



FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE DE
COIMBRA

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA – TRABALHO FINAL

JOSÉ MIGUEL OLIVEIRA LOURENÇO

***Adaptação cultural e validação de Problem Areas in Diabetes
Questionnaire-5 e Distress pela diabetes***

ARTIGO CIENTÍFICO ORIGINAL

ÁREA CIENTÍFICA DE MEDICINA GERAL E FAMILIAR

Trabalhado realizado sob a orientação de:

ANTÓNIO MIGUEL DA CRUZ FERREIRA, MD, PhD

LUIZ MIGUEL SANTIAGO, MD, PhD

JANEIRO/2023

Adaptação cultural e validação de Problem Areas in Diabetes Questionnaire-5 e Distress pela diabetes

Cultural adaptation and validation of Problem Areas in Diabetes Questionnaire-5 and diabetes related Distress

Autores

José Miguel Oliveira Lourenço ¹

António Miguel da Cruz Ferreira ^{1,2}

Luiz Miguel Santiago ³

Filiações

¹ Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra, Portugal

² USF Norton de Matos. Coimbra, Portugal

³ Centro de Estudo e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra

Endereço de correio eletrónico

josemiguellourenco@gmail.com

ÍNDICE

RESUMO	4
ABSTRACT	6
LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS	8
INTRODUÇÃO	9
MATERIAIS E MÉTODOS	11
Desenho do estudo	11
Seleção de participantes	11
Recolha de dados e recodificação de variáveis	12
Análise estatística.....	13
RESULTADOS	15
DISCUSSÃO	20
CONCLUSÕES	24
AGRADECIMENTOS.....	25
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	26
ANEXOS	28

RESUMO

Introdução: O distress associado à diabetes (DAD) é entidade cada vez mais reconhecida como contribuinte para o pior controlo da diabetes. O objetivo deste estudo é realizar a adaptação cultural e validação para o português europeu do questionário Problem Areas In Diabetes (PAID)-5 em pessoas sofrendo de diabetes (PD) e seguidas em Unidades de Cuidados de Saúde Primários (UCSP).

Materiais e Métodos: Após as necessárias autorizações do autor e da Comissão de Ética foi feita a tradução do PAID-5 para português europeu que foi comparada por peritos, obtendo-se versão final, que foi traduzida para inglês. O PHQ-4 está já adaptado e validado para português europeu. Realizou-se estudo observacional, transversal em amostra multicêntrica e de conveniência de PD, na área da Administração Regional de Saúde (ARS) do Centro, em 2022, por autopreenchimento dos questionários, antes da consulta, em amostra mínima definida para 51 PD, definindo-se análise para haver ou não controlo diabético pela média das duas últimas HbA1c ao valor de 7% e pela auto-perceção sobre o controlo ou não da Diabetes. A participação foi voluntária, anónima e confidencial, precedida de assinatura de Consentimento Informado. Realizou-se estatística descritiva e inferencial adaptada.

Resultados: Amostra composta por 115 PD, 63 (54,8 %) do sexo masculino e 81 (70,4%) com idade superior ou igual a 65 anos, 106 (92,2%) PD considerando ter a diabetes controlada e n=80 (69,6%) controlada pela HbA1c. O PAID-5 obteve Coeficiente de alfa de Cronbach de 0,877 e Coeficiente de Correlação Intraclasse (ICC) de 0,877 [IC 95%: 0,838-0,910]; a Análise Fatorial revelou, no teste de KMO e Bartlett o valor de $p < 0,001$, sendo que um só fator revelou 67,336% da variância das respostas. O PHQ-4 obteve Coeficiente de alfa de Cronbach de 0,897 e ICC obtido foi 0,897 [IC 95%: 0,862-0,924]; a Análise Fatorial revelou, no teste de KMO e Bartlett o valor de $p < 0,001$, sendo que um só fator revelou 76,435% da variância das respostas. A correlação entre os scores de PAID-5 e PHQ4 foi de $\rho = 0,284$ ($p = 0,002$), entre PAID-5 e GAD-2 ansiedade de $\rho = 0,321$ ($p = 0,001$) e entre PAID-5 e PHQ-2 de $\rho = 0,231$ ($p = 0,013$). Em função do controlo pela média das duas últimas HbA1c verificou-se diferença significativa no score PAID-5, sendo que a maioria dos doentes que não apresentavam controlo laboratorial da diabetes, isto é, que apresentavam um valor HbA1c superior a 7% (n=30), apresentavam elevado distress (n=18).

Discussão: O DAD correlaciona-se fraca e significativamente com o distress psicológico, com a ansiedade em geral e com a depressão e significativamente com o controlo pela média das duas últimas HbA1c, sendo entidade com determinantes diferentes que os médicos devem ter em consideração ao lidar com PD.

Conclusão: Foi possível fazer adaptação cultural de Problem Areas in Diabetes para o português europeu permitindo perceber maior distress quando não há controlo analítico.

Palavras-chave: Diabetes Mellitus; Distress associado à Diabetes; Distress psicológico; PAID; Portugal

ABSTRACT

Introduction: Diabetes-related distress is an entity increasingly recognised as a contributor to poorer diabetes control. The aim of this study is to perform the cultural adaptation and validation into European Portuguese of Problem Areas In Diabetes (PAID)-5 in diabetic patients (DP) and followed in Primary Health Care Units (PHCU).

Materials and Methods: After the authorisations from the author and the Ethics Committee, the PAID-5 was translated into European Portuguese and compared by experts, obtaining the final version, which was translated into English. PHQ-4 is already adapted and validated for European Portuguese. An observational, cross-sectional study was conducted in a multicentre convenience sample of DP in PHCU of the Regional Health Administration of the Centre. The questionnaires were self-completed in 2022, before the consultation, in a minimum sample of 51 DP, and the analysis of whether there was diabetic control was defined by the mean of the last two HbA1c at 7% and by the self-perception of control concerning the diabetes. Participation was voluntary, anonymous, and confidential, preceded by the signing of an informed consent. Descriptive and inferential statistics were adapted.

Results: Sample composed of 115 DPs, 63 (54,8 %) male and 81 (70,4%) aged 65 years or older, 106 (92,2%) DPs considering having controlled diabetes and n=80 (69,6%) controlled by HbA1c. The PAID-5 obtained Cronbach's alpha Coefficient of 0,877 and Intraclass Correlation Coefficient (ICC) of 0,877 [95% CI 0,838-0,910]; the Factor Analysis revealing, KMO and Bartlett's value of $p < 0,001$, a single factor revealing 67,336% of the variance of responses. PHQ-4 obtained Cronbach's alpha Coefficient of 0,897 and ICC obtained was 0,897 [95% CI 0,862-0,924]; the Factor Analysis revealing KMO and Bartlett's $p < 0,001$, a single factor revealing 76,435% of the variance of responses. The correlation between PAID-5 and PHQ-4 scores was $\rho = 0,284$ ($p = 0,002$), between PAID-5 and GAD-2 anxiety of $\rho = 0,321$ ($p = 0,001$) and between PAID-5 and PHQ-2 of $\rho = 0,231$ ($p = 0,013$). A significant difference was found in the PAID-5 score according to the control by the mean of the last two HbA1c, and most patients who did not have laboratory control of Diabetes, in other words, an HbA1c value higher than 7% (n=30), had high Distress (n=18).

Discussion: Diabetes-related distress correlates weakly and significantly with psychological distress, general anxiety, and depression and significantly with control by the mean of the last two HbA1c, being entity with different determinants that clinicians should take into consideration when leading with DP.

Conclusion: It was possible to make a cultural adaptation of PAID-5 into European Portuguese, revealing greater distress when there is no analytical control.

Keywords: Diabetes Mellitus; Diabetes-related Distress; Psychological Distress; PAID; Portugal

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ADA - American Diabetes Association

ARS - Administração Regional de Saúde

DAD - Distress associado à diabetes

DAWN - Diabetes Attitudes, Wishes and Needs

EASD - European Association for the Study of Diabetes

GAD-2 - General Anxiety Disorder-2

ICC - Coeficiente de Correlação Intraclasse

IDF - International Diabetes Federation

PAID - Problem Areas In Diabetes

PD - Pessoas sofrendo de Diabetes

PHQ-2 - Patient Health Questionnaire-2

PHQ-4 - Patient Health Questionnaire-4

SEDI - Social-Economic Deprivation Index

UCSP - Unidades de Cuidados de Saúde Primários

USF - Unidades de Saúde Familiar

INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, o envelhecimento e os estilos de vida menos saudáveis têm contribuído para o aumento da prevalência da diabetes tipo 2, colocando-a como uma das doenças crónicas mais comuns da atualidade, constituindo um enorme desafio aos sistemas de saúde e economias nacionais (1,2).

De acordo com a 10ª edição do International Diabetes Federation (IDF) Diabetes Atlas, em 2021 é estimado que 536,6 milhões de pessoas, entre os 20 e os 79 anos, em todo o mundo, tenham diabetes, com uma prevalência estimada de 10,5%, sendo mais prevalente no sexo masculino (10,8%) do que no sexo feminino (10,2%). De acordo com o mesmo relatório, em 2030, estima-se que 642,7 milhões de pessoas sofram de diabetes, representando uma prevalência de 11,3% e que, em 2045, o número de pessoas sofrendo de diabetes (PD) atinja os 783,2 milhões, correspondendo a uma prevalência de 12,2% (2,3). Em Portugal, de acordo com a 9ª edição do relatório anual do Observatório Nacional de Diabetes – “Diabetes: Factos e Números”, em 2018, a prevalência estimada de Diabetes na população portuguesa com idades compreendidas entre os 20 e os 79 anos foi de 13,6% (4).

A diabetes mellitus é uma doença crónica complexa, que requer cuidados médicos contínuos, sendo o distress associado à diabetes (DAD) e os problemas psicológicos comuns em PD, variando entre 18% e 35%, de acordo com diferentes autores, em populações combinadas de diabéticos tipo 1 e diabéticos tipo 2 (5,6). De acordo com uma meta-análise de 55 estudos a prevalência de DAD em diabéticos tipo 2 foi de 36% (6). O DAD refere-se a um distress psicológico específico das PD, separado de outras entidades psicológicas e de outras áreas do distress, e que compreende uma vasta gama de emoções (6,7). Estes estão associados a piores outcomes, nomeadamente com impacto negativo na adesão terapêutica, nos autocuidados e com efeito nos níveis de HbA1c (5–7).

De acordo com o Diabetes Attitudes, Wishes and Needs (DAWN) Study, muitos dos prestadores de cuidados de saúde têm pouca confiança na sua habilidade para identificar, avaliar e fornecer suporte no que respeita aos problemas psicológicos dos seus doentes diabéticos (5).

No sentido de ultrapassar essa problemática, a American Diabetes Association (ADA), a IDF e a European Association for the Study of Diabetes (EASD) recomendam a avaliação rotineira do nível de distress emocional com base em questionários devidamente validados (8,9).

Dessa forma, o questionário Problem Areas In Diabetes (PAID), validado tanto para a diabetes tipo 1 como para a diabetes tipo 2, apresenta-se como uma ferramenta facilmente aplicável, que permite o rastreio de DAD, com impacto na clínica e na investigação (6,10).

No momento da sua construção, por Polonsky et al (1995), o PAID foi desenvolvido como um questionário composto por 20 itens (PAID-20) com nível elevado de consistência interna, representando áreas específicas do DAD (10–12).

No entanto, uma versão curta com 5 itens, PAID-5, foi desenvolvida a partir de uma seleção de itens da versão longa (PAID-20) e demonstrou ser melhor e com a grande vantagem de ser mais rapidamente preenchida (menos de 1 minuto de preenchimento) do que a versão longa (8,11).

A aplicação do PAID nas consultas demonstrou facilitar a discussão de assuntos que preocupam as PD, aumentando a sua satisfação, acabando por diminuir o DAD e melhorando, em 3 a 6 meses, os resultados no PAID (7). De acordo com Lee et al. (2015) o uso do PAID está recomendado na prática clínica, considerando a pontuação total.

O objetivo deste trabalho é fazer a adaptação cultural para a população portuguesa do questionário PAID-5 e proceder à sua validação em PD seguidas em Unidades de Cuidados de Saúde Primários (UCSP). A expectativa é que seja possível a adaptação cultural com boa consistência interna para o português europeu, obtendo-se resultados semelhantes aos encontrados noutros países, onde o questionário já foi adaptado e validado.

MATERIAIS E MÉTODOS

Desenho do estudo

Após a autorização da utilização do questionário PAID-5 (11) para adaptação e validação para a cultura portuguesa, dada pelo seu autor, Prof. Brian McGuire da National University of Ireland, a 2 de fevereiro de 2022, foi feita a tradução do PAID-5 para português europeu por dois tradutores nativos de língua inglesa, que desconheciam o questionário e os objetivos do trabalho, criando duas traduções independentes. Seguiu-se a comparação das duas traduções por comité formado por três médicos doutorados e especialistas em Medicina Geral e Familiar, formando uma versão única (Anexo I). Posteriormente, foi feita a retro tradução para inglês por dois tradutores nativos de língua inglesa, diferentes dos anteriores, que desconheciam a escala.

Realizou-se um estudo observacional e transversal em amostra multicêntrica e de conveniência de PD, utentes em Unidades de Saúde Familiar (USF) pertencentes à Administração Regional de Saúde (ARS) do Centro.

A recolha de dados decorreu desde 31 de outubro de 2022 até 18 de dezembro de 2022, tendo sido feito o autopreenchimento dos questionários, em consulta, nas USF Norton de Matos, Topázio, Viseu-Cidade, Infante D. Henrique e Viriato.

Seleção de participantes

A amostra em estudo correspondeu a PD, que frequentaram as consultas nas USF pertencentes à ARS do Centro, que aceitaram participar no estudo e alocaram médico e interno de especialidade à sua realização.

Definiu-se, como amostra representativa desta população, 51 PD correspondendo a 51 respostas por cada pergunta do questionário.

A participação foi voluntária, anónima e confidencial, tendo sido sujeita a assinatura de Consentimento Informado que informava sobre o tipo de estudo, sobre o sigilo em relação aos dados fornecidos e à autorização para posterior análise estatística.

Foram enviados 30 questionários para cada uma das USF que aceitaram participar, perfazendo um total de 150 questionários. Foi definido como critério de exclusão a ausência de resposta a pelo menos uma questão do PAID-5 ou do Patient Health Questionnaire-4 (PHQ-4).

Recolha de dados e recodificação de variáveis

Anteriormente ao início do estudo, foi submetido um pedido de apreciação à Comissão de Ética da ARS do Centro, que se verificou positivo, culminando na homologação pelo Conselho Diretivo da ARS do Centro a 28 de outubro de 2022 (Anexo II).

A recolha dos dados foi feita durante o período compreendido entre 31 de outubro de 2022 e 18 de dezembro de 2022 através da aplicação do questionário PAID-5 e do PHQ-4.

No sentido de constituir um instrumento facilmente aplicável para avaliar o DAD, o PAID-5 foi desenvolvido a partir de uma seleção de itens do PAID-20 e demonstrou ser melhor e com a grande vantagem de ser mais rapidamente preenchido (menos de 1 minuto de preenchimento) do que a versão longa (8,11). Cada item é classificado numa escala tipo Likert de 5 pontos em que 0 corresponde a “não é problema” e 4 corresponde a “é um problema sério”, variando a pontuação total 0 e 20, sendo o cut-off para elevado distress uma pontuação total ≥ 8 (11).

O instrumento PHQ-4, desenvolvido em 2009 por Kroenke et al., combina as duas questões do Patient Health Questionnaire-2 (PHQ-2), e as duas primeiras do General Anxiety Disorder-2 (GAD-2). Os itens do PHQ-2 destinam-se a rastrear a depressão e os itens do GAD-2 destinam-se ao rastreio da perturbação da ansiedade generalizada. O PHQ-4 corresponde, portanto, a 4 questões, respondidas de acordo com uma escala de Likert de 4 pontos, em que 0 corresponde a “não, de todo” e 3 corresponde a “quase todos os dias”. Considera-se rastreio positivo para a depressão quando a pontuação dos itens do PHQ-2 é superior ou igual a 3, e positivo para a ansiedade quando a pontuação dos itens do GAD-2 é superior ou igual a 3. A soma das pontuações individuais dos 4 itens determina a pontuação total, variando entre 0 e 12, considerando-se os seguintes níveis de distress: normal (pontuação total de 0-2), ligeiro (pontuação total de 3-5), moderado (pontuação total de 6-8) e severo (pontuação total de 9-12) (14). O PHQ-4 foi adaptado e validado para o português europeu revelando boa consistência interna: alfa de Cronbach 0,762 (teste) e 0,764 (re-teste) (15).

Foi também feita a recolha de dados que permitiram posterior caracterização socioeconómica: idade (posteriormente codificada em menor do que 65 anos e maior ou igual do que 65 anos), sexo (masculino ou feminino), habilitações literárias (posteriormente codificada inferior ou igual a 4 anos de escolaridade e superior a 4 anos de escolaridade), rendimento mensal (inferior ou superior ao salário mínimo nacional) e se vive ou não sozinho/a. Tal como Vieira et al. (2021), para a caracterização socioeconómica, foi calculado o Social-Economic Deprivation Index (SEDI), atribuindo um score de 1 ponto a cada uma das seguintes respostas: rendimento mensal inferior ao salário mínimo, tem escolaridade inferior ou igual a 4 anos e mora sozinho. Assim, o score total do SEDI varia entre 0 e 3 sendo que quanto maior o SEDI, menor o nível socioeconómico do doente (16).

Com base na questão “No seu entender, a sua diabetes está controlada?” foi criada a variável denominada por: auto-percepção sobre o controlo da diabetes (codificada em controlada e não controlada). O valor clínico-laboratorial das últimas duas medições da HbA1c foi recolhido, tendo sido posteriormente considerado o valor médio das duas medições. Tendo em conta o Standards of Medical Care – Diabetes 2022 Abridged for Primary Care Providers, elaborado pela ADA, para adultos não-grávidas com diabetes, o valor alvo de HbA1c é 7% (17). Tendo em conta essa recomendação, considerou-se, a diabetes controlada para um valor de HbA1c até 7% e não controlada para valores superiores a 7%.

Análise estatística

Na análise estatística dos dados recolhidos foi utilizado o software IBM SPSS (Statistical Package for the Social Sciences), versão 28.

Foi realizada estatística descritiva para caracterização da amostra e estatística inferencial, nomeadamente, o Teste de Kolmogorov-Smirnov para avaliar a normalidade da distribuição dos dados de todas as variáveis em estudo. Uma vez que os dados recolhidos não seguiam uma distribuição normal, utilizaram-se testes não-paramétricos.

Todas as variáveis categóricas que permitem a caracterização sociodemográfica, socioeconómica e clínico-laboratorial da amostra foram sumariadas em termos de frequências absolutas e frequências relativas, nomeadamente, a idade, o sexo, o SEDI, a auto-percepção sobre o controlo da diabetes, o valor da HbA1c, bem como os resultados em função dos instrumentos PAID-5, PHQ-4, PHQ-2 e GAD-2.

Para o estudo da confiabilidade do PAID-5, efetuou-se a análise da consistência interna pelo cálculo do coeficiente alfa de Cronbach do questionário na sua totalidade e os coeficientes caso os itens do questionário fossem eliminados. Realizou-se o Teste F e foi feito o cálculo do Coeficiente de Correlação Intraclasse (ICC). Precedeu-se, ainda, à análise fatorial do questionário, nomeadamente, através do teste KMO e Bartlett. Análise semelhante foi efetuada para o instrumento PHQ-4.

Foi avaliada a dependência entre a distribuição dos doentes de acordo com as variáveis: auto-percepção sobre o controlo da diabetes e o valor HbA1c, através do teste Qui-Quadrado.

Foram analisadas, em função dos valores de cut-off definidos para as classificações totais no PAID-5 e no PHQ-4, eventuais relações de dependência entre os resultados dos instrumentos PAID-5 e PHQ-4 e as variáveis sociodemográficas, socioeconómicas e o controlo clínico-laboratorial da diabetes, através do teste Qui-Quadrado.

A validade convergente foi avaliada através do cálculo do Coeficiente de Correlação de Spearman entre as pontuações totais dos questionários PAID-5 e PHQ-4. Além disso, foram feitos Testes Qui-Quadrado para avaliar a dependência entre a distribuição dos doentes de acordo com as classes obtidas a partir do score total do PAID-5 e as classes obtidas através do score do PHQ-2 e GAD-2, do PHQ-4.

Para todos os resultados estatísticos considera-se um nível de significância de 0,05 ($\alpha=0,05$).

RESULTADOS

De um total de 150 questionários distribuídos para aplicação em todas as USF, foram recebidos 119 (79,3%), dos quais, e segundo os critérios de exclusão foram retirados 4. A amostra do estudo foi constituída por 115 PD, dos quais 22 (19,1%) eram seguidos na USF Norton de Matos, 17 (14,8%) na USF Topázio, 28 (24,3%) na USF Viseu Cidade, 18 (15,7%) na USF Infante D. Henrique e 30 (26,1%) na USF Viriato.

Sob o ponto de vista sociodemográfico e socioeconómico foi verificado que 63 PD (54,8 %) eram do sexo Masculino e 81 (70,4%) apresentavam idade superior ou igual a 65 anos. Dos 115 PD, 59 (51,3%) eram residentes em meio urbano. De acordo com o score SEDI, a maioria dos doentes (n=45, 39,8%) tinha um score de 0. A maioria dos PD (n=106 doentes, 92,2%) considerou ter a sua diabetes controlada, apesar de que, laboratorialmente, com base na média das últimas duas medições da HbA1c, apenas 80 (69,6%) tinham valores de HbA1c até 7%. Em relação ao resultado obtido no PAID-5, 66 doentes (57,4%) tinha baixo distress associado à diabetes. Por outro lado, tendo em conta as respostas ao PHQ-4, a maioria dos PD enquadrou-se na categoria de distress normal (n=83; 72,2%), sendo que 97 doentes (84,3%) revelaram um resultado negativo no rastreio para a depressão, segundo o PHQ-2, e 98 doentes (85,2%) apresentaram um rastreio negativo para a ansiedade, segundo o GAD-2 (Tabela 1).

Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica, socioeconômica, clínico-laboratorial e distribuição por classes do PAID-5, PHQ-4, PHQ-2 e GAD-2.

	Frequência absoluta	Frequência relativa (%)
Sexo		
Feminino	52	45,2
Masculino	63	54,8
Classes de idade		
< 65 anos	34	29,6
≥ 65 anos	81	70,4
Local de Residência		
Urbano	59	51,3
Rural	54	47,0
SEDI		
0	45	39,8
1	20	17,7
2	38	33,6
3	10	8,8
Auto-percepção sobre o controle da diabetes		
Controlada	106	92,2
Não controlada	8	7,0
Classe de HbA1c		
≤7%	80	69,6
> 7%	30	26,1
PAID-5		
Baixo distress	66	57,4
Elevado distress	49	42,6
PHQ-4		
Distress normal	83	72,2
Distress ligeiro	14	12,2
Distress moderado	11	9,6
Distress severo	7	6,1
PHQ-2		
Rastreio negativo	97	84,3
Rastreio positivo	18	15,7
GAD-2		
Rastreio negativo	98	85,2
Rastreio positivo	17	14,8

O teste de Kolmogorov-Smirnov foi aplicado para estudar a normalidade de distribuição dos dados numéricos da amostra, sendo que todas as variáveis em estudo não seguiam uma distribuição normal ($p < 0,05$).

Para o instrumento PAID-5 obteve-se um Coeficiente de alfa de Cronbach de 0,877, variando os valores para as várias questões, se item excluído entre 0,850 e 0,877, verificando-se ainda que a eliminação de um qualquer item do questionário não fazia aumentar o alfa de Cronbach. O valor teste F foi $< 0,001$ e o valor de ICC obtido foi 0,877 [IC 95%: 0,838-0,910], considerado bom. A Análise Fatorial revelou, no teste de KMO e Bartlett o valor de $p < 0,001$, sendo que um só fator revelou 67,336% da variância das respostas.

Para o instrumento PHQ-4 obteve-se um Coeficiente de alfa de Cronbach de 0,897, variando os valores para as várias questões, se item excluído entre 0,846 e 0,882. O valor de teste F foi $< 0,066$ e o valor de ICC obtido foi 0,897 [IC 95%: 0,862-0,924], valor considerado bom. A Análise Fatorial revelou, no teste de KMO e Bartlett o valor de $p < 0,001$, sendo que um só fator revelou 76,435% da variância das respostas.

Foi avaliada a dependência entre a distribuição das PD de acordo com as variáveis: auto-perceção sobre o controlo da diabetes e o valor HbA1c, através do teste Qui-Quadrado, tendo-se verificado uma dependência estatisticamente significativa ($p < 0,001$) entre a distribuição dos resultados relativos à auto-perceção sobre o controlo da diabetes e o controlo laboratorial da diabetes, através do valor médio das duas últimas medições da HbA1c. Verificou-se que, considerando a amostra de doentes que considerou ter a sua diabetes controlada ($n=102$), 76,5% ($n=78$) apresentou valor médio das últimas duas medições da HbA1c até 7%, ao passo que 23,5% ($n=24$) apresentou HbA1c superior a 7%. Considerando a amostra de doentes que considerou não ter a sua diabetes controlada ($n=7$), 85,7% ($n=6$) apresentou valor médio das últimas duas medições de HbA1c superior a 7%, no entanto, 14,3% ($n=1$) apresentou valor médio de HbA1c até 7%.

Foram exploradas, aplicando o teste Qui-Quadrado, relações de dependência entre a distribuição dos doentes de acordo com os resultados dos instrumentos PAID-5 e PHQ-4 e as variáveis sociodemográficas - sexo, idade e local de residência -, socioeconómica - SEDI - e o controlo laboratorial da diabetes - HbA1c (Tabela 2). Verificou-se uma relação de dependência estatisticamente significativa ($p=0,013$) entre a distribuição dos doentes em baixo distress e elevado distress, de acordo com o PAID-5, e a distribuição dos doentes de acordo com o controlo laboratorial da HbA1c. No entanto, não se observou uma relação estatisticamente significativa entre a distribuição dos doentes de acordo com o PAID-5 e a distribuição dos doentes de acordo com: o sexo ($p=0,145$), a idade ($p=0,832$), o SEDI ($p=0,583$) e o local de residência ($p=0,460$). Em relação à distribuição dos doentes em distress

normal, distress ligeiro, distress moderado e distress severo, de acordo com os resultados obtidos no PHQ-4, apenas se verificou uma relação de dependência estatisticamente significativa com a distribuição dos doentes por sexo ($p < 0,001$). No entanto, não se observou uma relação estatisticamente significativa entre a distribuição dos doentes de acordo com o PHQ-4 e a distribuição dos doentes de acordo com: a idade ($p = 0,812$), o SEDI ($p = 0,124$), o local de residência ($p = 0,602$) e o valor da HbA1c ($p = 0,595$).

Tabela 2 - Distribuição dos doentes de acordo com os resultados dos instrumentos PAID-5 e PHQ-4, e as variáveis sociodemográficas (sexo, idade e local de residência), socioeconómica (SEDI) e o controlo laboratorial da diabetes (HbA1c).

	PAID-5			PHQ-4				
	Baixo distress	Elevado distress	Prob.	Normal	Ligeiro	Moderado	Severo	Prob.
Sexo								
Feminino	26 (39,4)	26 (53,1)	0,145	28 (33,7)	9 (64,3)	10 (90,9)	5 (71,4)	<0,001
Masculino	40 (60,6)	23 (46,9)		55 (66,3)	5 (35,7)	1 (9,1)	2 (28,6)	
Classes de idade								
< 65 anos	19 (28,8)	15 (30,6)	0,832	25 (30,1)	5 (35,7)	2 (18,2)	2 (28,6)	0,812
≥ 65 anos	47 (71,2)	34 (69,4)		58 (69,9)	9 (64,3)	9 (81,8)	5 (71,4)	
SEDI								
0	24 (37,5)	21 (42,9)	0,583	38 (46,9)	3 (21,4)	3 (27,3)	1 (14,3)	0,124
1	14 (21,9)	6 (12,2)		14 (17,3)	4 (28,6)	2 (18,2)	0 (0,0)	
2	20 (31,3)	18 (36,7)		23 (28,4)	5 (35,7)	6 (54,5)	4 (57,1)	
3	6 (9,4)	4 (8,2)		6 (7,4)	2 (14,3)	0 (0,0)	2 (28,6)	
Local de residência								
Urbano	32 (49,2)	27 (56,3)	0,460	40 (48,8)	8 (57,1)	7 (70,0)	4 (57,1)	0,602
Rural	33 (50,8)	21 (43,8)		42 (51,2)	6 (42,9)	3 (30,0)	3 (42,9)	
Classes de HbA1c								
≤ 7%	53 (81,5)	27 (60,0)	0,013	61 (76,3)	8 (61,5)	7 (63,6)	4 (66,7)	0,595
> 7%	12 (18,5)	18 (40,0)		19 (23,8)	5 (38,5)	4 (36,4)	2 (33,3)	

Em parêntesis encontram-se as frequências relativas.

Avaliou-se a correlação entre os instrumentos em estudo através do Coeficiente de Correlação de Spearman no sentido de avaliar a validade convergente entre as pontuações totais do instrumento PAID-5, PHQ-4, PHQ-2 e GAD-2. Demonstrou-se uma correlação estatisticamente significativa, apesar de fraca, com todos os instrumentos (Tabela 3).

Tabela 3 - Correlação entre o somatório total do PAID-5 e os somatórios totais do PHQ-4, PHQ-2 e GAD-2.

	PHQ-4	GAD-2	PHQ-2
Coefficiente de Correlação (ρ)	0,284	0,321	0,231
Probabilidade	0,002	0,001	0,013

Verificou-se que a distribuição dos doentes de acordo com o PAID-5 estabelecia relações de dependência estatisticamente significativas com a distribuição dos doentes de acordo com o PHQ-4 ($p=0,049$) e o rastreo de ansiedade GAD-2 ($p=0,011$), no entanto, não estabelecia uma relação de dependência estatisticamente significativa com a distribuição dos doentes de acordo com o rastreo para a depressão com base no instrumento PHQ-2 ($p=0,084$) (Tabela 4).

Tabela 4 – Análise de independência dos resultados da aplicação dos instrumentos PAID-5 e PHQ-4 (PHQ-2 e GAD-2).

	PAID-5		<i>Prob.</i>
	Baixo distress	Elevado distress	
PHQ-4			
Normal	53 (80,3)	30 (61,2)	0,049
Ligeiro	8 (12,1)	6 (12,2)	
Moderado	3 (4,5)	8 (16,3)	
Severo	2 (3,0)	5 (10,2)	
PHQ-2			
Rastreo negativo para a depressão	59 (89,4)	38 (77,6)	0,084
Rastreo positivo para a depressão	7 (10,6)	11 (22,4)	
GAD-2			
Rastreo negativo para a ansiedade	61 (92,4)	37 (75,5)	0,011
Rastreo positivo para a ansiedade	5 (7,6)	12 (24,5)	

Em parêntesis encontram-se as frequências relativas.

DISCUSSÃO

A diabetes é uma doença comum a nível mundial, assumindo, nesse sentido, um papel preponderante a abordagem da doença a nível dos cuidados de saúde primários. Sendo o DAD, uma entidade tão específica e única, com uma prevalência estimada, de acordo com uma meta-análise de 55 estudos, em diabéticos tipo 2, de 36%, torna-se importante dispor de instrumentos capazes de adereçar tal problemática, de forma fácil e cientificamente validada (6). De facto, na amostra considerada, um número de doentes considerável apresentava elevado distress associado à doença (42,6%), corroborando a ideia de ser uma problemática premente que importa adereçar na prática clínica e, caso o DAD seja elevado, referenciar para profissionais na área da saúde mental, conforme indicado nas orientações das sociedades internacionais (8,9). O PAID-5, quando desenvolvido, ambicionava suprir esta necessidade, sendo a sua validação para a realidade portuguesa importante, constituindo mais um auxiliar na gestão do doente com diabetes. Nesse sentido, teve o presente trabalho, como principal objetivo, proceder à tradução, adaptação cultural e validação do questionário PAID-5 em amostra de população portuguesa. Contudo, serviu também para caracterizar o DAD do ponto de vista sociodemográfico e socioeconómico na amostra em estudo, bem como avaliar possíveis correlações entre o controlo clínico-laboratorial da diabetes e o distress que lhe é inerente.

A leitura dos resultados deve ser, no entanto, cautelosa. Importa referir que não se realizou nenhuma abordagem do tipo teste/re-teste que seria útil para avaliar a reprodutibilidade do questionário e perceber se há variabilidade nas respostas em dois momentos diferentes. Além disso, a amostra de conveniência obtida refere-se apenas a uma amostra com limitação do ponto de vista geográfico, que não representa a totalidade do território nacional, já que se constitui apenas por doentes habitantes na região sob tutela da ARS Centro. Apesar da distribuição dos doentes ser relativamente uniforme entre as USF envolvidas, existem algumas variações que, pelas particularidades de cada USF, podem enviesar os resultados obtidos. Note-se ainda que, a variável: auto-perceção dos doentes sobre o controlo da sua diabetes, pode estar sujeita a um viés de desejabilidade social, além disso, a questão “No seu entender, a sua diabetes está controlada?” pode ter alguma ambiguidade de interpretações, podendo ser uma pergunta pouco objetiva. A maioria dos doentes (70,4%) da amostra considerada apresenta idade superior a 65 anos. No entanto, de acordo com a 9ª edição do relatório anual do Observatório Nacional de Diabetes – “Diabetes: Factos e Números”, há uma tendência do aumento da prevalência da diabetes com a idade, sendo que mais de um quarto das pessoas entre 60-79 anos sofre de diabetes (4).

A análise da relação que se estabelece entre a auto-perceção sobre o controlo da diabetes e o valor da HbA1c deve ser cuidadosamente analisada. De facto, apesar de estatisticamente ser significativa a relação de dependência que se estabelece em relação à distribuição dos doentes pelas duas variáveis, importa salientar que a auto-perceção sobre o controlo não tem grande correspondência no valor da HbA1c. Apesar da maioria dos doentes que julga ter a diabetes controlada, ter um valor clínico-laboratorial que o comprova, importa realçar que a maioria dos doentes que não apresentava a diabetes controlada, julgava tê-la, isto é, a maioria dos doentes com valor da HbA1c superior a 7% julgava ter a sua diabetes controlada. Portanto parece existir alguma discrepância entre a auto-perceção do doente e a realidade dos números, que é particularmente significativa do ponto de vista clínico. Embora se possa advogar que uma questão ou, eventualmente, um conjunto de questões mais objetivas para descrever a auto-perceção sobre o controlo da doença permitiria melhor compreensão por parte do doente, importa referir que, de acordo com Vieira et al. (2021), para uma amostra de 202 doentes com diabetes mellitus tipo 2, 74,3% tinham baixa literacia em saúde, sendo que baixa literacia está associada a menor capacidade de gerir a complexidade da doença e, conseqüentemente, a maior desregulação metabólica e a ocorrência de complicações (16), podendo ser esta uma das possíveis justificações para a discrepância obtida. Ficam assim abertas linhas de investigação sobre o porquê da tão baixa literacia e das razões para falhas que parecem ser processuais do sistema clínico que segue PD.

Ficou demonstrado que a distribuição dos doentes de acordo com o score obtido no instrumento PAID-5 não é independente da sua distribuição de acordo com o controlo da doença, tendo em conta o valor da HbA1c. Este estudo corrobora a tendência dos doentes com mau controlo da doença, terem maiores níveis de distress (5–10,18,19). De facto, a maioria dos doentes que não apresentavam controlo laboratorial da diabetes, isto é, que apresentavam um valor HbA1c superior a 7%, apresentavam elevado distress. Assim, um menor controlo glicémico parece estar associado a DAD mais marcado. Importa, no entanto, referir que o fenómeno do DAD existe também nos doentes com a diabetes controlada, não devendo esse facto traduzir-se numa tendência a associar o fenómeno do DAD apenas aos doentes com mau controlo da doença. Note-se que, a maioria dos doentes com distress alto apresenta a sua diabetes controlada. Tal ideia, reforça a necessidade, em linha com o recomendado, de abordar, em consulta, o DAD em todos os doentes diabéticos (8,9). Nesse sentido, afigura-se necessário estudo posterior para perceber em que medida o reforço ou alívio de medidas farmacológicas e higiene-dietéticas se relaciona com o DAD, através do uso do instrumento validado neste estudo.

Não se verificou, no entanto, influencia significativa de outras variáveis sociodemográficas e socioeconómicas no DAD. Apesar desse facto, é maior o número de doentes do sexo feminino

com elevado distress e, em relação ao PHQ-4, a distribuição de acordo com o sexo é significativa e doentes do sexo feminino apresentam níveis mais elevados de distress. Assim, parece existir uma maior tendência em doentes do sexo feminino a fenómenos de distress, tanto na sua componente generalista como diabética, também corroborada por outros estudos semelhantes (8,11,18,19).

Apesar da reduzida amostragem de doentes com idade inferior a 65 anos limitar as conclusões a retirar, constata-se que nestes doentes uma percentagem considerável apresentava elevado DAD. Tal facto, pode justificar no futuro um estudo no sentido de abordar a importância e o impacto do DAD em populações diabéticas mais jovens.

Embora sem significância estatística, parece existir uma tendência ao distress, tanto o associado à diabetes como o genérico medido pelo PHQ-4, em residentes em meio urbano, uma vez que a maioria dos doentes com elevado distress reside em meio urbano.

O PAID-5 apresenta-se como um instrumento com elevada confiabilidade e consistência interna, tendo um valor alfa de Cronbach de 0,877 e ICC de 0,877, considerado bom, em linha, com o estudo original e com estudos feitos noutros países para validação do PAID-5, na versão Norueguesa, Árabe e Coreana (8,11,18,19). Pela análise fatorial, podemos concluir que se podem interpretar os resultados e que a informação de um fator já é muito elevada, fortalecendo o instrumento.

Verificamos que a maioria dos doentes (72,2%) pelo instrumento PHQ-4 apresenta distress normal ao passo que, de acordo com o PAID-5, 42,6% dos doentes apresentava elevado distress. De facto, a correlação que se estabelece entre ambos os questionários é baixa. Tal facto, reforça a ideia de que o PAID-5 é um questionário com o propósito de avaliar aquilo a que se propõe, o DAD. Este é um tipo de distress com as suas particularidades, tal como já havia sido demonstrado e, portanto, diferente do distress avaliado pelo instrumento genérico PHQ-4 (6,7). Note-se, no entanto, que existem estudos que estabelecem a existência de uma correlação entre o distress psicológico e o DAD (7). Neste estudo, a validade do PAID-5 parece ser reforçada pela sua capacidade de abordar um tipo de distress que, com outros instrumentos, seria difícil identificar, confirmando o carácter singular do DAD e a utilidade do instrumento PAID-5.

Apesar de fraca a correlação que se estabelece entre o PAID-5 e o PHQ-4, importa salientar que a distribuição dos doentes de acordo com os resultados obtidos é estatisticamente significativa e, de facto, o número de doentes que se inclui nas categorias de distress moderado e severo é maior nos doentes com elevado DAD. No entanto, a maioria dos doentes tem distress normal, quer tenha baixo ou elevado DAD. Além disso, a distribuição dos doentes de acordo com o PAID estabelece uma relação de dependência com a distribuição de acordo

com o GAD-2, mas não com o PHQ-2, parecendo existir maior componente ansioso, ao invés de depressivo, no DAD. Há uma tendência que doentes com níveis de DAD mais elevado, apresentem níveis de ansiedade mais elevados, pontuem mais no GAD-2 e, conseqüentemente, no PHQ-4, conclusão semelhante ao descrito no trabalho Árabe (19). No entanto, existe referência na literatura a uma elevada correlação entre o DAD e a depressão (6).

CONCLUSÕES

Os resultados obtidos neste estudo evidenciam que a versão portuguesa do PAID-5 é um instrumento confiável e com boa consistência interna, tendo sido possível fazer a adaptação cultural e validação do PAID-5 para o português europeu. A facilidade de aplicação do questionário, com apenas 5 perguntas, torna-o uma ferramenta útil para o clínico utilizar no que respeita à abordagem do DAD, como recomendado pelas sociedades internacionais. Torna-se particularmente útil o seu uso quando o médico tem pouca confiança na sua habilidade para identificar elevado DAD.

Apesar do estudo ter sido levado a cabo em cuidados de saúde primários, o seu uso pode ser estendido a consultas de outras especialidades.

O PAID-5, na sua versão portuguesa, deve ser usado em investigações futuras no âmbito do DAD.

Os resultados deste estudo corroboram o caráter único do DAD, entidade frequente no doente diabético e, particularmente, nos doentes com mau controlo analítico da doença, que evidenciam maior distress, embora presente, também, nos doentes com a doença controlada.

AGRADECIMENTOS

Ao Professor Doutor António Ferreira e ao Professor Doutor Luiz Santiago pela ajuda e orientação fundamentais na realização deste trabalho.

Ao meu tio, Professor Doutor Jorge Oliveira, pela colaboração na realização do trabalho.

Aos médicos, particularmente aos diretores, das USF que aceitaram participar neste projeto.

Às pessoas sofrendo de diabetes que aceitaram colaborar neste trabalho.

À minha família e aos meus amigos, por todo o apoio dado ao longo destes anos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ó DN do, Serrabulho L, Ribeiro RT, Silva S, Covinhas A, Afonso MJ, et al. Interpersonal Relationships in Diabetes: Views and Experience of People with Diabetes, Informal Carers, and Healthcare Professionals in Portugal. *Acta Médica Port* [Internet]. 3 de março de 2022 [citado 28 de março de 2022];35(13). Disponível em: <https://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/view/16817>
2. Sun H, Saeedi P, Karuranga S, Pinkepank M, Ogurtsova K, Duncan BB, et al. IDF Diabetes Atlas: Global, regional and country-level diabetes prevalence estimates for 2021 and projections for 2045. *Diabetes Res Clin Pract* [Internet]. 1 de janeiro de 2022 [citado 1 de agosto de 2022];183. Disponível em: [https://www.diabetesresearchclinicalpractice.com/article/S0168-8227\(21\)00478-2/fulltext](https://www.diabetesresearchclinicalpractice.com/article/S0168-8227(21)00478-2/fulltext)
3. *IDF Atlas 10th Edition 2021.pdf* [Internet]. [citado 1 de agosto de 2022]. Disponível em: https://diabetesatlas.org/idfawp/resource-files/2021/07/IDF_Atlas_10th_Edition_2021.pdf
4. Relatório anual do observatório nacional da Diabetes – 2019 | Portal da Diabetes [Internet]. 2021 [citado 1 de agosto de 2022]. Disponível em: <https://apdp.pt/publicacoes/relatorio-anual-do-observatorio-nacional-da-diabetes-2019/>
5. Peyrot M, Rubin RR, Lauritzen T, Snoek FJ, Matthews DR, Skovlund SE. Psychosocial problems and barriers to improved diabetes management: results of the Cross-National Diabetes Attitudes, Wishes and Needs (DAWN) Study. *Diabet Med*. 2005;22(10):1379–85.
6. Perrin NE, Davies MJ, Robertson N, Snoek FJ, Khunti K. The prevalence of diabetes-specific emotional distress in people with Type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis. *Diabet Med J Br Diabet Assoc*. novembro de 2017;34(11):1508–20.
7. Reddy J, Wilhelm K, Campbell L. Putting PAID to Diabetes-Related Distress: The Potential Utility of the Problem Areas in Diabetes (PAID) Scale in Patients with Diabetes. *Psychosomatics*. 1 de janeiro de 2013;54(1):44–51.
8. Lee EH, Lee YW, Lee KW, Kim YS, Nam MS. Measurement of diabetes-related emotional distress using the Problem Areas in Diabetes scale: psychometric evaluations show that the short form is better than the full form. *Health Qual Life Outcomes*. 29 de outubro de 2014;12(1):142.
9. Holt RIG, DeVries JH, Hess-Fischl A, Hirsch IB, Kirkman MS, Klupa T, et al. The Management of Type 1 Diabetes in Adults. A Consensus Report by the American Diabetes Association (ADA) and the European Association for the Study of Diabetes (EASD). *Diabetes*

Care. novembro de 2021;44(11):2589–625.

10. Polonsky WH, Anderson BJ, Lohrer PA, Welch G, Jacobson AM, Aponte JE, et al. Assessment of Diabetes-Related Distress. *Diabetes Care*. 1 de junho de 1995;18(6):754–60.
11. McGuire BE, Morrison TG, Hermanns N, Skovlund S, Eldrup E, Gagliardino J, et al. Short-form measures of diabetes-related emotional distress: the Problem Areas in Diabetes Scale (PAID)-5 and PAID-1. *Diabetologia*. janeiro de 2010;53(1):66–9.
12. Welch G, Weinger K, Anderson B, Polonsky WH. Responsiveness of the Problem Areas In Diabetes (PAID) questionnaire. *Diabet Med*. 2003;20(1):69–72.
13. Lee J, Lee EH, Kim CJ, Moon SH. Diabetes-related emotional distress instruments: a systematic review of measurement properties. *Int J Nurs Stud*. dezembro de 2015;52(12):1868–78.
14. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JBW, Löwe B. An ultra-brief screening scale for anxiety and depression: the PHQ-4. *Psychosomatics*. dezembro de 2009;50(6):613–21.
15. Rodrigues MC. Adaptação e Validação do instrumento PHQ-4 para Português Europeu e Sobrecarga Psicológica pela Gestão da Multimorbidade em Medicina Geral e Familiar na Região Centro de Portugal. Em: Adaptação e Validação do instrumento PHQ-4 para Português Europeu e Sobrecarga Psicológica pela Gestão da Multimorbidade em Medicina Geral e Familiar na Região Centro de Portugal [Internet]. 2021 [citado 15 de setembro de 2022]. Disponível em: <https://estudogeral.sib.uc.pt/handle/10316/98352>
16. Vieira M, Rosendo I, Gomes P, Miguel Santiago L, Catarina Domingues A, Augusto Simões J. Health literacy and cardiovascular complications in people with type 2 Diabetes. *Fam Med Prim Care Rev*. 2021;23(4):488–93.
17. American Diabetes Association. Standards of Medical Care in Diabetes—2020 Abridged for Primary Care Providers. *Clin Diabetes*. 1 de janeiro de 2020;38(1):10–38.
18. Vislapuu M, Broström A, Igland J, Vorderstrasse A, Iversen MM. Psychometric properties of the Norwegian version of the short form of The Problem Areas in Diabetes scale (PAID-5): a validation study. *BMJ Open*. 21 de fevereiro de 2019;9(2):e022903.
19. Sayed Ahmed HA, Mohamed SF, Mostafa M, Elotla SF, Shah A, Shah J, et al. Psychometric evaluation of the Arabic version of the 5-item Problem Areas in Diabetes (AR-PAID-5) scale. *BMC Prim Care*. 9 de junho de 2022;23(1):148.

ANEXOS

Anexo I – Problem Areas In Diabetes (PAID)-5, em português.

Quais dos seguintes problemas relacionados com a diabetes se aplicam atualmente a si?

Marque o círculo que indica o grau de problema que melhor se adequa a si. Por favor, responda a todas as questões.

	Não é um problema	É um pequeno problema	É um problema moderado	É um problema relativamente sério	É um problema sério
9.1. Sentir medo quando pensa em viver com diabetes	<input type="radio"/> ₀	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄
9.2. Sentir-se deprimido quando pensa em viver com diabetes	<input type="radio"/> ₀	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄
9.3. Preocupar-se com o futuro e com a possibilidade de complicações sérias	<input type="radio"/> ₀	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄
9.4. Sentir que diabetes ocupa muita da sua energia mental e física diariamente	<input type="radio"/> ₀	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄
9.5. Lidar com as complicações de diabetes	<input type="radio"/> ₀	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄

Anexo II – Autorização da Comissão de Ética da Administração Regional de Saúde do Centro para realização do estudo.



COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

PARECER FINAL: FAVORÁVEL	DESPACHO: Tomado conhecimento e deliberação favorável do Conselho de Ética para a Saúde. 28.10.2022 Conselho Diretivo da A.R.S. do Centro, I.P.
---	---

ASSUNTO:	Parecer sobre o Projeto 73/2022 – “Adaptação cultural e validação de Questionnaire (PAID)-5” Dr. António Marques Presidente
-----------------	---

.....
Dr. Mário Ruivo
Vogal,

O parecer anterior continha as seguintes recomendações:

- Necessidade de incluir a autorização para a criação da versão portuguesa do PAID-5;
- Necessidade de incluir a autorização para utilização da versão portuguesa do DHP-18.

.....
Dr. Fernando Cravo

Entretanto, o investigador principal alterou o título do projeto para “Problem Areas in Diabetes Questionnaire (PAID)-5 e Distress pela diabetes.” Na sequência desta alteração, o instrumento de medição a ser utilizado no estudo para além do PAID-5 é o Patient Health Questionnaire (PHQ4).

Os autores apresentam documentação relativa à autorização do autor da versão original do PAID-5, afirmando também que possuem a autorização para o uso do PHQ4.

Assim sendo, esta Comissão de Ética emite um parecer favorável.

O Relator: Prof. Doutor Pedro Lopes Ferreira
P. Lopes Ferreira

O Presidente da CES: Prof. Doutor Fontes Ribeiro
F. Ribeiro

Ressalva: A CE-ARSC enfatiza que a aprovação de um estudo não significa que venha a ter qualquer responsabilidade por danos ou outros atos ilícitos que possam vir a ser praticados no âmbito do mesmo. As opiniões apresentadas nas publicações, relatórios ao governo ou outros resultados desta investigação são da responsabilidade exclusiva dos investigadores.