

CENTRO UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA - CEUB
PROGRAMA DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA

CAMILA CARVALHO FURTADO

**CORRELAÇÃO ENTRE IDEAÇÃO SUICIDA E QUALIDADE DE VIDA ENTRE
DIABÉTICOS TIPO 2 NA PANDEMIA**

BRASÍLIA

2021

CAMILA CARVALHO FURTADO

**CORRELAÇÃO ENTRE IDEAÇÃO SUICIDA E QUALIDADE DE VIDA ENTRE
DIABÉTICOS TIPO 2 NA PANDEMIA**

Relatório final de pesquisa de Iniciação Científica
apresentado à Assessoria de Pós-Graduação e
Pesquisa.

Orientação: Prof. Sergio Henrique de Souza Alves

BRASÍLIA

2021

AGRADECIMENTOS

Aqui deixo meus agradecimentos ao meu professor orientador Sérgio, por ter me incentivado a ir além com o tema, sempre me proporcionando autonomia e autoconfiança com minhas produções acadêmicas. Agradecimentos também ao Marcus, por sempre ter sido tão paciente comigo nos meus momentos de desistência e desânimo. Seu apoio com certeza me ajudou a seguir firme em frente. Agradeço meus pais por sempre me apoiarem em tudo que eu faço e me ajudando a buscar minha melhor versão de mim.

Momentos de falta e desamparo são importantes para que a criação tenha espaço para surgir.”

RESUMO

A mudança de rotina proporcionada pela pandemia da COVID-19 impactou na saúde mental e no tratamento do diabetes tipo 2, aumentando também fatores de risco relacionados ao tratamento da doença. A qualidade de vida também está relacionada com os tipos de estratégias de enfrentamento que a pessoa emprega diante as adversidades. Este trabalho teve como principais objetivos verificar a relação entre qualidade de vida e ideações suicidas entre diabéticos do tipo 2, tendo uma variável relevante, a pandemia. Foram aplicados virtualmente os questionários SF-36 e QIS, tendo os resultados descritos a partir da correlação utilizando o Coeficiente Linear de Pearson. A maioria dos fatores do SF-36 apresentaram forte correlação inversamente proporcional com o QIS. Tratar de uma doença crônica já é em si bastante desafiador e acredita-se que a ocorrência da pandemia possa ter intensificado esses desafios, interferindo na saúde em geral e na qualidade de vida dos diabéticos em geral. estudos realizados no Brasil indicam que durante o período da pandemia hábitos não saudáveis tais como consumo de álcool e tabaco, sedentarismo e consumo de alimentos ultraprocessados aumentaram significativamente entre a população adulta. A importância do cuidado à saúde de forma integral dos diabéticos se reforça no contexto de pandemia, porém nesse período ocorreram mudanças sobre a atenção do sistema de saúde, prejudicando o acesso ao serviço de saúde e a medicamentos também, logo aumentando os fatores de risco. Este reflexo pode ser observado nas respostas dos questionários, tendo os resultados das correlações entre fatores da qualidade de vida e ideação suicida, em sua maioria, inversamente proporcionais e de forte significância estatística. Em outras palavras, a maioria dos participantes apresentou uma percepção negativa em relação à qualidade de vida, logo apresentando maiores índices de ideação suicida. Nesse sentido, percebendo as mudanças negativas presentes principalmente no estilo de vida dos adultos durante a pandemia, torna-se indispensável a adoção de políticas públicas para atender questões relativas à saúde. Mesmo em um período atípico, medidas de proteção e prevenção contra as DCNT não podem ser interrompidas e a população deve permanecer assistida.

Palavras-chave: DM2; Ideação suicida; Qualidade de vida; Pandemia.

LISTAS DE TABELAS

Tabela 1

p. 24

Tabela 2

p. 26

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	8
2	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	13
3	MÉTODO	21
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO	23
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	30
	REFERÊNCIAS	32
	ANEXOS	35

1 INTRODUÇÃO

O tratamento do diabetes exige uma mudança no hábito alimentar e também no estilo de vida da pessoa. Esse monitoramento radical pode resultar em um sentimento de tristeza associado à doença, principalmente se ela for crônica e potencialmente incapacitante, o que é o caso do diabetes (SBD, 2017-2018). De acordo com os resultados do estudo de Anderson, Freedland, Clouse, e Lustman (2001), pessoas com diabetes (tanto do tipo I quanto do tipo II) têm uma probabilidade duas vezes maior de desenvolver depressão em comparação com uma pessoa sem diabetes, mas segundo Renn, Feliciano e Segal (2011), esse diagnóstico se dá com maior frequência pelo fato de diabéticos terem mais contato com serviços médicos, tornando viável a identificação do diagnóstico.

Diversos estudos comprovam a relação existente entre depressão e diabetes, assim como também relatam que a prevalência de um Transtorno Depressivo Maior (transtorno psiquiátrico com descrição diagnóstica mais especificamente definida que se encontra no DSM-5) é duas ou três vezes maior em um paciente diabético adulto em relação à população geral (Sociedade Brasileira de Diabetes, 2017-2018).

De acordo com Kinder et al. (2002, citado por Renn et al., 2011) e Knol et al. (2007, citado por Renn et al. 2011), muitos pesquisadores ainda estudam a relação entre depressão e diabetes. Por um lado, diz-se que a depressão é uma consequência do diabetes, já que o diabético tem duas vezes mais chance de desenvolver depressão do que uma pessoa sem diabetes, justamente devido à carga da doença crônica sobre a pessoa ou por causa da variação bioquímica constante que ocorre no indivíduo diabético.

Já por outro lado, diz-se que os sintomas depressivos são fatores de risco para o desenvolvimento de diabetes, devido ao declínio de execução de hábitos saudáveis pelo

indivíduo, que é uma característica presente em indivíduos depressivos, ou devido a mudanças bioquímicas do organismo relacionadas à depressão (Kinder et al., 2002 citado por Renn et al., 2011; Knol et al., 2007 citado por Renn et al. 2011). Contudo Marcelino e Carvalho (2005) já relatavam que o diabetes pode ser considerado uma doença tanto psicossomática quanto somatopsíquica, ou seja, que sofre influências de diversos fatores emocionais em sua origem, manifestando mudanças físicas decorrentes do sofrimento psíquico e que o sofrimento físico (no caso a doença crônica) pode gerar alterações do estado de saúde psíquica, respectivamente.

O comportamento suicida está altamente relacionado com a incapacidade do indivíduo de identificar alternativas viáveis para a solução de seus conflitos, assim enxergando a morte como a única maneira de solucionar seus problemas e fugir de situações estressantes (Vidal et al., 2013).

Identificar e tratar adequadamente a depressão também reduz a taxa de suicídio. Alguns fatores observados considerados como sendo de risco são a alteração do comportamento do sujeito sendo voltados para o isolamento social, ações ou ideias autopunitivas, fala desesperançosa de conteúdos pessimistas ou de desistência da vida e outros comportamentos de risco que podem sinalizar um pedido de ajuda. Por parte do serviço de saúde e entre outros profissionais, o suicídio pode ser prevenido a partir de uma investigação mais cuidadosa do histórico do sujeito, podendo-se utilizar de instrumentos que identifiquem uma possível depressão ou presença de ideações suicidas. Alguns desses instrumentos e técnicas são facilmente aplicáveis nas rotinas de avaliação e saúde, podendo ser aplicados por um enfermeiro (Vidal et al., 2013). Um importante fator observado neste último ano que interferiu na incidência de depressão foi a pandemia da COVID-19.

Em março de 2020 no Brasil, decretos governamentais começaram a ser lançados instaurando a quarentena, uso de máscaras obrigatório e outros hábitos de higiene entre todos os cidadãos como tentativa de desacelerar a contaminação pelo coronavírus que havia recentemente chegado no país. Neste momento, o isolamento social também foi intensificado inicialmente com fechamento temporário das escolas, do comércio, das igrejas e entre outros espaços de convivência. Além de mudanças de hábitos referentes à pandemia, segundo Drucker (2020), outra preocupação surgiu em relação às implicações no tratamento de doenças metabólicas tal qual o diabetes tipo 2, uma vez comprovado que pessoas obesas têm maior probabilidade de desenvolver complicações ao serem contaminadas pelo corona vírus.

O diabetes está associado ao alto risco de infecções bacterianas e virais severas e entre outras infecções no trato respiratório. No mundo inteiro, doenças infecciosas contribuem no aumento da mortalidade de pessoas diabéticas.

Com a mudança drástica da rotina, isolamento social e reformulação de conceitos como higiene e saúde, não há dúvidas que houve um grande impacto da pandemia da COVID-19 na saúde mental, uma vez constatado estatisticamente que eventos extremos aumentam significativamente o número de tentativas de suicídio e que possivelmente a pandemia aumentou o número de casos de suicídios consumados por aumentarem fatores de riscos como isolamento, desesperança, acesso reduzido a suporte comunitário ou religioso/espiritual, dificuldade no acesso a centros e serviços de saúde e no tratamento em saúde mental, solidão, suicídios de familiares e entre outros fatores (Greff, Melo, Lima, Pereira, Alves, Cornejo & Silva Filho, 2020).

Não seria exatamente o diabetes o causador da depressão, mas fatores estressores relacionados ao manejo da doença podem resultar em um quadro depressivo (Gale et al.,

2010). É bem plausível que um mal controle glicêmico leve à depressão, maior ansiedade e estresse. Sendo assim, é necessário dar atenção aos aspectos auxiliares no manejo da doença e promotores de saúde e bem-estar que, conseqüentemente, poderão influenciar em uma boa adesão ao tratamento e melhores formas de enfrentamento da realidade vivida pelo diabético.

A taxa de mortalidade por suicídio tem sofrido um acréscimo significativo no Brasil entre pessoas de 20 a 59 anos, principalmente homens, idosos, indígenas e moradores de cidades de pequeno e médio porte populacional. Situações de risco de suicídio também estão relacionados com doenças clínicas e/ou ao seu tratamento como, por exemplo, dor crônica, relação de abstinência com medicamentos, funcionamento metabólico anormal, condições que afetam o sistema nervoso central, efeitos colaterais de medicamentos, estresse relacionado à doença entre outros (Botega, 2014).

De acordo com Botega (2014), certas dificuldades físicas e emocionais relacionadas ao diabetes podem levar o sujeito à pensamentos desesperançosos, buscando a autoeliminação como solução para o fim do sofrimento. Por isso, deve-se atentar ao apoio social e psicológico durante o tratamento e acompanhamento médico do diabético, pois é mais provável que a adesão e um tratamento bem sucedido sejam possíveis a partir de uma boa perspectiva do paciente sobre o futuro, sendo em relação ao tratamento, à melhora, à saúde, etc., e que a ele seja fornecido suporte (social, familiar e psicológico) para enfrentar as dificuldades e sofrimentos provenientes de uma doença crônica e suas possíveis comorbidades.

Justifica-se, então, a importância da promoção de estudos relacionados ao tema da relação de ideias suicidas e qualidade de vida entre os diabéticos em geral, para que fatores intensificadores, tanto de uma correlação direta ou inversamente proporcionais, sejam mais

precisamente identificados entre essas variáveis, promovendo a exaltação ou criação de estratégias de promoção de saúde e bem-estar. Levando em consideração a publicação do Jornal Edição do Brasil (2018), 90% dos casos de suicídio poderiam ter sido evitados se tivesse havido pelo menos uma abertura para a discussão sobre o assunto acompanhado de suporte e apoio emocional para com as pessoas que sofriam com a incerteza entre tirar a própria vida ou viver com sofrimento incondicional. Pensar em suicídio não está necessariamente relacionado com o querer morrer, mas sim querer se livrar de sofrimento e angústia imensuráveis que, neste caso, a morte parece a única solução.

O suicídio ainda é um assunto considerado como tabu na sociedade e para que sua desconstrução ocorra é necessário que um espaço de diálogo seja aberto. Falar sobre o assunto significa desconstruir fantasias e especulações errôneas sobre o fenômeno, permitindo a compreensão do que realmente é. O suicídio precisa ser discutido para o conhecimento e aprimoramento de suas formas de enfrentamento e prevenção, de maneiras de aprimoramento de serviços de saúde e políticas públicas voltadas, principalmente, à atenção primária, de treinamento de profissionais da saúde em prevenção de suicídio e também para o conhecimento populacional sobre a identificação de comportamentos suicidas e de melhores estratégias de manejo e prevenção.

Este trabalho teve como objetivo verificar a relação entre qualidade de vida e ideações suicidas entre diabéticos do tipo 2 e observar o impacto da doença crônica na vida do sujeito e em sua perspectiva sobre o suicídio através da análise de dados. Teve como objetivo, também, identificar a faixa etária em que as ideações suicidas estão mais evidentes e como ela se relaciona com a qualidade de vida.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

De acordo com a American Diabetes Association (2010), o diabetes mellitus constitui um grupo de doenças metabólicas que têm como denominador comum a hiperglicemia resultante da resistência à ação da insulina, secreção insuficiente desse hormônio ou ambos. A doença está também relacionada a distúrbios do metabolismo lipídico e proteico.

A doença vem sofrendo um aumento em sua prevalência na sociedade devido a fatores como rápida urbanização, maior frequência de estilo de vida sedentário, envelhecimento populacional, maior frequência de excesso de peso, transições nutricionais, transições epidemiológicas e, também, à maior sobrevivência dos indivíduos com diabetes. O diabetes do tipo 2 corresponde a 90 a 95% dos diabéticos, tendo sua etiologia multifatorial envolvendo tanto fatores genéticos quanto ambientais. Apesar do histórico familiar ser um fator mais destacado nas causas de desenvolvimento dessa doença, a má alimentação, o sedentarismo, obesidade e estilo de vida são fatores fortemente considerados como sendo de risco (Sociedade Brasileira de Diabetes, 2017-2018).

De acordo com a Sociedade Brasileira de Diabetes (2017-2018), os diabéticos tipo 2 geralmente não são dependentes da injeção de insulina, como são os diabéticos do tipo 1, pois não se trata de uma doença autoimune contra a produção do hormônio. O tipo 2 se desenvolve a partir da perpetuação da hiperglicemia, que pode estar relacionada ao aumento de gordura visceral relacionado à resistência insulínica. Ao longo do tempo, a sobrecarga do pâncreas na produção de insulina pode levar o órgão à falência, provocando a deficiência da insulina no corpo, assim a pessoa necessitará da injeção de insulina. Os fatores de risco relacionados ao diabetes tipo 2 estão a inatividade física e má alimentação que contribuem

para a obesidade, histórico familiar de diabetes, idade avançada, diagnóstico prévio de pré-diabetes ou diabetes mellitus gestacional, presença de hipertensão arterial e dislipidemia.

O tratamento do diabetes exige uma mudança no hábito alimentar e também no estilo de vida da pessoa. Esse monitoramento radical pode resultar em um sentimento de tristeza associado à doença, principalmente se ela for crônica e potencialmente incapacitante, o que é o caso do diabetes (Sociedade Brasileira de Diabetes, 2017-2018). De acordo com os resultados do estudo de Anderson, Freedland, Clouse, e Lustman (2001), pessoas com diabetes (tanto do tipo I quanto do tipo II) têm uma probabilidade duas vezes maior de desenvolver depressão em comparação com uma pessoa sem diabetes, mas segundo Renn, Feliciano e Segal (2011), esse diagnóstico se dá com maior frequência pelo fato de diabéticos terem mais contato com serviços médicos, tornando viável a identificação do diagnóstico.

A depressão é considerada a quarta doença mais presente no mundo atualmente. Estima-se que 121 milhões de pessoas sofrem com a doença, mas apenas 25% dessa população tem acesso ao tratamento adequado. Calcula-se que pelo menos 5 a 10% da população mundial sofrerão pelo menos um episódio depressivo no decorrer da vida. Mulheres são mais sujeitas a desenvolver depressão (10 a 20%) do que homens (5 a 12%) e aproximadamente 15% dos depressivos graves se suicidam (Barbosa, Macedo & Silveira, 2011).

Diversos estudos comprovam a relação existente entre depressão e diabetes, assim como também relatam que a prevalência de um Transtorno Depressivo Maior (transtorno psiquiátrico com descrição diagnóstica mais especificamente definida que se encontra no DSM-5) é duas ou três vezes maior em um paciente diabético adulto em relação à população geral. Apesar da relação existente, ainda é difícil para o profissional clínico definir se o

pessimismo gerado pela mudança drástica do estilo de vida consequente do diabetes é uma resposta realista à sua situação de vida ou se é realmente uma manifestação do transtorno depressivo. Por essa dificuldade, apenas 1/3 dos diabéticos com depressão recebem o diagnóstico apropriado (Sociedade Brasileira de Diabetes, 2017-2018). Porém, segundo Anderson et al. (2001, citado por Renn et al., 2011), dependendo do tipo de avaliação utilizado, estima-se que entre 11% (avaliados a partir de entrevistas diagnósticas padrões) a 30% (avaliados a partir de questionários de autorrelato) dos pacientes diabéticos têm depressão comórbida.

De acordo com Kinder et al. (2002, citado por Renn et al., 2011) e Knol et al. (2007, citado por Renn et al., 2011), muitos pesquisadores ainda estudam a relação entre depressão e diabetes. Por um lado, diz-se que a depressão é uma consequência do diabetes, já que o diabético tem duas vezes mais chance de desenvolver uma depressão do que uma pessoa sem diabetes, justamente devido à carga da doença crônica sobre a pessoa ou por causa da variação bioquímica constante que ocorre no indivíduo diabético. Já por outro lado, diz-se que os sintomas depressivos são fatores de risco para o desenvolvimento de diabetes, devido ao declínio da execução de hábitos saudáveis pelo indivíduo, que é uma característica presente em indivíduos depressivos, ou devido a mudanças bioquímicas do organismo relacionadas à depressão. Contudo Marcelino e Carvalho (2005) já relatavam que o diabetes pode ser considerado uma doença tanto psicossomática quanto somatopsíquica, ou seja, que sofre influências de diversos fatores emocionais em sua origem, manifestando mudanças físicas decorrentes do sofrimento psíquico e que o sofrimento físico (no caso a doença crônica) pode gerar alterações do estado de saúde psíquica, respectivamente.

Não seria exatamente o diabetes o causador da depressão, mas fatores estressores relacionados ao manejo da doença podem resultar em um quadro depressivo. (Gale et al., 2010). É bem plausível que um mal controle glicêmico leve à depressão, maior ansiedade e estresse. O estresse, inclusive, pode ter tanto um aspecto negativo quanto positivo para a pessoa. Negativo, pois pode dificultar o controle glicêmico, devido à ação hormonal envolvida (liberação excessiva de cortisol, etc.); e positivo, pois permite com que o paciente perceba o quão importante é aderir ao tratamento, sendo uma reação de autopreservação (Minanni, Ferreira, Sant'Anna & Coates, 2010).

Algo que deve ser atentado é que a depressão é geralmente tratada de forma inadequada justamente pela dificuldade de identificar seus sintomas. Segundo a Associação Brasileira de Psiquiatria (2017), o fenômeno do suicídio envolve diversos fatores socioculturais, filosófico-existenciais, ambientais, genéticos e psicodinâmicos. A ocorrência de transtornos mentais se destaca como maior fator de risco de suicídio, sendo que em 96,8% dos casos suicidas caberiam um diagnóstico de transtorno mental à época do ato fatal. Em 2012, o suicídio foi classificado como a 2ª maior causa de morte no mundo entre a faixa etária de 15 a 29 anos, sendo que 75% dos atos aconteceram em países de baixa e média renda; e a 15ª maior causa de morte, responsável por 1,4% das mortes da população mundial. A tentativa prévia é o mais forte fator preditivo de suicídio, mesmo não sendo a forma mais saudável de pedir ajuda, é necessário o acolhimento do sofrimento dessa pessoa.

O comportamento suicida está altamente relacionado com a incapacidade do indivíduo de identificar alternativas viáveis para a solução de seus conflitos, assim enxergando a morte como a única maneira de solucionar seus problemas e fugir de situações estressantes (Vidal et al., 2013).

Identificar e tratar adequadamente a depressão também reduz a taxa de suicídio. Alguns fatores observados considerados como sendo de risco são a alteração do comportamento do sujeito sendo voltados para o isolamento social, ações ou ideias autopunitivas, fala desesperançosa de conteúdos pessimistas ou de desistência da vida e outros comportamentos de risco que podem sinalizar um pedido de ajuda. Por parte do serviço de saúde e entre outros profissionais, o suicídio pode ser prevenido a partir de uma investigação mais cuidadosa do histórico do sujeito, podendo-se utilizar de instrumentos que identifiquem uma possível depressão ou presença de ideações suicidas. Alguns desses instrumentos e técnicas são facilmente aplicáveis nas rotinas de avaliação e saúde, podendo ser aplicados por um enfermeiro (Vidal et al., 2013).

Porém a depressão não é o único fator que pode desencadear comportamentos suicidas em um sujeito. Segundo as análises de Vidal et al. (2013), entre outros fatores relacionados à morte por suicídio estão a classe social (sendo que as classes mais baixas demonstram taxas mais elevadas de suicídio), o desemprego e/ou situações de crise econômica, o fato de morar sozinho, estado civil (o maior risco de suicídio está entre os solteiros, divorciados e viúvos, mas a maior taxa de mortalidade por suicídio se verificou em casados) e ter problemas psiquiátricos. Estima-se que o maior risco de suicídio costuma ocorrer durante um ano após uma tentativa, logo devendo intensificar os cuidados para com o sujeito durante este período. As variáveis associadas com um maior risco após a tentativa são o sexo masculino, uma idade avançada (variável mais frequente em mulheres), o uso prolongado de hipnóticos, presença de transtornos psiquiátricos, saúde física ruim e tentativas repetidas.

De acordo com a Associação Brasileira de Psiquiatria (2017), a tentativa prévia de suicídio e a presença de transtorno mental são dois fortes fatores de risco para o suicídio. Outros indicadores também podem incluir o uso de álcool e outras drogas, comportamentos de impulsividade, sentimento de desesperança e desespero (falta de habilidade de resolução de problemas, busca de sentido existencial e razão para viver), ter acesso a instrumentos e substâncias letais, isolamento social e ausência de amigos íntimos. Van Orden et al. (2010) citado por Vasconcelos-Raposo, Soares, Silva, Fernandes e Teixeira (2016) também contribuem com alguns outros fatores de risco de suicídio sendo eles problemas familiares, desemprego e doenças físicas.

As tentativas de suicídio são mais prevalentes em mulheres e entre os mais jovens, mas de forma geral os homens cometem mais suicídio (Vidal et al., 2013). Revela-se uma taxa de 150 tentativas de suicídio por 100.000 habitantes e que 75% delas ocorreram entre mulheres com idade inferior a 27 anos (Chachamovich, 2009 citado por Barbosa et al., 2011). Constatou-se também que as tentativas de suicídio são mais recorrentes em mulheres que não trabalham fora de casa, fazendo-se acreditar que trabalhar fora do ambiente doméstico é um fator positivo em relação à qualidade da saúde mental. Observou-se também outros fatores relacionados a tentativas ou à mortalidade por suicídio como a baixa escolaridade do sujeito, residência em bairros periféricos e predomínio de ocupação de cargos com pouca qualificação (Vidal et al., 2013)

A qualidade de vida é apontada, muitas vezes, como sinônimo de saúde, felicidade, satisfação pessoal, estilo de vida, condição de vida e entre outros. Seus aspectos de avaliação vão desde renda do sujeito até a satisfação com algum aspecto específico da vida (Michalos, Zumbo & Hubley, 2000; Schmidt, Power, Bullinger & Nosikov, 2005; Renwick & Brown, 1996;

Buss, 2000; Nahas, 2003 citado por Pereira, Teixeira & Dos Santos, 2012). A crescente preocupação em relação a esse fator provém das ciências biológicas e humanas com o intuito do aumento da expectativa de vida, da diminuição da taxa de mortalidade e de aspectos gerais de controle de sintomas (Fleck et al., 1999 citado por Pereira et al., 2012).

Segundo WHOQOL (1994, citado por Pereira et al., 2012) a qualidade de vida “é considerada como a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” imersos em uma questão ética, mas que deve ser analisado a partir da perspectiva de cada indivíduo. Qualidade, em sua etimologia (em latim *qualis*), significa característica de algum elemento que pode ser tanto considerado em si mesmo quanto comparado a um outro grupo, assim podendo adotar tanto características positivas quanto negativas, apesar de que, ao citar o termo, a maioria das vezes, remete-se somente a características positivas.

Outro conceito importante a ser considerado é a qualidade de vida em relação à saúde (*health related quality of life*) proposto por Aida L. Giachello, que explica o valor dado pelo sujeito à duração da vida influenciado pela percepção das limitações físicas, psicológicas, funções sociais e outras influências ocasionadas por doenças, tratamentos ou agravos. Em resumo, os conceitos fundamentais para se falar sobre qualidade de vida em relação à saúde seriam a percepção da própria saúde, as funções sociais, físicas e psicológicas assim como os danos relacionados a elas (Pereira et al., 2012).

São desenvolvidos diversos instrumentos e técnicas para a mensuração direta da saúde, capaz de reconhecer o bem-estar físico, mental e social do sujeito. A qualidade de vida está diretamente relacionada à promoção da saúde, a qual tem como foco o processo social

sobre sua produção (Campos & Rodrigues Neto, 2014). Logo, para alcançar essa boa qualidade é necessário não apenas ter acesso a serviços médico-assistenciais eficazes, mas enfrentar aspectos para além desse único fator, requerendo “políticas públicas coerentes, uma efetiva articulação intersetorial do poder público e a mobilização da população” (Buss, 2000 citado por Pereira et al., 2012).

A qualidade de vida também está relacionada com os tipos de estratégias de enfrentamento que a pessoa emprega diante as adversidades. Segundo Minanni et al. (2010), boas estratégias são essenciais para que o diabético consiga lidar com as dificuldades provenientes da doença, podendo promover a conservação de uma autoimagem positiva diante as adversidades, equilíbrio emocional e boa relação com as pessoas que estão envolvidas em seu cotidiano, assim amenizando os efeitos do estresse no cotidiano. Alguns recursos que podem ajudar em uma boa estratégia de enfrentamento são habilidades para resolução de problemas, recursos materiais, saúde e energia, habilidades sociais, busca por suporte social, entre outros.

As estratégias de enfrentamento podem variar de acordo com a idade, logo elas tendem a mudar significativamente de acordo com o desenvolvimento do indivíduo. Crianças, adolescentes e adultos se diferem na maneira de como enfrentam os problemas devido, também, ao repertório de habilidades cognitivas que vão desenvolvendo ao longo do tempo. Quanto maior é esse repertório, maior é a possibilidade de reduzir consideravelmente o nível de estresse associado ao diabetes (Minanni et al., 2010).

Segundo Farqhar (1995), Gill e Feinstein (1994) e Seidl e Zannon (2004, citados por Pereira et al., 2012), muitos instrumentos que permitem mensurar e avaliar a qualidade de vida em relação à saúde foram construídos como tentativa de padronização das medidas para

facilitar sua comparação entre estudos e culturas. Porém com a necessidade de tornar as medidas mais genéricas possíveis, algumas variáveis relacionadas à cultura não são consideradas. Assim, quando se pretende avaliar a qualidade de vida em populações específicas, questiona-se se os indicadores de renda, transporte, salário, uso de medicamentos etc. teriam o mesmo valor em diferentes situações.

3 MÉTODO

3.1 Participantes

Participaram do estudo 54 pessoas diabéticas do tipo 2, sendo elas maiores de 18 anos.

3.2 Local

Foi preparado um questionário virtual na plataforma Google Forms, divulgado através de um endereço eletrônico em mais de 20 grupos do Facebook e 5 grupos de WhatsApp com o tema diabetes e saúde.

3.3 Instrumentos

Foram utilizadas comunidades virtuais das redes sociais Facebook e WhatsApp para a divulgação dos questionários. A ferramenta Google Forms foi utilizada para o preenchimento do formulário pelos participantes o qual continha a coleta de informações pessoais (idade e sexo), de respostas do questionário de qualidade de vida SF-36 (ANEXO A) e de respostas do Questionário de Ideação Suicida (QIS) (ANEXO B).

O SF-36 (*Medical Outcomes Study 36 - Item Short-Form Health Survey*) é um instrumento genérico importante que avalia a qualidade de vida, capaz de abranger-se na avaliação de políticas públicas ao status de saúde de pacientes. Esse instrumento tem como objetivo identificar diferenças clínicas e socialmente relevantes no estado de saúde da

população em geral ou de indivíduos acometidos por certa enfermidade, verificando também mudanças na saúde ao longo do tempo (Laguardia et al., 2014).

“[O SF-36] é um questionário multidimensional formado por 36 itens, englobados em 8 escalas, ou componentes: capacidade funcional, aspectos físicos, dor, estado geral da saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental. Apresenta um escore final de 0 a 100, no qual 0 corresponde a pior estado geral de saúde e 100 a melhor estado de saúde.” (Ciconelli, Ferraz, Santos, Meinão & Quaresma, 1999)

A partir de estudos anteriores, observa-se que os escores para os domínios do SF-36 obtidos em uma população de adultos apresentaram alta confiabilidade e boa qualidade de critérios comparados com outros instrumentos de qualidade de vida (Laguardia et al., 2014).

O Questionário de Ideação Suicida (QIS) avalia a gravidade de pensamentos suicidas entre adolescentes e adultos. É composto por 30 itens os quais oferecem sete respostas, sendo a de menor pontuação “nunca tive este pensamento” (0 pontos) e a de maior pontuação “quase todos os dias” (6 pontos); a pontuação total do questionário pode variar de 0 a 180 pontos, sendo que quanto maior for a pontuação, maior é a frequência de pensamentos suicidas (Ferreira & Castela, 1999 citado por Freitas, 2011).

3.4 Procedimento

Os participantes foram recrutados através de um convite virtual para o preenchimento do formulário seguido de uma mensagem que especificava o recrutamento apenas de participantes diabéticos do tipo 2, logo todos que participaram declararam ter o diagnóstico de diabetes tipo 2; e que todas as respostas seriam mantidas em sigilo e utilizadas apenas para estudos e produções acadêmicas. O convite foi divulgado em grupos da rede social Facebook e da rede social WhatsApp que abordavam especificamente temas sobre o diabetes e saúde.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi adaptado para ser inserido na introdução do formulário, entendendo que, se o participante continuasse a responder ao

formulário ele estaria concordando em participar da pesquisa voluntariamente aceitando os termos. A seguir, o esclarecimento dos termos e condições para responder ao formulário:

“Convido você a participar de uma pesquisa sobre Diabetes e Emoção. Dando importância à prevenção do suicídio e discussão sobre o tema, busco identificar fatores relacionados com a qualidade de vida e ideações suicidas entre DIABÉTICOS DO TIPO 2, para que medidas de prevenção e cuidados possam ser futuramente tomados para o melhor bem-estar das pessoas diabéticas. O formulário leva em torno de 15 minutos para ser respondido!

Sou Camila Carvalho Furtado (e-mail: camila.carvalhof@sempreceub.com), estudante de graduação de Psicologia no Centro Universitário de Brasília (UniCEUB) e desenvolvo esta pesquisa com a orientação do Professor Sérgio Henrique de Souza Alves.

Sua participação é voluntária e de extrema importância. Todos os dados serão anônimos, não identificando o autor das respostas e este formulário será acessado apenas pelos pesquisadores. Seguindo com o questionário você estará de acordo com sua participação e ciente da utilização dos dados para a pesquisa.”

3.5 Análise de dados

Para a análise estatística dos dados foram utilizados o *software* Microsoft® Excel versão 15.13.3 (150815) e o *Statistical Package for the Social Science* (IBM SPSS Statistics) versão 22. Os escores do Questionário de Ideação Suicida (QIS) e dos oito fatores do SF-36 foram descritos a partir da correlação utilizando o Coeficiente Linear de Pearson. Outros fatores correlacionados entre si foram os oito fatores do SF-36 com idade; e o QIS com idade.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados foram correlacionados por meio do Coeficiente Linear de Pearson, seguido por seu nível de significância. Na Tabela 1 e na Tabela 2, verificou-se que as

correlações de todos os 8 fatores do SF-36 entre a ideação suicida (verificada pelo “Questionário de Ideação Suicida”) foram fortíssimas sendo significativas no nível de 0,01, também indicando uma relação inversamente proporcional, ou seja, quanto menor o valor dos aspectos maior será a presença de ideação suicida.

Tabela 1

Correlação entre os Fatores do SF-36, o Questionário de Ideação Suicida (QIS) e a idade. (N=46)

		SF-36				
		Capacidade funcional	Limitações por aspectos físicos	Dor	Estado geral de saúde	Vitalidade
QIS	Correlação de Pearson	-,468**	-,558**	-,712**	-,430**	-,682**
	Sig. (2 extremidades)	,000	,000	,000	,001	,000
Idade	Correlação de Pearson	,194	,334*	,303*	,215	,254
	Sig. (2 extremidades)	,161	,013	,026	,119	,063

**A correlação é significativa no nível 0,01 (2 extremidades).

*A correlação é significativa no nível 0,05 (2 extremidades).

Em relação à idade, os fatores do SF-36 que apresentaram correlação com significância estatística foram “Limitações por aspectos físicos”, “Dor” e “Limitações por aspectos emocionais”, apresentando uma relação diretamente proporcional. Como mostra a Tabela 2, observa-se que a correlação entre QIS e idade também apresentou significância estatística e revelou uma relação inversamente proporcional.

Os fatores “Capacidade funcional”, “Estado geral de saúde”, “Vitalidade”, “Aspectos sociais” e “Saúde mental” não apresentaram correlação com significância estatística com a variável idade.

Tabela 2

Correlação entre os Fatores do SF-36, o Questionário de Ideação Suicida (QIS) e a idade (N=46) (continuação).

		Sf-36			Outras variáveis	
		Aspectos Sociais	Limitações por aspectos emocionais	Saúde mental	QIS	Idade
QIS	Correlação de Pearson	-,604**	-,390**	-,458**	1	-,285*
	Sig. (2 extremidades)	,000	,004	,000	-	,037
Idade	Correlação de Pearson	,178	,292*	,189	-,285*	1
	Sig. (2 extremidades)	,197	,032	,171	,037	-

**A correlação é significativa no nível 0,01 (2 extremidades).

*A correlação é significativa no nível 0,05 (2 extremidades).

Em diversas situações, o conceito de saúde é visto como sinônimo de satisfação pessoal e felicidade, estilo de vida, condições de vida, etc. (Michalos, Zumbo & Hubley, 2000; Schmidt, Power, Bullinger & Nosikov, 2005; Renwick & Brown, 1996; Buss, 2000; Nahas, 2003, citado por Pereira et al., 2012). Esse aspecto pode sofrer influências desde a renda econômica

à satisfação em relação a certos fatores da vida (Pereira et al., 2012). Segundo Barbosa et al. (2011), uma das principais alterações de comportamento que pode insinuar um pedido de ajuda é o isolamento social. De acordo com os resultados apresentados na Tabela 2, apresentou-se o valor correlacional de $-,604$, entre ideação suicida e o fator de aspectos sociais, e que apresentou uma correlação significativa no nível $0,01$. Neste caso, observa-se uma forte correlação entre estes fatores, podendo, assim, inferir que quanto maior a ideação suicida, mais provável será a presença de problemas e dificuldades em relação ao convívio social, assim como também quanto mais frequente é o comportamento de isolamento social, maior é a probabilidade de ideação suicida nesse indivíduo. Esta relação compreende a emergência de comportamentos não só de isolamento, mas também de verbalização de conteúdos pessimistas, retraimento, entre outros.

Em relação ao questionário SF-36, as questões que abarcam os aspectos sociais são “durante as últimas 4 semanas, de que maneira sua saúde física ou problemas emocionais interferiram nas suas atividades sociais normais em relação à família, amigos ou em grupo?” e, “durante as últimas 4 semanas, quanto de seu tempo a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram com as suas atividades sociais (como visitar um amigo, parente, etc.)?”. Ainda de acordo com Fontenelle (2008, citado por Barbosa et al., 2011), ainda há muitos estigmas que rodeiam a questão de falar sobre os problemas emocionais e admitir e expressar o fato de que passa pelo pensamento a ideia da morte como solução rápida e fácil para o fim do sofrimento, assim tornando os comportamentos suicidas ainda mais escondidos e camuflados e dificultando o oferecimento de um suporte especializado.

Muitas vezes essas pessoas preferem guardar o sofrimento para si, com vergonha ou medo de uma possível reprovação social, assim evitando encontrar-se com outras pessoas ou

de buscar ajuda e suporte. Em suma, Moreira e Vasconcelos (2010, citado por Vasconcelos-Raposo et al., 2016) relatam que o isolamento social é um dos fatores sociodemográficos mais presentes na relação com o risco de suicídio.

Porém, devido a uma variável incontrolável, o olhar sobre o aspecto de isolamento social deve ser repensado, pois a pandemia do coronavírus obrigou a todos permanecerem dentro de suas casas sem poder visitar parentes, amigos, sair a lugares públicos etc. É comum observar em uma pandemia a piora da instabilidade psíquica e a potencialização de pensamentos e comportamentos suicidas, logo o fortalecimento de laços sociais e o acesso a tratamentos de saúde mental são fatores protetivos essenciais nesse período atípico (Greff, et al., 2020). A internet também está sendo uma grande aliada nesta questão, conseguindo trazer pessoas para mais perto, permitindo-as fortalecerem laços e compartilharem a experiência em comum que estão passando.

Por mais que a pandemia possa potencializar fatores de risco de suicídio e de transtornos mentais para alguns, o fortalecimento de grupos em prol da saúde e boa qualidade de vida também pode acontecer. Um registro importante dos EUA a ser destacado infere que quando a população passa por uma situação de desastre a taxa de suicídio diminui no país, pois acontece um “pulling effect” (efeito de puxar, de agregar, em tradução livre), quando pessoas que passam por uma mesma situação e dificuldade, elas se unem e se apoiam para compartilhar essa experiência de desamparo, fortalecendo a conexão e o apoio social (Greff, et al., 2020).

Registrou-se em 2018 no Brasil o aumento da taxa de suicídio de idosos com mais de 70 anos e estima-se que o risco de suicídio sobre a população idosa é três vezes maior devido ao luto por perdas e ao afastamento de seus entes queridos, entre outras estratégias de

enfrentamento da pandemia, e é um fenômeno geralmente subnotificado por terem a idade mais avançada, não distinguindo o suicídio da morte natural (Greff, et al., 2020). Porém, no presente trabalho o que gera curiosidade é a correlação com significância estatística no nível 0,05 entre idade e QIS se apresentar inversamente proporcional, ou seja, quanto maior a idade menor é o índice de ideação suicida. Logo, nesta pesquisa pessoas mais jovens se apresentaram mais abaladas emocionalmente que pessoas mais velhas.

De acordo com os autores do Nascimento, Nunes, Orsini e Muhlbauer (2020), as pessoas mais jovens tendem a se conectar mais às mídias tanto televisivas quanto virtuais, deixando-as mais expostas a conteúdos, notícias, relatos sobre a pandemia e a situação atual mundial. O consumo massivo de conteúdo digital, principalmente sobre a pandemia, tem uma grande influência sobre o surgimento de comportamentos auto lesivos, principalmente em crianças e adolescentes.

Os desejos e comportamentos auto-agressivos também surgem de uma série de crises sociais. É importante ressaltar que no período da pandemia, muitas questões de desamparo surgiram como desemprego, falta de acesso a instituições educacionais e de saúde, pobreza entre outras. Com isso, a população adulta geralmente responsável pelo sustento de sua família, pode estar sofrendo uma grande pressão emocional sobre esse aspecto, deixando-os fragilizados emocionalmente e pressionados diante as situações de dificuldade.

Tratar de uma doença crônica já é em si bastante desafiador e acredita-se que a ocorrência da pandemia possa ter intensificado esses desafios, interferindo na saúde em geral e na qualidade de vida dos diabéticos em geral. De acordo com Malta et al. (2021), estudos realizados no Brasil indicam que durante o período da pandemia hábitos não saudáveis tais como consumo de álcool e tabaco, sedentarismo e consumo de alimentos ultraprocessados

aumentaram significativamente entre a população adulta. Observou-se que o convívio com situações estressoras, tais como a perda de emprego, diminuição de renda, dificuldades relacionadas ao sustento familiar, podem resultar na diminuição de comportamentos saudáveis.

Em relação às Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), a importância do cuidado à saúde de forma integral se reforça no contexto de pandemia, porém nesse período ocorreram mudanças sobre a atenção do sistema de saúde, prejudicando o acesso ao serviço de saúde e a medicamentos também, logo aumentando os fatores de risco para pessoas com DCNT (Malta et al., 2021). Este reflexo pode ser observado nas respostas dos questionários, tendo os resultados das correlações entre fatores da qualidade de vida e ideação suicida, em sua maioria, inversamente proporcionais e de forte significância estatística. Em outras palavras, a maioria dos participantes apresentou uma percepção negativa em relação à qualidade de vida, logo apresentando maiores índices de ideação suicida.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS (OU CONCLUSÕES)

Nesse sentido, percebendo as mudanças negativas presentes principalmente no estilo de vida dos adultos durante a pandemia, torna-se indispensável a adoção de políticas públicas para atender questões relativas à saúde. Mesmo em um período atípico, medidas de proteção e prevenção contra as DCNT não podem ser interrompidas e a população deve permanecer assistida.

Com os profissionais tendo de ser criativos em relação a medidas de intervenção, viu-se bastante as adaptações feitas ao longo da pandemia com o propósito de oferecer apoio à população, como a realização de *lives* informativas ou de entretenimento, atendimentos online ou à domicílio, oferta de cursos grátis entre outras propostas.

Neste momento, revela-se ainda mais importante o apoio social e psicológico às pessoas diabéticas, pois se torna mais provável a adesão ao tratamento a partir de uma boa perspectiva da pessoa sobre seu futuro em relação à melhora da sua saúde.

Diversos estudos relatam uma forte diferença de ideação suicida e consumação do ato entre homens e mulheres; verificando-se também influências religiosas, renda econômica e classe social (Botega et al., 2009; Vidal et al., 2013). Fatores sociodemográficos estão fortemente associados ao risco de suicídio, mais especificamente o desemprego, baixa escolaridade, o estado civil e o isolamento social (Vasconcelos-Raposo et al., 2016). Assim se reconhece a importância de fatores sociodemográficos e sua relação com a ideação suicida e o suicídio, sugerindo-se a inclusão dessas variáveis em pesquisas futuras.

Sugere-se também que futuros estudos incluam um número maior de participantes, buscando correlações ainda mais significativas entre os questionários utilizados.

REFERÊNCIAS

- American Diabetes Association. (2010). Diagnosis and classification of diabetes mellitus. *Diabetes care*, 33(Supplement 1), S62-S69.
- Associação Brasileira de Psiquiatria. Comportamento suicida: conhecer para prevenir. 2ª ed. Rio de Janeiro: ABP, 2017. Disponível em: http://www.proec.ufpr.br/download/extensao/2017/abr/suicidio/manual_cpto_suicida_conhecer_prevenir.pdf . Acesso em: 5 mar. 2020.
- Anderson, R. J., Freedland, K. E., Clouse, R. E., & Lustman, P. J. (2001). The prevalence of comorbid depression in adults with diabetes: a meta-analysis. *Diabetes care*, 24(6), 1069-1078.
- Barbosa, F. D. O., Macedo, P. C. M., & Silveira, R. M. C. D. (2011). Depressão e o suicídio. *Revista da SBPH*, 14(1), 233-243.
- Botega, N. J., (2014). Comportamento Suicida: epidemiologia. *Psicologia USP*, 25(3), 231-236.
- Campos, M. O., & Rodrigues Neto, J. F. (2014). Qualidade de vida: um instrumento para promoção de saúde. *Revista Baiana de saúde pública*, 32(2), 232.
- Ciconelli, R. M., Ferraz, M. B., Santos, W., Meinão, I., & Quaresma, M. R. (1999). Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). *Revista Brasileira de Reumatologia*, 39(3), 143-50.
- Drucker, D. J. (2020). Coronavirus infections and type 2 diabetes—shared pathways with therapeutic implications. *Endocrine reviews*, 41(3), 457-470.
- Fernandes-Eloi, J., & Lourenço, J. R. C., (2018). Suicídio na Velhice – Um Estudo de Revisão Integrativa da Literatura. *Revista CES Psicología*, 12 (1), 80-95.

- Freitas, S. A. P. D. (2011). *Variáveis preditoras da ideação suicida em alcoólicos e deprimidos* (Tese de doutorado).
- Gale, C. R., Kivimaki, M., Lawlor, D. A., Carroll, D., Phillips, A. C., & Batty, G. D. (2010). Fasting glucose, diagnosis of type 2 diabetes, and depression: the Vietnam experience study. *Biological psychiatry*, 67(2), 189-192.
- Greff, A. P., Melo, B. D., Lima, C. C., Pereira, D. R., Alves, E. G., Cornejo, E. R. & Silva Filho, O. C. D. (2020). Saúde mental e atenção psicossocial na pandemia COVID-19: suicídio na pandemia COVID-19.
- Jornal Edição do Brasil, (2018). 90% dos suicídios poderiam ter sido evitados. *Jornal Edição do Brasil*. 5 set 2018. Disponível em: <http://edicaodobrasil.com.br/2018/09/05/90-dos-casos-de-suicidio-poderiam-ser-evitados/> Acessado em: 16 mai 2020
- Laguardia, J., Campos, M. R., Travassos, C., Najjar, A. L., Anjos, L. A. D., & Vasconcellos, M. M. (2014). Dados normativos brasileiros do questionário Short Form-36 versão 2. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 16(4), 889-97.
- Malta, D. C., Gomes, C. S., Barros, M. B. D. A., Lima, M.G., Almeida, W. D. S. D., Sá, A. C. M. G. N. D., ... & Szwarcwald, C. L. (2021). Doenças crônicas não transmissíveis e mudanças nos estilos de vida durante a pandemia de COVID-19 no Brasil. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 24.
- Marcelino, D. B., & Carvalho, M. D. B. (2005). Reflexões sobre o diabetes tipo 1 e sua relação com o emocional. *Psicologia: reflexão e crítica*, 18(1), 72-77.
- Minanni, C. A., Ferreira, A. B., Sant'Anna, M. J. C., & Coates, V. (2010). Abordagem integral do adolescente com diabetes. *Adolescência e Saúde*, 7(1), 45-52.

- do Nascimento, J. K. F., Nunes, N. D. S. M., Orsini, M., & Muhlbauer, J. F. E. (2020). Automutilação em Adolescentes e Adultos Jovens na Pandemia por COVID-19: o relato de três casos. *Revista Augustus*, 25(52), 112-122.
- Pereira, É. F., Teixeira, C. S., & dos Santos, A. (2012). Qualidade de vida: abordagens, conceitos e avaliação. *Revista brasileira de educação física e esporte*, 26(2), 241-250.
- Renn, B. N., Feliciano, L., & Segal, D. L. (2011). The bidirectional relationship of depression and diabetes: a systematic review. *Clinical psychology review*, 31(8), 1239-1246.
- Sociedade Brasileira de Diabetes (2017 - 2018). Depressão no diabetes *mellitus*: diagnóstico e conduta. *Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes* In J. E. P. de Oliveira, R. M. M. Júnior, S. Vencio (Org.) São Paulo: Editora Clannad.
- Vasconcelos-Raposo, J., Soares, A. R., Silva, F., Fernandes, M. G., & Teixeira, C. M. (2016). Níveis de ideação suicida em jovens adultos. *Estudos de psicologia*, 33(2), 345-354.
- Vidal, C. E. L., Gontijo, E. C. D. M., & Lima, L. A. (2013). Tentativas de suicídio: fatores prognósticos e estimativa do excesso de mortalidade. *Cadernos de Saúde Pública*, 29, 175-187.

ANEXOS

ANEXO A - Questionário SF-36

Versão Brasileira do Questionário de Qualidade de Vida -SF-36

1- Em geral você diria que sua saúde é:

Excelente	Muito Boa	Boa	Ruim	Muito Ruim
1	2	3	4	5

2- Comparada há um ano atrás, como você se classificaria sua idade em geral, agora?

Muito Melhor	Um Pouco Melhor	Quase a Mesma	Um Pouco Pior	Muito Pior
1	2	3	4	5

3- Os seguintes itens são sobre atividades que você poderia fazer atualmente durante um dia comum. Devido à sua saúde, você teria dificuldade para fazer estas atividades? Neste caso, quando?

Atividades	Sim, dificulta muito	Sim, dificulta um pouco	Não, não dificulta de modo algum
a) Atividades Rigorosas, que exigem muito esforço, tais como correr, levantar objetos pesados, participar em esportes árduos.	1	2	3
b) Atividades moderadas, tais como mover uma mesa, passar aspirador de pó, jogar bola, varrer a casa.	1	2	3
c) Levantar ou carregar mantimentos	1	2	3
d) Subir vários lances de escada	1	2	3
e) Subir um lance de escada	1	2	3
f) Curvar-se, ajoelhar-se ou dobrar-se	1	2	3
g) Andar mais de 1 quilômetro	1	2	3
h) Andar vários quarteirões	1	2	3
i) Andar um quarteirão	1	2	3
j) Tomar banho ou vestir-se	1	2	3

4- Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou com alguma atividade regular, como consequência de sua saúde física?

	Sim	Não
a) Você diminui a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b) Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
c) Esteve limitado no seu tipo de trabalho ou a outras atividades.	1	2
d) Teve dificuldade de fazer seu trabalho ou outras atividades (p. ex. necessitou de um esforço extra).	1	2

5- Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou outra atividade regular diária, como consequência de algum problema emocional (como se sentir deprimido ou ansioso)?

	Sim	Não
a) Você diminui a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b) Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
c) Não realizou ou fez qualquer das atividades com tanto cuidado como geralmente faz.	1	2

6- Durante as últimas 4 semanas, de que maneira sua saúde física ou problemas emocionais interferiram nas suas atividades sociais normais, em relação à família, amigos ou em grupo?

De forma nenhuma	Ligeiramente	Moderadamente	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

7- Quanta dor no corpo você teve durante as últimas 4 semanas?

Nenhuma	Muito leve	Leve	Moderada	Grave	Muito grave
1	2	3	4	5	6

8- Durante as últimas 4 semanas, quanto a dor interferiu com seu trabalho normal (incluindo o trabalho dentro de casa)?

De maneira alguma	Um pouco	Moderadamente	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

9- Estas questões são sobre como você se sente e como tudo tem acontecido com você durante as últimas 4 semanas. Para cada questão, por favor dê uma resposta que mais se aproxime de maneira como você se sente, em relação às últimas 4 semanas.

	Todo Tempo	A maior parte do tempo	Uma boa parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nunca
a) Quanto tempo você tem se sentido cheio de vigor, de vontade, de força?	1	2	3	4	5	6
b) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa muito nervosa?	1	2	3	4	5	6
c) Quanto tempo você tem se sentido tão deprimido que nada pode animá-lo?	1	2	3	4	5	6
d) Quanto tempo você tem se sentido calmo ou tranqüilo?	1	2	3	4	5	6
e) Quanto tempo você tem se sentido com muita energia?	1	2	3	4	5	6
f) Quanto tempo você tem se sentido desanimado ou abatido?	1	2	3	4	5	6
g) Quanto tempo você tem se sentido esgotado?	1	2	3	4	5	6
h) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa feliz?	1	2	3	4	5	6
i) Quanto tempo você tem se sentido cansado?	1	2	3	4	5	6

10- Durante as últimas 4 semanas, quanto de seu tempo a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram com as suas atividades sociais (como visitar amigos, parentes, etc)?

Todo Tempo	A maior parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nenhuma parte do tempo
1	2	3	4	5

11- O quanto verdadeiro ou falso é cada uma das afirmações para você?

	Definitivamente verdadeiro	A maioria das vezes verdadeiro	Não sei	A maioria das vezes falso	Definitivamente falso
a) Eu costumo obedecer um pouco mais facilmente que as outras pessoas	1	2	3	4	5
b) Eu sou tão saudável quanto qualquer pessoa que eu conheço	1	2	3	4	5
c) Eu acho que a minha saúde vai piorar	1	2	3	4	5
d) Minha saúde é excelente	1	2	3	4	5

ANEXO B - Questionário de Ideação Suicida (QIS)

Questionário de Ideação Suicida (Q.I.S.) Versão portuguesa de Ferreira & Castela (1999)

Seguidamente encontra-se uma lista de 30 itens, peço-lhe para responder, assinalando com uma cruz (X), a resposta que melhor expressa o seu sentimento nos últimos 6 meses. Cada item tem 7 possibilidades de resposta:

- (0) «Nunca pensei nisto»
- (1) «Já pensei nisto mas não no último mês»
- (2) «Uma vez por mês»
- (3) «Algumas vezes por mês»
- (4) «Uma vez por semana»
- (5) «Algumas vezes por semana»
- (6) «Quase todos os dias»

		0	1	2	3	4	5	6
1	Pensei que seria melhor não estar vivo.							
2	Pensei suicidar-me.							
3	Pensei na maneira como me suicidaria.							
4	Pensei quando me suicidaria.							
5	Pensei em pessoas a morrerem.							
6	Pensei na morte.							
7	Pensei no que escrever num bilhete sobre o suicídio.							
8	Pensei em escrever um testamento.							
9	Pensei em dizer às pessoas que planeava suicidar-me.							
10	Pensei que as pessoas estariam mais felizes se eu não estivesse presente.							
11	Pensei em como as pessoas se sentiriam se me suicidasse.							
12	Desejei estar morto(a).							
13	Pensei em como seria fácil acabar com tudo.							
14	Pensei que suicidar-me resolveria os meus problemas.							
15	Pensei que os outros ficariam melhor se eu estivesse morto(a).							
16	Desejei ter coragem para me matar.							
17	Desejei nunca ter nascido.							
18	Pensei que se tivesse oportunidade me suicidaria.							
19	Pensei na maneira como as pessoas se suicidam.							
20	Pensei em matar-me, mas não o faria.							
21	Pensei em ter um acidente grave.							
22	Pensei que a vida não valia a pena.							
23	Pensei que a minha vida era muito miserável para continuar.							
24	Pensei que a única maneira de repararem em mim era matar-me.							
25	Pensei que se me matasse as pessoas se aperceberiam que teria valido a pena preocuparem-se comigo.							
26	Pensei que ninguém se importava se eu estivesse vivo(a) ou morto(a).							
27	Pensei em magoar-me mas não em suicidar-me.							
28	Perguntei-me se teria coragem para me matar.							
29	Pensei que se as coisas não melhorassem eu matar-me-ia.							
30	Desejei ter o direito de me matar.							