



# Abordagem dos receios e preocupações dos doentes com diabetes *mellitus* tipo 2 na consulta: perspetiva do médico e do doente

Camila Faria Lopes,<sup>1</sup> Luiz Miguel Santiago,<sup>2,3</sup> João Carlos Alves<sup>4</sup>

## RESUMO

**Introdução:** A diabetes *mellitus* tipo 2, doença crónica necessita especial e adequado seguimento médico, implicando o conhecimento do sofrimento por com ela viver.

**Objetivos:** Estudar as preocupações e receios de Pessoa que sofre de diabetes *mellitus* tipo 2 (PDM2) e comparar a sua abordagem pelo médico de medicina geral e familiar (MGF), com as experiências das PDM2.

**Métodos:** Estudo observacional multifásico, quali-quantitativo, inicialmente entrevistando PDM2 e questionando em redes específicas de conversação para saber de preocupações e receios. Realizou-se análise temática de conteúdo, indutiva, com recurso a Excel, sendo todas as questões resolvidas por consenso. Foi realizado questionário semelhante a MGF em rede específica de conversação e presencialmente a PDM2 em quatro Unidades de Saúde Familiar (USF), pessoas e unidades escolhidas em conveniência.

**Resultados:** Por entrevistas a 40 PDM2, 52,5% mulheres, 35,0% maiores de 65 anos e 32,5% com idade inferior a 50 anos foram revelados quatro temas principais: receio de complicações, sofrimento, preocupações com cuidados médicos e receios quanto à medicação. Segunda fase com entrevistas pela mesma investigadora a 44 PDM2 sem diferenças significativas nos temas, segundo as variáveis sociodemográficas estudadas. Para 97,7% das PDM2, a abordagem destes temas em consulta melhoraria o controlo da DM2. Todos os entrevistados afirmaram ausência de questionamento sobre complicações/consequências da doença, sofrimento pela DM2 e preocupações relacionadas com os cuidados médicos. Para as mesmas questões, 44,3%, 62,5% e 70,5% dos médicos referiram não as questionarem. Nos receios com a medicação, 93,2% das PDM2 não referiu questionamento e 25,0% dos médicos afirmou não questionar.

**Discussão/Conclusão:** A abordagem em consulta de MGF dos quatro temas principais, receios de complicações, fatores de sofrimento, preocupações quanto a seguimento médico e medos pela medicação encontrados, ainda não estava percebida na perspetiva da Medicina Centrada na Pessoa, podendo a sua abordagem pelos MGF melhorar o controlo da PDM2.

**Palavras-chave:** Diabetes *mellitus* tipo 2; Complicações; Sofrimento.

## INTRODUÇÃO

A diabetes *mellitus* tipo 2 (DM2) é uma doença crónica prevalente em Portugal. De acordo com a Federação Internacional de Diabetes, Portugal apresentava em 2021 a segunda maior prevalência de diabetes dos 27 países da União Europeia.<sup>1</sup> Na União Europeia a prevalência de diabe-

tes em 2021 foi de 7,0 %, na população entre os 20 e os 79 anos e em Portugal foi de 9,1%, sendo mais prevalente no sexo masculino e em pessoas com menor formação académica.<sup>2</sup>

Sabe-se que a depressão e a ansiedade são mais prevalentes quanto maior a duração da doença,<sup>3</sup> aumentam o risco de desenvolver DM2 e estão associadas a



pior controlo glicémico e a um risco aumentado de desenvolver complicações.<sup>4-5</sup> A DM2 também aumenta o risco de depressão, ansiedade e morte.<sup>4-8</sup> Pessoas sofrendo de DM2 (PDM2) apresentam menor capacidade de trabalho, disponibilidade mental para conviver com amigos e menor envolvimento com os familiares.<sup>6</sup> PDM2 obesas têm maior risco de sofrer de ansiedade e depressão.<sup>7</sup> PDM2 associada a perturbação de pânico implica maior risco de morte.<sup>9</sup>

Existe correlação entre o nível de sofrimento a concentração da hemoglobina glicada (HbA1c) e a adesão ao tratamento da DM2.<sup>10-11</sup> O sofrimento emocional grave está associado a menor adesão às medidas dietéticas adequadas.<sup>12</sup>

Não se conhecem os fatores que estão na base do sofrimento psicológico da PDM2 em Portugal, mas sabe-se que o sexo feminino, a baixa formação académica, a existência de complicações microvasculares e a ocorrência de hipoglicemia estão associados a maior tensão psicológica.<sup>13</sup> Não ter atividade laboral, ser solteiro e ter baixa formação académica associam-se a maior vulnerabilidade ao sofrimento em PDM2.<sup>14</sup>

Dois questionários permitem inferir se a PDM2 tem sofrimento psicológico pela DM2. O *Problem Areas in Diabetes-5* (PAID-5),<sup>15</sup> validado em português europeu, com cinco perguntas e o *Diabetes Health Profile* (DHP),<sup>16</sup> com 32 perguntas, que estima a disfunção psicossocial e comportamental das PDM2 em três dimensões: tensão psicológica, barreiras à atividade e desinibição na alimentação. No entanto, é preciso averiguar os fatores que contribuem para este sofrimento.

O empoderamento do doente diabético está associado a melhor controlo da glicemia<sup>17</sup> e a aplicação da Medicina Centrada na Pessoa (MCP) associa-se a melhores comportamentos de autocuidado (prática de exercício físico, dieta, cuidados com os pés e adesão à terapêutica) em PDM2.<sup>18</sup>

Objetivou-se averiguar as preocupações e os receios de PDM2 quanto à DM2, aplicar um questionário a estes doentes para perceber se essas preocupações são

questionadas pelos médicos nas consultas e aplicar, também por questionário sobre as mesmas temáticas, ao MF para entender o seu questionamento e perceber as diferenças entre ambas as perspetivas.

## MÉTODOS

Realizou-se estudo, quali-quantitativo, observacional multifásico, com características exploratórias.

Foram inicialmente realizadas entrevistas a PDM2 na USF Penela e em dois grupos do Facebook: “Diabetes tipo 2 Portugal” e “Amigos APDP Diabetes”. As entrevistas presenciais foram feitas pela investigadora principal após consultas específicas de diabetes e obtenção de consentimento informado, em amostra de conveniência, mas em dias possíveis para a investigadora. Nos grupos do Facebook, as respostas à questão «Que preocupações e receios por sofrer de diabetes» foram obtidas em mensagem privada. Esta atividade foi realizada entre 19 de julho e 17 de agosto de 2023. Como critérios de inclusão, os participantes deveriam ser PDM2 e residir em Portugal. Objetivou-se averiguar as principais preocupações que estes doentes sentiam e agrupá-las em temas, de forma a elaborar um futuro questionário com perguntas dirigidas aos temas descobertos.

Numa segunda fase, as respostas qualitativas foram tematicamente analisadas no seu conteúdo pelos autores, fazendo uso de categorização em função da expressão linguística, tendo sido agrupadas em quatro temas principais: receio de complicações/consequências da diabetes, sofrimento por ter a doença, preocupações relacionadas com os cuidados médicos e receios relacionados com a toma de medicação para a diabetes. Todas as questões foram resolvidas por consenso entre os investigadores.

Foi então elaborado um questionário para doentes e outro para médicos com base nestes quatro temas. O questionário foi aplicado pela investigadora principal a doentes diabéticos tipo 2 em quatro USF (Penela, Mondego – Coimbra, Rainha Santa Isabel – Coimbra e Vita Saurium – Soure), após as consultas específicas de vigilância da diabetes, de 25 de setembro a 23 de outubro de 2023. Em amostra de conveniência, em quatro centros de saúde com características complementares – dois predominantemente urbanos e dois predominantemente rurais –, mas em dias aleatorizados e após

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

2. Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra (CEISUC). Coimbra, Portugal.

3. Clínica Universitária e Medicina Geral e Familiar, Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra. Coimbra, Portugal.

4. Médico Interno de Medicina Geral e Familiar. USF Penela, ULS Coimbra. Penela, Portugal.



assinatura de consentimento informado, posterior à explicação sobre o pretendido e em ambiente propício à calma para a resposta, as PMD2 foram inquiridas. O questionário para os médicos foi colocado na plataforma *Google Forms* e divulgado na rede social MGFamiliarXXI durante uma semana (23 a 29 de outubro de 2023), com um lembrete para resposta. Foi acionada a funcionalidade “apenas uma resposta por pessoa”, iniciando-se o questionário por uma breve explicação e pelo consentimento informado, que devia ser aceite para assegurar a continuação do preenchimento. Antes da aplicação dos questionários foi garantido o anonimato, confidencialidade e consentimento informado. O estudo foi aprovado pela Comissão de Ética da Administração Regional de Saúde do Centro.

O questionário dos doentes incluía avaliação de variáveis sociodemográficas: sexo, viver só ou acompanhado, rendimento financeiro mensal, sendo com estas três variáveis calculado o *Socio-Economic Deprivation Index* (SEDI)<sup>19-20</sup> como forma de calcular o estrato socioeconómico, a formação académica e o grupo etário. Também foram apresentadas quatro questões relacionadas com as categorias acima mencionadas – «Stress/sofrimento por ter a doença», «Preocupações relacionadas com os cuidados médicos» e «Receios relacionados com a toma de medicação para a diabetes» –, perguntando e identificando quais os receios e preocupações em cada tema e inquirindo se os médicos haviam abordado tais temas na consulta. Como última questão inquiriu-se se a abordagem destes receios e preocupações em consulta poderia contribuir para o controlo da diabetes.

O questionário dos médicos incluía as quatro questões colocadas aos doentes, mas na perspetiva do médico, sob a capa de «Relativamente aos temas abaixo e quanto à consulta com pessoa que sofre de diabetes tem por hábito abordar, por sua iniciativa, os seguintes temas: receio de complicações/consequências da diabetes, sofrimento por ter a doença, preocupações relacionadas com os cuidados médicos, receios relacionados com a toma de medicação para a diabetes» em escala dicotómica Sim e Não.

A pontuação do SEDI varia entre 3 e 6 em função de pontuações que variam entre um ponto (vive só, tem rendimento financeiro e formação académica inferior ao limite mínimo para a idade), até à pontuação máxi-

ma de dois pontos (vive acompanhado, tem rendimento financeiro igual ou superior ao salário mínimo nacional [SMN] e formação académica igual ou superior ao mínimo).

Para a análise dos dados foi usada a versão 27 do *Statistical Package for the Social Sciences*. Foi realizada estatística descritiva e inferencial, esta através do teste Qui-quadrado para variáveis nominais, de *U de Mann-Whitney* e *Kruskall-Wallis* para variáveis numéricas de distribuição não normal ou ordinais e do teste *t* de *student* para variáveis numéricas de distribuição normal.

## RESULTADOS

Entrevistaram-se inicialmente 40 PDM2, 52,5% mulheres, 35,0% com idade superior a 65 anos e 32,5% com idade inferior a 50 anos, que revelaram quatro temas principais: receio de complicações pela doença, sofrimento, preocupações com cuidados médicos e receios quanto à medicação. Na Tabela 1 descrevem-se os resultados das entrevistas, bem como os capítulos encontrados. O principal receio de complicações foi a cegueira; de sofrimento foi a adequação dos hábitos alimentares; de preocupação os cuidados médicos e receios quanto à medicação no futuro; e de medo pela terapêutica as injeções de insulina.

Em fase posterior do estudo entrevistaram-se 44 PDM2, perguntando-se especificamente pelo receio de complicações da DM2, sofrimento, preocupações com cuidados médicos e receios quanto à medicação.

Foram obtidas respostas de 44 PDM2, 79,5% com idade igual ou superior a 65 anos, 79,5% vivendo acompanhado, 70,5% com formação académica baixa e 54,5% com rendimento financeiro baixo. A Tabela 2 mostra não terem sido verificadas diferenças significativas em função do sexo quanto às variáveis estudadas.

Verificou-se que 59,1% da amostra apresentava uma pontuação SEDI inferior a 5, não existindo diferenças significativas no valor de SEDI em relação ao sexo ( $p=0,127$ ) e grupo etário ( $p=0,261$ ), de acordo com a Tabela 3. A mediana foi de 4 e os percentis 25 de 4 e o 75 de 5.

Para 43 (97,7%) dos 44 inquiridos, a abordagem dos receios/preocupações na consulta de vigilância da diabetes seria benéfica para o controlo futuro da doença em questão.



**TABELA 1.** Receios dos entrevistados quanto a complicações/consequências da diabetes, o que lhes causava sofrimento, a preocupação com cuidados médicos e medos pela toma de medicamentos: descrição e inferência em função do sexo

		Sexo		Total n (%)
		Masculino n (%)	Feminino n (%)	
Receio de complicações/consequências da diabetes	Cegueira	6 (42,9)	8 (47,1)	14 (45,2)
	Cegueira e dependente de terceiros	3 (21,4)	1 (5,9)	4 (12,9)
	Dependente de terceiros	1 (7,1)	2 (11,8)	3 (9,7)
	Cegueira, dependente de terceiros e amputação	0 (0,0)	2 (11,8)	2 (6,5)
	Cegueira e amputação	2 (14,3)	1 (5,9)	3 (9,7)
	Amputação	1 (7,1)	1 (5,9)	2 (6,5)
	Cegueira, amputação e dependente de terceiros	1 (7,1)	0 (0,0)	1 (3,2)
	Amputação e dependente de terceiros	0 (0,0)	1 (5,9)	1 (3,2)
	Pé diabético e insuficiência renal	0 (0,0)	1 (5,9)	1 (3,2)
<b>Total</b>		<b>14 (100)</b>	<b>17 (100)</b>	<b>31 (100)</b>
O que causa sofrimento	Hábitos alimentares a prosseguir	11 (91,7)	13 (100)	24 (96,0)
	Ter a glicemia elevada	1 (8,3)	0 (0,0)	1 (4,0)
<b>Total</b>		<b>12 (100)</b>	<b>13 (100)</b>	<b>25 (100)</b>
Preocupação com cuidados médicos	Não ter acompanhamento médico regular	3 (100)	12 (100)	15 (100)
<b>Total</b>		<b>3 (100)</b>	<b>12 (100)</b>	<b>15 (100)</b>
Medos pela toma de medicamentos	Ter de tomar insulina em injeções	8 (88,9)	11 (91,7)	19 (90,5)
	Injeções de insulina e dependente da medicação	1 (11,1)	1 (8,3)	2 (9,5)
<b>Total</b>		<b>9 (100)</b>	<b>12 (100)</b>	<b>21 (100)</b>

Para as quatro perguntas realizadas não se verificaram diferenças significativas quanto às variáveis utilizadas, de acordo com a Tabela 4.

Todos os entrevistados afirmaram que, na consulta de diabetes, os médicos não os questionaram sobre os receios de complicações/consequências da doença, o sofrimento por ter DM2 e as preocupações relacionadas com os cuidados médicos. Para as mesmas questões, 44,3%, 62,5% e 70,5% dos médicos referiram também não questionarem tais matérias. A questão sobre os receios relacionados com a toma de medicação revelou disparidade de resultados, com 93,2% dos entrevistados a referirem que os médicos não os questiona-

ram e 25,0% dos médicos a afirmarem não questionar (Tabela 5).

## DISCUSSÃO

Num estudo exploratório que pretendia perceber os problemas sentidos pela PDM2, a maioria dos doentes inquiridos tinha uma formação académica baixa, o que torna os resultados compatíveis com anteriores estudos por semelhante distribuição de formação académica.<sup>21</sup>

As preocupações mais frequentemente referidas pelos entrevistados estavam relacionadas com sofrimento por ter a doença. Destacou-se o sofrimento por ter de alterar os hábitos alimentares (54,5% dos

**TABELA 2.** Distribuição da amostra pelas variáveis grupo etário, vive só ou acompanhado, formação acadêmica e rendimento financeiro, incluindo a inferenciação por sexo

Variável	Operacionalização da variável	Sexo		Total <i>n</i> (%)
		Masculino <i>n</i> (%)	Feminino <i>n</i> (%)	
Grupo etário*	Inferior a 65 anos	6 (30,0)	3 (12,5)	9 (20,5)
	Igual ou maior que 65 anos	14 (70,0)	21 (87,5)	35 (79,5)
Só ou acompanhado**	Só	4 (20,0)	5 (20,8)	9 (20,5)
	Acompanhado	16 (80,0)	19 (79,2)	35 (79,5)
Formação acadêmica***	Baixa (*)	12 (60,0)	19 (79,2)	31 (70,5)
	Alta (**)	8 (40,0)	5 (20,8)	13 (29,5)
Rendimento financeiro****	Baixo	8 (40,0)	16 (66,7)	24 (54,5)
	Igual ou acima do SMN (***)	12 (60,0)	8 (33,3)	20 (45,5)

Legenda: \* $\chi^2$   $p=0,145$ ; \*\* $p=0,622$ ; \*\*\* $p=0,146$ ; \*\*\*\* $p=0,071$ ; (\*) formação acadêmica até ao 6.º ano, inclusive; (\*\*) formação acadêmica superior ao 6.º ano; (\*\*\*) SMN = Salário mínimo nacional.

**TABELA 3.** Valor de SEDI, distribuição de pessoas entrevistadas por cada valor e inferência para sexo e grupo etário

SEDI (**)				
Valor de SEDI	<i>n</i>	%	<i>p</i> para sexo (*)	<i>p</i> para grupo etário (*)
3	4	9,1	0,127	0,261
4	22	50		
5	8	18,2		
6	10	22,7		
<b>Total</b>	<b>44</b>	<b>100</b>		

Legenda: (\*) U de Mann-Whitney; (\*\*) Socioeconomic Deprivation Index.

**TABELA 4.** Inferência segundo grupo etário, vive só ou acompanhado, rendimento financeiro, formação acadêmica e SEDI em função das perguntas realizadas

		Receio de complicações/ consequências da diabetes	O que causa sofrimento	Preocupação com cuidados médicos	Medos pela toma de medicamentos
<i>p</i> *	Grupo etário	0,877	0,836	1,000	0,763
	Só ou acompanhado	0,492	0,877	1,000	0,574
	Formação acadêmica	0,947	0,803	1,000	0,574
	Rendimento financeiro	0,708	0,769	1,000	0,799
	Classe segundo a Mediana de SEDI**	0,476	0,767	1,000	0,733

Legenda: \*U de Mann-Whitney; \*\*Socioeconomic Deprivation Index.



TABELA 5. Comparação das respostas de médicos e de doentes

Questão		Médico n (%)	Doente n (%)	Total n (%)
Questiona os doentes sobre os seus receios de complicações/ /consequências da diabetes	Sim	49 (55,7)	0 (0,0)	49 (37,1)
	Não	39 (44,3)	44 (100)	83 (62,9)
Questiona sobre sofrimento por ter DM2	Sim	33 (37,5)	0 (0,0)	33 (25,0)
	Não	55 (62,5)	44 (100)	99 (75,0)
Questiona sobre preocupações relacionadas com os cuidados médicos	Sim	26 (29,5)	0 (0,0)	26 (19,7)
	Não	62 (70,5)	44 (100)	106 (80,3)
Questiona sobre receios relacionados com a toma de medicação	Sim	66 (75,0)	3 (6,8)	69 (52,3)
	Não	22 (25,0)	41 (93,2)	63 (47,7)
Total		88 (100)	44 (100)	132 (100)

inquiridos), o receio das injeções de insulina (47,7%) e o medo de não ter acompanhamento médico regular (34,1%). Esta questão do acompanhamento médico regular deve agora ser alvo de mais investigação, podendo referir-se a desejo de modelo paternalístico de medicina ou a sentida necessidade de que haja, sempre que necessário, contacto com um médico que possa responder a dúvidas.

A cegueira foi referida por 54,5% como preocupação orgânica sentida pelos entrevistados. Os médicos têm o mesmo objetivo que a PDM2, mas centrando o seu desígnio no controlo da DM2 como entidade crónica. Esta disparidade de preocupações sentidas pelo médico e pela PDM2 pode influenciar o controlo da doença. Estudos anteriores realizados noutros países apontaram para a mesma linha de pensamento: o sofrimento de PDM2 relacionado com fatores psicológicos,<sup>22-23</sup> a nível pessoal e profissional, como ficar receoso de participar em atividades sociais devido às restrições alimentares a que estão sujeitos;<sup>24</sup> sofrimento psicológico associado à falta de apoio/compreensão por ser diabético, dificuldades de comunicação com os profissionais de saúde, sofrimento por alteração de hábitos alimentares e regime de insulina;<sup>25</sup> preocupação com complicações futuras e medo de conviver com a doença.<sup>26</sup>

Sabe-se que PDM2 podem ter uma alimentação desinibida que é mais notória quando a formação académica é inferior.<sup>13,16,27</sup> PDM2 com alimentação noturna

apresentam um pior controlo da glicemia.<sup>28</sup> A fraca adesão à dieta mediterrânea está associada a maiores prevalências de obesidade, dislipidemia, pressão arterial alta e mais elevada HbA1c.<sup>29</sup> Em 70% dos casos, a DM2 deve-se a alimentação desadequada.<sup>30</sup> É compreensível o sofrimento dos doentes por terem de adequar os hábitos alimentares, podendo estar em causa várias questões, como a não adesão da família a uma alimentação diferente, quem cozinha ter de fazer refeições diferentes, o julgar ser essa alimentação mais dispendiosa ou mesmo ter falta de apoio para o novo regime alimentar. Sendo aconselhado pelas equipas de saúde que as acompanham, praticar atividade física regular levanta problemas de apoio familiar na prática de marcha diária de trinta minutos consecutivos ou intervalados, sabendo-se da inatividade física pelo DHP.<sup>21</sup> Os médicos devem então explorar esta questão, explicitando não ser necessário alterar a alimentação de forma drástica, mas aprender sobre o valor glicémico dos alimentos e a sua adequada confeção e ter contactos com membros da família ou conhecer organizações que na comunidade possam estar a desenvolver atividade física para ser atingido o objetivo da atividade física. É crucial combater a falta de literacia dos doentes no que diz respeito à alimentação mais adequada e saber prescrever socialmente.<sup>31</sup>

É voz comum que a insulina é considerada ainda por muitas PDM2 como a última linha terapêutica e a falta





de conhecimento acerca da sua necessidade e sua administração conduz a receios reais, obrigando a capacitação e mesmo a empoderamento. Explicar que a injeção pode ser fundamental, que não é dolorosa, apesar de ter riscos, e que há regras a cumprir levará estes doentes a assumir viver sem este medo.<sup>32</sup>

Os doentes querem ver os seus receios esclarecidos nas consultas e ser capacitados para os poderem minimizar ou anular. Parecem precisar de outro tipo de apoio para além das medidas de estilo de vida que são aconselhadas.<sup>33</sup> O esclarecimento de medos ligados a uma doença que afeta o imaginário e a vida de pessoas, que não percebem qual a razão de terem a doença, terá levado à resposta maioritária de que esta abordagem inquiridora e esclarecedora permitirá um melhor controlo da diabetes.

Os receios são transversais e não significativamente diferentes em todas as PDM2, independentemente da sua classe socioeconómica. A maior formação académica não significa ter maior conhecimento nem menores receios sobre a DM2. Esta constatação sobre as ferramentas para lidar com a DM2, dadas de forma universal a todos os doentes nas consultas de DM2, está de acordo com o referido num estudo realizado na China, ou seja, de que o nível de escolaridade não influencia o *distress* associado à DM2.<sup>24</sup>

Em todas as questões existe uma disparidade das respostas dos médicos e dos doentes relativamente ao que é abordado nas consultas. Parece, assim, ser necessário assegurar uma melhor gestão da comunicação médico-doente. Os instrumentos de avaliação de características das PDM2 deverão, deste modo, ser assumidos e usados pelos médicos para melhor lidarem com o impacto pessoal e familiar desta patologia.<sup>15,17-19,21,26,34</sup>

Entre os médicos, 55,7% disse questionar, na consulta, as preocupações com as complicações/consequências da DM2. A razão que leva os médicos a não fazerem esta questão é agora linha de investigação. Poder-se-á dever à necessidade de gerir o tempo de consulta ou à incapacidade de reagir perante uma resposta à qual não se sentem capazes de responder. Para 37,5% dos médicos terá havido questionamento sobre o sofrimento por ter DM2.

Regista-se para 29,5% dos médicos resposta de questionamento à Pessoa que sofre de DM2 sobre as preocupações relacionadas com os cuidados médicos. A ra-

zão poderá residir na sua confiança em conseguir assumir o seguimento dos seus doentes. E aqui reside uma limitação do estudo, pois deveria ter sido acrescentado que a pergunta se referia aos cuidados médicos em geral para não levar o médico a pensar que se perguntava sobre os cuidados por ele prestados.

Em relação aos receios da toma de medicação, a maioria dos médicos afirmou questionar as PDM2. No entanto, os doentes não concordam que tal pergunta tenha ocorrido. Admite-se que os médicos perguntaram em algum momento na consulta de diabetes, o que significa que a maioria das pessoas poderá não se recordar por não ser uma pergunta feita regularmente. Num questionário, com vinte e seis questões, que avalia os efeitos adversos dos antidiabéticos orais, mas sem incluir os efeitos adversos associados aos novos medicamentos – inibidores do Sodium-Glucose Co-Transporter 2 (SGLT2) e análogos do Glucagon-Like Peptide 1 (GLP-1) –, percebeu-se que os doentes que referiam mais efeitos adversos eram os que apresentavam pior adesão à terapêutica antidiabética oral e maior descontrolo da diabetes.<sup>31</sup> Os efeitos adversos poderão ser um motivo pelo qual os doentes têm receio de tomar medicação e/ou ter menor adesão à terapêutica. Aplicar as perguntas deste questionário de forma a conhecer os efeitos adversos permitirá ao médico contornar estes problemas. Infere-se que o presente estudo é uma alternativa a este questionário complexo e com elevado número de questões. Questionar sobre os receios relacionados com a toma de medicação permitirá de forma simples chegar ao mesmo objetivo.

Como pontos fortes da segunda fase do presente estudo salienta-se ter uma amostra característica da população portuguesa de PDM2 (envelhecida e com formação académica baixa) e os questionários terem sido aplicados sempre pela mesma investigadora, diminuindo a possibilidade de viés, em quatro centros de saúde com características complementares (dois predominantemente urbanos e dois predominantemente rurais).

Como limitação refira-se o facto de o doente ser questionado sobre a consulta anterior, não caracterizando outras consultas havidas com aquele médico e que poderia justamente naquela consulta não ter abordado questões que costuma abordar. O facto de a amostra para entrevista presencial ser de conveniência,



mesmo que em dias escolhidos pela investigadora, é uma limitação ou viés de realização.

São necessários estudos futuros que explorem as razões que levam o médico a não abordar estas questões nas consultas ou que os doentes referem não ter sido apresentadas; os doentes acreditam que explorar as suas preocupações sobre a DM2 e também sobre a terapêutica ajudará no controlo da DM2. A realização de um estudo prospetivo de PDM2 aleatorizado e controlado, aplicando este questionário e monitorizando a evolução da HbA1c e das complicações pela diabetes, revelar-se-ia importante para perceber se a abordagem destas questões traz real benefício no controlo da PDM2.

## CONCLUSÃO

Em estudo quali-quantitativo averiguaram-se as principais preocupações/receios de PDM2, que foram agrupadas em quatro categorias: receios de complicações/consequências da doença; sofrimento por a ter; preocupação com os cuidados médicos; e medos pela toma de medicação.

Verificaram-se diferenças nas respostas de médicos e doentes quanto à discussão das categorias temáticas (atrás descritas) na consulta, pelo que deve ser realçada a necessidade de uma boa comunicação médico-doente, mesmo que o doente tenha respondido na última consulta e o médico tenha abordado estes temas na consulta. Destaca-se a importância da Medicina Centrada na Pessoa para capacitar e empoderar o doente que sofre de DM2.

As preocupações dos doentes são intrínsecas e distintas das dos médicos, pelo que a inquirição, em ambiente de consulta, sobre as quatro áreas encontradas pode ser um fator de melhor controlo da doença.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. International Diabetes Federation. IDF diabetes atlas 2021 [homepage]. 10th ed. Brussels: IDF; 2021. Available from: <https://diabetesatlas.org/atlas/tenth-edition/>
2. Barreto M, Kislalya I, Gaio V, Rodrigues AP, Santos AJ, Namorado S, et al. Prevalence, awareness, treatment and control of diabetes in Portugal: results from the first National Health examination Survey (INSEF 2015). *Diabetes Res Clin Pract*. 2018;140:271-8.
3. Benmaamar S, Lazar N, El Harch I, Maiouak M, Qarmiche N, Otmani N, et al. Depression and anxiety in patients with diabetes in a Moroccan region. *Encephale*. 2022;48(6):601-6.
4. Basiri R, Seidu B, Rudich M. Exploring the interrelationships between diabetes, nutrition, anxiety, and depression: implications for treatment and prevention strategies. *Nutrients*. 2023;15(19):4226.
5. Maimaitituerxun R, Chen W, Xiang J, Xie Y, Kaminga AC, Wu XY, et al. Prevalence of anxiety and associated factors among inpatients with type 2 diabetes mellitus in China: a cross-sectional study. *Psychiatr Q*. 2023;94(3):371-83.
6. Pereira FO. Aspectos psicológicos de pessoas que padecem de diabetes mellitus [Psychological aspects of people suffering from diabetes mellitus]. *Rev Psicol Divers Saude*. 2021;10(1):9-25. Portuguese
7. Svenningsson I, Björkelund C, Marklund B, Gedda B. Anxiety and depression in obese and normal-weight individuals with diabetes type 2: a gender perspective. *Scand J Caring Sci*. 2012;26(2):349-54.
8. Amorim IL, Coelho R. Diabetes mellitus tipo 2 e sintomas psicopatológicos [Type II diabetes mellitus and psychopathological symptoms]. *Psicol Saúde Doenc*. 2008;9(2):319-33. Portuguese
9. Um YH, Han KD, Kim TW, Jeong JH, Hong SC, Seo HJ. Does panic disorder increase the risk of cardiovascular diseases in diabetics? A nationwide population-based study. *J Affect Disord*. 2023;325:604-10.
10. Co MA, Tan LS, Tai ES, Griva K, Amir M, Chong KJ, et al. Factors associated with psychological distress, behavioral impact and health-related quality of life among patients with type 2 diabetes mellitus. *J Diabetes Complications*. 2015;29(3):378-83.
11. Ortiz M, Ortiz E, Gatica A, Gómez D. Factores psicosociales asociados a la adherencia al tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2 [Psychosocial factors associated with adherence to treatment of type 2 diabetes mellitus]. *Ter Psicol*. 2011;29(1):5-11. Spanish
12. Costa PA, Oliveira Neta MS, Azevedo TF, Cavalcanti LT, Rocha SR, Nogueira MF. Emotional distress and adherence to self-care activities in older adults with diabetes mellitus. *Rev Rene*. 2022;23:e72264.
13. Santos S, Beça H, Mota CL. Qualidade de vida e fatores associados na diabetes mellitus tipo 2: estudo observacional [Quality of life and associated factors in type 2 diabetes mellitus: a cross-sectional study]. *Rev Port Med Geral Fam*. 2015;31(3):186-96. Portuguese
14. Carvalho PS, António CI. Sintomas psicopatológicos e vulnerabilidade ao estresse em uma amostra portuguesa de indivíduos com diabetes [Psychopathological symptoms and stress vulnerability in a portuguese diabetic sample]. *Psicol Teor Prat*. 2018;20(1):20-32. Portuguese
15. Pereira CS, Santiago LM, Silva IR, Ferreira P. Validation and cultural adaptation of the Problem Areas in Diabetes-5 (PAID-5) Scale to European Portuguese. *Acta Med Port*. 2024;37(1):36-41.
16. Meadows K, Steen N, McColl E, Eccles M, Shiels C, Hewison J, et al. The Diabetes Health Profile (DHP): a new instrument for assessing the psychosocial profile of insulin requiring patients – development and psychometric evaluation. *Qual Life Res*. 1996;5(2):242-54.
17. Mendes R, Santiago LM. Empatia e empoderamento na diabetes mellitus tipo 2 [The role of empathy and empowerment in type 2 diabetes]. *Rev Port Med Geral Fam*. 2022;38(5):461-72. Portuguese
18. 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*. 2024;37(1):3-9.
19. Ribeiro AI, Launay L, Guillaume E, Launoy G, Barros H. The Portuguese version of the European Deprivation Index: development and association with all-cause mortality. *PLoS One*. 2018;13(12):e0208320.
20. Lamnisos D, Lambrianidou G, Middleton N. Small-area socioeconomic





- deprivation indices in Cyprus: development and association with premature mortality. *BMC Public Health*. 2019;19(1):627.
21. Pinto DM, Santiago LM, Maurício K, Silva IR. Health profile and medication adherence of diabetic patients in the Portuguese population. *Prim Care Diabetes*. 2019;13(5):446-51.
  22. Kalra S, Jena BN, Yeravdekar R. Emotional and psychological needs of people with diabetes. *Indian J Endocrinol Metab*. 2018;22(5):696-704.
  23. Zanchetta FC, Trevisan DD, Apolinario PP, Silva JB, Lima MH. Clinical and sociodemographic variables associated with diabetes-related distress in patients with type 2 diabetes mellitus. *Einstein*. 2016;14(3):346-51.
  24. Hu Y, Li L, Zhang J. Diabetes distress in young adults with type 2 diabetes: a cross-sectional survey in China. *J Diabetes Res*. 2020;2020:4814378.
  25. Tanenbaum ML, Kane NS, Kenowitz J, Gonzalez JS. Diabetes distress from the patient's perspective: qualitative themes and treatment regimen differences among adults with type 2 diabetes. *J Diabetes Complications*. 2016;30(6):1060-8.
  26. Morais HC, Costa AD, Oliveira JB, Ribeiro TF, Santos DB, Barros IM, et al. Sofrimento emocional relacionado ao diabetes mellitus tipo 2: análise na atenção primária à saúde [Emotional suffering related to type 2 diabetes mellitus: analysis in primary health care]. *Ciênc Cuid Saúde*. 2020;19:e50372. Portuguese
  27. Cruz RS, Leitão CE, Ferreira PL. Determinantes do estado de saúde dos diabéticos [Determinants of diabetic's health status]. *Rev Port Endocrinol Diabetes Metab*. 2016;11(2):188-96. Portuguese
  28. Hood MM, Reutrakul S, Crowley SJ. Night eating in patients with type 2 diabetes: associations with glycemic control, eating patterns, sleep, and mood. *Appetite*. 2014;79:91-6.
  29. Abade MR, Santo Amaro J. Associação entre a adesão à dieta mediterrânea e a qualidade de vida de pacientes diabéticos [Relationship between adherence to the Mediterranean diet and quality of life of diabetic patients]. *Acta Port Nutr*. 2019;18:20-4. Portuguese
  30. Lyles A. Má alimentação causa 70% dos casos de diabetes tipo 2, revela novo estudo. In: *Medscape* [Internet]; 2023 Apr 27 [cited 2024 Feb 02]. Available from: <https://portugues.medscape.com/verartigo/6509498>
  31. Agência Lusa. Cerca de 900 utentes recebem prescrição social que proporciona saúde e bem-estar [homepage]. *Observador*; 2023 Mar 9 [cited 2024 Feb 01]. Available from: <https://observador.pt/2023/03/09/cerca-de-900-utentes-recebem-prescricao-social-que-proporciona-saude-e-bem-estar/>
  32. Shubrook JH, LaSalle J. Se a insulina é segura, do que os pacientes têm medo? In: *Medscape* [Internet]; 2017 Mar 22 [cited 2024 Feb 01]. Available from: <https://portugues.medscape.com/verartigo/6501040?form=fpf>
  33. Ó D, Nascimento E. Grupo de estudos para a educação em diabetes [homepage]. Lisboa: Sociedade Portuguesa de Diabetologia; s.d. [cited 2024 Feb 01]. Available from: <https://www.spd.pt/#/ged-educacao-e-diabetes>
  34. Cruz RS, Pocinho MT, Santiago LM, Ribeiro CF. A new tool for detecting adverse events associated with oral antidiabetic agents. *Int J Latest Res Sci Technol*. 2016;5(1):61-5.

#### CONTRIBUTO DOS AUTORES

Conceptualização, CFA, LMS e JCA; metodologia, CFA, LMS e JCA; *software*, CFA e LMS; validação, CFA, LMS e JCA; análise formal, CFA e LMS; investigação, CFA, LMS e JCA; recursos, CFA, LMS e JCA; gestão de dados, LMS; redação do *draft* original, CFA e LMS; revisão, validação e edição do texto final, CFA, LMS e JCA; visualização, CFA, LMS e JCA; supervisão, LMS e JCA; administração do projeto, LMS.

#### CONFLITO DE INTERESSES

Os autores declaram não possuir quaisquer conflitos de interesse.

#### ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Luiz Miguel Santiago  
E-mail: [luizmiguel.santiago@gmail.com](mailto:luizmiguel.santiago@gmail.com)  
<https://orcid.org/0000-0002-9343-2827>

Recebido em 15-02-2024

Aceite para publicação em 27-01-2025



---

## ABSTRACT

### APPROACH TO FEARS AND CONCERNS OF TYPE 2 DIABETES MELLITUS PATIENTS IN CONSULTATION: DOCTOR AND PATIENT PERSPECTIVES

**Introduction:** Type 2 diabetes mellitus is a chronic disease that requires special medical follow-up, which involves understanding the stress of living with it.

**Objectives:** To study the concerns and fears of individuals with type 2 diabetes mellitus (T2DM) and to compare their approach by the general and family medicine physician (GFM) to T2DM expectations.

**Methods:** Multifaceted observational study, qualitative-quantitative, initially interviewing PDM2 and questioning in specific conversation networks to understand concerns and fears. Using Excel, a thematic content analysis was conducted inductively, with all issues resolved by consensus. A similar questionnaire was conducted in MGF in specific conversation networks and to PDM2 in four Family Health Units (USF), PMD2s, and USF conveniently chosen.

**Results:** From interviews with 40 PDM2 52.5% women, 35.0% over 65 years old, and 32.5% under 50 years old, four main themes emerged: fear of complications, stress, concerns about medical care, and worries regarding medication. The second phase, with interviews conducted by the same researcher in 44 PMD2, showed no significant differences in the themes according to the studied sociodemographic variables. For 97.7% of the PDM2, addressing these topics in consultations would improve the control of diabetes. All interviewed PDM2 stated no questioning about the complications/consequences of the disease, stress from T2DM, and concerns related to medical care. For the same questions, 44.3%, 62.5%, and 70.5% of FDs reported not being asked about them. In concerns about medication, 93.2% of the PDM2 expressed not being questioned, and 25.0% of the FDs stated not asking about it.

**Discussion and Conclusion:** The approach in the consultation of FDs regarding the four main themes – concerns about complications, factors of stress/suffering, worries about medical follow-up, and fears regarding medication – has not yet been studied in the Person-Centered Medicine perspective. This approach by GPs could potentially improve the management of PMD2 patients.

**Keywords:** Type 2 diabetes mellitus; Complications; Distress.

---