



UC/FPCE_2007

Universidade de Coimbra
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação

Relação entre Diabetes, qualidade de vida, *stress* e *coping* familiares: um estudo com uma amostra recolhida em Serviços de Saúde de Coimbra

Filipa do Amaral Tavares Feliz da Fonseca (e-mail: feliz_filipa@Hotmail.com)

Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica Dinâmica e Sistémica
sob a orientação de Prof.^a Dr.^a Ana Paula Relvas

Título da dissertação – Relação entre Diabetes, qualidade de vida, stress e coping familiares: um estudo com uma amostra recolhida em Serviços de Saúde de Coimbra

Resumo

Palavras chave: Diabetes Mellitus, *stress* familiar, *coping* familiar, qualidade de vida familiar

O presente estudo pretende ser um estudo sobre famílias, nomeadamente, sobre stress familiar, estratégias de coping e respectiva qualidade de vida. Pretende-se abordar todos estes factores na dinâmica da doença crónica, nomeadamente a Diabetes Mellitus, na adaptação familiar à doença, numa amostra recolhida em serviços de saúde de Coimbra (Centro de Saúde da Fernão Magalhães, Centro de Saúde de S. Martinho, extensão Taveiro, Hospital Pediátrico, CEIFAC¹ e NUSIAF²).

Para tal utilizámos as seguintes escalas: Qualidade de Vida (Q.L.- David H. Olson & Howard L. Barnes, 1982), Inventário Familiar de Acontecimentos e Mudanças de Vida (FILE - H.I. McCubbin, J.M. Patterson, L.R. Wilson, 1981) e Escala de Avaliação Pessoal Orientada Para a Crise Em Famílias (F-COPES - H.C. McCubbin, D.H. Olson, A.S. Larsen, 1981). Relativamente ao estudo empírico, a estrutura factorial da escala Q.L. divergiu da estrutura proposta pelos autores, apresentando bons níveis de consistência interna; a escala FILE revelou níveis baixos de consistência interna, levando-nos a utilizar apenas o resultado da escala total; na escala F-COPES, a estrutura factorial dos autores não foi encontrada, sendo os itens agregados de modo diferente do original.

Quanto a resultados, não se encontraram diferenças estatisticamente significativas nas escalas FILE e F-COPES, para os factores: género e nível socioeconómico nas três condições deste estudo: condição1: Sujeitos com Diabetes; condição2: Diabetes na Família; condição 3: Sujeito ou Família sem Doença, logo, as variáveis stress e coping revelaram-se não significativas na sua relação com a Diabetes, nesta amostra particular. Na escala Q.L. este padrão de inexistência de relações significativas entre as variáveis consideradas mantém-se, excepto para as sub-escalas: Lar e Educação, onde existem diferenças entre os grupos e o nível socioeconómico

¹ Centro Integrado de Apoio Familiar de Coimbra

² Núcleo de Seguimento Infantil e Acção Familiar

nas as condições 2 e 3 e, na sub-escala Casamento e Vida Familiar, onde existem diferenças na interação entre os grupos e o seu nível socioeconómico nas condições 1 e 2 (é necessário ter em atenção que se trata da direcção da diferença, constatada através das diferenças entre as médias, pois o teste Post Hoc (Tukey HSD) não foi sensível o suficiente para discriminar as condições).

Title of dissertation: The relationship between diabetes mellitus, quality of family life, family stress and family coping: a study with a sample collected from Health Services of Coimbra

Abstract

Key Words: Diabetes Mellitus, family stress, family coping, family quality of life

The present study aims to study families, particularly under stress, coping strategies and their quality of life. Its aim is to examine all these factors in the dynamic of the chronic disease, more specifically, Diabetes mellitus, on the family adaptability to the disease, using a sample collected in health centres in Coimbra (Centro de Saúde da Fernão Magalhães, Centro de Saúde de Taveiro, Hospital Pediátrico, CEIFAC³ e NUSIAF⁴).

In order to evaluate these issues, we used the following scales: Quality of Life (Q.L.- David H. Olson & Howard L. Barnes, 1982), Family Inventory of Life Events and Changes (FILE - H.I. McCubbin, J.M. Patterson, L.R. Wilson, 1981) and Family Crisis Oriented Personal Evaluation scale (F-COPES - H.C. McCubbin, D.H. Olson, A.S. Larsen, 1981). With reference to the empirical study, the factorial structure of the Q.L. scale diverged from the structure proposed by the authors, presenting good levels of internal consistence; the FILE scale revealed low levels of internal consistence, leading us to use only the result of the global scale; on the F-COPES scale, the factorial structure of the authors was not found, being the items related in a different way from the original one.

³ Centro Integrado de Apoio Familiar de Coimbra

⁴ Núcleo de Seguimento Infantil e Acção Familiar

As far as the results are concerned, they did not show any statistically significant differences in the FILE and F-COPES, to the factors: type and socioeconomic status in the three groups of this study (group 1: individuals with Diabetes; group 2 :Diabetes in the family; group 3: individuals or family not affected by the disease). On the Q.L. scale, the pattern remains the same , except for the sub-scales: Home and Education , where there are differences between the groups and the socioeconomic status between groups 2 and 3 and on the sub-scale Marriage and Family life , where there are differences in the interaction between the groups and their socioeconomic status in the groups 1 and 2. (It is necessary to pay attention to the fact that we are dealing with the direction of the difference, found through the differences between the means, as the Tukey's Post Hoc test was not sensitive enough to discriminate the conditions.

Agradecimentos

Em primeiro lugar, agradeço inteiramente à minha orientadora Prof^a Dr^a Ana Paula Relvas pela dedicação e imensa disponibilidade demonstrada. A todas as instituições que participaram neste estudo e que o tornaram possível. Ao Dr^o José Pacheco Miguel pela ajuda tão gentilmente cedida. E, por último, mas não menos importante, quero agradecer à minha família e ao Ricardo pelo apoio e pela fé que depositaram em mim.

Índice

Introdução.....	1
I Enquadramento Conceptual	1-12
II Objectivos.....	12-13
III Metodologia.....	14-25
IV Resultados.....	25-31
V Discussão.....	31-35
VI Conclusão.....	35-36
Bibliografia.....	37-39

Introdução

O presente trabalho resulta de uma investigação realizada por um grupo de mestrandos da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, mais especificamente, em Psicologia Clínica Dinâmica e Sistémica, orientado pela Professora Doutora Ana Paula Relvas. Esta investigação só se tornou possível com a disponibilidade das seguintes instituições: Centros de Saúde da Fernão Magalhães e de S.Martinho, extensão Taveiro, os serviços de Psicologia do Hospital Pediátrico de Coimbra e, também os serviços disponibilizados pelo Núcleo de Seguimento Infantil e Acção Familiar (NUSIAF) e pelo Centro Integrado de Apoio Familiar de Coimbra (CEIFAC).

O presente trabalho pretende revelar a existência, ou não, de marcas de *stress*, subjectivamente causadas pela presença de uma doença crónica, como é a Diabetes na família e, também, o modo como as estratégias de *coping* familiares se alteram, ou não, em função de tal doença. Pretendo ainda demonstrar as diferenças na qualidade de vida dos sujeitos perante a presença ou não de Diabetes na família. É de ressaltar, ao longo de todo este trabalho, que não é objectivo deste, estudar a doença Diabetes em si, mas sim, a percepção individual do próprio sujeito sobre a sua doença, a sua visão acerca da presença desta doença nas suas vidas.

I – Enquadramento conceptual

A Diabetes Mellitus, enquanto doença crónica, é muito frequente na nossa sociedade e tem-se verificado um aumento desta mesma doença com o avançar do tempo. A Organização Mundial de Saúde afirmou, em 2000, que o número de indivíduos com diabetes atinge os 177 milhões de pessoas. No caso de Portugal apontam-se entre 400 a 500 mil diabéticos na nossa população (Silva, Ribeiro e Cardoso, 2004).

A diabetes resulta de uma deficiente capacidade de utilização, pelo nosso organismo, da nossa principal fonte de energia – a glucose. Podemos distinguir entre diabetes tipo 1 e diabetes tipo 2. A diabetes tipo 1 é mais rara e atinge, na maioria das vezes, crianças ou jovens. As células beta do pâncreas deixam de produzir insulina, devido à sua destruição maciça. Nesta variante da diabetes é necessária uma terapêutica, com insulina, para toda a

Relação entre Diabetes, qualidade de vida, *stress* e *coping* familiares: um estudo com uma amostra recolhida em Serviços de Saúde de Coimbra
Filipa Feliz da Fonseca (e-mail: feliz_filipa@ Hotmail.com) 2007

vida, porque o pâncreas deixa de a produzir; deve ser controlada também por uma alimentação cuidada e adequada e a prática de exercício físico (pode aparecer, raramente, depois dos 30 anos). A causa deste tipo 1 da diabetes é, pois, a falta de insulina, e não está directamente relacionada com hábitos de vida ou de alimentação errados, ao contrário do que acontece na diabetes tipo 2. Na diabetes tipo 2, sendo o pâncreas capaz de produzir insulina, esta ocorre em indivíduos que herdaram uma predisposição genética para a doença e que, conjuntamente com hábitos de vida e de alimentação incorrectos e *stress*, vêm a sofrer de diabetes quando adultos. A diabetes tipo 2 aparece normalmente depois dos 30/40 anos e pode ser controlada com uma alimentação adequada, com exercício físico regular e, se necessário, com medicamentos (Harrison, 1999).

Existem alguns sintomas que acusam a presença de diabetes (tipo 1 e tipo 2): sede contínua, aumento notável da quantidade de urina, aumento do número de micções, surgimento do hábito de urinar à noite, rápido emagrecimento, cansaço, fraqueza ou tonturas, visão turva, aumento do apetite, náuseas e vómitos (Harrison, 1999).

Existem possíveis implicações decorrentes desta doença crónica para ambos os tipos, tais como: complicações microvasculares (retinopatia, nefropatia, neuropatia); complicações macrovasculares (macroangiopatia – doença coronária, cerebral e dos membros inferiores, hipertensão arterial); complicações neuro, macro e microvasculares (pé diabético). O diabético tem, ainda, risco aumentado para disfunção sexual e para ser hospedeiro de outras infecções. Embora esta doença não tenha cura, esta pode ser controlada permitindo à pessoa viver de forma saudável, activa e autónoma. O controlo desta doença pode ser efectuado diminuindo certos factores de risco, como fumar, e fortalecendo comportamentos benéficos, como fazer exercício físico regular e ter uma alimentação saudável (Harrison, 1999).

No contexto da diabetes, têm sido foco de análise diversas variáveis psicológicas e, neste estudo, pretendemos compreender como as variáveis *stress*, *coping* e qualidade de vida familiares se interligam com a diabetes, enquanto doença crónica. É relevante referir que muitos dos estudos encontrados se referem apenas à doença diabetes, não especificando se se trata de diabetes tipo 1 ou tipo 2. Contudo, surgem mais estudos referentes à diabetes tipo 1, sendo escassos os estudos relativos à diabetes tipo 2.

O *stress* significa diferentes coisas para diferentes autores havendo quem defina este conceito como um estado, uma condição ambiental, uma ansiedade ou frustração, um processo, uma relação, uma experiência e até mesmo um desequilíbrio. O *stress* tem implicações em três domínios importantes: o bem-estar, saúde física e saúde mental (Vaz Serra, 1999).

Na temática das relações entre *stress* e saúde surgem duas teorias fundamentais: o modelo biológico de Selye e o modelo transaccional de Lazarus. O modelo de Selye estudou o conceito de *stress*, através da sua relação com a doença física, interligando o efeito deste às respostas fisiológicas e também às reacções de desenvolvimento da doença. Neste sentido, o *stress* é visto como uma resposta não específica, geral e física, causada por diferentes *stressores* ambientais. Já para Lazarus, o modo como se interpretam os acontecimentos *stressantes* é mais relevante que os acontecimentos em si e, para este autor, *stress* representa a percepção do sujeito da situação (avaliação cognitiva) (Almeida, 2000).

O *stress* é conceptualizado como resultando de um processo complexo, dinâmico e transaccional, sendo modelado pela avaliação do sujeito da situação ambiental e da sua capacidade percebida para lidar com a situação. Actualmente, é amplamente reconhecido que o *stress* pode precipitar o início da diabetes e que desempenha um papel importante ao longo do curso desta doença.

Consultando a literatura disponível encontramos diversos estudos que seguem, basicamente, duas propostas de análise diferentes: o efeito do *stress* na diabetes e o efeito da diabetes no *stress*, tornando-se pertinente seguir essa mesma linha nesta revisão da literatura.

De acordo com a literatura, existem instrumentos de avaliação do *stress* específicos para a diabetes, sendo de referir o *Questionnaire on Stress in Patients With Diabetes* (QSD-R), de auto-relato, constituído por 45 itens que pretendem determinar o *stress* diário de doentes diabéticos. Trata-se de um instrumento capaz de avaliar indivíduos com níveis de gravidade da doença diferentes e de ambos os tipos (tipo 1 e tipo2) (Herschbach et al., 1997 in Silva, 2006).

Segundo Almeida (2000) o *stress*, na diabetes, resulta de diversas experiências de ajustamento precipitado pela doença, das exigências que esta

doença acarreta e, que, na maioria das vezes, são vistas pelo doente como ultrapassando os seus próprios recursos, e inclui, ainda, a adaptação de vários aspectos da vida, por um período de tempo extenso e indeterminado, convertendo-se tudo isso em aumentos crónicos dos níveis de *stress*. Numa revisão da literatura realizada por esta mesma autora, encontramos: Cox e Gonder-Frederick (1991) apresentaram um modelo explicativo das várias formas de associação entre *stress* e diabetes. As hipóteses explicativas da relação *stress*-doença distribuem-se por quatro quadrantes: I - a resposta de *stress* pode resultar em efeitos hormonais e neurológicos, que por sua vez, podem afectar o nível da glicose e do controlo metabólico; II – o *stress* pode influenciar indirectamente o controlo metabólico através da disrupção dos comportamentos de rotina, de auto-controlo. O *stress* pode quebrar estes comportamentos de duas formas: promovendo comportamentos inapropriados ou interferindo com os comportamentos de rotina; III – mudanças nos níveis de glicose no sangue podem produzir *stress*; flutuações externas nos níveis de açúcar representam condições endógenas *stressantes* que podem romper com a homeostase; IV – alterações da glicose podem afectar indirectamente o nível de *stress*, podendo levar a alterações de humor, a défices cognitivos, a complicações e a rotinas de tratamento que, por sua vez, podem produzir *stress*. Num estudo sobre o efeito do *stress* na diabetes, Hinkle et al. (1952) estudaram os efeitos do *stress* psicológico no metabolismo da glicose em doentes diabéticos, demonstrando que, alterações na glicose sanguínea, pareciam variar consoante o tipo de emoções experimentadas: emoções como a ansiedade e a tensão estavam associadas a uma diminuição da glicose, e sentimentos de raiva e de ressentimento estavam ligadas a um aumento da glicose sanguínea (Almeida, 2000).

Para o estudo da relação do *stress* a priori do diagnóstico de diabetes, Bradley, em 1979, procurou estudar a possibilidade de existência de uma relação entre a experiência de acontecimentos de vida *stressantes* e a medição do controlo da diabetes, tida como pobre e pouco eficaz. O estudo de 114 diabéticos confirmou esta hipótese: a ocorrência de acontecimentos *stressantes* está associada às dificuldades em manter um bom controlo da diabetes (Pittis & Phillips, 1991 p.217). Também Clayer, Bookless-Pratz e Harris (1985), constataram que 77% dos indivíduos que estudaram, referiram um ou mais acontecimentos de vida graves nos três anos anteriores

ao diagnóstico. Os investigadores concluíram que os acontecimentos de vida *stressantes* podem constituir um dos factores desencadeadores, envolvidos na etiologia da diabetes (Silva, 2006).

Delamater (1992), numa revisão de estudos, ordena os estudos em adolescentes diabéticos de acordo com a sua natureza:

- Estudos laboratoriais (os *stressores* são induzidos experimentalmente): Delamater et al., (1988) estudaram os efeitos fisiológicos do *stress* psicológico agudo, utilizando medidas cardiovasculares, hormonais e metabólicas, antes e depois dos *stressores*. Verificaram aumentos significativos nos valores de *stress* e nas respostas cardiovasculares, mas não se encontraram nem mudanças hormonais, nem metabólicas (Almeida, 2000).

- Estudos com questionários (metodologia): num estudo com 141 adolescentes, Brand, Johnson e Johnson (1986) constataram que o *stress* negativo decorrente do último ano estava associado a um pior controlo metabólico (Almeida, 2000).

- Estudos naturalistas (auto-monitorizações do *stress* e glicose): Hanson e Pichert (1986) verificaram uma associação significativa entre o *stress* diário negativo e a média de glicose no sangue, num período de três dias (Almeida, 2000).

Fukunishi et al (1998) defendem a hipótese de o nível de *stress* e o modo como o indivíduo o enfrenta, serem um dos responsáveis pelo desenvolvimento da Diabetes Mellitus (Silva, 2006). Em 2004, Silva, Ribeiro e Cardoso realizaram um estudo para tentar compreender as diferenças nos níveis de *stress* em doentes diabéticos, com e sem complicações crónicas da doença. Os doentes com complicações crónicas da diabetes não demonstraram maior número de acontecimentos negativos indutores de *stress* do que os outros doentes; contudo, apresentam mais fenómenos depressivos na sua vida ao longo do último ano (Silva, Ribeiro e Cardoso, 2004).

Relativamente a estudos que remetem para a diabetes tipo 1, em 1997, Hauser et al. sugeriram que o aparecimento da diabetes tipo 1 pode ser potenciada por *stress* psicológico, num indivíduo fisiologicamente predisposto (Almeida, 2000). Num estudo de Robinson et al. verificou-se que indivíduos insulino-dependentes (diabetes tipo1) experienciaram um

maior número de acontecimentos *stressores*, antes de terem conhecimento do seu diagnóstico (Robinson e Fuller, 1985 in Goreczny, 1995). Outros autores como DeLongis, Coyne, Dakof, Folkman e Lazarus, (1982) ainda argumentaram que o *stress* diário é mais preditivo do estado de saúde do que acontecimentos major de vida (Goetsch e Wiebe in Goreczny, 1995).

Em diversos estudos, têm sido encontradas diferenças em relação nível de *stress* de acordo com os tratamentos que são administrados aos sujeitos diabéticos. Segundo Silva (2006), alguns estudos sugerem que indivíduos com diabetes tipo 2 revelam, de forma geral, níveis de *stress* significativamente mais elevados, do que indivíduos com diabetes tipo 1. Num estudo de Herschbach et al (1997) observou-se que indivíduos com diabetes tipo 2 possuem maior *stress* em relação à dieta e às queixas físicas, derivando isso, segundo os autores, da idade (na sua maioria são indivíduos idosos). Silva e Ribeiro (2002) acrescentam, ao conjunto de diferenças encontradas entre os estudos sobre diabetes tipo 1 e tipo 2, que os doentes com diabetes tipo 1 apresentam mais acontecimentos de vida positivos e *stress* total ao longo do último ano, referindo menos sintomas depressivos, enquanto os doentes com diabetes tipo 2 apresentam acontecimentos de vida negativos, revelando mais sintomas de depressão e de ansiedade (Silva, 2006).

Quanto ao *stress* familiar, existe pouca literatura quanto à relação entre este e a diabetes mellitus. Hill (1958) define “como indutora de *stress* familiar toda aquela situação que seja nova, para a qual a família não está preparada e constitui, por isso, um problema” (Hill cit in Vaz Serra, 1999, p.542).

Sendo a base de todo o nosso estudo a família, torna-se indispensável referir o Modelo Duplo ABCX de McCubbin e Patterson (1983), para a dinâmica do *stress* familiar. Este modelo procura descrever os acontecimentos indutores de *stress* e mudanças adicionais que podem afectar a capacidade da família se adaptar, explorando os factores psicológicos e sociais que a família mobiliza na situação de crise e, ainda, os processos através dos quais as famílias se envolvem para alcançarem soluções satisfatórias (McCubbin e Patterson, 1983).

Num estudo de Ferrari et al, (1983) encontrou-se que as interações entre os membros de uma família com um filho diabético e as interações

entre os membros de uma família com filhos sem qualquer tipo de doença, são semelhantes (Pittis e Phillips, 1991). Também Hauser e colegas (1983) compararam famílias com uma criança diabética, com famílias com crianças que tenham sido sujeitas a uma intervenção cirúrgica, apendicite, uma fractura entre outros, desde que alterassem a rotina diária. Foram administrados questionários constituídos por dilemas familiares típicos desde que fugissem à temática da doença crónica, sendo tarefa da família chegar a um consenso quanto a esses dilemas. Concluíram que as mães de crianças diabéticas, em relação às outras mães, mostram-se mais disponíveis a dar explicações, procuraram sempre chegar a um consenso geral, enquanto os pais de filhos diabéticos se mostravam mais críticos perante os dilemas colocados (Pittis e Phillips, 1991).

Kovacs e Feinberg (1982) investigaram o desequilíbrio emocional provocado pela descoberta da diabetes em crianças, adolescentes e pais, concluindo que a natureza do *stress* e o modo como cada elemento lida com o mesmo, varia conforme a idade e maturidade dos elementos. Ainda segundo estes autores, a diabetes implicará uma mudança no estilo de vida familiar anterior à doença (Silva, 2006).

Outro factor fundamental nesta temática é o *coping*, indissociável, aliás, do conceito de *stress* e, como este, revela-se difícil a sua conceptualização e operacionalização, devido à multiplicidade de modelos conceptuais que existem para descrever a natureza do conceito e o seu respectivo impacto. O *coping*, segundo Almeida, define-se como “um conjunto de estratégias cognitivas e comportamentais desenvolvidas pelo sujeito para lidar com as exigências internas e externas que são avaliadas como excessivas ou as reacções emocionais a essas exigências”, e como tal, é indiscutível a sua interligação com o *stress* (Almeida, 2000, p.61). Posto isto, o *coping* é o modo como o indivíduo encara as exigências (internas ou externas) com que se depara, sendo interiorizadas pelo mesmo como um esforço ou como algo que excede os seus recursos. Segundo Justice (1988) *coping* correlaciona-se com a cognição, a emoção, a fisiologia e o comportamento; tem uma complexidade multidimensional e trata-se de um processo orientado e dinâmico mais do que estrutural ou estático (Almeida, 2000).

Nos estudos mais recentes, o *coping* tem sido conceptualizado como uma resposta a acontecimentos negativos ou *stressantes* e que é, usualmente, consciente, assumindo-se que alguns indivíduos podem ter estilos ou padrões de *coping* particulares para responder a diversas situações *stressantes* (Endler e Parker, 1990; Kessler et al, 1985; Lazarus, 1993; Somerfield e McCrae, 2000, in Silva, 2006). Na literatura actual encontramos duas distinções dentro do conceito de *coping*: *coping* focado nas emoções e o *coping* focado no problema. A primeira distinção devemos entendê-la como os esforços realizados com o objectivo de equilibrar ou mesmo minimizar o *stress* proveniente da situação. Por seu lado, o *coping* focado no problema, são esforços deliberados e conscientes para lidar com a origem do *stress* (situação problemática) (Silva, 2006).

As relações entre estilos de *coping*, saúde e doença têm sido extensivamente estudadas, e as inúmeras pesquisas revelam que para pessoas que enfrentam um problema de saúde existem estratégias para a adaptação psicológica à doença em si e ao próprio decorrer da mesma. A adaptação à diabetes mellitus passa por adquirir estratégias de *coping* úteis para lidar com as pesadas exigências que os autocuidados com esta doença requerem, incluindo as sequelas crónicas que daí advêm (Silva, 2006).

Olson e cols. (1985, p. 144) consideram a existência de três estratégias de *coping* internas, ou seja, utilizadas dentro da família: o reenquadramento, a confiança na resolução do problema e a avaliação passiva. As estratégias de *coping* externas seriam: a procura de apoio espiritual, o recurso à família afastada, a amigos, a vizinhos e à comunidade. Os mesmos autores referem que as estratégias de *coping* que as famílias utilizam envolvem várias tarefas, ou seja, as famílias têm de, por exemplo, “manter condições internas satisfatórias de comunicação” e “promover a independência e a auto-estima dos seus membros”, para além de lidar com as exigências feitas pelo acontecimento “stressor”. Neste sentido, Rolland (1994) considera existirem vários aspectos com os quais as famílias sujeitas à doença crónica têm de lidar, nomeadamente os aspectos mais instrumentais, como as tarefas da lida da casa, e outras mais emocionais, como partilhar a dor.

Numa revisão da literatura realizada por Silva (2006) encontram-se resultados contraditórios, com alguns estudos apontando para uma relação significativa entre as estratégias de *coping* adoptadas e o funcionamento

psicossocial, em conjunto com os resultados de saúde em doentes com diabetes; outros, não revelam qualquer relação significativa. Frenzel, McCaul, Glasgow e Schafer (1988), realizaram um estudo no qual constataram não existir uma relação entre os estilos de *coping* e os comportamentos de adesão ao tratamento (injecção de insulina, teste de glicemia, ingestão de alimentos). Já Hartemenn, Sultan, Sachon, Bosquet e Grimaldi (2001) estudaram doentes com bom controlo glicémico, concluindo que estes adoptam estratégias para lidar com a diabetes, enfatizando a resolução de problemas. Também Rose, Fliege, Hildebrandt, Schirop e Klapp (2002) verificaram que os indivíduos com maior percepção de auto-eficácia apresentam mais comportamentos activos de *coping*, melhor qualidade de vida e melhor controlo glicémico.

Quanto a diferenças de género, Enzlin, et al., (2002) concluíram que os homens com diabetes tipo 1 utilizam mais estratégias de *coping* activo, menos evitamento, procuram menos apoio social e usam menos estratégia de *coping* depressivo do que as mulheres com este tipo de diabetes; Contudo, isto não significa que o controlo glicémico fosse significativamente melhor nos homens do que nas mulheres (Silva, 2006).

O apoio social tem sido considerado um importante mecanismo de *coping* na diabetes defendendo diversos autores que a percepção de que se tem um fraco apoio social prediz um agravamento do controlo glicémico e uma pior adesão aos cuidados da diabetes, sugerindo que existem diferenças entre o apoio social percebido e o apoio social disponível, influenciando estes, o comportamento e/ou os resultados relacionados com o tratamento da diabetes, hipotetizando que o apoio emocional e a tranquilização disponíveis em contexto de relação interpessoal (como é a família) podem melhorar os sentimentos negativos associados ao stress relacionado com a saúde, proteger a auto-estima e aumentar a percepção de controlo da situação (Silva, Ribeiro, Cardoso, Ramos, Carvalhosa, Dias & Gonçalves, 2004).

Hauser et al. (1993) analisaram as estratégias de *coping* utilizadas pelas famílias de adolescentes diabéticos para lidar com a doença. Verificaram que a doença era vista como um problema de toda a família, não única e exclusivamente do adolescente, e todos compartilhavam a mesma visão relativamente às causas e consequências da doença. Estava também presente nestas famílias uma grande sentimento de mestria, onde a família

sentia que podia lidar eficazmente com as novas dificuldades (Almeida, 2000).

As estratégias adoptadas para lidar com a diabetes têm revelado ser fulcrais para a adaptação e gestão desta doença e, ainda, programas focados no treino de competências de *coping* revelaram conduzir a uma melhor qualidade de vida, aspecto também relevante quando nos debruçamos sobre qualquer doença crónica.

Com efeito, este é um tema cada vez mais presente na Psicologia da Saúde/Doença, assistindo-se a uma preocupação crescente com a avaliação da qualidade de vida relacionada com a saúde. Qualidade de vida é um conceito multidimensional, determinado por vários domínios que se inter-relacionam, multifactorial, varia com o tempo e é uma medida de percepção pessoal, logo subjectiva (Silva, Ribeiro, Cardoso e Ramos, 2003).

Tendo em conta que se trata de um estudo ao nível familiar, torna-se indispensável mencionar a definição de qualidade de vida familiar, que, segundo Park e cols (2003) passa pelo sentimento que os membros de uma família experienciam quando “encontram um ponto comum nas suas necessidades, apreciam a sua vida em conjunto como uma família, têm oportunidades de perseguir e atingir objectivos que são significativos para todos” (Park e cols., 2002, p.153).

A investigação tem sugerido que a percepção de ter uma boa saúde não é incompatível com ter uma doença crónica.

Numa revisão de estudos proposta por Silva, Ribeiro, Cardoso e Ramos (2003) no estudo da diabetes, Testa, Simonson e Turner (1998) atestam que parece ser a frequência do sintoma ou queixa, combinada com o grau de aborrecimento que este causa, que tem impacto na qualidade de vida e não a presença da doença em si. Para Bradley, Todd, Gorton, Symonds, Martin e Plowright, (1999) nem sempre o impacto da diabetes na qualidade de vida é negativo, podendo alguns doentes considerar que a diabetes aumentou o prazer que têm na comida e capacidade física e, como tal, vir a viver uma terceira idade mais saudável. Contudo, os estudos existentes realizados por Aalto, Uutela e Aro, (1997), Bott, Muhlhauser, Overmann e Berger (1998), Bradley, et al, (1999), Brown, Brown, Sharma, Brown, Gozum e Denton, (2000) sugerem que, na maioria das situações, a presença

de complicações crónicas está associada a uma diminuição significativa na qualidade de vida. Num estudo realizado pelos próprios autores, estes pretenderam analisar o impacto da presença de complicações crónicas específicas na qualidade de vida de indivíduos diabéticos. Os resultados sugerem que entre os indivíduos com diabetes, aqueles que sofrem de complicações crónicas demonstram ter uma qualidade de vida inferior à dos que não sofrem de sequelas. Todavia, quando controlada a gravidade das complicações, constata-se que não existe uma relação linear entre a gravidade da complicação e o impacto na qualidade de vida (in Silva, Ribeiro, Cardoso e Ramos, 2003).

. Já Hahl, Hamalainen, Sintonen, Simell, Ariren e Simell (2002, (in Silva, Ribeiro, Cardoso e Ramos, 2003) realizaram um estudo que pretendia avaliar a qualidade de vida de diabéticos tipo 1 e descrever a influência que os sintomas das complicações crónicas da doença têm nessa variável. Verificaram que a elevada permanência de sintomas das complicações crónicas, combinada com o seu significativo impacto negativo, parecem causar uma diminuição da qualidade de vida dos doentes.

Na linha de investigação da qualidade de vida na doença diabetes, surge uma componente que, apesar de ilustrada por poucos estudos aprofundados, revela desempenhar um forte papel: o apoio social que tem sido identificado como um importante factor na adaptação e bem-estar. A investigação, em geral, sugere que a qualidade de vida diminui à medida que o número de complicações crónicas que o doente possui aumenta e, que a gravidade das complicações crónicas é uma variável preditora mais forte do que o número dessas complicações (Glasgow, Ruggiero, Eakin, Dryfoos e Chobanian, 1997, Ryan, 1997, in Silva, Ribeiro, Cardoso e Ramos, 2003).

Aalto et al, (1997) observaram que o funcionamento físico, a percepção de adequação e os factores psicossociais relacionados com a diabetes constituem importantes factores modificadores da qualidade de vida. Constataram, ainda, que a percepção da adequação do apoio social está relacionada com uma melhor percepção de todas as dimensões da qualidade de vida, em particular da saúde mental, e que a percepção de se ter um bom apoio social específico para a diabetes está associada a um maior bem-estar na saúde percebida e na saúde mental (Silva, 2006). Num estudo realizado por Silva et al, (2003) concluiu-se que a satisfação com o apoio social

existente, nomeadamente a satisfação com as amizades, com a dimensão intimidade, com a família e com as actividades sociais, está sistematicamente associada a uma melhor qualidade de vida nos doentes com diabetes (Silva, 2006). Note-se que o apoio social integra a dimensão familiar que representa uma parte fundamental do modo como o doente lida com a sua própria doença, bem como todos os que o rodeiam. Trief et al, (1998) estudaram um grupo de 150 adultos diabéticos, constatando que, quando os elementos das suas famílias apoiam a terapêutica, o doente sente-se satisfeito, perante os diferentes aspectos da sua doença. Os comportamentos familiares positivos, comportamentos de apoio e de maior coesão familiar, produzem uma menor percepção da dor, menor *distress* emocional e menor impacto da doença (Silva, 2006).

Também têm sido estudados os efeitos da relação conjugal na adesão ao tratamento da diabetes e no controlo glicémico. Cox et al, (1991) constataram que os doentes diabéticos com cônjuges que os apoiam, casais funcionais, com recursos emocionais, financeiros e sociais revelam um melhor prognóstico para lidar, com sucesso, com a doença. Verificou-se ainda que o controlo da diabetes é melhor nos homens casados do que nos solteiros, mas não é diferente para mulheres casadas ou solteiras. Também Crain, Sussman e Weil (1966) pretenderam estudar as relações conjugais entre pais de adolescentes diabéticos e pais de adolescentes saudáveis, constatando uma dinâmica conjugal mais pobre nas famílias com adolescentes diabéticos. Já Swift, Seidman e Stein (1967) propuseram estudar o funcionamento das famílias com filhos diabéticos e famílias com filhos saudáveis, concluindo que nas famílias com filhos diabéticos encontram-se níveis de ansiedade mais elevados, maior hostilidade e disforia, do que nas famílias com filhos saudáveis (in Silva, 2006).

Nesta dimensão familiar coloca-se a questão fundamental do impacto psicológico da diabetes na família. Quando uma doença como a diabetes surge, de forma inesperada, é na família que se sente o maior impacto (Laginha, 2006). Os estudos realizados, neste contexto, têm-se concentrado nas implicações do diagnóstico, nas reacções emocionais e no aparecimento de perturbações psicológicas. Estas investigações têm sido conduzidas, essencialmente, em torno do impacto psicológico nas mães e nas relações familiares em geral (Almeida, 2000).

II - Objectivos

O presente estudo pretende ser um estudo sobre famílias, abordando o *stress* familiar, estratégias de *coping* e a respectiva qualidade de vida. No meu estudo, o qual pertence a um estudo mais vasto, pretendo abordar todos esses factores na dinâmica da doença crónica, nomeadamente na Diabetes Mellitus. Pretendemos analisar como é a adaptação familiar a esta doença crónica, que é a Diabetes, nesta amostra.

O aparecimento de uma situação não esperada na família, como acontece com a Diabetes, provoca sempre uma alteração no equilíbrio familiar. A Diabetes tem o poder de se transformar numa ameaça, perante a qual, a família terá de concretizar mudanças no seu funcionamento e respectiva adaptação familiar.

Como testemunham os estudos referidos anteriormente, a Diabetes vai incrementar os níveis de *stress*, forçando a que, tanto o doente, como os seus familiares, procurem estratégias que os ajudem a lidar com a Diabetes na família, pois acaba por se tornar uma dificuldade familiar e não restrita do elemento doente. Posto isto, é possível aceitar que a qualidade de vida da família se altere, tanto negativa, como positivamente.

O objectivo principal que aqui se coloca baseia-se na compreensão do modo como variam a vulnerabilidade familiar (*stress*), *coping* e qualidade de vida familiares, em função da existência, ou não, de Diabetes Mellitus no seio familiar e também permitir uma melhor direcionalidade da intervenção. Quanto às hipóteses, neste trabalho, iremos seguir a literatura, onde a maioria dos estudos realizados não discrimina se se trata de Diabetes tipo 1 ou Diabetes tipo 2 e, ainda porque, no nosso protocolo não foi realizada nenhuma questão que permitisse fazer tal distinção. As hipóteses irão debruçar-se, ainda, sobre sujeitos que tenham referenciado ter esta doença crónica em particular (e não por referência do médico), ou que esta doença esteja presente na sua família, isto é, sobre a doença reportada pela visão do sujeito, a sua percepção individual.

Deste modo, constituem-se três condições para estudo: **condição1** constituída pelos sujeitos que se auto-referenciam como sendo portadores de diabetes; **condição2** constituída pela percepção do sujeito respondente

relativamente a um familiar com esta doença específica (Diabetes na Família); **condição3** constituída pelos sujeitos, respondentes ou familiares, sem qualquer tipo de doença crónica, ou seja, o grupo de controlo (Família sem Doença).

Assim, comparamos estes três grupos nos seguintes aspectos: nível de satisfação com o estado de saúde, nível socioeconómico e com o casamento e vida familiar; *pile up* de eventos e/ou mudanças de vida potencialmente indutoras de *stress*, consoante o nível socioeconómico; e por último, analisar o estilo de coping utilizado, mais uma vez, segundo o género e o nível socioeconómico.

Quanto ao estudo da variável *stress*, avaliado através da escala FILE (Inventário Familiar de Acontecimentos e Mudanças de Vida) esperamos encontrar diferenças, ao nível do *stress* familiar nas três condições acima enunciadas e, contamos ainda encontrar variações nos resultados do FILE de acordo com os efeitos das variáveis: sexo e nível socioeconómico do sujeito.

Ainda que a pesquisa sobre a relação entre o *coping* e a diabetes se tenha revelado pouco consistente nos seus resultados, no presente trabalho contamos identificar diferenças nas estratégias de *coping* familiares existentes entre as três condições e ainda, testemunhar diferenças entre as estratégias de *coping* e o género (masculino ou feminino) dos sujeitos. Por último, e ainda que não tenha encontrado na minha pesquisa bibliográfica, torna-se pertinente acrescentar a este estudo mais uma variável de grande importância sociodemográfica: o nível socioeconómico, esperando que faça variar as estratégias de *coping* familiares.

Quanto à qualidade de vida familiar percebida pelos respondentes procura-se determinar as diferenças existentes entre as três condições consideradas, quer globalmente, quer nas dimensões medidas pela escala (*casamento e vida familiar, amigos, saúde, casa, educação, tempo, religião, emprego, mass media, bem-estar financeiro e, vizinhança e comunidade*). Espera-se que as condições 1 e 2 apresentem valores inferiores de qualidade de vida relativamente à condição 3, pretendendo-se ainda observar como interfere, nesta variável, o sexo do sujeito e o seu nível socioeconómico.

III - Metodologia

Amostra

A amostra geral deste estudo é constituída por 275 sujeitos, com idades compreendidas entre os 14 e os 84 anos de idade ($M= 50,54$ anos; $DP= 16,796$ anos e $Mo=55$), sendo 66,5% ($N=183$) do sexo feminino e 33,5% ($N=92$) do sexo masculino⁵, inscritos nos Centros de Saúde da Fernão Magalhães e de S.Martinho, extensão Taveiro, que tenham utilizado os serviços de Psicologia do Hospital Pediátrico de Coimbra e, também os serviços disponibilizados pelo Núcleo de Seguimento Infantil e Acção Familiar (NUSIAF) e pelo Centro Integrado de Apoio Familiar de Coimbra (CEIFAC). Quanto ao seu nível socioeconómico⁶ destas famílias, 54,7% ($N=150$) pertencem ao nível baixo, 41,2% ($N=113$) pertencem ao nível médio e, 4% ($N=11$) pertencem ao nível socioeconómico elevado. Por último, quanto à etapa de ciclo vital da família⁷, apenas 4,4% ($N=12$) são casais sem filhos; 6,3% ($N=17$) são famílias com filhos pequenos ou em idade pré-escolar; 8,8% ($N=24$) são famílias com filhos em idade escolar; 12,9% ($N=35$) são famílias com filhos adolescentes; 32,4% ($N=88$) são famílias lançadoras; 10,7% ($N=29$) são famílias na etapa ninho vazio e 22,1% ($N=60$) são famílias na reforma (consultar tabela em anexo). Cada uma das três escalas deste estudo, partindo da amostra geral, recorreu a uma sub-amostra com algumas diferenças entre as condições, sendo estas:

⁵ Os sujeitos adolescentes integram apenas a amostra da escala F - COPES

⁶ Classificação de acordo com a Tese de Doutoramento do Prof. Drº Mário Simões (1994)

⁷ Tipologia de David H. Olson (1983)

Relação entre Diabetes, qualidade de vida, *stress* e *coping* familiares: um estudo com uma amostra recolhida em Serviços de Saúde de Coimbra
Filipa Feliz da Fonseca (e-mail:feliz_filipa@ Hotmail.com) 2007

Tabela 1 – Sub-amostras das escalas⁸

ESCALAS	CONDIÇÕES	%
Q.o.L	Condição1 - Sujeitos Diabéticos – 24	16%
	Condição 2 - Diabetes na Família – 39	26%
	Condição 3 - Família sem Doença – 87	58%
F.I.L.E	Condição1 - Sujeitos Diabéticos – 24	16,3%
	Condição 2 - Diabetes na Família – 37	25,2%
	Condição 3 - Família sem Doença – 86	58,5%
F-COPES	Condição1 - Sujeitos Diabéticos – 24	15,6%
	Condição 2 - Diabetes na Família – 40	26%
	Condição 3 - Família sem Doença – 90	58,4%

Instrumentos

Cada protocolo é constituído por uma ficha de dados demográficos, uma ficha de dados complementares e pelas escalas Qualidade de Vida (*Quality of Life*, Q.L; Olson & Barnes, 1982), Inventário Familiar de Acontecimentos e Mudanças de Vida (*Family Inventories of Life Events, Form C, FILE-C*; McCubbin, Patterson & Wilson, 1981) e pela Escala de Avaliação Pessoal Orientada para a Crise em Família (*Family Crisis Oriented Personal Evaluation Scales*, F-COPES; McCubbin, Olson & Larsen, 1981).

⁸ A amostra das escalas é a mesma, contudo o número total de sujeitos (N) tem algumas variações, o que é explicado pelos casos *missings*, por nem todos os sujeitos terem preenchido todos os questionários, e acontece que a escala F-COPES engloba adolescentes na sua amostra ao contrário das outras escalas (para mais detalhes consultar tabela em anexo).

Relação entre Diabetes, qualidade de vida, *stress* e *coping* familiares: um estudo com uma amostra recolhida em Serviços de Saúde de Coimbra
Filipa Feliz da Fonseca (e-mail: feliz_filipa@ Hotmail.com) 2007

- Ficha de Dados Demográficos

Esta ficha tem por objectivo reunir características da família: dados pessoais (nacionalidade e local de residência), composição do agregado familiar (reunindo dados pessoais de cada elemento), existência ou não de filhos fora do agregado familiar, religião, etapa do ciclo vital em que a família se encontra e o respectivo nível socio-económico.

- Ficha de Dados Complementares

Esta ficha reúne informações acerca da existência, ou não, de doenças físicas ou mentais no seio familiar e, existindo, discriminam o membro que a possui. Numa escala tipo *Lickert*, de 1 a 5, o sujeito caracteriza o impacto da doença na família e a sua percepção do índice de gravidade da mesma. Ainda em presença de doença, esta ficha permite discriminar, por ordem decrescente, quais os apoios de que a família dispõe (*Família Chegada, Família Alargada, Comunidade e de Instituições*). Também numa escala tipo *Lickert*, é pedido ao sujeito para avaliar globalmente o *stress*, o *coping* e a qualidade de vida familiares.

Através de questões mais específicas recolhe informações quanto ao número de vezes que o sujeito recorre ao Centro de Saúde e quais os cinco motivos principais. No caso particular das instituições NUSIAF (Núcleo de Seguimento Infantil e Acção Familiar) e CEIFAC (Centro Integrado de Apoio Familiar de Coimbra), a ficha procura saber como o sujeito teve conhecimento da instituição e qual o motivo/problema que o levou a recorrer àquela instituição. Quanto ao Hospital Pediátrico de Coimbra é também questionado o motivo de ida e quem foi o responsável pelo encaminhamento.

- Qualidade de Vida (QL)

A escala Qualidade de Vida (QL; Olson & Barnes, 1982) mede o sentimento (percepção) individual de bem-estar ou satisfação com a vida

familiar. É um inventário de auto-resposta, existindo uma versão para adultos (40 itens), com idades superiores a 18 anos, e uma versão para os adolescentes (25 itens) com idades compreendidas entre os 14 e os 18 anos. Trata-se de uma escala de auto-preenchimento de acordo com uma escala de resposta tipo Lickert de cinco pontos (de 1 – insatisfeito a 5 – muito satisfeito).

Esta escala organiza-se em torno de 11 subescalas, variando no número de itens que o compõem: *casamento e vida familiar, amigos, saúde, casa, educação, tempo, religião, emprego, mass media, bem-estar financeiro e, vizinhança e comunidade*, considerando estas dimensões, como indicadores de satisfação de qualidade de vida. Não existindo tradução/versão portuguesa desta escala, procedemos à validação transcultural desta escala e fizemo-la, seguindo os critérios da OMS (Canavarro, M.C.; Serra, A.V.; Pereira, M.; Simões, M.R.; Quintais, L.; Quartilho, M.J.; Rijo, D.; Carona, C.; Gameiro, S.; Paredes, T., 2006): traduzimos os factores e itens para português e aplicámo-los a uma pequena amostra de sujeitos escolhidos aleatoriamente. De acordo com as opiniões e sugestões dos sujeitos dessa amostra, rectificámos essa versão portuguesa inicial, voltando a aplicá-la a uma nova amostra aleatória. Posteriormente, procedemos a uma retroversão, do português para o inglês, trabalho esse feito por um tradutor independente, de modo a comparar as duas versões em inglês. Posto tudo isto, os resultados foram bastante satisfatórios.

Esta escala foi utilizada num estudo realizado pelos seus autores, em conjunto com H. McCubbin, A. Larsen, M. Muxen e M. Wilson, sendo parte integrante de uma obra intitulada “*Families: What makes them work*” de 1983. Mais tarde, em 1985, a mesma equipa testou o instrumento, entre outros, para integrar a obra “*Family Inventories. Inventories used in a National Survey of Families across the family life cycle*”. De acordo com a análise psicométrica encontrou-se um Alfa de Cronbach de 0,92 para a amostra de adultos e 0,86 para a amostra de adolescentes, revelando uma boa consistência interna; a rotação Varimax revelou a constituição de 12 factores; a fiabilidade foi testada através do método teste-reteste encontrando-se valores de correlação de Pearson entre o primeiro e o segundo tempo, para o total e para cada sub-escala, sendo o valor máximo obtido de 0,7212 (subescala Vida Familiar) e um valor mínimo de 0,4042

(subescala Lazer).

No presente estudo em particular, a escala em questão, versão adultos, foi validada numa amostra de 260 sujeitos, onde 34,2% ($N=89$) são do sexo masculino e 65,8% ($N=178$) do sexo feminino (**nota** – a diferença entre a soma dos sujeitos por sexo e N total de sujeitos deve-se ao número de *missings* - 7), cujas idades se encontram compreendidas entre os 21 e os 84 anos ($M= 52,31$, $DP=15,223$). Nesta amostra, 46,9% ($N=122$) dos sujeitos têm o 4º ano de escolaridade ou menos, 37,7% ($N=98$) possuem habilitações literárias entre o 6º ano e o 12º ano e, somente 14,6% ($N=38$) possuem habilitações académicas entre o ensino médio e o superior. Quanto ao nível socioeconómico, 54,2% ($N=141$) desta amostra pertence ao nível baixo, 41,5% ($N=108$) ao nível médio e, por último, 3,8% ($N=10$) pertencem ao nível elevado.

Por fim, quanto à etapa do ciclo vital em que a família se encontra, 4,6% ($N=12$) são casais sem filhos, 6,5% ($N=17$) são casais com filhos pequenos ou em idade pré-escolar, 9,2% ($N=24$) são casais com filhos em idade escolar, 9,2% ($N=24$) são casais com filhos adolescentes, 33,1% ($N=86$) são famílias lançadoras, 11,2% ($N=29$) são famílias na etapa ninho vazio e, 22,7% ($N=59$) são famílias na reforma.

Tal como os autores, procedemos a uma análise factorial, através da rotação *Varimax*. Uma vez que a curva de inflexão no *scree plot* aponta para a possibilidade de utilizar 5 factores ou 11 factores, existe muita subjectividade na sua análise, pelo que optámos por utilizar os 11 factores na análise, contudo, após a análise dos resultados, constatámos que no factor 11 apenas saturava um item (25 - A quantidade de tempo que os membros da sua família vêem televisão: 0,462). Tendo observado que o item referido obtinha saturação semelhante no factor 5 (0,397), escolhemos trabalhar apenas com os 10 factores que resultaram do nosso estudo empírico desta escala, tendo deixado cair o factor 11, agrupando as sub-escalas e agregando factores (consultar tabela em anexo) em: *bem-estar financeiro* (0,820), *lar e educação* (0,786), *vizinhança e comunidade* (0,761), *tempo* (0,851), *mass media* (0,721), *casamento e vida familiar* (0,727), *emprego* (0,695), *saúde* (0,649), *religião* (0,685) e *amigos* (0,607) e, para a escala total obtivemos um alpha de Cronbach de 0,889. Estes resultados para a consistência interna permitem-nos verificar que todas as subescalas são admissíveis, variando

entre valores fracos, razoáveis e bons.

A seguinte tabela revela, como para o nosso estudo, os itens foram agrupados nas sub-escalas (a estrutura factorial dos autores encontra-se em anexo):

Tabela 1- Estrutura factorial do presente estudo

Q.L. : SUB-ESCALAS	ITENS AGRUPADOS	ALPHA DE CRONBACH
Bem-estar financeiro	29, 30, 31, 32, 33, 34	0,820
Lar e Educação	9, 10, 11, 12, 13, 14,15	0,786
Vizinhança e Comunidade	35, 36, 37, 38, 39, 40	0,761
Tempo	16, 17, 18, 19	0,851
Mass Media	25, 26, 27, 28	0,721
Casamento e Vida Familiar	1, 2, 3, 4,	0,727
Emprego	20, 23, 24	0,695
Saúde	7, 8	0,649
Religião	21, 22	0,685
Amigos	5, 6	0,607

- Inventário Familiar de Acontecimentos e Mudanças de Vida (FILE)

A primeira versão de FILE (Form A) foi elaborada por McCubbin, Patterson e Wilson (1980) sendo constituída por 171 itens distribuídos por oito categorias: desenvolvimento familiar, trabalho, gestão, saúde, finanças, actividades sociais, lei e relações com a família alargada. A selecção inicial de itens foi feita tendo por base outros inventários de mudanças de vida (PERI de Dohrenwend, Krasnoff, Askerasy & Dohrenwend, 1978; Coddington, 1972; SRRS de Holmes & Rahe, 1967). Para além destas, foram incluídas as mudanças situacionais e desenvolvimentais experimentadas pelas famílias nas várias etapas do ciclo de vida familiar.

A versão actual é o Inventário Familiar de Acontecimentos e Mudanças de Vida (Form C) (FILE; McCubbin, Patterson & Wilson, 1981), constituído por 71 itens que avaliam variáveis relacionadas com o *stress* e as tensões dentro da família, relativas a eventos normativos e não normativos, a

Relação entre Diabetes, qualidade de vida, *stress* e *coping* familiares: um estudo com uma amostra recolhida em Serviços de Saúde de Coimbra
Filipa Feliz da Fonseca (e-mail: feliz_filipa@ Hotmail.com) 2007

mudanças cumulativas, experimentadas pela família enquanto unidade ao longo do ciclo vital da família. Tais eventos e mudanças estão circunscritos a um período correspondente ao ano anterior à aplicação da escala e também a um período anterior (a este último período de tempo correspondem 34 itens dos 71 que constituem o instrumento). O FILE fornece-nos assim um índice de vulnerabilidade da família.

A escala de resposta é dicotómica, cada resposta *sim* é cotada com um ponto e cada resposta *não* é cotada com zero pontos. Logo, quanto mais elevado for o resultado, mais elevados serão os níveis de *stress* na família.

Os itens deste instrumento encontram-se organizados em nove sub-escalas: *tensões intrafamiliares*, *tensões conjugais*, *tensões relativas à gravidez e maternidade*, *tensões relativas a questões financeiras*, *tensões-mudanças familiares devido ao trabalho*, *tensões relacionadas com problemas ou cuidados de saúde*, *perdas*, *movimento de “entradas e saídas” na família e, por último, problemas legais*.

A tradução/versão portuguesa foi construída por Vaz Serra e colaboradores em 1990.

A presente escala integrou dois estudos anteriores: em 1983, integrando a obra “*Families: what makes them work*”, e em 1985, um estudo para a obra “*Family Inventories. Inventories used in a National Survey of Families across the family life cycle*”. Sendo a equipa constituída pelos seus autores e por H. McCubbin, A. Larsen, M. Muxen e M. Wilson. Da análise psicométrica, verificou-se um Alfa de Cronbach de 0,81 para o total das escalas, recomendando os autores que deve ser, preferivelmente, utilizado o resultado total da escala do que o resultado total por sub-escala. Para testar a fiabilidade aplicou-se o método de teste-reteste, com uma distância temporal de um mês, encontrando uma correlação de Pearson de 0,72, no primeiro tempo, e de 0,77 no segundo tempo (para o total e para cada sub-escala).

Para o nosso estudo, utilizámos uma amostra de 261 sujeitos, onde 34,1% ($N=89$) são do sexo masculino e 65,9% ($N=172$) são do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 21 e os 84 anos ($M=52,50$, $DP=15,301$ e $Mo=55$). Quanto ao seu nível socioeconómico, 54,4% ($N=142$) pertencem a nível baixo, 41,4% ($N=108$) pertencem a nível médio e apenas 3,8% ($N=10$) pertencem a nível socioeconómico elevado. Relativamente às habilitações literárias, 10% ($N=26$) possuem uma escolaridade inferior ao

4ºano escolar, 36,8% ($N=96$) possui o 4ºano de escolaridade e apenas 14,9% ($N=39$) têm habilitações académicas superiores ao 12ºano. No que diz respeito à etapa do ciclo vital em que as famílias se encontram: apenas 4,6% ($N=12$) são casais sem filhos; 6,5% ($N=17$) são famílias com filhos pequenos; 9,2% ($N=24$) são famílias com filhos em idade pré-escolar; 9,2% ($N=24$) são famílias com filhos adolescentes; 33,3% ($N=87$) são família lançadoras; 11,1% ($N=29$) são famílias ninho vazio e, por fim, 22,6% ($N=59$) são famílias na reforma.

Tal como os autores McCubbin, Patterson & Wilson (1982), numa versão mais recente do presente inventário, também nós optámos por eliminar deste, a dimensão “antes do ano passado”, visto que também no nosso estudo, os níveis de consistência interna com que nos deparamos nas sub-escalas deste inventário foram demasiado baixos ($\alpha < 0,7$) (consultar tabela em anexo).

Partindo dos procedimentos estatísticos utilizados na obra de Olson, McCubbin, Barnes, Larsen, Muxen & Wilson (1985) e adicionando mais alguns recentemente publicados num artigo da autoria de McCubbin, Thompson & McCubbin (2001), obtivemos um α de Cronbach de 0,78 para o total da escala (sendo o valor mais elevado de 0,65 para a dimensão tensões intra-familiares, e o valor mais baixo de 0,31 para a dimensão tensões relacionadas à gravidez e maternidade). Comparando os resultados obtidos pelo nosso estudo, com os resultados obtidos pelos autores acima descritos, podemos concluir que se encontram muito próximos. Como é recomendado pelos autores, procedemos apenas à análise da escala total para os nossos estudos, pois deparamo-nos com valores baixos de consistência interna para cada subescala.

Mais uma vez como Olson, McCubbin, Barnes, Larsen, Muxen & Wilson (1985) efectuámos uma análise factorial através da rotação oblíqua. Após algumas tentativas de extracção de 12, 11, 10 e 5 factores, através de rotação oblíqua, optámos por realizar uma rotação *Varimax*, com a qual, após novas tentativas de extracção de 12, 11 e 10 factores, obtivemos 5 factores (ver tabela em anexo).

Concluindo, visto que a maioria dos componentes apresenta baixa consistência interna empírica ($\alpha \leq 0,7$) e teórica, o que se traduz em grandes dificuldades de interpretação, a escala será apenas utilizada nos

nossos estudos na sua forma geral. Torna-se também relevante chamar a atenção para o facto de que, no nosso estudo, foram eliminados 3 itens (itens 10,11 e 55) visto que apresentavam mais de 10% de não resposta.

- Escala de Avaliação Pessoal Orientada para a Crise em Família (F-COPES)

Esta escala foi inicialmente construída para integrar os recursos utilizados pela família e a percepção de significado, postulados pela teoria do *stress* familiar, para as estratégias de *coping*.

A construção deste instrumento teve por base várias escalas, tais como, *The Family Coping Inventory* (FCI) e *Coping Health Inventory for Parents* (CHIP), reunindo, no total, 49 itens. Esta versão inicial foi aplicada a uma amostra de 119 famílias representativas de todas as etapas do ciclo vital da família e, de acordo com a análise dos dados, o número de itens foi reduzido para 30. A fiabilidade apresentada por este instrumento foi de 0,77 (alfa de Cronbach's).

A Escala de Avaliação Pessoal Orientada para a Crise em Famílias (F-COPES; McCubbin, Olson & Larsen, 1981) é uma escala de auto-resposta, constituída por 30 itens e cinco sub-escalas: *adquirir suporte social* (capacidade da família para se envolver activamente na utilização de recursos provenientes de familiares, amigos, vizinhos e família alargada), *procurar apoio espiritual* (capacidade da família para conseguir apoio espiritual), *mobilizar a família para adquirir e aceitar ajuda* (apoio formal – capacidade da família para procurar recursos na comunidade e aceitar ajuda dos outros) – Estratégias externas. *Reenquadramento* (capacidade da família para redefinir experiências *stressantes* de uma forma que as torna mais aceitáveis e controláveis) e, *avaliação passiva* (foca-se mais nas abordagens menos responsivas que a família pode aplicar quando confrontada com *stress*.) – Estratégias internas. Todas estas sub-escalas têm como objectivo avaliar e identificar as estratégias atitudinais e comportamentais (internas e externas) usadas pela família em resposta a um problema ou dificuldade, remetendo estas estratégias para recursos familiares, sociais e comunitários.

Trata-se de uma escala de resposta, tipo Lickert, de cinco pontos, onde o 1 representa o *discordo muito* e o 5 *concordo muito*. Aqui, o

resultado mais elevado corresponde a um elevado valor de estratégias de *coping*.

A tradução/versão para português foi realizada em 1990 por Vaz Serra e colaboradores.

Esta escala, tal como os instrumentos descritos anteriormente, integrou também ambos os estudos realizados em 1983 e em 1985, elaborados pela mesma equipa de autores. De acordo com a análise estatística, verificou-se um Alfa de Cronbach de 0,86, e com o método teste-reteste um $r=0,81$, para o resultado total da escala.

A presente escala foi validada para o nosso estudo numa amostra com 274 sujeitos, onde 33,6% ($N=92$) pertencem ao sexo masculino e 66,4% ($N=182$) ao sexo feminino, com idades compreendidas entre os 14 e os 84 anos ($M=50,48\%$, $DP=16,801$ e $Mo=50$). Quanto ao nível socioeconómico desta amostra, 55,1% ($N=151$) pertencem ao nível baixo, 40,9% ($N=112$) pertencem ao nível médio e, apenas 4% ($N=11$) pertencem ao nível elevado. Relativamente às suas habilitações literárias, 35% ($N=96$) têm o 4º ano de escolaridade e apenas 14,2% ($N=39$) possuem habilitações superiores ao 12º ano. Por último, apenas 4,4% ($N=12$) são casais sem filhos; 6,2% ($N=17$) são famílias com filhos pequenos ou em idade pré-escolar; 8,8% ($N=24$) são famílias com filhos em idade escolar; 12,8% ($N=35$) são famílias com filhos adolescentes; 32,1% ($N=88$) são famílias lançadoras; 10,2% ($N=28$) são famílias na etapa ninho vazio e 22,6% ($N=62$) são famílias na reforma.

Procedemos a uma análise factorial, utilizando a rotação *Varimax*, tal como os autores Olson, McCubbin, Barnes, Larsen, Muxen & Wilson (1985), obtendo 7 factores, onde dois factores revelam uma consistência interna inadmissível ($<.60$), cujos itens que neles saturavam não foram aproveitados (itens 3, 11, 13 para o factor 6 e, itens 15, 19 e 28 para o factor 7). Optou-se por eliminar estes itens, visto que não saturaram em mais nenhum outro factor e, no caso de serem mantidos, baixavam o alpha de Cronbach da sub-escala, tornando-se, aqui, pertinente justificar o desaparecimento de alguns itens atribuindo as causas às características da amostra (idade, género, escolaridade, nível socioeconómico e religião) e também a questões culturais.

A estrutura factorial dos autores não foi encontrada, optando-se por

seguir a estrutura dimensional encontrada, devido às particularidades da nossa amostra, o que não permite a comparação com os resultados dos autores. Para concluir, a nossa estrutura, segundo os nossos resultados, proporcionou a seguinte agregação de factores (ver tabela em anexo para conhecer a estrutura proposta pelos autores):

Tabela 2- Estrutura Factorial do presente estudo

F- COPES: SUB-ESCALAS	ITENS AGRUPADOS	ALPHA DE CRONBACH
Apoio Social	1, 2, 4, 5, 6, 16, 21, 25	0,799
Apoio Espiritual	14, 23, 27, 30	0,783
Apoio Formal	8, 10, 18, 29	0,702
Reenquadramento	7, 20, 22, 24	0,625
Avaliação Passiva	9, 12, 17, 26	0,612

Resultaram, ainda, os seguintes valores de consistência interna para as sub-escalas: apoio social (0,799), apoio espiritual (0,783), apoio formal (0,702), reenquadramento (0,625) e avaliação passiva (0,612), sendo encontrado para a escala total um alpha de 0,866. Por último, de acordo com os nossos resultados, os itens sofreram uma agregação com algumas diferenças da proposta dos autores (para mais detalhes consultar a tabela).

Procedimentos

O presente estudo inclui-se num Projecto de Investigação mais alargado sobre o stress e bem-estar familiares, inerente ao Mestrado em Psicologia Clínica Sistémica.

A amostra foi recolhida em dois Centros de Saúde de Coimbra: Centro de Saúde da Fernão Magalhães e Centro de Saúde de S.Martinho – Extensão Taveiro e ainda, no Hospital Pediátrico de Coimbra e nas instituições NUSIAF (Núcleo de Seguimento Infantil e Acção Familiar) e no CEIFAC (Centro Integrado de Apoio Familiar de Coimbra). Esta selecção da amostra circunscreve-se aos utentes que recorreram a estes serviços e instituições entre o dia 15 de Novembro e o dia 15 de Dezembro de 2006.

Ao nível dos Centros de Saúde, a selecção da amostra foi feita
 Relação entre Diabetes, qualidade de vida, *stress* e *coping* familiares: um estudo com uma amostra recolhida em Serviços de Saúde de Coimbra
 Filipa Feliz da Fonseca (e-mail: feliz_filipa@ Hotmail.com) 2007

através do médico de família, o qual informava os utentes sobre um projecto de investigação sobre o stress e bem-estar familiares, que procurava contribuir para uma intervenção mais ajustada por parte dos técnicos que lidam com as famílias. Quando o utente se disponibilizava para participar, era informado que seria importante a colaboração de dois elementos da família e, para além disso era-lhe entregue uma carta, na qual o estudo era descrito sucintamente, bem como, de que forma se processaria essa participação com a garantia do total anonimato. No NUSIAF e CEIFAC eram as terapeutas da instituição que questionavam as famílias se gostariam de participar. No Hospital Pediátrico de Coimbra, as estagiárias desse local, questionavam as famílias após a consulta de Psicologia.

A selecção da amostra decorreu entre 15 de Novembro até 15 de Dezembro, tendo a aplicação dos protocolos acontecido em duas fases distintas: a primeira fase decorreu do dia 15 de Dezembro de 2006 a 31 de Janeiro de 2007 e a segunda, desde o dia 15 de Fevereiro de 2007, até ao dia 10 de Março de 2007. Em ambas as fases, as aplicações de protocolos decorreram em salas disponíveis dos Centros de Saúde, em casa das pessoas que aceitaram participar, ou num local indicado pela própria pessoa, que lhe fosse mais conveniente.

O preenchimento do protocolo rondava os 40 minutos, dependendo dos próprios sujeitos e estava ordenado da seguinte forma: ficha de dados biográficos, ficha de dados complementares, Escala Qualidade de Vida, Escala FILE e, por último, a Escala F-COPES. Em todas as administrações cabe ao investigador preencher a ficha de dados demográficos e a ficha de dados complementares; posteriormente, são dadas as escalas, uma a uma, à medida que o sujeito vai terminando, solicitando-se que leia, com atenção, as instruções expressas nas folhas com as perguntas, explicando que apenas deve assinalar uma resposta, reforçando que não existem respostas certas ou erradas e, mais uma vez, garantindo o total anonimato do sujeito. Para a aplicação das escalas foi construído um guião e os investigadores receberam formação nesse sentido.

Por último, durante a aplicação dos questionários tivemos de ter especial atenção a alguns pormenores tais como: o facto do sujeito não saber ler nem escrever não implica a sua exclusão da amostra, propondo-se o investigador ler em voz alta as perguntas e as respostas possíveis,

assinalando a resposta que o sujeito indicar. Quando foi necessário aplicar o protocolo a dois elementos da mesma família, simultaneamente, tivemos o cuidado de o fazer em salas separadas, de modo a que não existisse confronto de ideias ou troca de informações.

IV - Resultados

Para este estudo exploratório *quasi*-experimental optei por realizar análises factoriais completamente inter-sujeitos⁹, pois examinam-se, não só os efeitos esperados dos factores (neste estudo em particular, dos factores: género¹⁰ e nível socioeconómico¹¹) nas variáveis dependentes (para este estudo, as escalas totais e respectivas sub-escalas), mas também nas interacções. Analisámos as variáveis grupo, género e nível socio-económico e as interacções grupo – género e grupo – nível sócio-económico. Devido ao reduzido número de sujeitos, assim como à distribuição não uniforme dos sujeitos pelos diferentes grupos, não analisamos a interacção grupo-género-nível socio-económico.

A ideia base assenta em que vamos estimar a variância entre as 3 condições (condição1: Sujeitos com Diabetes; condição2: Diabetes na Família; condição 3: Sujeito ou Família sem Doença), por dois métodos diferentes: um que não depende da veracidade de H0 (hipotése nula que considera que nem os factores, nem as interacções, têm qualquer efeito sobre a variável independente) e o outro sim (H1 em que existem diferenças significativas entre as condições), levando-nos a constatar duas possibilidades de resultados: ou todos tiveram a mesma média (H0 verdadeiro), ou diferem significativamente (H1 verdadeiro).

Todos os procedimentos estatísticos foram efectuados através do *Statistical Package for Social Sciences* (S.P.S.S) 15.0 para o Windows.

Escala – Qualidade de Vida – Q.L. (David H. Olson & Howard L. Barnes, 1982)

⁹ Na análise factorial exploratória o N deve ser igual ou superior a 50 quando as variáveis independentes são iguais ou inferiores a 5 (Pestana e Gageiro, 2005)

¹⁰ Na interacção grupo – género surgem 6 grupos (3*2)

¹¹ Na interacção grupo – nível socioeconómico surgiriam 9 grupos (3*3), no entanto não existem sujeitos de nível socioeconómico elevado na condição 2 (Diabetes na Família)

Como já foi dito anteriormente, partimos da amostra geral, mas a amostra desta escala cinge-se aos sujeitos que a preencheram, sendo que 16% (N=24) insere-se na condição 1 (Sujeitos com diabetes), 26% (N=39) constitui a condição 2 (Diabetes na Família) e, por último 58% (N=87) pertencem à condição 3 (Sujeito ou Família sem Doença).

Para a escala total, tida como variável dependente e o género, como variável independente, utilizei o teste de Levene para testar a homogeneidade entre as variâncias, verificando que não existem diferenças significativas, entre as variâncias das 3 condições ($p=0,416$, logo, $p>0,05$) e ainda, que o factor género não teve interferência nas três condições consideradas ($p>0,05$). Para o factor nível socioeconómico, também não existem diferenças na homogeneidade entre variâncias ($p=0,272$) e também, ainda para este factor, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre as 3 condições ($p>0,05$). Tudo isto nos leva a concluir que, para a escala total, as 3 condições não diferem entre si.

Remetendo para as sub-escalas, não foram encontradas diferenças na homogeneidade das variâncias, para ambos os factores, respectivamente, nas sub-escalas: *bem-estar financeiro, vizinhança e comunidade, tempo, mass media, emprego, saúde e religião*. Já para a sub-escala *amigos* obtivemos diferenças na homogeneidade das variâncias no factor género ($p=0,005$), não se encontrando, contudo, diferenças significativas inter-sujeitos ($p>0,05$). Quanto ao factor nível socioeconómico para esta escala, as variâncias revelaram-se, segundo o teste de Levene, homogéneas entre si ($p=0,065$), mantendo o padrão verificado até agora, não existindo diferenças estatisticamente significativas entre as três condições. Por último, tomámos em consideração, as sub-escalas *lar e educação* e *casamento e vida familiar*, visto que, somente nestas, foi possível detectar diferenças inter-sujeitos. Para a primeira sub-escala, a homogeneidade entre as variâncias não se verificou para o factor género ($p=0,000$) e também, não se verificaram diferenças significativas entre as condições para este factor específico ($p>0,05$). O mesmo já não se verifica para o efeito do factor nível socioeconómico, onde a homogeneidade das variâncias se verificou ($p=0,058$) e se observou um efeito do factor em questão [$F(2, 141) = 3,572, p<0,05$](consultar tabela 3).

Tabela 3 – Análise Univariada para a sub-escala *Lar e Educação* para o factor: nível socioeconómico

Sub.esc.Lar e Educação	F	SIG
Grupos	3,603	,030
Nível socioeconómico	2,919	,057
Interacção entre os 2 factores	1,351	,260

Contudo, seguindo o teste Post Hoc (Tukey HSD) para a determinação dos grupos onde existiram as diferenças, através do nível de significância (sig), este não foi sensível o suficiente, para indicar entre quais grupos se situariam as diferenças. Todavia podemos apontar a direcção dessa diferença, através do mesmo teste, verificando as diferenças entre as médias e daí concluir que a maior diferença entre médias se situa entre as condições 2 (Família com Diabetes) e 3 (Sujeito ou Família sem Doença), como podemos ver na tabela seguinte:

Tabela 4 – Teste Post Hoc Tukey: sub-escala *Lar e Educação* – diferenças entre as médias das 3 condições para o factor nível socioeconómico

Condição (A)	Condição (B)	MEAN DIFFERENCE (A-B)	SIG
Condição 3	Condição 1	-, 1187	, 674
	Condição 2	-, 2474	, 091
Condição 1	Condição 3	, 1187	, 674
	Condição 2	-, 1287	, 692
Condição 2	Condição 3	, 2474	, 091
	Condição 1	, 1287	, 692

Esta direcção da diferença levamos a inferir, com alguma cautela, que o factor nível socioeconómico teve alguma influência, ainda que diminuta, para os familiares diabéticos do sujeito (condição 2) e o grupo de controlo (condição 3).

Relação entre Diabetes, qualidade de vida, *stress* e *coping* familiares: um estudo com uma amostra recolhida em Serviços de Saúde de Coimbra
Filipa Feliz da Fonseca (e-mail: feliz_filipa@ Hotmail.com) 2007

Por fim, na sub-escala *casamento e vida familiar* a homogeneidade entre variâncias, para o factor género, foi garantida ($p=0,789$) e, mais uma vez, não se revelaram diferenças significativas entre as três condições que se encontram reunidas para este estudo.

Para o factor nível socioeconómico, a homogeneidade entre as condições é, novamente, garantida ($p=0,717$) e, encontram-se diferenças entre os grupos [$F(3, 141) = 4,292, p < 0,05$] (consultar tabela 5)

Tabela 5 – Análise Univariada para a sub-escala Casamento e Vida Familiar para os factores: género e nível socioeconómico

Sub.esc.Casam.e Vida Familiar	F	SIG
Grupos	,136	,873
Nível socioeconómico	1,818	,166
Interacção entre os 2 factores	4,292	,006

Contudo, mais uma vez, o teste Post Hoc (Tukey HSD) com base no nível de significância, não se revelou sensível às diferenças existentes, não conseguindo discriminar os grupos onde elas existem, o que nos faz mais uma vez procurar a direcção da diferença através das diferenças entre as médias dos 3 grupos. Assim sendo, as condições que revelaram maior diferença entre as suas médias foram a condição 2 (Diabetes na Família) e a condição 1 (Sujeitos com Diabetes), o que podemos constatar, lendo a tabela que se segue:

Tabela 6 - Teste Post Hoc (Tukey HSD): sub-escala *Casamento e Vida Familiar* – diferenças entre as médias das 3 condições para o factor nível socioeconómico

Condição (A)	Condição (B)	MEAN DIFFERENCE (A-B)	SIG
Condição 3	Condição 1	,0586	,945
	Condição 2	-,0039	1,000
Condição 1	Condição 3	-,0586	,945
	Condição 2	-,0625	,950

Condição 2	Condição 3	, 0039	1, 000
	Condição 1	, 0625	, 950

Assim, concluímos, inferindo que a interação entre o factor nível socioeconómico e os grupos, se reflectiu nos sujeitos que possuem diabetes (condição 1) e nos sujeitos com familiares diabéticos (condição 2).

Escala – Inventário Familiar de Acontecimentos e Mudanças de Vida – F.I.L.E (H.I. McCubbin, J.M. Patterson, L.R. Wilson, 1981)

Como temos vindo a constatar, cada escala reuniu uma amostra específica, partindo da amostra geral, mas concentrando-se apenas nos sujeitos que lhe responderam e, assim sendo, para as três condições, 16,3% (N=24) dos sujeitos inserem-se na condição 1 (Sujeitos com diabetes), 25,2% (N=37) pertence à condição 2 (Diabetes na Família), e por fim, 58,5% (N=86) constitui a condição 3 (Família sem Doença). Como já foi referido anteriormente, os resultados obtidos por esta escala cingem-se, somente, ao resultado da escala total, constatando-se para ambos os factores, género e nível socioeconómico, que não surgiram alterações na homogeneidade das suas variâncias (p.0,320; p.0,227) e, não se verificou efeito de nenhum factor nas três condições consideradas (p>0,05).

Podemos concluir, perante os resultados obtidos nesta escala, que o índice de vulnerabilidade familiar ao *stress* não varia, quer os sujeitos sejam diabéticos, quer sejam familiares diabéticos, quer não haja qualquer doença crónica na família.

Escala de Avaliação Pessoal Orientadas Para a Crise Em Famílias – F-COPES (H.C. McCubbin, D.H. Olson, A.S. Larsen, 1981)

Tal como tendo sido regra para as escalas já apresentadas, também esta escala se remete aos sujeitos que, da amostra geral, lhe responderam, fazendo com que 15,6% (N=24) sejam sujeitos com diabetes (condição 1), 26% (N=40) são sujeitos com familiares diabéticos – Diabetes na Família (condição 2), 58, 4% (N=90) são sujeitos e familiares dos sujeitos sem

Relação entre Diabetes, qualidade de vida, *stress* e *coping* familiares: um estudo com uma amostra recolhida em Serviços de Saúde de Coimbra
Filipa Feliz da Fonseca (e-mail: feliz_filipa@ Hotmail.com) 2007

qualquer doença crónica (condição 3).

Quanto a resultados, na escala total foram encontradas diferenças para a homogeneidade das variâncias para o factor género ($p=0,001$) e, para o factor nível socioeconómico ($p=0,000$), o que nos indica que devemos ter alguma cautela na análise dos resultados. Para a escala total, plano inter-sujeitos, constatou-se que os grupos não se diferenciam e que tanto o factor género, como o factor nível socioeconómico não provocaram nenhum efeito nas três condições ($p>0,05$). Quanto às sub-escalas: *apoio espiritual*, *reenquadramento* e *avaliação passiva* verificou-se que as variâncias eram homogéneas ao longo das três condições. Quanto aos efeitos dos factores considerados, estes foram nulos para as três condições construídas e nas sub-escalas acima referidas ($p>0,05$). Já nas sub-escalas *apoio formal* e *apoio social* existiram diferenças, quanto à homogeneidade entre variâncias ($p<0,05$), tanto no factor género, como no factor nível socioeconómico. Como temos vindo a observar, em ambas as sub-escalas, para os dois factores, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre as condições.

Portanto também aqui concluímos que os sujeitos dos 3 grupos não se diferenciam, nem em termos do valor total de *coping*, nem no valor obtido nas diferentes sub-escalas.

V – Discussão

Este estudo baseou-se na análise do *stress*, estratégias de *coping* e qualidade de vida das famílias, perante a diabetes, o que leva os seus resultados a distanciarem-se da literatura encontrada. Daí que a discussão dos resultados, passe pela análise da importância das características sociodemográficas e respectivas limitações, das diferenças culturais e considerações pessoais.

A primeira conclusão que podemos retirar, de acordo com os resultados obtidos, é que os doentes diabéticos ou sujeitos com familiares diabéticos, não parecem ter nem mais vulnerabilidade/*stress*, nem menor qualidade de vida ou utilização de recursos, o que nos leva a crer que se encontram bem adaptados.

Pensando nos objectivos propostos para este estudo, verificámos que nesta amostra não existiram diferenças nos níveis de *stress* entre os grupos,

como demonstram algumas investigações (Hinkle et al., 1952; Delamater, 1992; Ferrari et al., 1983; Hauser et al., 1983). Também no *coping* os grupos não se diferenciam, logo este estudo insere-se na linha de investigação em que não existe uma relação significativa entre as estratégias de *coping* adoptadas e a diabetes (Frenzel, McCaul, Glasgow & Schafer, 1988) – é necessário ter presente a pouca consistência revelada nas investigações já apresentadas na revisão bibliográfica deste estudo. Quanto à qualidade de vida, nesta amostra, esta não sofreu alterações devido à presença de diabetes no próprio sujeito ou nos seus familiares o que parece ir de encontro das investigações que atestam que, nem sempre o impacto da diabetes na qualidade de vida é negativo, podendo mesmo, alguns doentes, considerar que a diabetes aumentou o prazer que têm na comida e, aumentou a sua capacidade física, proporcionando uma vida mais saudável (Bradley, Todd, Gorton, Symonds, Martin & Plowright, 1999).

Os resultados obtidos podem dever-se às particularidades da amostra recolhida, pois possui características sociodemográficas particulares, tratando-se de uma população idosa, onde o número de sujeitos masculinos e femininos não é equivalente, o nível socioeconómico, na sua maioria, é baixo, com baixas habilitações literárias e, encontrando-se, na sua maioria, nas últimas etapas do ciclo de vida da família (onde os elementos têm mais de 65 anos), caracterizadas pela ausência de crianças ou adolescentes no seu agregado familiar, direccionando os casais para as suas próprias necessidades, onde segundo Alarcão isto significa a “(...) *reorganização espaço-temporal do novo-velho casal*” (Alarcão, 2000, p.190). Para estas características muito contribuíram os locais onde foi seleccionada e recolhida a amostra, na sua maioria Centros de Saúde, transformando esta amostra provavelmente representativa da população que se dirige aos centros de saúde, mas enviesando a extrapolação dos resultados obtidos para a população em geral.

Os resultados obtidos revelaram existir diferenças significativas na escala Qualidade de Vida, nas sub-escalas: *Casamento e Vida Familiar*, na interacção entre os grupos e o nível socioeconómico e na sub-escala *Lar e Educação*, onde surgiram diferenças entre os grupos, relativamente ao factor nível socioeconómico. No entanto, não foi possível precisar entre que condições existiam essas diferenças, mas mesmo assim, podemos apontar a

direcção dessa diferença, que, na sub-escala *Casamento e Vida Familiar* a maior diferença entre as médias demonstrou ser entre as condições 1 (Sujeito com Diabetes) e 2 (Diabetes na Família); na sub-escala *Lar e Educação*, a maior diferença entre médias encontrou-se entre as condições 2 (Diabetes na Família) e 3 (Família sem Doença). Se analisarmos os itens da sub-escala *Casamento e Vida Familiar* podemos deduzir que, a satisfação com a qualidade de vida dos sujeitos, diabético ou sujeito com um familiar diabético, varia conforme o seu nível socioeconómico. Já na sub-escala *Lar e Educação*, atentando aos itens, penso que a satisfação dos sujeitos dependerá daquilo que o nível socioeconómico a que pertencem pode oferecer, podendo ter algumas implicações na sua percepção de qualidade de vida. A investigação tem sugerido que a percepção de ter uma boa saúde não é incompatível com ter doença crónica, o que em estudos futuros poderia ser aprofundado, percebendo se a existência da doença diabetes é a causa da diminuição da qualidade de vida, se são as consequências que advêm dessa doença, que provocam a diminuição do nível de satisfação com a vida (Testa, Simonson & Turner, 1998).

Quanto às restantes sub-escalas e resultado total de medida da Qualidade de Vida, tal como para o FILE e F-COPES, os resultados não revelaram nenhuma diferença entre as condições e, como tal, alguns motivos podem ser apontados como possíveis causas, como aqueles que temos vindo a fazer referência. Faz sentido pensar, tendo em conta a etapa do ciclo de vida em que as famílias se encontram, que ao nível da análise dos níveis de *stress*, na escala FILE, muitas das sub-escalas não vão ao encontro das tensões destas famílias, na sua maioria, na etapa de ninho vazio ou família na reforma, cujos objectivos e preocupações poderão ir noutra direcção. Sendo uma amostra representativa das últimas etapas do ciclo de vida da família, limitou a pesquisa dos níveis de *stress*, estratégias de *coping* e qualidade de vida em famílias sem filhos, com filhos pequenos ou filhos adolescentes. Podendo supor que os níveis de *stress* diferem consoante o elemento que possui a diabetes, a etapa em que a família se encontra, entre outras situações e condicionantes, colocando-se aqui uma nova hipótese para futuros estudos, com uma amostra mais abrangente de todas as etapas do ciclo de vida das famílias, seguindo os trabalhos de Ferrari et al, (1983), Hauser et al (1983) e Kovacs e Feinberg (1982).

Tomando em consideração a validação da escala F-COPES, as suas sub-escalas parecem ter-se mantido, salvo algumas diferenças de conteúdo, onde a *aquisição de apoio social* integra itens da sub-escala *apoio formal* (que dizem respeito aos apoios técnico-profissionais prestados pelas instituições). A sub-escala *apoio social* integra ainda os apoios prestados pelos vizinhos, (item da sub-escala *apoio formal*), levando-nos a deduzir que tal possa ter acontecido devido às características da amostra de validação.

Existe ainda um aspecto relevante que esteve presente em todas as escalas, mas especialmente no F-COPES: as diferenças culturais, significa isto que se trata de escalas americanas, aplicadas e validadas para a população americana, que difere, em muito, da população portuguesa, especialmente ao nível dos recursos, no modo como se organizam em comunidade e entre vizinhos, entre outros aspectos, constatando-se isso na forma como os itens foram agregados nas sub-escalas (a única que se manteve foi a sub-escala *religião*).

Em linhas gerais, a amostra pouco diversificada, pequena e com características particulares que recolhemos tornou-se uma limitação neste estudo e, não permite generalizar os resultados e conclusões. Todavia podemos afirmar que a não existência de diferenças entre os grupos confirma que os sujeitos que participaram neste estudo, estão bem adaptados à sua doença ou à presença desta doença no seio familiar e, que esta não interfere significativamente nas suas vidas.

Como já referi no início, este meu estudo insere-se num âmbito mais alargado e, como tal, julgo ser pertinente acrescentar os resultados a que os meus colegas chegaram. Carvalho (2007), realizou um estudo semelhante ao meu, construindo também 3 condições, mas referente à doença crónica em geral e concluiu que, quanto maior for o impacto da doença e menor a percepção da gravidade da mesma, maiores serão os resultados na sub-escala *mass media*, invertendo-se tal situação, quando a percepção da gravidade da doença é média. Também na escala FILE não encontrou diferenças entre as condições consideradas, verificando que não existiu um acréscimo ou uma diminuição de *stress* nas condições 1 e 2, quando comparadas com a condição 3. Quanto à escala F-COPES, as condições 1 e 2 fazem mais recurso ao apoio formal e espiritual, tendo, na sub-escala reenquadramento verificado diferenças: sujeitos de nível socioeconómico baixo pontuam alto

nesta sub-escala, quando pertencem ao sexo masculino, invertendo-se esta situação, quando os sujeitos são de nível socioeconómico médio e elevado (Carvalho, 2007). Suponho que as diferenças dos resultados entre os nossos estudos se devam ao facto de, no meu estudo, se tratar de uma doença crónica específica, bem delimitada e em sujeitos com habituação à mesma, fundamentalmente em fase crónica, ou seja de rotina (Rolland, 1994). Já Janeiro (2007) no seu estudo sobre a hipertensão, encontrou, para a escala Qualidade de Vida, diferenças na sub-escala *Saúde* entre as condições 1 (sujeitos hipertensos) e 2 (sujeitos com familiares hipertensos) e, entre esta última e a condição 3 (sujeitos e familiares sem doença crónica). Também na sub-escala *Emprego* encontrou diferenças entre o grupo de sujeitos com familiares hipertensos (condição 2) e o grupo sem qualquer tipo de doença crónica (condição 3). Já na escala FILE, não se verificaram diferenças entre os grupos, género e níveis socioeconómicos. Por último, para a escala F-COPES deparou-se com diferenças na sub-escala *Apoio Formal* entre as condições 1 (sujeitos hipertensos) e condição 3 (sujeitos e familiares sem doença crónica) e, entre a condição 1 e a condição 2 (sujeitos com familiares hipertensos), pontuando a condição 1 mais alto em ambas as comparações (Janeiro, 2007).

Concluindo, convém referir que esta amostra, apesar das limitações que nos apresentou, enquadra-se na designação de amostra não clínica, o que vai de encontro aos objectivos deste estudo exploratório, nomeadamente os níveis de *stress*, *coping* e qualidade de vida em famílias ditas normais. Os resultados encontrados, no entanto, evidenciam a necessidade de replicar este estudo em amostras mais completas, alargando o espectro de hipóteses e continuando a testar as hipóteses apresentadas.

VI – Conclusão

Na escala Qualidade de Vida existiram diferenças na sub-escala *Casamento e Vida Familiar* na interacção entre os grupos e o nível factor socioeconómico, sendo que a direcção dessa mesma diferença aponta para a condição 2 (Diabetes na Família) e condição 1 (Sujeitos com diabetes). Também na sub-escala *Lar e Educação* surgiram diferenças, aqui, entre os grupos e o nível socioeconómico, sendo estas, de acordo com a diferença

entre as médias, entre a condição 3 (Sujeito e Família sem Doença) e a condição 2 (Diabetes na Família). Para as restantes sub-escalas e o resultado total de medida de qualidade de vida, os grupos não se diferenciaram entre si.

Para as escalas FILE e F-COPES os resultados encontrados não revelaram nenhuma diferença entre as 3 condições consideradas.

Concluindo, perante os objectivos propostos e os resultados que se obtiveram, faz sentido sintetizar este trabalho, pensando que, para esta amostra, os sujeitos lidam com a sua doença há já vários anos, estão adaptados a ela, estagnando os seus níveis de *stress*, não necessitando de novas estratégias para lidar com a doença, pois a adaptação individual e familiar foi feita ao longo do tempo e positivamente, o que nos leva a concluir que a qualidade de vida destes sujeitos não é afectada pela presença da diabetes.

Bibliografia

ALARCÃO, M. (2000). *(des) Equilíbrios Familiares – Uma visão sistémica*. 1ªed, Quarteto.Coimbra

CARVALHO, A. (2007). *Relação entre doença crónica, qualidade de vida, stress e coping familiares: um estudo com uma amostra de dois Centros de Saúde de Coimbra*. Tese para defesa na Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.

ALMEIDA, V.M.S. (2000). *A Diabetes na Adolescência – Um Estudo BioPsicossocial*. Tese de Mestrado em Psicologia Clínica apresentada à Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra. Coimbra.

CANAVARRO, M.C.; SERRA, A.V.; PEREIRA, M.; SIMÕES, M.R.; QUINTAIS, L.; QUARTILHO, M.J.; RIJO, D.; CARONA, C.; GAMEIRO, S.; PAREDES, T. (2006). *Desenvolvimento do Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100) para Português de Portugal*. *Psiquiatria Clínica*; Abril-Junho 2006; vol.27, nº2. pp. 16-21.

GORECZNY, A.J., (1995). *Handbook of Health and Rehabilitation Psychology*. 1ªed, Plenum Press. New York.

HARRISON, B. (1999). *Manual de Medicina Interna*. 15ªEdição, Macgraw-Hill. Washington.

JANEIRO, C. (2007). *Relação entre Hipertensão, qualidade de vida, stress e coping familiares: um estudo exploratório com uma amostra de dois Centros de Saúde de Coimbra*. Tese para defesa na Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.

LAGINHA, T. (2006). *Diabetes em Família*. Diabetes - Viver em Equilíbrio; Out-Dez 2006; nr 41.

MCCUBBIN, H.I., THOMPSON, A.I. & MCCUBBIN, M.A. (2001). *Family Measures: stress, coping and resiliency. Inventories for research and practice*. Hawaii. Kamehameha Schools.

MCCUBBIN, H.I., & PATTERSON, J.M., (1983). *Family stress process: the double ACBX model of family adjustment and adaptation*. Marriage and Family Review, 6, pp. 7 – 37.

OLSON, D.H., MCCUBBIN, H.I., BARNES, H., LARSEN, A., MUXEN, M. & WILSON, M. (1985). *Family Inventories. Inventories used in a National Survey of Families across the family life circle (Rev.ed)*. St.Paul, MN: University of Minnesota

OLSON, D.H., MCCUBBIN, H.I., BARNES, H., LARSEN, A., MUXEN, M. & WILSON, M. (1983). *Families: What makes them work*. Sage Publications. London

Patk, J., Turnbull, A.P. & Turnbull III, M.R., (2002). Impact of Poverty on Quality of life in Families of Children With Disabilities. Council for Exceptional Children, 68 (2), pp. 151-170.

PITTIS, M., PHILLIPS, K., (1991). *The Psychology of Health – An Introduction*. 1ªed, Routledge. London.

ROLLAND, J.S. (1994). *Families, illness and disability: an integrative treatment model*. BasicBooks. New York

SILVA, I.L., (2006). *Psicologia da Diabetes*. 1ªed, Quarteto. Coimbra.

SILVA, I., PAIS-RIBEIRO, J., CARDOSO, H., Ramos, H., *Qualidade de vida e complicações crónica da diabetes. Análise Psicológica*, abr. 2003, vol.21, no.2, pp.185-194.

Silva, I., Pais-Ribeiro, J., Cardoso, H., Ramos, H., Carvalhosa, S., Dias, S. & Gonçalves, A. *Efeitos do Apoio Social na Qualidade de Vida, Conrolo Metabólico e Desenvolvimento de Complicações Crónicas em Indivíduos com Diabetes. Psicologia, Saúde & Doenças*, 2003, 4(1) p. 21-32.

SILVA, I. PAIS-RIBEIRO, J., CARDOSO, H.. *Dificuldade em perceber o lado positivo da vida? Stresse em doentes diabéticos com e sem complicações crónicas da doença. Análise Psicológica*, 2004, p. 597 – 605.

SIMÕES, M. (1994). Investigação no âmbito da aferição nacional do *Teste das Matrizes Progressivas de Raven (M.P.C.R)*. Dissertação de doutoramento em Psicologia especialização em avaliação psicológica apresentada à Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.

VAZ SERRA, A. (1999). *O Stress na vida de todos os dias*. 1ªed, Distribuição Dinapress. Coimbra

