

Universidade do Minho
Escola de Psicologia

Ângela Sofia Pereira Dias

**Qualidade de Vida nos Pacientes com
Úlcera do Pé Diabético: Um Estudo
Transversal**

Dissertação de Mestrado
Mestrado Integrado em Psicologia

Trabalho realizado sob a orientação da
Professora Doutora Maria da Graça Pereira Alves

junho de 2020

DIREITOS DE AUTOR E CONDIÇÕES DE UTILIZAÇÃO DO TRABALHO POR TERCEIROS

Este é um trabalho académico que pode ser utilizado por terceiros desde que respeitadas as regras e boas práticas internacionalmente aceites, no que concerne aos direitos de autor e direitos conexos.

Assim, o presente trabalho pode ser utilizado nos termos previstos na licença [abaixo](#) indicada.

Caso o utilizador necessite de permissão para poder fazer um uso do trabalho em condições não previstas no licenciamento indicado, deverá contactar o autor, através do RepositóriUM da Universidade do Minho.

Licença concedida aos utilizadores deste trabalho



Atribuição-NãoComercial-SemDerivações

CC BY-NC-ND

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>

Agradecimentos

Este trabalho simboliza o fim de 5 anos de dedicação, superação e resiliência, principalmente este último ano. Resta-me apenas agradecer.

A todos os pacientes do CHTS e do CHUP que aceitaram participar neste estudo, sem eles este trabalho não podia ter sido realizado.

Às equipas multidisciplinares das consultas do pé diabético do CHTS e do CHUP que tão bem me receberam e pela forma como se disponibilizaram a ajudar neste processo.

À minha orientadora, Professora Doutora Maria da Graça Pereira Alves, por toda a dedicação e disponibilidade. Agradeço também por todos os desafios que me colocou ao longo deste ano e meio que me fizeram superar a cada etapa.

À Gabriela, por toda a ajuda e pela companhia em todos os momentos de recolha. Um muito obrigado pela disponibilidade, por me chamares à atenção quando era preciso e elogiar quando o merecia. E um obrigado ainda maior por não me deixares ir abaixo em diversos momentos, levo uma profunda amizade para a vida.

Ao grupo de investigação Saúde Familiar & Doença, por todos os comentários e sugestões que me fizeram crescer enquanto investigadora e que fizeram com o que meu trabalho melhorasse. Permitam-me referir a Margarida pela entreajuda nos momentos de recolha e o Martim por toda a disponibilidade.

Às minhas colegas de mestrado e amigas, Inês, Marta e Mónica que foram um apoio fundamental nestes últimos meses e nunca esquecer que “entrámos juntas, saímos juntas” e isto é apenas o início.

À Raquel e à Rita por terem sido, de modos diferentes, as minhas companheiras de viagem desde o primeiro dia e por terem sido os meus grandes apoios nesta caminhada. Levo a vossa amizade para vida.

Por último (o mais importante), aos meus pais, os que permitiram que eu tivesse esta oportunidade focando-me apenas nos estudos. Foram o meu maior apoio, estou-vos eternamente grata porque sem vocês isto não tinha sido possível e a vós dedico este trabalho.

A todos os meus amigos e familiares que me foram apoiando ao longo deste processo, um muito obrigado.

Sem vocês nada disto tinha sido possível.

Despacho RT - 31 /2019 - Anexo 4

DECLARAÇÃO DE INTEGRIDADE

Declaro ter atuado com integridade na elaboração do presente trabalho académico e confirmo que não recorri à prática de plágio nem a qualquer forma de utilização indevida ou falsificação de informações ou resultados em nenhuma das etapas conducente à sua elaboração.

Mais declaro que conheço e que respeitei o Código de Conduta Ética da Universidade do Minho.

Braga, 03 de junho de 2020

Ângela Sofia Pereira Dias

Qualidade de Vida nos Pacientes com Úlcera do Pé Diabético: Um Estudo Transversal

Resumo

As úlceras do pé diabético (UPDs) constituem uma das complicações mais graves da diabetes e são responsáveis por 80% das amputações na população diabética e estão associadas a uma perda de qualidade de vida (QV) quando comparados com a população diabética e com a população em geral, especialmente no que diz respeito à saúde física. Os fatores psicológicos, como a morbidade psicológica e as representações ameaçadoras da UPD influenciam negativamente a QV destes pacientes. Este estudo teve como objetivo avaliar que variáveis sociodemográficas, clínicas e psicológicas estão associadas e contribuem para uma pior QV relacionada com a UPD (QVUPD). A amostra compreendeu 70 participantes que responderam à *Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)*, ao *Illness Perception Questionnaire- brief (IPQ-B)*, à *The Diabetic Foot Ulcer- short form (DFS-SF)*, ao *METER* e ao questionário sociodemográfico e clínico para avaliar as variáveis em estudo. Concluiu-se que uma maior área da UPD, representações mais ameaçadoras e maior morbidade psicológica estavam associados a uma QVUPD mais pobre. Este estudo demonstra a pertinência de desenhar intervenções para esta população focadas em reduzir a morbidade psicológica e tornar as representações da UPD menos ameaçadoras.

Palavras-chave: Morbidade Psicológica, Qualidade de vida, Representações, Úlcera do Pé Diabético

Quality of Life in Patients with Diabetic Foot Ulcer: A Cross-sectional Study

Abstract

Diabetic Foot Ulcers (DFU) are one of the most severe complications of diabetes, being responsible for 80% amputations in diabetes population and associated to a lost of quality of life (QoL) when compared to diabetic population in general, specially in physical health. Psychological factors, as distress and threatening perceptions of DFU influence a QoL of this patients in a negative way. This study aims to assess which sociodemographic, clinical and psychological variables are associated and contribute to a lower QoL related to DFU (DFUQoL). The sample comprises 70 participants that answered to the *Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)*, the *Illness Perception Questionnaire- brief (IPQ-B)*, the *Diabetic Foot Ulcer- short form (DFS-SF)*, the *METER* and the sociodemographic and clinical questionnaire to assess the variables at study. Results showed that a large DFU area, threatening perceptions about DFU and more distress were associated to a lower DFUQoL. This study highlights the need to design interventions for this population focused on reducing distress and making DFU perceptions less threatening.

Key Words: Diabetic Foot Ulcer, Distress, Perceptions, Quality of Life

Índice

Introdução.....	8
Método.....	11
Objetivos e hipóteses.....	11
Participantes.....	12
Instrumentos.....	12
Procedimento.....	13
Análise de dados.....	14
Resultados.....	15
Discussão.....	21
Limitações e implicações para a prática.....	27
Conclusão.....	28
Referências.....	29
Anexos.....	35

Índice de Tabelas

Tabela 1. <i>Descrição sociodemográfica da amostra (N=70)</i>	16
Tabela 2. <i>Caracterização clínica da amostra (N=70)</i>	17
Tabela 3. <i>Relação entre a QVUPD e as variáveis clínicas</i>	19
Tabela 4. <i>Relação entre a QVUPD e as variáveis sociodemográficas, psicológicas e clínicas</i>	20
Tabela 5. <i>Contribuição das variáveis clínicas e psicológicas para a QVUPD</i>	22

Índice de Figuras

Figura 1. Papel moderador da morbilidade psicológica clinicamente significativa na relação entre a área da UPD e as emoções negativas.....	23
--	----

Introdução

Ao longo dos últimos anos tem-se observado um aumento significativo de doentes crónicos. Uma das maiores doenças crónicas é a Diabetes Mellitus (DM), que afeta o metabolismo “conduzindo a níveis hiperglicémicos inadequados” (Husin, Sidi, & Baharudin, 2017). A DM afeta 422 milhões de indivíduos no mundo inteiro (International Work Group of Diabetic Foot [IWGDF], 2019a) e espera-se que o número de indivíduos afetados suba para 629 milhões em 2045 (International Diabetes Federation [IDF], 2017). Devido a estes números é considerada uma “emergência da saúde pública” (IWGDF, 2019b). Em Portugal, a prevalência era de 13,3%, no ano de 2015, sendo estes os dados mais recentes para a população portuguesa (Direção-Geral da Saúde [DGS], 2017).

Associada à DM estão diversas complicações como é o caso do Pé Diabético (PD). O PD pode ser neuropático, isquémico ou neuroisquémico. O neuropático resulta da danificação dos nervos e é causado diretamente pela DM, enquanto o isquémico se deve a um fluxo inadequado de sangue e de oxigénio nos grandes vasos dos membros inferiores (Doença Arterial Periférica- DAP), não sendo causado diretamente pela DM, mas sim agravado por esta. E, por fim, o neuroisquémico como o nome indica é um misto das duas situações anteriores sendo que a neuropatia surge sempre primeiro e só depois a DAP (Duarte & Gonçalves, 2011). O PD tem diversos estádios associados sendo a ulceração, infeção e amputação os mais comuns.

De acordo com o IWGDF (2019c), as UPD's são “a maior complicação da DM” e acredita-se que a possibilidade de indivíduos diabéticos desenvolverem úlcera no pé, ao longo da vida, é de 25% (Duarte & Gonçalves, 2011; IWGDF, 2019) chegando a afetar “20 a 40% da população diabética, tendo uma incidência anual de 1 a 4 %” (Tallis et al., 2013, p. 1806). As UPD's são responsáveis por 80% das amputações de membros inferiores nos diabéticos (Vicente, Costa, & Castelo Branco, 2020) e a taxa de mortalidade nestes pacientes é duas vezes maior do que em pacientes sem história de úlceras nos pés (Iversen et al., 2009). A infeção nas UPD's afeta mais de 50% destes pacientes (Kwon & Armstrong, 2018). Em Portugal, estas lesões são responsáveis pela maioria das amputações (APDP, 2019) e pelo maior número de camas de hospital ocupadas devido ao internamento (Dantas, 2018). Já a nível global estão associadas a problemas sociais e económicos elevados bem como a uma mortalidade significativa e a uma QV pobre (IWGDF, 2019c). A nível sociodemográfico, de acordo com Ribu et al. (2007, p.179) a “maioria dos pacientes com UPD são homens, mais velhos, a viver sozinhos, com menos escolaridade e sem trabalhar”.

A UPD tem diversas causas, e.g., “incapacidade do autocuidado e deficiência quanto às orientações aos cuidados preventivos” (Cubas et al., 2013, p. 649). À semelhança do PD, também

existem três tipos de úlceras: neuropáticas, isquêmicas e neuroisquêmicas. As neuropáticas devem-se à neuropatia que associada a um trauma provocam a ulceração; as isquêmicas surgem devido à DAP associada a um trauma; e as neuroisquêmicas surgem quando à neuropatia já existente há a associação da DAP e a estas duas condições se associam a um trauma. Estes traumas são situações relativamente pequenas como, por exemplo, calçar um novo par de calçado ou usar calçado mais apertado (Duarte & Gonçalves, 2011). As UPD's mais prevalentes são as neuropáticas (45-60%) (Duarte & Gonçalves, 2011).

Os resultados da UPD podem ser influenciados por fatores do membro, fatores do paciente, como a Nefropatia, e por fatores da úlcera (IWGDF, 2019a). Os fatores da úlcera são a perfusão, a profundidade, a extensão, a infecção e a sensação, avaliados pela PEDIS (acrónimo formado pelo nome dos fatores em inglês) que é a escala de classificação a nível internacional proposta pelo IWGDF. Quanto aos fatores do membro um deles é a DAP. Tanto esta doença como a nefropatia são fatores de mau prognóstico da UPD (Ferreira et al., 2014). A extensão acima referida diz respeito à área da UPD, quanto maior esta área, mais extenso o período de cicatrização. Esta variável também está associada a uma pior QV (Siersma et al., 2013).

A duração das UPD's é, regra geral, de 6 a 14 semanas (Arantes, 2017) e um fator importante para uma boa cicatrização é a adesão aos cuidados (Vedhara et al., 2014). Uma baixa adesão aos cuidados tem diversas consequências associadas que vão interferir com a QV dos pacientes (Macedo, 2017). Segundo Lael-Monfared et al. (2019), a literacia em saúde pode aumentar os comportamentos de autocuidado. No entanto, quando é baixa as UPD's destes pacientes parecem ser de maior dimensão e ter uma maior duração (Margolis, Hampton, Hoffstad, Malay, & Thom, 2015). De acordo com a Organização Mundial da Saúde ([OMS], 1998, p.10), a literacia em saúde “representa as competências cognitivas e sociais que determinam a motivação e habilidade do indivíduo para ganhar acesso a compreender e usar a informação de modo a promover e manter uma boa saúde”. Uma baixa literacia em saúde parece estar associada a uma pior saúde (Berkman, Sheridan, Donahue, Halpern, & Crotty, 2011).

De acordo com o modelo de Leventhal, as representações surgem em resposta a uma ameaça à saúde (Broadbent, Petrie, Main, & Weinman, 2006). Estas representações podem ser cognitivas, emocionais e de compreensão. A parte cognitiva divide-se em identidade, causa, consequências, duração e controlo, enquanto a emocional corresponde a respostas negativas, como a preocupação (Broadbent et al., 2006). As representações quando não são ameaçadoras parecem promover um bom controlo glicémico, favorecendo assim a progressão da cicatrização (Reagan, Walsh, & Shelton, 2016). As

representações da doença influenciam a QV e, além disso, permitem prever a sobrevida dos pacientes com DM e UPD (Vedhara et al., 2016).

Outro fator importante para um menor período de ferida ativa é um bom controlo glicémico que, segundo Husin et al. (2017), pode ser afetado pela morbilidade psicológica, visto que a depressão e a ansiedade podem afetar o metabolismo do corpo. Deste modo, o *distress* influencia a progressão da cicatrização uma vez que os mecanismos de stress atrasam este processo, promovendo cuidados de longo-termo e baixa QV (Alrub et al., 2019).

A morbilidade psicológica pode “surgir devido ao *stress* causado pela incapacidade física” (Zigmond & Snaith, 1983, p. 25). Apesar de ainda não haver muitos estudos focados apenas nos pacientes com UPD, os resultados dos estudos já realizados mostram elevados níveis de ansiedade e de depressão, sendo que a depressão apresenta uma maior prevalência (51.7% > 36%) (Pearson, Nash, & Ireland, 2013; Udovichenko et al., 2017) e maiores níveis quando comparados com pacientes sem UPD (Rehman & Kazmi, 2015). Em particular, 32% dos indivíduos com UPD apresentam perturbação depressiva *major* (Vedhara et al., 2014). Ainda sobre a depressão sabe-se que esta aumenta duas vezes o risco de mortalidade nestes pacientes (Vedhara et al., 2016) e associa-se significativamente à não adesão aos tratamentos (Gonzalez et al., 2008).

Em suma, os fatores psicológicos parecem influenciar negativamente a QV dos pacientes com UPD, visto que a UPD está associada a uma perda de QV, pela incapacidade causada e também “devido ao decréscimo de mobilidade e da capacidade para executar as tarefas do dia-a-dia e pelo aumento de dependência dos outros” (Alrub et al., 2019, p. 1). Pedras et al. (2016) relataram que indivíduos com UPD apresentam níveis de QV física mais baixos, devido à sobrecarga associada aos tratamentos, deslocações ao hospital, sofrimento físico e emocional e ansiedade face ao resultado por serem percecionados como bastante negativos. Estes pacientes quando comparados com a população diabética e com a população em geral apresentam uma pior QV, especialmente no que diz respeito à saúde física (Ribu et al., 2007) e uma baixa QV parece ser preditora de amputação *major* e de morte (Siersma et al., 2014).

Após a revisão de literatura, foi possível verificar que já existe um grande número de estudos sobre a DM e sobre a influência de variáveis psicológicas nesta doença crónica, como a adesão aos autocuidados e o impacto que estas têm na QV. Contudo, não existem resultados consistentes relativamente à QV e seus domínios em particular, em pacientes com UPD, sendo importante perceber que variáveis os influenciam. Na literatura, não existem estudos sobre a forma como a área da UPD interfere com a QV relacionada com a UPD (QVUPD). Sobre a morbilidade psicológica é necessário

perceber como afeta estes pacientes dado que atrasa a cura da ferida. Assim, torna-se necessário compreender como os níveis clinicamente significativos da morbidade psicológica influenciam a relação entre a área da UPD e os diversos domínios da QVUPD, uma vez que se sabe que estão associadas a pior QV em geral. Quanto às representações da úlcera, sabe-se que estão associadas à QV nestes pacientes, no entanto não se sabe de que forma estão relacionadas com os vários domínios da QV. Desta forma, é importante estudar todas estas relações no sentido de prevenir e diminuir a taxa de amputações de membros inferiores, diminuir a mortalidade e melhorar a QV. Neste sentido os resultados deste estudo permitirão desenhar intervenções para promover a QV em pacientes com UPD 's.

O Modelo de Adaptação e Ajustamento à Doença e Incapacidade de Livneh (2001) prevê que a doença crónica influencia a QV em três grandes dimensões: 1) os antecedentes, 2) o processo de adaptação e ajustamento que engloba as reações experienciadas que interagem de um modo bidirecional com as influências contextuais (variáveis relacionadas com a doença, características sociodemográficas, características ambientais e traços de personalidade) e 3) resultados, i.e., o impacto na QV. Este modelo ainda postula relações de moderação entre as variáveis contextuais e a QV. No presente estudo, a variável antecedentes foi avaliada através de um mau controlo glicémico, a literacia em saúde e as variáveis sociodemográficas (e.g., idade, estado civil, com quem vive, escolaridade), as reações experienciadas e influências contextuais foram avaliadas pela morbidade psicológica e representações e área da UPD, respetivamente. Os resultados foram avaliados pela QVUPD.

Método

Objetivos e hipóteses

Com base na literatura existente e considerando o modelo teórico de Livneh, o objetivo principal deste estudo foi perceber como a QVUPD estava afetada e, desta forma, poder criar programas de intervenção para a promover. Deste modo, o estudo teve três objetivos específicos: 1) avaliar que variáveis sociodemográficas, clínicas e psicológicas estão associadas à QVUPD e seus domínios; 2) avaliar de que modo a morbidade psicológica, as representações da UPD, a literacia em saúde e a área da UPD contribuem para a QVUPD; e 3) avaliar o papel moderador da morbidade psicológica (cl clinicamente significativa) na relação entre a área da UPD e os domínios da QVUPD.

Espera-se que H1) ser do sexo masculino, ser mais velho, baixa literacia em saúde, maior área da UPD, presença de DAP, Nefropatia e Infecção, níveis mais altos de hemoglobina glicosilada (HbA1c), mais morbidade psicológica e representações mais ameaçadoras estejam associados a pior QVUPD e seus domínios; H2) maior área da UPD, baixa literacia em saúde, maior morbidade psicológica e

representações mais ameaçadoras da UPD contribuam para uma pior QV; e H3) morbilidade psicológica (cl clinicamente significativa) intensifique a relação negativa entre a área da UPD e os domínios da QV.

Participantes

Os participantes que constituem a amostra do presente estudo foram utentes das consultas do pé diabético do Centro Hospitalar e Universitário do Porto (CHUP) e do Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa (CHTS). Como critérios de inclusão definiram-se: ter idade superior a 18 anos; diagnóstico de DM, com PD, com uma ou duas UPD's crónicas (> 6 semanas) ativas (considerando-se a úlcera de maior dimensão); ser seguido na Consulta Multidisciplinar do Pé Diabético do CHTS e do CHUP. Os critérios de exclusão foram: a UPD ativa no momento da avaliação ser uma recidiva; ter mais do que duas UPD's ativas no momento de avaliação; ter sido submetido a um transplante; estar em tratamento de hemodiálise; ter doença oncológica; apresentar psicoses ou demência descrita no registo clínico do paciente; e estar a receber acompanhamento psicológico no hospital em questão.

Instrumentos

Questionário Sociodemográfico e Clínico (Pereira, Dantas, Carvalho, & Ferreira 2018). Com este questionário pretendeu-se fazer uma descrição da amostra e obter algumas informações sobre os pacientes, tais como a idade, nível de escolaridade, situação profissional, estado civil, o número de filhos, apoio nos cuidados com a UPD bem como informações clínicas como a área da UPD, duração da úlcera e o tipo de DM, a classificação da UPD de acordo com a PEDIS, as comorbilidades e o nível de HbA1c.

METER (Rawson et al., 2009; versão portuguesa de Paiva et al., 2014). Esta escala permite avaliar a literacia em saúde dos pacientes através da apresentação de uma lista de 40 palavras e de 30 não palavras. Os participantes têm de assinalar o conjunto de letras que consideram que sejam palavras. Todas as palavras são associadas à saúde, sendo doenças ou partes do corpo. Os valores, segundo os autores da versão portuguesa, são considerados adequados quando os participantes obtêm pelo menos o ponto de corte tanto no conjunto de palavras (35) como no conjunto de não palavras (18) (Paiva et al., 2014). A escala demonstrou uma elevada consistência interna, tendo sido obtido um alfa de Cronbach de .93 na versão original e de .92 na versão portuguesa. No presente estudo o valor de consistência interna foi de .701.

Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) (Zigmond & Snaith, 1983; versão portuguesa de Pais-Ribeiro et al., 2007). É composta por 14 itens, sendo que sete correspondem a depressão (itens pares) e os restantes à ansiedade (itens ímpares). Cada item é respondido numa escala de *Likert* de

quatro pontos (0-3), os itens 1,3,5,6,8,10,11 e 13 são invertidos. Os autores consideraram o valor 11 como ponto de corte para a avaliação dos níveis de ansiedade e depressão clinicamente significativos. Na escala original, os valores de consistência interna obtidos encontram-se entre 0.80 e 0.90 para as duas subescalas. Para a população portuguesa, os valores de consistência interna encontrados foram adequados tanto para a depressão ($\alpha=.81$) como para a ansiedade ($\alpha=.76$) (Pais-Ribeiro et al., 2007). No presente estudo o alfa total obtido foi de .874.

Illness Perception Questionnaire- Brief (IPQ-B) (Broadbent, Petrie, Main & Weinman, 2006; versão portuguesa de Figueiras et al., 2010). Esta escala é composta por oito itens que avaliam as diferentes dimensões das representações da doença: identidade, consequências, duração, controlo pessoal, controlo do tratamento, respostas emocionais e compreensão. Os itens 3, 4 e 7 são invertidos, quanto maior for a pontuação obtida, mais ameaçadoras são as representações da doença. Neste estudo, optou-se por avaliar as representações face à UPD. Tanto a versão original como a versão portuguesa não apresentam valor de consistência interna, apresentando apenas os valores da correlação entre os itens. Contudo, vários autores calculam o alfa total que foi o que se optou por fazer neste estudo (Broadbent et al., 2015). O valor de consistência interna obtido ($\alpha=.612$) foi favorável, considerando que o instrumento é constituído por apenas oito itens.

The Diabetic Foot Ulcer- Short Form (DFS- SF) (Bann, Fehnel & Gagnon, 2003; versão de investigação de Pereira & Ferreira, 2018). É uma escala constituída por 29 itens que abordam seis contextos de vida do paciente: lazer (LAZ), saúde física (SF), dependência/ vida diária (DVD), emoções negativas (EN), preocupação acerca das UPD's e pés (PUP) e incómodo com o cuidado da úlcera (ICU), avaliando o impacto da UPD na QV do paciente. Todos os itens são invertidos e a pontuação varia entre 0 e 100, sendo que quanto mais elevada for a pontuação total, melhor o nível de QV (Sekhar, Thomas, Unnikrishnan, Vijayanarayana, & Rodrigues, 2015). Na versão original, as subescalas mostraram uma boa consistência interna com os valores de alfa de *Cronbach* a variar entre .80 e .95 (Bann, Fehnel, & Gagnon, 2003). A escala foi traduzida para português e está a ser validada para a população portuguesa. No presente estudo todas as subescalas bem como a escala total apresentaram bons níveis de consistência interna (escala total: $\alpha=.938$; subescalas LAZ: $\alpha=.872$, SF: $\alpha=.794$, DVD: $\alpha=.735$, EN: $\alpha=.925$, PUP: $\alpha=.871$ e ICU: $\alpha=.676$).

Procedimento

Antes de avançar para a recolha de dados, este estudo foi aprovado pelas comissões de ética do CHTS e do CHUP, bem como pela Comissão de Ética das Ciências Sociais e Humanas da Universidade

do Minho. Os dados foram recolhidos de modo presencial nas consultas multidisciplinares da clínica do pé diabético do CHTS, em Penafiel, e do CHUP, no Porto.

Após identificação dos pacientes que cumpriam os critérios de inclusão por parte dos profissionais de saúde da consulta, os pacientes foram abordados pelo investigador responsável e convidados a participar no estudo, explicando-se os seus objetivos bem como o carácter voluntário da participação e confidencialidade da informação recolhida. Assim, foi pedido ao participante que assinasse um consentimento informado. A bateria foi administrada em modo de entrevista devido à faixa etária dos doentes, ao reduzido nível de escolaridade e aos problemas de visão relacionados também com a DM. O processo de preenchimento dos questionários decorreu no dia da consulta do pé diabético ou tratamento de enfermagem e teve uma duração média de 45 a 60 minutos. O questionário clínico onde se incluía a PEDIS foi preenchido pelos médicos responsáveis após a consulta.

Análise de dados

Para a realização da análise de dados recorreu-se ao *software* IBM SPSS® (Statistical Package for the Social Sciences), versão 25.0 para Windows. Numa primeira fase foram feitas as análises estatísticas necessárias para descrever a amostra a nível sociodemográfico, clínico e psicológico através de frequências, médias e desvio padrão. Para testar H1, avaliaram-se as relações entre as variáveis em estudo e a QVUPD através do cálculo de coeficientes de correlação de *Pearson* (relação entre variáveis intervalares) e Ponto-Bisserial (relação entre variáveis dicotómicas e intervalares). Em particular no que diz respeito à idade e tipo de PD, criaram-se duas novas variáveis dicotómicas com os grupos <65 anos e ≥65 anos e isquémico/neuroisquémico e neuropático, respetivamente.

A Regressão Hierárquica com método *Enter* (H2) foi utilizada para perceber qual a contribuição das variáveis (área da UPD, tomar antibiótico, morbilidade psicológica e representações da UPD) para a QVUPD, após verificação do cumprimento dos pressupostos para o efeito (tolerância >.1 e VIF <2). No primeiro bloco foram incluídas as influências contextuais relacionadas com a UPD de cariz clínico – área da UPD e tomar antibiótico; no segundo bloco as influências contextuais relacionadas com a UPD de cariz psicológico – representações da UPD; e finalmente, no terceiro bloco, incluiu-se a morbilidade psicológica enquanto reação experienciada no início da doença crónica.

Para analisar a moderação (H3) recorreu-se ao *Macro Process para SPSS* (Hayes, 2013) de forma a verificar se a morbilidade psicológica clinicamente significativa era moderadora na relação entre a área da UPD e todos os domínios da QVUPD. Antes de proceder a estes testes verificaram-se os pressupostos da moderação e criou-se uma variável para avaliar se o paciente apresentava ou não

morbilidade psicológica clinicamente significativa ($HADS < 11$ vs $HADS \geq 11$). Como a variável moderadora é dicotômica, utilizou-se o método pick-a-point da moderação (Hayes, 2013).

Resultados

A amostra deste estudo compreendeu 70 pacientes com UPD, acompanhados nas Consultas Multidisciplinares do Pé Diabético do CHUP (24.3%) e da Clínica do Pé Diabético do CHTS (75.7%).

Quanto aos hábitos de consumo de substâncias, a maioria dos participantes não apresentava hábitos de consumo de álcool (61.4%) nem de tabaco (90%). No que diz respeito aos outros sintomas nos pés que não a dor, a maior parte da amostra relatou ter: formigueiros (46.6%), calor intenso (37.1%), picadelas (41.4%), encorticação (40%), frio doloroso (18.6%), sensibilidade nos pés (15.7%) e sensação de choques elétricos (22.9%). Nas tabelas 1 e 2 encontra-se uma descrição mais pormenorizada desta amostra em termos sociodemográficos e clínicos, respetivamente.

H1) Relação entre Variáveis Sociodemográficas, Clínicas, Psicológicas e a QVUPD

A análise destes dados mostrou que o sexo está negativamente associado com a QVUPD Total e com os domínios da SF, da DVD e EN. Nos restantes domínios não foram observadas relações significativas: LAZ, PUP e ICU. A idade não se encontra associada com a QVUPD Total nem com nenhum dos seus domínios: LAZ, SF, DVD, EN, PUP e ICU.

A HbA1c não se associou à QVUPD nem a nenhum dos seus domínios: LAZ, SF, DVD, EN, PUP e ICU. Também a duração da UPD não se associou à QVUPD nem a nenhum dos seus domínios: LAZ, SF, DVD, EN, PUP e ICU. Verificou-se que a área da UPD se correlacionou negativamente com a QVUPD Total e seus domínios: LAZ, EN, PUP e ICU. Assim, verificou-se que maior área da UPD está relacionada com piores níveis de QVUPD total e seus domínios.

No que diz respeito à toma de antibiótico para a infeção foram encontradas associações significativas na QVUPD Total e em todos os seus domínios LAZ, DVD, EN, PUP, ICU; à exceção do da SF. Os outros sintomas do pé como “picadelas” associaram-se significativamente à QVUPD Total, embora o mesmo não se tenha verificado nos seus domínios: LAZ, SF, DVD, EN, PUP e ICU. Os outros sintomas do pé “Frio doloroso” associaram-se de um modo significativo com a QVUPD Total e com o domínio da SF, mas nos restantes domínios não foram encontradas associações significativas: LAZ, DVD, EN, PUP e ICU. Quanto à sensação de “choques elétricos” foram encontradas associações significativas na QVUPD total e no domínio SF; no entanto nos domínios EN, LAZ, DVD, PUP e ICU o mesmo não foi verificado. Em relação à primeira UPD da história clínica não foram encontradas associações com a QVUPD Total,

QUALIDADE DE VIDA NOS PACIENTES COM ÚLCERA DO PÉ DIABÉTICO

Tabela 1

Descrição sociodemográfica da amostra (N=70)

Variáveis Sociodemográficas	Min	Máx	Média	DP
Idade	43.00	87.00	66.19	10.11
Escolaridade	.00	22.00	5.28	3.11
				%
Sexo				
Feminino				22.9
Masculino				77.1
Nacionalidade				
Portuguesa				98.6
Outra				1.4
Meio				
Urbano				43.5
Rural				56.5
Estado Civil				
Solteiro				7.1
Casado				75.7
Divorciado/Separado				2.9
Viúvo				14.3
Situação profissional				
Empregado				20.3
Doméstico				2.9
Desempregado				14.5
Reformado				62.3
Baixa médica				
Sim				7.1
Não				92.9
Baixa por causa da UPD				
Sim				5.7
Não				94.3
Ajuda diária no cuidado da UPD				
Não				17.1
Sim				82.9
Classificação da Relação com o cuidador				
“Muito má”				0.0
“Má”				0.0
“Nem boa nem má”				3.4
“Boa”				74.1
“Muito boa”				22.4
Sem ajuda diária, porque...				
“Não precisa”				54.5
“Precisa, mas não tem”				45.5
Literacia em saúde				
Inadequada				78.6
Adequada				21.4

QUALIDADE DE VIDA NOS PACIENTES COM ÚLCERA DO PÉ DIABÉTICO

Tabela 2

Caracterização clínica da amostra (N=70)

	Min	Máx	Média	DP
Intensidade da dor	.00	5.00	3.00	1.50
HbA1c (em %)	4.70	12.20	8.21	1.75
Duração da UPD (em semanas)	6.0	15.0	8.17	2.56
Área da UPD	.02	18.00	2.10	3.64
				%
Tipo DM				
DM1				1.5
DM2				98.5
Tipo PD				
Isquémico				5.7
Neuropático				58.6
Neuroisquémico				35.7
Primeira UPD da história Clínica				
Não				59.7
Sim				40.3
Dor				
Não				34.3
Sim				65.7
Dor na UPD				
Não				58.6
Sim				41.4
Medicação para a dor				
Não				55.9
Sim				44.1
Dor controlada				
Não				32.4
Sim				67.6
Infeção na UPD (classificação PEDIS)				
1*				73.9
2**				8.7
3***				15.9
4****				1.4
Medicação (Infeção -Antibiótico)				
Sim				32.1
Não				67.9
Comorbilidades presentes				
Hipertensão Arterial				85.5
Dislipidemia				76.5
Retinopatia				51.5
Nefropatia				24.6
Neuropatia				39.7
Doença cardíaca isquémica				29.4
Doença cerebrovascular				19.1
DAP				44.3

*1 – Sem infeção; **2 – Infeção envolvendo apenas a pele e o tecido subcutâneo; ***3 – Eritema > 2 cm mais um dos itens descritos (inchaço, sensibilidade, calor, secreção) ou Infeção envolvendo estruturas mais profundas do que a pele e tecidos subcutâneos, como abscesso, osteomielite, artrite séptica, fascite; ****4 – Síndrome da resposta inflamatória sistémica

LAZ, SF, DVD, EN, PUP e ICU. De um modo idêntico em relação ao tipo de PD, também não foram observadas associações significativas com a QVUPD e com todos os seus domínios: LAZ, SF, DVD, EN, PUP, ICU.

Ter dor na UPD apenas se relacionou significativamente com o domínio do ICU não tendo sido observadas associações significativas com a QVUPD total e os domínios LAZ, SF, DVD, EN, PUP.

Deste modo verificou-se que ser homem, não apresentar outros sintomas como “picadelas”, “frio doloroso” e “choques elétricos”, não tomar medicação para a infeção e ter uma ferida com menor área estavam associados a uma melhor QVUPD.

Os resultados mostraram uma correlação negativa significativa entre a morbilidade psicológica e a QVUPD total e os seus domínios: LAZ, SF, DVD, EN, PUP e ICU. Também as representações da UPD se correlacionaram negativa e significativamente com a QVUPD total, bem como todos os seus domínios: LAZ, SF, DVD, EN, PUP e ICU. Assim, verificou-se que maior morbilidade psicológica e representações mais ameaçadoras da UPD estavam relacionadas com piores níveis de QVUPD total e dos seus domínios.

Os resultados das correlações estão apresentados nas Tabelas 3 e 4.

H2) Contribuição das variáveis Clínicas e Psicológicas para a QVUPD-Total

Apesar das variáveis acima elencadas (outros sintomas como “picadelas”, “frio doloroso” “choques elétricos” e sexo) se encontrarem todas relacionadas com a QVUPD total, apenas a variável tomar antibiótico foi introduzida no modelo de regressão, dado que as restantes variáveis não cumpriram os pressupostos necessários para a realização da regressão, assim como a literacia em saúde.

O bloco 1 da regressão hierárquica foi significativo $F(2, 66) = 8.234, p = .001$, tendo mostrado que a área da UPD ($\beta = .791, t = -2.121, p = .038$) e tomar antibiótico ($\beta = -.370, t = -3.353, p = .001$) contribuíram para a QVUPD-total, explicando 17.5% da variância. Quando, no bloco 2, foram adicionadas as representações da UPD, a área da UPD deixou de ser significativa ($\beta = -.156, t = -1.619, p = .110$), contudo tomar antibiótico manteve-se ($\beta = -.250, t = -2.559, p = .013$). As representações da UPD revelaram ter um contributo significativo para a QVUPD ($\beta = -.489, t = -4.935, p < .001$). Este modelo 2 foi também significativo, explicando 39% da variância, $F(1, 65) = 24.357, p < .001$. No bloco final, quando adicionada a morbilidade psicológica, tanto tomar antibiótico ($\beta = -.172, t = -2.006, p = .049$) como as representações da UPD ($\beta = -.325, t = -3.521, p = .001$) continuaram a ter um contributo significativo na QVUPD. A variável adicionada, morbilidade psicológica, também mostrou ter um contributo significativo ($\beta = -.455, t = -4.807, p < .001$). Este modelo final foi significativo, $F(1, 64) = 23.112, p < .001$, explicando 54.6% da variância total da QVUPD. Concluiu-se que mais morbilidade

QUALIDADE DE VIDA NOS PACIENTES COM ÚLCERA DO PÉ DIABÉTICO

Tabela 3

Relação entre a QVUPD e as variáveis clínicas

Variáveis	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
1. Qualidade de Vida-Total	—															
2. QVUPD- LAZ	.813**	—														
3. QVUPD- SF	.706**	.391**	—													
4. QVUPD- DVD	.722**	.588**	.487**	—												
5. QVUPD-EN	.874**	.626**	.621**	.461**	—											
6. QVUPD – PUP	.750**	.622**	.303*	.418**	.582**	—										
7. QVUPD-ICU	.740**	.431**	.503**	.380**	.676**	.554**	—									
8. Tipo de PD	-.029	-.132	.106	-.018	-.036	.047	-.081	—								
9. Primeira UPD	-.060	-.006	.069	-.048	-.031	-.089	-.235	-.044	—							
10.Duração da UPD	.042	.023	-.076	-.026	.153	-.002	.088	.033	.020	—						
11.Área UPD	-.257*	-.272*	.067	-.089	-.282*	-.272*	-.326**	.082	.068	-.056	—					
12.Antibiótico	-.381**	-.396**	-.150	-.348**	-.283*	-.319**	-.242*	.059	-.012	-.231	.048	—				
13.Dor na UPD	-.160	.009	-.210	-.124	-.173	-.041	-.249*	.001	-.079	.092	.023	.110	—			
14. HbA1c	.002	.009	.104	-.088	.014	-.034	.007	.040	.034	-.114	-.233	.078	.113	—		
15. DAP	.135	.268*	.031	.186	.067	-.059	.109	-.651**	.056	.067	.011	-.224	.184	.054	—	
16. Nefropatia	.207	.227	.219	.167	.154	.079	.096	.062	.003	.107	.091	-.247*	.058	.182	.245*	—

*p< .05; ***p < .01; Nota: QVUPD-LAZ corresponde ao domínio do LAZ; QVUPD-SF corresponde ao domínio da SF; QVUPD-DVD corresponde ao domínio da DVD; QVUPD-EN corresponde ao domínio das EN; QVUPD- PUP corresponde ao domínio da PUP; QVUPD- ICU corresponde ao domínio do ICU

QUALIDADE DE VIDA NOS PACIENTES COM ÚLCERA DO PÉ DIABÉTICO

Tabela 4

Relação entre a QVUPD e as variáveis sociodemográficas, psicológicas e clínicas

Variáveis	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
1. QV_Total	—																			
2.QV-LAZ	.813**	—																		
3.QV-SF	.706**	.391**	—																	
4.QV-DVD	.722**	.588**	.487**	—																
5.QV-EN	.874**	.626**	.621**	.461**	—															
6.QV-PPU	.750**	.622**	.303*	.418**	.582**	—														
7.QV-ICU	.740**	.431**	.503**	.380**	.676**	.554**	—													
8.Sexo	-.312**	-.197	-.276*	-.344**	-.276*	-.229	-.089	—												
9.Idade	.042	.038	-.043	-.153	.059	.128	.202	.063	—											
10.Literacia	.018	.029	.138	.002	.083	-.122	-.097	-.001	-.160	—										
11.Representações	-.569**	-.406**	-.395**	-.319**	-.600**	-.457**	-.419**	.218	-.048	-.018	—									
12.Morb.Psic.	-.664**	-.395**	-.470**	-.389**	-.679**	-.584**	-.548**	.326**	-.100	-.080	.432**	—								
13.Morb.Psi.Sig	-.661**	-.438**	-.468**	-.374**	-.616**	-.629**	-.542**	.250*	-.141	-.041	.426**	.849**	—							
14.OS-F	-.151	-.125	-.057	-.048	-.168	-.220	-.050	-.021	-.086	-.007	.125	.053	.070	—						
15.OS-CI	-.068	.082	-.076	-.095	-.164	.058	-.119	.145	-.067	-.105	.290*	-.026	-.024	.185	—					
16.OS-P	-.252*	-.223	-.152	-.145	-.213	-.203	-.234	.164	-.154	-.095	.070	.164	.201	.451**	.134	—				
17.OS-E	-.067	.124	-.144	-.046	-.162	.004	-.095	.111	-.207	.244*	.097	.019	-.012	.366**	.278*	.379**	—			
18.OS-FD	-.236*	-.208	-.244*	-.113	-.132	-.264*	-.156	.177	.064	-.255*	.137	.199	.210	.152	.013	.270*	-.165	—		
19.OS-SS	-.120	-.016	-.128	.092	-.178	-.219	-.109	-.232*	-.110	.331**	.173	.125	.128	.077	.007	-.007	-.044	.288*	—	
20.OS-CE	-.274*	-.202	-.324**	-.158	-.169	-.235	-.215	.190	-.186	.043	.273*	.083	.181	.320**	.074	.302*	.181	.352	.232	—

*p < .05; **p < .01; Nota: 1- QV-LAZ corresponde ao domínio do LAZ; QV-SF corresponde ao domínio da SF; QV-DVD corresponde ao domínio da DVD; QV-EN corresponde ao domínio das EN; QV-PUP corresponde ao domínio da PUP; QV-ICU corresponde ao domínio do ICU; 8- Sexo; 9- Idade; 10- Literacia em Saúde; 11- Representações da UPD; 12- HADS, 13- Morbilidade Psicológica clinicamente significativa 14- Outro sintoma do pé-formigueiros; 15 Outro sintoma do pé-calor intenso; 16- Outro sintoma do pé- picadelas; 17- Outro sintoma do pé- encortiçamento; 18- Outro sintoma do pé- frio doloroso; 19- Outro sintoma do pé- sensibilidade nos pés; 20- Outro sintoma do pé- sensação de choques elétricos

psicológica, representações mais ameaçadoras da UPD e tomar antibiótico contribuíram para uma pior QVUPD (Tabela 5).

H3) Morbidade Psicológica Clinicamente Significativa como Moderadora na Relação entre a Área da UPD e os Domínios da QVUPD

O modelo que testou o papel moderador da morbidade psicológica clinicamente significativa na relação entre a área da UPD e as EN foi significativo, $F(3,66) = 33.412$, $p < .001$, $\beta = -.711$, IC 95% [-1.201; -.222], $t = -2.900$, $p = .005$, explicando 64.3% da variância ($R^2_{Aj} = .414$). Assim, a relação negativa entre a área da UPD e as EN existiu na presença de níveis clinicamente significativos da morbidade psicológica, $\beta = -.419$, 95% CI [-.726, -.112], $t = -2.721$, $p = .008$ (Figura 1).

Os modelos que testaram o papel moderador da morbidade psicológica clinicamente significativa na relação entre a área da UPD e os restantes domínios da QVUPD não foram significativos: LAZ ($\beta = -.365$, IC 95% [-1.297; .566], $t = -.783$, $p = .437$), SF ($\beta = .095$, IC 95% [-.385; .576], $t = .396$, $p = .693$), DVD ($\beta = .243$, IC 95% [-.293; .778], $t = .905$, $p = .369$), PUP ($\beta = -.135$, IC 95% [-1.488; 1.217], $t = -.200$, $p = .842$) e ICU ($\beta = -.077$, IC 95% [-.603; .449], $t = -.292$, $p = .771$).

Discussão

A amostra obtida foi maioritariamente constituída por homens, com uma média de idade de 66.19 (± 10.11) anos, com uma baixa escolaridade (5.28 ± 3.11), a residir em meio rural, profissionalmente inativos, com baixos rendimentos mensais e com uma literacia em saúde inadequada (78.6%). Em termos clínicos, a maioria da amostra apresentava DM2 e PD neuropático. Este perfil sociodemográfico e clínico vai de encontro ao que é referido na literatura sobre esta população (Duarte & Gonçalves, 2011; Ferreira et al., 2014; Ribu et al., 2007; Rigor, Martins-Mendes, & Monteiro-Soares, 2020). Também o nível médio de HbA1c obtido neste estudo (8.4%) foi semelhante a outros estudos realizados com estes pacientes (Ferreira et al., 2014), com um mau controlo glicémico, sendo que o valor esperado é igual ou inferior a 6.5%. O mesmo se verificou com a presença da DAP (44.3%) e da Nefropatia (24.6%) que são descritas como comorbilidades associadas à UPD além de serem fatores de mau prognóstico para a cicatrização da ferida (Ferreira et al., 2014; IWGDF, 2019b). Os resultados deste estudo mostraram que a idade não se relacionou significativamente com a QVUPD, ao contrário do que era esperado, uma vez que a amostra foi maioritariamente composta por pessoas de idade avançada e

QUALIDADE DE VIDA NOS PACIENTES COM ÚLCERA DO PÉ DIABÉTICO

Tabela 5

Contribuição das variáveis clínicas e psicológicas para a QVUPD

Variáveis	Modelo 1			Modelo 2			Modelo 3		
	B	EP B	β	B	EP B	β	B	EP B	β
Área da UPD	-1.677	.791	-.243*	-1.115	.689	-.156	-.487	.609	-.068
Antibiótico	-20.678	6.167	.370**	-13.998	5.470	-.250*	-9.648	4.811	-.172*
Representações da UPD				-.979	.198	-.489**	-.650	.185	-.325**
Morbilidade Psicológica							-1.382	.288	-.455***
R ² (R ² Aj.)		.200 (.175)			.418 (.391)			.572 (.546)	
F for change in R ²		8.234**			24.357***			23.112***	

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

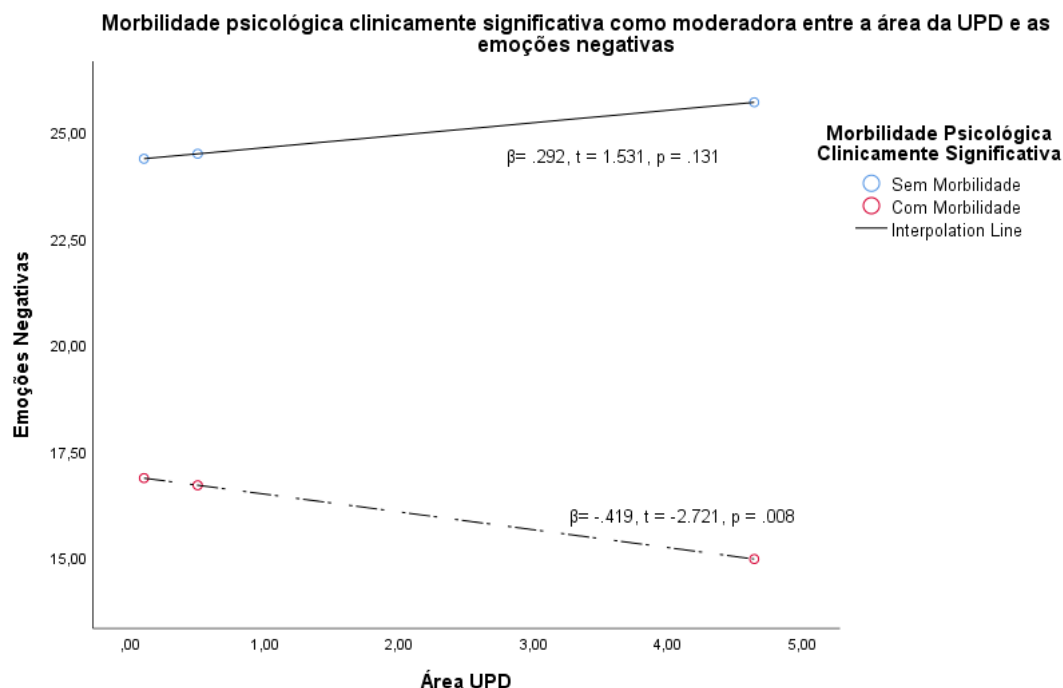


Figura 1- Papel moderador da morbilidade psicológica clinicamente significativa na relação entre a área da UPD e as emoções negativas

esta faixa etária apresenta pior QV. Por sua vez, o sexo masculino está associado a melhor QVUPD. Foi obtido um resultado semelhante a este numa investigação realizada na Jordânia, com o mesmo instrumento para avaliar a QV, onde os autores referiam que este resultado se pode dever ao facto de as mulheres provavelmente se preocuparem mais com as questões associadas à saúde (Alrub et al., 2019).

Neste estudo verificou-se que a DAP se relacionou positivamente com o domínio do Lazer apenas e possuir Nefropatia não se associou a algum domínio da QVUPD. A associação positiva encontrada com a DAP e um dos domínios da QV pode ser explicada pela importância atribuída pelos pacientes às diferentes patologias em questão. Esta condição foi verificada na recolha de dados, em que diversas vezes os pacientes referiram que a ferida não cicatrizava devido à presença da DAP e não por outro motivo (IWGDF, 2019b). O facto de não terem sido encontradas outras associações significativas com a DAP e nenhuma com a Nefropatia poderá ser justificado pela utilização de uma escala específica de QV para a UPD e não uma escala genérica como a maioria dos estudos utiliza para avaliar a QV nestes pacientes. Estudos futuros devem confirmar esta hipótese. Contudo, à semelhança deste estudo, Siersma et al. (2017) encontraram num grupo de pacientes com úlceras em cicatrização e não cicatrizadas que apresentavam comorbidades,

uma melhoria em diversos domínios da QV, os autores referiram que este resultado talvez se deva a um cuidado mais intensivo por parte das equipas multidisciplinares.

A hemoglobina glicosilada não se associou significativamente com a QVUPD indo ao encontro da literatura, que revela que esta variável parece não comprometer a QVUPD. Não foram encontradas associações significativas entre a QVUPD e seus domínios com a duração da UPD, o que pode ser justificado pela média, no presente estudo, ser de 8.17 (± 2.56) semanas aquando da avaliação e, nesta fase, já não haver um comprometimento na QVUPD, pois com o passar do tempo é possível que os pacientes tenham adquirido estratégias para lidar com as dificuldades e/ou limitações causadas pela UPD. Um estudo realizado também com pacientes com a UPD observou que os níveis de ansiedade ao fim de algum tempo baixavam pois o paciente ganhava experiência em controlar a situação (Ahmad, Abujbara, Jaddou, Younes, & Ajlouni, 2018).

Neste estudo foi possível verificar que quem tinha dor na UPD apresentava pior QVUPD no domínio do ICU. Este comprometimento pode ser explicado por os tratamentos serem ainda mais incomodativos devido à dor presente. Nos restantes domínios não foram observadas associações significativas como era expectável tendo por base a literatura existente, destacando-se um estudo que utilizou a versão longa da DFS-SF e verificou que pacientes com dor na UPD apresentaram pior QV relacionada com a saúde (Ribu et al., 2006). E ainda, um outro estudo que verificou pior QV nos pacientes com dor na UPD, mas avaliando diferentes tipos de PD (Dickinson, Frescos, Firth, & Hamblin, 2016). Também não foram verificadas relações significativas com o tipo de PD com a QVUPD, sendo o contrário expectável considerando que recentemente tem vindo a verificar-se que quem tem PD neuropático também sente dor na ferida ao contrário do que era dito anteriormente (Dickinson et al., 2016).

Através dos resultados foi possível observar que a literacia em saúde não está relacionada de um modo significativo com a QVUPD. Uma vez que a maior parte da amostra apresenta uma literacia inadequada era esperado que esta variável estivesse associada de um modo negativo com a VD, tendo em conta que uma boa literacia permite ter os comportamentos necessários para uma boa saúde (OMS, 1998). No entanto, este resultado foi observado numa outra investigação em que não verificaram a existência de uma relação entre a literacia em saúde e a QV nos doentes crónicos que utilizavam os cuidados de saúde primários (Couture, Chouinard, Fortin, & Hudon, 2017).

A área da UPD, que já há alguns anos fornece uma descrição mais precisa do tamanho da úlcera (Oyibo et al., 2001) associou-se negativamente com a QVUPD total e com os domínios

LAZ, EN, PUP e com o ICU. Estas relações podem ser explicadas por vários fatores como: feridas de maior dimensão estarem associadas a mais preocupação em relação ao futuro da mesma, como a possibilidade de fazer uma amputação (dimensão avaliada na subescala da preocupação com a UPD); a um maior período de recuperação e, conseqüentemente, mais deslocações ao hospital (dimensões avaliadas pela subescala incomodo com os cuidados); e também maior incerteza face ao desfecho da UPD, causando emoções negativas (e.g., frustração). Uma UPD com maior área parece comprometer as atividades de lazer que os pacientes realizavam antes de terem a UPD, esta condição foi verificada no momento de avaliação através do discurso dos pacientes. Resultados semelhantes a estes foram encontrados num estudo realizado por Siersma et al. (2013), em que o tamanho da ferida também apresentou elevada importância para os valores obtidos em todos os domínios (mobilidade, autocuidados, atividades habituais, dor/ desconforto e ansiedade/ depressão) avaliados através do *Euro-Qol-5D Questionnaire* (EQ-5D), instrumento utilizado para avaliar a QV associada com a saúde de um modo genérico. Ainda neste estudo não foram encontradas associações significativas entre os domínios SF e DVD com a área da UPD.

Ainda no que diz respeito à área da UPD, os resultados deste estudo permitem concluir, que UPD's com maior área contribuem de um modo significativo para uma QVUPD mais pobre. Contudo, quando foram adicionadas as variáveis psicológicas (representações da UPD e morbidade psicológica), esta variável deixou de contribuir significativamente. Este resultado mostra como variáveis psicológicas têm maior influência na QVUPD que a área da UPD por si só.

Neste estudo, tomar antibiótico para a infeção relacionou-se com pior QVUPD geral e em alguns domínios: LAZ, DVD, EN, PUP e ICU. Na verdade, a infeção surge em mais de metade dos pacientes com UPD (Armstrong, Boulton, & Bus, 2017; Kwon & Armstrong, 2018; Vadiveloo et al., 2018) e está associada a uma fase mais avançada da UPD estando intimamente ligada com a amputação, i.e. pacientes com infeção apresentaram um maior risco de amputação *vs.* sem infeção (Oyibo et al., 2001). Também está associada a mais cuidados com os tratamentos bem como a um processo de cicatrização mais extenso. O comprometimento nos vários domínios da QVUPD pode ser justificado por necessitarem de mais repouso (lazer), necessitarem de mais ajuda por não se poderem deslocar com tanta facilidade (dependência), sentirem-se mais “zangados” ou “frustrados” (emoções negativas) e preocupação com a possibilidade da amputação (preocupação). O comprometimento provocado no domínio dos Incómodos pode ser causado por mais deslocações ao hospital, pois muitas das vezes quando são infeções mais graves, o antibiótico é administrado via intravenosa. Verificamos que tomar medicação para a infeção

contribuiu para uma QVUPD mais pobre. Esta variável contribuiu para uma pior QVUPD no primeiro, segundo e modelo final.

Ainda neste estudo verificou-se que a QVUPD e todos os seus domínios associaram-se de um modo significativo e negativo com as representações da UPD. Além das correlações significativas, as representações ameaçadoras da UPD também mostraram ter um contributo significativo para uma pior QVUPD nos modelos 2 e final da regressão. Este resultado está de acordo com a literatura no que diz respeito à QV destes pacientes (Vedhara et al., 2016), no entanto este estudo é bastante mais informativo pois mostra que as representações estão relacionadas com todos os domínios da QVUPD e mostra como é importante continuar a estudar esta variável uma vez que as representações da UPD não têm influência apenas na QV. Um estudo realizado por Vedhara et al. (2016) mostrou que as representações da UPD influenciam também o controlo glicémico e permitem prever o tempo de sobrevivência destes pacientes. Além destas influências, as representações da doença também estão associadas à adesão aos cuidados, condição fundamental para uma boa progressão da cicatrização (Vedhara et al., 2014).

A presença de níveis elevados de morbilidade psicológica contribuiu significativamente para piores níveis de QVUPD. Além do contributo significativo, foram observadas associações negativas com todos os domínios. Este resultado é um dos grandes contributos deste estudo para a literatura sobre esta população. A literatura existente é unânime em que a depressão e a ansiedade comprometem a QV nestes pacientes (Husin et al., 2017; Vedhara et al., 2014). No entanto, este estudo mostrou como a depressão e ansiedade em conjunto estavam associadas a uma pior QV através da utilização de uma escala específica para esta doença que avalia todos os domínios da QV destes pacientes e não de um modo geral ou dividindo a QV em dimensão física e mental. De acordo com Alrub et al. (2019), estes pacientes apresentaram baixa QVUPD pois a morbilidade psicológica causa atraso na cicatrização e consequentemente cuidados de longo termo, aumentando o impacto da UPD nas suas atividades do dia-a-dia.

Em relação à morbilidade psicológica clinicamente significativa como moderadora na relação entre a área da UPD e os domínios da QVUPD, os resultados mostraram a existência de moderação na relação entre a área da UPD e as emoções negativas associadas à UPD. Este resultado pode ser explicado pela incerteza sentida face ao desfecho de uma ferida de maior dimensão e também pela carga emocional interpessoal sentida (Vileikyte, Pouwer, & Gonzalez, 2020) e talvez por os pacientes se sentirem insatisfeitos por terem uma UPD. Abbassi, Hassine, Cheikh, e Boufia (2019) verificaram que o estado emocional negativo teve um impacto nos aspetos

fisiológicos e de bem-estar expressivo e subjetivo dos pacientes. As moderações com os restantes domínios não foram significativas o que vem enfatizar como a dimensão psicológica é realmente comprometida nesta população e é fundamental intervir de modo a melhorar a QVUPD associada a esta dimensão.

Por fim, o modelo de Livneh adaptado à QVUPD revelou-se adequado já que os resultados dos testes de hipóteses, i.e., correlações, regressão e moderação verificaram que as variáveis do processo de ajustamento (e.g., representações da UPD, morbilidade psicológicas, área da UPD), neste estudo, influenciaram de facto (negativamente) a QV destes pacientes.

Limitações e Implicações para a Prática

Este estudo apresenta várias limitações. A primeira está associada a diversas dificuldades na recolha de dados, começando pela população em estudo. Como esta população é afetada por outras doenças, muitos pacientes tiveram de ser excluídos caso estivessem a fazer hemodiálise que só por si tem um impacto na QV independentemente da UPD. A maior parte da população é envelhecida, havendo já alguns pacientes com indício de algum declínio cognitivo e outros com diagnóstico demencial já confirmado, não podendo fazer parte do estudo. Outra dificuldade na recolha foi o período entre a primeira consulta e o tempo necessário para a ferida ser considerada crónica (seis semanas), muitas vezes neste intervalo ou a ferida cicatrizava ou parte do membro era amputado (denominado cura por amputação). Salienta-se ainda a necessidade de conjugar o momento de avaliação com as consultas médicas ou tratamentos de enfermagem agendados. Estas dificuldades tiveram impacto no tamanho da amostra e consequentemente nas análises estatísticas realizadas. Contudo, o estudo continua a recolher dados, sendo um trabalho em progresso e, por isso, esperamos num futuro breve repetir as análises com uma amostra substancialmente maior.

O facto de ser um estudo transversal é também uma limitação, pois não é possível perceber as relações causais entre variáveis nem perceber a evolução da ferida e a associação entre as variáveis avaliadas, nomeadamente o impacto da morbilidade psicológica e representações da UPD na QVUPD ao longo do tempo.

Quanto às implicações para a prática torna-se clara a necessidade de estabelecer estratégias para os vários domínios da QVUPD sobretudo em pacientes com níveis elevados de morbilidade psicológica, representações mais ameaçadoras da UPD, a tomar antibiótico e com maior área da UPD. Programas de intervenção compostos por estratégias psicoeducacionais

focadas nas representações da UPD e estratégias para a redução dos níveis de morbidade psicológica são importantes para promover a QV nesta população. Este estudo veio enfatizar a necessidade de intervenção psicológica nos pacientes com *distress* significativo e com UPD's de maior dimensão particularmente ao nível das emoções negativas.

Conclusão

De uma forma global, este estudo veio ressaltar a importância de adotar uma abordagem multidisciplinar onde se inclui o papel do psicólogo, no sentido de promover a QV dos pacientes com UPD. Além disso, o presente estudo permitiu constatar a importância de estudar a QV dos pacientes com UPD recorrendo a uma escala específica. Os resultados mostraram que não só a QV nestes pacientes está comprometida como é importante que estudos futuros avaliem a influência das variáveis psicológicas na QV ao longo do tempo.

Por fim, este estudo veio mostrar à comunidade de um modo inovador como a QV nos seus vários domínios está associada à morbidade psicológica e às representações da UPD, e como estas variáveis em níveis comprometedores influenciam mais a QV do que uma ferida de maior dimensão, ilustrando a importância de intervir nestas variáveis de modo a melhorar o bem-estar nestes pacientes.

Referências

- Abbassi, A., Hassine, A. B., Cheikh, A. B., & Boufia, N. (2019). Quality of life in patients with diabetic foot ulcers in Tunisia. *Wounds*, 6(2). Retirado de https://www.researchgate.net/profile/Asma_Ben_Hassine/publication/335377535_Quality_of_life_in_patients_with_diabetic_foot_ulcers_in_Tunisia/links/5d65ab1b299bf1f70b123aec/Quality-of-life-in-patients-with-diabetic-foot-ulcers-in-Tunisia.pdf
- Ahmad, A., Abujbara, M., Jaddou, H., Younes, N. A., & Ajlouni, K. (2018). Anxiety and depression among adult patients with diabetic foot: Prevalence and associated factors. *Journal of Clinical Medicine Research*, 10, 411. <https://doi.org/10.14740/jocmr3352w>
- Alrub, A. A., Hyassat, D., Khader, Y. S., Bani-Mustafa, R., Younes, N., & Ajlouni, K. (2019). Factors associated with health-related quality of life among Jordanian patients with diabetic foot ulcer. *Journal of Diabetes Research*, 2019, 1-8. <https://doi.org/10.1155/2019/4706720>
- Arantes, C. S. S. (2017). *Úlcera do pé diabético e a doença arterial periférica* (Tese de Mestrado). Universidade de Lisboa, Lisboa.
- Armstrong, D. G., Boulton, A. J., & Bus, S. A. (2017). Diabetic foot ulcers and their recurrence. *New England Journal of Medicine*, 376, 2367-2375. doi:10.1056/NEJMra1615439
- Associação Protetora dos Diabéticos de Portugal [APDP] (2019). *Complicações*. Retirado de <https://apdp.pt/diabetes/complicacoes/>
- Bann, C. M., Fehnel, S. E., & Gagnon, D. D. (2003). Development and validation of the Diabetic Foot Ulcer Scale-short form (DFS-SF). *Pharmacoeconomics*, 21, 1277-1290. [https://doi.org/1170-7690/03/0017-1277/\\$30.00/0](https://doi.org/1170-7690/03/0017-1277/$30.00/0)
- Berkman, N. D., Sheridan, S. L., Donahue, K. E., Halpern, D. J., & Crotty, K. (2011). Low health literacy and health outcomes: An updated systematic review. *Annals of Internal Medicine*, 155, 97-107. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-155-2-201107190-00005>
- Broadbent, E., Petrie, K. J., Main, J., & Weinman, J. (2006). The brief illness perception questionnaire. *Journal of Psychosomatic Research*, 60, 631-637. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2005.10.020>
- Broadbent, E., Wilkes, C., Koschwanez, H., Weinman, J., Norton, S., & Petrie, K. J. (2015). A systematic review and meta-analysis of the Brief Illness Perception Questionnaire. *Psychology & Health*, 30, 1361-1385. <https://doi.org/10.1080/08870446.2015.1070851>
- Couture, É. M., Chouinard, M. C., Fortin, M., & Hudon, C. (2017). The relationship between health literacy and quality of life among frequent users of health care services: A cross-sectional study. *Health and Quality of Life Outcomes*, 15(1), 137. doi:10.1186/s12955-017-0716-7
- Cubas, M. R., Santos, O. M. D., Retzlaff, E. M. A., Telma, H. L. C., Andrade, I. P. S. D., Moser, A. D., & Erzinger, A. R. (2013). Pé diabético: Orientações e conhecimento sobre cuidados

preventivos. *Fisioterapia em Movimento*, 26, 647-655. doi:10.1590/S0103-51502013000300019

Dantas, M. D. J. (2018). *Pé Di@bético - soluções para um grande problema*. Bial.

Dickinson, A. M., Frescos, N., Firth, J. C., & Hamblin, P. S. (2016). The characteristics of wound pain associated with diabetes-related foot ulcers: A pilot study. *Wound Practice & Research*, 24(3). Retirado de https://www.researchgate.net/profile/Peter_Hamblin/publication/308995369_The_characteristics_of_wound_pain_associated_with_diabetes-related_foot_ulcers_a_pilot_study/links/57fd4a5508aeea8c97c87b27.pdf

Direção-Geral da Saúde [DGS] (2017). *Programa nacional (2017)*, 18. Retirado de <https://www.dgs.pt/portal-da-estatistica-da-saude/diretorio-de-informacao/diretorio-de-informacao/por-serie-894111-pdf.aspx?v=%3d%3dDwAAAB%2bLCAAAAAAABArySzltzVUy81MsTU1MDAFAHHzFEfkPAAAA>

Duarte, N., & Gonçalves, A. (2011). Pé Diabético. *Angiologia e Cirurgia Vascular*, 7(2), 65–79. Retirado de http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/55570/2/Tese_Mestrado_P_Diabtico.pdf

Ferreira, V., Martins, J., Loureiro, L., Loureiro, T., Borges, L., Silveira, D.,... Carvalho, A. (2014). Consulta multidisciplinar do pé diabético–avaliação dos fatores de mau prognóstico. *Angiologia e Cirurgia Vascular*, 10, 146-150. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ancv.2014.08.005>

Figueiras, M., Marcelino, D., Claudino, A., Cortes, M., Maroco, J., & Weinman, J. (2009). Patients' illness schemata of hypertension: The role of beliefs for the choice of treatment. *Psychology & Health*, 25, 507. <https://doi.org/10.1080/08870440802578961>

Gonzalez, J. S., Peyrot, M., McCarl, L. A., Collins, E. M., Serpa, L., Mimiaga, M. J., & Safren, S. A. (2008). Depression and diabetes treatment nonadherence: A meta-analysis. *Diabetes Care*, 31, 2398-2403. <https://doi.org/10.2337/dc08-1341>

Hayes, A. F. (2013). Mediation, moderation, and conditional process analysis. *Introduction to Mediation, Moderation, and Conditional Process Analysis: A Regression-Based Approach* edn. New York: Guilford Publications, 1-20.

Husin, H., Sidi, H., & Baharudin, A. (2017). Depression, anxiety and sexual dysfunction in patients with diabetes mellitus with and without foot ulcer. *International Medical Journal Malaysia*, 16(1), 53–65.

International Diabetes Federation [IDF]. (2017). IDF DIABETES ATLAS Eighth edition 2017. In *International Diabetes Federation. IDF Diabetes Atlas, 8th edn. Brussels, Belgium: International Diabetes Federation, 2017*. Disponível em: <http://www.diabetesatlas.org>. [https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31679-8](https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31679-8).

International Working Group on the Diabetic Foot [IWGDF] (2019a). *IWGDF Guideline on the classification of diabetic foot ulcers*. Retirado de <https://iwgdfguidelines.org/wp-content/uploads/2019/05/07-IWGDF-classification-guideline-2019.pdf>

- International Working Group on the Diabetic Foot [IWGDF] (2019b). *IWGDF Guideline on diagnosis, prognosis and management of peripheral artery disease in patients with a foot ulcer and diabetes*. Retirado de <https://iwgdfguidelines.org/wp-content/uploads/2019/05/04-IWGDF-PAD-guideline-2019.pdf>
- International Working Group on the Diabetic Foot [IWGDF] (2019c). *IWGDF Guideline on the prevention of foot ulcers in persons with diabetes*. Retirado de <https://iwgdfguidelines.org/wp-content/uploads/2019/05/02-IWGDF-prevention-guideline-2019.pdf>
- Iversen, M. M., Tell, G. S., Riise, T., Hanestad, B. R., Østbye, T., Graue, M., & Midthjell, K. (2009). History of foot ulcer increases mortality among individuals with diabetes: Ten-year follow-up of the Nord-Trøndelag Health Study, Norway. *Diabetes Care*, 32, 2193-2199. <https://doi.org/10.2337/dc09-0651>
- Kwon, K. T., & Armstrong, D. G. (2018). Microbiology and antimicrobial therapy for diabetic foot infections. *Infection & Chemotherapy*, 50(1), 11-20. <https://doi.org/10.3947/ic.2018.50.1.11>
- Lael-Monfared, E., Tehrani, H., Moghaddam, Z. E., Ferns, G. A., Tatari, M., & Jafari, A. (2019). Health literacy, knowledge and self-care behaviors to take care of diabetic foot in low-income individuals: Application of extended parallel process model. *Diabetes & Metabolic Syndrome: Clinical Research & Reviews*, 13, 1535-1541. <https://doi.org/10.1016/j.dsx.2019.03.008>
- Livneh, H. (2001). Psychosocial adaptation to chronic illness and disability: A conceptual framework. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 44, 151-160. <https://doi.org/10.1177/003435520104400305>
- Macedo, E. C. D. (2018). *Diabetes Mellitus Tipo 2: Relação da capacitação, conhecimentos e qualidade de vida com a adesão à terapêutica* (Tese de Mestrado). Universidade de Coimbra, Coimbra.
- Margolis, D. J., Hampton, M., Hoffstad, O., Scot Malay, D., & Thom, S. (2015). Health literacy and diabetic foot ulcer healing. *Wound Repair and Regeneration*, 23, 299-301. <https://doi.org/10.1111/wrr.12311>
- Organização Mundial da Saúde [OMS] (1998). *Health promotion glossary*. WHO Geneva.
- Oyibo, S. O., Jude, E. B., Tarawneh, I., Nguyen, H. C., Armstrong, D. G., Harkless, L. B., & Boulton, A. J. M. (2001). The effects of ulcer size and site, patient's age, sex and type and duration of diabetes on the outcome of diabetic foot ulcers. *Diabetic Medicine*, 18, 133-138. <https://doi.org/10.1046/j.1464-5491.2001.00422.x>
- Pais-Ribeiro, J., Silva, I., Ferreira, T., Martins, A., Meneses, R., & Baltar, M. (2007). Validation study of a Portuguese version of the Hospital Anxiety and Depression Scale. *Psychology, Health and Medicine*, 12, 225-237. <https://doi.org/10.1080/13548500500524088>

- Paiva, D., Silva, S., Severo, M., Ferreira, P., Santos, O., Lunet, N., & Azevedo, A. (2014). Cross-cultural adaptation and validation of the health literacy assessment tool METER in the Portuguese adult population. *Patient Education and Counseling*, 97, 269-275. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2014.07.024>
- Pearson, S., Nash, T., & Ireland, V. (2013). Depression prevalence in people with diabetes and foot ulcers attending podiatry outpatient clinics. In *World Diabetes Congress 2013*. [Conference Extract] Retirado de <http://ecite.utas.edu.au/104691>
- Pedras, S., Carvalho, R., & Pereira, M. G. (2016). Quality of life in portuguese patients with diabetic foot ulcer before and after an amputation surgery. *International Journal of Behavioral Medicine*, 23, 714-721. doi:10.1007/s12529-016-9567-6
- Rawson, K. A., Gunstad, J., Hughes, J., Spitznagel, M. B., Potter, V., Waechter, D., & Rosneck, J. (2010). The METER: A brief, self-administered measure of health literacy. *Journal of General Internal Medicine*, 25(1), 67-71. <https://doi.org/10.1007/s11606-009-1158-7>
- Reagan, L. A., Walsh, S. J., & Shelton, D. (2016). Relationships of illness representation, diabetes knowledge, and self-care behaviour to glycemic control in incarcerated persons with diabetes. *International Journal of Prisoner Health*, 12, 157-172. <http://dx.doi.org/10.1108/IJPH-04-2015-0010>
- Rehman, A., & Kazmi, S. F. (2015). Prevalence and level of depression, anxiety and stress among patients with type-2 diabetes mellitus. *Annals of Pakistan Institute of Medical Sciences*. 11(2), 81-86. Retirado de https://apims.net/apims_old/Volumes/Vol11-2/Prevalence%20and%20Level%20of%20Depression%20Anxiety%20and%20Stress%20among%20Patients%20with%20Type%20Diabetes%20Mellitus.pdf
- Ribu, L., Rustøen, T., Birkeland, K., Hanestad, B. R., Paul, S. M., & Miaskowski, C. (2006). The prevalence and occurrence of diabetic foot ulcer pain and its impact on health-related quality of life. *The Journal of Pain*, 7, 290-299. doi:10.1016/j.jpain.2005.12.002
- Ribu, L., Rustoen, T., Hanestad, B. R., & Moum, T. (2007). A comparison of the health-related quality of life in patients with diabetic foot ulcers, with a diabetes group and a nondiabetes group from the general population. *Quality of Life Research*, 16, 179–189. <https://doi.org/10.1007/s11136-006-0031-y>
- Rigor, J., Martins-Mendes, D., & Monteiro-Soares, M. (2020). Risk factors for mortality in patients with a diabetic foot ulcer: A cohort study. *European Journal of Internal Medicine*, 71, 107-110. <https://doi.org/10.1016/j.ejim.2019.11.011>
- Sekhar, M. S., Thomas, R. R., Unnikrishnan, M. K., Vijayanarayana, K., & Rodrigues, G. S. (2015). Impact of diabetic foot ulcer on health-related quality of life: A cross-sectional study. *Seminars in Vascular Surgery*. 28, 165-171. <https://doi.org/10.1053/j.semvascsurg.2015.12.001>
- Siersma, V., Thorsen, H., Holstein, P. E., Kars, M., Apelqvist, J., Jude, E. B., ... Mauricio, D. (2014). Health-related quality of life predicts major amputation and death, but not healing, in people

- with diabetes presenting with foot ulcers: The Eurodiale study. *Diabetes Care*, 37, 694-700. doi:10.2337/dc13-1212
- Siersma, V., Thorsen, H., Holstein, P. E., Kars, M., Apelqvist, J., Jude, E. B., ... Mauricio, D. (2013). Importance of factors determining the low health-related quality of life in people presenting with a diabetic foot ulcer: The Eurodiale study. *Diabetic Medicine*, 30, 1382-1387. doi:10.1111/dme.12254
- Siersma, V., Thorsen, H., Holstein, P. E., Kars, M., Apelqvist, J., Jude, E. B., ... Mauricio, D. (2017). Diabetic complications do not hamper improvement of health-related quality of life over the course of treatment of diabetic foot ulcers—the Eurodiale study. *Journal of Diabetes and its Complications*, 31, 1145-1151. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jdiacomp.2017.04.008>
- Singh, N., Armstrong, D. G., & Lipsky, B. A. (2005). Preventing foot ulcers in patients with diabetes. *JAMA*, 293, 217-228. doi:10.1001/jama.293.2.217
- Tallis, A., Motley, T. A., Wunderlich, R. P., Dickerson Jr, J. E., Waycaster, C., Slade, H. B., & Collagenase Diabetic Foot Ulcer Study Group. (2013). Clinical and economic assessment of diabetic foot ulcer debridement with collagenase: Results of a randomized controlled study. *Clinical Therapeutics*, 35, 1805-1820. <https://doi.org/10.1016/j.clinthera.2013.09.013>
- Udovichenko, O. V., Maximova, N.V., Amosova, M.V., Yunilaynen, O.A., Berseneva, E.A., Starostina, E.G. (2017). Prevalence and prognostic value of depression and anxiety in patients with diabetic foot ulcers and possibilities of their treatment. *Current Diabetes Reviews*, 13(1), 97-106. Retirado de <https://www.ingentaconnect.com/content/ben/cdr/2017/00000013/00000001/art00015>
- Vadiveloo, T., Jeffcoate, W., Donnan, P. T., Colhoun, H. C., McGurnaghan, S., Wild, S., ... Leese, G. P. (2018). Amputation-free survival in 17,353 people at high risk for foot ulceration in diabetes: A national observational study. *Diabetologia*, 61, 2590–2597. <https://doi.org/10.1007/s00125-018-4723-y>
- Vedhara, K., Dawe, K., Miles, J. N. V, Wetherell, M. A., Cullum, N., Dayan, C., ... Weinman, J. (2016). Illness beliefs predict mortality in patients with diabetic foot ulcers. *PLoS ONE*, 11, e0153315. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0153315>
- Vedhara, K., Dawe, K., Wetherell, M. A., Miles, J. N. V, Cullum, N., Dayan, C., ... Campbell, R. (2014). Illness beliefs predict self-care behaviours in patients with diabetic foot ulcers: A prospective study. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 106(1), 67–72. <https://doi.org/10.1016/j.diabres.2014.07.018>
- Vicente, R., Costa, D., & Castelo Branco, M. (2020). Oxigenoterapia hiperbárica enquanto terapêutica complementar da úlcera do pé diabético: Útil ou inútil? – Uma revisão da literatura. *Gazeta Médica*, 7(1). <https://doi.org/10.29315/gm.v7i1.308>
- Vileikyte, L., Pouwer, F., & Gonzalez, J. S. (2019). Psychosocial research in the diabetic foot: Are we making progress? *Diabetes/Metabolism Research and Reviews*, e3257. <https://doi.org/10.1002/dmrr.3257>

Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67, 361-370. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x>

ANEXOS



Universidade do Minho

Conselho de Ética

Comissão de Ética para a Investigação em Ciências Sociais e Humanas

Identificação do documento: CEICSH 012/2020

Relatores: Emanuel Pedro Viana Barros Albuquerque e Marlene Alexandra Veloso Matos

Título do projeto: *Qualidade de Vida em Pacientes com Úlcera do Pé Diabético: Contribuição da Morbilidade Psicológica, Representações, Adesão e Nível de Cicatrização*

Equipa de Investigação: Ângela Souta Pereira Dias, Mestrado Integrado em Psicologia, Escola de Psicologia, Universidade do Minho; M. Graça Pereira (orientadora), Escola de Psicologia, Universidade do Minho

PARECER

A Comissão de Ética para a Investigação em Ciências Sociais e Humanas (CEICSH) analisou o processo relativo ao projeto de investigação acima identificado, intitulado *Qualidade de Vida em Pacientes com Úlcera do Pé Diabético: Contribuição da Morbilidade Psicológica, Representações, Adesão e Nível de Cicatrização*.

Os documentos apresentados revelam que o projeto obedece aos requisitos exigidos para as boas práticas na investigação com humanos, em conformidade com as normas nacionais e internacionais que regulam a investigação em Ciências Sociais e Humanas.

Face ao exposto, a Comissão de Ética para a Investigação em Ciências Sociais e Humanas (CEICSH) nada tem a opor à realização do projeto, emitindo o seu parecer favorável, que foi aprovado por unanimidade pelos seus membros.

Braga, 18 de março de 2020.

O Presidente da CEICSH

(Acílio Estanqueiro Rocha)

Anexo: Formulário de identificação e caracterização do projeto