como “felicidade” foi considerado por ele como o objetivo final para o qual todas as outras metas eram procuradas, ou seja, como o bem maior e a principal motivação para a ação humana na procura da realização total do potencial humano. Tomás de Aquino, talvez o mais famoso dos filósofos cristãos, acreditava que todas as escolhas tinham a intenção de aumentar a felicidade, e os textos religiosos, como a Bíblia, estão repletos de referências a sentimentos positivos como a alegria (Diener et al., 2009; Giacomoni, 2004; Ryff, Burton, & Love, 2004;). Atualmente a investigação pretende destrinçar os processos subjacentes às experiências de vida felizes, de modo a auxiliar na promoção de sociedades com um maior bem-estar (Albuquerque & Lima, 2007). O conceito de bem-estar edificou-se a partir de duas perspetivas filosóficas diferentes onde “as duas tradições – hedonismo e eudemonismo – são fundadas em perspetivas distintas de natureza humana e daquilo que constitui uma boa sociedade” (Ryan & Deci, 2001, p.143). Contudo, atualmente, o construto BES está mais relacionado com uma abordagem hedonista.

O bem-estar subjetivo, vinculado ao hedonismo, concebe o bem-estar como a felicidade subjetiva e a procura de experiências de prazer ou a simetria entre o afeto positivo e o afeto negativo (Lucas & Diener, 2008). Caracteriza-se pela avaliação que cada pessoa faz da sua vida, que por ser uma atitude possui dois componentes básicos: o afeto (envolve os componentes emocionais) e a cognição (refere-se aos aspetos racionais e intelectuais) (Giacomoni, 2004; Diener & Ryan, 2009). Diener et.al., (2003) referem que o construto engloba dois conceitos específicos: julgamentos globais de satisfação com a vida ou com domínios específicos dela e experiências emocionais positivas e negativas. Desta forma, articula duas perspetivas em psicologia: uma que assenta nas teorias sobre os

estados emocionais, emoções, afetos e sentimentos (afetos positivos e afetos negativos) e outra que, sustentada nos domínios da cognição, operacionaliza-se por avaliações de satisfação (satisfação global com a vida e com outros domínios específicos como com o casamento, trabalho e vida) (Siqueira & Padovam, 2008).

A componente afetiva do bem-estar compreende um balanço entre as duas dimensões afetivas: emoções positivas e emoções negativas. Contudo, para que represente uma dimensão do construto é indispensável que o indivíduo reconheça manter alta frequência de experiências emocionais positivas (presença de emoções e humores positivos) e baixas frequências de experiências emocionais negativas (ausência de emoções e afetos desagradáveis) no decorrer da vida, ou seja, implica que na grande maioria as experiências vivenciadas foram intercaladas muito mais por emoções prazerosas do que por sofrimentos (Diener & Ryan, 2009; Diener et al., 2009; Galinha & Pais Ribeiro, 2005; Larsen & Eid, 2008; Siqueira & Padovam, 2008).

A componente cognitiva do bem-estar subjetivo, a satisfação com a vida, reporta-se à avaliação global que o indivíduo faz acerca da sua vida e reflete o quanto este se apercebe distante ou próximo das suas aspirações (Diener, Emmons, Larsen, & Griffins, 1985). Não obstante, a definição do construto é considerada complexa, uma vez que o mesmo pode ser influenciado por variáveis como a idade, o género, o nível socioeconómico, o estado civil, o estado da saúde, a situação face ao emprego, a educação, a cultura e a personalidade, entre outras variáveis. Muito amplamente sugere-se que uma pessoa com elevado sentimento de bem-estar subjetivo apresenta satisfação com a vida, presença frequente de afetos positivos e a relativa ausência de afetos negativos (Diener, et al., 2009; Giacomoni, 2004).

O bem-estar subjetivo está relacionado com melhoras nos resultados em saúde e na diminuição de comorbilidades, embora o seu efeito ainda esteja em discussão (Howell et al., 2007). Os autores fizeram uma meta-análise no qual integraram os resultados de 150

estudos experimentais e longitudinais que avaliaram o impacto do bem-estar subjetivo em índices objetivos de saúde. Os autores observaram que o impacto positivo do bem-estar subjetivo na saúde estava relacionado com resultados a curto e longo prazo e na capacidade em controlar o sintoma da doença.

Na saúde os profissionais têm reconhecido a necessidade de desenvolver medidas amplas dos 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. Medidas que avaliem o impacto de doenças específicas na qualidade de vida vêm sendo amplamente pesquisadas nos últimos anos, promovendo a identificação dos fatores que afetam a adesão ao tratamento pelos doentes.

O crescimento de pessoas com doenças crônicas como a diabetes, o aperfeiçoamento de novas técnicas de tratamento, novos medicamentos que possibilitam um aumento da esperança de vida e convivência com a doença por períodos de vida mais prolongados, ou mesmo toda a vida. A necessidade de eficácia nas tomadas de decisão no âmbito dos serviços de saúde, imprimiram a urgência em avaliar a qualidade de vida dos indivíduos com doenças crônicas (Silva et al., 2003). O enfoque no construto tem como objetivo aumentar o conhecimento sobre a forma pela qual os diferentes domínios são influenciados pelas especificidades da doença no portador da patologia e igualmente pelo tratamento a que se submete, com o propósito de melhorar a qualidade de vida dos mesmos, apesar da patologia, sintomas associados, limitações e incapacidades resultantes (Berzon, 2000).

A definição do construto foi realizada pelo grupo de estudos sobre a qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde que define a qualidade de vida como a percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais vive, bem como em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. Nesta definição estão representados os seis domínios principais: saúde

física, estado psicológico, níveis de independência, relacionamento social, características ambientais e padrão espiritual (WHQOQOL Group, 1995).

A qualidade de vida representa o efeito da doença no indivíduo, percebido pelo paciente, e fornece dados médicos e epidemiológicos complementares. Constitui um construto que abrange uma ampla gama de experiências humanas. No domínio médico denomina aspetos de saúde do paciente ou o seu ponto de vida subjetivo, que seria melhor expresso como “saúde subjetiva” ou “estado funcional e bem-estar” (Wandell, 2005).

De uma forma geral, os estudos existentes sugerem que a presença de complicações crónicas está relacionada com uma diminuição significativa da qualidade de vida (e.g., Brown et al., 2000).

Hanestad (1993), numa investigação sobre o impacto da nefropatia na qualidade de vida, sugere que os pacientes com esta patologia apresentam valores significativamente mais baixos nas subescalas de flexibilidade no tempo de lazer, de queixas físicas, de preocupação em relação ao futuro, de bem-estar positivo e de satisfação com o domínio físico.

Silva et.al., (2003), analisaram uma amostra constituída por 316 sujeitos com o objetivo de investigar o impacto que a presença de complicações crónicas específicas, nomeadamente a microangiopatia (retinopatia e nefropatia) entre outras, tinha na qualidade de vida de sujeitos com diabetes. Examinadas especificamente cada uma das complicações crónicas da diabetes, verificou-se que os doentes que apresentavam microangiopatia referiram uma qualidade de vida inferior ao nível do funcionamento físico, dor, vitalidade e satisfação. Contudo quando controlada a gravidade da patologia, apenas se encontraram diferenças significativas em relação ao funcionamento físico e vitalidade para a retinopatia. Nos doentes com nefropatia as diferenças estatisticamente significativas verificaram-se ao nível da transição de saúde e do funcionamento físico. Porém, não são

numerosos os estudos que se debruçam sobre o impacto das complicações crónicas da diabetes na qualidade de vida dos doentes.

Devido à gravidade e às repercussões da doença, a nível de incapacidades, mortalidade prematura, custos relacionados com controlo e tratamento das complicações inerentes, demonstram a necessidade cada vez maior de um investimento em programas de educação para a saúde (Torres, Hortale, & Schall, 2003).

Ponderando os diversos aspetos inerentes à complexidade da diabetes, como restrições alimentares, administração diária de insulina (injetável ou oral), alterações funcionais em diferentes órgãos e segmentos do organismo (nefrologia, retinopatia, pé neuropático, etc.) e o impacto da doença a nível pessoal, familiar e social, imprimiu nos profissionais de saúde a necessidade de desenvolver ações de formação psico-educativas que auxiliem na educação e promoção da saúde. Assim sendo, é fundamental motivar o doente para a aquisição de conhecimentos, desenvolvimento de novas competências e alteração de hábitos de vida, com o objetivo geral do bom controlo metabólico, perceção de uma melhor qualidade de vida e bem-estar subjetivo. Uma cuidada educação do paciente diabético aliado ao arsenal terapêutico hoje existente, permitem aos diabéticos aprender a viver com a sua doença, a ter um quotidiano compatível com uma boa qualidade de vida e a exercer uma profissão, seja ela qual for (Castro et al., 2010; Medina, 2007; Miranzi et al., 2008; Silva, 2006).

Deste modo, e face ao crescente reconhecimento da importância do trabalho em equipas de saúde multidisciplinares para a educação do paciente diabético, os profissionais de saúde têm promovido o desenvolvimento de inúmeros programas educativos e projetos de intervenção psicológica, individuais ou em grupo, na área dos cuidados de saúde primários e secundários, numa perspetiva de promoção da saúde (António, 2010; Debono & Cachia, 2007; Marcelino & Carvalho, 2005; Silva, 2006). Ambos resultam da necessidade em explicar os comportamentos relacionados com a saúde que mostram, que a

relação do sujeito com a sua saúde é complexa e mediada por variáveis muito diversas, entre as quais se destacam vários atributos psicológicos, a percepção de controlo – *locus* de controlo, o otimismo, a auto-eficácia), estilos de confronto com o stress, estratégias de *coping*, crenças de saúde, estados emocionais, crenças e atitudes, normas subjetivas, apoio social, entre outras (Silva, 2006). No caso específico da diabetes *mellitus*, a abordagem psicológica torna-se necessária, uma vez que a integridade biopsicossocial do paciente é condição decisiva para favorecer os cuidados com a doença, resultando em níveis maiores de qualidade de vida (Silva, 2006). Alguns autores apontam para a necessidade de considerar a influência dos fatores psicossociais na evolução da diabetes, tanto na abordagem individual como na grupal (Marcelino & Carvalho, 2005; Moreira & Dupas, 2006; Silva, 2006).

As intervenções psico-educativas, com grupos, focalizam aspetos psicológicos fundamentais no tratamento: alimentação, medicação e atividade física. Têm como objetivo criar espaços de partilha que facilitem a troca de experiências e que constituam uma fonte de apoio social específica face à diabetes, de forma a promover um maior ajustamento psicológico e melhorar a adesão ao tratamento e suas complicações agudas, incentivando os participantes a desenvolver competências que incrementem a percepção de bem-estar subjetivo e qualidade de vida na gestão diária da diabetes (António, 2010; Debono & Cachia, 2007; Seligman, Ernst, Gillham, Reivich, & Linkins, 2009).

O falar em grupo sobre a diabetes permite a troca entre iguais de dúvidas, ansiedades, fantasias e inseguranças. Favorece o sentimento de não se estar sozinho e assim aprender a lidar e a conviver melhor com a doença. Permite o desenvolvimento de um sentimento de segurança, uma vez que transmite uma mensagem de limite, integração e tranquilidade aos elementos do grupo. À medida que o grupo se constrói e integra, ele próprio passa a ser um importante constituinte do enquadramento grupal e cumpre a importante função de se comportar como um adequado continente das necessidades e

angústias de cada um e de todos. O sentimento de reciprocidade leva a um aumento do sentimento de competência, tanto ao nível individual, quer ao nível grupal enquanto unidade (Marcelino & Carvalho, 2005).

Deste modo, tivemos como principal objetivo neste estudo avaliar o impacto que a intervenção psicológica denominada de Programa Grupo Terapêutico de Nefropatia Diabética obteve no bem-estar subjetivo e na qualidade de vida dos adultos com nefropatia diabética.

2 Método

2.1 Participantes

Para a realização do estudo foi avaliada uma amostra de conveniência de 20 pacientes com Nefropatia Diabética pertencentes à população clínica do Hospital de Faro, E.P.E. (Portugal). O grupo inicial foi distribuído em dois grupos, o experimental e de controlo. O grupo experimental era composto por 10 pacientes (n=10), constituído por 7 homens e 3 mulheres, com idades compreendidas entre os 38 e 65 anos (M=52,30; DP=10,28), 40% frequentaram o 1.º ciclo do ensino básico (4.º ano), 40% o 3.º ciclo (9.º ano) e 20% o ensino secundário (12.º ano). Este grupo para além das Consultas Médicas Individuais, frequentou as sessões do grupo terapêutico de Nefropatia Diabética. O grupo de controlo era composto por 10 pacientes (n=10), constituído por 6 homens e 4 mulheres, com idades compreendidas entre os 31 e 75 anos (M=53,89; DP=16,95), 60% frequentaram o 1.º ciclo do ensino básico (4.º ano de escolaridade ou equivalente), 20% o 3.º ciclo (9.º ano de escolaridade ou equivalente), 10% o ensino secundário (12.º ano de escolaridade ou equivalente) e 10% o ensino superior. Este grupo foi sujeito exclusivamente às Consultas Médicas Individuais.

2.2 Instrumentos

Os dados sociodemográficos e clínicos da doença e do tratamento foram obtidos através de um Questionário Demográfico onde se recolheu informação sobre dados gerais pessoais (idade, sexo, residência, escolaridade, trabalho), familiares (estado civil, com quem reside) e dados da doença e do tratamento (idade do diagnóstico, tipo de tratamento).

O Bem-Estar Subjetivo (BES) foi medido através de dois instrumentos, a Escala de Afetividade Positiva e Negativa PANAS e a Escala de Satisfação com a Vida.

A componente afetiva foi medida através da aplicação da Escala de Afetividade Positiva e Negativa PANAS (Galinha & Pais-Ribeiro, 2005), versão portuguesa da *Positive and Negative Affect Schedule* (PANAS; Watson, Clark & Tellegen, 1988), que é constituída por um conjunto de 20 itens, dos quais 10 itens avaliam emoções positivas (e.g., entusiasmado, interessado, orgulhoso) e 10 itens avaliam emoções negativas (nervoso, irritado, perturbado). O sujeito tem que responder numa escala de *likert* de 5 pontos, de (1) nada ou muito ligeiramente até (5) extremamente, em que grau experienciou cada uma das emoções referidas. De acordo com os autores, ambas as escalas deste instrumento são consistentes, válidas e eficientes na medição das duas dimensões de afeto. Têm, ainda, como vantagem a rápida e fácil administração. Estudos demonstram que a versão portuguesa da escala apresenta propriedades semelhantes à da escala original, podendo ser utilizada como escala de avaliação do afeto negativo e positivo (Galinha & Pais-Ribeiro, 2005).

A componente cognitiva foi medida através da Escala de Satisfação com a Vida (SWLS), validada por Simões (1992), versão portuguesa da *The Satisfaction with Life Scale* (SWLS; Diener et al., 1985). A escala pretende avaliar o juízo subjetivo que cada indivíduo faz sobre a qualidade da sua própria vida, de acordo com critérios estabelecidos por si, sendo que o construto em análise constitui um dos indicadores de um funcionamento psicológico positivo. É composta por 5 itens, organizados numa escala de

likert de 5 pontos: discordo muito (1) até concordo muito (5). Permite obter resultados que oscilam entre um mínimo de 5 e um máximo de 25, em que quanto mais elevado for o *score* mais elevada será a satisfação com a vida manifestada pelo sujeito. A validação portuguesa desta escala, realizada por Simões (1992), apresenta um *alfa de Cronbach* de 0,77 e da análise fatorial emergiu um único fator que explica 53,1% da variância, sugerindo boas qualidades psicométricas (Simões, 1992). Esta escala avalia a satisfação global, não avaliando uma área específica.

A Qualidade de Vida foi avaliada através do Questionário de Avaliação da Qualidade de Vida em Indivíduos Diabéticos (Silva, Pais-Ribeiro, Cardoso, & Ramos, 2004). Este questionário constitui uma adaptação do instrumento SL-36 desenvolvido por John Ware há mais de 15 anos e validada para a população portuguesa por Ferreira (2000). É constituído por 46 itens agrupados em 11 subescalas, que visam a avaliação da qualidade de vida de indivíduos com diabetes tipo 1 e tipo 2. Inclui a totalidade dos itens do SF-36, e duas subescalas específicas para a diabetes: uma relacionada com a preocupação em relação ao futuro do próprio e dos que lhe são próximos; outra relacionada com a satisfação com o tratamento que está a receber da parte dos profissionais de saúde, a quantidade de controlo que tem sobre a sua vida, as mudanças que teve de fazer por causa da diabetes (ao nível a alimentação, exercício físico, medicação e auto monitorização da glicemia capilar), a possibilidade de viver uma vida tão longa quanto gostaria, a sua vida sexual, a sua capacidade para satisfazer as suas necessidades financeiras e a satisfação com a sua aparência pessoal. A subescala relacionada com a preocupação com o futuro tem 5 opções de resposta – totalmente verdade, não sei, falso e totalmente falso – e a subescala de satisfação apresenta 6 opções de resposta – muito insatisfeito, insatisfeito, pouco insatisfeito, um pouco satisfeito, satisfeito, muito satisfeito (Silva, Pais-Ribeiro, Cardoso, & Ramos, 2003).

2.3 Procedimento

A realização do presente estudo foi sujeita à aprovação da Comissão de Ética para a Saúde do Hospital de Faro. Todos os pacientes que participaram no estudo fizeram-no de forma voluntária e após obtenção do seu consentimento informado e de satisfação dos requisitos da Declaração de Helsínquia.

Na consulta de Nefropatia Diabética, os doentes foram contactados sendo-lhes explicados os objetivos, metodologia do trabalho de investigação e sua utilidade. Após aprovação foi obtido o consentimento informado e de satisfação dos requisitos da Declaração de Helsínquia para a participação no estudo. Foi garantido o anonimato bem como a continuidade do seu tratamento no caso de recusa.

Após o consentimento informado, os participantes responderam num primeiro momento ao um conjunto de instrumentos atrás descritos: Questionário de caracterização sócio demográfico, Escala de Afetividade Positiva e Negativa PANAS, Escala de Satisfação com a Vida (SWLS) e o Questionário de Avaliação da Qualidade de Vida em Indivíduos Diabéticos.

Num segundo momento, e após implementação e conclusão do Programa Grupo Terapêutico de Nefropatia Diabética ao grupo experimental, ambos os grupos foram reavaliados através dos mesmos instrumentos de medida. Em ambos os momentos de recolha os instrumentos de recolha de dados foram distribuídos de forma individual e preenchidos com a necessária privacidade.

O programa teve uma duração total de 3 meses. Foram realizadas 7 intervenções psico-educativas de 60 minutos cada, com intervalos quinzenais, cujos conteúdos abordaram os temas: viver com diabetes *mellitus*; função renal; nutrição; treino de estratégias-cognitivo e comportamentais para a promoção da saúde na nefropatia diabética; treino de estratégias socio-emocionais na nefropatia diabética e partilha de experiências.

A análise estatística foi executada no *SPSS 20* (*Statistical Package for the Social Sciences*) com recurso a testes não paramétricos. A análise da equivalência dos dois grupos, no momento 1 foi conduzida através do teste U Mann-Whitney para comparação de grupos independentes. Este teste utiliza ordens médias ao invés de médias e desvios padrão. Para análise da variância de resultados entre os dois grupos (experimental/controlado) em função dos dois momentos avaliativos utilizamos o teste Friedman que no caso de duas amostras emparelhadas ($K=2$) é equivalente ao teste Wilcoxon.

3 Resultados

Na tabela 1, estão representados os dados demográficos conforme a situação profissional e rendimentos mensais para ambos os grupos. O grupo experimental apresenta elementos nas cinco categorias da dimensão Situação Profissional, 40% são trabalhadores dependentes em que 25% são do género feminino e 75% do género masculino. Apresentam idades compreendidas entre os 38 e os 49 ($M=44,50$; $DP=4,80$). Destes, 50% usufruem de um rendimento entre os 500€ e os 747€ e 50% apresentam um rendimento entre os 750€ e os 999€. Os trabalhadores por conta representam 20% da amostra. São 100% do género masculino com idades compreendidas entre 38 e 61 ($M=49,50$; $DP=16,26$) em que 50% apresenta um rendimento superior a 1000€. Desempregados correspondem a 10%, e são todos do género masculino (100%). Apresentam uma idade de 61anos ($M=61$), sendo que 100% apresenta rendimentos entre os 500€ e os 749€. Os reformados constituem 20% da amostra e 50% são do género feminino e 50% do género masculino. Com idades compreendidas entre os 59 e os 65 ($M=62,00$; $DP=4,24$), 50% usufrui de um rendimento inferior a 250€ e 50% tem um rendimento entre os 750€ e os 999€. Inválidos constituem 10% do grupo, e são na totalidade do género feminino (100%) com uma idade de 61 anos ($M=61$).O rendimento situa-se entre 500€ e os 749€. O grupo de controlo por sua vez apenas apresenta elementos em 3 categorias. Os trabalhadores

dependentes correspondem a 30% da amostra em que 66,7% são do género feminino e 33,3% do género masculino. Apresentam idades compreendidas entre 31 e 42 anos ($M=36,00; DP=5,57$). Da amostra 33,3% usufrui de um rendimento entre os 250€ e os 499€, outros 33,3% usufruem de um rendimento entre os 500€ e os 799€ e os restantes 33,3% apresentam um rendimento entre os 750€ e os 999€. Os desempregados constituem 10% sendo na sua maioria, 100%, do género masculino. Com 35 anos de idade ($M=35$), auferem de um rendimento entre os 750€ e os 999€. Por fim os reformados representam 60% da amostra. 50% são do género feminino e 50% do género masculino. Com idades entre os 54 e os 75 anos ($M=65,85; DP=8,38$). Destes, 16,7% apresentam um rendimento abaixo dos 250€ e 50% usufrui de um rendimento compreendido entre os 250€ e os 499€.

Na tabela 2 pode ser observada a análise da equivalência dos dois grupos no momento da avaliação inicial. A análise estatística foi realizada, através do teste de Mann Whitney, para comparação de grupos independentes. Este teste utiliza ordens médias em vez de médias e desvios padrão. Os resultados, bem como a estatística do teste (U) e o valor da prova (p).

Como se pode verificar pela análise da tabela 2, os dois grupos sob estudo são equivalentes no momento inicial, não se verificando diferenças significativas no valor da prova (p) em todas as dimensões avaliadas.

Na tabela 3 estão apresentados os resultados obtidos no segundo momento de avaliação, a ambos os grupos. O grupo de controlo sujeito à segunda avaliação após consultas médicas individuais e o grupo experimental sujeito à avaliação após conclusão do programa de intervenção psico-educativo e consultas médicas individuais.

A análise dos dados revela-nos a inexistência de diferenças significativas na quase totalidade das dimensões avaliadas. Contudo o grupo experimental regista uma diferença significativa na dimensão Saúde Geral ($p=0,003$).

Tabela 1

Dados sociodemográficos conforme Situação Profissional e Rendimentos Mensais para ambos os grupos

	N (%)	Género		Idade		Rendimento					
		F	M	M (DP)	Min-Máx	<250	250-499	500-749	750-999	>1000	
Grupo Experimental	Trabalhador dependente	4 (40%)	1 (25%)	3 (75%)	M=44,50 (DP=4,80)	38-49			2 (50%)	2 (50%)	
	Trabalhador por conta	2 (20%)		2 (100%)	M=49,50 (DP=16,26)	38-61					1 (50%)*
	Desempregado	1 (10%)		1 (100%)	M=61	61			1 (100%)		
	Reformado	2 (20%)	1 (50%)	1 (50%)	M=62,00 (DP=4,24)	59 - 65	1 (50%)				1 (50%)
	Inválido	1 (10%)	1 (100%)		M=61	61			1 (100%)		
Grupo de Controlo	Trabalhador dependente	3 (30%)	2 (66,7%)	1 (33,3%)	M=36,00 (DP=5,57)	31 - 42		1 (33,3%)	1 (33,3%)	1 (33,3%)	
	Trabalhador por conta										
	Desempregado	1 (10%)		1 (100%)	M=35	35					1 (100%)
	Reformado	6 (60%)	3 (50%)	3 (50%)	M=65,85 (DP=8,378)	54- 75	1 (16,7%)	3 (50%)**			
	Inválido										

*Legenda: * 1 Missing Value; ** 2 Missing Value (33,3%)*

Tabela 2

Teste de Mann Whitney (U) e nível de significância de acordo com as subescalas do bem-estar subjetivo e qualidade de vida para comparação de grupos independentes

	Grupo Experimental			Grupo de Controlo			U	Valor da prova p
	N	Ordem média	Soma de ordens	N	Ordem média	Soma de ordens		
Afetos Positivos	10	8,90	89,00	10	12,10	121,00	34,000	0,247
Afetos Negativos	10	9,45	94,50	10	11,55	115,50	39,500	0,436
Satisfação com a Vida	10	10,95	109,50	10	10,05	100,50	45,500	0,739
Funcionamento Físico	10	11,85	118,50	10	9,15	91,50	36,500	0,315
Desempenho Físico	10	12,20	122,00	10	8,80	88,00	33,000	0,218
Desempenho Emocional	10	11,50	115,00	10	9,50	95,00	40,000	0,481
Funcionamento Social	10	10,05	100,50	10	10,95	109,50	45,500	0,739
Dor	10	11,65	116,50	10	9,35	93,50	38,500	0,393
Saúde Geral	10	10,25	102,50	10	10,75	107,50	47,500	0,853
Saúde Mental	10	10,60	106,00	10	10,40	104,00	49,000	0,971
Vitalidade	10	10,10	101,00	10	10,90	109,00	46,000	0,796
Preocupação com o Futuro	10	10,00	100,00	10	11,00	110,00	45,000	0,739
Satisfação	10	10,35	103,50	10	10,65	106,50	48,500	0,912

Tabela 3

Ordem média, estatística do teste Friedman (χ^2) e valor da prova (p)

	Grupo experimental					Grupo de controlo				
	N	Ordem Média		χ^2	p	N	Ordem média		χ^2	P
Afetos Positivos	10	1,30	1,70	1,600	0,206	10	1,75	1,25	2,778	0,096
Afetos Negativos	10	1,70	1,30	2,000	0,157	10	1,25	1,75	2,778	0,096
Satisfação com a Vida	10	1,25	1,75	2,778	0,096	10	1,75	1,25	3,571	0,059
Funcionamento Físico	10	1,45	1,55	0,143	0,705	10	1,65	1,35	1,286	0,257
Desempenho Físico	10	1,30	1,70	2,667	0,102	10	1,35	1,65	1,286	0,257
Desempenho Emocional	10	1,45	1,55	0,333	0,564	10	1,45	1,55	0,200	0,655
Funcionamento Social	10	1,45	1,55	0,200	0,655	10	1,60	1,40	0,667	0,414
Dor	10	1,45	1,55	0,143	0,705	10	1,45	1,55	0,200	0,655
Saúde Geral	10	1,05	1,95	9,000	0,003**	10	1,25	1,75	2,778	0,096
Saúde Mental	10	1,35	1,65	1,000	0,317	10	1,75	1,25	2,778	0,096
Vitalidade	10	1,50	1,50	0,000	1,000	10	1,90	1,10	8,000	0,005*
Preocupação com o Futuro	10	1,45	1,55	0,143	0,705	10	1,45	1,55	0,200	0,655
Satisfação	10	1,45	1,55	0,143	0,705	10	1,35	1,65	1,000	0,317

Por sua vez o grupo de controlo apresenta uma diferença significativa na dimensão Vitalidade ($p= 0,005$).

Apesar de forma geral os resultados não apresentarem níveis de significância relevantes, observa-se no entanto que os resultados apresentam, na maioria das dimensões, uma ligeira melhoria entre o M1 e o M2 sugerindo a existência de uma tendência de subida dos valores.

4 Discussão

O presente estudo pretendeu avaliar o impacto que a intervenção psico-educativa denominada Programa Grupo Terapêutico de Nefropatia Diabética obteve no bem-estar subjetivo e na qualidade de vida dos adultos com nefropatia diabética. A hipótese de que os indivíduos após serem submetidos a uma intervenção psico-educativa tendem a elevar os seus níveis de bem-estar subjetivo e qualidade de vida deve-se ao facto de na literatura estar retratada a importância que as abordagens psico-educativas têm para o desenvolvimento de competências que incrementam a perceção de bem-estar subjetivo e qualidade de vida dos pacientes diabéticos (António, 2010; Debono & Cachia, 2007; Seligman, Ernst, Gillham, Reivich, & Linkins, 2009).

Nesse sentido, foram analisadas as possíveis diferenças registadas nas dimensões que calculam o bem-estar subjetivo e a qualidade de vida.

Na avaliação do Bem-Estar Subjetivo através das dimensões Afetos Positivos, Afetos Negativos e Satisfação com a vida, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas em ambos os grupos. Contudo, a análise dos dados do grupo experimental evidencia um aumento dos afetos positivos e da satisfação com a vida, do primeiro para o segundo momento avaliativo, ocorrendo em simultâneo uma diminuição

dos afetos negativos. Embora os resultados não sejam estatisticamente significativos, podemos pressupor que as diferenças ocorreram na sequência da implementação da intervenção psico-educativa, uma vez que, a análise dos resultados do grupo de controlo para as mesmas dimensões apresenta uma evolução contrária, comportamento esperado pelos investigadores.

Apesar de existirem muito poucos estudos que avaliem o BES em amostras de pacientes com nefropatia diabética, os resultados parecem vir ao encontro dos obtidos por Howell, Kern e Lyubomirsky (2007) no qual os autores observaram que a maior ou menor capacidade do paciente em controlar o sintoma da doença bem como na obtenção de resultados a curto e longo prazo têm impacto positivo no bem-estar subjetivo dos sujeitos. Com isto, podemos ser levados a pressupor que, as alterações apuradas são decorrentes de competências adquiridas e/ou desenvolvidas durante as sessões psico-educativas, logo, sugerir o possível impacto positivo que o programa obteve no bem-estar subjetivo dos pacientes.

Os resultados da análise às 10 dimensões da Qualidade de Vida, demonstrou alterações significativas na dimensão Saúde Geral. Esta reflete a forma como o sujeito percebe a sua saúde no momento presente, a comparação da sua saúde com a de terceiros e a perspetiva futura do seu estado de saúde. Os valores apontam no sentido de uma intervenção psico-educativa com impacto positivo na forma como os pacientes avaliam a sua saúde. Brow et al. (2000) referem que de um modo geral os estudos existentes sugerem que, a presença de complicações crónicas estão relacionadas com uma diminuição na qualidade de vida. Através do questionário sócio demográfico foi possível apurar que a amostra do nosso estudo não manifestou presença de complicações crónicas além da nefropatia diabética. Por esse facto, consideramos que a atitude positiva face à doença e à perspetiva futura também ela positiva, demonstrada pela amostra, pode resultar

de aprendizagens e competências adquiridas durante a intervenção psico-educativa, aliada ao facto dos participantes não apresentarem complicações clínicas associadas à patologia. Todavia, em relação às restantes dimensões avaliadas, mais uma vez os resultados não se mostraram estatisticamente significativos. Contudo, uma vez mais é possível observar que, de modo geral, os resultados expressam a transformação operada no grupo de controlo após a implementação da intervenção psico-educativa evidenciando uma evolução positiva das respostas, à exceção da dimensão Vitalidade, cujo valor se manteve constante. No entanto, o estudo apresentou diferenças significativas na dimensão Vitalidade junto do grupo de controlo, situação completamente inesperada, uma vez que não esteve sujeito a qualquer intervenção.

Numa tentativa de explicar o sucedido, e devido à escassez de publicações sobre este tema, recorreremos à análise descritiva da amostra no sentido de detetar possíveis variáveis explicativas do resultado. Como a dimensão Vitalidade remete para estados de ativação diária relacionadas com os afazeres do dia-a-dia e a capacidade de realização, procurou-se inicialmente perceber se a variável Situação Profissional poderia constituir uma fator explicativo para a discrepância entre os grupos. A tabela 1 permite-nos verificar que o grupo de controlo não possui trabalhadores por conta de outrem e inválidos, ao contrário do grupo de controlo cuja amostra está distribuída pelas 5 categorias da dimensão. De igual modo, apesar da média de idades das amostras ser muito próxima, grupo controlo ($M=53,89$; $DP=16,95$), grupo experimental ($M=52,30$; $DP=10,28$), contudo, o facto é que de modo geral a média de idades entre as categorias é mais elevada no grupo de experimental do que na do grupo de controlo. Deste modo, podemos supor que a conjugação das duas variáveis, idade e ausência de elementos na categoria de invalidez e trabalho por conta de outrem, podem ter contribuído para que a diferença significativa se tenha verificado para a dimensão Vitalidade, constituindo as mesmas variáveis condições

suficientes para que os resultados no grupo de controlo não tenham sofrido qualquer alteração ao longo do tempo. É importante salientar que a intervenção psicológica incide em aspetos relacionados com o viver com a diabetes e com a nefropatia numa base diária, fornecendo estratégias e conhecimentos de forma a fomentar aprendizagens e aumentar um sentimento de autoconfiança e autoeficácia nos pacientes, logo os resultados apresentados na dimensão Vitalidade não estão diretamente influenciados pela mesma, compreendendo-se a razão pela qual o valor significativo se apresenta no grupo de controlo e não no experimental. Consideramos igualmente possível que o número reduzido de participantes da amostra tenha contribuído para o aparecimento de diferenças significativas nas análises realizadas.

Os principais resultados desta investigação sugerem de forma geral, que a intervenção psico-educativa não obteve um impacto significativo no bem-estar subjetivo e qualidade de vida dos pacientes. Em saúde o grupo ou pequeno grupo é composto por um número de participantes que pode variar entre 5 a 25 membros, contexto particularmente indicado para favorecer o desenvolvimento dos processos psicológicos, tais como crescimento pessoal, amadurecimento e aprendizagem (António, 2010; Guerra & Lima, 2005). A amostra utilizada foi constituída por 20 pacientes. Face aos resultados, é importante salientar que em amostras pequenas o tratamento estatístico realizado, testes não paramétricos, pode levar a resultados não significativos, em resultado do procedimento estatístico não possuir poder suficiente para detetar diferenças, fornecendo dados inconclusivos. No entanto a análise dos valores obtidos entre o primeiro momento avaliativo e o segundo permite verificar uma evolução positiva nos resultados, denotando uma tendência. Estes sugerem a existência de um impacto positivo como resultado da intervenção psico-educativa no bem-estar subjetivo e na qualidade de vida dos pacientes com nefropatia diabética no grupo experimental.

Embora tenhamos obtido resultados interessantes, sobretudo no que concerne ao grupo experimental, deparamo-nos com limitações. Uma das principais limitações é intrínseca ao próprio estudo e prende-se pelo facto de os investigadores não terem conseguido encontrar na literatura estudos sobre a temática que servissem de base. Desta forma apenas nos é possível tirar inferências dos resultados obtidos, sem no entanto nos podermos reportar a outros resultados ou mesmo outros desenhos experimentais como referencia. Outra das limitações sentidas prende-se com o tamanho da amostra, contudo quando se trabalha com populações hospitalares é difícil obter a participação dos pacientes, nomeadamente pela dificuldade em obter indivíduos que se disponibilizem a participar em grupos terapêuticos, cujas sessões decorrem em horários laborais. Pensamos que poderíamos ter tido resultados mais surpreendentes com um grupo de maiores dimensões bem como com uma população mais jovem. Como propostas de trabalho futuro pensamos que seria vantajoso avaliar intervenções psicológicas realizadas com este tipo de grupo, contudo procurando intervir junto de populações mais jovens de forma a verificar se as alterações são mais efetivas e significativas. Para isso sugerimos a formação de um maior número de grupos terapêuticos sujeitos ao mesmo tipo de intervenção psico-educativa de forma a aumentar o número total da amostra, na procura de resultados mais significativos. Uma vez que o nosso estudo demonstrou a existência de uma tendência de subida nos valores, após intervenção e em quase todas as dimensões avaliadas, sem contudo podermos ser conclusivos, seria a oportunidade de vermos ou não confirmados os resultados do presente estudo.

Não obstante os resultados serem inconclusivos, o nosso estudo reforçou a nossa convicção de que intervenções psicológicas que promovam a aquisição e desenvolvimento de competências dos doentes na sua relação com a patologia, são necessárias para minimizar sofrimentos.

Referências Bibliográficas

- Albuquerque, I., & Lima, M. (2007). *Personalidade e Bem-Estar Subjectivo: Uma abordagem com os Projectos Pessoais*. Retrieved 2013 йил 30-01 from O Portal dos Psicólogos: <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0373.pdf>
- Amorim, M. I. (2009). *Para lá dos números ... Aspectos psicossociais e qualidade de vida do Indivíduo com Diabetes Mellitus Tipo 2*. Dissertação de candidatura ao Grau de Doutor em Saúde Mental submetida ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Porto.
- António, P. (2010). A Psicologia e a Doença Crónica: Intervenção em grupo na Diabetes Mellitus. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 11 (1), 15-27.
- Berzon, R. A. (2000). Understanding and using health-related quality of life instruments within clinical research studies. In M. J. Staquet, R. D. Hays, & P. M. Fayers, *Quality of Life Assessment in Clinical Trials* (pp. 3-15). Great Britain: Oxford University Press.
- Brown, G. C., Brown, M. M., Sharma, S., Brown, H., Gozum, M., & Denton, P. (2000). Quality of Life associated with diabetes mellitus in an adult population. *Journal of Diabetes Complications*, 14(19), 18-24.
- Castro, E. K., Ponciano, C. F., & Pinto, D. W. (2010). Autoeficácia e qualidade de vida de jovens adultos com doenças crónicas. *Aletheia*, 31, 137-148.
- Collins, M. M., O'Sullivan, T., Harkins, V., & Perry, I. J. (2009). Quality of Life and Quality of Care in Patients With Diabetes Experiencing Different Models of Care. *Diabetes Care*, 4, 603- 605.

- Debono, M., & Cachia, E. (2007). The impact of diabetes on psychological well being and quality of life. The role of patient education. *Psychology, Health & Medicine, 12*(5), 545-555.
- Diener, E. (1994). Assessing subjective well-being: progress and opportunities. *Social Indicators Research, 31*, 103-157.
- Diener, E., & Ryan, K. (2009). Subjective well-being: a general overview. *South African Journal of Psychology, 39*(4), 391-406.
- Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J., & Grifflins, S. (1985). The Satisfaction with life scale. *Journal of Personality Assessment, 49* (1), 71-75.
- Diener, E., Oishi, S., & Lucas, R. (2003). Personality, culture and Subjective Well-Being: emotional and cognitive evaluations of life. *Annual Review of Psychology, n.54*, 403-425.
- Diener, E., Sapyta, J. J., & Suh, E. (2009). Subjective Well-Being is Essencial to Well-Being. *Psychological Inquiry: An International Journal for the Advancement of Psychological Theory, 9:1*, 33-37.
- Diener, E., Scollon, C. N., & Lucas, R. E. (2003). The involving concept of subjective well being: The multifaceted nature of happiness. *Advances in Cell Aging and Gerontology, 187-219*.
- Diener, E., Suth, E., & Oishi, S. (1997). Recent findings on subjective well being. *Indian Journal of Clinical Psychology, 24*(1), 25-41.
- Ferreira, P. L. (2000). Criação da versão portuguesa do MOS - SL 36. Parte II - testes de coerência interna. *Acta Médica, 13*, 119-127.

- Ferreira, P. L. (2000). Criação da Versão Portuguesa do MOS SL-36. Parte I - adaptação cultural e linguística. *Acta Médica, 13*, 55-66.
- Galinha, I. C., & Pais-Ribeiro, J. L. (2005). Contribuição para o estudo da versão portuguesa da Positive and Negative Affect Schedule (PANAS): Estudo psicométrico. *Análise Psicológica, 2*(XXIII), 219-227.
- Galinha, I., & Pais Ribeiro, J. L. (2005). História e Evolução do Conceito de Bem-Estar Subjectivo. *Psicologia, Saúde & Doenças, 6*(2), 203-214.
- Giacomoni, C. H. (2004). Bem-estar Subjectivo: em busca da qualidade de vida. *Temas em Psicologia, Vol.12, nº1*, 43-50.
- Gross, J. L., Azevedo, M. J., Silveiro, S. P., Canani, L. H., Caramori, M. L., & Zelmanovitz, T. (2005). Diabetic nephropathy: diagnosis, prevention and treatment. *Diabetes Care, 28*, 164-176.
- Guerra, M. P., & Lima, L. (2005). *Intervenção psicológica em grupos em contextos de saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Hanestad, B. R. (1993). Self-reported quality of life and the effect of different clinical and demographic characteristics in people with type 1 diabetes. *Diabetes Research and Clinical Practice, 19*, 139-149.
- Hart, H. E., Bilo, H. J., Redekop, W. K., Stolk, R. P., Assink, J. H., & Meyboom-de Jong, B. (2003). Quality of life of patients with type I diabetes mellitus. *Quality of Life Research, 12*, 1089-1097.

- Howell, R. T., Kern, M. L., & Lyubomirsky, S. (2007). Health benefits: meta-analytic determining the impact of well-being on objective health outcomes. *Health Psychology Review, 1*, 83-136.
- Larsen, R. J., & Eid, M. (2008). Ed Diener and the Science of Subjective Well-Being. In R. J. Larson, & M. Eid, *The Science of Subjective Well-Being* (pp. 1-13). Guilford Publications.
- Lucas, R. E., & Diener, E. (2008). Subjective Well Being. In M. Lewis, J. M. Haviland-Jones, & L. F. Barrett, *Handbook of Emotions* (3^a ed.). New York: The Guilford Press.
- Medina, J. L. (2007). *O essencial da Saúde - Diabetes* (Vol. 7). Lisboa: QuidNovi.
- Miranzi, S. S., Ferreira, F. S., Iwamoto, H. H., Pereira, G. A., & Miranzi, M. A. (2008). Qualidade de Vida de Indivíduos com Diabetes Mellitus e Hipertensão acompanhados por uma Equipe de Saúde da Família. *Texto Contexto de Enfermagem, 17*(4), 672-679.
- Moreira, P. L., & Dupas, G. (2006). Vivendo com o Diabetes: A Experiência contada pela criança. *Revista Latino-am Enfermagem, 14*(1), 25-32.
- Murussi, M., Coester, A., Gross, J. L., & Silveiro, S. P. (2003). Nefropatia Diabética no Diabete Melito Tipo 2: Fatores de Risco e Prevenção. *Arquivo Brasileiro de Endocrinologia Metabólica, 47*(3), 207-219.
- Murussi, M., Murussi, N., Campagnolo, N., & Silveiro, S. P. (2008). Detecção Precoce da Nefropatia Diabética. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia Metabólica, 52*(3), 442-450.

- Novo, R. (2003). *Para além da eudaimonia*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Ribeiro, J. (1998). *Psicologia e Saúde*. Lisboa: ISPA.
- Ryan, R., & Deci, E. (2001). On happiness and on human potentials: A review of research on hedonic and eudaimonic well-being. *Annual Review of Psychology*, 52, 141-166.
- Ryff, C. D., Burton, H. S., & Love, G. D. (2004). Positive health: connecting well-being with biology. *The Royal Society*, 359, 1383-1394.
- Seligman, M. E., Ernst, R. M., Gillham, J., Reivich, K., & Linkins, M. (2009). Positive education: positive psychology and classroom interventions. *Oxford Review of Education*, 35, N°.3, 293-311.
- Silva, I. (2006). *Psicologia da Diabetes*. Coimbra: Quarteto.
- Silva, I., Pais-Ribeiro, J., Cardoso, H., & Ramos, H. (2003). Qualidade de vida e complicações crónicas da diabetes. *Análise Psicológica*, 2(XXI), 185-194.
- Silva, I., Pais-Ribeiro, J., Cardoso, H., & Ramos, H. (2004). Questionário qualidade de vida e diabetes: Contributo para a criação de um instrumento de avaliação da qualidade de vida em indivíduos com diabetes. *Psychologica*, 36, 177-191.
- Siqueira, M. M., & Padovam, V. A. (2008). Bases Teóricas de Bem-Estar Subjectivo, Bem-Estar Psicológico e Bem-Estar no Trabalho. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 24(2), 201-209.
- Sociedade Portuguesa de Diabetologia. (2011). *Qualidade e Vida e Diabetes (revistas RPD - Boletim N° 4)*. Retrieved 2011 йил 27-11 from http://spd.pt/index.php?option=com_content&task=view

- Speight, J., Reaney, M. D., & Barnard, K. D. (2009). Not all roads lead to Rome - a review of quality of life measurement in adults with diabetes. *Diabetic Medicine*, *26*, 315-327.
- Stanton, A. L., Revenson, T. A., & Tennen, H. (2007). Health psychology: psychological adjustment to chronic disease. *Annual Review of Psychology*, *58*, 565-592.
- Suris, J. C., Michaud, P. A., & Viner, R. (2004). The adolescent with chronic condition. Part I: Developmental issues. *Archives of Disease in childhood*, *89*, 938-942.
- Torres, H. C., Hortale, V. A., & Schall, V. (2003). A experiência de jogos em grupos operativos na educação para a saúde para diabéticos. *Cadernos de Saúde Pública*, *19*(4), 1039-1047.
- Wandell, P. E. (2005). Quality of life of patients with diabetes mellitus. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, *23*, 68-74.
- WHOQOL Group. (1995). The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Social Science and Medicine*, *41*(10), 1403-1409.
- World Health Organization. (2013). *WHO*. Retrieved 2013 йил 09-Janeiro from About diabetes: http://www.who.int/diabetes/action_online/basics/en/index.html

Anexos

Anexo I

Declaração de Consentimento

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO

Considerando a “Declaração de Helsínquia” da Associação Médica Mundial (Helsínquia 1964; Tóquio 1975; Veneza 1983; Hong Kong 1989; Somerset West 1996 e Edimburgo 2000)

Designação do Estudo

“Bem-Estar Subjetivo em Adultos com Nefropatia Diabética: Impacto de uma Intervenção Psicológica”

Eu, abaixo-assinado, (nome completo do doente) _____

Compreendi a explicação que me foi fornecida acerca da minha participação na investigação que se tenciona realizar, bem como do estudo em que serei incluído. Foi-me dada oportunidade de fazer as perguntas que julguei necessárias e de todas obtive resposta satisfatória.

Tomei conhecimento de que, de acordo com as recomendações da Declaração de Helsínquia, a informação ou explicação que me foi prestada versou os objetivos, métodos, meios a utilizar, consequências, os benefícios previstos, os riscos potenciais e o eventual desconforto resultantes do estudo. Além disso, foi-me afirmado que tenho o direito de recusar em qualquer momento a participação no estudo, sem que isso possa ter como efeito qualquer prejuízo pessoal, bem como assegurada a total e completa confidencialidade dos dados recolhidos.

Por isso, consinto que me seja aplicado o método ou tratamento, se for caso disso, propostos pelo investigador.

Data: ____/____/____

Assinatura do doente

O Investigador responsável:

Nome:

Assinatura:

Anexo II

Caracterização Sociodemográfica

e

Aspetos Clínicos

Nº de Ordem

1. Idade anos		10. Tempo de conhecimento do seu diagnóstico de Diabetes	
2. Sexo		11. Tipo de tratamento da Diabetes	
Masculino	01	Insulina	01
Feminino	02	Anti-diabéticos orais	02
3. Residência (Concelho)		Exercício físico	03
		Alimentação	04
		Outro (indique qual)	05
4. Meio de Proveniência		12. Faz controlo dos valores da glicose no sangue	
Urbano	01	Diariamente	01
Rural.	02	Semanalmente	02
5. Estado Civil		Quinzenalmente	03
Solteiro	01	Mensalmente	04
Casado(a) ou união de facto	02	Outro (indique qual)	05
Viúvo(a),	03	13. Quem faz o controlo	
Divorciado(a) ou Separado(a)	04	O próprio	01
6. Com quem vive		Familiares	02
Só	01	Profissionais (Instituição de saúde).	03
País	02	Outros (indique qual)	04
Filhos	03	14. Outras doenças	
Cônjuge	04		
Outros Familiares	05		
Outros não familiares	06		
7. Escolaridade			
1 ° Ciclo (4°) ano	01		
2° Ciclo (6° ano)	02		
3° ciclo (9° ano)	03		
Secundário (12° ano)	04		
Ensino Superior :	05		
8. Situação Profissional			
Trabalhador dependente	01		
Trabalhador por conta própria	02		
Desempregado	03		
Reformado,	04		
Doméstica	05		
9. Rendimento mensal que aufer			
Menos de 250 Euros	01	Peso	
Entre 250 e 499 Euros	02	Altura	
Entre 500 e 749 Euros	03		
Entre 750 e 999 Euros	04		
Mais de 1000 Euros	05		

ASPETOS CLINICOS

Complicações da Diabetes

Microangiopatia:

Olho	Sim	Não
Retinopatia diabética		
Doença ocular avançada (Cegueira, foto coagulação)		
Rim		
Microalbuminúria		
Insuficiência Renal crónica		
Insuficiência Renal terminal (hemodiálise, diálise peritoneal, transplante renal)		

Macroangiopatia

Pé	Sim	Não
Neuropatia		
Isquemia		
Amputação menor		
Amputação maior		

Neuropatia Autônoma

	Sim	Não
Alterações do tracto gastro-intestinal (alterações digestivas, alterações do peristaltismo, diarreia diabética)		
Incontinência urinária		
Alteração da função sexual		

Outras complicações

Doença cardíaca coronária	Sim	Não
Acidente vascular cerebral		
Hipertensão arterial		
Doença arterial periférica		

Valores Analíticos

	<7,0% - Bom controlo	>7,0% - Mau controlo
HbA1c		

	<35 -Baixo	35-45 Intermédio (homens) 35-55 Intermédio(mulheres)	>45 Elevado >55 Elevado
Colesterol/HDL			

	<100- Normal	>100- Elevado	
Colesterol/LDL			
	<200 – Normal	200 – 399 – Intermédio	>400 - Elevado
Triglicéridos			

Observações _____

Anexo III

Escala de Afetividade Positiva e Negativa PANAS

(Galinha & Pais-Ribeiro, 2005)

Anexo IV

Escala de Satisfação com a Vida (SWLS)

(Simões, 1992)

Anexo V

Questionário de Avaliação da Qualidade de Vida em Indivíduos

Diabéticos

(Silva, Pais-Ribeiro, Cardoso, & Ramos, 2004)