



Escola Nacional
de Saúde Pública
UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA

ESTUDO

CONCORDIA

DIABETES *Mellitus Tipo 2*

Dezembro 2022

INVESTIGADORES

Ana Rita Pedro
Beatriz Raposo
Fernando Avelar
João Valente Cordeiro



Escola Nacional
de Saúde Pública
UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA

FICHA TÉCNICA

Título: Estudo CONCORDIA Diabetes *Mellitus* tipo 2 - relatório de apresentação de resultados

Investigadores: Ana Rita Pedro, Beatriz Raposo, Fernando Avelar e João Valente Cordeiro

Design e Paginação: Matrioska Design

Agradecimentos: a equipa de investigação agradece a João Filipe Raposo, Alexandra Costa, Lurdes Serrabulho e Dulce do Ó o apoio na execução do estudo.

Colaboração científica:



Apoio:



ÍNDICE

1. NOTA INTRODUTÓRIA	4
2. NOTA METODOLÓGICA	5
2.1. Abordagem qualitativa	5
2.2. Abordagem quantitativa	6
2.3. Abordagem de consenso	7
2.4. Considerações éticas	7
3. RESULTADOS DA ABORDAGEM QUALITATIVA	8
3.1. Impactos da DM2 no dia a dia das pessoas	8
3.2. Preocupações das pessoas com DM2	8
3.3. Fatores valorizados nas consultas e nos cuidados de saúde	10
4. RESULTADOS DA ABORDAGEM QUANTITATIVA	11
4.1. Dimensão da amostra	11
4.2. Caracterização da amostra	11
4.3. Impactos da DM2 no dia a dia das pessoas	13
4.4. Preocupações das pessoas com DM2 segundo dimensão	15
4.5. Fatores valorizados nas consultas e nos cuidados de saúde	25
5. RESULTADOS DA ABORDAGEM DE CONSENSO	28
5.1. Iniciativas orientadas para a pessoa com Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2)	28
5.2. Iniciativas orientadas ao profissional de saúde que acompanha pessoas com DM2	28
5.3. Iniciativas orientadas para a relação profissional-pessoa com DM2	29
5.4. Iniciativas orientadas ao sistema e instituições de saúde	29
5.5. TOP 5 das iniciativas	30
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	31
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	33

1. NOTA INTRODUTÓRIA

A Diabetes Mellitus (DM) é uma doença crónica com uma alta e crescente prevalência a nível mundial, sendo a Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) o tipo mais comum representado por 90% da diabetes em todo o mundo ^(1,2).

A pedra angular, para o controlo da diabetes, envolve o autocuidado da pessoa com diabetes, o aconselhamento e a promoção de literacia em saúde ^(1,3). A promoção da literacia em saúde e a capacitação do cidadão desempenham um papel fundamental na autogestão de doenças crónicas ⁽⁴⁾.

Um modelo de cuidados centrado na pessoa e na sua relação com profissional de saúde, traduz-se numa mais-valia para os resultados em saúde e para os cuidados em saúde ^(5,6).

A qualidade da relação estabelecida entre o profissional de saúde e a pessoa com doença crónica, nomeadamente no que diz respeito à comunicação e à satisfação com os cuidados prestados, assume um papel importante a ser investigado.

Deste modo, avaliar possíveis diferenças na perceção da pessoa com DM2 e na dos profissionais de saúde, quanto aos impactos da DM2 no quotidiano, às principais preocupações na gestão da doença e aos fatores mais valorizados nos cuidados de saúde, torna-se uma condição relevante para a participação efetiva da pessoa com DM2 no seu processo de cuidados.

É neste racional apresentado que surge o projeto CONCORDIA DM2, constituído por 3 abordagens metodológicas, que tem como objetivo aumentar a base de evidência sobre a importância do conhecimento da perspetiva da pessoa que vive com DM2. Para a concretização desta finalidade avaliou-se as principais preocupações das pessoas, identificou-se os principais impactos da doença no dia a dia e os fatores mais valorizados nos cuidados de saúde, sob a perspetiva da própria e dos profissionais de saúde que acompanham pessoas com DM2. Desta forma, conseguiu-se aferir divergências entre as perspetivas e fazer o levantamento de possíveis iniciativas operacionalizáveis para aproximação destas perspetivas, contribuindo, deste modo, para o alinhamento da informação transmitida no âmbito dos cuidados de saúde, tornando o acompanhamento da doença mais efetivo.

Consideramos que este estudo traz conhecimentos que beneficiarão a prática dos cuidados de saúde em Portugal, tanto para as pessoas com DM2 como para os profissionais de saúde.

Este projeto é desenvolvido pela Escola Nacional Saúde Pública da Universidade NOVA de Lisboa (ENSP-NOVA), contando com a colaboração científica da Associação Protectora dos Diabéticos de Portugal (APDP) e Sociedade Portuguesa de Diabetologia (SPD) e financiado por AstraZeneca Produtos Farmacêuticos Lda.

2. NOTA METODOLÓGICA

O projeto proposto seguiu um desenho de investigação misto, que pressupõe a utilização de diferentes abordagens, onde cada fase serve de elemento base para a fase subsequente.

Na primeira fase foram utilizados métodos qualitativos que visaram a identificação das principais preocupações das pessoas que experienciam a doença, dos impactos da mesma no quotidiano e dos fatores mais valorizados nos cuidados de saúde, sob as perspetivas das pessoas com DM2 e dos profissionais de saúde que acompanham estas pessoas.

Com base nas ideias emergentes desta abordagem qualitativa, foi elaborado um questionário de autopreenchimento *online* – abordagem quantitativa – para a recolha dos dados, aplicado a pessoas com DM2 e a profissionais de saúde.

Após a análise dos dados quantitativos, foi reunido um painel de peritos – abordagem de consenso – com o objetivo de gerar possíveis iniciativas para aproximar a perspetiva dos profissionais de saúde da perspetiva das pessoas com DM2, em especial, onde estas apresentavam divergências.

2.1. Abordagem qualitativa

A abordagem qualitativa deste estudo permitiu explorar as perspetivas de vários grupos. Para isso, foram conduzidos 5 grupos focais: 2 grupos focais com profissionais de saúde, sendo 1 composto por médicos e outro composto por enfermeiros e 3 grupos focais com pessoas com DM2, em diferentes estádios de evolução da doença.

A amostragem foi intencional – amostragem não probabilística – e seguiu a regra de maximização da diferença de características e perspetivas dos participantes.

As sessões foram conduzidas pelos investigadores durante o mês de novembro de 2020. Estas foram orientadas com base num guião previamente definido, constituído por perguntas abertas, de forma a promover uma discussão ampla, mas delimitada, sem desvirtuar os objetivos do estudo. As perguntas estavam relacionadas com as preocupações das pessoas com DM2, com os fatores mais valorizados nos cuidados de saúde e com os impactos no dia a dia da pessoa com DM2. A participação foi estritamente voluntária, sendo garantida, por parte dos investigadores, a confidencialidade dos conteúdos analisados. A análise do conteúdo foi realizada em conjunto pelos elementos responsáveis deste estudo, promovendo a triangulação interpretativa dos dados.

Grupos Focais: trata-se de uma técnica de recolha de dados que implica situações de interação social, com um número reduzido de pessoas, em contexto de discussão sobre um tema específico, bem delimitado, tendo por objetivo a recolha de dados qualitativos (i.e., verbais e relacionais) através de discussão “focalizada”^(7,8).

2.2. Abordagem quantitativa

Com base nos resultados produzidos na fase qualitativa, foi obtida uma matriz de áreas, dimensões e itens que viabilizou a construção de um questionário sobre preocupações, impactos e fatores valorizados nos cuidados de saúde.

Questionário: é uma abordagem utilizada em investigação quantitativa para recolher dados sobre incidência, distribuição e relação entre variáveis que se pretende estudar na população-alvo do estudo ⁽⁹⁾.

O questionário, conforme a área de análise, seguiu um formato de perguntas cuja resposta incluía uma escala tipo diferencial semântico até 4 pontos. Desta forma, foi possível obter uma pontuação global para cada área e/ou dimensão em estudo. Ainda que não contemplado na pontuação, o respondente tinha a possibilidade de assinalar as opções “nunca pensei sobre isso” ou “não se aplica/prefiro não responder”, de modo a assegurar que as respostas refletiam, de facto, a sua perspetiva.

A base do questionário foi semelhante para ambos os grupos – Pessoa com DM2 e Profissional de Saúde – apresentando diferenças quanto à caracterização do respondente e ao tipo de linguagem, uma vez que se pretendia obter a perceção do profissional de saúde face a perspetiva da pessoa com DM2.

Os questionários, após apreciação dos comentários emergentes do pré-teste – que teve por objetivo verificar erros operacionais, tempos de resposta e compreensão do conteúdo – foi realizado *online*, através do *Microsoft Forms* com a criação de dois *links* distintos, segundo cada grupo, e aplicados de abril de 2021 a dezembro de 2021.

Constituição do questionário

Parte I

Nesta parte do questionário os respondentes tiveram acesso a uma explicação sumária sobre o estudo e ao consentimento informado. A participação no estudo das Pessoas com DM2 estava condicionada ao cumprimento de requisitos como ter idade igual ou superior a 18 anos e o consentimento na participação do estudo. Quanto a participação dos profissionais de saúde, os requisitos incluíam o seu consentimento e o acompanhamento de pessoas com DM2 na sua prática profissional em Portugal.

Parte II

Integra a área dos impactos percebidos da DM2 no dia a dia apresentada por 7 dimensões. O formato de resposta consiste numa escala diferencial semântica de 3 pontos (**impacto negativo, nenhum impacto, impacto positivo**).

Parte III

Integra a área das preocupações das pessoas com DM2 apresentada por 9 dimensões e 48 itens. O formato de resposta consiste numa escala diferencial semântica de 4 pontos (**nada preocupado, pouco preocupado, preocupado, muito preocupado**).

Parte IV

Integra a área dos fatores valorizados encontra-se apresentada em 2 dimensões e 20 itens. O formato de resposta consiste numa escala diferencial semântica de 4 pontos (**nada importante, pouco importante, importante, muito importante**).

Parte V

Por fim, o questionário direcionado a pessoas com DM2 termina com a caracterização sociodemográfica e de saúde, tais como: idade, sexo, local de residência, agregado familiar, escolaridade, ocupação, anos de diagnóstico, complicações associadas, tipo de terapêutica e comorbilidades. Quanto aos profissionais de saúde, para além do sexo e idade, foi incluído a profissão, anos de exercício e onde acompanha as pessoas com DM2.

2.3. Abordagem de consenso

No sentido de promover uma discussão dos resultados obtidos na fase quantitativa e posterior consensualização de iniciativas operacionalizáveis, procedeu-se à realização de uma Técnica de Grupo Nominal (TGN).

Técnica de Grupo Nominal: Trata-se de uma abordagem metodológica de investigação qualitativa e que tem como objetivo fundamental consensualizar informação pertinente acerca de uma temática ou questão específica, com vista a auxiliar a tomada de decisão ⁽¹⁰⁾. Consiste na realização de uma reunião estruturada com a participação de vários especialistas de áreas de estudo próximas e com conhecimento relevante sobre a temática em análise. Este processo dá origem a um conjunto de ideias, que são posteriormente analisadas e priorizadas pelo grupo, de forma a alcançar um consenso de grupo ^(10, 11).

Esta abordagem metodológica consistiu numa reunião estruturada, *online*, e contou com a participação de 14 peritos, incluindo: pessoas com DM2, profissionais de saúde, investigadores, cuidadores informais, gestores em saúde e especialistas em literacia em saúde.

A TGN teve como objetivo principal identificar e consensualizar iniciativas que permitissem aproximar a perspetiva do profissional de saúde da perspetiva da pessoa com DM2, para uma melhor gestão da DM2. A questão levantada ao painel de peritos foi:

“Que iniciativas operacionalizáveis recomenda no sentido de aproximar as perspetivas, para uma melhor gestão da Diabetes Mellitus tipo 2?”

A priorização de cada iniciativa proposta, a partir de uma votação, foi obtida de acordo com o nível de relevância percecionado. A votação destas iniciativas foi realizada com base numa escala de “nada relevante” atribuído 1 valor a “muito relevante” atribuído 6 valores.

Para ordenação de iniciativas, foi aplicado o critério de soma consoante a votação, sendo o valor máximo possível de 84 valores e o valor mínimo de 14 valores.

2.4. Considerações éticas

Este estudo mereceu parecer favorável da Comissão de Ética da Associação Protectora dos Diabéticos de Portugal, no dia 14 de outubro de 2020 (Ofício nº154/2020 de 24 de Agosto de 2020).

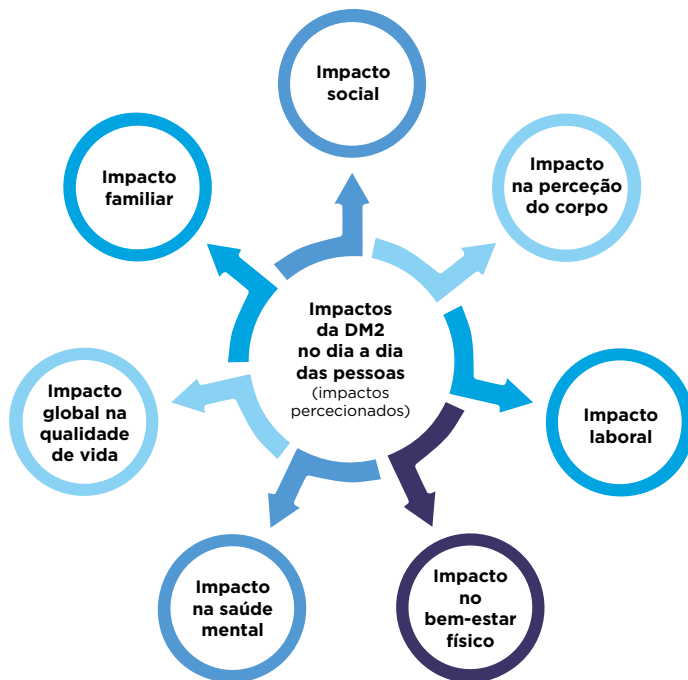
3. RESULTADOS DA ABORDAGEM QUALITATIVA

Os Grupos Focais permitiram a identificação dos itens que serviram de base para a elaboração de um questionário mais abrangente e sustentado na realidade das pessoas que vivem com DM2. De modo a clarificar como tais itens foram obtidos, os resultados da abordagem qualitativa foram apresentados conforme as áreas que estão descritas a seguir.

3.1. Impactos da DM2 no dia a dia das pessoas

Em relação aos impactos da DM2 no dia a dia, nesta área foram identificadas 7 dimensões: impacto social; impacto familiar; impacto laboral; impacto na saúde mental; impacto na percepção do corpo; impacto no bem-estar físico e impacto global na qualidade de vida.

Figura 1 - 7 dimensões dos impactos da DM2 no dia a dia das pessoas



3.2. Preocupações das pessoas com DM2

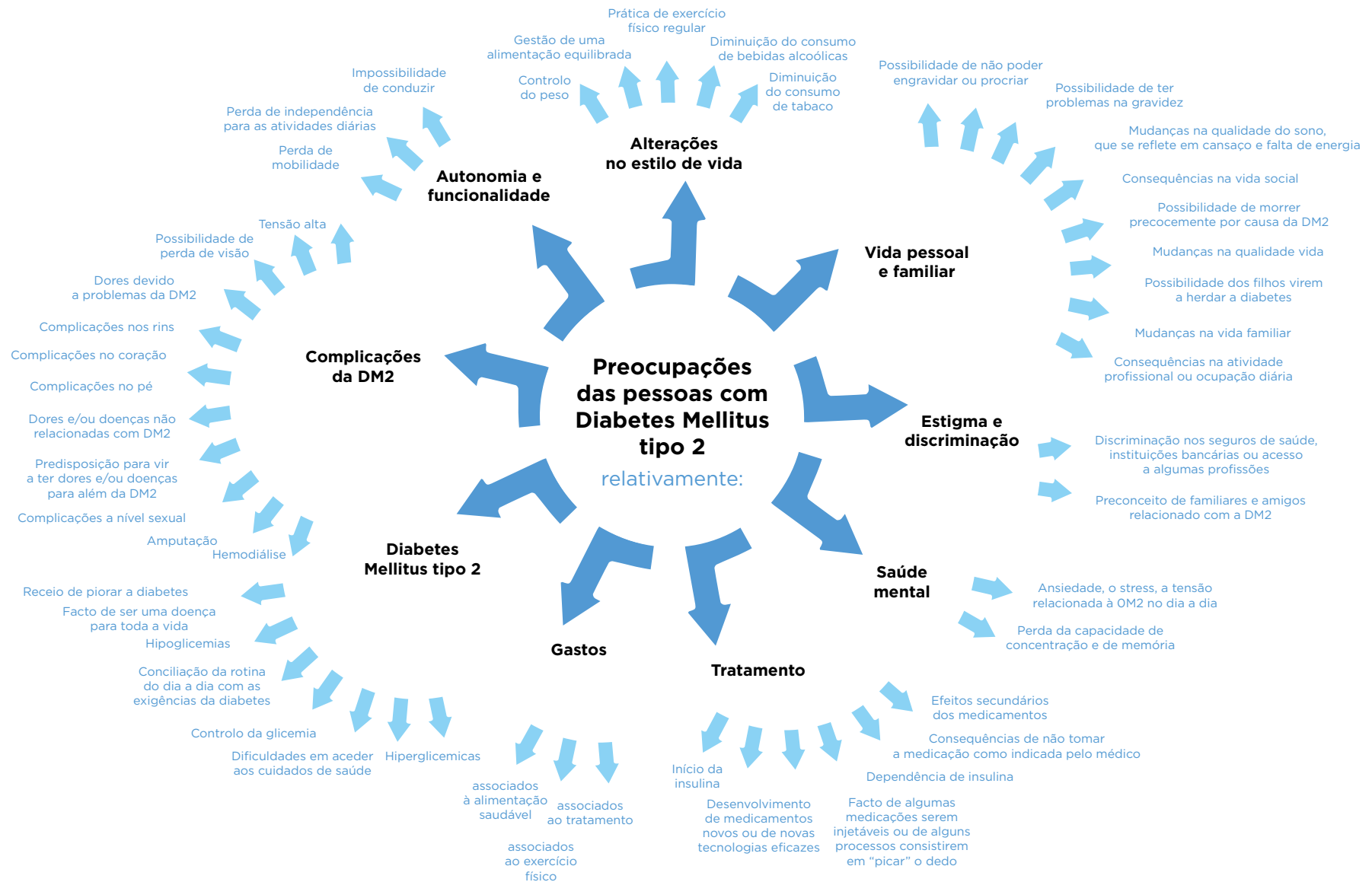
Face às preocupações das pessoas com DM2, a abordagem qualitativa permitiu identificar 9 dimensões de preocupação (figura 2).

Figura 2 - Nuvem das 9 dimensões das preocupações das pessoas com DM2

ALTERAÇÕES NO ESTILO DE VIDA
COMPLICAÇÕES DA DIABETES MELLITUS TIPO 2
SAÚDE MENTAL
VIDA PESSOAL E FAMILIAR
DIABETES MELLITUS TIPO 2
ESTIGMA E DISCRIMINAÇÃO
GASTOS TRATAMENTO
AUTONOMIA E FUNCIONALIDADE

Foram identificados 48 itens de preocupação, após discussão e análise, estes foram agrupados em 9 dimensões nomeadamente: alterações no estilo de vida (5 itens); vida pessoal e familiar (9 itens); estigma e discriminação (2 itens); saúde mental (2 itens); tratamento (6 itens); gastos (3 itens), Diabetes Mellitus tipo 2 (7 itens); complicações da Diabetes Mellitus tipo 2 (11 itens) e autonomia e funcionalidade (3 itens), como representadas na figura 3.

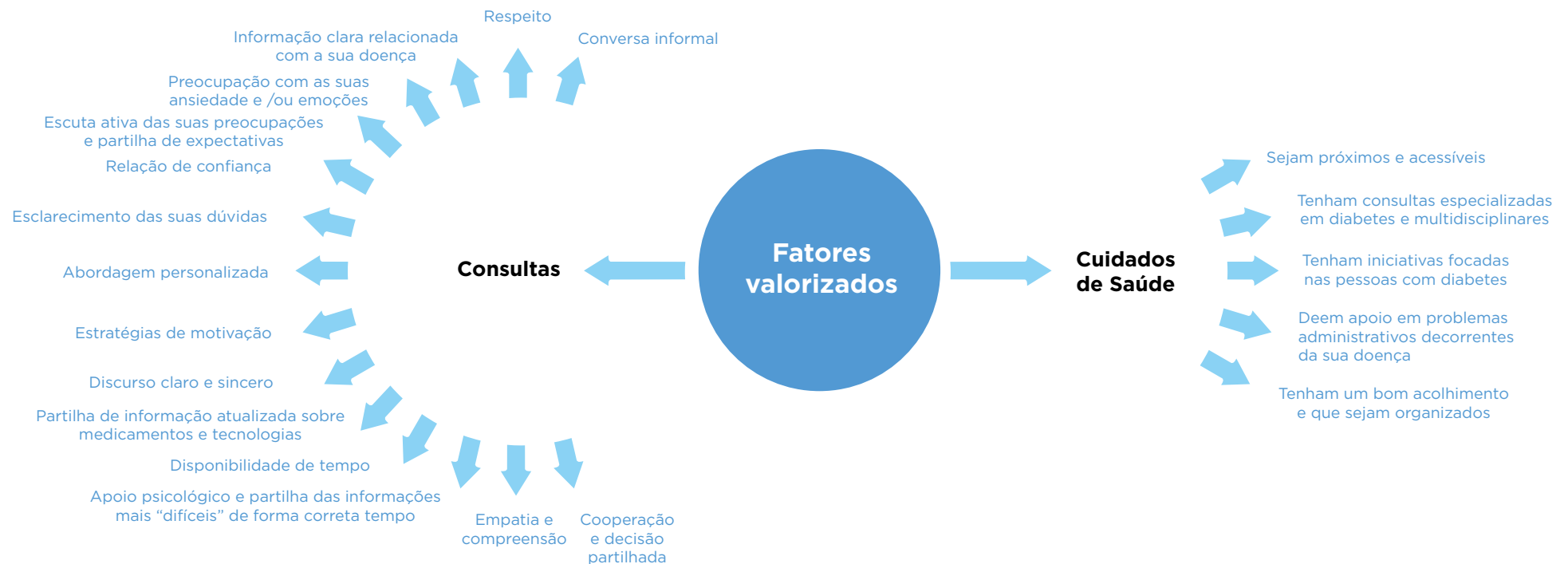
Figura 3 - 9 dimensões das preocupações da pessoa com DM2, com itens associados



3.3. Fatores valorizados nas consultas e nos cuidados de saúde

Relativamente a área dos fatores valorizados nos cuidados de saúde, este foi dividido em 2 dimensões: fatores valorizados nas consultas com os profissionais de saúde e fatores valorizados nos cuidados de saúde. À semelhança das preocupações, identificou-se um total de 20 itens, após a devida análise e discussão este foram agrupados: 15 para a dimensão das consultas com os profissionais de saúde e 5 para os cuidados de saúde, conforme apresentado na figura 4.

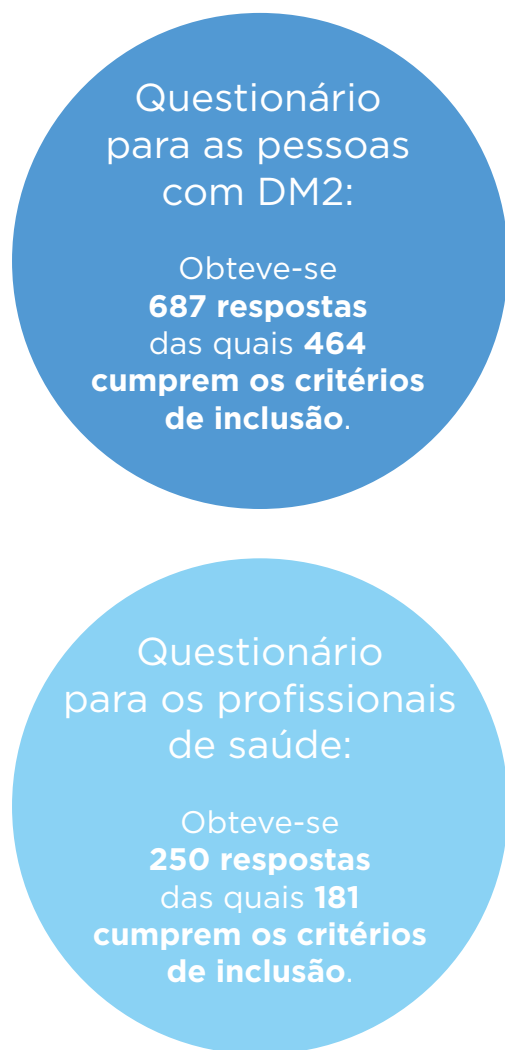
Figura 4 - 2 dimensões dos fatores valorizados, com itens associados



4. RESULTADOS DA ABORDAGEM QUANTITATIVA

4.1. Dimensão da amostra

Figura 5 - Tamanho da amostra



4.2. Caracterização da amostra

Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica das pessoas com DM2

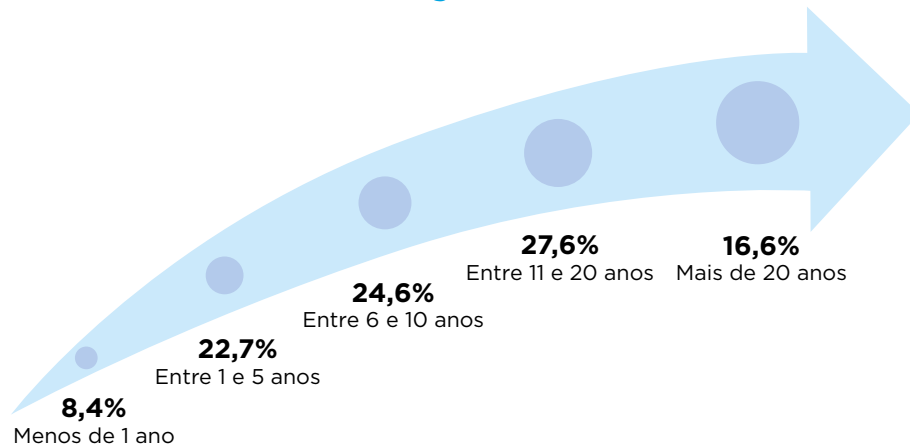
Características	Categoria	Pessoa com DM2		
		N	n	%
Idade	Média	464	62 anos	
Sexo	Masculino	464	228	49,1%
	Feminino		236	50,9%
Local de Residência	Norte	464	75	16,2%
	Centro		82	17,7%
	Área Metropolitana de Lisboa		241	51,9%
	Alentejo		25	5,4%
	Algarve		16	3,4%
	Regiões Autónomas	25	5,4%	
Agregado Familiar	Sozinho	459	89	19,4%
	Com Coabitante		370	80,6%
Escolaridade	Até ao 3º ciclo	458	91	19,9%
	Secundário		148	32,3%
	Ensino Superior		219	47,8%
Ocupação	Trabalho a tempo inteiro/parcial	456	209	45,8%
	Reformado(a)		216	47,4%
	Outros		31	6,8%

Pessoas com Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2)

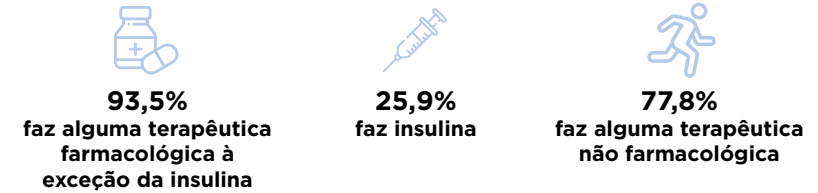
- Dos respondentes com DM2 (N=464) - a idade média desta amostra é de 62 anos e 50,9% (n=236) é do sexo feminino;
- Face às habilitações literárias - 19,9% (n=91) dos respondentes tem até ao 3º ciclo de escolaridade e 47,8% (n=219) tem o ensino superior;
- Face aos anos de diagnóstico da DM2 - 68,8% (n=319) dos respondentes tem mais de 6 anos de diagnóstico;
- Relativamente às complicações associadas às DM2 - metade dos respondentes (53,2%) tem complicações associadas à mesma. As 2 complicações mais reportadas são: alterações a nível sexual (55,0%) e as complicações nos olhos (42,4%).

Caracterização de saúde das pessoas com DM2

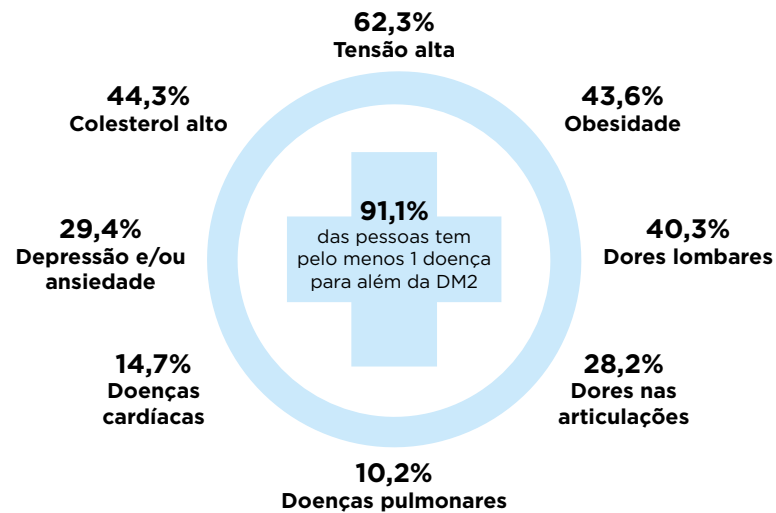
Anos de Diagnóstico de DM2



Tipo de terapêutica para DM2



Doenças ou problemas de saúde para além da DM2



Grupo de complicações associadas a DM2

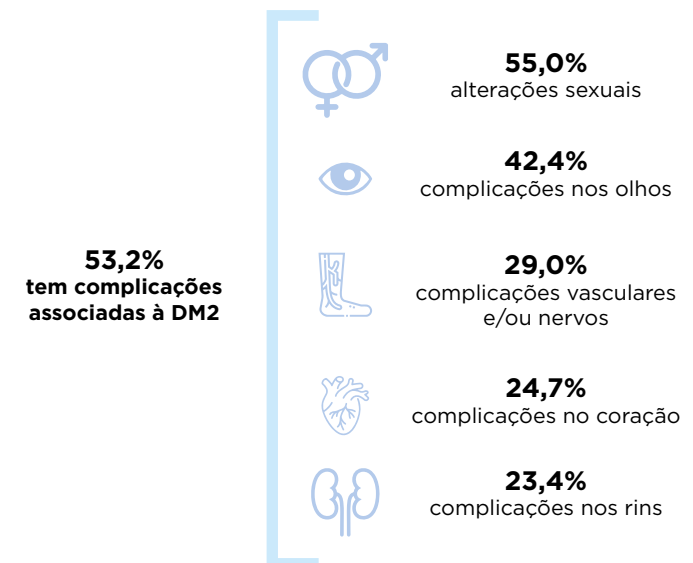


Tabela 2 - Caracterização sociodemográfica e laboral dos profissionais de saúde

Características	Categorias	Profissionais de Saúde		
		N	n	%
Idade	Média	181	44 anos	
Sexo	Masculino	181	65	35,9%
	Feminino		116	64,1%
Atividade Profissional	Médico(a)	185	124	67,0%
	Enfermeiro(a)		56	30,3%
	Outros		5	2,7%
Anos de exercício da atividade profissional	Até 5 anos	181	31	17,1%
	entre 6 e 10 anos		30	16,6%
	entre 11 e 20 anos		42	23,2%
	mais de 20 anos		78	43,1%
Onde acompanha pessoas com DM2	Cuidados de saúde primários	180	61	33,9%
	Cuidados de saúde hospitalares		98	54,4%
	Cuidados especializados na Diabetes		13	7,2%
	Outros		8	4,4%

Profissionais de Saúde - médicos(as) e enfermeiros(as)

- Relativamente aos profissionais de saúde (N=181) - a média de idade é 44 anos e 64,1% (n=116) é do sexo feminino;
- Maioritariamente os respondentes são médicos 67%(n=124) e, destes, 89,4%(n=110) relataram ter alguma especialidade, distribuídas em Medicina Geral e Familiar (35,5%), Endocrinologia (19,1%), Nefrologia (19,1%), Medicina Interna (17,3%) e outras especialidades (9,1%);
- Os profissionais de saúde participantes do questionário têm maioritariamente mais de 20 anos de exercício profissional (43,1%) e de acompanhamento de pessoas com DM2 (37%) e exercem as suas atividades em hospital (54,4%).

4.3. Impactos da DM2 no dia a dia das pessoas

Tabela 3 - Impactos no dia a dia da pessoa com DM2

Impactos	Categorias	Pessoa com DM2	Profissionais de Saúde	p-valor
Social	Impacto positivo	9,7%	0,6%	<0,001
	Nenhum impacto	58,8%	21,5%	
	Impacto negativo	31,5%	78,0%	
Score Médio*		6,09	8,87	<0,001
Familiar	Impacto positivo	23,0%	0,0%	<0,001
	Nenhum impacto	45,5%	39,1%	
	Impacto negativo	31,5%	60,9%	
Score Médio		5,42	8,05	<0,001
Laboral	Impacto positivo	5,5%	1,1%	<0,001
	Nenhum impacto	64,4%	29,7%	
	Impacto negativo	30,1%	69,1%	
Score Médio		6,23	8,4	<0,001
Saúde Mental	Impacto positivo	5,9%	0,6%	<0,001
	Nenhum impacto	36,3%	24,0%	
	Impacto negativo	57,8%	75,4%	
Score Médio		7,60	8,74	<0,001
Perceção do corpo	Impacto positivo	15,0%	1,7%	<0,001
	Nenhum impacto	30,6%	23,2%	
	Impacto negativo	54,4%	75,1%	
Score Médio		6,97	8,67	<0,001
Bem-estar físico	Impacto positivo	6,8%	2,8%	<0,001
	Nenhum impacto	24,4%	12,8%	
	Impacto negativo	68,8%	84,4%	
Score Médio		8,10	9,08	<0,001
Qualidade de vida	Impacto positivo	8,4%	4,6%	0,076
	Nenhum impacto	28,7%	25,7%	
	Impacto negativo	62,9%	69,7%	
Score Médio		7,72	8,25	0,076
Score Médio Total		6,21	8,41	<0,001

* Pontuação média calculada, numa escala de 0 a 10, a partir do impacto percecionado, onde o "impacto negativo" teve o maior valor e o "impacto positivo" o menor.

- O **impacto social** (n=548) apresentou a maior diferença de perspetivas em relação ao *impacto negativo*, este foi mais relatado nos profissionais de saúde (78,0%);

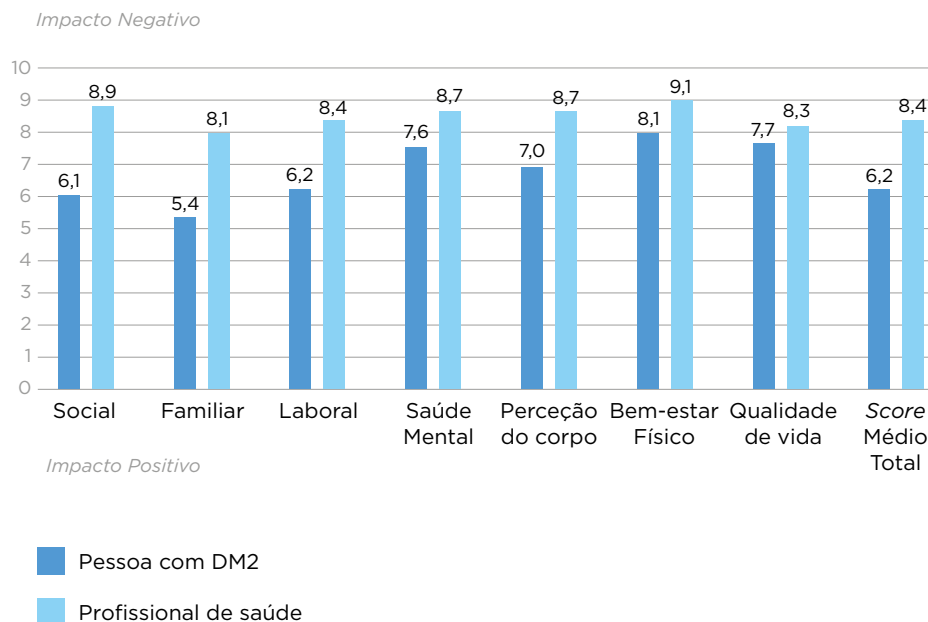
- Face ao **impacto na vida familiar** (n=605) a maioria dos profissionais de saúde (60,9%) identificam *impacto negativo*, quando comparado com as pessoas com DM2 a maioria (45,5%) identifica outra categoria, nomeadamente, *nenhum impacto*. Destaca-se que nesta dimensão do impacto, 23,0% das pessoas demonstram *impacto positivo*;

- A divergência observada no impacto familiar é similar no **impacto laboral** (n=537) onde 69,1% dos profissionais de saúde identificaram como impacto negativo enquanto 64,4% das pessoas com DM2 reportaram *nenhum impacto*;

- Relativamente ao **impacto na saúde mental** (n=606), na **percepção do corpo** (n=609), no **bem-estar físico** (n=621) e na **qualidade de vida** (n=614) apresentaram um perfil semelhante com um reporte no *impacto negativo* maioritariamente: 57,8%, 54,4%, 68,8% e 62,9% para as pessoas com DM2 e 75,4%, 75,1%, 84,4% e 69,7% para os profissionais de saúde, respetivamente;

- A análise mostrou-se estatisticamente significativa em todos os parâmetros analisados ($p > 0,01$), com exceção do **impacto na qualidade de vida** ($p = 0,146$) revelando que não há diferença estatisticamente significativa nas respostas em ambas as perspetivas.

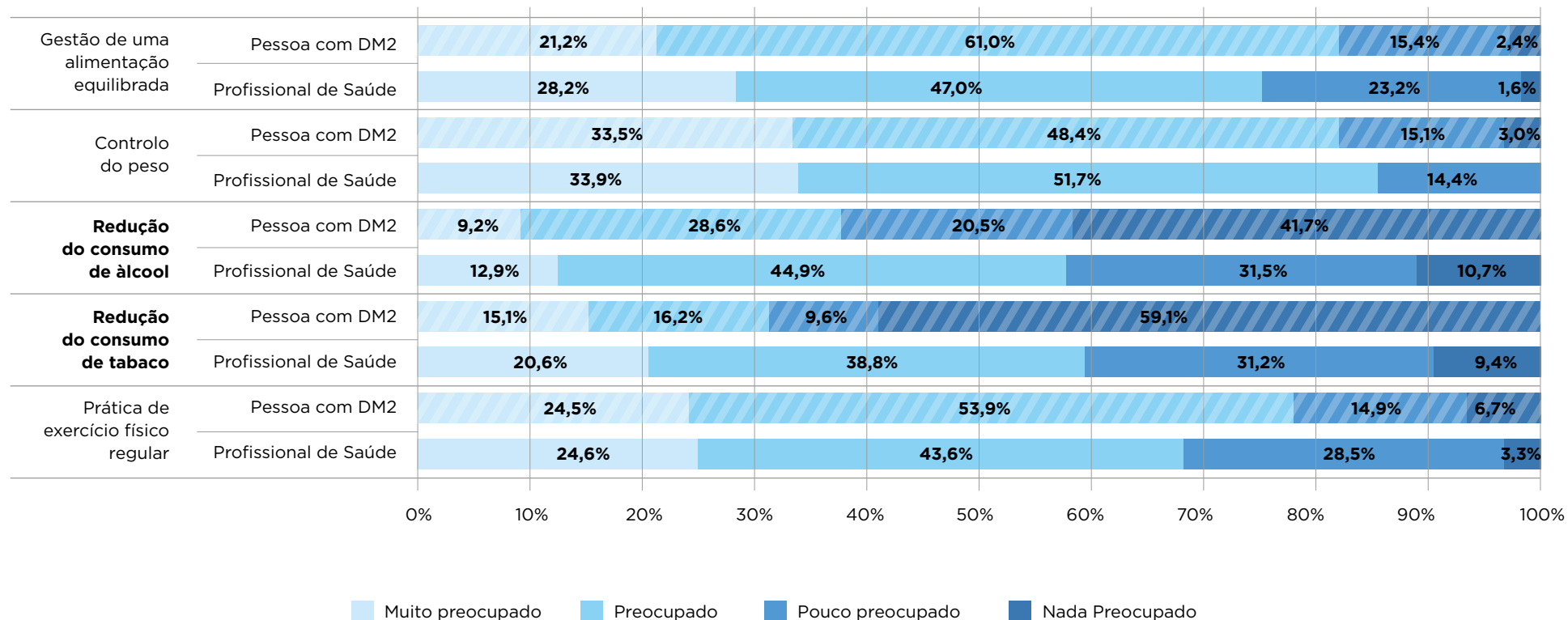
Gráfico 1 - Score médio dos impactos da DM2 no dia a dia das pessoas sob a perspetiva da própria e do profissional de saúde



Síntese: Na generalidade, o *impacto negativo* foi mais referido pelos profissionais de saúde do que pelas pessoas com DM2, as quais reportaram inclusivamente impactos positivos da doença, pouco reconhecidos pelos profissionais de saúde.

4.4. Preocupações das pessoas com DM2 segundo dimensão

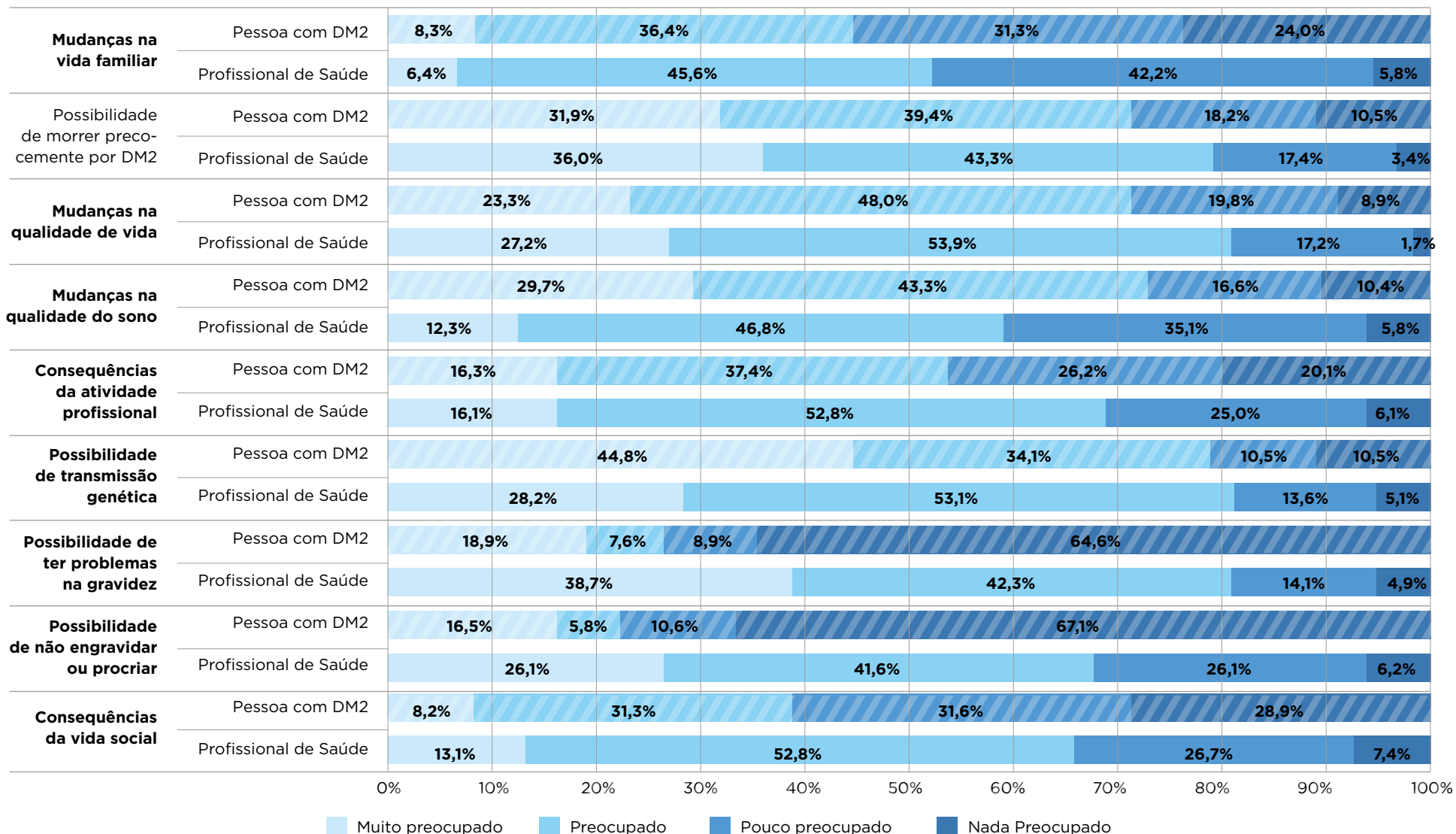
Gráfico 2 - Preocupações relativas às alterações do estilo de vida



Os itens em destaque foram identificados com uma diferença entre as perspetivas, estatisticamente significativa a 95%.

• As **preocupações com alterações ao estilo de vida** revelam que as diferentes perspetivas são convergentes em relação à “alimentação”, ao “controlo do peso” e à “prática do exercício físico”, com identificação da categoria preocupado. À exceção da “redução do consumo de álcool e de tabaco”, onde as pessoas com DM2 identificam como nada preocupado (41,7% e 59,1%) e os profissionais de saúde identificam como preocupado, 44,9% e 38,8%, respetivamente.

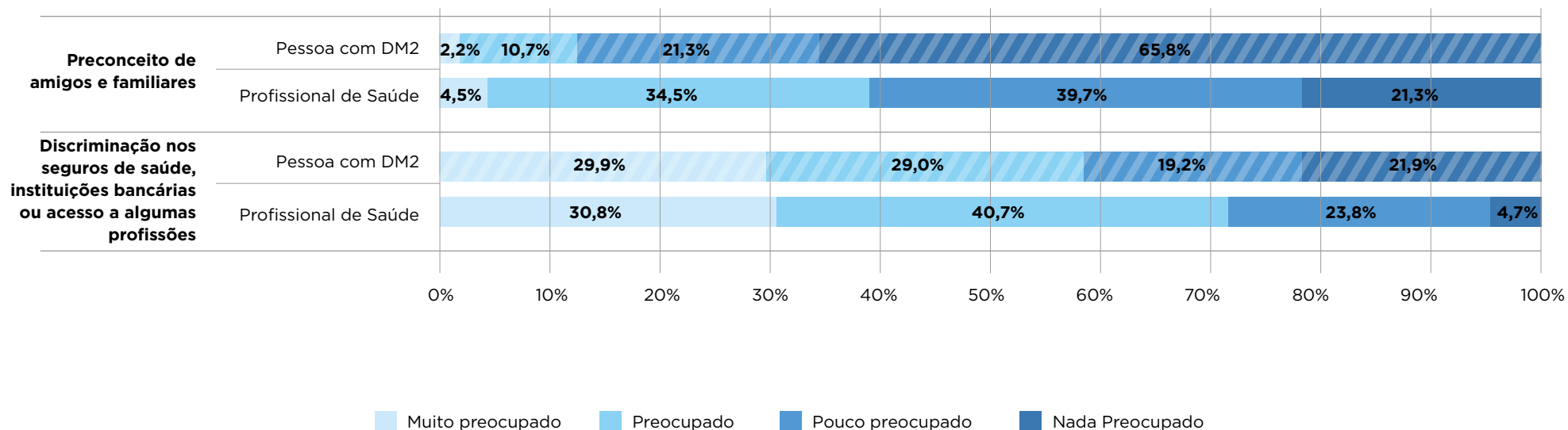
Gráfico 3 – Preocupações relativas com a vida pessoal e familiar



Os itens em destaque foram identificados com uma diferença entre as perspectivas, estatisticamente significativa a 95%.

• Face às **preocupações com a vida pessoal e familiar**, apenas no item “possibilidade de morrer precocemente por DM2” as perspectivas são convergentes. Nesta dimensão destaca-se a “possibilidade de ter problemas na gravidez” e de “não engravidar ou procriar”, onde as pessoas identificam como nada preocupado, 64,6% e 67,1% e os profissionais como preocupado, 42,3% e 41,6%, respetivamente. Importa destacar que a média de idade das pessoas com DM2 que participaram do estudo é de 62,4 anos.

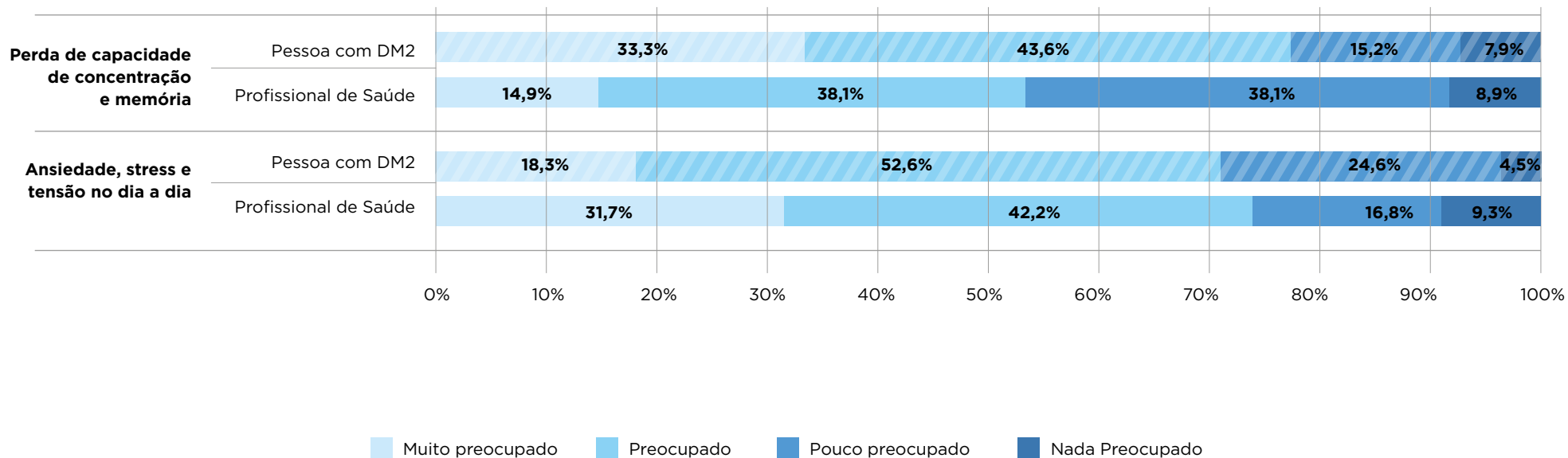
Gráfico 4 - Preocupações relativas com o estigma e discriminação



Os itens em destaque foram identificados com uma diferença entre as perspetivas, estatisticamente significativa a 95%.

- No que concerne às **preocupações com o estigma e discriminação** as perspetivas são divergentes tanto para o “preconceito de amigos e familiares” quanto para a “discriminação nos seguros de saúde, instituições bancárias e acesso algumas profissões”. Relativamente à preocupação com o “preconceito de amigos e familiares”, 65,8% das pessoas com DM2 identificaram em nada preocupado. Face à “discriminação nos seguros de saúde, instituições bancárias e acesso algumas profissões”, 29,9% das pessoas com DM2 identificaram em muito preocupado. Os profissionais de saúde para os mesmos itens desta dimensão, identificam para o “preconceito de amigos e familiares”, pouco preocupado (39,7%) e preocupado (40,7%) para a “discriminação nos seguros e instituições bancárias e acesso algumas profissões”.

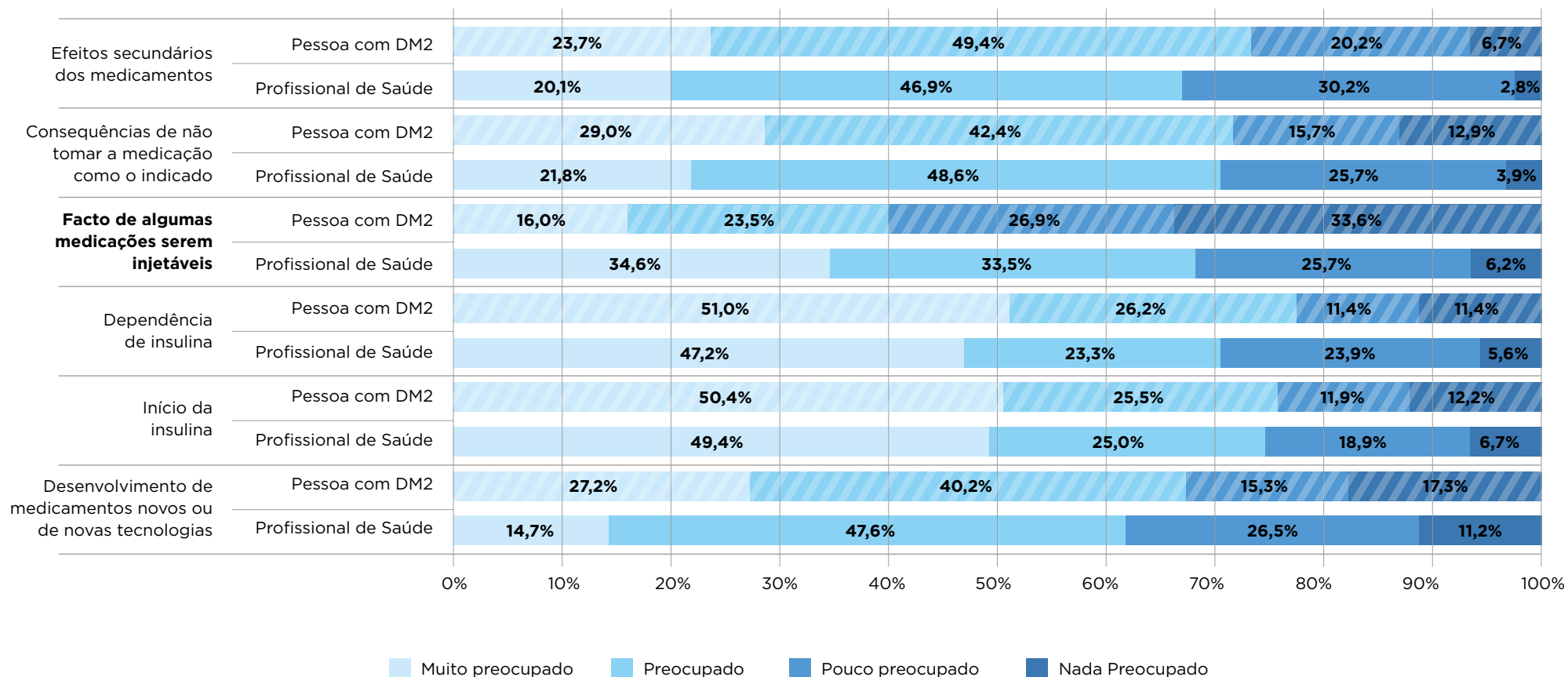
Gráfico 5 – Preocupações relativas com a saúde mental



Os itens em destaque foram identificados com uma diferença entre as perspetivas, estatisticamente significativa a 95%.

• Relativamente às **preocupações com a saúde mental**, ambas as perspetivas apresentam a maior percentagem na mesma categoria de preocupação “preocupado”, no entanto o peso atribuído por cada um dos grupos é diferente. Por exemplo, face ao item “ansiedade, stress e tensão no dia a dia” este apresenta uma percentagem de 52,6% para os profissionais de saúde enquanto para as pessoas com DM2 apresenta uma percentagem de 42,2%.

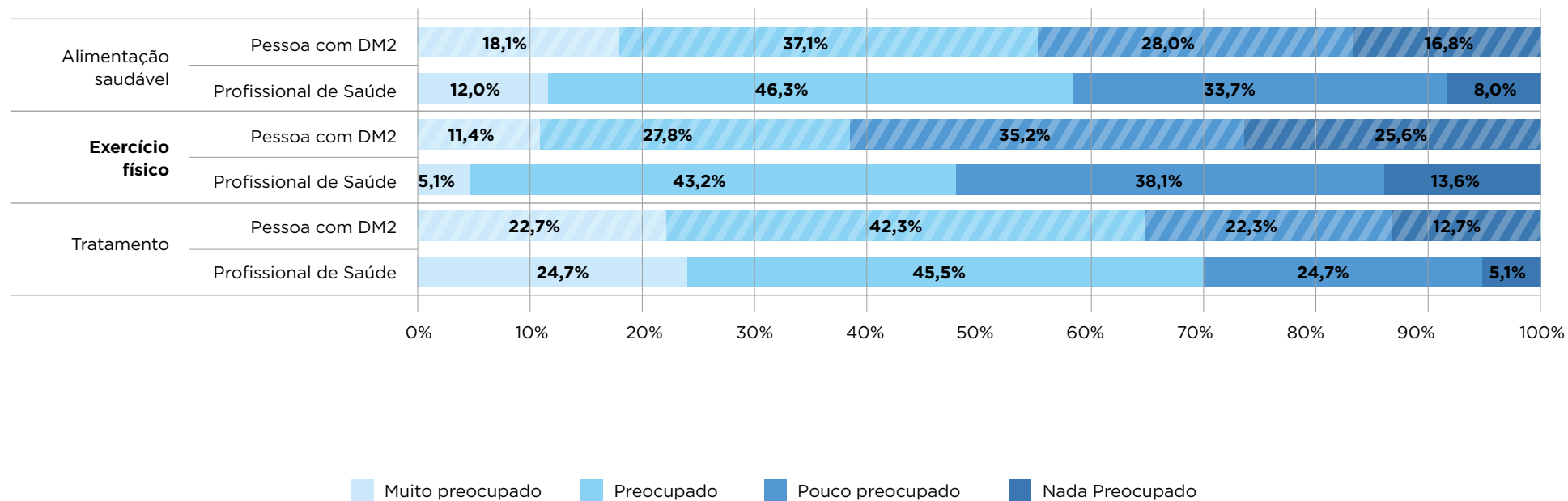
Gráfico 6 - Preocupações relativas com o tratamento



Os itens em destaque foram identificados com uma diferença entre as perspetivas, estatisticamente significativa a 95%.

• Nas **preocupações com o tratamento** identifica-se uma convergência em relação às perspetivas em análise, uma vez que ambas reportam a mesma categoria em quase todos os itens, variando apenas na sua proporção, à exceção do item “facto de alguns medicamentos serem injetáveis”, que se revelam opostas, onde as pessoas com DM2 identificam como nada preocupado (33,6%) e os profissionais de saúde como muito preocupado (34,6%). Destaca-se que no que concerne aos itens “início da insulina” e “dependência da insulina”, ambos convergem na categoria muito preocupado.

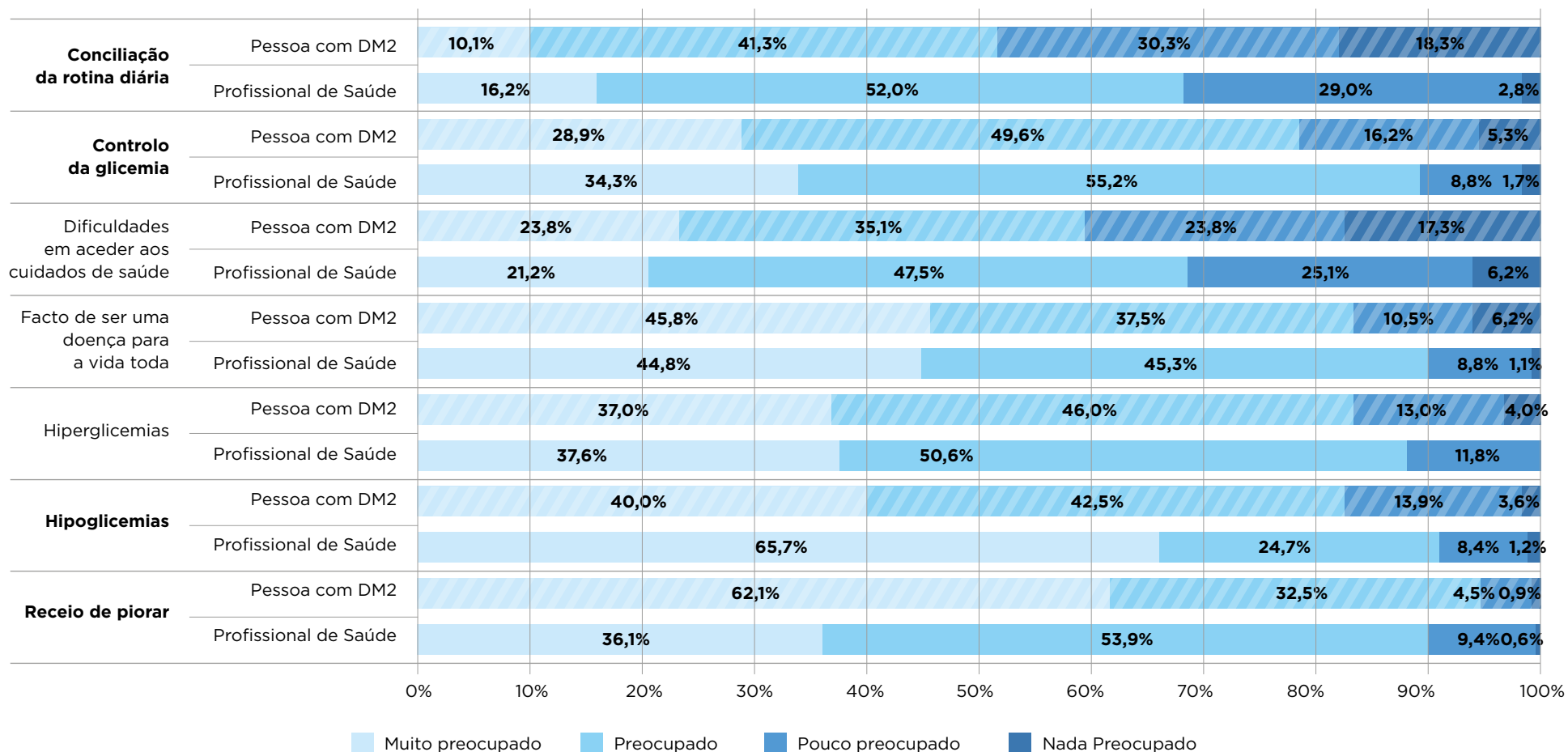
Gráfico 7 - Preocupações relativas com os gastos



Os itens em destaque foram identificados com uma diferença entre as perspetivas, estatisticamente significativa a 95%.

- Face às **preocupações com os gastos**, as perspetivas mostram-se convergentes em relação com a “alimentação saudável” e “tratamento”, com uma ligeira diferença referente ao “exercício físico”, onde maioritariamente as pessoas com DM2 identificam a categoria pouco preocupado (35,2%) e os profissionais de saúde a categoria preocupado (43,2%).

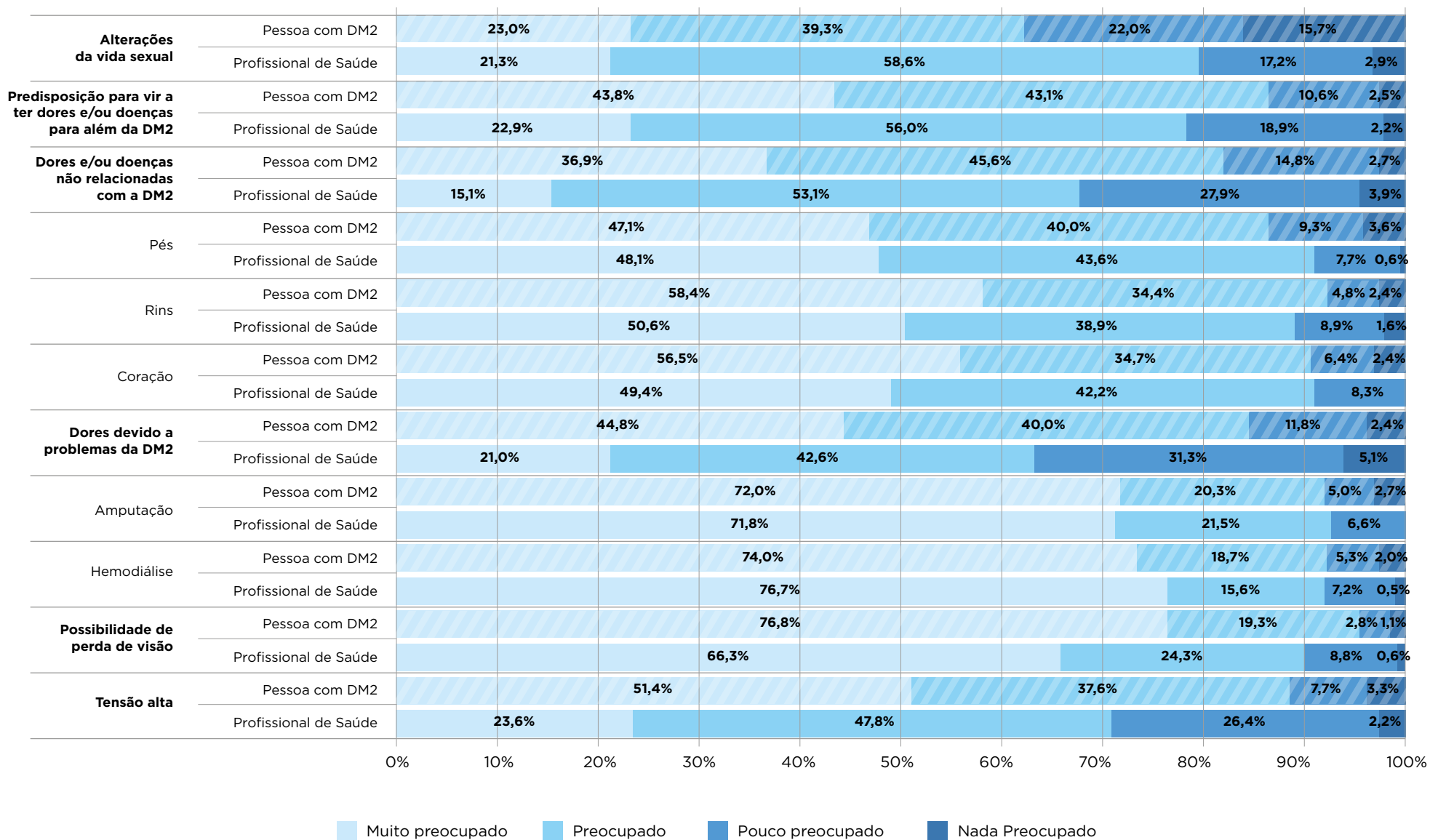
Gráfico 8 – Preocupações relativas com a Diabetes Mellitus tipo 2 em si



Os itens em destaque foram identificados com uma diferença entre as perspetivas, estatisticamente significativa a 95%.

• Nas **preocupações especificamente com a DM2**, as perspetivas analisadas são convergentes em relação às “dificuldades em aceder aos cuidados de saúde”, ao facto de “ser uma doença para a vida toda” e as “hiperglicemias”. Em relação à “conciliação da rotina diária” e o “controlo de glicemia” não são convergentes, mas alinham na mesma categoria, preocupado, variando a proporção de respostas. No entanto, destaca-se dois itens: (1) as “hipoglicemias”, onde os profissionais de saúde identificam como muito preocupado (65,7%) e as pessoas com DM2 preocupado (42,5%) e (2) o “receio de piorar”, onde as pessoas identificam a categoria muito preocupado (62,1%) e os profissionais de saúde a categoria preocupado (53,9%).

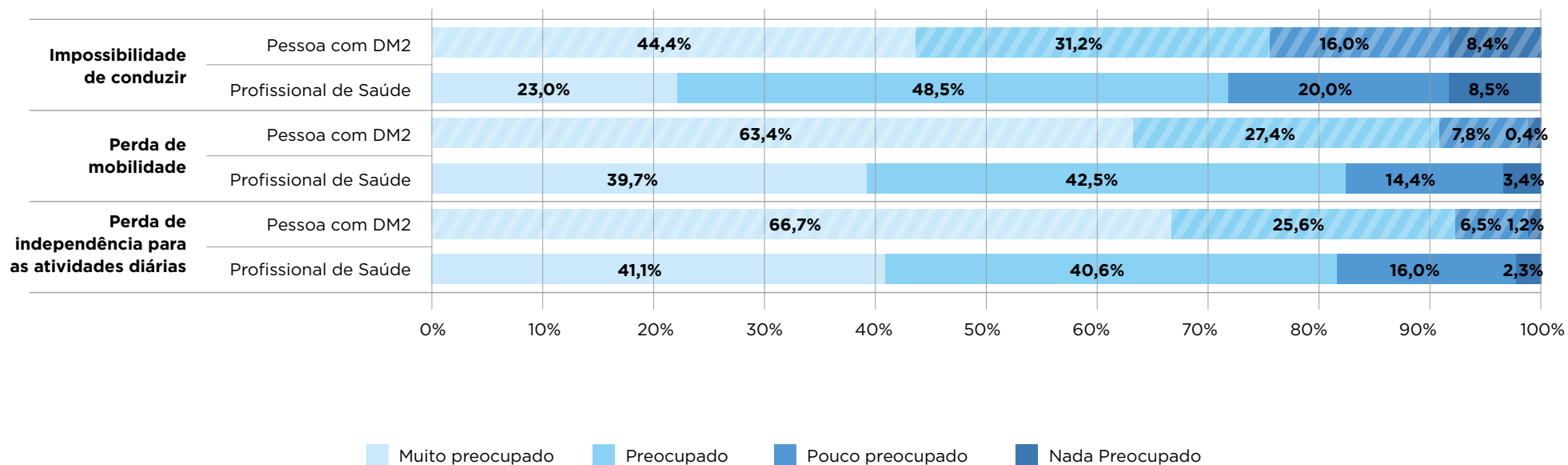
Gráfico 9 - Preocupações relativas com as complicações da DM2



Os itens em destaque foram identificados com uma diferença entre as perspetivas, estatisticamente significativa a 95%.

• No que concerne à dimensão **complicações da DM2**, as perspetivas estão convergentes em relação aos grupos de complicações nos “pés”, nos “rins”, no “coração”, na “amputação” e na “hemodiálise”, com distribuição de resposta semelhante. Em relação às complicações como: “alterações a nível sexual”, “dores e/ou doenças não relacionadas com DM2” e “possibilidade de perda de visão”, apesar de serem divergentes, ambas perspetivas identificam a mesma categoria, no entanto com proporções de respostas diferentes. Destaca-se a “predisposição para vir a ter dores e/ou doenças para além da DM2”, onde os profissionais identificam como preocupado (56,0%) e as pessoas com DM2 como muito preocupado (43,8%), como também as “dores relacionadas a DM2” e a “tensão alta”, onde as pessoas com DM2 identificam como muito preocupado, 44,8% e 51,4%, e os profissionais de saúde como preocupado, 42,6% e 47,8%, respetivamente.

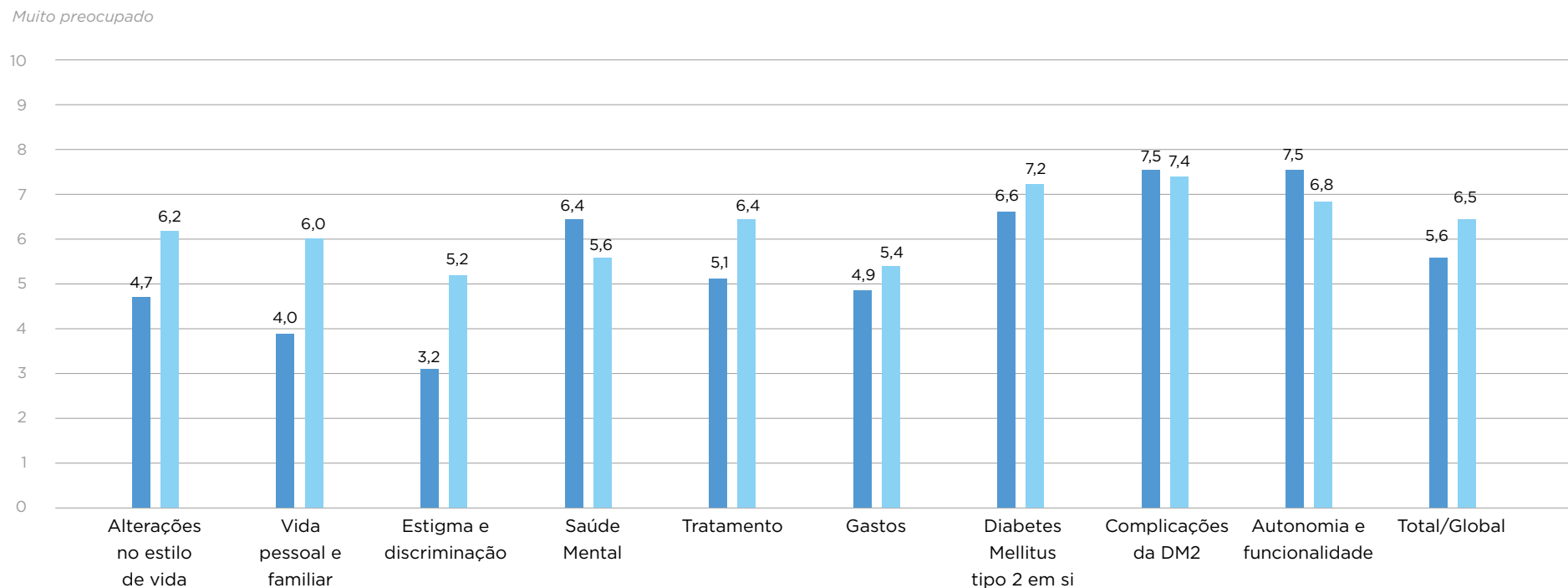
Gráfico 10 – Preocupações relativas com a autonomia e funcionalidade



Os itens em destaque foram identificados com uma diferença entre as perspetivas, estatisticamente significativa a 95%.

• Por fim, face às **preocupações relacionadas a autonomia e funcionalidade** as perspetivas analisadas divergem em todos os itens desta dimensão, onde as pessoas identificam a categoria muito preocupado para todos, nomeadamente, a “impossibilidade de conduzir” (44,4%), a “perda de mobilidade” (63,4%) e “perda de independência” (66,7%); e os profissionais de saúde a categoria preocupado, à exceção da “perda de independência” que identificam a categoria muito preocupado (41,1%).

Gráfico 11 - Score médio segundo as dimensões de preocupações da DM2 no dia a dia das pessoas sob a perspectiva da própria e do profissional de saúde



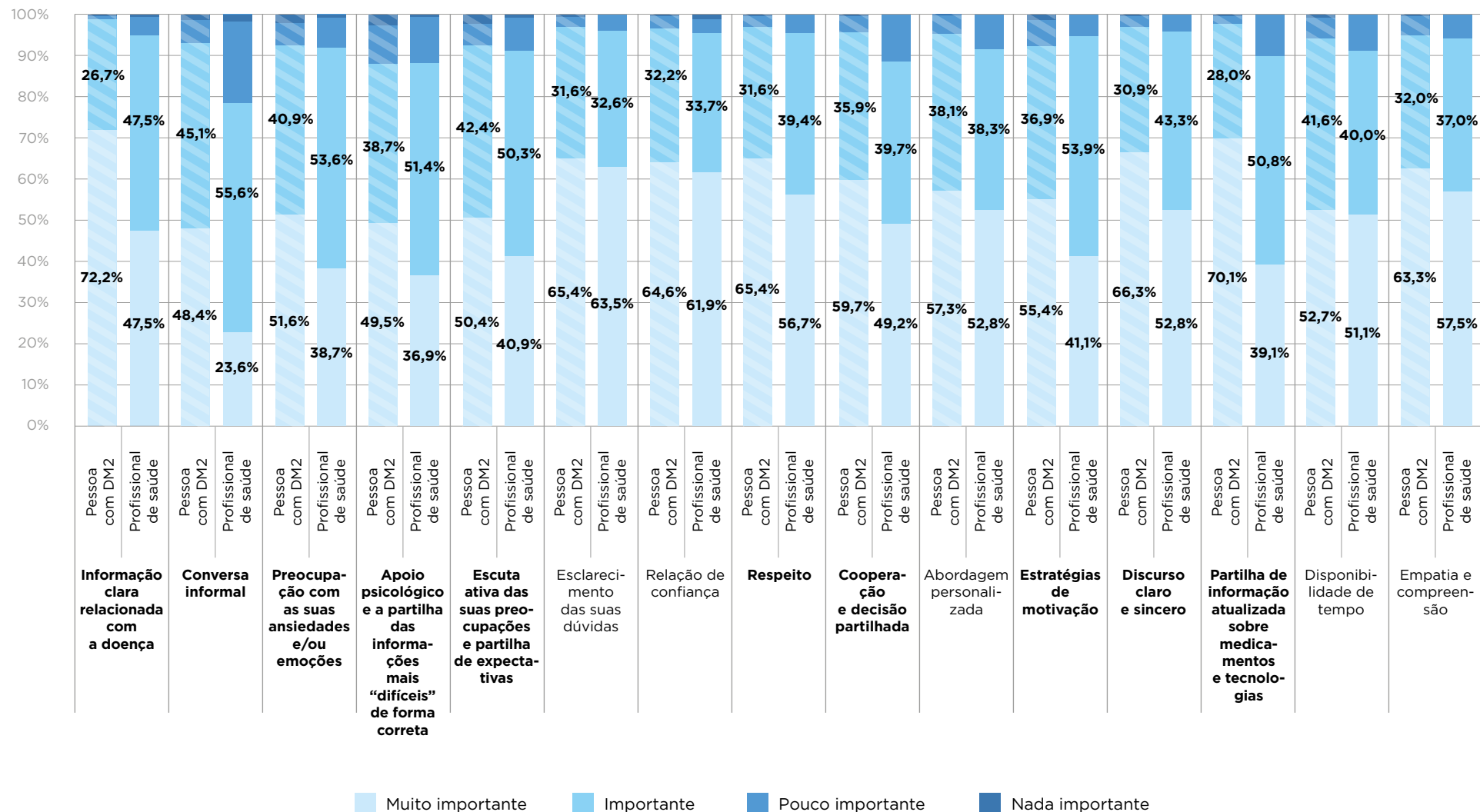
Nada preocupado

- Pessoa com DM2
- Profissional de saúde

Síntese: Destaca-se que os profissionais de saúde consideram que as pessoas com DM2 estão mais preocupadas do que efetivamente estas reportam. No entanto, as dimensões em que as pessoas estão mais preocupadas, quando comparados com os profissionais de saúde, são: saúde mental, complicações com a DM2 e autonomia e funcionalidade. Cabe salientar que a dimensão estigma e discriminação é aquela onde é menor a identificação de preocupação, tanto para as pessoas com DM2 como para os profissionais de saúde.

4.5. Fatores valorizados nas consultas e nos cuidados de saúde

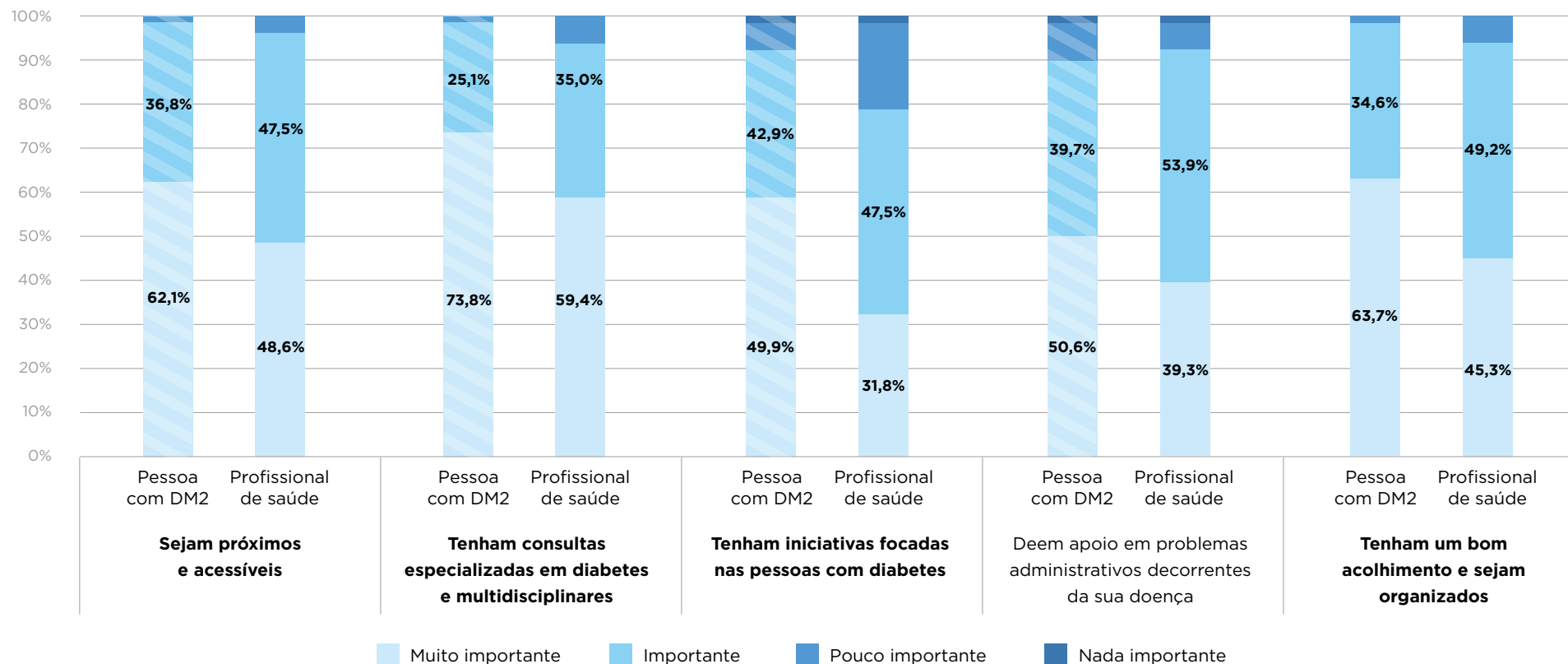
Gráfico 12 - Fatores valorizados nas consultas com os profissionais de saúde



Os itens em destaque foram identificados com uma diferença entre as perspetivas, estatisticamente significativa a 95%.

- Na perspectiva das pessoas com DM2, os fatores mais valorizados nas consultas com os profissionais de saúde são, por ordem de importância: (1) informação clara relacionada com a doença; (2) partilha de informação atualizada sobre medicamentos e tecnologias; (3) discurso claro e sincero; (4) respeito e (5) esclarecimento de dúvidas.
- Na mesma dimensão, quanto à perspectiva dos profissionais de saúde, os fatores mais valorizados pelas pessoas com DM2 são: (1) esclarecimento de dúvidas; (2) relação de confiança; (3) respeito; (4) empatia e compreensão e (5) discurso claro e sincero.

Gráfico 13 - Fatores valorizados nas consultas com os profissionais de saúde



Os itens em destaque foram identificados com uma diferença entre as perspetivas, estatisticamente significativa a 95%.

- Relativamente aos fatores valorizados nos cuidados de saúde, ambas as perspetivas convergem como sendo o fator *mais importante* “as consultas especializadas em diabetes e multidisciplinares”.

Tabela 4 – Score médio dos fatores valorizados nas consultas com profissionais de saúde

Pessoa com DM2		Fatores valorizados nas consultas com profissionais de saúde	Profissional de saúde	
Score*	Ordem		Ordem	Score
9,0	1	Informação clara relacionada com a doença	7	8,1
8,9	2	Partilha de informação atualizada sobre medicamentos e tecnologias	13	7,6
8,8	3	Discurso claro e sincero	5	8,3
8,7	4	Respeito	3	8,4
8,7	5	Esclarecimento das suas dúvidas	1	8,7
8,7	6	Relação de confiança	2	8,6
8,6	7	Empatia e Compreensão	4	8,4
8,5	8	Cooperação e decisão partilhada	9	7,9
8,4	9	Abordagem personalizada	6	8,1
8,2	10	Estratégias de motivação	10	7,9
8,2	11	Disponibilidade de tempo	8	8,1
8,1	12	Preocupação com as suas ansiedades e/ou emoções	12	7,7
8,0	13	Escuta ativa das suas preocupações e partilha de expectativas	11	7,7
8,0	14	Conversa informal	15	6,7
7,8	15	Apoio psicológico e a partilha das informações mais “difíceis” de forma correta	14	7,5

* Pontuação média calculada, numa escala de 0 a 10, a partir dos fatores valorizados, onde “nada importante” teve o menor valor e o “muito importante” o maior valor.

Tabela 5 - Score médio dos fatores valorizados nos cuidados de saúde

Pessoa com DM2		Fatores relacionados aos cuidados de saúde	Profissional de saúde	
Score*	Ordem		Ordem	Score
9,1	1	Tenham consultas especializadas em diabetes e multidisciplinares	1	8,5
8,7	2	Tenham um bom acolhimento e sejam organizados	3	8,0
8,7	3	Sejam próximos e acessíveis	2	8,2
8,1	4	Tenham iniciativas focadas nas pessoas com	5	7,0
8,0	5	Deem apoio em problemas administrativos decorrentes da sua doença	4	7,7

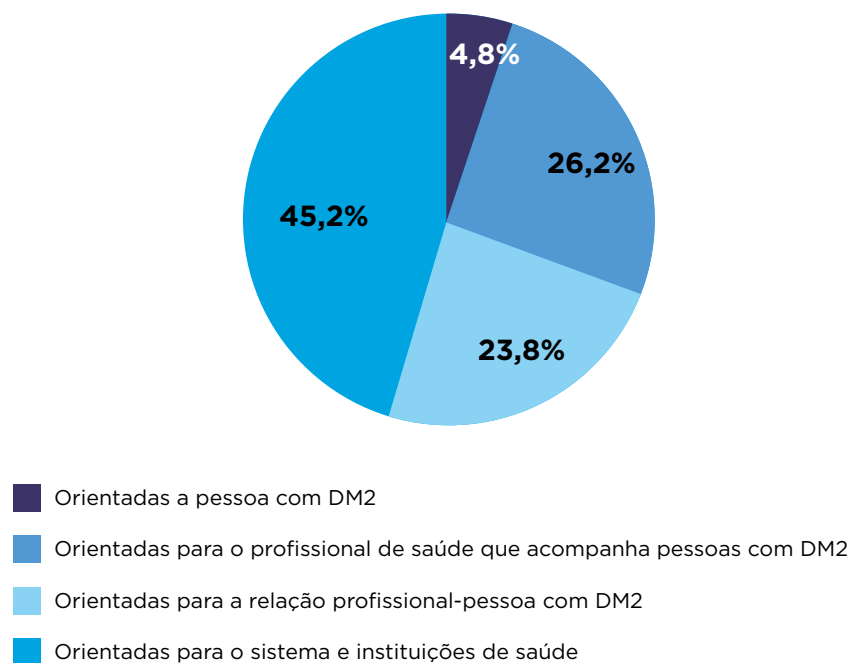
* Pontuação média calculada, numa escala de 0 a 10, a partir dos fatores valorizados, onde “nada importante” teve o menor valor e o “muito importante” o maior valor.

Síntese: Importa destacar que, apesar de convergirem na valorização dos fatores relacionados tanto nas consultas quanto nos cuidados de saúde, o peso dado pelas pessoas com DM2 a estes fatores é maior quando comparado com os profissionais de saúde.

5. RESULTADOS DA ABORDAGEM DE CONSENSO

Identificou-se 42 iniciativas após Técnica de Grupo Nominal. A iniciativas após análise foram organizadas em: 1) iniciativas orientadas para a pessoa com Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2); 2) iniciativas orientadas para o profissional de saúde que acompanha pessoas com DM2; 3) iniciativas orientadas para a relação profissional/pessoa com DM2 e 4) iniciativas orientadas para o sistema e instituições de saúde.

Gráfico 14 - Distribuição dos tipos de iniciativas identificadas no painel de peritos



5.1. Iniciativas orientadas para a pessoa com Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2)

Tabela 6 - Iniciativas identificadas e classificadas como orientadas para a pessoa com DM2

Iniciativas identificadas e classificadas como orientadas para a pessoa com DM2	Soma
Promover reunião conjunta entre grupos de pessoas com DM2 com interesses comuns para partilha de experiências e motivações (focado por ex. no desporto)	75
Promover grupos de ajuda entre pessoas com DM2	67

5.2. Iniciativas orientadas ao profissional de saúde que acompanha pessoas com DM2

Tabela 7 - Iniciativas identificadas e classificadas como orientadas ao profissional de saúde

Iniciativas identificadas e classificadas como orientadas ao profissional de saúde que acompanha pessoas com DM2	Soma
Perguntar à pessoa com DM2, quando entra na consulta, “o que é que o preocupa mais?”, para o estabelecimento da estratégia da consulta	76
Clarificar, junto da pessoa com DM2, a escolha da terapêutica	73
Perguntar à pessoa o que “ela sabe sobre” (com o objetivo de perceber e desmistificar) como estratégia de orientação da consulta	71
Encontrar “portas de acesso” às pessoas com DM2 (perguntar por detalhes acerca da sua vida pessoal/familiar/social). Estratégia de quebra-gelo na consulta	70
Comunicar e “olhar” a pessoa com DM2 como um todo e como uma pessoa (de forma holística), não como o diabético. É uma pessoa que tem vida própria, as suas características e que tem diabetes. (não focar a consulta exclusivamente na DM2)	68
Promover tolerância e aceitação, por parte do profissional de saúde, no sentido deste aceitar que o que motiva/ preocupa a pessoa pode não ser o que importa ao profissional de saúde, e respeitar isso	65
Aprofundar o esclarecimento, aquando do diagnóstico, sobre a progressão e possíveis impactos da DM2	64
Partilhar, com as pessoas com doença, informação detalhada sobre a abordagem farmacológica e alternativas terapêuticas	63
Observar e compreender a linguagem não verbal (“ler nas entrelinhas”), para captar a subtilidade do que está a ser partilhado	57
Desmistificar a doença junto das pessoas com DM2	56
Incluir o “porquê” antes do “como” nas consultas	43

5.3. Iniciativas orientadas para a relação profissional-pessoa com DM2

Tabela 8 - Iniciativas identificadas e classificadas como orientadas para a relação profissional - pessoa com DM2

Iniciativas identificadas e classificadas como orientadas para relação profissional-pessoa com DM2	Soma
Definir objetivos com a pessoa como ponto de partida para o plano de cuidados, incluindo a perspectiva da própria (plano conjunto de cuidados com a definição de objetivos)	77
Implementar o modelo de decisão partilhada na consulta	75
Reforçar periodicamente as mensagens em momentos-chave de evolução da doença (ex. no momento do diagnóstico, na mudança de terapêutica, no aparecimento de complicações)	71
Fazer um planeamento adequado do início da consulta, dado que o momento do encontro é fundamental	69
Reforçar a individualização dos cuidados de saúde com reforço da escuta ativa	66
Proporcionar reuniões de partilha entre os profissionais de saúde e pessoa com DM2, em ambiente informal (momentos de partilha)	66
Reforçar a existência de um espaço/momento na consulta no qual, tanto a pessoa com DM2 como o profissional de saúde, têm a oportunidade de expor as suas "agendas", com vista a suprir as necessidades de ambos	66
Entregar informação escrita às pessoas com doença sobre o que mais os preocupa	64
Realizar formações conjuntas entre médicos, enfermeiros e pessoas com doença (com todos em simultâneo)	64
Reforçar intervenções/consultas realizadas em contexto domiciliário como prioridade	53

5.4. Iniciativas orientadas ao sistema e instituições de saúde

Tabela 9 - Iniciativas identificadas e classificadas como orientadas para o sistema e instituições de saúde

Iniciativas identificadas e classificadas como orientadas ao sistema e instituições de saúde	Soma
Divulgar os resultados deste estudo como alerta que pode ter efeitos na prática clínica	74
Criar momentos de esclarecimento, com algumas questões que a própria pessoa possa colocar, concretizados em diferentes mecanismos que permitam clarificar questões fora dos momentos de consulta (TVs, revistas, caixa de questões, etc.)	73
Criar canais de comunicação digitais, com interação com o profissional de saúde, para além da consulta (não ficar só pela informação da consulta), e haver espaço para a exposição e esclarecimento de dúvidas	73
Avaliar as capacidades do profissional de saúde no sentido de melhorar a consulta (do ponto de vista da relação)	73
Formar os profissionais de saúde em metodologias de consulta e coprodução, com o envolvimento das instituições no processo	73
Fazer formações sobre técnicas de comunicação direcionadas aos profissionais de saúde (reforçando empatia, escuta ativa entre outras competências)	73
Incluir o testemunho/participação das pessoas com DM2 nos planos de formação dos profissionais de saúde	72
Incentivar a adoção de terapêuticas não farmacológicas e sociais como complemento ao processo de cuidados e momentos de partilha e grupo de entreajuda (ex. prática desportiva, <i>workshops</i> de culinária, caminhadas)	70
Implementar um modelo de financiamento de projetos que dê prioridade a iniciativas que incluam a participação da pessoa com doença em todas as fases do projeto. Dar prioridade a este tipo de projetos no financiamento.	69
Incluir as famílias (ou pessoas significativas) na consulta e não apenas as pessoas com DM2	69
Organizar os cuidados de forma integrada, seguindo o percurso do doente (exemplo da APDP em cuidados integrados)	68
Existir uma fonte de informação acessível e prática que clarifique os aspetos burocráticos e legais de direitos/recursos a que as pessoas com DM2 podem ter acesso	68
Integrar a pessoa com doença em todo o processo de cuidados, de forma efetiva	67
Aplicar inquéritos no sentido de aferir as reais necessidades das pessoas, direcionados às pessoas	67
Aplicar questionários que visam explorar desejos/preocupações/expectativas no momento de pré-consulta (aplicado à pessoas com DM2 e aos profissionais de saúde que as seguem)	65
Incluir as pessoas com doença nos órgãos de gestão das estruturas de saúde	63
Desenvolver campanhas de esclarecimento, com mensagem positiva, para "desmistificar" a insulina, promovendo a adesão à terapêutica	62
Desenvolver formações, dirigidas à pessoa com DM2, agrupando-as de acordo com características semelhantes (motivação, nível de literacia, idade, escolaridade)	60
Promover consultas multidisciplinares com a pessoa com DM2 presente, afastando o modelo paternalista ("falar com eles, e não sobre eles")	60

5.5. TOP 5 das iniciativas

Tabela 10 - Top 5 das iniciativas identificadas pelo painel de peritos da TGN

1	Definir objetivos com a pessoa como ponto de partida para o plano de cuidados, incluindo a perspetiva da própria (plano conjunto de cuidados com a definição de objetivos)	Relação profissional-pessoa com DM2	Soma: 77
Soma: 76	Perguntar à pessoa com DM2, quando entra na consulta, “O que é que o preocupa mais?”, para o estabelecimento da estratégia da consulta	Profissional de saúde que acompanha pessoas com DM2	2
3	Promover reunião conjunta entre grupos de pessoas com DM2 com interesses comuns para partilha de experiências e motivações (focado por ex. no desporto)	Pessoa com DM2	Soma: 75
Soma: 75	Implementar o modelo de decisão partilhada na consulta	Relação profissional-pessoa com DM2	4
5	Divulgar os resultados deste estudo como alerta que pode ter efeitos na prática clínica	Sistema e Instituições de saúde	Soma: 74

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A DM2 é uma doença multifatorial e de complexa autogestão, com implicações no quotidiano da pessoa que a vivencia. Desta forma, a gestão da doença pode suscitar uma diversidade de preocupações face aos desafios que podem surgir no seu dia a dia.

Os resultados deste estudo mostram que tanto a perceção global dos impactos como a perceção em dimensões específicas, do ponto de vista dos profissionais de saúde e das pessoas com DM2, são divergentes. O impacto na “qualidade de vida” foi a única dimensão analisada em que houve convergência em ambas as perspetivas, o que pode refletir a natureza multifatorial e a carga de doença associada à DM2.

Adicionalmente, na área dos impactos percecionados destaca-se que, na generalidade, o impacto negativo foi mais referido pelos profissionais de saúde do que pelas pessoas com DM2, estas conseguem inclusivamente identificar impactos positivos face à doença.

Face às preocupações da pessoa com a DM2, estas não se limitam apenas aos aspetos clínicos. Com base nos resultados deste estudo compreendemos que na perspetiva da pessoa com a doença, as preocupações associadas à redução de autonomia como a perda de visão, amputação e hemodiálise preocupam muito estas pessoas.

Assim e perante os resultados encontrados pode-se verificar que as preocupações com maior destaque estão relacionadas com as complicações da doença e com a autonomia e funcionalidade da pessoa. A procura de informação atualizada sobre a DM2, sobre tratamentos inovadores e novos dispositivos tecnológicos são também alvo de preocupação para as pessoas, sendo este um dos aspetos a realçar dos resultados do estudo.

Focando alguns aspetos específicos da análise do estudo relativamente à área das preocupações os resultados demonstram alguns aspetos interessantes que importam ser destacados:

As preocupações das pessoas relacionadas com o tratamento refletem-se na utilização da terapêutica por insulina, especificamente, e não pelo facto desta ser uma terapêutica injetável, tal como percecionado pelos profissionais de saúde.

Salienta-se também o facto das perspetivas não estarem alinhadas face à hipoglicemia e alinhadas quanto à hiperglicemia, demonstrando que os profissionais de saúde estão mais preocupados com as hipoglicemias do que as próprias pessoas, uma vez que estas identificam o mesmo nível de preocupação “preocupado” tanto para uma como para a outra. Desmistificar o uso de insulina pode ser considerada uma estratégia importante, bem como uma melhor compreensão da perceção das pessoas sobre a hipoglicemia.

Outro resultado interessante é a elevada relevância atribuída à dor por parte pessoas com DM2, sendo que esta que pode estar a ser subestimada pelos profissionais de saúde durante a gestão da doença.

A participação da pessoa durante todo o processo de cuidados é essencial, de forma que a tomada de decisão partilhada e a comunicação se tornem mais efetiva. Neste estudo é possível compreender que os profissionais de saúde não percecionam da mesma forma os fatores mais valorizados nas consultas e nos cuidados de saúde, uma vez que o peso dado pelas pessoas a estes fatores é maior quando comparado com os profissionais de saúde.

Adicionalmente podemos compreender à luz dos resultados que as pessoas com DM2 valorizam as questões relacionadas com a partilha de informação durante a consulta, o que permite compreender que as pessoas precisam de ter informação qualificada para uma melhor gestão da sua doença, e para reforçar a sua capacitação no seu processo de autocuidado.

Colocar a pessoa no centro dos cuidados de saúde e facilitar a comunicação entre o profissional de saúde e a pessoa torna-se essencial para satisfazer as necessidades reais destas e contribuir para uma melhor gestão da doença e na qualidade dos cuidados.

Assim, o estudo CONCORDIA DM2, com base numa análise abrangente, pretendeu gerar conhecimento de forma a compreender melhor as preocupações reais das pessoas com DM2, permitindo a negociação de soluções que integrem tais preocupações no processo de cuidado, contribuindo desta maneira para a elaboração de planos de cuidados de saúde mais personalizados e próximos da realidade de quem vive a doença.

Face ao exposto, no sentido de contribuir para a aproximação das perspetivas em foco, a abordagem de consenso permitiu, dentro das mais votadas pelos peritos, a identificação de pelo menos uma iniciativa orientada para: a pessoa com DM2; para o profissional de saúde que acompanha pessoas com DM2; a relação profissional-pessoa com DM2 e o sistema e instituições de saúde.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. International Diabetes Federation. Atlas de la Diabetes. 9a Edición. Atlas de la Diabetes de la FID. 2019. 1-169 p.
2. Organización Mundial de la Salud. Informe Mundial Sobre la diabetes. 2016;
3. Organization for Economic Co-operation and Development (OECD). Health at a Glance 2019: OECD Indicators [Internet]. OECD Publishing; 2019. Available from: <https://www.oecd.org/mexico/health-at-a-glance-mexico-EN.pdf>
4. Von Korff M, Gruman J, Schaefer J, Curry SJ, Wagner EH. Collaborative management of chronic illness. *Ann Intern Med.* 1997;127(12):1097-102.
5. Van Dam HA, Van Der Horst F, Van Den Borne B, Ryckman R, Crebolder H. Provider-patient interaction in diabetes care: Effects on patient self-care and outcomes - A systematic review. *Patient Educ Couns.* 2003;51(1):17-28.
6. Rubin RR, Peyrot M, Siminerio LM. Health care and patient-reported outcomes: Results of the cross-national Diabetes Attitudes, Wishes and Needs (DAWN) study. *Diabetes Care.* 2006;29(6):1249-55.
7. Hennink M. International Focus Group research: a handbook for the health and social sciences. Cambridge University Press, editor. Cambridge: Cambridge University Press; 2007.
8. Bowling A. Research methods in health: investigating health and health services. 2nd ed. Open University Press, editor. Philadelphia, PA: Open University Press; 2002.
9. Coughlan M, Cronin P, Ryan F. Survey research: Process and limitations. *Int J Ther Rehabil.* 2009;16(1):9-16.
10. Dunham RB. Nominal group technique: a user's guide. Univ Wisconsin Sch Bus. 1998;
11. Pedro AR. Literacia em Saúde: da gestão da informação à decisão inteligente. Escola Nacional de Saúde Pública; 2018.

