



FACULDADE DE MEDICINA  
UNIVERSIDADE DE  
**COIMBRA**

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA – TRABALHO FINAL

CATARINA PESTANA GOMES

***INFLUÊNCIA DO ESTADO CIVIL NA QUALIDADE DE VIDA DE PESSOAS COM  
DIABETES***

ARTIGO CIENTÍFICO ORIGINAL

ÁREA CIENTÍFICA DE MEDICINA GERAL E FAMILIAR

Trabalho realizado sob orientação de:

PROFESSOR DOUTOR JOSÉ AUGUSTO RODRIGUES SIMÕES

PROFESSORA DOUTORA INÊS ROSENDO CARVALHO E SILVA CAETANO

FEVEREIRO/2021

Influência do estado civil na qualidade de vida de pessoas com diabetes

Artigo Científico Original

Catarina Pestana Gomes<sup>1</sup>, Inês Rosendo Carvalho e Silva Caetano<sup>1,2</sup>, José Augusto Rodrigues Simões<sup>1,3</sup>

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

<sup>2</sup>USF Coimbra Centro

<sup>3</sup>USF Caminhos de Cértoma

Contacto: catarinapgomes96@gmail.com

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

Área científica: Medicina Geral e Familiar

FEVEREIRO/2021

## Índice

<b>Lista de abreviaturas</b> .....	2
<b>Resumo</b> .....	3
<b>Abstract</b> .....	5
<b>Introdução</b> .....	7
<b>Materiais e métodos</b> .....	10
<b>Caracterização da investigação</b> .....	10
<b>População e amostra</b> .....	10
<b>Instrumentos</b> .....	10
<b>Procedimento</b> .....	11
<b>Análise de dados</b> .....	11
<b>Resultados</b> .....	12
<b>Discussão</b> .....	17
<b>Conclusão</b> .....	21
<b>Agradecimentos</b> .....	22
<b>Referências bibliográficas</b> .....	23
<b>Anexos</b> .....	27
<b>Anexo I – Consentimento Informado</b> .....	27
<b>Anexo II – Inquérito por Questionário “Adjust2pain: Efeitos das crenças e do coping na adaptação à dor”</b> .....	28
<b>Anexo III – Parecer da Comissão de Ética do ISPA</b> .....	46
<b>Anexo IV – Parecer da Comissão de Ética da Universidade de Washington</b> .....	47
Tabela 1. Dados sociodemográficos e clínicos da amostra (N=60).....	12
Tabela 2. SF-12 físico e psicológico em relação ao estado civil.....	13
Tabela 3. SF-12 físico e psicológico em relação ao sexo, nível de escolaridade, situação face ao emprego, religião e rendimento.....	15
Tabela 4. SF-12 físico e psicológico em relação à idade.....	16
Tabela 5. Regressão linear múltipla entre a idade e o sexo e a perceção de saúde física. R <sup>2</sup> ajustado 0,233.....	16

## **Lista de abreviaturas**

BPI - *Brief Pain Inventory*

CD-RISC-10 port - Escala de resiliência de *Connor-Davison-10 Port*

DM2 – Diabetes Mellitus tipo 2

FCT – Fundação para a Ciência e Tecnologia

GBD - *Global Burden of Disease*

HADS - *Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar*

HTA – Hipertensão arterial

ISPA – Instituto Superior de Psicologia Aplicada

OMS – Organização Mundial de Saúde

QVRS – Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde

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

SF-12 PCS - Physical Component Summary

SF-12 MCS - Mental Component Summary

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

USF – Unidade de Saúde Familiar

## Resumo

**Introdução:** A Diabetes Mellitus integra um grupo de doenças metabólicas caracterizadas por hiperglicemia crónica resultante de defeitos na secreção de insulina, na ação da insulina ou em ambas. A Diabetes Mellitus tipo 1 (DM1) engloba uma minoria de pessoas diagnosticadas com a doença, sendo a comum em crianças e adolescentes. A Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) constitui uma importante causa de morbilidade e mortalidade à escala global sendo importante prevenir ou atrasar o aparecimento e evolução das complicações associadas. Tanto a doença em si como as suas complicações acarretam não só custos em saúde como também compromete a perceção de saúde do doente. A perceção de saúde e qualidade de vida relacionada com a saúde é influenciada tanto por fatores relacionados com a doença como sociodemográficos, sendo fundamental estudá-la em associação com todos os fatores envolvidos, nomeadamente o estado civil da pessoa.

**Objetivo:** Avaliar a perceção de saúde física e mental num grupo de pessoas diagnosticadas com DM e influência do seu estado civil nesta perceção. Avaliar também a influência de outras variáveis sociodemográficas.

**Métodos:** Estudo observacional e transversal em amostra de conveniência de pessoas com DM das Unidades de Saúde: USF Caminhos de Cértoma, USF Coimbra Centro, USF VitaSaurium e USF As Gândras. A colheita de dados iniciou-se no mês de maio de 2020 e terminou em janeiro de 2021 contando com 60 pessoas com diabetes. Foram recrutados doentes que se mostraram disponíveis para responder a uma entrevista telefónica após a consulta médica e assinatura de consentimento informado. A entrevista consistiu num questionário com caracterização sociodemográfica e clínico-laboratorial. A perceção de saúde foi avaliada pela *12-Item Short-Form Health Survey (SF-12)*. Foi utilizado o teste Kolmogorov-Smirnov com correlação de significância de Lilliefors para verificar a normalidade que não foi verificada. Posteriormente foram utilizados testes estatísticos não paramétricos de Kruskal-Wallis, Mann-Whitney e Spearman.

**Resultados:** Amostra de 60 indivíduos com diabetes, sendo a maioria (58,3%) do sexo masculino, com uma média de idades  $68,88 \pm 13,85$  anos. A maioria dos inquiridos estavam casados ou em união de facto (68,3%), tinham 1º ciclo/antiga 4ª classe ou menos

(63,3%), eram cristãos católicos ou não católicos (96,7%) reformados (71,7%) e 15% rendimentos abaixo dos 1029€. Quanto à percepção de saúde tanto física como mental não se verificou uma associação estatisticamente significativa com o estado civil. Quanto à idade, obtivemos uma fraca correlação estatisticamente significativa (na saúde mental:  $\rho = -0.143$  e  $p = 0.276$ , e na saúde física  $\rho = -0.266$  e  $p = 0.040$ ). Em relação ao sexo e ao nível de escolaridade apenas foi encontrada uma associação estatisticamente significativa a nível da saúde física ( $p = 0,003$  e  $p = 0.034$  respetivamente). No que se refere à situação de emprego, religião e rendimento não houve associação estatisticamente significativa.

**Conclusão:** Não se ter encontrado uma associação estatisticamente significativa do estado civil em relação à percepção de saúde pode dever-se ao facto de a amostra ter sido pequena. Contudo, a percepção de saúde nas pessoas com diabetes parece estar relacionada também com outras variáveis sociodemográficas que será importante estudar no futuro com amostras de maiores dimensões (sexo, idade, nível de escolaridade, situação face ao emprego, religião e rendimentos).

**Palavras-chave:** Diabetes Mellitus, qualidade de vida, estado civil

## Abstract

**Background:** Diabetes mellitus is a group of metabolic diseases characterized by chronic hyperglycemia resulting from defects in insulin secretion, insulin action, or both. Type 1 Diabetes (DM1) is more common in children and adolescents. Type 2 Diabetes (DM2) is an important cause of morbidity and mortality worldwide. It's important to prevent and delay the onset and evolution of complications. The disease and its complications results not only in medical costs but also in worse health perception. The perception of health/health-related quality of life is influenced by sociodemographic factors and they should be studied.

**Objective:** The aim of this study was to measure the perception of mental and physical health in diabetic patients and the influence of their marital status. It also measures the influence of other sociodemographic factors.

**Methods:** Cross-sectional observational study with a convenience sample of patients with DM from the Caminhos de Cértoma's Family Health Unit (USF), Coimbra Centro's USF, VitaSaurium's USF and As Gândra's USF. Data was collected between July 2020 and January 2021. It was performed after the medical consultation and informed consent through an interview with the ones who accepted. The questionnaire was about sociodemographic and clinical characterization. The perception of health was measured by *12-Item Short-Form Health Survey (SF-12)*. Kolmogorov-Smirnov test with Lilliefors significance correction was used to examine if variables were normally distributed which were not. Non parametric statistic tests Kruskal-Wallis, Mann-Whitney and Spearman were also applied.

**Results:** Sample of 60 individuals, 58.3% male gender, presenting a mean of age  $68,88 \pm 13,85$  years. The majority of the individuals was married or in a civil union (68.3%), had lower levels of education (63,3%), were catholic Christians or non-catholics (96,7%), retired (71,7%) and tendentially with lower socioeconomic status (15%). The perception of mental and physical health related with marital status was not statistically significant. There was a weak negative correlation with statistical meaning between the perception of health and the age of the patients (mental health  $p=-0.143$  and  $p= 0.276$ , and physical health  $p=-0.266$  and  $p=0.040$ ). Only the perception of physical health was associated with statistical meaning in gender and educational level ( $p= 0.003$  and  $p=0.034$ ). There was no association

with statistical meaning in the perception of health related to employment status, religion and socioeconomic status.

**Conclusion:** The study didn't reveal an association with statistical meaning of marital status and the perception of health probably because of the small size of the sample. However, the perception of health in diabetic patients seems to be related with other sociodemographic variables which would be interesting to study later (sex, age, educational level, employment status, religion, socioeconomic status).

**Keywords:** Diabetes Mellitus, quality of life, marital status



## Introdução

A Diabetes Mellitus integra um grupo de doenças metabólicas caracterizadas por hiperglicemia crônica resultante de defeitos na secreção de insulina, na ação da insulina ou em ambas<sup>1</sup>. A Diabetes Mellitus tipo 1 (DM1) diz respeito a apenas 5%-10% dos indivíduos diagnosticados com a doença e deve-se à destruição das células  $\beta$  pancreáticas. Este tipo de diabetes é responsável por 80% -90% dos casos de doença em crianças e adolescentes<sup>1</sup>. A Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) é uma doença crônica multifatorial responsável por cerca de 90% dos casos de diabetes. É caracterizada pela alteração do metabolismo da glicose, atingindo níveis inadequados da mesma no sangue, decorrente da resistência relativamente ao efeito da insulina. É mais comum encontrar-se esta patologia na população com idade superior a 45 anos, sendo que atualmente é cada vez mais observada em crianças, adolescentes e adultos jovens devido a uma maior prevalência de obesidade, inatividade física e/ou erros na dieta<sup>2</sup>. Muitos dos casos de DM2 podem, portanto, ser evitados com mudanças no estilo de vida, incluindo o controlo do peso corporal, uma dieta saudável, realização de exercício físico e abstenção tabágica e alcoólica<sup>3</sup>.

Com base no conjunto de dados epidemiológicos do conjunto de dados atual da *Global Burden of Disease (GBD)* do *Institute of Health Metrics, Seattle*, de 2017, estimava-se haver aproximadamente 462 milhões de pessoas com DM2, correspondendo a 6,28% da população mundial (4,4% entre 15 a 49 anos, 15% entre 50 a 69 anos e 22% com idade superior a 70 anos). A DM está em constante aumento global e a um ritmo muito mais acentuado nas regiões desenvolvidas, como a Europa Ocidental. Prevê-se que a prevalência global de DM2 aumente para 7.079 indivíduos por 100.000 habitantes até 2030, refletindo um aumento contínuo a nível mundial<sup>4</sup>. Estima-se também que, no momento do diagnóstico, cerca de 50% das pessoas com DM2 já tenham desenvolvido uma complicação relacionada com a doença<sup>5</sup>.

Um controlo glicémico inadequado entre as pessoas com DM2 constitui tanto um grave problema de saúde pública como é um fator de risco significativo para a progressão e desenvolvimento de complicações da doença. É o principal objetivo terapêutico para a prevenção de lesões orgânicas e outras complicações<sup>6</sup>. Quanto mais bem controlados forem os níveis glicémicos, melhor é a perceção de saúde do paciente<sup>7</sup>.

A DM2 constitui, portanto, uma importante causa de morbidade e mortalidade à escala global sendo que, o principal objetivo do diagnóstico e tratamento precoce tem por base uma melhoria significativa da qualidade de vida.

A qualidade de vida relacionada com a saúde (QVRS) é um indicador útil de saúde uma vez que abrange informações tanto acerca do estado de saúde física como mental dos indivíduos e sobre o impacto do estado de saúde na qualidade de vida. A QVRS geralmente é avaliada por vários indicadores de autopercepção do estado de saúde e funcionamento físico e emocional. Juntas, estas medidas fornecem uma avaliação abrangente<sup>8</sup>.

Num estudo realizado numa amostra representativa da população espanhola, foi encontrada uma relação entre a qualidade de vida em pessoas com diabetes e fatores sociodemográficos como o sexo, a idade, o nível de escolaridade, o estado civil, o emprego e os níveis educacionais<sup>9</sup>. Foi publicado outro estudo numa amostra de doentes dos cuidados primários de Singapura que mostrou que as pessoas com diabetes têm a sua qualidade de vida comprometida, sendo propensos a desenvolver problemas de depressão e ansiedade. Os doentes possuem maioritariamente queixas de dor e das restrições necessárias na sua dieta. Conclui-se que a qualidade de vida é menor em doentes com menos cuidado no controlo glicémico medido pela HbA<sub>1c</sub><sup>10</sup>.

Atualmente existem poucos estudos que relacionam o estado civil com a qualidade de vida nas pessoas com diabetes. No estudo supramencionado que estudou a população espanhola, concluiu que o estado civil seria um determinante significativo para a perceção da qualidade de vida. Contudo, de acordo com um estudo da população chinesa pensa-se que pessoas casadas com diabetes têm uma melhor perceção de saúde por apresentarem maior apoio social<sup>11</sup>. Em 2014 foi realizado, em Portugal, um estudo em idosos com diabetes em que não se encontrou diferenças significativas entre o estado civil e a perceção da qualidade de vida<sup>12</sup>. De acordo com um estudo publicado em 2014, parece haver um menor risco de DM2 entre homens casados e solteiros não apresentam risco aumentado em relação aos casados. Pelo contrário, a viuvez pode afetar os comportamentos de estilo de vida que predispõe ao desenvolvimento de DM2 uma vez que apresentam maior incidência da doença. Além disso, a perda do cônjuge tem sido associada a mais sintomas depressivos, pior função física e cognitiva, pior autoavaliação da saúde, maior risco de institucionalização bem como enfarte agudo do miocárdio<sup>13</sup>. Em 2020 foi estudada a

população rural brasileira onde se concluiu que a maior incidência da doença recaía sobre indivíduos divorciados ou viúvos e que indivíduos casados contam com uma melhor adesão à terapêutica<sup>14</sup>. Em 2019 outro estudo mostrou uma diminuição do risco de DM2 entre mulheres viúvas, em comparação com as casadas<sup>15</sup>. Concluímos que o estado civil influencia a tendência de desenvolver DM2, desta forma, podendo influenciar também a qualidade de vida nas pessoas com esta doença, ainda que não seja um fator estudado especificamente neste contexto, na literatura consultada. Já na DM1, pensa-se que percepção de saúde possa estar relacionada não só com o estado civil mas também com a qualidade do relacionamento. Pessoas com diabetes casadas e satisfeitas com a relação parecem ter um melhor controle glicêmico e auto cuidado<sup>16</sup>.

Desta forma, o objetivo do presente estudo é contribuir para o aprofundamento do conhecimento sobre a relação entre a percepção da qualidade de vida relacionada com a saúde das pessoas com diabetes acompanhadas nos cuidados primários do nosso país e o seu estado civil. Além disso, pretendeu-se perceber se havia mais algum fator socioeconómico com relação com a percepção de saúde.

## **Materiais e métodos**

### **Caracterização da investigação**

Foi realizado um estudo observacional e transversal em amostra de conveniência de utentes com DM das Unidades de Saúde Familiar: USF Caminhos de Cértoma, USF Coimbra Centro, USF VitaSaurium e USF As Gândras.

### **População e amostra**

A amostra integra um grupo de 60 pessoas com diabetes, tanto do sexo feminino como do sexo masculino, com idades compreendidas entre os 18 e os 92 anos, sendo que o recrutamento dos mesmos ocorreu após consulta médica e consentimento informado. Apenas participaram aqueles que de forma consciente aceitaram cooperar com o estudo em questão, salvaguardando a sua identidade.

### **Instrumentos**

Os participantes responderam a um questionário tanto sociodemográfico como clínico, incluindo sexo, idade, nível de escolaridade, situação face ao emprego, estado civil, rendimentos do agregado familiar, religião e perceção de saúde mental e física, medida pelo *12-Item Short-Form Health Survey (SF-12)* que corresponde a uma versão reduzida da *36-Item Medical Outcomes Study Short-Form Health Survey (SF-36)*<sup>17</sup>. O SF-12 é um questionário que avalia a qualidade de vida relacionada com a saúde. Consiste em doze questões que estudam oito domínios de saúde para avaliar a saúde física – *Physical Component Summary (SF-12 PCS)* – e mental - *Mental Component Summary (SF-12 MCS)*<sup>18</sup>. A pontuação do SF-12 PCS inclui itens sobre perceção geral da saúde, funcionamento físico, redução das atividades físicas em comparação com o esperado subjetivamente e dor, enquanto a pontuação do SF-12 MCS inclui questões sobre perceção geral da saúde, humor, nível de energia e redução das atividades sociais, trabalho, capacidade ou função geral explicada por fatores emocionais<sup>19</sup>. A escala utilizada para pontuar cada um dos componentes varia entre 0 e 100, sendo que as pontuações mais elevadas correspondem a uma melhor saúde física e mental<sup>20</sup>.

## **Procedimento**

Este estudo obteve parecer favorável das comissões de ética para a investigação do ISPA – Instituto Universitário, da *University of Washington, Department of Rehabilitation Medicine* (Seattle, WA, Estados Unidos da América) e Centros Hospitalares de Coimbra, Lisboa Central e Gaia. Esta investigação decorreu no âmbito do projeto Adjust2Pain, financiado pela Fundação para a Ciência e Tecnologia (FCT) (SFRH/BPD/121452/2016).

Uma amostra de conveniência de pessoas com diabetes foi convidada a participar no estudo no final de consulta médica, sendo que todos foram devidamente informados acerca dos objetivos, procedimentos e caráter voluntário do estudo, garantindo a confidencialidade de todos os dados, tendo assinado o respetivo consentimento informado. A aplicação e preenchimento dos questionários foi realizada telefonicamente ou presencialmente pelos investigadores através de entrevista com duração variável entre 20 e 40 minutos.

## **Análise de dados**

A análise estatística dos dados foi efetuada com recurso ao software “*IBM SPSS Statistics*”, versão 26. Inicialmente foi realizada uma análise estatística descritiva de modo a obter uma melhor caracterização da amostra assim como estatística inferencial para conhecer as relações existentes entre as outras variáveis em estudo.

Foi utilizado o teste de Kolmogorov-Smirnov com correlação de significância de Lilliefors para verificar a normalidade da distribuição da variável de peceção de saúde (SF-12). Tal normalidade não foi verificada ( $p < 0,05$ ) e, portanto, foram utilizados testes estatísticos não paramétricos de Kruskal-Wallis (estado civil, nível de escolaridade, situação face ao emprego, religião, rendimentos), Mann-Whitney (sexo) e Spearman (idade). Considerou-se um valor de  $p < 0,05$  como estatisticamente significativo.

## Resultados

A amostra foi constituída por 60 pessoas com diabetes acompanhadas em consulta na USF Caminhos de Cértoma, USF Coimbra Centro, USF VitaSaurium e USF As Gândras.

Como se pode verificar a partir da análise da tabela 1, a amostra em estudo apresenta uma predominância do sexo masculino (58,3%), sendo a média das idades  $68,88 \pm 13,85$  anos, com um intervalo de idades variando entre 18 e 92 anos. A maioria dos inquiridos estão casados ou em união de facto (68,3%), seguindo-se os viúvos (15%) e os solteiros (11,7%) e, por fim, os divorciados e/ou separados (5%). Quanto ao nível de ensino, a maioria tem o 1º ciclo/antiga 4ª classe ou menos (63,3%). Relativamente à religião, há uma predominância de cristãos católicos ou não católicos (96,7%) em comparação com as outras religiões ou não religiosos. Em relação à situação face ao emprego, a maior parte dos inquiridos encontram-se reformados (71,7%). Finalmente, quanto aos rendimentos, a maioria dos inquiridos preferiu não responder/não se aplicava (63,3%) e entre os que responderam, há uma tendência para rendimentos mais baixos, abaixo dos 1029€ (15%).

Tabela 1. Dados sociodemográficos e clínicos da amostra (N=60)

Variável		N	%
Estado civil	Solteiro/a	7	11,7%
	Casado/a ou união de facto	41	68,3%
	Divorciado/a ou separado/a	3	5%
	Viúvo/a	9	15%
Nível de escolaridade	≤ 4º ano	38	63,3%
	5º-9º ano	13	21,7%
	≥ 12º ano	9	15%
Religião	Cristão católico ou não católicos	58	96,7%
	Outras religiões ou não religioso	2	3,3 %
Situação face ao emprego	Trabalhador/a a tempo inteiro	10	16,7%
	Trabalhador/a a tempo parcial	2	3,3%
	Trabalhador familiar não remunerado	1	1,7%
	Desempregado	3	5%
	Reformado	43	71,7%
	Estudante	1	1,7%
Rendimentos	< 1029 €	9	15.0%
	1030-1785 €	7	11.7%
	>1786 €	6	10.0%
	Não respondeu	38	63.3%

As tabelas a seguir sumarizam os resultados da análise dos dados que inclui as variáveis de saúde mental e saúde física como variáveis dependentes, e as variáveis estado civil, sexo, idade, nível de escolaridade, religião e situação face ao emprego e rendimentos como variáveis independentes.

Analisando os resultados apresentados na tabela 2 referente à percepção de saúde mental e física associada ao estado civil, observamos que não existe uma associação estatisticamente significativa. Em relação à saúde mental, as pessoas com diabetes pertencentes ao grupo dos divorciados ou separados apresentavam tendencialmente uma melhor percepção, seguidos pelos solteiros e, posteriormente, os casados ou em união de facto. Os viúvos constituem um grupo com tendencialmente uma pior percepção de saúde mental. Quanto à saúde física, as pessoas com diabetes incluídas no grupo dos solteiros constituíam o grupo com tendência a melhor percepção a esse nível. Logo a seguir vinha o grupo de divorciados ou separados e dos casados ou união de facto. Mais uma vez, também na percepção da saúde física se destacam os viúvos com *scores* médios tendencialmente mais baixos correspondendo a uma pior percepção.

Tabela 2. SF-12 físico e psicológico em relação ao estado civil

	Estado civil	Média ± DP	P
SF psicológico (SF-12 MCS)	Solteiro	53.01 ± 8.52	0.328
	Casado/a ou união de facto	52.42 ± 9.14	
	Divorciado/a ou separado/a	53.34 ± 11.53	
	Viúvo/a	46.15 ± 11.63	
SF físico (SF-12 PCS)	Solteiro	47.80 ± 10.17	0.074
	Casado/a ou união de facto	43.40 ± 9.09	
	Divorciado/a ou separado/a	45.04 ± 8.70	
	Viúvo/a	36.65 ± 8.58	

A tabela 3 diz respeito à percepção de saúde associada ao sexo, nível de escolaridade, situação face ao emprego, religião e rendimentos.

Relativamente ao sexo, quanto à percepção de saúde física foi encontrada uma associação estatisticamente significativa ( $p=0.03$ ) ao contrário da saúde mental. Quanto à saúde física há uma melhor percepção de saúde nos indivíduos no sexo masculino e quanto à percepção de saúde mental, também, tendencialmente melhor no sexo masculino.

Quanto ao nível de escolaridade, em relação à percepção de saúde física, concluiu-se que há uma associação estatisticamente significativa ( $p=0.034$ ). O mesmo não acontece com a percepção relativamente à saúde mental. O grupo dos doentes com escolaridade entre 5º – 9ºano foi o que apresentou tendencialmente uma melhor percepção de saúde mental enquanto que o grupo que apresentou uma melhor percepção de saúde física foi o dos doentes com 12º ano ou superior.

No que se refere à percepção de saúde face à situação de emprego, religião e rendimento, concluiu-se que não há associação estatisticamente significativa relativamente às variáveis supranomeadas em relação à percepção de saúde mental e física. Os trabalhadores familiares não remunerados são os que apresentam tendencialmente uma pior percepção da saúde. Os doentes de outras religiões ou não religiosos são os que apresentam uma tendência para melhor percepção de saúde, tanto física como mental. Por fim, os que apresentam tendencialmente melhores resultados em relação à percepção de saúde são os possuem entre 1030-1785€ de rendimentos.



Tabela 3. SF-12 físico e psicológico em relação ao sexo, nível de escolaridade, situação face ao emprego, religião e rendimento

Variáveis		Média ± DP (SF psicológico)	Média ± DP (SF físico)	SF psicológico (p)	SF físico (p)
Sexo	Feminino	48.45 ± 11.77	38.13 ± 9.97	0.154	0.003
	Masculino	53.83 ± 7.06	46.45 ± 7.30		
Nível de escolaridade	≤ 4º ano	50.21 ± 10.71	40.85 ± 9.26	0.237	0.034
	5º-9º ano	54.54 ± 8.60	44.74 ± 9.71		
	≥ 12º ano	53.17 ± 3.60	49.49 ± 6.20		
Situação face ao emprego	Tempo inteiro	52.08 ± 7.23	44.02 ± 10.10	0.509	0.485
	Tempo parcial	52.27 ± 6.19	51.71 ± 12.63		
	Com familiar	32.83	38.17		
	Desempregado	49.54 ± 13.24	43.85 ± 11.06		
	Reformado	51.81 ± 9.92	42.14 ± 9.20		
	Estudante	60.79	53.55		
Religião	Cristãos católicos e não católicos	51.33 ± 9.66	42.80 ± 9.49	0.149	0.547
	Outras religiões ou não religioso	59.12 ± 2.36	48.43 ± 3.80		
Rendimentos	≤ 1029€	50.40 ± 11.10	41.65 ± 8.91	0.567	0.192
	1030-1785€	57.13 ± 3.93	47.11 ± 9.57		
	≥ 1786€	54.35 ± 7.38	41.10 ± 8.03		

Na tabela 4, observamos a associação da percepção de saúde em relação à idade. Analisando a saúde mental, temos um  $\rho = -0.143$  e  $p = 0.276$ , e na saúde física temos  $\rho = -0.266$  e  $p = 0.040$  concluindo que apresenta uma fraca correlação, sendo apenas estatisticamente significativa com a percepção de saúde física.

Tabela 4. SF-12 físico e psicológico em relação à idade

	Correlação de Spearman	P
SF psicológico (SF-12 MCS)	-0.143	0.276
SF físico (SF-12 PCS)	-0.266	<b>0.040</b>

Por fim, na tabela 5, apresenta-se uma regressão linear múltipla considerando a percepção de saúde física como variável dependente e as variáveis sexo, idade e nível de escolaridade como variáveis independentes. Esta foi realizada com o intuito de clarificar se as variáveis sexo, idade e níveis de escolaridade – uma vez que foram as que apresentaram uma associação estatisticamente significativa com a percepção de saúde física – eram independentes umas das outras. Assim sendo, foi excluído o nível de escolaridade e apenas se mantiveram a idade e o sexo como variáveis independentes a influenciar a percepção de saúde física. Quanto maior a idade, menor é a percepção de saúde física, o que significa que a idade influenciava a percepção de saúde física de forma inversa. O sexo masculino (1= masculino, 0=feminino) estava relacionado com uma melhor percepção de saúde física. Estas variáveis explicam 23,3% do modelo de percepção de saúde física.

Tabela 5. Regressão linear múltipla entre a idade e o sexo e a percepção de saúde física.  $R^2$  ajustado 0,233

	Variável dependente			
	SF-12 PCS			
	B ± EP	B	P	IC 95%
Idade	- 0,173 ± 0,077	- 0,255	0,029	-0,328 a -0,018
Sexo	8,224 ± 2,155	0,435	0,000	3,909 a 12.539

B – coeficiente não padronizado; EP – erro padrão;  $\beta$  – coeficiente padronizado; p – significância estatística; IC – intervalo de confiança

## Discussão

O presente estudo teve como objetivo avaliar a percepção saúde num grupo de pessoas diagnosticadas com DM de acordo com o seu estado civil, procurando uma possível relação entre estas variáveis e ainda explorar a relação com outras variáveis sociodemográficas.

A maior parte dos inquiridos eram casados/as ou em união de facto (68,3%) o que não vai ao encontro a um estudo da população dos Estados Unidos da América em que a maior incidência de diabetes recaía sobre os viúvos (uma vez que a resposta ao luto pode ter incluído mudanças desfavoráveis no comportamento de saúde que aumentam o risco de desenvolver a doença). Além disso, a viuvez pode afetar os comportamentos de estilo de vida que predispõe ao desenvolvimento de DM2<sup>13</sup>. Um estudo na população rural brasileira também concluiu que a maior incidência da doença recaía sobre indivíduos divorciados ou viúvos<sup>14</sup>. Não encontramos dados na população com diabetes em Portugal para saber se estará de acordo com o esperado.

No que toca à relação do estado civil, em relação à percepção de saúde, concluímos que não existia uma relação estatisticamente significativa entre estas variáveis. Isto pode dever-se ao facto de a amostra, de conveniência, ser constituída apenas por 60 pessoas, não lhe dando poder suficiente para encontrar diferenças, ou simplesmente querer dizer que esta não será uma variável sociodemográfica preponderante nesta área. Quanto à saúde mental, as pessoas com diabetes pertencentes ao grupo dos divorciados ou separados apresentavam tendencialmente uma melhor percepção, seguidos pelos solteiros e pelos casados ou em união de facto. Os viúvos representavam o grupo tendencialmente com uma pior percepção de saúde mental. Quanto à saúde física, a tendência para uma melhor percepção corresponde ao grupo dos solteiros seguido pelos divorciados ou separados e pelos casados ou em união de facto. Também a nível da saúde física, os viúvos são os que mostraram ter tendencialmente uma pior percepção. De facto, já segundo um estudo de 2014 já anteriormente mencionado realizado nos Estados Unidos da América, os viúvos parecem apresentar uma pior percepção de saúde<sup>13</sup>. forma diferente, num estudo de 2014 foi encontrada numa amostra da população indiana com DM2 uma percepção de saúde melhor em indivíduos casados e pior em viúvos ou divorciados<sup>21</sup>. Também num estudo de 2018 referente à população da Indonésia com DM2 concluiu que pacientes casados têm uma

melhor percepção de saúde que os solteiros. Mostrou ainda que ter um bom apoio familiar reforça, conseqüentemente, uma melhor percepção de saúde pois ajuda na adesão terapêutica e na diminuição do stress e da ansiedade. Indivíduos casados parecem apresentar estilos de vida mais saudáveis e uma melhor condição psicológica<sup>22</sup>. Em 2014, foi realizado um estudo em doentes idosos diabéticos em Portugal que não mostrou diferenças significativas em relação à percepção de saúde tendo em conta o estado civil<sup>12</sup>. Estas discrepâncias de resultados encontradas na população indiana e indonésia relativamente a Portugal poderão dever-se a diferenças culturais e até religiosas.

Em relação ao sexo, não encontramos relação estatisticamente significativa com a saúde mental, ao contrário da saúde física. Tanto na saúde mental como na saúde física a melhor pontuação esteve associada ao sexo masculino. Também na população chinesa, que foi estudada entre 2016 e 2017, com uma amostra de 202 diabéticos, se concluiu que doentes do sexo feminino possuíam mais problemas emocionais e mais conseqüências da doença<sup>11</sup>. Em Portugal, um outro estudo também apontou para uma pior percepção de qualidade de vida em pessoas com DM2 do sexo feminino<sup>12</sup>.

Quanto à idade, obtivemos uma fraca correlação, contudo, estatisticamente significativa relativamente à percepção de saúde física. Segundo o estudo supracitado realizado em Portugal, os idosos com diabetes têm uma qualidade de vida globalmente positiva<sup>12</sup>, contudo outro estudo realizado em idosos com diabetes mostrou que estes apresentaram pior qualidade de vida relacionada com a saúde relativamente à população em geral, principalmente no que se refere à saúde física<sup>23</sup>.

Relativamente ao nível de escolaridade em relação à saúde mental e física, conclui-se que há associação estatisticamente significativa apenas em relação à saúde física. O grupo entre o 5<sup>o</sup>-9<sup>o</sup> anos é o que apresenta tendencialmente uma melhor percepção de saúde mental, enquanto que a melhor percepção de saúde física se refere aos doentes com 12<sup>o</sup> ano ou superior. Também um estudo realizado na população com DM da cidade Leskovac, na Sérvia mostrou que níveis mais baixos de educação estão relacionados com uma pior percepção de saúde<sup>24</sup>.

No que se refere à percepção de saúde face à situação de emprego, religião e rendimento, concluiu-se que não há associação estatisticamente significativa em relação à saúde mental e física. Relativamente à situação de emprego, a melhor percepção de saúde tendencialmente pertence ao estudante. Os trabalhadores familiares não remunerados são os que apresentam uma pior percepção da saúde. Um estudo em 2016 em doentes com DM1 na população geral encontrou que estes doentes apresentam uma pior percepção de saúde quando desempregados ou com maior número de baixas médicas anuais. As diferenças na percepção de saúde e no emprego aumentaram com a idade e foram maiores entre as mulheres, em comparação com os homens<sup>25</sup>. Outro estudo da população espanhola também concluiu que pessoas com DM1 desempregadas ou com mais baixas médicas apresentavam uma pior percepção de saúde<sup>9</sup>. Os doentes de outras religiões ou não religiosos são os que apresentam tendencialmente uma melhor percepção de saúde tanto física como mental. Apesar de não existir ainda muitos estudos, em 2019 foi publicado um artigo referente à população idosa que conclui que a religiosidade tem efeitos diretos e indiretos na adesão à terapêutica que, por sua vez, é um importante indicador de percepção de saúde. Contudo, não tem efeitos diretos significativos na percepção de saúde<sup>26</sup>. Por fim, os que apresentam tendencialmente melhores resultados em relação à percepção de saúde são os possuem rendimentos entre 1030-1785€. Quanto aos rendimentos, o mesmo estudo já supramencionado na população de Leskovac conclui que menores rendimentos se relacionam com pior percepção de saúde<sup>24</sup>.

Relativamente às limitações deste estudo temos o facto de a amostra ser pequena (60 doentes) e não aleatorizada, o facto de a equipa ter sido constituída por 5 investigadores e, por fim, terem sido realizadas entrevistas tanto presenciais como telefónicas. Podem ser fatores determinantes na uniformidade, reprodutibilidade e validade externa deste estudo.

Os pontos fortes do estudo passam pelo facto de ter englobado USF distintas, o que confere diversidade à amostra. O facto de os dados recolhidos revelarem uma amostra com características semelhantes à população com diabetes em Portugal, constituída predominantemente por indivíduos do sexo masculino (58,3%) e por idosos com uma média de idade de 68,88 anos. De facto, segundo o Relatório Nacional de Diabetes de 2016, a maioria das pessoas com diabetes é do sexo masculino com idades compreendidas entre 60 e 79 anos<sup>27</sup>, o que corrobora os resultados obtidos pela investigação realizada. Além disso, o nível de escolaridade da maior parte revela um baixo grau de ensino (4º ano ou menos) (63,3%), o que corrobora um estudo publicado em 2020 que mostra que indivíduos

com baixos níveis de escolaridade, apresentam taxas mais altas de estilo de vida sedentário, obesidade e consumo de álcool, constituindo fatores de risco reconhecidos para o desenvolvimento ou agravamento da diabetes<sup>28</sup>. Em 2014 foi estudada a população diabética portuguesa em que se mostrou que o nível de escolaridade mais baixo apresentou uma prevalência de diabetes mais elevada tanto nos homens como nas mulheres<sup>29</sup>. Outro ponto forte é encontrado em relação à religião, onde há uma predominância de cristãos católicos ou não católicos (96.7%). Um estudo realizado em 2019 na população idosa não tem efeitos diretos significativos na perceção de saúde, contudo influencia a adesão à terapêutica, o que constitui um efeito indireto<sup>25</sup>. Quanto à situação de emprego, a maioria já se encontra reformado/a (71,7%) o que vai ao encontro de um estudo realizado em 2016 que mostra um predomínio de doentes diabéticos reformados (46,9%) seguidos pelos trabalhadores ativos (36,9%) e por fim os não ativos (16,2%)<sup>30</sup>. Relativamente ao rendimento, apesar de a maioria ter preferido não responder, de entre os doentes que responderam, a maioria recebe um total <1029€. No estudo supramencionado na população diabética portuguesa de 2014<sup>29</sup> e outro acerca da população tailandesa<sup>31</sup>, também se verifica que a maior incidência de diabetes corresponde a indivíduos com rendimentos mais baixos.

## Conclusão

Não foi encontrada uma associação estatisticamente significativa entre o estado civil e a percepção de saúde, o que se pode ter devido ao facto de a nossa amostra ser pequena e não aleatorizada (60 doentes).

Em relação ao sexo, ao nível de escolaridade e idade apenas foi encontrada associação estatisticamente significativa a nível da saúde física ( $p= 0.003$ ,  $p=0.034$  e  $p= 0.040$ , respetivamente). No que se refere à situação de emprego, religião e rendimento não se encontraram relações estatisticamente significativas.

Contudo, todas estas relações poderão ser estudadas de forma mais aprofundada em amostra de maior tamanho e, considerando outras variáveis como o controlo glicémico para avaliar a influência da adesão à terapêutica e controlo da doença e ainda a data do diagnóstico com o intuito de apurar qual a duração da doença.

## **Agradecimentos**

Agradeço à minha orientadora, Professora Doutora Inês Rosendo, e ao meu co-orientador, Professor Doutor José Augusto Simões, pela inexcedível disponibilidade, pelo empenho no esclarecimento de dúvidas, orientação e correção científica.

Agradeço à Professora Alexandra Valente por ter ajudado na obtenção da base de dados para posterior estudo.

Agradeço às pessoas que se mostraram disponíveis participar no estudo para que o tornassem possível assim como às USF.

Agradeço à Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra por me ter acolhido durante estes 6 anos.

Agradeço à minha família, em especial aos meus pais, por todo o apoio, por todo o esforço que têm feito ao longo deste percurso para o tornar possível, por amenizarem as contrariedades que muitas vezes se cruzaram comigo ao longo deste caminho e por acreditarem sempre em mim.

Agradeço aos meus amigos por estarem sempre presentes, por serem pacientes e compreensivos, pela amizade incondicional e por tornarem cada dia melhor e mais fácil.

A todos eles dedico este trabalho, e por eles trabalho e trabalharei diariamente, para que um dia possa corresponder às expectativas que desde o início depositaram em mim.



## Referências bibliográficas

1. Kharroubi AT., Darwish HW. Diabetes mellitus: The epidemic of the century. *World J Diabetes*. 2015 Jun 25; 6(6): 850–867. doi: 10.4239/wjd.v6.i6.850.
2. Goyal R, Jialal I. Diabetes Mellitus Type 2. StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2020 Jan. 2020 Nov 20. Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK513253/>.
3. Zheng Y, Ley SH, Hu FB. Global aetiology and epidemiology of type 2 diabetes mellitus and its complications. *Nat Rev Endocrinol*. 2018 Feb;14(2):88-98. doi: 10.1038/nrendo.2017.151.
4. Khan MAB, Hashim MJ, King JK, Govender RD, Mustafa H., Kaabi JA. Epidemiology of Type 2 Diabetes – Global Burden of Disease and Forecasted Trends. *J Epidemiol Glob Health*. 2020 Mar; 10(1): 107–111. doi: 10.2991/jegh.k.191028.001.
5. Chowdhury TA, Shaho S., Moolla A. Complications of diabetes: progress, but significant challenges ahead. *Ann Transl Med*. 2014 Dec; 2(12): 120. doi: 10.3978/j.issn.2305-5839.2014.08.12.
6. Haghightpanah M, Nejad ASM, Haghightpanah M, Thunga G, Mallayasamy S. Factors that Correlate with Poor Glycemic Control in Type 2 Diabetes Mellitus Patients with Complications. *Osong Public Health Res Perspect*. 2018 Aug; 9(4): 167–174. doi: 10.24171/j.phrp.2018.9.4.05.
7. Amelia R, Lelo A, Lindarto D, Mutiara E. Quality of life and glycemic profile of type 2 diabetes mellitus patients of Indonesian: a descriptive study. *IOP Conference Series: Earth and Environmental Science*. 2018 Mar; 125(1):012171. doi: 10.1088/1755-1315/125/1/012171.
8. Yin S, Njai R, Barker L, Siegel PZ, Liao Y. Summarizing health-related quality of life (HRQOL): development and testing of a one-factor model. *Popul Health Metrics*. 2016; 14: 22. doi: 10.1186/s12963-016-0091-3.

9. Almagro JR, Manzanares AG, Lucendo AJ, Martínez AH. Health-related quality of life in diabetes mellitus and its social, demographic and clinical determinants: A nationwide cross-sectional survey. *J Clin Nurs* 2018 Nov;27(21-22):4212-4223. doi: 10.1111/jocn.14624.
10. Shim YT, Lee J, Toh MPHS, Tang WE, Ko Y. Health-related quality of life and glycaemic control in patients with Type 2 diabetes mellitus in Singapore. *Diabet Med*. 2012 Aug; 29(8): e241-8. doi: 10.1111/j.1464-5491.2012.03689.x.
11. Tang J, Gao L. Illness perceptions among patients with type 2 diabetes mellitus: A cross-sectional study. *Int J Nurs Pract*. 2020 Oct; 26(5): e12801. doi: 10.1111/ijn.12801.
12. Prazeres F, Figueiredo D. Measuring quality of life of old type 2 diabetic patients in primary care in Portugal: a cross-sectional study. *J Diabetes Metab Disord*. 2014 Jun 19; 13: 68. doi: 10.1186/2251-6581-13-68.
13. Cornelis MC, Chiuve SE, Glymour M, Chang SC, Tchetgen EJ, Liang L, et al. Bachelors, divorcees, and widowers: does marriage protect men from type 2 diabetes? *PLoS One*. 2014 Sep 17; 9(9): e106720. doi: 10.1371/journal.pone.0106720.
14. Oliveira CM, Tureck LV, Alvares D, Liu C, Horimoto ARVR, Balcells M, et al. Relationship between marital status and incidence of type 2 diabetes mellitus in a Brazilian rural population: The Baependi Heart Study. *PLoS One*. 2020 Aug 3; 15(8): e0236869. doi: 10.1371/journal.pone.0236869.
15. Ramezankhani A, Azizi F, Hadaegh F. Associations of marital status with diabetes, hypertension, cardiovascular disease and all-cause mortality: A long term follow-up study. *PLoS One*. 2019 Apr 22; 14(4): e0215593. doi: 10.1371 / journal.pone.0215593.
16. Trief PM, Jiang Y, Beck R, Huckfeldt J, Knight T, Miller KM, et al. Adults with type 1 diabetes: Partner relationships and outcomes. *J Health Psychol*. 2017 Mar; 22(4): 446-456. doi: 10.1177/1359105315605654.
17. Ware JE, Kosinski M, Keller SD. SF-12. How to score the SF-12 physical and mental health summary scales. Boston, MA: The Health Institute, New England Medical Center, Second Edition, 1995.

18. Huo T, Guo Y, Shenkman E, Muller K. Assessing the reliability of the short form 12 (SF-12) health survey in adults with mental health conditions: a report from the wellness incentive and navigation (WIN) study. *Health Qual Life Outcomes*. 2018 Feb 13; 16(1): 34. doi: 10.1186/s12955-018-0858-2.
19. Steenstrup T, Pedersen OB, Hjelmberg J, Skytthe A, Kyvik KO. Heritability of health-related quality of life: SF-12 summary scores in a population-based nationwide twin cohort. *Twin Res Hum Genet*. 2013 Jun; 16(3): 670-678. doi: 10.1017/thg.2013.21.
20. Su SW, Wang D. The Reliability and Validity of Short Form-12 Health Survey Version 2 for Chinese Older Adults. *Iran J Public Health*. 2019 Jun; 48(6): 1014-1024.
21. John R, Pise S, Chaudhari L, Deshpande PR. Evaluation of Quality of Life in Type 2 Diabetes Mellitus Patients Using Quality of Life Instrument for Indian Diabetic Patients: A Cross-Sectional Study. *J Midlife Health*. 2019 Apr-Jun; 10(2): 81-88. doi: 10.4103/jmh.JMH\_32\_18.
22. Amelia R, Wahyuni AS, Felicia RA, Preveena. Relationship between family support with quality of life among type 2 diabetes mellitus patients at Amplas primary health care in Medan, Indonesia. *Journal of Physics: Conference Series*. 1116(5): 052004. doi: 10.1088/1742-6596/1116/5/052004.
23. Wändell PE, Tovi J. The quality of life of elderly diabetic patients. *J Diabetes Complications*. 2000Jan-Feb;14(1): 25-30. doi: 10.1016/s1056-8727(99)00066-5.
24. Stojanović M., Cvetanović G., Apostolović M.A., Stojanović D., Rančić N. Impact of socio-demographic characteristics and long-term complications on quality of life in patients with diabetes mellitus. *Cent Eur J Public Health* 2018 Jun;26(2):104-110.
25. Nielsen HB, Ovesen LL, Mortensen LH, Lau CJ, Joensen LE. Type 1 diabetes, quality of life, occupational status and education level – A comparative population-based study. *Diabetes Res Clin Pract*. 2016 Nov; 121: 62-68. doi: 10.1016/j.diabres.2016.08.021.
26. Safari M, Lin CY, Chen H, Pakpour AH. The role of religious coping and social support on medication adherence and quality of life among the elderly with type 2 diabetes. *Qual Life Res*. 2019 Aug; 28: 2183-2193. doi: 10.1007/s11136-019-02183-z.

27. Correia LG, Boavida JM, Almeida JF, Anselmo J, Ayala M, Cardoso SM, et al. Diabetes: Factos e Números – O Ano de 2015 – Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes – Parte I. *Revista Portuguesa de Diabetes*. 2017; 12(1): 40-48.
28. Pinchevsky Y, Butkow N, Raal FJ, Chirwa T, Rothberg A. Demographic and Clinical Factors Associated with Development of Type 2 Diabetes: A Review of the Literature. *Int J Gen Med*. 2020 Mars 31; 13: 121-129. doi: 10.2147/IJGM.S226010.
29. Santos J, Kislaya I, Antunes L, Santos AJ, Rodrigues AP, Neto M, Dias CM. Diabetes: Desigualdades Socioeconómicas na População Portuguesa em 2014. *Acta Med Port* 2017 Jul-Aug; 30(7-8): 561-567. doi: 10.20344/amp.8235.
30. Zanchetta FC, Trevisan DD, Apolinario PP, Silva JB, Lima MHM. Variáveis clínicas e sociodemográficas associadas com o estresse relacionado ao diabetes em pacientes com diabetes mellitus tipo 2. *Einstein (São Paulo)*. 2016 Jul-Sep; 14(3): 346-351. doi: 10.1590/S1679-45082016AO3709.
31. Suwannaphant K, Laohasiriwong W, Puttanapong N, Saengsuwan J, Phajan T. Association between Socioeconomic Status and Diabetes Mellitus: The National Socioeconomics Survey, 2010 and 2012. *J Clin Diagn Res*. 2017 Jul; 11(7): LC18-LC22. doi: 10.7860/JCDR/2017/28221.10286.

## **Anexos**

### **Anexo I – Consentimento Informado**

#### **ADJUST2PAIN: EFEITOS DAS CRENÇAS E DO COPING NA ADAPTAÇÃO À DOR**

O William James Center for Research (WJCR, ISPA – Instituto Universitário, Lisboa, Portugal), e o Rehabilitation Medicine Department da University of Washington (UW, Seattle, WA, EUA) estão comprometidos em melhorar a eficácia dos programas de intervenção multidisciplinares dirigidos a pessoas com dor. A fim de contribuir para este objetivo de longo prazo, este estudo pretende compreender os significados da dor e atitudes face à dor de pessoas com dor de diferentes países, culturas e grupos religiosos, e conhecer a relação entre os significados da dor e atitudes face à dor no bem-estar físico e emocional das pessoas com dor.

Este estudo, financiado pela Fundação para a Ciência e Tecnologia, é levado a cabo pelo WJCR e pela UW sob responsabilidade da Doutora Alexandra Ferreira-Valente (investigadora principal, pós-doutoranda do WJCR, ISPA – Instituto Universitário e da UW), sob supervisão científica do Prof. Doutor José Pais Ribeiro (investigador do WJCR, ISPA – Instituto Universitário), do Prof. Doutor Mark P. Jensen (professor e vice-reitor para a investigação do Rehabilitation Medicine Department, UW). Qualquer pedido de informação/esclarecimento acerca deste estudo pode ser junto de um dos membros da equipa de investigação por email (mvalente@ispa.pt) ou por telefone (+351 218 811 748 ou +351 969 082 988).

A sua experiência é única, e por isso a sua participação é essencial.

A participação neste estudo é completamente voluntária, anónima e confidencial.

Pode desistir de participar em qualquer momento e por qualquer razão, sem dar qualquer explicação e sem qualquer prejuízo para si.

Obrigada, desde já, pela sua participação e contribuição para este estudo!

Este projeto de investigação, intitulado “Mediation and moderation effects of culture, religion, beliefs and coping in the adjustment to chronic pain” é financiado pela Fundação para a Ciência e Tecnologia (SFRH/BPD/121452/2016).

Anexo II – Inquérito por Questionário “Adjust2pain: Efeitos das crenças e do coping na adaptação à dor”

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

Sexo:  Feminino  Masculino

Idade: \_\_\_ anos

Estado Civil:  
 Solteiro/a  
 Casado/a ou em união de facto  
 Divorciado/a ou separado/a  
 Viúvio/a

Qual o nível de escolaridade completo que possui (por favor, assinale o nível de escolaridade mais elevado que completou):  
 Nenhum. Não sei ler ou escrever  
 Nenhum, mas eu sei ler ou escrever  
 Sei ler ou escrever, mas não completei o ensino primário  
 1.º ciclo (ensino primário, 4.ª classe/ano)  
 2.º ciclo (6.º ano)  
 3.º ciclo (ensino básico, 9.º ano)  
 Ensino secundário (12.º ano)  
 Bacharelato ou licenciatura ou equivalente  
 Mestrado ou equivalente  
 Doutoramento ou equivalente

Área de residência:  
Distrito \_\_\_\_\_ Concelho \_\_\_\_\_  
Freguesia \_\_\_\_\_

Qual das seguintes expressões descreve melhor o local onde vive?  
 Centro histórico de uma grande cidade (e.g. Lisboa)  
 Uma grande cidade (e.g. Lisboa)  
 Arredores de uma grande cidade  
 Uma cidade de média dimensão (e.g. Figueira da Foz)  
 Uma vila ou uma pequena cidade (e.g. Mafra)  
 Uma aldeia (e.g. Piódão)  
 Uma quinta ou casa de campo

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

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

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

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

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

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

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

- Sim
- Não
- Prefiro não responder

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

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

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

- Sim  
 Não

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

- Artrose  
 Artrite reumatóide  
 Osteoporose  
 Dor associada a trauma ou fratura  
 Lesão/doença no/do joelho(s)  
 Lesão/doença no/do ombro  
 Torcicolo/rigidez do pescoço  
 Doença/lesão do(s) disco(s) intervertebrais ou vértebras  
 Doença/lesão do(s) da coluna não especificada(s)  
 Ciática (dor do nervo ciático)  
 Escoliose  
 Síndrome do túnel cárpico  
 Fibromialgia  
 Enxaqueca ou outra dor de cabeça crónica  
 Cancro  
 Doença vascular periférica  
 Dor associada a intervenção(ões) cirúrgica(s)  
 Diabetes  
 Doença de Crohn ou Colite ulcerativa  
 Lesão medular  
 Amputação de membro  
 Endometriose  
 Dor devido a outro problema de saúde  
 Nenhum dos anteriores  Prefiro não responder

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

- Sim  
 Não

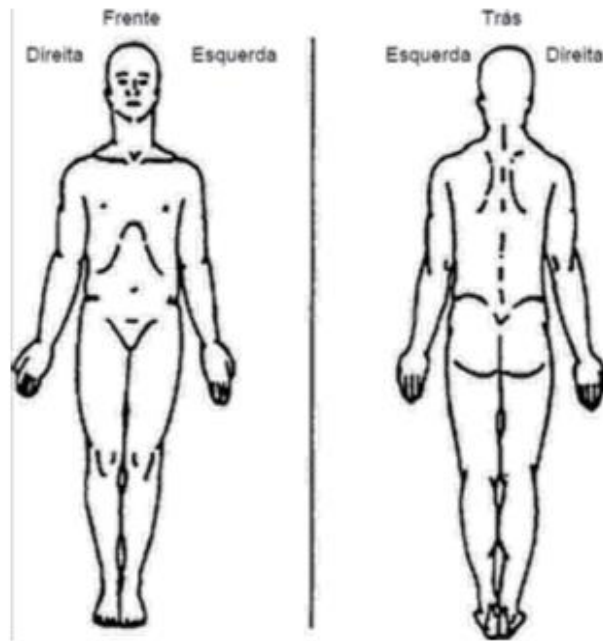
Se sim, qual ou quais?

Quando iniciou esse(s) tratamento(s)?

- |  |       |
|--|-------|
| <input type="radio"/> Fármaco(s)/ Medicamento(s) | _____ |
| <input type="radio"/> Fisioterapia               | _____ |
| <input type="radio"/> Hidroterapia               | _____ |
| <input type="radio"/> Acupuntura                 | _____ |
| <input type="radio"/> Osteopatia                 | _____ |
| <input type="radio"/> Relaxamento                | _____ |
| <input type="radio"/> Hipnose                    | _____ |
| <input type="radio"/> Psicoterapia               | _____ |
| <input type="radio"/> Outro(s). Qual(is)? _____  | _____ |



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



Tem dor todos os dias ou quase?  Sim  Não

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

---

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

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

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

<b>Atividade geral</b>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Não interferiu											Interferiu completamente
<b>Disposição</b>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Não interferiu											Interferiu completamente
<b>Capacidade de andar a pé</b>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Não interferiu											Interferiu completamente
<b>Trabalho normal (inclui tanto o trabalho doméstico como o trabalho fora de casa)</b>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Não interferiu											Interferiu completamente
<b>Relações com outras pessoas</b>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Não interferiu											Interferiu completamente
<b>Sono</b>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Não interferiu											Interferiu completamente
<b>Prazer de viver</b>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Não interferiu											Interferiu completamente

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

- Ansiedade  
 Depressão  
 Outro problema emocional/psicológico  
 Nenhum dos anteriores
  Prefiro não responder

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

- Desejo de pôr termo à (terminar com a) sua vida  
 Tentou pôr termo à (terminar com a) sua vida  
 Nenhum dos anteriores
  Prefiro não responder

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

Por exemplo:

0    1    2    3    4    5    6  
 Nada    Totalmente  
 confiante    confiante

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

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

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

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

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

**Chave de resposta**

- 0 = No meu caso, isto é completamente falso.
- 1 = No meu caso, isto é relativamente falso.
- 2 = No meu caso, isto não é verdadeiro nem falso (ou não se aplica a mim).
- 3 = No meu caso, isto é relativamente verdadeiro.
- 4 = No meu caso, isto é completamente verdadeiro

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- Quase sempre
- Muitas vezes
- Por vezes
- Nunca

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

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

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

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

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

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

**Tenho a cabeça cheia de preocupações:**

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

**Sinto-me animado/a:**

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

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

- Quase sempre
- Muitas vezes
- Por vezes
- Nunca

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

- Quase sempre
- Muitas vezes
- Por vezes
- Nunca

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

- Nunca
- Por vezes
- Muitas vezes
- Quase sempre

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

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

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

- Muito
- Bastante
- Não muito
- Nada

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

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

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

- Muitas vezes
- Bastantes vezes
- Por vezes
- Nunca

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

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

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

Em geral, como diria que a sua Saúde é:

- Ótima     Muito boa     Boa     Razoável     Fraca

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

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

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

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

Andar mais de 1km

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

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

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

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

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

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

Fez menos do que queria     Sim     Não

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

- Absolutamente nada     Um pouco     Moderadamente     Bastante     Imenso

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

Quanto tempo nas últimas 4 semanas:

Se sentiu cheio/a de vitalidade?

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

Se sentiu muito nervoso/a?

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**Em média, quanto tempo por dia (em 24 horas) passa a ouvir música religiosa, ou programas religiosos na rádio, ou a ver programas religiosos na televisão?**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

---

To be fulfilled by the research team.

SUBID \_\_\_\_\_

INSTID \_\_\_\_\_

## Anexo III – Parecer da Comissão de Ética do ISPA



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

### COMISSÃO DE ÉTICA

#### PARECER

I/005/03/2018

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

**Investigador responsável:** Alexandra Ferreira Valente

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

**Telefone para contato:**

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

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

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

Comissão Ética do ISPA – Instituto Universitário

(Assinatura do Presidente da CE)

Lisboa, 6 de Abril de 2018.



## Anexo IV – Parecer da Comissão de Ética da Universidade de Washington



HUMAN SUBJECTS DIVISION

### IRB APPROVAL OF APPLICATION

May 21, 2018

Dear Mark Jensen:

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

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

#### IRB Approval

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

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

#### Determinations, waivers, and regulations

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

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

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

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

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

	subjects <ul style="list-style-type: none"><li>• Waived for subjects who provide oral consent during the phone screening to access their medical records to ensure eligibility</li></ul>
--	--

Location of documents

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

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

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

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

Sincerely,

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