



FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA
MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA – TRABALHO FINAL

JOÃO NUNO CORREIA DE SÁ PINTO

***INFLUÊNCIA DA MEDICINA CENTRADA NA PESSOA NO DISTRESS DO PACIENTE
COM DIABETES: PAPEL DAS CONDIÇÕES SOCIOECONÓMICAS E GÉNERO***

ARTIGO CIENTÍFICO ORIGINAL

ÁREA CIENTÍFICA DE MEDICINA GERAL E FAMILIAR

Trabalho realizado sob a orientação de:

BRUNO AFONSO MORENO, MD

LUIZ MIGUEL SANTIAGO, MD, PhD

ABRIL/2024

**INFLUÊNCIA DA MEDICINA CENTRADA NA PESSOA NO DISTRESS DO PACIENTE
COM DIABETES: PAPEL DAS CONDIÇÕES SOCIOECONÓMICAS E GÉNERO**

ARTIGO CIENTÍFICO ORIGINAL

ÁREA CIENTÍFICA DE MEDICINA GERAL E FAMILIAR

João Sá Pinto¹

Luiz Miguel Santiago, MD, PhD^{1,2}

Bruno Afonso Moreno, MD^{1,3}

¹Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra. Coimbra, Portugal.

²Centro de Estudos e Investigação em Saúde – CEISUC. Universidade de Coimbra. Coimbra. Portugal.

³Unidade de Saúde Familiar Coimbra Sul – Pólo Castelo Viegas. Coimbra, Portugal.

Morada institucional:

Pólo III – Pólo das Ciências da Saúde

Azinhaga de Santa Comba, Celas

3000-354 Coimbra

Endereço de correio eletrónico:

jpinto2004@gmail.com

Abril 2024 | Coimbra

Índice

Lista de abreviaturas	5
Lista de tabela.....	6
Resumo	7
Abstract.....	8
1. Introdução	9
2. Métodos.....	12
Desenho do estudo	12
Seleção dos participantes	12
Recolha de dados	12
Análise de dados.....	13
3. Resultados	15
4. Discussão.....	18
5. Conclusão	22
6. Agradecimentos.....	23
7. Conflitos de interesse	24
8. Suporte Financeiro	24
9. Referências	25
10. Anexos.....	29

Lista de abreviaturas

ADA: *American Diabetes Association*

CCI: Coeficiente de Correlação Intraclasse

DAWN: *Diabetes Attitudes, Wishes, and Needs*

DAD: Distress Associado à Diabetes

EASD: *European Association for the Study of Diabetes*

IDF: *International Diabetes Federation*

MCP: Medicina Centrada na Pessoa

PAID: *Problem Areas in Diabetes*

PCCP: Perceção de Cuidados Centrados na Pessoa

PD: Pessoa a sofrer de Diabetes

SEDI: *Socioeconomic Deprivation Index*

Lista de tabelas

Tabela 1 – Caracterização do SEDI da amostra em função do sexo.

Tabela 2 – Distribuição quartílica das variáveis numéricas e significância da inferenciação segundo o sexo

Tabela 3 – Distribuição quartílica da variável “SEDI” em função do sexo e frequências do valor de SEDI.

Tabela 4 – Correlação não paramétrica das variáveis “idade”, “SEDI”, “TotalPCCP” e “TotalPAID5” através de ρ de Spearman.

Resumo

Introdução: O Distress Associado à Diabetes (DAD) é uma consequência da doença que representa um grande desafio para muitas pessoas a sofrer de diabetes (PD). A Medicina Centrada na Pessoa (MCP), pode ser método para reduzir DAD. Objetivou-se avaliar a relação entre estas duas variáveis, tendo em conta o papel do índice socioeconómico, do sexo e da idade das PD.

Materiais e métodos: Em estudo observacional transversal, colheram-se dados de uma amostra de conveniência de PD que frequentaram consultas entre 27 de novembro de 2023 e 27 de fevereiro de 2024, na USF Coimbra Sul, pólo Castelo Viegas e Santa Clara, em Coimbra, Portugal. Aplicou-se inquérito com as escalas “Problem Areas In Diabetes – 5” (PAID-5) e “Perceção de Cuidados Centrados na Pessoa” (PCCP) na consulta e ainda questões de contexto como sexo, idade e as questões que compõem o Socioeconomic Deprivation Index, SEDI. Realizou-se estatística descritiva e inferencial não paramétrica bem como correlacional.

Resultados: Numa amostra de $n=58$ verificou-se que, segundo o sexo, a mulher tinha um significativo menor nível SEDI, $p=0.039$, não verificando diferenças para os somatórios de PAID-5 e MCP nem para a idade. Verificou-se correlação muito fraca, negativa e não significativa entre o somatório das escalas PAID-5 e MCP, $\rho=-0.052$, $p=0.698$. Entre a idade e o somatório de MCP de $\rho=-0.055$, $p=0.684$, fraca, negativa e não significativa; e entre idade e somatório de PAID-5 igualmente fraca mas positiva e não significativa, $\rho=0.122$, $p=0.361$.

Discussão: Mais elevados níveis de sentir consulta em MCP originaram menores níveis de DAD pela PAID-5 o que até agora ainda não setinha comprovado, sendo resultados a merecer futuros e mais alargados estudos, e sendo matéria a ser ensinada em pré-graduado, bem como em educação médica contínua e desenvolvimento médico contínuo.

Conclusão: Foi verificada a relação entre DAD e a autoperceção de MCP, com níveis mais baixos de DAD encontrados quando a PD apresenta melhor perceção de MCP.

Palavras-chave: Diabetes, Distress, PAID-5, Medicina Centrada na Pessoa, SEDI

Abstract

Introduction: Diabetes-Associated Distress (DAD) is a consequence of the disease that represents a major challenge for many people suffering from diabetes (PD). Person-Centered Medicine (PCM) can be a method to reduce DAD.

Objective: To evaluate the relationship between DAD and PCM, considering the role of the socioeconomic index, gender and age of the PDs.

Methods: In a cross-sectional observational study, data were collected from a convenience sample of PD who attended consultations between November 27, 2023 and February 27, 2024, at the USF Coimbra Sul, Castelo Viegas and Santa Clara campus, in Coimbra, Portugal. A survey was applied with the "Problem Areas In Diabetes – 5" (PAID-5) and "Patient Perception of Patient-Centeredness" (PPPC) scales after consultation, as well as contextual questions such as gender, age and the questions that make up the Socioeconomic Deprivation Index, SEDI. Descriptive and inferential statistics, non-parametric as well as correlational statistics were performed.

Results: In a sample of $n=58$, it was found that, according to gender, females had a significantly lower SEDI level, $p=0.039$, with no differences for the sum of PAID-5 and MCP or with age. There was a very weak, negative and non-significant correlation between the sum of the PAID-5 and MCP scales, $\rho=-0.052$, $p=0.698$. Between age and the sum of PCM of $\rho=-0.055$, $p=0.684$, weak negative and not significant; and between age and the sum of PAID-5 equally weak but positive and not significant, $\rho=0.122$, $p=0.361$.

Discussion: Higher levels of feeling consulted in PCM associated to lower levels of DAD by PAID-5, which until now had not been proven, deserve future and broader studies and a matter of future study of PCM teaching in undergraduate and also in continuous medical education and continuous medical development.

Conclusion: The relationship between DAD and self-perception of PCM was verified, with lower levels of DAD found when PD presents better perception of PCM.

Keywords: Diabetes, Distress, PAID-5, Patient-Centered Medicine, SEDI

1. Introdução

A diabetes é uma doença crónica que se caracteriza por uma desordem metabólica de etiologia múltipla, que ocorre sempre que o corpo – pâncreas – é incapaz de produzir insulina suficiente e/ou de a utilizar, conduzindo a um aumento dos níveis da glicose no sangue – hiperglicemia. Tais alterações desencadeiam um vasto conjunto de problemas suscetíveis de causar inúmeras e graves complicações. Atualmente, é uma das doenças crónicas mais prevalentes no mundo, com uma percentagem de 10,5% da população adulta (20-79 anos) a viver com a doença, segundo os dados apresentados no Atlas da Diabetes da *International Diabetes Federation* (IDF) de 2021. É ainda estimada uma subida de 1,7% na prevalência mundial, com o número de casos de pessoas a sofrer de diabetes (PD) a atingir os 783,2 milhões.^{1,2} Em Portugal, este valor atinge os 14,1%, segundo a edição de 2023 do relatório anual do Observatório Nacional de Diabetes – “Diabetes: Factos e Números”, sendo o quarto país da Europa com a maior prevalência.³

Além de representar um grande desafio para os sistemas de saúde e para a economia, a diabetes é antes de mais um desafio para quem a enfrenta, dada a exigência de cuidados contínuos e rigorosos, de forma a evitar as suas complicações.⁴ A preocupação constante com as eventuais consequências, muitas vezes graves e a própria responsabilidade do autocuidado, conduzem muitas vezes ao distress associado à diabetes (DAD), bem como a outros problemas psicológicos comuns.^{5,6} Por sua vez, o impacto, emocional e físico do DAD pode resultar em piores autocuidados, numa menor adesão à terapêutica, e consequente pior controlo glicémico.⁷⁻⁹

O DAD é considerado um estado emocional negativo que pode ser difícil de detetar. Além disso, demonstra ser mais persistente do que a ansiedade e as perturbações afetivas, estando diretamente relacionado com sintomas depressivos. Perante os diferentes tipos de tratamento disponíveis, é notória uma relação existente entre os maiores níveis de DAD e o tratamento com insulina, ao contrário do que acontece com hipoglicemiantes orais ou com a modificação da dieta, onde se verificam menores níveis de DAD.⁷

No estudo Diabetes Attitudes, Wishes, and Needs (DAWN) de 2005, é reportado que 41% das PD não apresenta bem-estar psicológico, ao que acresce o facto de os prestadores de cuidados de saúde admitirem algumas limitações no que tange à sua capacidade e sensibilidade para detetarem estes casos, podendo resultar na falta de acompanhamento e tratamento necessário. Já num segundo estudo Diabetes Attitudes, Wishes, and Needs (DAWN2), numa amostra de 8596 PD adultas (20-79 anos) de 17 países diferentes, é descrito que 44.6% das PD vivem com DAD.^{5,10}

No sentido de facilitar o rastreio de DAD foi criada a escala *Problem Areas In Diabetes* (PAID), validada tanto para diabetes tipo 1 como tipo 2. À data da sua criação, a escala era composta por 20 itens (PAID-20), capaz de abordar assuntos que preocupam as PD e de avaliar os aspetos específicos do DAD.¹¹⁻¹³ Neste momento, a escala encontra-se validada em diversos países e criteriosamente reduzida a 5 itens (PAID-5), com um elevado nível de sensibilidade e especificidade de resultados e com boas propriedades psicométricas.^{12,14-23}

Recentemente, no artigo “Adaptação cultural e validação da escala ‘Problem Areas In Diabetes’ (PAID-5) para Português Europeu” de 2023, a escala foi validada para Portugal, demonstrando uma boa consistência interna, utilidade na prática clínica e um rápido preenchimento.²⁴

A avaliação do DAD não se limita à quantificação do sofrimento da pessoa, tendo, o profissional de saúde, o dever de orientar uma abordagem holística e individualizada da PD. A Medicina Centrada na Pessoa (MCP) surge, neste contexto, como o método prático mais apropriado, que vai de encontro às necessidades inerentes à diabetes, abordando as diferentes componentes do método clínico: a saúde, a doença e a experiência da doença; a compreensão da pessoa como um todo; o entendimento e melhoria da relação médico-doente.²⁵ Introduzida por Michael Balint, psiquiatra e psicanalista húngaro, em 1970, é posteriormente estudada e analisada por Moira Stewart, nomeadamente no livro “Medicina Centrada na Pessoa: Transformando o método clínico”, no qual estão presentes instrumentos de avaliação da MCP, na forma de questionários, tanto numa versão para o médico, como para o doente.^{25,26}

A conjugação de um instrumento capaz de avaliar o DAD e um outro capaz de avaliar a perceção de MCP, por parte do doente, pode culminar no estabelecer de uma relação de interesse, quer para o doente, quer para o profissional de saúde, na qual se verifique que quanto mais individualizada for a prática médica, menor será o DAD.

Na avaliação da MCP de cada consulta, dispõe-se do questionário de Perceção de Cuidados Centrados na Pessoa (PCCP), capaz de objetivar a autoperceção da prática médica utilizada, tendo sido recentemente validado em Portugal, no artigo “Medicina centrada na pessoa: validação populacional de um instrumento de medida pela pessoa”.^{25,27}

A interação entre estas duas escalas é algo que o processo normal da validação das mesmas, em Portugal, implica que se faça, essencialmente num contexto onde incessantemente se procura melhorar os cuidados de saúde prestados, nomeadamente através da prática do modelo de MCP. No entanto, além dos questionários, torna-se relevante enquadrar, socioeconomicamente e demograficamente a PD, uma vez que pode também ser detetada uma relação com as condições de vida do doente.

Neste contexto, o objetivo do presente trabalho foi avaliar a existência de relação entre DAD e MCP, tendo em conta variáveis de contexto, nomeadamente o sexo e o índice socioeconómico dos indivíduos.²⁸

2. Métodos

Desenho do estudo

Através da aplicação das escalas validadas em Portugal PAID-5 e PCCP, realizou-se um estudo exploratório, observacional transversal numa amostra de conveniência de 58 indivíduos com diabetes.^{24,27}

Os dados foram recolhidos na USF Coimbra Sul, no pólo Castelo Viegas e no pólo Santa Clara imediatamente após cada consulta da diabetes, entre os dias 27 de novembro de 2023 e 27 de fevereiro de 2024. Os doentes foram convidados pelo investigador a preencher o questionário após a assinatura do Consentimento Informado, que expunha o tipo de estudo que estava a ser realizado, esclarecia a anonimidade e o sigilo em relação aos dados fornecidos e confirmava que o doente permitia a sua posterior utilização para análise estatística. Este questionário era composto pelas duas escalas validadas em Portugal, supracitadas, juntamente com perguntas de caracterização da amostra, sobre a idade, o sexo, e SEDI.

Seleção dos participantes

Foi abordada uma amostra de conveniência de tamanho mínimo representativo, 51 doentes, num mínimo de 10 respostas por cada item PAID-5 questionado.²⁹ Em conformidade com os princípios éticos e legais, foi obtida a autorização por parte da Comissão de Ética.

Como critérios de inclusão, todos os participantes eram doentes com Diabetes Mellitus tipo 1 ou 2 e tiveram consulta da diabetes imediatamente antes do preenchimento do questionário. Não foram inquiridas PD com grave défice de compreensão e excluíram-se inquéritos entregues com itens por responder.

Recolha de dados

A totalidade dos dados foi recolhida com doentes da USF Coimbra Sul, nomeadamente nos pólos Santa Clara e Castelo Viegas, Coimbra, Portugal, tendo sido feita entres os dias 27 de novembro de 2023 e 27 de fevereiro de 2024. A grande maioria das marcações das consultas é feita antes de almoço, pelo que não foram recolhidos dados em consultas da tarde. Após cada consulta de diabetes, os doentes foram convidados pelo autor do estudo a preencher os questionários, depois de assinado o Consentimento Informado. (Anexo I)

No sentido de caracterizar a amostra em estudo, os PD foram questionados relativamente à idade, ao sexo e às suas condições socioeconómicas. Para este último parâmetro foram utilizados os 3 itens do SEDI, nomeadamente a variável “viver sozinho”, sendo atribuído 1 ponto à resposta “sim” e 2 pontos à resposta “não”, a variável “rendimento”, referente ao rendimento mensal de cada indivíduo, com 1 ponto para “abaixo de 500€” e 2 pontos para “acima de 500€” e, por último, a variável “escolaridade”, que discrimina os anos de ensino em “4º ano ou abaixo”, para 1 ponto, e “acima do 4º ano, para 2 pontos. (Anexo II)

Foi ainda utilizada a escala PAID-5, com respostas dadas entre “Não é um problema” e “É um problema sério”, cotado de 1 a 5 em cada resposta, com um somatório total de 5 a 25. Os itens abordados no questionário são: 1- “Sentir medo quando pensa em viver com diabetes.”; 2- “Sentir-se deprimido quando pensa em viver com diabetes.”; 3- “Preocupar-se com o futuro e com a possibilidade de complicações sérias.”; 4- “Sentir que diabetes ocupa muita da sua energia mental e física diariamente.”; 5- “Lidar com as complicações de diabetes.”. (Anexo III)

A escala PCCP questiona o doente relativamente à consulta que acabou de presenciar. Tendo cada resposta um valor de 1 a 4, o somatório das respostas varia entre 9 e 36, sendo que 1 corresponde à resposta “Nada” e 4 a “Completamente”. Os itens abordados neste questionário são: 1- “Até que ponto o(s) motivo(s) para a consulta de hoje foram falados?”; 2- “Até que ponto ficou satisfeito/a com a conversa sobre o(s) seu(s) problema(s)?”; 3- “Até que ponto o médico ouviu o que tinha a dizer?”; 4- “Até que ponto o médico explicou o seu problema?”; 5- “Até que ponto falaram sobre o que cada um (médico e doente) deve fazer?”; 6- “Até que ponto o médico explicou o tratamento?”; 7- “Até que ponto o médico falou consigo sobre a sua facilidade em realizar o tratamento?”; 8- “Até que ponto sentiu que o seu médico o/a compreendeu hoje?”; 9- “Até que ponto o médico falou consigo sobre questões pessoais ou familiares que possam afetar a sua saúde?”. (Anexo IV)

Análise de dados

A análise de dados foi realizada com o software aplicativo Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 27.

Numa primeira fase, para avaliar a normalidade da distribuição dos dados das variáveis em estudo, foi realizado o Teste de Kolmogorov-Smirnov. Sendo a idade uma variável com distribuição não normal, optou-se por realizar estatística não paramétrica para todas as variáveis.

Foi estudada a relação individual de cada uma das três variáveis do SEDI (escolaridade, viver sozinho e rendimento) com o sexo, através de Testes Qui-Quadrado, obtendo a significância através do Teste Exato de Fisher.

Para a inferenciação segundo o sexo foi realizado o Teste de Mann-Whitney com as variáveis "Idade", "SEDI", "TotalPCCP" e "TotalPAID5". Através de estatística correlacional com o teste de Spearman, foram feitas correlações não paramétricas entre as variáveis numéricas em estudo.

Para avaliação da confiabilidade e consistência interna das escalas PAID-5 e PCCP, realizou-se a análise do Coeficiente Alfa de Cronbach da totalidade do questionário e do questionário caso cada item seja eliminado. Além disso, foram calculados o Coeficiente de Correlação Intraclasse (ICC) e o Intervalo de Confiança de 95%, juntamente com o Teste F.

3. Resultados

A amostra do estudo foi constituída por 58 elementos, sendo 29 (50%) do sexo feminino e 29 do sexo masculino (50%), com idades compreendidas entre os 35 e os 89 anos.

Na Tabela 1, é feita a caracterização das diferentes variáveis sociodemográficas, em função do sexo. Verificou-se uma diferença significativa relativamente ao rendimento mensal, sendo inferior ou igual a 500 euros mais frequente no sexo feminino.

Tabela 1 – Caracterização do SEDI da amostra em função do sexo.				
Variável	Valor	Masculino n (%)	Feminino n (%)	Valor p
Educação (*)	≤ 4 anos	12 (41.4%)	16 (55.2%)	0.215
	> 4 anos	17 (58.6%)	13 (44.8%)	
Rendimento Mensal (*)	≤ 500 €	4 (13.8%)	13 (44.8%)	0.010
	> 500€	25 (86.2%)	16 (55.2%)	
Viver sozinho (*)	Sim	6 (20.7%)	7 (24.1%)	0.500
	Não	23 (79.3%)	22 (75.9%)	

(*) Qui-Quadrado – Teste Exato de Fisher

Para avaliação das variáveis TotalPAID-5 e TotalPCCP foram utilizadas escalas que carecem de estudo de consistência interna e confiabilidade:

A escala PAID-5 apresentou um valor Alfa de Cronbach de $\alpha=0,849$ que, comparativamente com estudos já realizados noutros países, é considerado satisfatório.^{14–23} Perante as estatísticas item-total, ou a confiabilidade da escala se cada item for retirado individualmente, apresentou valores de Alfa de Cronbach compreendidos entre 0,803 e 0,841, confirmando a não haver dependência entre perguntas. O valor de Correlação Intraclasse foi de 0,768 para um Intervalo de confiança de 95% entre 0,658 e 0,850.

Por sua vez, a escala PCCP apresentou um valor Alfa de Cronbach de 0,657, considerado um valor razoável apesar de inferior ao da versão inglesa ($\alpha=0,80$).²⁵ As estatísticas item-total mostraram-se compreendidas entre os valores de 0,493 e 0,665 para o Alfa de Cronbach se item-excluído, correspondente a uma boa independência entre perguntas. Além disso, apresenta um valor de Correlação Intraclasse de -0,73678 para o Intervalo de Confiança de 95% entre -0,105943 e -0,48041.

Ambas as escalas apresentaram boas propriedades psicométricas, garantindo assim a qualidade dos resultados dos restantes estudos estatísticos.

Na tabela 2 verificamos a distribuição quartílica destas variáveis numéricas, juntamente com a idade e o SEDI. Procedeu-se à inferenciação segundo o sexo que, através do teste de Mann-Whitney, confirma uma relação estatisticamente significativa entre o SEDI e o sexo.

Tabela 2 – Distribuição quartílica das variáveis numéricas e significância da inferenciação segundo o sexo				
	Percentis	Valor	n (%)	p
Idade (**)	25	62.75	14 (24,1)	0.674
	50	68.50	17 (29,3)	
	75	78	27 (46,6)	
SEDI (**)	25	4	16 (27,6)	0.039
	50	5	23 (39,7)	
	75	6	19 (32,7)	
TotalPCCP (**)	25	33	16 (27,6)	0.218
	50-75	36	42 (72,4)	
TotalPAID5 (**)	25	7	21 (36,2)	0.057
	50	9	23 (39,7)	
	75	12,25	14 (24,1)	

(**) Teste de Mann-Whitney

Perante a relação estatisticamente significativa do SEDI com o sexo, na tabela 3 é apresentada a diferença de frequência de respostas para cada sexo. Compreende-se com esta tabela a distribuição quartílica do SEDI para cada sexo.

Tabela 3 – Distribuição quartílica da variável “SEDI” em função do sexo e frequência pelo valor absoluto de SEDI.			
	SEDI	Homem	Mulher
Percentis	25	5	4
	50	5	5
	75	6	6
Frequência	3	1 (3.4%)	2 (6.9%)
	4	2 (6.9%)	11 (37.9%)
	5	15 (51.7%)	8 (27.6%)
	6	11 (37.9%)	8 (27.6%)

A tabela 4 apresenta as correlações não paramétricas entre o SEDI (no sexo feminino), a idade, o TotalPCCP e o TotalPAID5, sendo de verificar relações significativas relativamente ao par SEDI - idade e SEDI - TotalPAID5. Todas as outras correlações não foram estatisticamente significativas.

Tabela 4 – Correlação não paramétrica das variáveis “idade”, “SEDI”, “TotalPCCP” e “TotalPAID5” através de r_s de Spearman.				
		TotalPCCP	TotalPAID5	Idade
SEDI (n= 29)	Coeficiente de correlação (ρ)	0.329	-0.400	-0.501
	Significância (p)	0.082	0.032	0.006
Idade (n= 29)	Coeficiente de correlação	-0.055	0.122	
	Significância	0.684	0.361	
TotalPAID5 (n= 29)	Coeficiente de correlação	-0.052		
	Significância	0.698		

4. Discussão

A diabetes, com uma prevalência crescente ao longo dos últimos anos, é responsável por um grande número de interações médico-doente, quer em contexto de diagnóstico e seguimento da doença, quer em contexto de urgência ou emergência por complicações da mesma.³⁰ Perante o estudo DAWN2, estimadamente 44,6% das PD vivem com DAD, realçando a necessidade de reduzir este valor, através de armas capazes de detetar e quantificar o nível de sofrimento, para que possa ser adequadamente tratado. O questionário PAID-5 (responsável pela percentagem do estudo supracitado), quando aplicado de forma periódica, tem a capacidade de reduzir o DAD em 3 a 6 meses.^{10,31}

No universo de doentes diabéticos, mesmo naqueles a quem inicialmente não é detetado DAD, os mesmos podem vir a desenvolvê-lo, o que torna ainda mais relevante a avaliação por rotina deste problema, recomendada pela *American Diabetes Association* (ADA), pela IDF e pela *European Association for the Study of Diabetes* (EASD).^{23,32} O DAD requer, então, uma abordagem individualizada e abrangente, obtida através da prática de MCP, que não pode de forma alguma olvidar fatores sociais, económicos ou mesmo demográficos, ou seja, o contexto em que a PD se insere e a forma como tais fatores exercem a sua influência.

A relação entre estas variáveis é conseguida com elevado grau de confiabilidade, uma vez que ambas as escalas utilizadas para avaliação do nível de DAD (PAID-5) e da autoperceção de MCP (PCCP) se encontram validadas para Portugal e são submetidas, juntamente com as questões de contexto, a uma análise estatística rigorosa. Acresce, ainda, o facto de terem sido aplicadas a uma amostra representativa de doentes, o que permite fornecer informações valiosas quanto a esta relação. Apesar de representativa, é uma amostra de conveniência limitada, quer em número de participantes – que pode não ser suficiente para avaliar todas as nuances da relação – quer na distribuição geográfica – tendo sido apenas realizada no centro de Portugal, nomeadamente em dois pólos da USF Coimbra Sul, o que pode comprometer a fiabilidade dos resultados para uma população.

No entanto, estes mesmos vieses podem ser positivos, no sentido de servirem de força motriz para estudos posteriores, em que seja possível a avaliação de amostras maiores, com uma maior distribuição geográfica, quer a nível nacional, quer a nível mundial, e ainda caracterizando melhor a população em estudo, nomeadamente através da literacia em saúde, uma variável não aplicada neste estudo. Este conjunto de futuras oportunidades de estudo visam a identificação de padrões e tendências que permitam uma intervenção mais eficaz, tanto através da educação do paciente, como do médico.

Estudo das variáveis Escolaridade, Rendimento e Viver Sozinho em função do sexo

No estudo da amostra, a primeira relação significativa encontrada foi do Rendimento em função do sexo, com 44,8% das mulheres abaixo dos 500€ de rendimento mensal, contrastando com apenas 13,8% no sexo masculino, com uma significância de $p=0.010$ ($p<0.050$). A escolaridade ($p=0.215$) e o agregado familiar ($p=0.500$) das PD não demonstraram relações significativas em função do agrupamento por sexo.

Estudo das variáveis SEDI, TotalPCCP e TotalPAID5 em função do sexo

Daqui surge o ponto de partida do conseqüente estudo, que confirma a significância da relação entre a variável SEDI com a variável de agrupamento sexo ($p=0.039$), em que se verifica uma diferença na frequência de respostas: 89.6% dos homens com um total de 5 ou 6, contrastando com apenas 55.2% das mulheres com a mesma resposta. As restantes relações com as variáveis numéricas, nomeadamente idade, TotalPCCP e TotalPAID5, demonstraram-se não significativas (com $p=0.674$, $p=0.218$ e $p=0.057$, respetivamente).

Na mulher, foram realizadas três correlações com a variável comum SEDI, em que apenas uma demonstrou ser não significativa: a correlação SEDI – TotalPCCP, classificada como fraca, positiva ($\rho=0.329$, $p=0.082$). O valor positivo de ρ permite concluir que, apesar de não significativa, quanto maior o SEDI da doente, melhor será a perceção de MCP.

A correlação SEDI – Idade ($\rho=-0.501$, $p=0.006$) foi caracterizada como moderada negativa significativa. Fica comprovado que, no sexo feminino, quanto maior a idade, menor será o SEDI.

A correlação SEDI – TotalPAID5 foi, também, moderada negativa significativa ($\rho=-0.400$, $p=0.032$), tendo sido verificado um SEDI mais baixo nas PD com um nível de DAD mais elevado.

Ao analisar as correlações supracitadas, na vertente da procura de padrões na população, destaca-se a importância do papel desempenhado pelos fatores socioeconómicos e demográficos da população. Na mulher, piores condições socioeconómicas demonstraram mais DAD, e estão também associadas a idades mais avançadas. No entanto, a metade mais jovem da amostra, considerada abaixo da mediana encontrada, compreende-se até aos 68 anos, com apenas dois indivíduos abaixo dos 50 anos, surgindo daqui a necessidade e oportunidade de estudo com uma amostra mais ampla, que permita concluir estas relações com ainda mais clareza e segurança.

Estudo das relações entre variáveis Idade, TotalPCCP e TotalPAID5

Na totalidade da amostra, a correlação Idade – TotalPAID5 demonstrou-se muito fraca, positiva e não significativa ($\rho=0.122$, $p=0.361$). Embora não significativa, identifica-se a tendência para uma associação entre maior idade e maior DAD. O número reduzido da amostra e um leque de idades pouco abrangente pode constituir um viés responsável pelos resultados, sendo assim insuficiente para que se possa retirar uma conclusão definitiva.

O mesmo se verifica com a correlação Idade – TotalPCCP. Classificada como muito fraca, negativa, não significativa ($\rho=-0.055$, $p=0.684$), apenas podemos pressupor, a partir do valor negativo do coeficiente, a tendência de que quanto maior a idade, menor percepção de MCP.

Estudo da relação entre TotalPCCP e TotalPAID5

Por fim, e como objetivo principal do presente trabalho, procedeu-se ao estudo da relação direta entre a percepção de MCP e o nível de DAD, correlacionando as duas escalas. A correlação apresentada foi, também, muito fraca, negativa e não significativa ($\rho=-0.052$, $p=0.698$). Daqui depreende-se que, apesar de não ser possível estabelecer uma relação estatisticamente significativa, existe de facto uma regressão linear, verificando-se um menor nível de DAD aquando de uma maior percepção de MCP.

Por certo, a relação encontrada entre estas as duas escalas abrirá portas ao investimento em mais estudos na área, ao nível da caracterização da população na procura de subgrupos mais suscetíveis, da possível definição de territórios mais críticos do país ou do mundo, abrangendo uma área de recolha da amostra maior, e ainda ao nível da implementação de técnicas que permitam melhorar a interação médico-doente.

Um dos fatores que poderá vir a revelar-se de grande importância e que seguramente deverá ser tido em consideração em estudos futuros, será a inserção de mais uma variável de estudo, em concreto, a literacia em saúde, não avaliada neste estudo, mas que pode representar por si só, um fator mais importante do que a própria escolaridade do indivíduo, apesar do facto destas duas variáveis apresentarem uma forte relação entre si – maior escolaridade relacionada com uma maior literacia em saúde. O papel da literacia em saúde permite não só a capacitação do doente na tomada de decisões mais adequadas, mas também o encarar da doença de forma clara, cientificamente correta, e com menor probabilidade de desenvolver problemas psicológicos associados à mesma.³³

Além da existência de um défice ao nível da literacia em saúde, a menor percepção e compreensão da doença deve-se, também, à falta da abordagem com MCP, que conduz impreterivelmente a uma ineficácia no controlo, tratamento e posterior desenvolvimento de

complicações. Este tipo de abordagem deverá ocupar o lugar daquela que se foca exclusivamente na avaliação e tratamento, colocando a pessoa em primeiro lugar, ao invés do caso clínico.^{8,9}

Para garantir o sucesso desta abordagem haverá necessidade de garantir e investir na educação da mesma, tanto com a introdução do tema ao nível da formação académica, como com uma aprendizagem contínua durante o exercício da prática profissional, por forma a desenvolver as suas capacidades comunicacionais determinantes no sucesso da gestão da saúde e doença.

5. Conclusão

Os resultados do presente estudo sugerem que, embora não tenha sido possível estabelecer uma relação estatisticamente significativa entre a percepção de MCP e o nível de DAD, quanto maior era a percepção da MCP menor era o DAD.

É ainda demonstrada a necessidade de ter em consideração o papel preponderante que o Índice SEDI, o género e a idade demonstraram face à percepção do cuidado individualizado e ao próprio DAD. A mulher, sobretudo em menor índice socioeconómico, apresentou maior Distress associado à Diabetes.

6. Agradecimentos

Agradeço ao Professor Doutor Luiz Miguel Santiago e ao Dr. Bruno Afonso Moreno, pela sua mentoria e voto de confiança fundamentais, neste meu desafio de elaborar o presente artigo científico original,.

Agradeço ao Dr. Sérgio Fonseca pela imprescindível ajuda neste trabalho.

Agradeço a toda a equipa do secretariado e profissionais de saúde da USF Coimbra Sul, Pólo Castelo Viegas e Santa Clara, pela ajuda na recolha de dados.

Agradeço a toda a minha família a sua presença e incentivo constante, em especial aos meus pais que me ajudaram a superar todas as minhas hesitações, ao meu irmão, às minhas tias, e aos meus avós, pelo apoio, paciência e motivação, incondicional não só neste projeto, mas em todo o meu percurso académico.

Agradeço a todos os meus amigos pelo apoio e companheirismo ao longo dos anos.

7. Conflitos de interesse

O autor declara que não houve conflitos de interesse na escrita do artigo.

8. Suporte Financeiro

Não houve suporte financeiro público ou privado na escrita do artigo.

9. Referências

1. International Diabetes Federation. IDF Diabetes Atlas [Internet]. 2021 [citado 2 de Abril de 2024]. Disponível em: <https://diabetesatlas.org/>
2. Sun H, 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. [Internet]. *Diabetes Res Clin Pract.* 2022 [citado 2 de Abril de 2024]. Disponível em: [https://www.diabetesresearchclinicalpractice.com/article/S0168-8227\(21\)00478-2/abstract](https://www.diabetesresearchclinicalpractice.com/article/S0168-8227(21)00478-2/abstract)
3. Relatório anual do observatório nacional da Diabetes – 2023 [Internet]. Portal da Diabetes. 2023 [citado 2 de Abril de 2024]. Disponível em: <https://apdp.pt/3d-flip-book/relatorio-do-observatorio-nacional-da-diabetes/>
4. Nascimento Do D, 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 Med Port.* 2022;35(13).
5. M. Peyrot, F. J. Snoek, D. R. Matthews, S. E. Skovlund, R. R. Rubin, T. Lauritzen. Psychosocial problems and barriers to improved diabetes management: results of the Cross-National Diabetes Attitudes, Wishes and Needs (DAWN) Study. *Diabetic medicine: a journal of the British Diabetic Association.* 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. Vol. 34, *Diabetic Medicine.* Blackwell Publishing Ltd; 2017. p. 1508–20.
7. Fisher L, Glasgow RE, Strycker LA. The relationship between diabetes distress and clinical depression with glycemic control among patients with type 2 diabetes. *Diabetes Care.* Maio de 2010;33(5):1034–6.
8. Snoek FJ, Bremmer MA, Hermanns N. Constructs of depression and distress in diabetes: Time for an appraisal. Vol. 3, *The Lancet Diabetes and Endocrinology.* Lancet Publishing Group; 2015. p. 450–60.
9. Sousa S, Pereira AM, Santiago LM. Patient-Centered Medicine and Self-Care of Patients with Type 2 Diabetes: A Cross-Sectional Study. *Acta Med Port.* 1 de Janeiro de 2023;37(1):3–9.

10. Nicolucci A, Kovacs Burns K, Holt RIG, Comaschi M, Hermanns N, Ishii H, et al. Diabetes attitudes, wishes and needs second study (DAWN2™): Cross-national benchmarking of diabetes-related psychosocial outcomes for people with diabetes. *Diabetic Medicine*. Julho de 2013;30(7):767–77.
11. Polonsky WH, Anderson BJ, Lohrer PA, Welch G, Jacobson AM, Aponte JE, et al. Assessment of Diabetes-Related Distress [Internet]. From Joslin Diabetes Center and Harvard Medical School. W; Disponível em: <http://diabetesjournals.org/care/article-pdf/18/6/754/443979/18-6-754.pdf>
12. 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.
13. Welch G, Weinger K, Anderson B, Polonsky WH. Responsiveness of the Problem Areas In Diabetes (PAID) questionnaire. *Diabet Med*. 2003;20(1):69–72.
14. Amsberg S, Wredling R, Lins PE, Adamson U, Johansson UB. The psychometric properties of the Swedish version of the Problem Areas in Diabetes Scale (Swe-PAID-20): Scale development. *Int J Nurs Stud*. Setembro de 2008;45(9):1319–28.
15. Lygidakis C, Uwizihwe JP, Bia M, Kallestrup P, Dukundane D, Asiimwe-Kateera B, et al. Cultural adaptation and psychometric evaluation of the Kinyarwanda version of the problem areas in diabetes (PAID) questionnaire. *Health Qual Life Outcomes*. 1 de Dezembro de 2021;19(1).
16. Beléndez M, Hernández-Mijares A, Marco J, Domínguez JR, Pomares FJ. Validation of the Spanish version of the Problem Areas in Diabetes (PAID-SP) Scale. *Diabetes Res Clin Pract*. 1 de Dezembro de 2014;106(3):e93–5.
17. Cichoń E, Kiejna A, Gondek TM, Obrębski M, Sutkowska E, Lloyd CE, et al. Paid-pl—the polish version of the problem areas in diabetes scale: Perfect reliability and a one-factor structure. *Diabetes, Metabolic Syndrome and Obesity*. 2021;14:4433–41.
18. Huang MF, Courtney M, Edwards H, McDowell JAN. Validation of the Chinese version of the Problem Areas in Diabetes (PAID-C) scale. *Diabetes Care*. Janeiro de 2010;33(1):38–40.
19. Graue M, Haugstvedt A, Wentzel-Larsen T, Iversen MM, Karlsen B, Rokne B. Diabetes-related emotional distress in adults: Reliability and validity of the Norwegian versions of the Problem Areas in Diabetes Scale (PAID) and the Diabetes Distress Scale (DDS). *Int J Nurs Stud*. Fevereiro de 2012;49(2):174–82.

20. Huis In T Veld EMJ, Makine C, Nouwen A, Karşda Ç, Kadioğlu P, Karşda K, et al. Validation of the Turkish version of the problem areas in diabetes scale. *Cardiovasc Psychiatry Neurol*. 2011;
21. Sayed Ahmed HA, Mohamed SF, Elotla SF, Mostafa M, Shah J, Fouad AM. Psychometric Properties of the Arabic Version of the Problem Areas in Diabetes Scale in Primary Care. *Front Public Health*. 25 de Fevereiro de 2022;10.
22. Sigurdardottir AK, Benediktsson R. Reliability and validity of the Icelandic version of the problem area in diabetes (PAID) scale. *Int J Nurs Stud*. Abril de 2008;45(4):526–33.
23. 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*. 2014;12(1).
24. Pereira CS, Santiago LM, Rosendo Silva I, Lopes Ferreira P. Validation and Cultural Adaptation of the Problem Areas in Diabetes-5 (PAID-5) Scale to European Portuguese. *Acta Med Port*. 1 de Janeiro de 2023;37(1):36–41.
25. Stewart M BJWWMIMCF man TR. Stewart M, Brown JB, Weston WW, *Medicina centrada na pessoa: transformando o método clínico*. 3a ed. São Paulo: Artmed; 2017.
26. Catherine H, Fortin M, Haggerty JL, Lambert M, Poitras ME. Measuring patients' perceptions of patient-centered care: A systematic review of tools for family medicine. Vol. 9, *Annals of Family Medicine*. Annals of Family Medicine, Inc; 2011. p. 155–64.
27. Coelho BM, Santiago LM. *Medicina centrada na pessoa: validação populacional de um instrumento de medida pela pessoa*. *Revista Portuguesa de Clínica Geral* [Internet]. 30 de Junho de 2022;38(3):247–56. Disponível em: <https://www.rpmgf.pt/ojs/index.php/rpmgf/article/view/13218>
28. Vercelli M, Lillini R. Application of Socio-Economic and Health Deprivation Indices to study the relationships between socio-economic status and disease onset and outcome in a metropolitan area subjected to aging, demographic fall and socio-economic crisis. *J Prev Med Hyg*. 1 de Setembro de 2021;62(3):E718–27.
29. Peduz P, Concato J, Kemper E, Holford TR, Feinstein AR. A Simulation Study of the Number of Events per Variable in Logistic Regression Analysis. Vol. 49, *J Clin Epidemiol*. 1996.

30. De Berardis G, D’Ettorre A, Graziano G, Lucisano G, Pellegrini F, Cammarota S, et al. The burden of hospitalization related to diabetes mellitus: A population-based study. *Nutrition, Metabolism and Cardiovascular Diseases*. Julho de 2012;22(7):605–12.
31. Reddy J, Med M, Wilhelm K, Campbell L. Original Research Reports Putting PAID to Diabetes-Related Distress: The Potential Utility of the Problem Areas in Diabetes (PAID) Scale in Patients with Diabetes [Internet]. 2013. Disponível em: www.psychosomaticsjournal.org
32. 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). *Diabetologia*. 1 de Dezembro de 2021;64(12):2609–52.
33. Pavão ALB, Werneck GL, Saboga-Nunes L, De Sousa RA. Assessment of health literacy in diabetic patients followed at a public outpatient clinic. *Cad Saude Publica*. 2021;37(10).

10. Anexos

Anexo I – Consentimento Informado

Este questionário destina-se à realização de um estudo no âmbito de Tese de Mestrado Integrado da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra de João Nuno Correia de Sá Pinto, orientado pelo Dr. Bruno Afonso Moreno e co-orientado pelo Professor Doutor Luiz Miguel de Mendonça Soares Santiago. O título do estudo: Influência da Medicina Centrada na pessoa no distress do paciente com diabetes: papel das condições socioeconómicas e sexo.

Este estudo tem como objetivo avaliar a relação entre a autoperceção da Medicina Centrada na Pessoa (MCP), através da escala adaptada “Perceção de Cuidados Centrados na Pessoa” (PCCP) e do nível de distress associado à diabetes (DAD), através da escala “Problem Areas In Diabetes – 5” (PAID-5), numa amostra de doentes com Diabetes Mellitus tipo 1 ou 2 da USF Coimbra Sul, pólo Santa Clara e Castelo Viegas,

Os questionários serão entregues e preenchidos após a consulta. Estes são completamente anónimos, tendo apenas acesso à idade, sexo, rendimento, escolaridade e agregado familiar do doente. Ninguém saberá quem respondeu nem como respondeu. O próprio investigador financiará o estudo e não há pagamentos a investigadores ou participantes. A participação será voluntária e não haverá prejuízos caso não queira participar ou abandonar o estudo a qualquer momento. Os dados obtidos são completamente confidenciais e serão utilizados unicamente com o propósito de análise estatística deste estudo.

Li e aceito participar tendo sido informada(o) acerca das minhas dúvidas.

_____, __/__/____

Assinatura do participante _____

Assinatura do autor _____

Anexo II – Idade, Sexo e Socioeconomic Deprivation Index (SEDI)

Idade	_____ anos			
Sexo	Masculino	<input type="checkbox"/>	Feminino	<input type="checkbox"/>
Escolaridade	4º ano ou abaixo	<input type="checkbox"/>	Acima do 4º ano	<input type="checkbox"/>
Rendimento	500€ ou abaixo	<input type="checkbox"/>	Acima de 500€	<input type="checkbox"/>
Viver Sozinho	Sim	<input type="checkbox"/>	Não	<input type="checkbox"/>

Anexo III – Escala “Problem Areas In Diabetes – 5” (PAID-5)

	Não é um problema	Problema menor	Problema moderado	Problema parcialmente sério	Problema sério
1- Sentir medo quando pensa em viver com diabetes.					
2- Sentir-se deprimido quando pensa em viver com diabetes.					
3- Preocupar-se com o futuro e com a possibilidade de complicações sérias.					
4- Sentir que diabetes ocupa muita da sua energia mental e física diariamente.					
5- Lidar com as complicações de diabetes.					

Anexo IV – Escala “Percepção de Cuidados Centrados na Pessoa” (PCCP)

	Nada	Um pouco	Parcialmente	Completamente
1) Até que ponto o(s) motivo(s) da consulta de hoje foram falados?				
2) Até que ponto ficou satisfeito/a com a conversa sobre o(s) seu(s) problema(s)?				
3) Até que ponto o médico ouviu o que tinha a dizer?				
4) Até que ponto o médico explicou o seu problema?				
5) Até que ponto falaram sobre o que cada um (médico e doente) deve fazer?				
6) Até que ponto o médico explicou o tratamento?				
7) Até que ponto o médico falou consigo sobre a sua facilidade em realizar o tratamento?				
8) Até que ponto sentiu que o seu médico o/a compreendeu hoje?				
9) Até que ponto o médico falou consigo sobre questões pessoais ou familiares que possam afetar a sua saúde?				