



**Escola Nacional
de Saúde Pública**

UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA

As principais preocupações das pessoas que vivem com Diabetes
Mellitus Tipo 2 na gestão do dia a dia:

um olhar sob a perspetiva da pessoa com DM2 e do profissional de saúde

XXII Curso de Mestrado em Saúde Pública

Beatriz Maria Freire Carvalho e Castro Raposo

outubro de 2021



**Escola Nacional
de Saúde Pública**

UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA

**As principais preocupações das pessoas que vivem com Diabetes
Mellitus Tipo 2 na gestão do dia a dia:**

um olhar sob a perspetiva da pessoa com DM2 e do profissional de saúde

**Dissertação apresentada para cumprimento dos requisitos necessários
à obtenção do grau de Mestre em Saúde Pública, realizada sob a
orientação científica da Doutora Ana Rita Pedro e do Professor Doutor
João Valente Cordeiro**

outubro de 2021

Agradecimentos

Queria agradecer e dedicar esta tese....

...à minha família, ao meu pai, à minha mãe, aos meus irmãos e à minha cunhada, por me apoiarem e darem-me força em todos os momentos da minha vida, e este não foi exceção.

... aos meus amigos por me acompanharem em todas as fases da minha vida, e darem sempre o seu ombro amigo.

... aos meus colegas e amigos de curso, por todas as partilhas e por todas as mensagens de motivação que foram trocadas, para concluirmos esta etapa.

... ao Professor Doutor João Valente Cordeiro por aceitar o convite para orientar esta dissertação.

... à Doutora Ana Rita Pedro que me ajudou a superar os desafios que foram surgindo ao longo deste caminho de aprendizagem.

... às pessoas da minha “segunda família” que estão sempre lá a aconselhar e dar-me ânimo.

... a Ele, pois sem Ele nada posso.

“(...) Cumpre o pequeno dever de cada momento faz o que deves e está no que fazes.”

São Josemaria Escrivá

Resumo

Introdução: Em Portugal, a Diabetes *Mellitus* tipo 2 (DM2) continua a ser uma das doenças crónicas mais prevalentes, e com tendência a aumentar nos próximos anos. Devido a esta prevalência, sendo uma doença complexa que pode acarretar complicações graves ao nível da saúde e da funcionalidade, importa tornar os cuidados efetivamente centrados na pessoa, pelo que é essencial conhecer as necessidades e preocupações das mesmas. Deste modo o objetivo deste estudo é, seguindo uma abordagem qualitativa, identificar, de forma abrangente, as principais preocupações das pessoas que vivem com DM2 na gestão do dia a dia.

Metodologia: Revisão sistemática de evidência qualitativa e quantitativa; e 5 Grupos Focais – (i)médicos; (ii)enfermeiros; e (iii) pessoas com DM2 há pelo menos 1 ano e sem complicações; (iv)com complicações minor e (v)com complicações major.

Resultados: Na revisão sistemática surgiram seis temas gerais de preocupações: (1) autocuidado, (2)autonomia e funcionalidade, (3)ocupações do quotidiano, (4)lazer e relações sociais, (5) causas, consequências e comorbilidades, (6)custos associados à dieta e tratamento. Nos grupos focais surgiram catorze temas: (1)discriminação, estigma e incompreensões, (2)cuidados de saúde, (3)“as histórias dos outros”, (4)contexto social, (5)estilo de vida, (6)contexto profissional, (7)tratamento e processos de controlo da DM2, (8)controlo e outros aspetos da doença, (9)qualidade e esperança de vida, (10)contexto familiar, (11)complicações, (12)fontes e qualidade de informação, (13) custos, (14)saúde mental.

Conclusão: A DM2 é uma doença complexa, difícil de gerir e com múltiplas influências - complicações, autocuidado, influência na qualidade de vida, nas atividades de vida diárias, na vida social e familiar - e que pode suscitar um leque complexo e diversificado de preocupações relacionadas com os vários desafios e decisões na gestão do dia-a-dia das pessoas que vivem com a doença.

Palavras-chaves: preocupações sobre a DM2; pessoas que vivem com DM2; cuidados centrados na pessoa; estudo qualitativo; revisão sistemática de evidência qualitativa e quantitativa; Diabetes Mellitus tipo 2.

Abstract

Introduction: In Portugal, Type 2 Diabetes Mellitus (DM2) is still one of the most prevalent chronic diseases, with a tendency to increase in coming years. Due to its high prevalence and because it is a complex disease that can entail serious health and functional complications, it is of the utmost importance that the care given to these patients is centered on them. The primary goal of this study is to comprehensively identify – by following a qualitative approach - the main concerns of the people that live with DM2, regarding the management of their day-to-day activities.

Methods: Systematic review of qualitative and quantitative evidence and use of 5 focal groups – (i)physicians,(ii)nurses and (iii)people who have had DM2 for at least 1 year and no complications; or (iv)with minor complications or (v)with major complications.

Results: In the systematic review six general themes of concerns were identified: (1) self-care, (2)autonomy and functionality, (3)day-to-day occupations, (4) entertainment and social relationships, (5) disease causes, consequences and comorbidities, (6) costs associated with diet and treatment. In the focal groups fourteen themes were identified: (1) discrimination, stigma and incomprehension, (2) healthcare, (3)“other people´s stories”, (4)social context, (5) lifestyle, (6)professional context, (7)treatment and control procedures of DM2, (8)control and other disease aspects, (9) life expectancy and quality of life, (10) family context, (11)complications, (12) information sources and quality of information, (13)costs, (14) mental health.

Conclusion: DM2 is a complex disease, hard to manage, that has many implications in the life of the patients – disease complications, self-care, repercussions on the quality of life, in daily activities and in social and familial life – and that can raise a complex and diversified array of concerns related with the many challenges and decisions in the management of day-to-day activities of the people that live with the disease.

Key-words: concerns about T2DM; individuals living with T2DM; person-centred care; qualitative study; systematic review of qualitative and quantitative evidence, type 2 diabetes mellitus.

Índice

1. Introdução.....	17
2. Enquadramento teórico.....	20
2.1. A Diabetes	20
2.2. Cuidados de saúde centrados na pessoa	21
2.3. Evidência sobre as preocupações e impactos da diabetes	22
3. Objetivos e métodos de investigação.....	27
3.1. Pergunta de investigação e objetivos	27
3.2. Revisão sistemática de evidência qualitativa e quantitativa	28
3.3. Estudo Qualitativo: técnica de grupos focais.....	37
4. Resultados.....	47
4.1. Revisão sistemática de evidência qualitativa e quantitativa	47
4.2. Estudo Qualitativo: técnica de grupos focais.....	63
5. Discussão	91
6. Conclusões	97
Recomendações.....	99
Referências bibliográficas	100
Anexos	I
Anexo I – Chave de pesquisa e filtros, por base de dados	I
Anexo II – Tempo estipulado pelas bases dados	I
Anexo III – Instrumento de triagem e seleção.....	II
Anexo IV – Mixed Methods Appraisal Tool – artigos incluídos.....	III
Anexo V – Roteiros dos grupos focais – profissionais de saúde.....	VI
Anexo VI – Roteiros dos grupos focais – pessoas com DM2.....	X
Anexo VII– Termo de autorização gravação áudio	XIV
Anexo VIII – Termo de autorização gravação áudio e vídeo.....	XV
Anexo IX– Parecer da comissão de ética	XVI

Anexo X – PRISMA *portuguese checklist*..... XVII

Índice de Tabela

Tabela 1 - Conceitos base em revisões de estudos mistos. Informação retirada de Hong et al (31).	29
Tabela 2- Pergunta de investigação em formato PICo, segundo a metodologia JBI. (34) Tabela adaptada de Bettany-Saltikov (35).	31
Tabela 3 - Critérios de inclusão e exclusão da revisão sistemática. Tabela adaptada de Messina et al. (10).	32
Tabela 4 - Descrição do processo de triagem e seleção dos artigos da revisão sistemática.....	33
Tabela 5 - Fases da síntese temática e descrição do processo da síntese temática na presente revisão sistemática de evidência qualitativa e quantitativa.	36
Tabela 6 - Critérios de inclusão dos participantes para os grupos focais.	40
Tabela 7 -Fases da análise temática e descrição do processo da presente análise temática dos grupos focais. Adaptação da tabela de Braun e Clarke (51).	43
Tabela 8 - Características - base dos artigos incluídos, por texto completo.	47
Tabela 9 - Extração de dados dos artigos incluídos - características dos estudos.	50

Índice de Figuras

Figura 1- As 11 principais preocupações mais comuns da amostra total do estudo referenciado. Figura adaptada de Woodcock e Kinmonth (27).....	25
Figura 2 - Tipos de desenhos de estudo em revisões de estudos mistos. a) Desenho de síntese convergente base nos dados. b) Desenho de síntese convergente base nos resultados. c) Desenho de síntese convergente resultados paralelos. Retirado Hong et al. (31)	30
Figura 3 - Fluxograma PRISMA (2009), com as fases e resultados das mesmas. Fluxograma adaptado de Galvão et al. (32)	48
Figura 4 - Preocupações [temas mais abrangentes] das pessoas com DM2 - resultados da análise temática dos grupos focais.	63

Lista de Abreviaturas

DM Diabetes Mellitus

DM2 Diabetes Mellitus tipo 2

DM1 Diabetes Mellitus tipo 1

DAWN Diabetes Attitudes, Wishes, and Needs

OE Olho Esquerdo

OD Olho Direito

APDP Associação Protectora dos Diabéticos de Portugal

PRISMA Preferred Reporting Item for Systematic Reviews and Meta-analyses¹

MMAT Mixed Methods Appraisal Tool ²

MESH Medical Subject Headings³

QD Qualitativa Descritiva

AVC Acidente Vascular Cerebral

¹ Tradução - Principais itens para relatar Revisões sistemáticas e Meta-análises.

² Tradução - Ferramenta de Avaliação de Métodos Mistos.

³ Tradução - Cabeçalhos de temas médicos.

1. Introdução

A Diabetes Mellitus (DM) é uma doença crónica cujo a prevalência é crescente na nossa sociedade. É caracterizada pelo aumento dos níveis de açúcar no sangue (hiperglicemia) (1). A diabetes pode estar associada a uma série de complicações, e aproximadamente 40% das pessoas com diabetes têm complicações tardias, consequência da mesma. Estas complicações podem afetar diversos órgãos, e algumas delas evoluem de uma maneira silenciosa (2).

A Diabetes encontra-se em todas as populações e países do mundo. Na atualidade, estima-se que 463 milhões de adultos, entre os 20 e 79 anos, têm diabetes. Prevê-se que este valor aumente até aos 578 milhões em 2030, e para os 700 milhões em 2045 (3).

Em Portugal, a prevalência da diabetes é de 13,6% da população adulta, entre os 20 e 79 anos, ou seja, mais de 1 milhão de pessoas nestas faixas etárias, no ano de 2018 (1).

A Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) é o tipo mais comum, representando 90% da diabetes em todo o mundo (3). Este facto deve-se ao envelhecimento da população, aos estilos de vida mais sedentários e ao aumento de consumo de alimentos pouco saudáveis (3,4). Portugal é um dos países da Europa com maiores taxas de prevalência, de diabetes, devido sobretudo à elevada prevalência da Diabetes Mellitus tipo 2 (5). No ano de 2018, as pessoas com DM2 seguidas nos cuidados de saúde primários (CSP), em Portugal Continental, representaram 91% das pessoas com diabetes (5).

A diabetes, quando não é tratada devidamente, pode levar a complicações prejudiciais para a saúde e vida da pessoa. As complicações agudas levam a uma diminuição na qualidade de vida, a gastos elevados e a situações com desfechos graves (4). Destacando a Diabetes Mellitus tipo 2, pois é o enfoque deste estudo, esta pode ser assintomática durante muitos anos, e ser detetada através de complicações associadas ou através de um resultado anormal dos valores da glicose (1).

Com este cenário, é de extrema relevância que se dê ênfase a cuidados que contribuam para melhorar os resultados em saúde das pessoas com DM2.

A pedra angular destes cuidados com a diabetes assenta no autocontrolo e autogestão da doença, bem como no aconselhamento e promoção de estilos de vida saudáveis (3,6).

Dada a natureza da diabetes, esta pode ser grandemente influenciada pelo autocuidado da pessoa. Alguns autores defendem que não existe nenhuma outra

doença que exija tanto de uma pessoa, em termos de capacidades e de conhecimentos (7).

Atualmente, muitos estudos mostram que um modelo centrado na pessoa, no autocontrolo e na relação profissional de saúde-pessoa tem um impacto extremamente positivo nos resultados de saúde (3,8,9).

Para que a relação entre a pessoa e o profissional de saúde envolvido no seu tratamento seja efetiva, a mesma deve incluir elementos-chave tais como: as ideias de ambos, os valores de ambas as partes, os sentimentos associados diálogos sobre as diferentes perspetivas e a construção conjunta das intervenções de saúde (10). Quando existe um desenvolvimento de parceria com a pessoa, concludentemente também existe uma melhoria nos resultados em saúde. Questionar a pessoa sobre o entendimento em relação ao problema, sobre as suas preocupações e perceções do impacto do problema na sua funcionalidade, ajuda à redução da ansiedade da mesma (11).

Para além da relação efetiva entre a pessoa e o profissional de saúde, se a pessoa tiver oportunidade de expressar o seu ponto de vista, preocupações e problemas, existindo uma tomada de decisões consensuais, há uma maior probabilidade de a pessoa se aplicar e de assumir uma maior responsabilidade no seu autocuidado com a saúde. As estratégias de comunicação e de relação que visem essa participação e que permitam reduzir possíveis assimetrias entre os intervenientes, para além de facilitarem o diálogo, aumentam a hipótese da pessoa se sentir mais responsável pelo seu autocuidado (12).

A compreensão das preocupações das pessoas e os impactos da diabetes nos diversos aspetos da vida nesta população é bastante importante para informar políticas e estratégias associadas a estes aspetos e melhorar os sistemas de saúde (13).

Deste modo, os sistemas de saúde, para serem mais efetivos e eficientes, devem colocar a pessoa no centro do sistema, devem adotar uma comunicação mais efetiva no contexto de prática, bem como atender às necessidades sentidas (12).

Nesta linha de raciocínio, o estudo aqui apresentado pretende responder à pergunta de investigação: no âmbito da gestão do dia a dia, quais são as principais preocupações da pessoa com Diabetes Mellitus tipo 2, com mais de 1 ano de evolução, na perspetiva da própria e na perspetiva do profissional de saúde? A finalidade é explorar quais são as principais preocupações das pessoas com DM2, no seu dia a dia, sob a perspetiva das próprias e dos profissionais de saúde, de modo a compreender as inquietações que têm face à DM2, e poder contribuir para um modelo de cuidados que

consiga atender às verdadeiras necessidades das pessoas e, desta forma, tornar-se mais holístico e centrado nas mesmas.

Para alcançar a finalidade deste estudo recorre-se a uma revisão sistemática e um estudo qualitativo, mais especificamente à técnica de grupo focal.

Este documento está dividido em seis capítulos: o presente capítulo fornece uma relevância do tema a explorar, bem como a finalidade do estudo; o segundo capítulo corresponde ao enquadramento teórico onde consta uma ampla revisão da literatura de que permite aferir conhecimentos em relação aos benefícios dos cuidados de saúde centrados na pessoas, a noções base sobre a patologia, e às preocupações e impactos da diabetes, com especial enfoque na diabetes tipo 2 e, adicionalmente, contribuir para o delineamento da chave de pesquisa da revisão sistemática; o terceiro capítulo é constituído pela pergunta de investigação que norteia o estudo, os objetivos do mesmo e os métodos de investigação utilizados para atingir a finalidade deste estudo; o quarto capítulo corresponde aos resultados obtidos; o quinto capítulo consta a discussão dos resultados, tendo em conta as limitações do estudo. Por fim, as conclusões são apresentadas no sexto capítulo, visando sumarizar os pontos principais do estudo e deste modo contribuir para o conhecimento em saúde pública sobre as principais preocupações das pessoas com DM2.

A presente dissertação foi efetuada no âmbito do projeto investigação CONCORDIA DM2, uma iniciativa de investigação promovida pela Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa, sob Coordenação do Professor João Cordeiro e da Doutora Ana Rita Pedro, financiada pela AstraZeneca. Este projeto, que no seu todo visa compreender e intervir nas diferenças de perceção que podem condicionar a comunicação entre pessoa com doença e profissional de saúde e, conseqüentemente, a gestão da doença crónica, é composto por diferentes fases, sendo que este estudo se insere na fase inicial, a fase qualitativa, que visa a identificação abrangente das preocupações sentidas pela pessoa com DM2 na gestão do dia a dia. A execução dos trabalhos contou com a colaboração da Associação Protectora dos Diabéticos de Portugal (APDP).

Pela sua pertinência e carácter inovador, as principais conclusões deste estudo foram já apresentadas no 17º Congresso Português de Diabetes da Sociedade Portuguesa de Diabetologia, aceites para comunicação em e-poster no *International Diabetes Federation Virtual Congress 2021* e submetidas ao *2nd Annual Summit Comprehensive Health Research Centre*.

2. Enquadramento teórico

2.1. A Diabetes

“A Diabetes é uma doença crónica progressiva que se caracteriza pelo aumento das concentrações de glucose no sangue”(4). Em alguns casos esta deve-se à insuficiência de produção de insulina, noutros casos à insuficiente ação da insulina, e frequentemente à combinação de ambas (1).

Destacando a Diabetes Mellitus tipo 2, dado que é o enfoque deste estudo, esta “ocorre quando o pâncreas não produz insulina suficiente ou quando o organismo não consegue utilizar eficazmente a insulina produzida.”(1).

A diabetes (tipo 1 e tipo 2) é uma doença crónica que pode influenciar a qualidade de vida da pessoa, devido aos tratamentos e às possíveis complicações que podem ser debilitantes (14).

A diabetes quando é mal controlada, leva a concentrações de glucose alta no sangue. A hiperglicemia pode, a longo prazo, danificar seriamente o coração, os vasos sanguíneos, os nervos, os rins e os olhos. (4)

As complicações da diabetes podem-se dividir em:

- Microvasculares, como por exemplo retinopatia, nefropatia e neuropatia;
- Macrovasculares, como por exemplo doença coronária, doença cerebral, entre outras;
- Neuro, macro e microvasculares, como por exemplo o pé diabético;
- Outras complicações como por exemplo a disfunção sexual, entre outras (2).

Existem vários fatores possíveis que podem desencadear o desenvolvimento da diabetes tipo 2, como por exemplo a “obesidade, alimentação inadequada e inatividade física; o envelhecimento; a resistência à insulina; história familiar de diabetes; ambiente intra-uterino deficitário e etnia.”(1).

A DM2 durante muitos anos apenas se observava na faixa etária adulta, contudo neste momento começa-se a observar em crianças (4). Este facto acontece pelo aumento de obesidade, inatividade física e hábitos alimentares inapropriados (3).

A diabetes não é uma doença curável, mas é uma patologia que pode ser controlada. (7) Esta é uma condição crónica que implica não só um estilo de vida, como também conhecimento sobre modificações de modo a que a pessoa adquira competências que lhe permitam ter um autocuidado efetivo, a longo prazo (15). O tratamento da diabetes

tipo 2 passa por uma dieta equilibrada, atividade física regular, manutenção de um peso corporal adequado, cessação de hábitos tabágicos e implementação de decisões terapêuticas médicas adequadas (1,3).

Existe uma melhor gestão da DM2 quando as pessoas assumem um controlo sobre o seu próprio tratamento, ou seja quando as mesmas aderem às recomendações dos profissionais de saúde, às consultas e às mudanças do estilo de vida (15).

2.2. Cuidados de saúde centrados na pessoa

Após uma pequena introdução sobre alguns aspetos básicos relativos à patologia e o seu tratamento, importa enquadrar os benefícios dos cuidados de saúde serem centrados nas pessoas e a relação com o profissional de saúde.

As intervenções focadas na participação da pessoa nos cuidados e no seu comportamento são mais eficazes do que aquelas que são focadas na mudança do comportamento do profissional de saúde nos cuidados (8).

A mudança de um modelo biomédico, para um modelo centrado na pessoa, na sua capacitação e na sua participação é crucial para satisfazer as normas de qualidade, em particular nos cuidados com a diabetes (8). A abordagem centrada na pessoa inclui uma compreensão sobre o entendimento da doença pela pessoa. São tidas em conta as suas ideias, os seus sentimentos, as suas prioridades aquando a planificação e gestão da doença, e existe uma responsabilidade acordada entre a pessoa e o profissional de saúde (16).

As pessoas com diabetes têm de tomar várias decisões ao longo do seu dia-a-dia. Essas decisões recaem em questões relacionadas com a alimentação, a atividade física, a adesão ao regime terapêutico, a monitorização das glicemias, a par de outras decisões. Dentro deste processo de tomada de decisão existem ainda outros elementos com peso como a parte social, emocional, pessoal e cultural. Deste modo é importante que as pessoas tenham um suporte para as adaptações que têm de fazer nos seus comportamentos (8).

A participação da pessoa e a sua cooperação no tratamento são mais efetivas quando a mesma percebe que a sua perspetiva, a sua experiência e a suas decisões em relação à doença são tidas em conta (12).

Um primeiro passo para se dar suporte à autogestão, é avaliação individual da pessoa, de forma a contemplar e dar respostas às preocupações da mesma e deste modo dar-lhe o apoio necessário para a sua autogestão. Deve ser explorado com a mesma e com a sua família, desde cedo, os seus conhecimentos, a suas experiências,

as suas crenças em relação à saúde e a sua literacia em saúde, uma vez que estes têm impacto no comportamento da pessoa face à sua doença (17).

Os profissionais de saúde devem dar suporte de forma a encorajar as pessoas com diabetes a tomar decisões informadas ao longo do seu dia-a-dia, de modo que elas melhorem o seu controlo da diabetes, e a sua qualidade de vida. Para tal as interações com os profissionais de saúde devem ser mais de suporte e de partilha, do que autoritárias (8).

Segundo Levenstein *et al.*, a tarefa do médico tem duas vertentes sendo que estas são: compreender a doença e compreender a pessoa. Segundo os mesmos autores, no método centrado na pessoa, o objetivo do médico passa por verificar qual é a “agenda” de cada pessoa, os seus sentimentos, expectativas, medos e conciliar com a sua própria “agenda” como a história clínica, exame físico e investigação laboratorial (18). A essência deste método passa pelo médico tentar entrar no mundo da pessoa e tentar ver a doença pelos olhos da mesma, com o objetivo de compreender quais são os seus receios, expectativas e sentimentos. Deste modo, o médico consegue obter a noção do contexto da doença. Obter uma imagem alargada do contexto da doença, permite que o médico consiga oferecer um número alargado de opções para gestão da mesma, e ainda consiga identificar outros problemas emergentes (18).

Nesta linha de raciocínio, Barry *et al.*, conduziram um estudo cujo objetivo era investigar as “agendas” das pessoas antes da consulta e avaliar quais eram os aspetos das “agendas” expressas na consulta, e quais os efeitos nos resultados daquelas que não eram expressas. Os mesmos reportam que as pessoas têm muitas necessidades e quando as mesmas não são expressas, não se consegue dar respostas. Nos casos de estudo, os autores constataram que alguns dos piores resultados estavam relacionados com aspetos de “agenda” das pessoas que não eram expressos, o que sugere que para prestar melhores cuidados, as pessoas devem expressar as suas necessidades nas consultas (19).

Consultas facilitadoras onde as pessoas são ajudadas a ter uma comunicação efetiva da sua história e a expressarem as suas preocupações e dúvidas, produzem resultados positivos na saúde das pessoas (11).

2.3. Evidência sobre as preocupações e impactos da diabetes

“Há poucas dúvidas de que a diabetes pode ser uma doença muito dura de se viver e o seu impacto na qualidade de vida é enorme. Para muitos pacientes, as exigências de autocuidado podem ser pesadas, frustrantes e avassaladoras, afetando os aspetos físicos, psicológicos e sociais da vida do quotidiano” (20).

A diabetes pode estar associada a vários sentimentos como a frustração, a negação ou mesmo a culpa. Bolanos *et al.*, reporta que as pessoas com DM2 exprimem sentimentos de frustração e rejeição aquando do diagnóstico da doença, pelos maus resultados ou pelas limitações que a diabetes acarreta. Os sentimentos de culpa e o stress estão associados à resistência ou dificuldades em mudar (12).

Os problemas em viver com a diabetes são prevalentes mesmo com o passar dos anos. Segundo o estudo DAWN (Diabetes Attitudes, Wishes and Needs) mesmo após o diagnóstico, aproximadamente 15 anos após o mesmo, os problemas de viver com a diabetes são prevalentes como o medo de futuras complicações e das implicações a nível social resultantes, bem como um peso mais imediato a nível social e psicológico (21). Os prestadores de cuidados reportaram que a maioria das pessoas que seguem, experienciam problemas psicológicos, respetivamente 67,9% das pessoas com DM1 e 65,6% das pessoas com DM2, e que esses mesmos problemas influenciam adesão ao tratamento (21).

A preocupação pela diabetes manifesta-se ou aumenta quando surgem complicações que alteram aspetos na vida das pessoas. As pessoas aderem melhor ao autocuidado quando existe a consciencialização da possibilidade das complicações surgirem e que as mesmas podem interferir com a qualidade de vida. Em Bolaños e Sarría-Santamera as pessoas com DM2 expressam preocupações com a vida sexual, com a imobilidade e conseqüentemente a preocupação com a dependência de outrem (12).

As complicações têm um grande impacto na saúde mental. A disfunção sexual é um problema que tem efeitos na parte psicológica, e deve ser considerado como parte integrante nos cuidados de saúde da pessoa com diabetes, uma vez que este é um problema que pode não ser levantado com tanta facilidade pela própria (20).

O desenvolvimento de complicações a nível visual, a nível renal, de problemas cardíacos ou mesmo até amputação pode levar a uma significativa diminuição da perceção da qualidade de vida por parte da pessoa com diabetes (20).

Ainda no tema das preocupações relacionadas com as complicações, no estudo Sanz- Nogués *et al.*, verificamos que cerca de 49% das pessoas com DM2, estavam mais preocupadas com as úlceras dos pés e as amputações, cerca de 43% estavam preocupadas com a cegueira, e apenas 10% preocupavam-se com doenças renais e doenças cardíacas. Em menor percentagem ainda foram identificadas outras preocupações como: danos nos nervos; AVC / danos no cérebro, dificuldades na gravidez; osteopatia/osso; infeções; morte/vida curta, entre outras preocupações. Um

aspecto interessante a salientar neste estudo é que 14% dos participantes reportaram que não tinham preocupações em desenvolver complicações relacionadas com a diabetes (13).

As pessoas com DM2 costumam ter múltiplas comorbilidades. Dentro dessas, uma comorbilidade comum da DM é a neuropatia. Esta, quando é associada à dor (neuropática) interfere com o dia a dia da pessoa e reduz a sua qualidade de vida (22). Kirk *et al.*, reporta que 38,6% das pessoas com DM2 referiam que as dores interferiam na sua vida. Foram levantadas questões como a dificuldade na mobilidade, impacto nas suas atividades, no seu sono, e no trabalho (22).

Sendo que o presente estudo é realizado em tempo pandémico, tomou-se a decisão de inserir as preocupações das pessoas com diabetes relacionadas com a pandemia COVID-19. Joensen *et al.*, reporta que as preocupações das pessoas com a pandemia são prevalentes. As mais frequentes que as pessoas reportaram foram: o facto das pessoas com diabetes serem caracterizadas como um grupo de risco (39%) ; de não serem capazes de gerir a diabetes se ficarem infetadas com a COVID-19 (28%), de piorarem a sua diabetes se forem infetados com o COVID-19 (56%) (23).

A terapêutica é outro âmbito que suscita preocupações. O estudo DAWN reporta que muitas pessoas preocupam-se com o início da terapêutica para a diabetes e com intensificar o regime terapêutico que têm (21). Bolaños e Sarría-Santamera reportam a existência de uma rejeição e de um receio em torno da possibilidade de se iniciar insulina, por parte de algumas pessoas (12), sendo percecionada como a “última fase” e mais séria fase da doença (12,24). Para além disso, a insulina está associada a um maior risco de hipoglicemias. Este facto, para além de aumentar o medo das hipoglicemias, também é reportado como um impacto na qualidade de vida das pessoas (25). A hipoglicemia influencia a qualidade de vida , o bem estar, e a produtividade da pessoa com diabetes (26).

Woodcock e Kinmonth conduziram um estudo onde identificaram as preocupações das pessoas com DM2, quanto à diabetes, após um ano de diagnóstico, por intermédio das suas respostas a uma pergunta aberta (principal preocupação) e a uma *checklist* que contava com 24 preocupações relacionadas com as preocupações das pessoas com DM2. Este estudo tinha como objetivo determinar se havia diferenças sistemáticas entre as perceções das pessoas e as dos enfermeiros sobre as preocupações dos doentes, e se as preocupações relatadas estavam relacionadas com o estado clínico e psicológico da pessoa. O mesmo reporta que em resposta à pergunta aberta as principais preocupações foram: 1) seguir os conselhos diatéticos, 2) o receio de piorar, 3) os danos

provocados pela diabetes, 4) os comprimidos/insulina, 5) a vista, 6) o excesso de peso/controlo de peso, 7) a glicemia elevada, 8) a doença ou a dor relacionada com a diabetes, 9) o trabalho/reforma, 10) a doença ou a dor não relacionada com a diabetes e 11) a fadiga/falta de energia. É também de se notar que a percepção dos enfermeiros sobre as preocupações que as pessoas realmente sentiam diferem ligeiramente (27). Como podemos observar na figura seguinte:

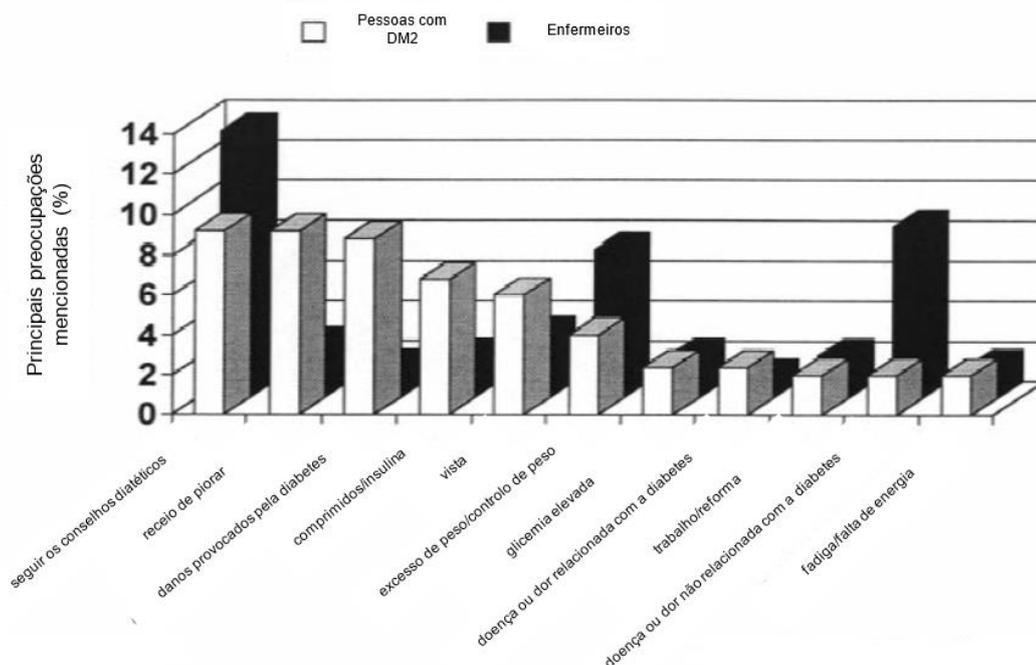


Figura 1- As 11 principais preocupações mais comuns da amostra total do estudo referenciado. Figura adaptada de Woodcock e Kinmonth (27).

Manzaneque *et al.*, reportam, nos resultados da sua revisão narrativa, que as potenciais preocupações das pessoas passam por preocupações com a sua saúde, com a mudanças no estilo de vida, nomeadamente com as questões ligadas à dieta e à atividade física e na interferência com as relações sociais. Ainda é referido que as pessoas estão francamente preocupadas como é que a doença irá afetar a sua qualidade de vida, e as consequências emocionais. A preocupação com o desenvolvimento de complicações sérias, como já se referiu acima, sentimentos de culpa, ansiedade em relação à comida e medo da progressão da doença são os problemas mais relevantes, considerados por diferentes autores. Adicionalmente, ainda é referido que estas preocupações persistem ao longo de todo o processo da doença (24).

Focando os aspetos das relações sociais, Choen *et al.*, identificam que as pessoas sentem dificuldades relacionadas com as mudanças do estilo de vida e as relações sociais. As restrições necessárias para a gestão da diabetes foram reportadas como

um obstáculo para as relações sociais, causando divórcios, perdas de trabalho, problemas a nível sexual, infertilidade, entre outros. As questões dos convívios sociais, discriminação no trabalho, a baixa de autoestima, entre outros aspetos também foram reportados como outros problemas sociais. (28)

De modo sucinto, as consequências que mais preocupam as pessoas são aquelas que mudam a sua realidade de vida, quer seja na saúde ou no estilo de vida (24).

Tendo em conta este cenário compreende-se que a diabetes tem grande influência na vida diária das pessoas, contudo, dentro da limitação de pesquisa, verificou-se que são poucos os estudos recentes que se debruçam exclusivamente sobre a identificação das preocupações diárias da pessoa com DM2. Verificou-se, também que a DM2 por diversos fatores está a aumentar na sociedade atual, não só na população adulta, como também já se encontra na população mais jovem. Adicionalmente, compreende-se os benefícios de se atender às verdadeiras necessidades das pessoas e dos cuidados serem mais centrados nas mesmas. Neste sentido considera-se relevante a realização deste estudo, com o intuito de identificar quais são as preocupações das pessoas com DM2 no seu dia a dia.

3. Objetivos e métodos de investigação

Este capítulo irá expor a pergunta de investigação do estudo e os objetivos que o mesmo pretende alcançar, bem como debruçar-se sobre a metodologia, os métodos e as técnicas que foram utilizadas com o fim de alcançar os dados adequados para dar resposta à pergunta de investigação. Desta forma a este capítulo está dividido em três subcapítulos: 3.1. Pergunta de investigação e objetivos; 3.2. Revisão sistemática de evidência qualitativa e quantitativa e 3.3. Estudo qualitativo: técnica de grupos focais.

No subcapítulo da revisão sistemática (estudo secundário), explicitar-se-á alguns conceitos base, os componentes da pergunta de investigação, estratégia de pesquisa utilizada, os critérios de inclusão e de exclusão, a extração de dados e avaliação da qualidade e a síntese dos estudos.

No subcapítulo do estudo qualitativo (estudo primário), mais concretamente a técnica dos grupos focais, será explicitado o método de recolha de dados, a amostra do estudo, os critérios de inclusão, a condução dos grupos focais, análise de conteúdo, finalizando com as considerações éticas inerentes ao estudo.

3.1. Pergunta de investigação e objetivos

A pergunta de investigação do presente estudo é a seguinte:

- No âmbito da gestão do dia a dia, quais são as principais preocupações da pessoa com Diabetes Mellitus tipo 2, com mais de 1 ano de evolução, na perspetiva da própria e na perspetiva do profissional de saúde?

Os objetivos do presente estudo são os seguintes:

- Identificar as principais preocupações no dia a dia da pessoa, com DM2, com mais de 1 ano de evolução, sob o seu ponto de vista e sob o ponto de vista do profissional de saúde, disponíveis na evidência científica;
- Identificar, de forma abrangente, as principais preocupações da pessoa, com DM2, com mais de 1 ano de evolução, relacionadas com a doença, no seu dia a dia;
- Identificar, de forma abrangente, as principais preocupações da pessoa, com DM2, com mais de 1 ano de evolução, relacionadas com a doença, no seu dia a dia, sob o ponto de vista do profissional de saúde.

3.2. Revisão sistemática de evidência qualitativa e quantitativa

A revisão sistemática é um estudo secundário, que visa localizar, avaliar e sintetizar a melhor evidência existente relacionada com a questão de investigação do estudo, de forma fornecer informação e respostas com base em evidência (29).

Se se averiguar que existe uma lacuna no conhecimento a revisão sistemática poderá auxiliar o investigador a justificar a condução de um estudo primário no tema em questão (29).

As revisões sistemáticas seguem passos transparentes e bem definidos, como será discutido mais à frente, contudo requerem sempre a definição de uma questão ou problema, a seleção e avaliação da evidência, síntese dos resultados e tirar as conclusões relevantes sobre o tema (29). A revisão sistemática é uma investigação que visa ser reproduzível (30).

Uma revisão sistemática é um processo sistemático e consiste no seguimento de várias etapas como: 1) Formulação da pergunta de investigação; 2) Pesquisa nas bases de dados com a estratégia de pesquisa; 3) Triagem dos títulos e resumos, através da leitura dos títulos e resumos dos artigos que se obteve na fase anterior; 4) Obtenção dos textos completos dos artigos selecionados; 5) Seleção dos artigos com base nos critérios de inclusão pré-definidos e exclusão dos estudos; 6) Extração dos dados que se necessita, de cada estudo incluído; 7) Avaliação da qualidade de cada estudo incluído; 8) Análise e síntese dos dados do estudos ; 9) Disseminação dos resultados (29).

A presente revisão sistemática foi conduzida seguindo as etapas “universais” descritas no livro *Doing a systematic review* (29) e seguiu um desenho de síntese convergente baseado nos dados “*data-based convergent synthesis design*”, descrita em Hong *et al.*,(31). Foi também realizada uma aferição dos conteúdos da revisão sistemática, seguindo a *checklist* PRISMA (*Preferred Reporting Item for Systematic Reviews and Meta-analyses*) (anexo X) (32).

Como referido anteriormente, as revisões sistemáticas têm como objetivo fornecer sínteses de estudos / evidências com recurso a metodologias rigorosas e transparentes (33). No presente trabalho conduziu-se uma revisão sistemática de evidência qualitativa e quantitativa, que integra estudos primários qualitativos, quantitativos e mistos, de modo a obter uma visão mais completa das preocupações das pessoas com DM2, descritas na literatura.

Neste tipo de revisão sistemática é necessário ter em conta três conceitos, explicitados na seguinte tabela:

Tabela 1 - Conceitos base em revisões de estudos mistos. Informação retirada de Hong et al (31).

MÉTODO DE SÍNTESE	A síntese consiste na fase da revisão em que a evidência extraída dos estudos individuais é reunida. Os métodos de síntese podem ser considerados qualitativos ou quantitativos, consoante o processo e os resultados produzidos (31).
SEQUÊNCIA DA SÍNTESE DE DADOS	A sequência da análise, considerada em Hong <i>et al.</i> , é determinada com base no número de fases da síntese, e se os resultados de uma síntese informam a posterior (31).
INTEGRAÇÃO DOS DADOS E A SÍNTESE DOS RESULTADOS	A integração é definida como o processo onde a abordagem qualitativa e quantitativa é unida, e esta união pode ser alcançada ao nível do desenho, dos métodos e da interpretação e divulgação. Contudo, Hong <i>et al.</i> , adotam os seguintes níveis de integração: (1) dados, (2) resultados de sínteses (3) interpretação, ou (4) desenho (31).

Segundo Hong *et al.*, para sintetizar evidências qualitativas e quantitativas existem dois tipos de desenhos de síntese predominantes que consistem no desenho convergente (colheita e análise dos dados na mesma fase do processo), sendo que este pode-se dividir em três subtipos, consoante o momento de integração da evidência, e no desenho sequencial (a colheita e a análise de uma das evidências ocorre após a outra) (31,33), como se pode observar na figura 2.

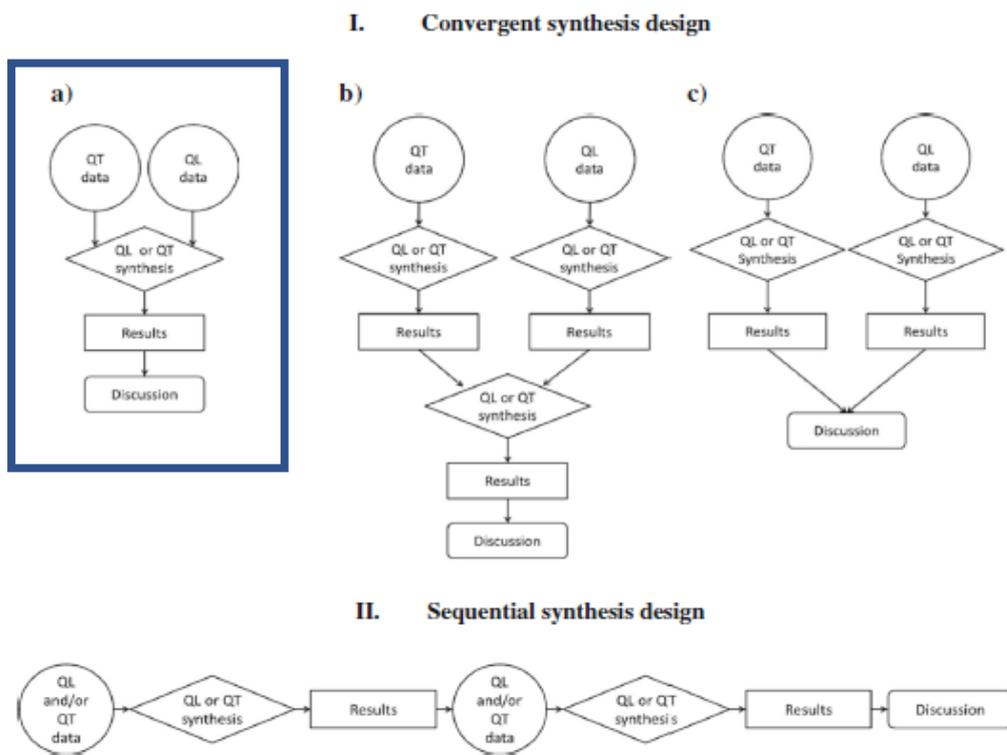


Figura 2 - Tipos de desenhos de estudo em revisões de estudos mistos. a) Desenho de síntese convergente base nos dados. b) Desenho de síntese convergente base nos resultados. c) Desenho de síntese convergente resultados paralelos. Retirado Hong *et al.* (31)

A presente revisão sistemática rege-se pelo desenho convergente com base nos dados, desta forma será o único desenho explicado. Neste tipo de desenho será utilizado o mesmo método de síntese para todos os artigos incluídos e os resultados são apresentados em conjunto. Uma vez que apenas será utilizado um método síntese, será necessário recorrer-se à transformação de dados ⁴. Este tipo de desenho costuma estar associado apenas a uma questão de investigação (31).

Segundo Hong *et al.*, se uma revisão sistemática utiliza a evidência qualitativa e quantitativa para corroborar, então um desenho de síntese convergente é mais pertinente (31).

PERGUNTA DE INVESTIGAÇÃO

Uma revisão sistemática parte de uma pergunta de investigação clara (32), pelo que a pergunta de investigação da presente revisão atende ao formato PICo (34). O acrónimo PICo compreende o P – população (population), I – Fenómeno de Interesse (Phenomena of Interest) e Co – Contexto (contexto) (34). Na tabela seguinte podemos observar a pergunta de investigação e os seus componentes no formato PICo.

⁴ “ex. os dados qualitativos são transformados em valores numéricos ou os dados quantitativos são transformados em categorias/temas”. Traduzido de Hong *et al.*, (31).

- Pergunta de Investigação: No âmbito da gestão do dia a dia, quais são as principais preocupações da pessoa com Diabetes Mellitus tipo 2, com mais de 1 ano de evolução, na perspetiva da própria e na perspetiva do profissional de saúde?

Tabela 2- Pergunta de investigação em formato PICO, segundo a metodologia JBI. (34) Tabela adaptada de Bettany-Saltikov (35).

P (POPULAÇÃO)	I (FENÓMENO DE INTERESSE)	Co (CONTEXTO)
- Pessoas com DM Tipo 2, com mais de 1 ano de evolução - Profissionais de saúde (médicos e enfermeiros)	- Preocupação das pessoas com DM2, no seu quotidiano, na perspetiva dos profissionais e das pessoas com DM2	- No quotidiano da pessoa com DM2

A pergunta de investigação ao longo do processo foi refinada, de modo a ficar completa.

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Os critérios de inclusão e exclusão foram elaborados de acordo com os elementos PICO, entre outros componentes e foram adicionados mais dois critérios, a língua e os tipos de estudos (tabela 3). A inclusão dos estudos teve como intuito a obtenção do máximo de evidência para responder à pergunta de investigação. O tempo não foi delimitado para abranger todos os estudos, a língua cingiu-se ao inglês, português e espanhol.

Os critérios foram refinados ao longo do processo, de modo a obter-se os estudos que respondessem à pergunta de investigação. O último refinamento foi feito após as leituras dos títulos e dos resumos, uma vez que no fenómeno de interesse estavam também integrados os impactos da DM2 na vida da pessoa e os fatores valorizados, sendo que estes critérios não contribuíam para responder à pergunta da presente revisão. Por este motivo, foram eliminados do fenómeno de interesse, e neste último refinamento, foi adicionado com critério de exclusão: não ter acesso ao texto completo e estudos que englobem pessoas com DM1.

Tabela 3 - Critérios de inclusão e exclusão da revisão sistemática. Tabela adaptada de Messina et al. (10).

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO
(P) -POPULAÇÃO	
<ul style="list-style-type: none"> • Pessoas com DM2, com mais de 1 ano de evolução • Profissionais de Saúde (que incluía enfermeiros e médicos) • Faixa etária (\geq 18 anos) 	<ul style="list-style-type: none"> • Pessoas com pré-diabetes ou com Diabetes Mellitus tipo 1 • Pessoas com DM2 com menos de 1 ano de evolução • Cuidadores informais de pessoas com DM2 • Outros profissionais de saúde sem incluir médicos e enfermeiros • Outros motivos de exclusão de população
(I) – FENÓMENO DE INTERESSE	
<ul style="list-style-type: none"> • Preocupações da pessoa com DM2, no seu quotidiano, sob o seu ponto de vista /perspetiva/perceção • Preocupações da pessoa com DM2, no seu quotidiano, sob o ponto de vista /perspetiva/ perceção do profissional de saúde (médicos e enfermeiros) 	<ul style="list-style-type: none"> • Outros fenómenos sem serem preocupações das pessoas com DM2
(Co)- CONTEXTO	
<ul style="list-style-type: none"> • Quotidiano das pessoas com DM2 	<ul style="list-style-type: none"> • Outros contextos
TIPO DE ESTUDO	
<ul style="list-style-type: none"> • Estudos primários qualitativos, quantitativos e mistos 	<ul style="list-style-type: none"> • Websites, blogs, artigos de opinião, conferências • Teses e dissertações • Outros (ex: estudos secundários e sem acesso ao texto completo)
LÍNGUA	
<ul style="list-style-type: none"> • Português, espanhol e inglês 	<ul style="list-style-type: none"> • Outros idiomas

ESTRATÉGIA DE PESQUISA

A chave de pesquisa é, constituída com termos *Medical Subject Headings*⁵(MESH) e com operadores *booleanos* (AND⁶ ou OR⁷). Os termos utilizados foram: "Diabetes Mellitus, Type 2", "Chronic Disease", "Professional-Patient Relations", "Communication", "Patient-Centered Care". As chaves de pesquisa e os filtros de cada base de dados apresentam-se no anexo I. Os filtros adequaram-se à área do estudo e aos critérios do estudo, no entanto o filtro do tempo não foi colocado uma vez que se pretendia obter toda a literatura relevante, contudo o tempo limite dependeu de cada base de dados (anexo II).

A pesquisa foi realizada em três bases de dados: PubMed, Scopus e Web Of Science, no mês de janeiro do ano de 2021, de modo a obter literatura publicada relevante para responder à pergunta de investigação.

TRIAGEM E SELEÇÃO DOS ESTUDOS

Após a estratégia de pesquisa, as referências resultantes das pesquisas acima referidas foram exportadas para o software Mendeley, de modo a gerir e armazenar as referências. Durante a exportação dos artigos identificados na base de dados Web Of Science, 30 dos artigos não foram identificados pelo Mendeley Web, o que levou a que os mesmos fossem exportados manualmente.

Na tabela seguinte, encontram-se os passos considerados para esta fase, segundo consta no livro de Boland *et al.*, (29) e a descrição do que foi efetuado na presente etapa da revisão:

Tabela 4 - Descrição do processo de triagem e seleção dos artigos da revisão sistemática.

PASSOS	DESCRIÇÃO DO PROCESSO NA PRESENTE REVISÃO
Passo 1: Eliminar as referências duplicadas	Neste passo, eliminaram-se as referências duplicadas com recurso ao programa Mendeley e confirmou-se essa mesma eliminação, uma a uma.

⁵ Os termos MESH são uma lista de títulos de assuntos utilizados para indexar os artigos da MEDLINE e PubMed, que permitem tirar as mesmas informações de uma forma consistente, mesmo que os autores dos artigos utilizem palavras diferentes para os mesmos conceitos (29).

⁶ AND – combina os termos e, deste modo restringe a pesquisa, e identifica as referências que contenham todas as palavras inseridas (29).

⁷ OR – alarga a pesquisa e identifica as referências que contenham qualquer uma das palavras inseridas (29).

<p>Passo 2: Desenvolver e conduzir o instrumento de triagem e seleção</p>	<p>Desenvolveu-se um instrumento de triagem e seleção, composto pelos critérios de inclusão e exclusão, e outras características, adaptado de um exemplo dado em Boland, <i>et al.</i>,(29). Este instrumento tem o intuito de ajudar a selecionar os estudos que sejam relevantes para a pergunta de investigação. Sofreu alteração aquando se refinaram os critérios de inclusão e se completou a pergunta de investigação. (anexo III)</p>
<p>Passo 3: Triagem de todos os títulos e resumos identificados nas pesquisas, consoante os critérios de inclusão e exclusão definidos (fase 1)</p>	<p>Neste passo, desenvolveram-se duas tabelas no Excel estruturadas com: título, ID, notas e a inclusão/ exclusão. Os títulos e resumos foram lidos em simultâneo e selecionados manualmente, de modo a não se perderem artigos relevantes para a pergunta de investigação e eram excluídos se não conseguiam dar resposta à pergunta de investigação, ou não cumpriam algum critério. Após esta seleção, por títulos e resumos, feita por um investigador, as tabelas foram revistas. Detetou-se a inclusão de artigos que não davam resposta à pergunta, pelo que se refinaram os critérios de inclusão, como descrito acima, e excluíram-se os artigos que não davam resposta à pergunta de investigação e / ou não cumpriam alguns critérios. Os títulos e resumos, que originavam dúvida, quanto à sua inclusão, foram contemplados para a leitura na íntegra.</p>
<p>Passo 4: Obter os <i>textos completos</i> de todos os estudos potenciais para inclusão</p>	<p>Após a segunda triagem, obtiveram-se os textos completos dos artigos elegíveis, em formato papel.</p>
<p>Passo 5: Usar o instrumento de seleção e triagem de modo a ajudar a identificar os artigos (textos completos) que possam ser incluídos para a revisão (fase 2)</p>	<p>Após a obtenção dos textos completos dos artigos, foi aplicado o instrumento de seleção e triagem a cada um dos artigos, por um investigador, excluindo os artigos de acordo com os critérios de inclusão, e com a devida fundamentação. Os artigos incluídos foram revistos com um par.</p>

As fases e os resultados finais serão reportados pelo fluxograma PRISMA (adaptado) (32), no capítulo dos resultados da revisão sistemática.

EXTRAÇÃO DE DADOS

Os dados qualitativos e quantitativos dos estudos incluídos foram extraídos com auxílio de uma tabela (tabela 9), de modo a resumir as características dos estudos de forma sistematizada. Esta tabela contém informação como: características gerais dos estudos (autores, ano e país), o(s) objetivo(s), o tipo de estudo, a metodologia utilizada, a amostra e os resultados relevantes para responder à pergunta da revisão. Qualquer informação adicional à tabela de extração de dados, que tenha sido necessária, para responder à pergunta de investigação foi avaliada aquando da extração dos dados.

AVALIAÇÃO DA QUALIDADE

A avaliação da qualidade foi realizada através da ferramenta Mixed Methods Appraisal Tool (MMAT) versão 2018 (36). Esta é uma ferramenta de avaliação crítica, que permite avaliar a qualidade metodológica de: (1) investigação qualitativa, (2) estudos quantitativos descritivos, (3) estudos mistos, (4) ensaios controlados aleatorizados, e (5) estudos não aleatorizados. Para cada categoria de estudo, existem cinco critérios, considerados os mais relevantes, para avaliar a metodologia de cada tipo de estudo. Estes critérios são avaliados com “sim” (o que significa que o critério é cumprido no artigo que está a ser avaliado), “não” (o que significa que o critério não é cumprido no artigo que está a ser avaliado) ou “não consigo dizer” (o que significa que o artigo que está a ser avaliado não tem informação suficiente para dar resposta ao critério)(37). Esta ferramenta foi construída para auxiliar o investigador para a fase de avaliação de revisões sistemáticas de estudos mistos (36). Os estudos incluídos foram avaliados por dois revisores, em simultâneo, de modo a garantir a qualidade dos estudos. As dúvidas que surgiram, em relação aos artigos, foram discutida em conjunto no momento. Maioritariamente, os critérios correspondentes a cada estudo eram assinalados com “sim”, o que significa que o critério era cumprido no artigo que está a ser avaliado. Apenas um critério num dos artigos avaliados (38), foi assinalado com “não consigo dizer”, uma vez não ter informação suficiente para dar resposta ao critério. Deste modo considerou-se que todos os artigos apresentam qualidade metodológica. A avaliação de cada artigo incluído pode ser consultada em anexo (anexo IV).

TRANSFORMAÇÃO DE DADOS E SÍNTESE

“A análise temática permite uma identificação clara de temas proeminentes, e formas organizadas e estruturadas de lidar com a literatura sob estes temas. É flexível, permitindo uma latitude considerável aos revisores e uma forma de integrar evidência qualitativa e quantitativa.”(39).

Uma análise temática está associada a material qualitativo ou texto, contudo é possível incluir dados quantitativos, se estes dados sofrerem a transformação “*qualitizing*” (40).

A transformação dos dados conduzida nesta revisão sistemática foi “*qualitizing*”, ou seja, converter os resultados quantitativos em formato qualitativo, de modo a conseguirem ser combinados com os dados qualitativos e ser conduzida uma análise qualitativa (41). “*Qualitizing*” consiste em converter aos dados quantitativos em temas, categorias, tipologias ou narrativas (42,43).

Nesta revisão sistemática foi conduzida uma síntese temática ,segundo os princípios descritos em Thomas and Harden (2008) (44), uma vez que se deu a transformação de dados “*qualitizing*”, segue-se uma síntese qualitativa.

A síntese temática segue três fases: (1) codificar livremente o texto, linha a linha, das descobertas dos estudos primários; (2) a organização desses “códigos livres” em áreas relacionadas, desenvolvendo temas descritivos e (3) desenvolver temas analíticos. Os temas descritivos são próximos à análise dos estudos primários, os temas analíticos já envolvem uma interpretação do revisor (44). A síntese temática foi realizada com o auxílio do software MAXQDA.

Tabela 5 - Fases da síntese temática e descrição do processo da síntese temática na presente revisão sistemática de evidência qualitativa e quantitativa.

FASES DA SÍNTESE TEMÁTICA SEGUNDO THOMAS AND HARDEN (2008) (44) [TRADUZIDO]	DESCRIÇÃO DO PROCESSO NA PRESENTE REVISÃO SISTEMÁTICA
FASE 1 E 2 – CODIFICAR TEXTO E DESENVOLVER TEMAS DESCRITIVOS	Exportaram-se os PDF dos artigos, e criou-se um documento com os dados relevantes do estudo quantitativo, em formato texto, para o MAXQDA. Antes de iniciar a fase 1 da síntese, releam-se os artigos, e destacaram-se os dados relevantes. Após esta leitura, iniciou-se a fase 1 da síntese, voltando-se a reler os artigos e a codificar, linha -a- linha - de forma indutiva - os dados relevantes para a pergunta de investigação. Ao longo da codificação, caso fosse necessário geravam-se novos códigos, de modo a representar a ideia subjacente aos dados – o processo de síntese inicia-se nesta transposição de códigos entre estudos. Ao terminar esta fase do processo, valida-se a consistência entre o texto codificado e os códigos. Foram gerados 42 códigos-iniciais. Após esta fase analisam-se as similaridades e discrepâncias dos códigos-iniciais e agrupam-

	se de modo a se criarem temas” descritivos” que reflitam o significado dos códigos agrupados, de modo hierárquico. Desta última fase resultaram 12 temas descritivos.
FASE 3 – GERAR TEMAS ANALÍTICOS	Uma vez que a maioria dos estudos não respondiam diretamente à pergunta dos estudos, geraram-se 6 temas “gerais”, com subtemas, que englobam os temas descritivos, e vão para além dos resultados dos estudos primários, de modo a responder à pergunta de investigação da revisão sistemática. Alguns temas descritivos tornaram-se temas gerais, por serem temas amplos.

3.3. Estudo Qualitativo: técnica de grupos focais

Os investigadores que utilizam preferencialmente abordagem qualitativa “estudam as coisas nos seus ambientes naturais, tentando dar sentido do, ou interpretar, o fenómeno em termos dos significados que as pessoas lhes dão”. [traduzido de Denzin and Lincoln] (45).

“A investigação qualitativa em saúde é uma abordagem de investigação para explorar a saúde e a doença tal como são percebidas pelas próprias pessoas, e não da perspectiva do investigador” [traduzido de Morse] (46). Os métodos de investigação qualitativa em saúde permitem que o investigador obtenha as perspectivas, as crenças, os valores, os comportamentos, entre outros fatores e compreender a resposta das pessoas face à saúde e doença, e os significados que constroem das experiências, vividas neste âmbito (46).

Na metodologia qualitativa, ao contrário da metodologia quantitativa, o objetivo da investigação é a interpretação de significados e fenómenos, e a perspectiva das pessoas em estudo (47).

É de salientar que a investigação qualitativa pretende “descrever e compreender um fenómeno, e não explicá-lo ou fazer previsões” (47). É ainda importante sublinhar que a realidade, a partir desta investigação, torna-se acessível através das diferentes perspectivas de um fenómeno, por isso esta tem como objetivo a exposição da realidade e não a sua representação (47).

Tendo em conta os objetivos mencionados acima, a metodologia qualitativa é a mais adequada, pois permite explorar os pontos de vista dos participantes em estudo, dando-lhes “voz” para falarem sobre um tema que vivenciam ou que acompanham de perto, e

deste modo obtém-se uma visão das preocupações segundo a realidade, e desta forma permitirá alcançar os objetivos e contribuir para a finalidade do presente estudo.

A técnica dos grupos focais visa a realização de uma discussão em grupo sobre um determinado tema, sendo esta conduzida pelo investigador. Esta técnica permite ao investigador explorar as opiniões, crenças, conhecimentos e experiências sobre um determinado fenómeno, através da perspetiva dos participantes. Os grupos focais podem ser utilizados numa investigação mais exploratória em que os participantes são “livres” de discutir o tópico proposto (47).

AMOSTRA

Numa investigação qualitativa os critérios de inclusão dos participantes diferem dos critérios de inclusão para as amostras da investigação quantitativa. Nos estudos qualitativos, o objetivo é conhecer um determinado fenómeno, através de casos concretos, num determinado contexto, e não generalizar em termos estatísticos (47). Este tipo de investigação oferece uma visão mais completa das perspetivas, experiências do mundo real das pessoas e profissionais de saúde (48).

A amostra não probabilística usada no âmbito deste estudo foi selecionada de acordo com os critérios julgados importantes pelo investigador do estudo tendo como enfoque os objetivos do estudo que se está a conduzir (49).

Existem algumas regras mais comuns que orientam o investigador na utilização da técnica como por exemplo: ter 6 a 10 participantes por grupos e ter um total de 3 a 5 grupos por projeto, entre outras. Contudo estas “regras” deverão ser apreciadas face a cada projeto (50).

Seguiu-se uma amostragem dos grupos focais por conveniência (amostragem não probabilística). Neste tipo de amostragem “define-se os tipos de participantes que estão mais acessíveis e aptos para participar num período específico de tempo” (47). Após obter uma amostragem de máxima variação “ são identificados participantes com diferentes características a fim de maximizar a diversidade da amostra, habitualmente para obter um maior leque de visões” (47).

Os cinco grupos focais que constam no presente estudo são: (1) médicos; (2) enfermeiros; (3) pessoas com DM2, com mais de 1 ano de evolução, sem complicações; (4) outro com pessoas com DM2, com mais de 1 ano de evolução, com complicações minor e (5) pessoas com DM2, com mais de 1 ano de evolução, com complicações major.

Quanto aos critérios de heterogeneidade intra- grupo focal dos profissionais de saúde, foram considerados os seguintes aspetos: (1) garantir a presença de elementos de serviços/especialidades diferentes, (2) incluir elementos que tendencialmente preferem uma abordagem participada na consulta e outros que tendencialmente preferem uma abordagem mais diretiva, (3) equilíbrio entre participantes do sexo feminino e masculino, e (4) especialistas com diferente tempo de exercício de prática clínica.

Os participantes foram selecionados e contactados pela APDP que acompanha pessoas com DM em Portugal. Devido à proteção dos dados dos participantes, estes foram selecionados, segundo os critérios de inclusão, e contactados por esta mesma associação.

A amostra do presente estudo contou com uma participação de: 7 médicos que acompanham pessoas com DM2, em diferentes especialidades médicas; 6 enfermeiros que acompanham ou acompanharam pessoas com DM2; o grupo de pessoas com DM2, com mais de 1 ano de evolução, sem complicações, composto por 6 participantes, de ambos os sexos; o grupo de pessoas com DM2, com mais de 1 ano de evolução, com complicações minor, composto por 5 participantes, do sexo masculino; o grupo de pessoas com DM2, com mais de 1 ano de evolução, com complicações major, foi composto por 6 participantes, de ambos os sexos.

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Os critérios de inclusão das pessoas que participaram nos grupos focais, são sintetizados na tabela 6.

Tabela 6 - Critérios de inclusão dos participantes para os grupos focais.

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO DOS PARTICIPANTES

Médicos	Exercendo especialidades que acompanhem pessoas com DM2 nas diferentes fases da doença.
Enfermeiros	Experiência profissional de três anos na APDP.
Pessoas com DM2, com mais de 1 ano de evolução	Sem complicações.
Pessoas com DM2, com mais de 1 ano de evolução, com complicações minor	Com taxa de Filtração Glomerular entre 45 e 60 (MDRD) e doentes com retinografias classificadas como R1.
Pessoas com DM2, com mais de 1 ano de evolução, com complicações major	Acompanhados em Nefrologia, e/ou a fazer tratamentos Laser (Laser olho esquerdo (OE) e olho direito (OD)) e/ ou injeções intravítreas na Oftalmologia ⁸ .

CONDUÇÃO DOS GRUPOS FOCAIS

Os grupos focais foram conduzido durante o mês de novembro de 2020. Cada grupo focal foi conduzido por uma equipa: um moderador e um redator, responsável pelas anotações das sessões.

Foi seguido um formato semiestruturado, tendo sido feitas perguntas abertas aos participantes, segundo um guião (anexo V e VI) previamente definido, que foi contruído com base em literatura disponível. As sessões dos grupos focais dos profissionais de saúde e a sessão das pessoas com DM2 foram orientadas por guiões diferentes, que foram adaptados à linguagem de cada grupo, contendo, porém, os mesmos conteúdos.

⁸ Os critérios de inclusão deste grupo tiveram de ser aumentados, devido à dificuldade no recrutamento de pessoas que faziam injeções intravítreas. Adicionou-se ao grupo focal, pessoas que apenas faziam tratamento de Laser no OE e OD.

Estes guiões permitiram promover uma discussão ampla e dinâmica, sem desvirtuar os objetivos do estudo.

Os grupos focais das pessoas com DM2 foram realizados em datas distintas, os grupos foram diferenciados quanto às complicações ou ausência das mesmas. Foram realizadas à distância, através da plataforma ZOOM, devido às circunstâncias da atualidade, em função da disponibilidade dos participantes.

O grupo focal dos enfermeiros foi realizado, presencialmente, nas instalações da APDP, havendo conciliação de agendas dos diferentes profissionais. O espaço para realização dos grupos focais garantiu condições acústicas que viabilizaram a gravação adequada dos conteúdos verbais, e permitiu alterações da disposição das cadeiras de modo a obedecer a todas as medidas preventivas da pandemia COVID-19.

O grupo focal dos médicos foi realizado à distância, através da plataforma ZOOM.

As sessões dos grupos focais realizadas à distância foram gravadas (áudio e vídeo), com o devido consentimento dos participantes, através da funcionalidade Gravar da plataforma ZOOM de modo a garantir uma adequada captação de todos conteúdos verbais e não verbais. A sessão realizada presencialmente, foi gravada por áudio, por via de um gravador. Cada grupo focal teve uma duração aproximada de 60 a 90 minutos e todo conteúdo foi, posteriormente, transcrito e analisado.

ANÁLISE DE CONTEÚDO

Após a realização dos grupos focais fez-se uma análise preliminar à informação que surgiu das anotações que foram efetuadas ao longo das sessões. Releram -se todas as anotações que foram realizadas, e fez-se um levantamento de algumas preocupações que surgiram dessas anotações.

Após esta familiarização com a informação das anotações, procedeu-se à análise dos conteúdos que emergiram dos grupos focais, seguindo os princípios descritos na análise temática de Braun e Clarke (51).

A análise é um processo contínuo e complexo e não linear. Requer um trabalho de redução, organização e interpretação dos dados. Esta visa identificar, explorar e compreender significados do que foi recolhido, permitindo refletir sobre as questões de investigação e desvendar os significados dos dados (47). Inicialmente era para ser conduzida uma *framework analysis*, mas após a familiarização e codificação das transcrições foi alterada para uma análise temática, acima indicada.

A análise temática é um método que visa identificar, analisar e reportar padrões, temas⁹ entre os dados, no que concerne às teorias de investigação. A análise temática não está estritamente ligada a uma teoria o que lhe confere um carácter flexível e tornando-a numa ferramenta bastante útil na investigação. De modo simplificado esta análise organiza os dados e descreve os dados de um modo detalhado (51).

Na análise temática os temas podem ser identificados a partir de duas formas: a partir uma forma indutiva ou *bottom – up* , ou de uma forma teórica ou dedutiva ou *top down* (51). Considerou-se que a presente análise foi conduzida com um raciocínio mais indutivo, uma vez que este raciocínio visa inferir sobre uma teoria e o investigador “parte dos dados recolhidos e formula as categorias de análise indutivamente”(47).

Os temas também podem ser identificados em dois níveis: nível semântico ou explícito, ou nível latente ou interpretativo. Numa abordagem semântica os temas são identificados através dos significados (explícitos ou superficiais) dos dados, e o investigador não procura para além do que o participante tenha dito ou do que foi escrito. Num nível latente, ao contrário da abordagem semântica, o investigador já procura analisar o que está por trás do conteúdo semântico dos dados. Nesta última análise (latente) o desenvolvimento dos temas envolve um trabalho interpretativo, e esta não visa apenas descrever como também teorizar (51).

A identificação dos temas da presente análise foi conduzida a um nível mais semântico, uma vez que se pretende conhecer as preocupações das pessoas com DM2, sob o ponto de vista das pessoas e dos profissionais de saúde, não tendo como objetivo identificar as ideias subjacentes, pressupostos ou ideologias que possam estar para além dos dados (51).

A análise temática da presente dissertação foi feita com recurso ao *software* MAXQDA para as transcrições e para a condução da análise.

Esta análise temática é dividida em 6 fases. Para uma melhor compreensão da análise da presente dissertação será explicitada na tabela seguinte, acompanhando a ordem da análise temática.

⁹ “Um tema capta algo importante sobre os dados em relação à pergunta de investigação, e representa algum nível de resposta padrão ou significado no âmbito do conjunto de dados.” [traduzido de Braun e Clarke] (51)

Tabela 7 -Fases da análise temática e descrição do processo da presente análise temática dos grupos focais. Adaptação da tabela de Braun e Clarke (51).

	FASES DA ANÁLISE TEMÁTICA E SUA DESCRIÇÃO, DESCRITA EM BRAUN E CLARKE [TRADUZIDO]	DESCRIÇÃO DO PROCESSO DA ANÁLISE TEMÁTICA DO PRESENTE ESTUDO
1	<p>FAMILIARIZAÇÃO COM OS DADOS</p> <p>“Transcrição dos dados, se necessário, ler e reler os dados, anotar ideias iniciais”(51).</p>	<p>Após análise preliminar das anotações, como referido acima, passou-se à primeira fase da análise temática. Após esta familiarização das anotações, foi realizada a transcrição dos grupos focais pelo investigador, redator dos grupos focais, o que facilitou a imersão e familiarização dos dados. Contudo como não houve uma verificação entre investigadores, e para minimizar os erros de transcrição, antes de codificar releu-se as transcrições todas ao mesmo tempo que se ouvia os áudios/vídeos originais de cada grupo focal, sendo este passo um elemento importante para a precisão das transcrições(51).</p>
2	<p>GERAR CÓDIGOS INICIAIS</p> <p>“Codificação de características interessantes dos dados de uma forma sistemática em todo o conjunto de dados, reunindo dados relevantes para cada código.”(51).</p>	<p>Após a familiarização e transcrição dos grupos focais, deu-se início à codificação inicial dos dados, tendo como guia a análise preliminar, leu-se as transcrições linha a linha, e foi-se identificando códigos nos dados¹⁰, reformulando os códigos que já tinham sido levantados na análise preliminar. Foram levantados novos códigos que estavam inerentes aos dados, de modo a não se perder nenhuma informação relevante. E dado que o processo de análise não é um processo linear e tendo em conta que o processo de codificação é um “processo orgânico contínuo” (51), foram-se adaptando os códigos à medida que os mesmos se iam criando ao longo de todas transcrições, de modo a obter-se um significado mais exato dos excertos. Bastava apenas ser um excerto, para ser gerado um novo código, caso fosse de encontro à pergunta de investigação. À medida que os</p>

¹⁰ Códigos - representam características dos dados que pareçam interessantes e com significado para o fenómeno em estudo (51).

		<p>códigos foram levantados começaram-se a organizar alguns códigos em subcódigos. Nesta fase fizeram-se várias leituras de modo a não esquecer nenhum código / dado relevante. No final geraram-se, aproximadamente, 78 códigos iniciais. É de salientar que os códigos diferem das unidades de análises - os temas (51).</p>
3	<p>PROCURAR TEMAS</p> <p>“Recolha de códigos para potenciais temas, reunindo todos os dados relevantes para cada tema potencial.”(51).</p>	<p>Após a codificação inicial dos dados e levantamento exaustivo de códigos e a criação de uma longa lista de códigos, iniciou-se a fase de criar potenciais temas a partir dos códigos levantados. Para esta fase, através da visualização de todos os códigos em lista através do MAXQDA, começaram-se a unir códigos semelhantes, a criar potenciais temas e possíveis subtemas e organizar, de forma mais sistemática, os códigos, recodificando os códigos iniciais, caso fosse necessário. Na presente dissertação, à medida que se iam organizando os temas, verificaram-se os extratos que estavam codificados, de modo averiguar se faziam sentido no tema [nível 1 da fase seguinte da análise]. Deste modo alguns códigos iniciais tornaram-se temas, subtemas, foram recodificados ou até mesmo descartados (51). Esta fase terminou quando se alcançou um conjunto de temas e subtemas potenciais, que albergam todos os extratos codificados (51).</p>

4 **REVISÃO DOS TEMAS**

“Verificar se os temas funcionam em relação aos extratos codificados (Nível 1) e em todo o conjunto de dados (Nível 2), criando um 'mapa' temático da análise.”(51)

Nesta fase existe um refinamento dos temas e subtemas candidatos e junção de alguns temas. Alguns temas podem não ser considerados como temas devido à falta de extratos que os fundamentam. Nesta fase existem 2 níveis: no nível 1 valida-se a concordância dos extratos ao nível dos temas, de modo a certificar-se que os determinados extratos pertencem ao tema correto e que o tema em questão os representa; no nível 2 valida-se a coerências dos temas com todo o conjunto de dados, e se estes refletem os dados. Nesta fase lê-se todo o conjunto de dados de modo a validar-se a coerência dos temas e codifica-se algum extrato que possa ter escapado na codificação inicial. Após a leitura dos temas e dos extratos que os fundamentavam, considerou-se que faziam jus ao tema. Após este processo passou-se para o nível 2. Na leitura de todo o conjunto de dados ainda foram levantados mais subtemas (codificados novos extratos), foram refinados temas, unido subtemas e ainda descartados alguns extratos que não faziam jus, ao tema atual (após esta leitura integral). Este processo (nível 1 e nível 2) foi efetuado duas vezes, de modo a não perder nenhum aspeto relevante. Nesta fase, sendo o mapa de temático coerente, passa-se para a fase seguinte. Se os temas nesta fase não forem coerentes com o conjunto de dados, é necessário voltar a trabalhar nos temas. Após o refinamento de temas, descartados alguns temas, e tendo a noção clara do que é que cada tema representa e a relação entre eles e tendo constituído um mapa temático satisfatório, passa-se à fase seguinte. Nesta última fase da análise houve a discussão com um par, tendo sido efetuadas algumas alterações.

5	<p>DEFINIÇÃO E NOMEAÇÃO DOS TEMAS</p> <p>“Análise contínua para refinar as especificidades de cada tema, e a história geral que a análise conta, criando definições e nomes claros para cada tema.” (51).</p>	<p>Esta fase começa com um mapa satisfatório dos dados. Refina-se o nome dos temas de modo a serem concisos e claros no que pretendem representar, sendo “fiéis” aos dados. Esta fase foi sendo feita ao longo das fases anteriores, par a par com os dados. Esta etapa é importante para representar nos temas a essência dos dados. No final desta etapa é importante que os temas sejam claros e bem definidos, caso não o sejam, é necessário haver um refinamento. Na presente análise foram necessários alguns refinamentos nos temas e subtemas.</p>
6	<p>ELABORAÇÃO DO RELATÓRIO</p> <p>“A última oportunidade de análise. Seleção de exemplos de extratos vívidos e convincentes, análise final de extratos selecionados, relacionando o verso da análise com a questão da investigação e literatura, produzindo um relatório académico da análise.” (51).</p>	<p>A redação dos temas foi realizada ao longo das últimas fases da análise. Esta última fase da análise temática está descrita nos capítulos posteriores.</p>

CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Os participantes dos grupos focais receberam com antecedência um roteiro da sessão (anexo V e VI) e o formulário de consentimento informado (com explicitação dos objetivos e procedimentos do estudo) e um termo de autorização para a gravação de áudio e /ou vídeo da sessão e utilização dos conteúdos gravados das sessões (anexo VII e VIII). A gravação dos conteúdos apenas se realizou após a autorização dos participantes. O convite, o roteiro das sessões, o consentimento informado e os termos de autorização foram enviados eletronicamente, através do email individual do participante, pela APDP, de modo a garantir a proteção de dados dos participantes.

A participação foi estritamente voluntária (em todos os momentos de participação) e foi garantida a confidencialidade dos conteúdos registados e analisados.

O protocolo do projeto e guiões dos grupos focais foram submetidos previamente para a apreciação da Comissão de Ética da APDP, tendo merecido parecer favorável, no dia 14 de outubro de 2020 (Ofício nº154/2020 de 24 de Agosto de 2020) (anexo IX).

4. Resultados

4.1. Revisão sistemática de evidência qualitativa e quantitativa

ESTUDOS INCLUÍDOS

Resultante da pesquisa nas três bases de dados selecionadas, obtiveram-se 275 referências: 23 referências da Scopus, 71 da PubMed e 181 da Web of Science (figura 3). Destas após extraídas para o software Mendeley, foram removidas 13 que estavam duplicadas, resultando assim um total de 262 referências. Depois da leitura por títulos e resumos, excluíram-se 246 referências por não darem resposta à pergunta de investigação e / ou não cumprirem alguns critérios. Ficaram deste modo 16 referências para serem analisadas na íntegra. Após obtidos os textos completos, foi aplicado o instrumento de triagem e seleção referido na metodologia (anexo III), e dos 16 artigos, 10 foram excluídos por não diferenciarem Diabetes Mellitus tipo 2, por não ter sido possível obter o texto completo, por abordarem outros fenómenos sem explicitarem preocupações com a DM2 ou por terem populações que não se enquadravam no critério de inclusão, e ainda foram excluídos os que não explicitavam qual a doença crónica em estudo. Deste modo obteve-se um total de 6 artigos incluídos na presente revisão sistemática, como se pode observar no fluxograma (figura 3). As questões que surgiram em relação aos artigos incluídos, foram discutidos com outro revisor. Os 6 artigos foram submetidos à avaliação de qualidade através da ferramenta Mixed Methods Appraisal Tool (MMAT) versão 2018 (36), como descrita no subcapítulo 3.2 – Avaliação de Qualidade .

CARACTERÍSTICAS E DESCRIÇÃO DOS ESTUDOS INCLUÍDOS

Os 6 artigos incluídos na revisão sistemática foram conduzidos em diferentes anos. Os anos de publicação variam entre 2001 e 2018. Verifica-se que existe uma heterogeneidade face aos países onde foram desenvolvidos os estudos, sendo que estes são: Brasil, Turquia, Estados Unidos, Malásia, Inglaterra e Suécia. Quanto ao tipo de estudo, constata-se que quatro dos artigos são exclusivamente de abordagem qualitativa; um de abordagem quantitativa e outro estudo misto, qualitativo e quantitativo, como se pode verificar na tabela 8.

Tabela 8 - Características - base dos artigos incluídos, por texto completo.

ARTIGO	CARACTERÍSTICAS BASE DOS ARTIGOS	NÚMERO DE ARTIGOS
PAÍS ONDE FOI DESENVOLVIDO O ESTUDO		
I - (52)	BRASIL	1

II - (53)	TURQUIA	1
III - (54)	ESTADOS UNIDOS DA AMÉRICA	1
IV - (55)	MALÁSIA	1
V - (27)	INGLATERRA	1
VI - (38)	SUÉCIA	1

ANO DE PUBLICAÇÃO

V	2001	1
VI	2012	1
II	2013	1
I e III	2016	2
IV	2018	1

TIPO DE ESTUDO

I, III, IV E VI	ESTUDO QUALITATIVO	4
V	ESTUDO QUANTITATIVO	1
II	ESTUDO QUALITATIVO E QUANTITATIVO	1

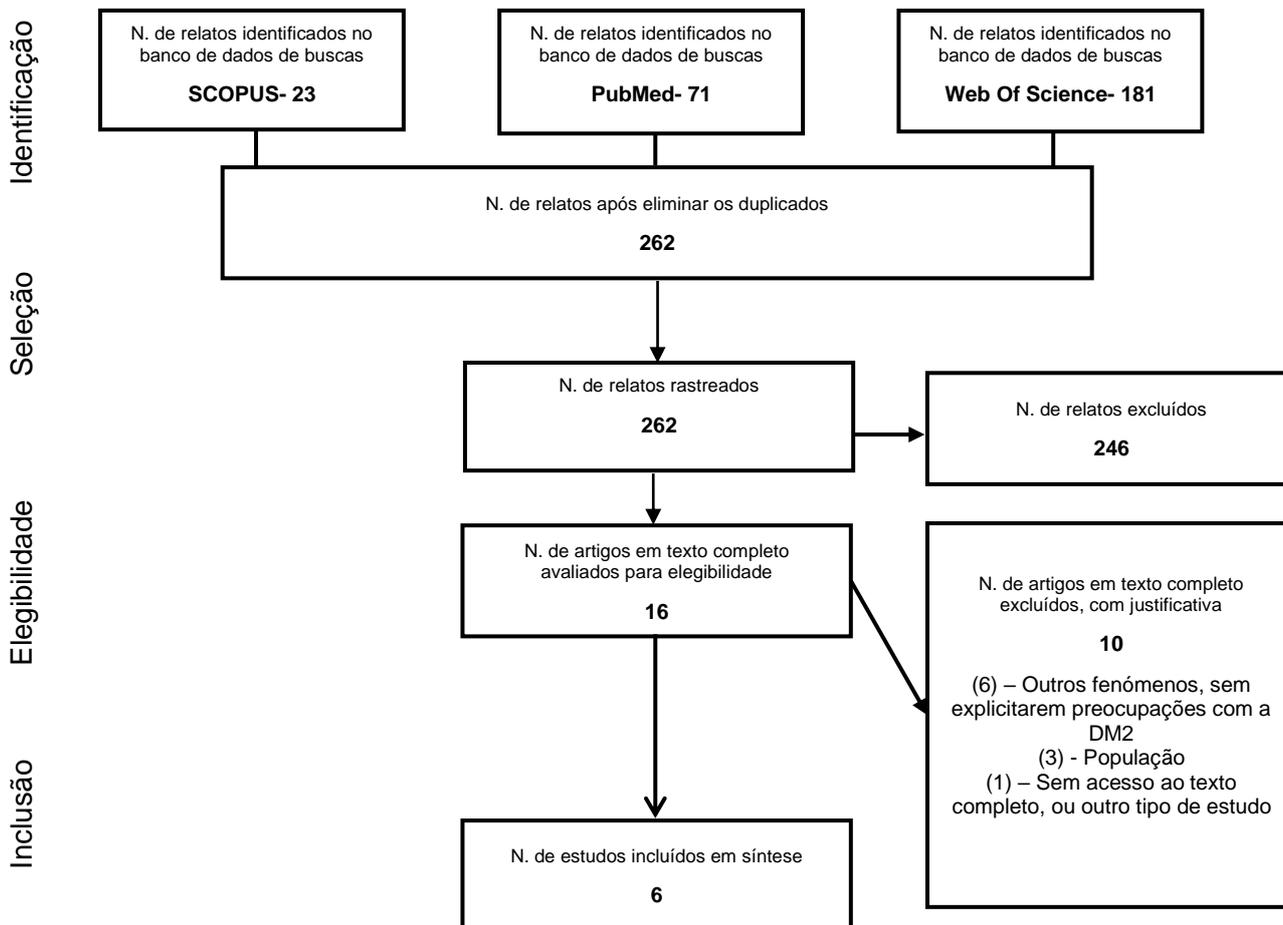


Figura 3 - Fluxograma PRISMA (2009), com as fases e resultados das mesmas. Fluxograma adaptado de Galvão et al. (32)

Os estudos incluídos são muito heterogêneos. Relativamente aos seus objetivos, eles diferem notoriamente entre si e, à exceção do artigo V, não respondem diretamente

à pergunta de investigação, contudo nos seus resultados/ discussão apresentam informações relevantes para alcançar o objetivo da revisão sistemática. Os métodos de recolha dos estudos consistem em entrevistas semiestruturadas, grupos focais, observação, análise documental e aplicação de questionários.

Adicionalmente às informações mencionadas no subcapítulo 3.2 do presente documento, foram extraídos os seguintes dados face às características da amostra: (1) número de pessoas da população- alvo; (2) diagnóstico; (3) idade; (4) tempo de evolução de doença e (5) complicações associadas à DM, este último dado foi extraído apenas para contextualizar o leitor, da realidade da população. Todos os estudos apresentavam o N da amostra, o diagnóstico e a idade, contudo alguns estudos não apresentam dados relativamente à presença de complicações da DM e o tempo de diagnóstico. Estas características podem ser consultadas na tabela 9.

Tabela 9 - Extração de dados dos artigos incluídos - características dos estudos.

ESTUDO (AUTORES, ANO E PAÍS)	OBJETIVO (S)	TIPO DE ESTUDO	METODOLOGIA (MÉTODO(S) DE RECOLHA DOS DADOS)	AMOSTRA (POPULAÇÃO- ALVO, DIAGNÓSTICO, TEMPO DE EVOLUÇÃO DA DOENÇA, COMPLICAÇÕES ASSOCIADAS À DM)	RESULTADOS RELEVANTES PARA RESPONDER À PERGUNTA DA REVISÃO SISTEMÁTICA
I Cecilio, S. <i>et al.</i> , 2016 Brasil (52)	Compreender os aspetos psicossociais em viver com a Diabetes Mellitus.	Estudo qualitativo.	Os dados foram recolhidos através de chamadas telefónicas, com um guião semiestruturado.	16 pessoas com DM2, entre os 20 e 75 anos de idade, com tempo de diagnóstico de diabetes há menos de 20 anos e sem complicações crónicas.	Neste estudo surgiram duas categorias relacionadas com a prática de autocuidado: “cuidar de si” e “redes de apoio”. As principais dificuldades apresentadas pelas pessoas dentro da categoria “cuidar de si”, estão relacionadas com a atividade física, nutrição e aspetos emocionais (subcategorias).
II Erten, Z. <i>et al.</i> , 2013 Turquia (53)	Examinar a vida sexual das mulheres com Diabetes Mellitus tipo 2 e o impacto da cultura na solução para os problemas relacionados com a vida sexual.	Estudo quantitativo e qualitativo.	Os dados foram recolhidos através de <i>Participant Information Form</i> , <i>Diabetes Control Form</i> , <i>the Arizona Sexual Experiences Scale (ASEX)</i> , <i>Sexual Life Definition Form</i> e por entrevistas semiestruturadas.	38 mulheres com DM2, entre os 40 e 66 anos de idade, o tempo de diagnóstico de diabetes foi determinado para variar entre 1 e os 21 anos, 47,4% tinham complicações relacionadas com a DM. Dentro desta amostra 15 mulheres foram entrevistadas (com score ASEX alto).	Neste estudo relata-se que 94,7% das mulheres declarou que tinha uma relação sexual, e 47,4% vive com problemas na relação sexual. Das mulheres que tinham problemas na relação sexual, 38,9% declarou que vivem com este problema há mais de 22 meses e 33,3% declarou que vive problemas na relação sexual devido à doença ou ao cansaço. Relataram também problemas na sexualidade na relação com o marido.
III Young, S <i>et al.</i> , 2016	Obter a perspetiva dos doentes com diabetes tipo 2, especificamente para a comunicação	Estudo qualitativo.	Os dados foram recolhidos através de 21 grupos focais, com um guião semiestruturado.	115 pessoas com DM2, com mais de 18 anos de idade, com tempo diagnóstico de DM, com pelo menos 2 anos.	Neste estudo identifica-se preocupações com as complicações decorrentes da diabetes ou o risco de as vir a ter – este facto leva a controlar melhor as

	Estados Unidos da América (54)	com os prestadores e equipas de saúde.			<i>Nota- Relativamente às complicações decorrentes da diabetes nenhuma informação é fornecida.</i>	glicemias, preocupações com a própria gestão da DM e a iminência da morte.
IV	Saidi, S <i>et al.</i> , 2018 Malásia (55)	Explorar o autocuidado e o suporte do autocuidado em pacientes com diabetes do tipo 2 em meio urbano na Malásia.	Estudo qualitativo.	Os dados foram recolhidos através de entrevistas semiestruturadas, com um guião semiestruturado, análise documental e observação.	18 pessoas com DM2, entre os 28 e 69 anos de idade, com mais de 1 ano de diagnóstico. Destas 18 pessoas, 13 fizeram parte da entrevista e observação, e 5 apenas foram entrevistadas. <i>Nota- Relativamente às complicações decorrentes da diabetes nenhuma informação é fornecida.</i> 20 profissionais de saúde – educadores de diabetes, médicos, farmacêuticos, nutricionistas, enfermeiros generalistas, enfermeiros gestores e assistentes médicos. Destes 20, 10 fizeram parte da entrevista e observação, e outros 10 apenas foram entrevistados. <i>Nota- Apenas foram tidas em conta as citações das pessoas com DM2, uma vez que as citações dos profissionais de saúde ou não explicitam que profissional de</i>	Neste estudo identifica-se preocupações em relação alguns aspetos da gestão da diabetes no dia a dia, e o medo em relação às complicações decorrentes da diabetes.

					saúde, ou se referem aos educadores de diabetes ou a citação refere outros tópicos.	
V	Woodcock, A e Kinmonth, A. 2001 Inglaterra (27)	Determinar se existem diferenças sistemáticas entre as perceções do doente e os enfermeiros sobre as preocupações do doente, e que preocupações relatadas estão relacionadas com o estado clínico e psicológico do doente.	Estudo quantitativo.	Os dados foram recolhidos através de questionário (pergunta aberta e uma <i>checklist</i> com 24 opções de preocupações), com intuito de identificar as principais áreas de preocupação em ter diabetes, na perspetiva da pessoa e na perspetiva do respetivo enfermeiro, que respondeu a um questionário semelhante e separadamente, reportando o que considera ser as preocupações da pessoa.	250 pessoas com DM2, entre os 30,7 e os 71,0 anos de idade, com 1 ano de diagnóstico e 47 enfermeiros. <i>Nota- Relativamente às complicações decorrentes da diabetes nenhuma informação é fornecida.</i>	Os enfermeiros identificaram as principais preocupações das pessoas em apenas 20% dos casos. As principais preocupações das pessoas (mais frequentes) referidas foram: "receio de ficar pior", "seguir conselhos dietéticos" e "danos causados pela diabetes". Os enfermeiros referiram, mais frequentemente: "seguir os conselhos dietéticos", "doença ou dor não relacionada com a diabetes" e "excesso de peso".
VI	Brämberg, E <i>et al.</i> , 2012 Suécia (38)	Descrever os cuidados prestados por um enfermeiro especialista em diabetes, e as necessidades de cuidados expressas pelas pessoas com Diabetes Mellitus tipo 2 e com um histórico de imigração.	Estudo qualitativo.	Os dados foram recolhidos através de observação durante as visitas dos participantes com DM2, ao gabinete do enfermeiro especializado em diabetes, as conversações foram gravadas por áudio.	10 pessoas com DM2 com <i>histórico</i> de imigração, entre os 29 e os 81 anos de idade. 1 enfermeiro especializado em diabetes. <i>Nota- Relativamente às complicações decorrentes da diabetes e aos anos de evolução. nenhuma informação é fornecida.</i>	Neste estudo identificaram-se algumas preocupações das pessoas com DM2 face ao controlo das glicemias; da gestão da DM2 no dia a dia; as hipoglicemias e as relações com a medicação, alimentação e exercício; não ser capaz de lidar, sozinho/a, com uma hipoglicemia.

RESULTADOS DA SÍNTESE TEMÁTICA

Após a síntese temática emergiram seis temas analíticos. Os temas descrevem preocupações das pessoas com DM2, com mais de 1 ano de evolução, que foram surgindo ao longo dos 6 artigos incluídos. Os temas analíticos são: 1) preocupações relacionadas com o autocuidado com a diabetes; 3) preocupações relacionadas com a autonomia e funcionalidade; 2) preocupações relacionadas com as ocupações do quotidiano; 4) preocupações relacionadas com o lazer e relações sociais, 5) preocupações relacionadas com as causas, complicações e comorbilidades e 6) preocupações relacionadas com o seguro e custos. Dentro destes seis temas encontram-se subtemas que vão identificando as preocupações e os dados que as fundamentam. Apenas um dos estudos demonstra a perceção dos profissionais de saúde (enfermeiros) face às preocupações da pessoa (27).

1. Preocupações relacionadas com o autocuidado com a diabetes

Este tema surge devido a algumas situações identificadas relacionadas com o autocuidado das pessoas relativamente à diabetes. Desta forma engloba 4 subtemas no âmbito: da medicação e processos de controlo, do estilo de vida, das glicemias e da própria gestão da diabetes, como podemos observar abaixo.

1.1. Gestão da diabetes

As preocupações relacionadas com a gestão da diabetes, foram identificadas a partir de dados em três artigos (38,54,55) , de modo geral, as pessoas tendem a ter alguma preocupação em gerir a diabetes no seu dia a dia como podemos verificar nas seguintes demonstrações. O estudo de Brämberg *et al.*, reporta que as pessoas com DM2 ocasionalmente levantam tópicos e questões sobre gestão da DM2 no seu dia-a-dia (38). Saidi *et al.*, alude para o facto que sentimentos de incerteza e medo estão, também, contextualizados na autogestão da diabetes no dia a dia, particularmente no controlo da dieta (55). Young *et al.*, reporta que os participantes expressaram preocupações, stress emocional e frustração para gerir a sua condição (54).

1.2. Glicemias

1.2.1. Controlo das glicemias

A preocupação relacionada com o controlo da glicemia foi identificada a partir de dados de 2 artigos (27,38) . Através da citação de uma pessoa com DM2 retirada do estudo de Brämberg *et al.*: “Paciente G: Quando a minha glicemia está alta, como 12 ou 13, o que devo fazer? Posso baixá-la de alguma forma?” [traduzido] (38). No estudo de

Woodcock e Kinmonth verifica-se que na escolha das 3 principais áreas de preocupação (das 24 opções da lista de preocupações) 9 pacientes e 16 enfermeiros assinalaram as “outras preocupações que possam afetar o controlo da glicémia”. (27).

1.2.2. Glicemia Alta e Glicemia Baixa

As hipoglicemias e as hiperglicemias é algo que se identificou como preocupação das pessoas. No estudo de Woodcock e Kinmonth, verifica-se que na escolha das 3 principais áreas de preocupação(das 24 opções da lista de preocupações) a preocupação com os níveis de glucose elevado no sangue foi uma das preocupações assinaladas contando com 39 pacientes e 45 enfermeiros a assinalarem esta preocupação (27). Em Saidi *et al.*, destacou-se a seguinte citação “Por vezes não tomo a insulina porque sou demasiado preguiçoso para me injetar. Mas quando verifico o meu nível de açúcar e ele está elevado, sinto-me arrependido e assustado. Por isso, não tenho escolha.(Paciente 8)” [traduzido] (55). Em relação às glicemias baixas – hipoglicemias- o mesmo é constatado. À semelhança das glicemias altas, no estudo de Woodcock e Kinmonth, verifica-se que na escolha das 3 principais áreas de preocupação, a preocupação com os níveis baixos de glucose no sangue foi uma das preocupações assinaladas, contando com 8 pacientes e 6 enfermeiros a assinalaram esta preocupação (27). Brämberg *et al.*, reporta que uma pergunta frequente era a preocupação em lidar com a hipoglicemia. A adaptação da medicação, em relação aos alimentos e exercício, de modo a evitar a hipoglicemia, era um tópico importante para a pessoa (38).

1.3. Medicação e processos de controlo

1.3.1. Processos de controlo

Esta preocupação verifica-se no estudo de Woodcock e Kinmonth, na escolha das 3 principais áreas de preocupação a preocupação com testar sangue e urina em casa foi uma das preocupações assinaladas, contando com 9 pacientes e 20 enfermeiros a assinalaram esta preocupação(27).

1.3.2. Medicação

Relativamente à preocupação com a medicação esta foi identificada no mesmo estudo citado anteriormente, este reporta que “os 17 pacientes (6,8%) que descreveram "comprimidos/insulina" como a sua principal preocupação, incluem pessoas com medo de passar de comprimidos para insulina.” As preocupações com a medicação foram menos referidas pelos enfermeiros (4 menções:2,1%) (27). A preocupação com a medicação foi identificada através de citações de outros dois estudos (52,55), uma das

peças com DM2, o estudo de Cecilio *et al.*, reporta que a maioria das peças refere ansiedade e sintomas depressivos face ao tratamento, acompanhado de desmotivação, uma citações que acompanha esta informação e nos alude para a medicação é a seguinte: “ah ... aplicar [insulina] todos os dias não é fácil, pois não?” (U15) [traduzido] (52) , há ainda quem refira, no estudo de Saidi *et al.*, que: “tomar injeções de insulina faz parte da minha rotina diária, preciso de a tomar quatro vezes por dia. Por vezes, sinto-me stressado e pergunto a mim mesmo, quanto tempo tenho de viver a minha vida desta maneira? Por vezes não tomo a insulina porque sou demasiado preguiçoso para me injetar. Mas quando verifico o meu nível de açúcar e ele está elevado, sinto-me arrependido e assustado. Por isso, não tenho escolha. (Paciente 8).” [traduzido] (55).

1.4. Estilo de vida

1.4.1. Peso corporal

A preocupação pelo peso corporal foi identificada a partir do estudo de Woodcock e Kinmonth, este reporta que, frequentemente, tanto os pacientes como os enfermeiros em resposta à pergunta aberta do estudo, mencionam a preocupação "controlar o peso" ou o estar em "excesso de peso". Ainda neste estudo na escolha das 3 principais áreas de preocupação, a preocupação com o “excesso de peso” foi uma das preocupação assinaladas, contando com 77 pacientes e 62 enfermeiros a assinalaram esta preocupação (27).

1.4.2. Hábitos tabágicos

A preocupação com os hábitos tabágicos também foi identificada, no estudo Woodcock e Kinmonth, no qual se verifica que na escolha das 3 principais áreas de preocupação a preocupação com “fumar” foi uma das preocupações assinaladas, contando com 12 pacientes e 9 enfermeiros a assinalaram esta preocupação (27).

1.4.3. Dieta

As preocupações relacionadas com a dieta, ou, “seguir os conselhos dietéticos” foi identificada a partir de dados de três artigos (27,52,55). Woodcock e Kinmonth, reporta que tanto os pacientes no estudo, como os enfermeiros, descreveram “seguir conselhos dietéticos” como umas das principais preocupações (27). Em Saidi *et al.*, salientou-se a seguinte citação de uma das peças com DM2 “Senti-me assustado, especialmente no que diz respeito à dieta. Tive medo de comer bebidas ou alimentos doces e também reduzi a quantidade de comida que comia. Senti-me preocupado em comer qualquer comida. Tinha medo de que se eu comesse mais, o meu nível de açúcar iria aumentar” (Paciente 7) [traduzido] (55). Por fim, o estudo de Cecilio *et al.*, reporta que as peças ficam ressentidas em terem que seguir uma dieta, expressando dificuldades em não

comer como gostariam, fundamentando com uma das seguintes citações:“... A alimentação prejudica a prática do autocuidado. Por exemplo, por vezes, mesmo sabendo que tenho de diminuir os hidratos de carbono, não consigo gerir e acabo por comer tudo na mesma (U4).”[traduzido] (52).

1.4.4. Exercício físico

Face ao exercício físico, a sua prática, foi outra preocupação englobada dentro do subtema - estilos de vida. Esta preocupação identificou-se a partir de dados de 2 artigos (27,52). No estudo de Woodcock e Kinmonth, verifica-se que na escolha das 3 principais áreas de preocupação, a preocupação com o “fazer exercício” foi uma das preocupações assinaladas, contando com 20 pacientes e 23 enfermeiros a assinalaram esta preocupação.(27) Cecilio *et al.*, reporta que a dificuldade de praticar exercício, está relacionada com a falta de organização da rotina diária e com falta de coragem para fazê-lo, algumas citações se destacaram: “Falta de disciplina para realizar atividade física, isto é o que mais me perturba (U1);” Estou realmente a tentar fazer exercício (U2)”[traduzido] (52).

2. Preocupações relacionadas com a autonomia e funcionalidade

O tema relacionado com a autonomia e funcionalidade engloba questões relacionadas com a funcionalidade e autonomia para as atividades do dia-a-dia. Desta forma tem 2 subtemas: a perda de independência e da condução.

2.1. Condução

A preocupação relacionada com a condução foi identificada no estudo Woodcock e Kinmonth, neste verifica-se que na escolha das 3 principais áreas de preocupação, a preocupação com “conduzir” foi uma das preocupações assinaladas, contando com 16 pacientes e 8 enfermeiros a assinalaram esta preocupação (27).

2.2. Perda da independência

A preocupação com a perda de independência foi, também, identificada no estudo acima citado, neste verifica-se que na escolha das 3 principais áreas de preocupação, a preocupação com “perder a independência” foi uma das preocupações assinaladas, contando com 9 pacientes e 6 enfermeiros a assinalaram esta preocupação (27).

3. Preocupações relacionadas com as ocupações do quotidiano

Este tema engloba preocupações relacionadas com as ocupações do dia-a-dia da pessoa, desta forma levantou-se o subtema: trabalho e reforma.

3.1. Trabalho/reforma

A preocupação relacionada com o trabalho/reforma foi identificada no estudo de Woodcock e Kinmonth, neste estudo verifica-se que na escolha das 3 principais áreas de preocupação, a preocupação com o trabalho / reforma foi uma das preocupações assinaladas, contando com 19 pacientes e 27 enfermeiros a assinalaram esta preocupação (27).

4. Preocupações relacionadas com o lazer e relações sociais

Este tema engloba as preocupações que foram identificadas relacionadas com o lazer e relações sociais, desta forma engloba dois subtemas: férias e relações sociais.

4.1. Férias

O tema das férias foi umas das preocupações identificadas através do estudo de Woodcock e Kinmonth. Verifica-se que na escolha das 3 principais áreas de preocupação, a preocupação com as férias foi uma das preocupações assinaladas, contando com 9 pacientes e 10 enfermeiros a assinalaram esta preocupação (27).

4.2. Relações sociais

As preocupações relacionadas com as relações sociais, foi identificada através dos dados de Woodcock e Kinmonth. Neste estudo verifica-se que na escolha das 3 principais áreas de preocupação, a preocupação com a “opinião dos amigos & relacionamentos” foi uma das preocupações assinaladas, contando com 2 pacientes e 13 enfermeiros a assinalaram esta preocupação (27).

5. Preocupações relacionadas com as causas, consequências e comorbilidades

O presente tema é amplo contém 7 subtemas. Estes englobam preocupações relacionadas com as causas da diabetes, com questões ligadas às complicações decorrentes da DM tais como: dores e doenças relacionadas e, também, as preocupações com dores e doenças sem estarem relacionadas com a diabetes, bem como com o receio de piorar e de morrer.

5.1. Causas da diabetes

A causa da diabetes é uma das preocupações relacionadas da diabetes como podemos verificar no estudo de Woodcock e Kinmonth, na escolha das 3 principais áreas de preocupação, a preocupação com as “causas da diabetes” foi uma das preocupações assinaladas, contando com 21 pacientes e 13 enfermeiros a assinalaram esta preocupação (27).

5.2. Receio de piorar

O receio de piorar também é uma das preocupações das pessoas, no estudo acima referido, neste verifica-se, também, que na escolha das 3 principais áreas de preocupação, a preocupação “receio de piorar” foi a segunda opção mais assinalada, 97 pacientes e 53 enfermeiros assinalaram esta preocupação. O receio de piorar está no topo das respostas dos pacientes, em resposta à pergunta aberta da principal preocupação, e juntamente com a preocupação "danos causados pela diabetes" compreendem 45 respostas dos pacientes (18%), mas apenas 8 respostas dos enfermeiros (4.3%) (27).

5.3. Alterações de humor

À semelhança da preocupação anterior (receio de piorar), em Woodcock e Kinmonth, verifica-se que as “alterações de humor” é algo que suscita preocupação em algumas pessoas com DM2, uma vez que na escolha das 3 principais áreas de preocupação, a preocupação com as “alterações de humor” foi uma das preocupações assinaladas, contando com 29 pacientes e 4 enfermeiros a assinalarem esta preocupação (27).

5.4. Fadiga/falta de energia

O mesmo acontece com a preocupação relacionada com a fadiga e falta de energia, esta é outra das preocupações assinalada pelas pessoas com DM2, no estudo de Woodcock e Kinmonth. Na escolha das 3 principais áreas de preocupação, a preocupação fadiga/falta de energia foi das opções mais assinaladas, 84 pacientes e 33 enfermeiros assinalaram esta preocupação (27).

5.5. Complicações e danos relacionados com a diabetes

As complicações da diabetes de forma ampla é uma preocupação que se identificou em 3 estudos (52,54,55), um outro estudo refere que uma das preocupações é o dano causada pela diabetes (27). Young *et al.*, reporta que as preocupações tais como amputações e o desenvolvimento de outras complicações de saúde são apontadas como razões que levam à monitorização das glicemias, o revela que é uma das preocupações das pessoas (54). Cecilio *et al.*, reporta que muitas pessoas temem ter complicações crónicas, à semelhança de exemplos trágicos que têm de amigos ou familiares - “Agora tenho um registo historial na família com diabetes, o meu irmão morreu, um tio amputou uma perna, uma sobrinha, que estudava enfermagem, ficou subitamente doente, a sua glucose atingiu 600 mg/dl (U13).” [traduzido].(52) Saidi *et al.*, reporta que as pessoas descrevem a diabetes como uma doença que causa destruição

no corpo. As pessoas são temerosas das complicações da diabetes, algumas pessoas descrevem “viver com medo” (55). Em relação ao estudo Woodcock e Kinmonth verifica-se que na escolha das 3 principais áreas de preocupação, os "danos causados pela diabetes" foi das preocupações mais assinaladas, 113 pacientes e 55 enfermeiros assinalaram esta preocupação (27).

5.5.1. Doença ou dor relacionada com a diabetes

A dor ou doença relacionada com a diabetes, é uma preocupação identificada no estudo Woodcock e Kinmonth, sem especificações. Verifica-se que na escolha das 3 principais áreas de preocupação, a preocupação com a “doença ou dor relacionada com a diabetes” foi uma das preocupações assinaladas, contado com 14 pacientes e 7 enfermeiros a assinalaram esta preocupação, (27). A dor é algo também identificado numa das citações que consta no estudo de Cecilio *et al.*, : “Algumas coisas não estão dentro de nós ... essa fase foi muito difícil e eu fiz os exames e eu disse ao médico, sabes que mais, eu quero morrer, não precisas de aumentar a medicação porque a dor é demasiada, é muito forte e não sei se aguento isso (U7)”[traduzido] (52).

5.5.2. Problemas na sexualidade

As questões relacionadas com a sexualidade foram identificadas em 2 estudos (27,53). No estudo de Woodcock e Kinmonth, verifica-se que na escolha das 3 principais áreas de preocupação, a preocupação com os “problemas sexuais” foi uma das preocupações assinaladas, contado com 13 pacientes e 8 enfermeiros a assinalaram esta preocupação (27). No estudo Erten *et al.*, salientou-se algumas citações que demonstravam problemas neste campo, “Tenho problemas sérios com o meu marido. Os meus filhos do meu marido anterior culpam-me por causa do meu segundo casamento, por isso as minhas relações com eles também são más. Desde que tomo medicamentos para a DM, a minha relação com o meu marido piorou em termos de sexualidade, o que também causou um aumento de ansiedade entre nós. Por conseguinte, tenho uma relação sexual apesar de não querer realmente”. [traduzido] (53), este facto pode se tornar um fator de preocupação para as pessoas.

5.5.3. Problemas na visão

O estudo de Woodcock e Kinmonth, reporta que a visão integra umas das 11 principais preocupações mencionadas pelas pessoas, na pergunta aberta do estudo (27).

5.5.3.1. Cegueira

Em relação à cegueira, no estudo de Saidi *et al.*, destacou-se uma das citações que transmite a noção da preocupação da pessoa com a cegueira: “Eu tive uma discussão com o médico. Ele disse que esta doença é grave. Pode causar danos aos meus rins, terei problemas com a cicatrização de feridas, há pessoas que perdem os seus membros e se afetar os meus olhos, posso ficar cego” (Paciente 2)[traduzido] (55).

5.5.4. Problemas no sistema cardiovascular

No estudo de Young *et al.*, salientou-se uma das citações de um dos participantes com DM2, que revela preocupações relativamente a problemas cardiovascular, como os AVC's e enfartes: “Tento tomar conta de mim próprio porque não quero perder um pé ou uma perna, não quero ter um AVC ou um ataque cardíaco, e eu quero estar aqui para ver os meus netos casarem e terem filhos, todas essas coisas são importantes para mim, família, e é por isso que eu tomo conta de mim mesmo, porque podes, faz realmente a diferença, tens uma escolha quando tens diabetes, podes tomar conta de ti mesmo e viver mais tempo.” [traduzido] (54).

5.5.5. Problemas nos rins

Os problemas nos rins também é algo mencionado, numa das citações acima citada no estudo de Saidi *et al.*, a mesma citação, também, demonstra alguma preocupação com os problemas nos rins: “Eu tive uma discussão com o médico. Ele disse que esta doença é grave. Pode causar danos nos meus rins, terei problemas com a cicatrização de feridas, há pessoas que perdem os seus membros e se afetar os meus olhos, posso ficar cego (Paciente 2)”[traduzido] (55).

5.5.6. Feridas e cicatrização

No estudo de Saidi *et al.*, destacaram-se duas citações de participantes que revelaram algumas preocupações relacionadas com o tema das feridas e da sua cicatrização, uma delas já acima citada: “Eu tive uma discussão com o médico. Ele disse que esta doença é grave. Pode causar danos nos meus rins, terei problemas com a cicatrização de feridas, há pessoas que perdem os seus membros e se afetar os meus olhos, posso ficar cego” (Paciente 2) [traduzido], e a outra citação é uma observação do mesmo estudo que nos indica a preocupação com o desenvolvimento de feridas “Foi mostrado à Sra. A uma fotografia de uma úlcera grave no pé e avisada sobre a possibilidade de enfrentar o mesmo problema, se ela não controlasse devidamente o

seu nível de açúcar e não cuidasse dos seus pés. A Sra. A parecia preocupada e disse "isso é o que mais me preocupa" (Observação)[traduzido] (55).

5.5.7. Tratamento das complicações

5.5.7.1. Amputação

A amputação dos membros foi algo identificado como preocupações das pessoas através das seguintes demonstrações. No estudo de Saidi *et al.*, destacaram-se citações que demonstram esta preocupação: "Quando o médico me disse que eu tinha diabetes, eu na verdade não sabia o que era. A enfermeira disse-me que a diabetes é 'urina doce'. Eles (os Profissionais de Saúde) também me mostraram fotografias de pessoas com a perna a ser cortada por causa da diabetes. Então eu soube que a diabetes era perigosa. Assustou-me". (Paciente 12)" [traduzido] (55). Em Young *et al.*, reporta que as preocupações tais como amputações e o desenvolvimento de outras complicações de saúde foram apontadas como razões que levam a monitorização das glicemias (54). No estudo de Cecilio *et al.*, os autores reportam que muitas pessoas temem as complicações crónicas, foi destacada a seguinte citação de um dos participantes "Agora tenho um registo histórico na família de diabetes, o meu irmão morreu, um tio amputou uma perna, uma sobrinha, que estudava enfermagem, ficou subitamente doente, a sua glucose atingiu 600 mg/dl (U13)." [traduzido] (52).

5.6. Morte relacionada com a diabetes

Esta preocupação foi identificada a partir de citações de dois estudos (52,54). No estudo de Cecilio *et al.*, a citação já acima referida foi destacada "Agora tenho um registo histórico na família com diabetes, o meu irmão morreu, um tio amputou uma perna, uma sobrinha, que estudava enfermagem, ficou subitamente doente, a sua glucose atingiu 600 mg/dl (U13)." [traduzido] (52). E no estudo de Young *et al.*, a seguinte citação foi, também destacada : "Tento tomar conta de mim próprio porque não quero perder um pé ou uma perna, não quero ter um AVC ou um ataque cardíaco, e eu quero estar aqui para ver os meus netos casarem e terem filhos, todas essas coisas são importantes para mim, família, e é por isso que eu tomo conta de mim mesmo, porque podes, faz realmente a diferença, tens uma escolha quando tens diabetes, podes tomar conta de ti mesmo e viver mais tempo." [traduzido] (54).

5.7. Dor ou doença não relacionada com a diabetes

A doença ou dor não relacionada com a diabetes, é uma das preocupações assinaladas no estudo de Woodcock e Kinmonth, sendo que as onze principais

preocupação , descritas em questão aberta, no estudo foram : seguir conselhos dietéticos; receio de piorar; dano causado pela diabetes; comprimidos/insulina; visão; excesso de peso/controlar peso; níveis altos de glicemia no sangue; doença ou dor relacionada com a diabetes; trabalho/reforma; doença ou dor não relacionada com a diabetes e fadiga/falta de energia. Contudo os enfermeiros referiram mais esta preocupação que as próprias pessoas (8,5% versus 2,0%, respetivamente)(27).

6. Preocupações relacionadas com o seguro e custos

Termina-se a síntese temática dos resultados da revisão sistemática, com o tema que engloba as preocupações que foram identificadas relacionadas com o seguro e os custos. Este tema tem 2 subtemas: seguros e custos associados ao tratamento e dieta.

6.1. Seguros

No estudo de Woodcock e Kinmonth, verifica-se se a preocupações com o seguro, uma vez que na escolha das 3 principais áreas de preocupação, a preocupação com o seguro foi uma das preocupações assinaladas, contando com 21 pacientes e 4 por enfermeiros a assinalarem esta preocupação (27).

6.2. Custos associados à dieta e outros tratamentos

As preocupações relacionadas com os custos associados à dieta e outros tratamentos foi algo identificado em Woodcock e Kinmonth, verificando-se que na escolha das 3 principais áreas de preocupação, a preocupação com os custos da dieta ou outro tratamento foi uma das preocupações assinaladas, contando com 17 pacientes e 6 enfermeiros a assinalarem esta preocupação, (27). Face aos custos associados, exclusivamente à dieta, o estudo de Cecilio *et al.*, reporta que estes são um fator que dificulta seguir uma alimentação saudável, destacando-se a seguinte citação “Devido à falta de dinheiro eu não posso continuar a comprar coisas dietéticas porque elas são mais caras (U11)”[traduzido] (52) .

De modo sucinto, relativamente à síntese de resultados destacam-se alguns aspetos que constituem as preocupações: (1) face ao autocuidado compreende-se que a gestão da diabetes suscita grande preocupação nas pessoas, tendo inclusive um impacto emocional; (2) o peso, o seguimento da dieta e o seu controlo é algo que se destaca no tema dos estilos de vida. Ainda associada à dieta foi identificada os custos da mesma; (3) relativamente à medicação destaca-se quer seja o início da insulina, quer seja o facto desta ser injetável; (4) os valores e o controlo das glicemias também são fator de preocupação; (5) a prática de exercício físico e conseguir englobar o exercício

físico no dia-a-dia; (6) um tema vasto que suscita muitas preocupações são as causas, consequências e comorbilidades, destacando-se as complicações e os danos relacionados com a diabetes; (7) a amputação é algo que suscita bastante preocupação e receios (8) bem como a esperança de vida e a morte.

4.2. Estudo Qualitativo: técnica de grupos focais

Da análise dos grupos focais surgiram 14 preocupações de um modo mais abrangente (temas) (figura 4) e dentro dessas preocupações temos subtemas - preocupações mais específicas. A descrição das preocupações são acompanhadas por excertos que melhor as fundamentam, tanto na perspectiva dos profissionais de saúde, como na perspectiva das pessoas com DM2. Esta análise tem como objetivo fazer o levantamento das preocupações das pessoas com DM2, independentemente da frequência com que foram mencionadas.



Figura 4 - Preocupações [temas mais abrangentes] das pessoas com DM2 - resultados da análise temática dos grupos focais.

1. Preocupações relacionadas com a qualidade e esperança de vida

Ao longo dos discursos das pessoas, as questões da qualidade de vida emergiram. Este tema engloba questões relacionadas com: a cronicidade da DM2, a sua severidade, a qualidade do descanso, o cansaço/fadiga, a esperança de vida e autonomia e funcionalidade.

1.1. Cronicidade da DM2

As preocupações inerentes à cronicidade da doença foram referidas por algumas pessoas com DM2:

- “Eu acho que não dão muito apoio psicológico a quem recebe uma notícia, “você é diabético”, porque isto... a gente vamos carregar para o resto da nossa vida, não é?”
DM2_mais de 1 evolução_sem complicações.

- “Para mim foi uma grande revolta ter diabetes, porque eu sempre fui uma pessoa super saudável até ser mãe, não é? E o encaixar em mim, OK (...) agora tens uma doença, e que não há cura para ela, ainda hoje tento aceitá-la, prontos, e perceber que toda as doenças que a gente ouve falar e vou voltar a referir o cancro, há cura e porque é que não há cura para os diabetes? porquê? é isso a minha questão”.
DM2_mais de 1 evolução_sem complicações.

Na perspetiva dos profissionais de saúde, podemos notar esta preocupação no seguinte discurso:

- “por outro lado que vou curar a diabetes, pronto isto é só uma coisa ligeira, não vai durar muito tempo, então se eu agora normalizar os valores deixo de ter diabetes, aquela ideia do conceito para a vida toda é bocadinho complicada, de ser mecanizada”.
Grupo_focal_profissionais de saúde.

1.2. Severidade da DM2

A severidade da doença foi mencionada na perspetiva de pessoas com DM2:

-“nós já temos um problema que é crónico, que é grave que mexe conosco... (...)
“DM2_mais de 1 evolução_sem complicações.

- “Mas é isso, eu acho que é isso, eu não tenho medo da ... que me confrontam com a verdade, com a realidade, a gravidade, porque é grave o diabetes, vamos ser honesto, mas eu acho que tem maneira de dizer que talvez, alguns, nem todos, alguns profissionais dessa área da saúde faltam ainda...”
DM2_mais de 1 evolução_sem complicações.

1.3. Qualidade do descanso

A qualidade de sono foi identificada como uma outra preocupação, em ambas as perspetivas.

A qualidade de sono é afetada por diversos fatores decorrentes da diabetes, entre os quais o maior número da ida às casas de banho para urinar:

- “eu penso que a diminuição da qualidade de vida, por exemplo, comigo acontece, quando a diabetes está realmente, como eu costuma dizer como o cão assanhada, eu tenho noites de me levantar 7 x para ir urinar, portanto esse sono (...) no outro dia eu pareço um morto vivo, eu sento-me à secretária e daqui um bocadinho estou a dormir, vou conduzir chega-me um sono, tenho 2 soluções ou me deixo dormir, ou paro em qualquer lado para me mexer, portanto a qualidade de vida ,aí realmente baixa bastante , porque o sono, não é sono, aquilo é ... como eu costume dizer é passar pelas brasas, porque daí um bocadinho vem outra vez a vontade de ir à casa de banho urinar, portanto essas coisas sim, preocupam-me”.
DM2_mais de 1 evolução_com complicações menor.

É também afetada pelas dores, entre outras questões:

- “e já faz 2/3 meses que estou com muita dor nos braços, como se alguém me tivesse permanentemente puxando o meu braço , aí eu sinto “crack” [som] um barulhinho aqui , para dormir não é fácil a gente acorda a toda a hora, quando não é para ir ao banhe..., à casa de banho é simplesmente para achar uma posição para deitar , porque a perna está a doendo, o ombro está a doendo.”
DM2_mais de 1 evolução_sem complicações.

Um dos profissionais de saúde refere também receios relacionadas com o sono, mas por questões derivantes das hipoglicemias.

- “Vou só juntar outra, também na mesma linha que é a qualidade de sono, há pessoas que têm medo de adorme... de dormir, e de dormir por períodos maiores por receio de hipoglicémias, e acordam durante a noite e põem o despertador, e...” Grupo focal_ profissionais de saúde.

1.4. Cansaço/ fadiga

Uma outra questão que pode desencadear alguma preocupação, na perspectiva de algumas pessoas com DM2, é a questão do cansaço /fadiga:

- “é a questão do próprio cansaço, e da própria fadiga e isto vai de alguma forma, eu diria, roendo, causando uma série de maleitas “DM2_mais de 1 evolução_sem complicações.

Sendo ainda referido algum cansaço psicológico:

- “por outro lado é a questão do cansaço ao final do dia, ultimamente tenho me sentido realmente muito cansado, e chego a casa absolutamente exausto, e não estou a falar da questão física, não ando a correr, não ando... pronto estou a falar mesmo...pah às vezes é a questão também psíquica, de...a questão do stress, e de gerir todas estas questões, ter depois ainda que chegar ao final do dia e ainda ver algumas coisas, gerir algumas coisas. Mas sim, o cansaço aqui é central, sinto-me mais cansado, mas claro que a questão aqui dos 47 anos, também vai começando a pesar, não é? (...) Já não há aquela ideia, de uma pessoa chegar, jantar e ir ainda beber um café, já não tenho aquela vontade...”DM2_mais de 1 evolução_sem complicações.

1.5. Esperança de vida

As questões decorrentes da esperança de vida, também foram identificadas em discursos de ambas as perspectivas.

As questões da iminência de morte:

- “e tive um amigo de infância que morreu muito cedo, portanto, o medo é que eu tive não é, quando se sabe”. DM2_mais de 1 evolução_com complicações maior.

As questões de viver mais uns anos:

- “Mas eu acho que temos que ter um maior equilíbrio possível, porque também temos a nossa família, temos os nossos filhos, também temos que olhar um bocadinho para eles e precisamos que eles estejam cá... que eles precisam que nós estejamos cá mais tempo para lhes dar suporte e para lhes dar essa educação ...”DM2_mais de 1 evolução_sem complicações.

Um dos profissionais de saúde refere que as mudanças drásticas estão, por vezes, associadas ao desejo de viver mais uns tempos:

- “normalmente a mudança drástica de comportamentos , não tem nada a ver com a doença, tem a ver com sei lá... o nascimento do neto... que de repente a pessoa é precisa , para levar à escola e buscar, e portanto sente-se útil novamente e portanto chega à consulta e diz digam-me tudo novamente de inicio que agora quero fazer tudo direitinho que eu preciso de viver mais uns anos para levar o meu neto .”Grupo_focal _profissionais de saúde.

1.6. Autonomia e Funcionalidade

Uma preocupação transversal a todos os grupos relaciona-se com a autonomia e a funcionalidade.

Como as questões da mobilidade:

-“mas eu fico mais pensado em consequências graves, assim de não poder mais andar, eu tenho uma sobrinha que tem 22 anos , que é a minha sobrinha mais velha , ela não é casada... e aí eu fico pensado eu quero poder ver os meus sobrinhos casar, talvez, ter

filhos, e não puder brincar com eles... e isso é uma coisa que às vezes me deixa acordado bastante à noite de pensar se eu tiver que estar de cadeira de rodas e não puder mais brincar com os meus sobrinhos, isso é uma coisa que às vezes me preocupa [emocionado].”DM2_mais de 1 evolução_sem complicações.

Questões como a dependência:

- “Eu principalmente foi a vista, porque agora antes de ter sido operado andei à volta de 6 meses com derrame atrás de derrame e sem conseguir sair de casa sozinho, é um bocado constrangedor uma pessoa precisar de alguém para andar na rua.” DM2_mais de 1 evolução_com complicações major.

Questões relacionada com autonomia, em diversos campos de vida:

- “da retinopatia sim, tenho algum medo de perder a vista e isso me muda, fundamentalmente, o meu sistema de vida, digamos assim, que tem muito a ver com a leitura, e com a... portanto ... também a condução automóvel, etc”. DM2_mais de 1 evolução_com complicações minor.

Com a perda da autonomia, destacada por alguns dos profissionais de saúde:

- “até a perda da autonomia, na realidade, que eu acho que se põe muito, quando a diabetes tipo 2 é diagnosticada e muitas vezes é através das próprias complicações”. Grupo_focal _profissionais de saúde.

Que pode também influenciar atividades essenciais:

- “o problema social que se coloca é quando já há um compromisso grande da visão, em que o doente começa a perder a sua autonomia, em.. começa a ter dificuldade em ler, em escrever, e depois a condução.” Grupo focal_ profissionais de saúde.

Destacam-se os aspetos relacionados com a condução, tanto na perspetiva das pessoas com DM2, como na perspetiva de um dos profissionais de saúde:

- “A vista para mim é um problema grave, eu adoro conduzir e sei que hoje já não sou o mesmo do que era a conduzir, principalmente por causa da vista esquerda, não tem nada a ver. “DM2_mais de 1 evolução_com complicações major.

- “condução é um problema muito importante, principalmente para os homens, numa faixa etária, há muitos condutores que não aceitam e que não deixam de guiar.” Grupo focal_ profissionais de saúde.

2. Preocupações relacionadas com o estilo de vida

Ao longo dos grupos focais surgiram vários discursos relacionados com preocupações com o estilo de vida, quer seja com alterações nos estilos de vida, em si, como mais especificamente com questões relacionadas com a alimentação, o exercício físico, o consumo de álcool e o controlo do peso.

2.1. Alterações dos estilos de vida

A própria questão da mudança do estilo de vida, de um modo geral, pode-se tornar fator de alguma preocupação para as pessoas com DM2, como se pode ver pela perspetiva de algumas das pessoas com DM2, assim como sob a perspetiva dos profissionais de saúde:

- “Acho que deviam de ter, esse cuidado, como a Z diz, porque isto afeta-nos muito psicologicamente, muito [ênfase] e acho que não têm a noção do quanto, porque ah... a gente acarta as dores, a medicação, alteração na nossa vida em termos alimentares, no

meu caso, ter que me privar de andar, de correr, porque os meus pés não aguentam e tudo..."DM2_mais de 1 evolução_sem complicações.

- "Outras complicações da diabetes, ficam um bocadinho para o futuro, não é? É a tal história de que, quando aparecem as complicações oculares, as complicações dos pés, aquelas todas que preocupam muito os profissionais de saúde, "mas... não preocupam no meu dia -a -dia, o que me afeta no dia-a-dia é se me dizem que eu tenho que comer uma coisa que é aquilo que eu não gosto de comer, aquilo que me preocupa hoje em dia é se eu tenho que fazer uma atividade física, se eu me canso a fazer atividade física, e portanto preocupa-me que eu tenha um desajuste entre aquilo... que me mandam fazer, e aquilo que eu acho que é o que tenho de fazer ,e que posso fazer , e isso sim cria-me aqui alguma instabilidade". Grupo focal_ profissionais de saúde.

Um aspeto interessante dos dados é que há profissionais de saúde que referem que nas fases iniciais de diagnóstico, as preocupações são mais imediatistas, mais relacionadas com as mudanças de vida:

- "numa fase inicial, quer saber, um bocadinho o que é que vai mudar, ou que é que pode mudar na vida deles, no imediato, mas não se preocupam tanto com as complicações crónicas, pelo menos é essa a percepção que eu tenho". Grupo focal_ profissionais de saúde.

2.2. Alimentação

Muitas das vezes as questões da própria alimentação suscitam preocupação, pelo facto de ter que haver alguns cuidados com a alimentação ou mesmo algumas restrições, como se pode verificar pelo discurso das pessoas com DM2, sendo também uma realidade referida pelos profissionais de saúde:

- "acho que ainda há muita coisas dentro disso, há muitas coisas, já não como doces, não ponho nenhum doce na boca, é uma preocupação..."DM2_mais de 1 evolução_com complicações major.

- "tenho eventualmente muito cuidado, não terei o cuidado que devia ter com a alimentação, porque enfim, devia ter mais mas mesmo assim consigo manter os níveis normais ou razoáveis do açúcar ...está controlado". DM2_mais de 1 evolução_com complicações major.

- "Preocupação sobre... ahhh... com alimentação, não conseguir comer sem desequilibrar a diabetes." Grupo_focal _profissionais de saúde.

2.3. Exercício físico

As preocupações das pessoas também passam pela questão do exercício físico, como por exemplo, não conseguir fazer exercício por limitações físicas, ou não terem ainda conseguido tornar o exercício um hábito diário, entre outros fatores. Podemos observar no discurso de um dos participantes com DM2, uma destas preocupações:

- "Portanto quando um médico me diz "vocês têm que fazer exercício físico" e eu digo "- eu não consigo" porque eu não consigo andar de sapatos altos , e para nós mulheres isso é dramático, pelo menos para mim foi , e eu não consigo fazer percursos muito grandes, e como devem calcular se eu fui militar gostava de fazer algum exercício físico e fazer caminhadas, e correr, e neste momento eu não me sinto capaz de o fazer e isso deixa-me extremamente frustrada." DM2_mais de 1 evolução_sem complicações.

Um dos profissionais de saúde, também mencionou o fator tempo e dinheiro, relacionados com a atividade física.

- *“Estava a falar da atividade física, muitas vezes as pessoas vêm com aquela preocupação de não ter tempo, nem dinheiro para irem a um ginásio. E então arrumam o assunto porque, não posso, não tenho tempo”. Grupo_focal_profissionais de saúde.*

2.4. Controlar o peso

Um outro tema ligado ao estilo de vida é a questão do controlo do peso, tanto do controlo em si ou no próprio aumento do peso, que pode surgir sob determinada terapêutica, entre outros fatores. Estas questões surgem no discurso de algumas das pessoas com DM2, como podemos observar neste participante, a preocupação com o controlo do seu peso:

- *“Eu durante a crise diabética, quando apareceu há 3 anos, conseguia hospitalizado perder 10 kg, através de uma dieta rigorosa. Mas a minha médica na associação, acha que os meus 96 kg deviam baixar, e eu não consigo baixar, nem com exercício físico, nem com dieta... e isso contraria-me bastante, não conseguir baixar, pelo menos mais 5 kg, que era o que seria compatível com a minha altura.” DM2_mais de 1 evolução_com complicações minor.*

No excerto seguinte verificamos a preocupação com o aumento do peso:

- *“portanto para mim também não faz sentido, porque se eu vou engravidar, eu vou engordar, e se eu continuo a engordar com insulina ... vai descambar qualquer coisa portanto isso preocupa-me imenso”.DM2_mais de 1 evolução_sem complicações.*

2.5. Consumo de álcool

Foram referidas algumas preocupações ligadas ao consumo de álcool, quanto à moderação ou à restrição do mesmo. Esta questão é mencionada em ambas as perspetivas, tendo um dos participantes com DM2 dito o seguinte:

- *“portanto, de resto, em termos de hábitos, a principal dificuldade que eu ...que eu senti, foi que tive de cortar completamente com bebidas alcoólicas, que eu gostava, por exemplo, de beber um bocadinho de vinho tinto, e deixei de poder beber, praticamente, não é? Portanto essa foi a principal mudança alimentar que eu tive de fazer, de resto... vai-se aguentado, mais ou menos.”DM2_mais de 1 evolução_com complicações minor.*

Alguns dos profissionais de saúde, consideraram que a moderação do consumo de álcool é tida como uma preocupação, devido aos impactos que isso pode acarretar. Um dos profissionais referiu que este é *“(...) um assunto acho que na nossa sociedade muito tabu, o falar, tendo em vista um alcoólico excessivo, aquilo que é excessivo, socialmente é muito bem aceite (...).” Grupo focal_profissionais de saúde.*

Um dos excertos que levou ao levantamento deste tema, na perspetiva do profissional de saúde foi:

- *“o que me chocou, enfim, chocar, lá está... foi " então, eu não vou" preferia não ir, do que deixar de beber as seis, porque era o que nós dizíamos " - então, mas e se for só uma?", " - Não porque depois o não sei quantos paga, e depois o não sei quê. Se eu não beber é uma afronta, porque ele pagou, e depois é a minha vez de pagar." E aquilo era ali um...” Grupo_focal_profissionais de saúde.*

3. Preocupações relacionadas com o contexto familiar

Outras preocupações que se verificaram estão relacionadas com o contexto familiar das pessoas. Destacaram-se preocupações relativas à dinâmica familiar, à

hereditariedade e à gravidez /procriação. Algumas destas questões foram referidas apenas pelas pessoas com DM2, enquanto outras foram mencionadas em ambas as perspetivas.

3.1. Dinâmica familiar

Durante a análise pode verificar-se que existem algumas questões relativas à dinâmica do familiar, no que toca às questões alimentares, aspetos relacionados com a gestão da DM2 ou mesmo noutros âmbitos.

Este facto pode -se verificar no diálogo de uma das pessoas com DM2:

- “mas de facto é um grande desafio quando temos um pão quente à frente, quando temos alguns hidratos de carbono à frente, quando por vezes temos a nossa família, que nos... que também não nos percebe... essa, essa, esse silêncio esta doença silenciosa e que nos vez.. às vezes faz-nos uma comida para nos agradar ... mas por outro lado nos está a prejudicar “.DM2_mais de 1 evolução_sem complicações.

Como também, na de um dos profissionais de saúde:

- *“E depois temos também a família, que é ... há pessoas que na família podem também não lidar muito bem com aquela pessoa, porque depois têm de fazer alimentação diferente, e depois tem de picar o dedo e tem que, não sei quantas vezes ao ..., e depois tem as complicações, toda esta coisa... e...pronto... e era isto que eu pus aqui, que acho que também tem muita coisa com as pessoas com diabetes.” Grupo_focal _profissionais de saúde.*

3.2. Hereditariedade

Uma outra preocupação referida foi a questão da hereditariedade da diabetes, o facto de ser portador da DM2, poder transmiti-la à descendência, ou por herdá-la. Esta preocupação foi referida em ambos os grupos.

Podemos constatar na seguinte intervenção de uma das pessoas com DM2:

- *“é verdade que tem pais que não têm diabetes, e têm filhos diabéticos, e ao contrário ... mas das pessoas que eu conheço, tem mais.... eu conheço mais pessoas diabéticas que têm na família, ou um vô, ou uma vô ou um tio ou uma tia diabética, do que ao contrário. Se bem que eu não conheço, sinceramente, eu não conheço os números, as proporções, mas do que eu conheço a maioria dos diabéticos, são porque... não é a consequência, mas... têm na família antes, então eu penso isso. “DM2_mais de 1 evolução_sem complicações.*

Os profissionais de saúde mencionam esta mesma preocupação:

- *“Eu posso dar um contributo para uma ideia que às vezes acontece que é, a noção de que podem ser um elemento da família que transmite uma doença, sendo a diabetes uma doença com uma prevalência familiar elevada isso pode acontecer, não é, talvez a primeira.” Grupo focal_ profissionais de saúde.*

Um aspeto interessante a destacar dos dados, embora não seja o objetivo do estudo, é o facto dos profissionais referirem que as pessoas vão às consultas com algumas preocupações e medos, relacionadas com os “mitos da diabetes”, ou seja com ideias pré-concebidas. A hereditariedade é algo destacado - a ideia de algumas pessoas acharem que serão portadores da DM, obrigatoriamente.

3.3. Gravidez/procriação

A gravidez/ procriação e alguns aspetos ligadas à mesma, foi uma preocupação referida por algumas das pessoas com DM2. A preocupação de poder ou não engravidar/ não ser aconselhado:

- *“porque é como se me tivesse a cortar as pernas, já do tipo...” ok, não posso ser mãe, então, ou seja, deixei-me de sentir mulher ...”não é de me sentir mulher, mas.... eu não sei se me conseguem entender onde é que eu quero chegar”. DM2_mais de 1 evolução_sem complicações.*

Preocupação relativamente há possibilidade de ser uma gravidez de maior risco, à possibilidade de o feto sair com malformações:

- *“está-me a preocupar bastante porque, lá está já passou 1 ano, eu já fiz 40 anos, cada vez será uma gravidez de maior risco, não é? E depois é o impacto que a gente leva de nos dizer que: uma mulher normal pode o feto pode vir com deficiência, uma mulher diabética ainda tem, ainda mais probabilidade de sofrer esse tipo de situação e isso assusta-me”. DM2_mais de 1 evolução_sem complicações.*

Questões referentes à própria procriação, poder ter que decidir não ser “pai biológico”, pela ideia de “passar” a diabetes:

- *“é uma coisa que, também custa muito, às vezes, quando começo a pensar nisso eu choro, porque... eu preferia que um médico viesse e falasse para mim,” você não pode ter filhos, porque fisicamente você é incapaz” eu acho que doeria menos, mentalmente seria menos pior, do que tomar a decisão de não ter. Eu preferia não ter a escolha, do que ter a escolha de não querer”. DM2_mais de 1 evolução_sem complicações.*

4. Preocupações relacionadas com o contexto social

As preocupações relacionadas com o contexto social, foram referida por um dos profissionais de saúde, em relação às questões da vida social versus gestão da DM.

- *“É o contexto dos amigos, que tem a ver com isso, que também já aqui foi dito, não é? Como é que eu me porto? Como é que eu exibo a minha diabetes perante o meu grupo de amigos? Tendencialmente, provavelmente, eu acho que a maior parte das pessoas usam uma estratégia de evitamento que é: tentar que não se saiba, e, portanto, adotar o mesmo comportamento, portanto se todos vão beber, nós bebemos também, se todos vão comer, eu também como. E mesmo sabendo... e aí posso eu estar preocupado, intimamente preocupado, porque na verdade sei que não devia estar a fazer isso, mas o meu contexto social é mais... tem mais valor do que o contexto da doença, e portanto a maneira como eu dou o peso relativo da minha vida social versus a minha vida de doente. “Grupo focal_ profissionais de saúde.*

5. Preocupações relacionadas com o contexto profissional

Ao longo de alguns grupos focais, foram surgindo algumas preocupações em relação ao contexto profissional, em ambas as perspetivas. Situam-se ao nível da interferência que a diabetes, ou aspetos que podem estar subjacentes à diabetes, tem na atividade profissional.

Na ótica das pessoas com DM2 foi referido:

- *“às vezes eu durmo enquanto estou falando com cliente no telefone, e eu sinto muita vergonha disso porque ... já acontecia antes do COVID, não tem nada a ver com o*

COVID, é mesmo... eu acho que é por causa do diabetes e o facto de ter que levantar para ir à casa de banho 4 ou 5 vezes à noite, o que eu faço, eu tento... depois das 6/7 da noite já não beber mais água ou o mínimo possível, mas eu não consigo porque fico com a boca muito seca e eu também não consigo dormir por causa disso, então automaticamente eu vou beber, e se eu vou beber tenho que ir à casa de banho, então o facto de ter que acordar várias vezes durante a noite, eu fico o dia inteiro com sono, cansado, com dor em tudo o quanto é lugar."DM2_mais de 1 evolução_sem complicações.

Ou o inverso:

- "Sentia-me muito cansado, ao final do dia, muito cansado mesmo, porque a minha atividade profissional é muito exigente, e eu também não tenho feito para relativizar as coisas, e levo as coisas muito a sério, e isso tem me prejudicado a nível dos diabetes." DM2_mais de 1 evolução_sem complicações.

Os profissionais de saúde destacam outras preocupações que se prendem com as renovações de contratos, e a compatibilização da gestão da diabetes com o trabalho:

- "e a parte do emprego, e pegando nas duas coisas, uma pelas complicações e outras pelo impacto, ...ok é mais premente nas pessoas com a diabetes tipo 1, mas também [ênfase] nas pessoas com diabetes tipo 2, não dizem no seu emprego que tem diabetes porque é um fator para não renovarem o contrato, e isso é uma preocupação real que não tem a ver com a pandemia (...) e eu acho que isso é umas das preocupações que uma pessoa quando é diagnosticada, e agora? Espera aí posso ter emprego, e isto das hipoglicemias, que o colega estava a dizer. Eu acho que isto..." Grupo_focal _profissionais de saúde.

Há a considerar também preocupações relacionadas com os equipamentos usados no contexto laboral, o desenvolvimento profissional, entre outras ...

- "Ainda há pouco tempo tivemos um senhor, até (...) foi falar contigo, X, ou com Y, por causa das biqueiras, das botas com biqueira, pronto... até neste pormenor, por causa de uma ferida, percebe?... é o emprego, eu acho que o emprego é uma preocupação muito real nas pessoas." Grupo_focal _profissionais de saúde.

- "No contexto profissional, isso também é muito evidente, no sentido em que se eu acho que a diabetes me pode penalizar, de alguma maneira, e aqui temos pessoas que vivem a diabetes de duas maneiras diferentes, e às vezes... enfim... e agora com o COVID isto também foi muito evidente, por um lado nós tentamos passar a mensagem que as pessoas com diabetes são pessoas que têm vidas ativas e devem ser elementos ativos na sociedade e na sua profissão, e muitas vezes até nos pedem uma declaração a dizer: "sim senhor, que querem e que podem trabalhar por turnos" porque é aí que se ganha mais dinheiro, e que querem isso muito, mas por outro lado, e portanto a preocupação é aí que a diabetes não me impeça de eu ter o meu desenvolvimento profissional, que eu quero e os meus rendimentos, outras vezes é se a diabetes me constitui um fator de risco para a minha profissão, e portanto eu tenho que ser protegido e já não posso... e já não posso trabalhar por turnos e já não posso sair para trabalhar, como foi agora o caso da pandemia, portanto revela-se aqui com dois extremos de preocupações, também, em relação à minha profissão." Grupo_focal _profissionais de saúde.

6. Preocupações relacionadas com a saúde mental

Um outro tema surge no âmbito das preocupações prende-se com as questões ao nível do foro psicológico, como por exemplo, stress/ansiedade, referidas ao longo de alguns discursos pessoas com DM2. Ou ao nível do compromisso cognitivo, sendo que este foi identificado em ambas as perspetivas.

6.1. Stress/ ansiedade

Esta questão foi identificada como a preocupação em rejeitar o estado de ansiedade/stress, por ter ressonância ao nível da diabetes, entre outras questões.

- *“mas eu penso se eu me stressar com isto, vou entrar num estado que ninguém vai me conseguir tirar de lá, eu já tenho diabetes, não vale a pena buscar depressão, ansiedades, não vale a pena, pelo menos no meu caso. Então até gosto, é por isso que eu gosto muito de tomar os chás, para além de me acalmar, baixam um bocadinho... ajudam-me a baixar os níveis, eu fico um bocadinho mais calma, não permito que as diabetes me façam isso, já bastam as transformações físicas, já basta...”.DM2_mais de 1 evolução_sem complicações.*

Assim como o facto da própria doença provocar stress/ansiedade.

- *“faz muitos nervos. Faz-me ansiosa...”.DM2_mais de 1 evolução_com complicações major.*

- *“é a pessoa fica, eu acho que descontrola... tem que haver um controlo interior. A pessoa parece que tem aquela vida calma, mas qualquer coisa fica ansiosa, nervosa, tem que ter muita, tem que andar com muita calma. Qualquer coisa...”. DM2_mais de 1 evolução_com complicações major.*

6.2. Comprometimento cognitivo

A questão do compromisso cognitivo também foi mencionado, nomeadamente por questões relativamente à memória, concentração, lentificação, ao risco de demência são aspetos que podem advir, ou não, de acontecimentos derivantes da diabetes, e que preocupam a pessoa.

Na perspetiva de uma pessoa com DM2, podemos observar este facto, como também sob a perspetiva dos profissionais de saúde:

- *“concentração, por exemplo, é uma dificuldade de concentrar-me, eu começo aqui a escrever qualquer coisa, no computador, a mandar um e-mail para alguém e a meio ... toda a frase o encadeamento da frase de repente desaparece, escrevo outra coisa e penso " epá mas isto não é assim", perco a concentração”.DM2_mais de 1 evolução_com complicações minor.*

- *“com o avançar da doença, e já falando de doentes insulino-tratados, há esse receio , e esse tem impacto muito significativo no dia a dia, portanto esse medo da hipoglicémia e o planear o dia a dia para não ter uma hipoglicémia , e afeção cognitiva, afeção que isto depois leva à saúde mental, o risco de demência que também está inerente, tenho pacientes que manifestam isto... têm medo de ... porque estão a perder a memória (...e portanto isto também é uma preocupação e também é algo que tem bastante impacto no dia -a -dia. “Grupo focal_ profissionais de saúde.*

7. Preocupações relacionadas com os custos monetários

Uma preocupação mencionada sob a ótica dos profissionais de saúde, relaciona-se com as questões monetárias, custos do tratamento...

- *“eu tinha aqui dois pontos que acho se encaixam agora no que elas estavam a dizer (...) complicações num diagnóstico e ainda numa pessoa com diabetes tipo 2 mais jovem , que eu pus o emprego e a parte financeira, a parte monetária , tendo em conta a pandemia, e o contexto em que estamos agora eu acho que ainda é muito real, e as pessoas têm vindo à nossa consulta, a parte financeira, ahm... ou seja existe imensa medicação nova para pessoas com diabetes tipo 2 , medicação muito eficaz, e muito [ênfase]cara. Enquanto a insulina por exemplo é gratuita, esta medicação toda nova, que existe agora é francamente cara e, portanto, as pessoas não conseguem”. Grupo_focal _profissionais de saúde.*

Ou das terapêuticas não farmacológicas (ex. exercício físico).

- *“Estava a falar da atividade física, muitas vezes as pessoas vêm com aquela preocupação de não ter tempo, nem dinheiro para irem a um ginásio. E então arrumam o assunto porque, “ não posso, não tenho tempo”. Grupo_focal _profissionais de saúde.*

8. Preocupações relacionadas com a prestação dos cuidados de saúde

Um outro tema que surgiu relaciona-se com as preocupações referentes ao nível dos cuidados de saúde, nomeadamente relação ao acesso aos mesmo, e a confiança estabelecida com a equipa de saúde. Estas questões foram referidas sob a perspetiva dos profissionais de saúde.

8.1. A comunicação com a equipa de saúde

Um dos profissionais de saúde mencionou que pode ser uma preocupação para a pessoa, não ter à vontade para comunicar à equipa de saúde determinados temas e preocupações.

- *“essa parte da sexualidade, ou seja achar que é uma inevitabilidade da diabetes e nem vale a pena falar, achar eu não consigo falar à vontade com minha equipa de saúde e isso é uma preocupação, portanto também aqui isso é vivido de muitas maneiras diferentes”. Grupo focal_ profissionais de saúde.*

8.2. Acessibilidade aos cuidados de saúde

Um outro aspeto tido, também, como uma preocupação para a pessoa é a acessibilidade aos cuidados de saúde.

- *“E é uma preocupação, e é uma preocupação das pessoas não conseguirem entrar em contacto, se necessário. Isso também é uma preocupação muito real, não é?” Grupo_focal _profissionais de saúde.*

9. Preocupações relacionadas com as fontes e qualidade de informação

As questões que se prendem com as fontes e a qualidade da informação foram referidas por algumas pessoas com DM2. Estas mencionaram terem alguma preocupação em compreender se a informação tem qualidade e se tem algum cariz de verdade, quando fazem as suas pesquisas.

- *“com futuras soluções para debelar ou minimizar a diabetes. E depois também há informação que me aparece na vista, todas as redes sociais por vezes vêm com algumas soluções milagrosas para a diabetes, cura da diabetes, etc., etc., e isso também me faz ver, e perceber se aquilo tem algum cariz de verdade”. DM2_mais de 1 evolução_sem complicações.*

- *“também um outro controlo que eu faço e que é um parênteses, é a propaganda que sistematicamente vem nas internetes e que eu não sei se não deveria haver uma intervenção musculada, por exemplo, por parte da associação, relativamente a medicamentos, ditos, não sei se são, “ naturais ” que fazem milagres. E eu julgo que esses medicamentos, se são medicamentos, ou se são naturais, não sei, mas possivelmente não fazem milagres, mas eu acho que devia haver uma palavra neste caso concreto, por parte da associação, a desmascarar essa propaganda ou a confirmá-la.”DM2_mais de 1 evolução_com complicações minor.*

10. Preocupações relacionadas com a discriminação, estigma e incompreensões

10.1. Estigma /discriminação – contexto profissional

O estigma/discriminação no contexto profissional foi mencionado em ambas as perspectivas. Sido referido haver dificuldades no acesso a determinadas profissões, ou na realização determinadas tarefas:

- *“O trabalho também, o acesso a determinadas tarefas, o ... porque o facto de ter diabetes pode ser um obstáculo eventualmente, ou pode ser visto como um obstáculo para a realização determinadas tarefas... de... de..., portanto a área do trabalho é uma área em que isso se passa também, não tenho dúvida. “Grupo focal_ profissionais de saúde.*

Um dos participantes com DM2 mencionou algum tipo de sentimento de discriminação, no tempo de pandemia.

- *“Eu por exemplo, eu trabalho num call center, e por ter diabetes mandaram eu ir para casa antes dos outros ... aí ... eu me senti... eu sei que ao mesmo tempo, eu sei foi para mim... foi intenção de segurança, ao mesmo tempo eu me senti excluído*

- *(Interrupção do moderador) M: discriminado, não é?*

- *Sim, já a doença já nos discrimina em várias coisas, coisas que a gente não pode fazer, coisa que a gente não pode comer, pelo menos no trabalho, como é uma doença "não visível", no trabalho me tratavam do mesmo jeito que outras pessoas... ahm e por ter isso , vieram como que quando a gente é criança e que está na sala de aula , alguém vem assim: "-preciso de falar com você," e aí todo o mundo " -o que é que está acontecendo , todo o mundo", eu saí de lá mesmo, pediram para eu buscar as minhas coisas e ir para casa. Aí todo o mundo começou a mandar mensagem "-o que é que aconteceu? tem um problema? alguém na sua família?" eu falei "-não, eu tenho diabetes e mandaram eu ir para casa por causa do COVID.", e até certas pessoas não acreditaram, e depois tiveram uma informação geral na empresa, que pessoas com tal, tal ou tal doença crónica deviam-se proteger um pouquinho mais, então...isso sim".DM2_mais de 1 evolução_sem complicações.*

10.2. Estigma / discriminação – acesso bancário e seguradoras

Na perspectiva dos profissionais de saúde, foi referido o estigma/discriminação no acesso bancário e a determinados seguros. Alguns participantes mencionam, que pode haver alguma preocupação, algum sentimento de discriminação/estigma aquando ao acesso a determinados seguros:

- *“E depois nesse modelo de sociedade, em que me...tipicamente discrimina as pessoas com diabetes, e eu sinto-me discriminado no meu acesso aos bancos, no acesso aos planos de seguro, no acesso algumas profissões, independentemente do controlo que eu tenho, e portanto há um desconhecimento, eu sinto que a sociedade também desconhece e não tem capacidade de me avaliar enquanto pessoa com diabetes, e nas minhas capacidades que eu tenho ou não de ser um elemento ativo, considera tudo no mesmo rótulo, quando, hoje sabemos que não está tudo no mesmo rótulo. “Grupo focal_ profissionais de saúde.*

10.3. Estigma/discriminação – contexto familiar e social

Uma outra questão referida pelos profissionais consiste nas possíveis preocupações no que toca à discriminação/ estigma no contexto social e familiar:

- *“ou então de evitarem serem discriminados por terem diabetes, serem alvo de comentários, em termos familiares há muito uma posição, ou é frequente uma posição que é as pessoas com diabetes são um bocadinho o alvo dos outros, ah têm que ser exemplares na maneira de comer, oiço como muita frequência nas consultas que as pessoas com diabetes são apontadas como: não podendo fazer isto ... não podendo de fazer aquilo... pelos outros, pelos familiares. Quando os familiares até se comportam muitas vezes, da maneira menos adequada em relação à alimentação. E penso que há*

determinadas ...(...)é frequente haver pessoas que preferem não...como é que eu hei de dizer, não serem identificadas como pessoas com diabetes para não ser discriminadas no ponto de vista alimentar, em convívios, em refeições fora de casa etc.” Grupo focal_ profissionais de saúde.

Ou mesmo no que toca à discriminação/ estigma no contexto de sociedade:

- “até porque existe, até, ainda assim, um misticismo sobre a diabetes, não é? e o ser conectado... eu quando falo pelos outros eu falo, eu pus aqui a família, os vizinhos e a comunidade em geral, é ser conectado com aquele que tem diabetes (reprodução da ideia por parte do Moderador) (...) do que às vezes converso, acho que este ainda é uma coisa que as pessoas também agem... alguns não lidam tão bem, depende do meio onde estão inseridos...

- (Interrupção do moderador) M: Mas estamos a falar de estigma?

- Exato, acho que sim, acho que ainda existe um bocado de estigma sobre as pessoas com diabetes, apesar, apesar de eu achar que já se fala bastante , por exemplo sobre a diabetes tipo 2 , se falarmos na minha área de diabetes tipo 1, agudiza, o estigma ainda é maior, pronto porque se fala muito menos , já se fala muito e eu acho ótimo, até se deve falar mais sobre a diabetes tipo 2 , até para aquilo se entranhar numa doença comum , não é?” Grupo_focal _profissionais de saúde.

10.4. Incompreensão / opinião dos outros

Uma outra preocupação mencionada ao longo dos diálogos, na perspetiva de algumas pessoas com DM2 é a incompreensão pela parte dos outros, decorrentes da diabetes:

- “2: (...) Eu acho que também o que nos mexe um pouco connosco, diabéticos, e eu vou falar um bocadinho por mim, é o facto de a gente ter estas dores todas, e às vezes por nos doer tanto, temos desabafos com a nossa família, ou amigos, ou com quem trabalha, não é? A dizer essas dores, e as pessoas ficarem a olhar para nós, e acharem que como esta doença não é visível para as outras pessoas, só nos é que a sentimos é ... é madraço para nós dizermos e as pessoas olharem, tipo " ah estás a fingir ou...

-(Interrupção do participante 3) 3: estás a ser dramática

2: Exatamente e para nós, acho que ainda ficamos ainda mais sentidos por ouvirmos essas palavras “. DM2_mais de 1 evolução_ sem complicações.

Ou, segundo a perspetiva de alguns profissionais de saúde, é a questão das preocupações com as opiniões dos outros, um tentar que não se saiba, um ” -o que é que os outros vão pensar?”, entre outras situações:

- “mas quando chega o tema jantaradas ou com os amigos ou assim, nota-se perfeitamente que... eles estão a falar e a preocupação é um pouco: o que é que os outros vão dizer? o que é que os outros vão pensar?” Grupo_focal _profissionais de saúde.

- “Têm sempre receio, do que é que os outros vão pensar, "se eu comer um bolo, sabem que eu sou diabético”, “se eu beber um copo de whisky sabem que eu sou diabético ”, portanto têm medo de ser reprimidos.” Grupo_focal _profissionais de saúde.

O evitamento destas discriminações/ estigma pode ser, também, algo com que a pessoa se preocupa no seu dia a dia, segundo um dos profissionais de saúde.

11. Preocupações relacionadas com o tratamento e processos de controlo da DM2

11.1. Medicação

Sendo a medicação parte integrante da vida, da rotina, de algumas pessoas com DM2, esta preocupação foi referida em termos genéricos e depois em termos mais

específicos. A medicação, de uma forma geral, constitui uma preocupação para algumas pessoas com DM2, podendo ser ao nível da medicação em si:

- *"Mas como é que eu vou tomar uma medicação que me está a prejudicar, em vez de me ajudar? Ok pode me até fazer baixar os níveis, mas eu vomito, eu desmaio, eu sinto-me assim e assado, não consigo trabalhar, é porque aquilo não me está a fazer bem, ou seja vou deixar de tomar a medicação e o problema fica por resolver ...até piora... o meu caso é muito isso, eu sofro muito com a medicação, sou muito sensível."* DM2_mais de 1 evolução_sem complicações.

Como ao nível da sua gestão, e da responsabilidade:

- *"mas obviamente que a questão do cuidado que se tem que ter com a medicação, traz alguma dependência, porque tenho que andar sempre com os comprimidos atrás e... portanto a medicação aqui é central."* DM2_mais de 1 evolução_sem complicações.

- *"tento sempre tomar a medicação a tempo e horas, quando não a tomo fico logo ali um bocadinho... " epá o que é que isto vai ter de efeito quando me esqueço de tomar o comprimido ao almoço, ou pequeno-almoço?"* DM2_mais de 1 evolução_sem complicações.

A possibilidade de ser algo para "a vida toda", foi uma preocupação referida a num discurso de um profissional de saúde:

- *"Já agora, a mim uma das perguntas que mais fazem é " então e agora vou ter que tomar medicação o resto da vida?" é uma das coisas que querem logo saber se isto é para sempre, se não é?"* Grupo focal_ profissionais de saúde.

Dentro do tema da medicação houve a necessidade de especificar alguns pontos para demonstrar-se melhor algumas das preocupações referidas, como por exemplo:

O receio de iniciar insulina foi algo mencionado tanto na perspetiva das pessoas com DM2, como na perspetiva dos profissionais de saúde:

- *"felizmente nunca tomei insulina, ahhh espero nunca ter que vir a tomar".* DM2_mais de 1 evolução_sem complicações.

- *"Eu identifiquei dentro da minha memória, e do que eu às vezes ainda falo com os doentes, acho que para mim, o que eles mais têm receio, às vezes, é começarem a fazer insulina, o início de [ênfase] pronto, porque é o que eles ouvem falar, o medo de ter que fazer, picar".* Grupo_focal _profissionais de saúde.

Foi referido também o receio da própria insulina:

- *"É a medicação, eu tremo de medo de cada vez que eu vou ao médico, vou ser sincera ... às vezes falto ... mas ele liga-me de volta [risos] eu morro de medo... morro de medo ... pronto é que a medicação é tão pesada, mas depois também tenho medo de levar aquelas picas da insulina, eu acho que é a insulina. [M: insulina] Eu penso: "Ó Meu Deus, senão vou morrer da doença, vou morrer da cura.""* DM2_mais de 1 evolução_sem complicações.

Estas preocupações foram também mencionadas sob a ótica dos profissionais de saúde, tendo um deles aludido ao receio da insulina em si, e do significado que tem:

- *"Nós durante muito tempo dissemos que o medo aqui da insulina tinha a ver com o facto de ser um tratamento injetável versus os outros que eram comprimidos , não é? e da alguma maneira a pessoa percecionava que , enquanto estou com comprimido isto está levezinho, quando passo para a insulina , tenho a noção da dependência, tenho a noção de um tratamento doloroso que é injetável e tenho a noção de um tratamento que é muito o fim de linha, ou seja eu começo a fazer insulina e estou perto do final da minha vida... agora com outros tratamentos injetáveis que nós temos na diabetes,*

percebemos que as pessoas adotam facilmente um tratamento injetável ou muito mais facilmente um tratamento injetável, muitas vezes com a pergunta "mas isto que me está a dar não é insulina, pois não?" Ou seja o valor simbólico da insulina, é da insulina por si, e do que ela representa, e não tanto por ser injetável." Grupo focal_ profissionais de saúde.

Destacando como um aspeto interessante dos dados, um dos profissionais de saúde refere que os mitos que existem à volta da diabetes vão, também, de encontro com a necessidade de insulina.

Por vezes, o tratamento com a insulina acarreta o conceito de dependência, o que por vezes se pode tornar também numa preocupação. A dependência de insulina foi mencionada na ótica de uma das pessoas com DM2, como também da perspectiva dos profissionais de saúde:

- "Eu pela questão da insulino dependência, obviamente, que há situações eu tenho de andar com a caneta atrás de mim, não é? portanto para dar a insulina, ainda não senti assim nenhuma diferença, mas obviamente que a questão do cuidado que se tem que ter com a medicação, traz alguma dependência, porque tenho que andar sempre com os comprimidos atrás e... portanto a medicação aqui é central." DM2_mais de 1 evolução_sem complicações.

- "Do ponto de vista psicológico, há um termo que ficou sempre associado à insulina que é o termo dependência ... O termo dependência ah...é um termo ah... muito, muito pesado em termos psicológicos para a pessoa, a maioria das pessoas (...) que nós tratamos com a insulina, não são dependentes de insulina para viver, mas o simples facto de nós as tratarmos com insulina muitas vezes na cabeça delas, coloca essa questão de dependência e portanto acabam por ser dependentes de algo, e isso acaba por se associar a outro tipo de dependências que eles recusam, do ponto de vista psicológico, vir a ter. Portanto a questão sempre é: "mas agora sou... vou ser dependente de insulina? (...)" Grupo focal_ profissionais de saúde.

Outra preocupação que pode estar, ou não, associada aos tratamentos, é a existência de um procedimento que implica injeção, na perspectiva de algumas pessoas com DM2, como na perspectiva dos profissionais de saúde:

- "Eu comecei a tomar insulina, e que para mim foi custoso, lá está aceitar a doença e mais ter que me injetar, não é?" DM2_mais de 1 evolução_sem complicações.

- "portanto em relação aos fármacos acho que há esse receio da injeção e da picada, por exemplo, do picar o dedo ". Grupo focal_ profissionais de saúde.

Tendo inclusivamente sido chamada a "barreiras das agulhas", por um dos participantes:

- "a partir daí eu tive que passar a fazer, de alguma forma, a transposição de uma barreira, que até aqui já se falou, que é a barreira das agulhas. Que eu detesto agulhas, para mim a questão das agulhas era central, aqui na questão (...)" DM2_mais de 1 evolução_sem complicações.

11.2. "Picar o dedo"¹¹

O processo de avaliação da glicemia, "picar o dedo", foi mencionado também como sendo um receio, preocupação, tanto na perspectiva do profissional:

¹¹ "Picar o dedo" – a expressão comum que se utiliza para a avaliação da glicemia.

- “portanto em relação aos fármacos acho que há esse receio da injeção e da picada, por exemplo, do picar o dedo”. Grupo focal_ profissionais de saúde.

Como na perspectiva de uma pessoa com DM2, que acha incómodo ter de fazer esse processo diariamente.

- “não será só a parte do medicamento, mas será por exemplo, a parte de aliviar tratamentos, por exemplo, eu acho incómodo, excessivamente, nós termo-nos que picar diariamente para obter o nível da glicémia, neste momento já uns métodos, embora só temporários para resolver esse problema. E eu penso que no futuro, poderá haver algum método que permita que não seja necessário picar-nos todos os dias, para obtermos o nível da glicémia.” DM2_mais de 1 evolução_com complicações minor.

11.3. Tratamento Eficaz/ inovação

O tratamento eficaz/ inovação e a cura da diabetes, foi um tema que surgiu através de diálogos de pessoas com DM2, com esta preocupação, esperança de quando haverá algum tratamento eficaz:

- “pronto e é... vivo com , vivo como todos os diabéticos nesta , nesta esperança de um dia haver um medicamento eficaz.” DM2_mais de 1 evolução_com complicações minor.

Ou que cure a diabetes, ou a minimize:

- “Em termos de pesquisa, pois eu sou um bocadinho... sempre a procurar algumas mesinhas, portanto tenho aqui duas, dois lados um bocadinho, portanto voltando aqui atrás às perguntas, à questão que colocou. Eu procuro as mesinhas, o que é que pode aliviar, o que é que pode melhorar, o que é que pode aligeirar e obviamente vou estando atento há... há ...ao desenvolvimento de alguma vacina, de algum medicamento que de facto cure”.DM2_mais de 1 evolução_sem complicações.

Ou então alguma inovação que melhorem algumas situações decorrentes da diabetes, ou que melhore alguns processos:

- “não será só a parte do medicamento, mas será por exemplo, a parte de aliviar tratamentos, por exemplo, eu acho incómodo, excessivamente, nós termo-nos que picar diariamente para obter o nível da glicémia, neste momento já uns métodos, embora só temporários para resolver esse problema. E eu penso que no futuro, poderá haver algum método que permita que não seja necessário picar-nos todos os dias, para obtermos o nível da glicémia.”DM2_mais de 1 evolução_com complicações minor.

12. Preocupações relacionadas com as complicações

As preocupações ao nível das complicações relacionadas com a diabetes e todos os aspetos que estão inerentes às mesmas, foram das mais referidas ao longo dos grupos focais, tanto na perspectiva dos profissionais como na perspectiva das pessoas com DM2. Ao longo dos discursos vão sendo referidas questões como: as transformações físicas de uma forma geral, como podemos aferir nos extratos abaixo; preocupações em relação a complicações mais específicas e dentro destas são destacados alguns pontos: a incerteza da evolução das mesmas; a inevitabilidade das mesmas; os próprios tratamento das complicações; as dores e outras comorbidades. Estas questões, durante a análise, foram identificadas como preocupações.

12.1. Complicações e alterações de uma forma geral

O subtema “complicações e alterações de uma forma geral” surge porque durante os diálogos, as complicações para além de serem abordadas a um nível mais concreto, como se pode ver mais à frente, também são mencionadas de uma forma mais ampla, de maneira mais genérica:

- *“Fora o resto , as minhas mãos... as costas... portanto é isso que me preocupa, é eu estar com 40 anos e já sentir esta transformação no meu corpo , por causa dos diabetes e não sei quando é que isto... onde é que isto vai para não é ? é por aí....”* DM2_mais de 1 evolução_sem complicações.

Na perspetiva das pessoas com DM2, podemos observar a menção de alterações física decorrentes da diabetes:

- *“Agora realmente, é como que eu lhe digo a parte toda: a qualidade de vida, a parte física, a parte motora que para mim é importantíssima, eu sou uma pessoa que apesar de estar à secretária eu levanto-me 100x por dia, e quando me levanto é as dorezinhas no joelho, é nas articulações das rótulas do pé, é tudo, os tornozelos, todas estas coisas é que me incomodam”.* DM2_mais de 1 evolução_com complicações menor.

- *“Mas pronto o que realmente o que mete medo é a qualidade de vida, é as alterações físicas é que me metem medo... de resto o comer doce, ou comer salgados, ou comer gorduras não é coisa preocupante, a gente faz uma alimentação, uma vez na vida dá uma facadazinha, mas pronto com... Agora realmente para mim mete medo é todas as alterações físicas, é a coisa que mais mete medo”.* DM2_mais de 1 evolução_com complicações menor.

A menção à falência dos órgãos:

- *“e, portanto, aqui a questão de futuro ... preocupa-me naturalmente todas as situações decorrentes da falência dos meus órgãos, a ideia que tenho é que eu estou a puxar muito por mim, em termos daquilo que são os meus órgãos, vou sentido alguns sinais”.* DM2_mais de 1 evolução_sem complicações.

E um dos participantes ainda refere que a diabetes afeta bastantes partes do corpo:

- *“porque ahm.... o coração ... se ele para a gente morre e acabou, então só tem uma coisa. Mas a diabetes afeta tanto, outras partes do corpo.”* DM2_mais de 1 evolução_sem complicações.

Os profissionais de saúde também vão referindo que as complicações de uma forma geral, são fator de preocupação para as pessoas com DM2:

- *“complicações de uma forma geral, é os olhos, é o coração, é os pés, portanto as complicações de uma forma geral”.* Grupo_focal _profissionais de saúde.

12.2. Problemas na sexualidade

Debruçando em preocupações mais específicas, relacionadas com a diabetes, apercebe-se que a sexualidade é uma preocupação. Este facto foi referido tanto ao nível das perspetivas das próprias pessoas com DM2, como ao nível dos profissionais de saúde:

- *“Agora a mim preocupa-me também, o que o senhor disse da situação da sexualidade”.* DM2_mais de 1 evolução_com complicações menor.

- *“E portanto, pronto outras alterações, também a nível da sexualidade, também altera, não é? a gente deixa de ser um leão e passa a ser um cordeirinho, agora...pronto todas estas partes físicas dão cabo da gente, não é? Eu para mim, isso incomoda-me”.* DM2_mais de 1 evolução_com complicações menor.

Na perspectiva dos profissionais de saúde, houve quem referisse que é um tema mais complicado para as pessoas falarem:

- *“Há também as preocupações também as não faladas, ou as dificilmente faladas, por exemplo que tem a ver com a sexualidade, por exemplo.” Grupo focal_ profissionais de saúde.*

Porém, se houver à-vontade com a equipa de saúde é uma preocupação que as pessoas demonstram:

- *“Eu acho que habitualmente as pessoas não, como eu disse, não falam das complicações, mas se existir já essa complicação de disfunção erétil e se houver alguma empatia com a equipa de saúde, é a complicação mais falada, e é o problema mais levantado, particularmente pela parte dos homens, as mulheres não falam muito nisso. Temos ainda outra parte, que às vezes o senhor ir acompanhado pela mulher, e ser a mulher a falar sobre isso”. Grupo focal_ profissionais de saúde.*

12.3. Problemas no coração

Uma outra preocupação que foi mencionada foram os problemas ao nível do coração, de forma geral, pelas pessoas com DM2:

- *“E depois também, atrás disto vem problemas cardíacos, vem o aumento de peso, portanto isto depois vem aqui uma série de coisas que essas é que me incomodam”. DM2_mais de 1 evolução_com complicações minor.*

- *“o meu maior problema será eventualmente o coração porque agora ando com a tensão máxima muito alta”. DM2_mais de 1 evolução_com complicações major.*

Os profissionais de saúde tanto referiram por alto esta preocupação:

- *“complicações de uma forma geral, é os olhos, é o coração, é os pés, portanto as complicações de uma forma geral”. Grupo_focal _profissionais de saúde.*

Como casos mais concretos, que se poderá observar:

- *“Sim, eu também acho que há uma outra preocupação que algumas pessoas têm, mas que é muito pouca, esta acontece muito pouco (...) são os enfartes e os AVC´s, são as macrovasculares, é as complicações macrovasculares “. Grupo_focal _profissionais de saúde.*

12.4. Acidentes Vasculares Cerebrais (AVC´s)

O mesmo profissional que faz referência aos enfartes, também menciona os AVC, como podemos observar na mesma citação:

- *“Sim, eu também acho que há uma outra preocupação que algumas pessoas têm, mas que é muito pouca, esta acontece muito pouco (...) são os enfartes e os AVC´s, são as macrovasculares, é as complicações macrovasculares “. Grupo_focal _profissionais de saúde.*

12.5. Tensão arterial

Uma outra preocupação relacionada com a diabetes, é a questão da tensão arterial e os aspetos que estão subjacentes à mesma, como foi referida pelas pessoas com DM2:

- *“Portanto neste momento a tensão arterial está perfeitamente controlada, e dessa forma a vista também está mais controlada, porque a tensão andar alta o risco de derrames é maior como sabem. Neste momento as preocupações são essas, no meu caso em concreto pois felizmente quer a tensão, quer a diabetes estão muitíssimo controladas e dessa forma não tem havido assim sobressaltos de maior, mas isto tem de ser um cuidado permanente digamos, é a única forma, é um jogo de compensações, é um jogo*

de equilíbrios, que são equilíbrios muito instáveis, e, portanto, o truque aqui é saber manter os pratos todos no ar sem deixar partir nenhum. “DM2_mais de 1 evolução_com complicações major.

12.6. Problemas nos rins

Continuando com as complicações, que foram especificadas de um modo mais concreto, temos as preocupações com os problemas renais, referidas pelas pessoas com DM2:

- “eu ... aquilo que eu tenho mais receio, que aquilo em que eu tenho mais sintomas é nos rins, que eu também já tenho os rins um bocado fragilizados”.DM2_mais de 1 evolução_sem complicações.

- “A minha principal preocupação é os rins, ou seja, portanto os diabetes afetaram-me os rins e eu tenho sempre imensos cuidados com a creatinina “DM2_mais de 1 evolução_com complicações minor.

E de um modo mais generalizado, por um dos profissionais de saúde:

- “Eventualmente também já tem aí, eventualmente noção a nível de complicações, complicações a nível da visão e a nível de renal...” Grupo focal_ profissionais de saúde.

12.7. Problemas nos olhos

Uma outra preocupação é os problemas nos olhos, referida em ambas as perspetivas.

Na perspetiva das pessoas com DM2, é a visão de um modo geral:

- “A vista, o aspeto renal também, são assim.”DM2_mais de 1 evolução_com complicações major.

E a preocupação com a retinopatia diabética:

- “A retinopatia diabética, é uma coisa que me preocupa porque eu passo, passo 5/6 hora por dia a ler.” DM2_mais de 1 evolução_com complicações minor.

E com os derrames oculares:

- “Eu principalmente foi a vista, porque agora antes de ter sido operado andei à volta de 6 meses com derrame atrás de derrame e sem conseguir sair de casa sozinho, é um bocado constrangedor uma pessoa precisar de alguém para andar na rua.” DM2_mais de 1 evolução_com complicações major.

Entre outras situações relacionadas com olhos, decorrentes da diabetes, ou do seu tratamento.

Os profissionais de saúde referem também, as preocupações relacionadas com a vista:

- “Eventualmente também já tem aí, eventualmente noção a nível de complicações, complicações a nível da visão “. Grupo focal_ profissionais de saúde.

Contudo um dos profissionais de saúde, considerada que são também os aspetos relacionados com desconforto nos olhos:

- “e que os preocupa é o permanente desconforto do olho e não propriamente a visão.” Grupo focal_ profissionais de saúde.

- “o que lhes preocupa é o segmento anterior do olho, é a catarata, é a picada, é o lacrimejo”. Grupo focal_ profissionais de saúde.

Nos problemas relacionados com os olhos, encontra-se a perda de visão, como preocupação acrescida, sendo que foi mencionado por ambas as perspetivas:

- *“Eu tenho medo de ficar cego, sim “. DM2_mais de 1 evolução_sem complicações.*

- *“O doente que é enviado, já referenciado com uma consulta da diabetes da associação já é diferente, já é um doente que se preocupa se tem ou não, mas aí ainda não se concretiza bem a dúvida , será que vou cegar? ou não ? essa dúvida aparece mais nos doentes que já são seguidos há vários anos, que já sabem que têm alguma alteração“. Grupo focal_ profissionais de saúde.*

12.8. Problemas nos pés

Sob a perspetiva da pessoa com DM2, há a considerar, também, as preocupações com os pés:

- *“Portanto, em relação a feridas nos pés, como já disse, não tenho não. Nunca tive, mas tenho de ter cuidado, em princípio tenho que ter cuidado com isso, e de resto olhe, vai-se vivendo, é assim.“DM2_mais de 1 evolução_com complicações major.*

Há pessoas que fazem referência concretamente ao pé diabético, há quem refira o receio de se aleijar, e fazer feridas:

- *“Por outro lado o pé diabético de vez em quando aleijo-me, não dou conta e, pois, lá estou eu na APDP com grande buracão e vai de fazer penso durante não sei quanto tempo porque eu não dei conta e vão sendo estas coisinhas“. DM2_mais de 1 evolução_com complicações major.*

- *“A preocupação também com os pés, preocupação em aleijar-me, porque quando me aleijo fico com as pernas todas manchadas, escuras e estou sempre preocupada em ir ao pé diabético“. DM2_mais de 1 evolução_com complicações major.*

Há pessoas que referem as dores e problemas nos tendões dos pés, entre outras questões:

- *“então e foi por causa dos meus pés, às vezes os meus pés começam a sangrar e fica doendo de mais “.DM2_mais de 1 evolução_sem complicações.*

- *“foi que os diabetes corroeram-me os meus tendões dos meus pés, por exemplo.“DM2_mais de 1 evolução_sem complicações.*

Dentro das preocupações com os pés, algumas das pessoas com DM2, também fazem referência à insensibilidade dos pés.

- *“eu dantes era acompanhado pelo um médico no algarve que me fazia aquelas visitas, aquelas consultas... fazia aferição da sensibilidade nos pés, isso às vezes assusta-me um bocadinho, às vezes quando sinto o pé mais dormente, "epah será...o que é que está acontecer ali? "DM2_mais de 1 evolução_sem complicações.*

- *“por exemplo, à questão que me incomoda bastante que é, os pés estão dormentes, mesmo no verão parece que estão gelados, portanto há uma dificuldade muito grande, e incomoda na cama, estar deitado e sentir os pés gelados, vou ver, apalpo e eles estão com a temperatura normal, eu é que não tenho sensibilidade para sentir a temperatura dos pés, e é uma coisa que incomoda“. DM2_mais de 1 evolução_com complicações minor.*

Um dos profissionais de saúde, também refere esta preocupação, de uma forma genérica:

- *“trato pessoas maioritariamente com diabetes tipo 2 e com complicações a nível do pé ou preocupações... às vezes não têm ainda nenhum problema, mas têm medo de vir a ter o problema e pedem consultas por causa disso“. Grupo_focal _profissionais de saúde.*

12.9. Incerteza da evolução das complicações

Dentro do tema das complicações há uma preocupação subjacente que se identificou face ao diálogo de alguns participantes, que é a incerteza da evolução das complicações, “até onde vai parar”:

- *“Fora o resto, as minhas mãos... as costas... portanto é isso que me preocupa, é eu estar com 40 anos e já sentir esta transformação no meu corpo, por causa dos diabetes e não sei quando é que isto... onde é que isto vai parar não é? é por aí...”* DM2_mais de 1 evolução_sem complicações.

Pairando, também, no ar a incerteza do que é que vai acontecer ou se vai haver evolução ou não:

- *“Agora o que me atormenta mais é a minha vista, não ir abaixo, não ir abaixo, que a médica disse-me que a 20%, 30%, as coisas estão estacionárias, e ela disse que em princípio não vai ir abaixo “.* DM2_mais de 1 evolução_com complicações major.

Um dos profissionais de saúde refere que, em relação aos olhos, existe um pouco esta incerteza, também em relação ao tratamento de laser:

- *“O doente que é enviado, já referenciado da consulta da diabetes da associação já é diferente, já é um doente que se preocupa se tem ou não, mas aí ainda não se concretiza bem a dúvida de será que vou cegar? ou não ? essa dúvida aparece mais no doentes que já são seguidos há vários anos, que já sabem que têm alguma alteração... e aí é muito angústia ainda da... do laser, se o laser é eficaz? se não é? se pode ficar ainda pior com o laser ou não.”* Grupo focal_ profissionais de saúde.

12.10. Inevitabilidade das complicações

Uma preocupação identificada no diálogo de alguns profissionais de saúde, nestas questões das complicações é a inevitabilidade das mesmas, independentemente das atitudes face à patologia. Podemos considerar que está um pouco ligado às questões das ideias pré-estabelecidas, como já se referiu anteriormente, em relação a algumas áreas de preocupações.

- *“das complicações também, falam muito, do pronto agora tenho diabetes, vou ter problemas, nos pés, nos olhos, pronto também tem um bocado essa ideia enraizada”.* Grupo_focal _profissionais de saúde.

12.11. Tratamentos das complicações

Para além das complicações *per si* e tudo o que elas acarretam, há também as preocupações com os tratamentos das mesmas, mais concretamente o laser, a hemodiálise e amputação:

- *“Um ano de diabetes, com um doente diabetes tipo 2 que frequentemente... muitas vezes, se calhar frequentemente é um bocadinho exagerado, é diagnosticada através de complicações, o grande medo [ênfase] dessas pessoas, mais do que gerirem a própria diabetes é ficar sem...é serem amputados... portanto é as consequências , ou os tratamentos da complicação, o que é que é preciso para fazer para a complicação”.* Grupo_focal _profissionais de saúde.

Algumas preocupações acerca destes tratamentos surgem pelo exemplo de outras histórias, de pessoas com quem se cruzaram ao longo da vida.

Face aos tratamentos do laser, um dos profissionais de saúde menciona alguma angústia da sua eficácia por parte das pessoas com DM2:

- *“aí é muito angústia ainda da... do laser, se o laser é eficaz? se não é? se pode ficar ainda pior com o laser ou não “. Grupo focal_ profissionais de saúde.*

A hemodiálise é um tratamento que é identificado em ambas as perspetivas como sendo algo que apavora a pessoa com DM2 e a possibilidade de vir a ter que a fazer:

- *“porque apavora-me só de pensar que um dia poderei ter a necessidade de hemodiálise, para mim é um pânico total, ou seja, qualquer coisa de outro mundo, portanto essa é a grande preocupação que eu tenho”. DM2_mais de 1 evolução_com complicações minor.*

Na perspetiva dos profissionais de saúde também se reflete este receio, preocupação, em relação à hemodiálise:

- *“As preocupações que a mim me dizem respeito, visto trabalhar em nefrologia, são muito expressas, não é? Os doentes morrem de medo da diálise “. Grupo focal_ profissionais de saúde.*

Um aspeto interessante a retirar dos dados, é que há quem refira que na altura em que o tratamento começa, o sentimento de temor diminui:

- *“quando a pessoa acha que está perto de fazer a diálise está em pânico e não quer fazer a diálise, e de facto isso causa-lhe uma angústia tremenda, um sofrimento horrível, a partir do momento em que começam a fazer a diálise, estranhamente, é quase como um alívio ... ” ah pera afinal sobrevivi “. Grupo focal_ profissionais de saúde.*

A amputação é um aspeto que inquieta bastante as pessoas, e que se reflete em ambas as perspetivas:

- *“Para mim o meu maior medo é amputação, porque eu vi a minha mãe a lhe amputarem o pé , então e sempre que eu tenho dor no meu pé esquerdo , às vezes, no pé direito, mas é mais no pé esquerdo, ou nos dedos , eu fico ”- Ó Meu Deus, queres ver que é desta ... é desta! “, a minha preocupação, eu pesquisei mais nesse parâmetro das amputações.”DM2_mais de 1 evolução_sem complicações.*

- *“Normalmente quando entram numa consulta, numa fase inicial, o que eles pensam mais são as complicações major, portanto nas amputações essencialmente, será por aí”. Grupo focal_ profissionais de saúde.*

Do mesmo modo que a hemodiálise e destacando como um aspeto interessante dos dados, há quem refira também um sentimento de alívio quando o tratamento é efetuado:

- *“em relação às amputações, a pessoa tem uma ferida aquilo está a correr mal, têm imenso medo, imenso medo de ser amputado, sofre horrores, horrores, horrores mas não quer ser amputado, prefiro morrer, é a coisa pior do mundo, acaba por ser amputado, é quase um alívio, não é? ”pronto, olha afinal estou cá, não deixei de ser eu ...” Grupo focal_ profissionais de saúde.*

12.12. Dores e outras comorbilidades

Para terminar o tema das complicações, sendo que foi um tema com muitos subtemas enquadrados, foram identificadas preocupações ao nível das dores e de outras comorbilidades.

As dores foram uma preocupação várias vezes referida, por algumas das pessoas com DM2:

- *“tenho feridas em baixo dos pés ...eu quase que não posso usar sapato normal de novo , e na verdade é as dores, eu fico com medo de, às vezes, eu ... Tenho tantas dores,*

tanta dor que começo a pensar em coisas... se... algumas coisas ruins que eu vou pensado que...às vezes... que não tem nada pior que a dor, e é isso que eu tenho medo , com 40 anos já tenho mais dores do que o meu pai com 76 ... eu não sei até onde... isto vai chegar".DM2_mais de 1 evolução_sem complicações.

- "E o dia inteiro, a gente fica cansado, trabalhando não é, claro? mas cansado, ou dormindo, eu fico mais cansado quando eu durmo 6 /7 horas, mas que eu acordei 5 vezes, do que eu quando passo a noite toda sem dormir, porque às vezes isso acontece também. De ficar a noite toda sem dormir de dor...quando não são as dores, são os pensamentos (...) fico pensado se ausência de dor ...for também... porque debaixo dos pés que são assim, tem lugar que eu não sinto a dor, e tem lugar onde mesmo sem tocar a dor é incrível."DM2_mais de 1 evolução_sem complicações.

- "mas quer dizer quando eu não tremelicava, quando não me doíam os joelhos, quando não me doíam os pés, era outra pessoa, não tem nada a ver com estas coisas todas que eu tenho, que isto acaba por ser um monte de dificuldades que se vão juntado..."DM2_mais de 1 evolução_com complicações menor.

As outras comorbilidades passam por questões como:

Tonturas e comorbilidades em relação aos ossos:

- "E depois eu já tenho problemas dos ossos, é muito complicado, e sempre que tenho uma dor, por exemplo aqui assim nos ombros, nos braços, é sempre mais essa preocupação ou aquelas tonturas a seguir às refeições, por exemplo."DM2_mais de 1 evolução_sem complicações.

outras comorbilidades relacionadas com os olhos:

- "Mas só que durante, sempre trabalhei, nunca me atingiu a vista nem nada, mas há pouco tempo, há coisa de 2 anos comecei a ter dificuldades e pedi uma consulta com oftalmologia Dra.X, ela disse-me que tinha cataratas e tinha que ser operada às cataratas, no entanto as cataratas, levei injeções, e laser, essas coisas, mas no entanto tive uma glaucoma. A glaucoma ia-me cegando, tive uma outra operação, e há poucos dias tive um derrame na vista direita que eu fiquei praticamente só a ver só 5%, mas se não fosse a associação dos diabetes não sabia onde é que ia estar". DM2_mais de 1 evolução_com complicações major.

Problemas em relação às pernas, aos pés, entre outras questões:

- "porque quando me aleijo fico com as pernas todas manchadas, escuras". DM2_mais de 1 evolução_com complicações major.

- "e... agora tem me estado afetar um pouco a parte das articulações dos pés que , causam-me umas grandes dores e tenho dificuldades, neste momento até tenho dificuldades em andar , então fazer exercício físico está completamente fora de questão , porque eu mal me consigo, digamos ,manter em pé, tem que ser sempre 2/3 dias de descanso para depois poder fazer um dia para estar em pé."DM2_mais de 1 evolução_com complicações menor.

Alguns mencionam também os efeitos da alteração dos níveis da glicemia, a seguir às refeições, entre outras comorbilidades:

- "... eu não sinto nem uma dor, acho eu né, relativa aos problemas do coração, às vezes eu tenho assim uma dor muito forte [apontado para o peito] então eu deito pouquinho e a dor passa. As dores que eu tenho nas articulações, nos pés, nos braços no dia-a dia e ou o efeito (...) depois das refeições quando a glicemia sobe muito, que aquele calor que parece que alguém está sentado em cima da gente, os efeitos são mais variados do que o problema cardíaco então é eu acho que é isso que me incomoda mais, então eu fico mais preocupado com diabetes do que com o problema cardíaco". DM2_mais de 1 evolução_sem complicações.

Questões referentes ao COVID, entre outros aspetos:

- "umas das coisas que mais me receio me deu ... é porque eu vivo sozinha com os meus dois filhos, e o facto de apanhar o COVID e ser grave e ter que ir para o hospital

e de ter ficar internada, como é que iria ser a situação deles, isso a mim deu me alguma... alguma preocupação e tenho sempre cuidado de quando for à rua usar máscara, e gel (...) eu acho que todos nós vamos apanhar, não é? não há volta a dar, eu acho que mais cedo ou mais tarde, se não houver cura, todos vamos apanhar, não é? mas aí causa-me algum receio". DM2_mais de 1 evolução_sem complicações.

As preocupações, relacionadas com o COVID, foram também referidas no discurso de um dos profissionais de saúde:

- "os diabéticos ao início achavam todos que iam morrer, se eu apanhar o COVID morro, porque sou diabético, não é?". Grupo_focal_profissionais de saúde.

13. Preocupações relacionadas com o controlo e outros aspetos da doença

13.1. Controlo das glicemias e cor da urina

O controlo das glicemias, os níveis das mesmas, é identificado como preocupação tanto ao nível das pessoas com DM2, como ao nível dos profissionais de saúde:

- "Bem eu acho que estas já são bastantes, mas só o condicionamento das nossas vidas, ah... e termos sempre presente, aquele ... "fantasma" de termos uma crise, embora se tenha cuidado, mas uma daquelas crises, ou da hipoglicémia, ou da ... qualquer outra, acho que é um fantasma muito grande, e sempre aquela dependência permanente, diária". DM2_mais de 1 evolução_com complicações menor.

- "e acho que se tivesse conseguido fazer disso um hábito tinha conseguido melhorar aqui estes níveis, que é uma preocupação eu principalmente falo por mim, porque eu gosto de comer, e para quem gosta de comer, temos de andar sempre a olhar aquilo que estamos a comer, não é?" DM2_mais de 1 evolução_sem complicações.

- "Sim, na ansiedade que provoca na pessoa, o controlo, há muitas pessoas que ficam muito obsessivas com os valores, no início do diagnóstico, controlam, avaliam muitas vezes ... então agora como temos os sistemas de monitorização flash que são mais acessíveis para a pessoa fazer o teste que quiser". Grupo_focal_profissionais de saúde.

- "Até na própria refeição, porque a pessoa tem que escolher os alimentos, pensa que se for comer isto a glicémia vai subir, se não como aquilo posso ter uma hipoglicémia, sob determinadas terapêuticas. (...) Mesmo atividade física para quem têm determinado tipo de terapêuticas e determinado controlo metabólico, dar uma corrida a mais pode ter um efeito na glicémia que pode exigir uma intervenção". Grupo_focal_profissionais de saúde.

Os profissionais de saúde ainda complementam, dizendo que existe alguma preocupação, por parte de algumas pessoas, com as questões relativas às causas das descidas ou subidas da glicemia:

- "obviamente, também, já tive pessoas que quiseram saber, que querem saber todos os pormenores: porque é que a glicémia sobe, quais são as causas que fazem subir, e o que é que podem fazer para descer? mas será uma minoria." Grupo_focal_profissionais de saúde.

Um dos participantes com DM2 refere, também, o controlo da cor urina:

- "E depois tem um problema, quando vamos urinar, a gente temos sempre cuidado a ver se o, se temos com a urina mais clara ou mais escuro, essas coisas assim." DM2_mais de 1 evolução_com complicações major.

13.2. Glicemia alta

Uma outra preocupação, identificada por um dos participantes com DM2 e por profissionais de saúde, é a hiperglicemia.

- “Agora mesmo que estou aqui a falando aqui com vocês e estou cozinhado, ao mesmo tempo ... uma comida que provavelmente não posso comer, porque tenho, hoje, 320, estou muito, muito alto, tenho hoje de açúcar. Me deixei de cuidar uma semana e tal, e estou a fazer exercício e tudo mais “.DM2_mais de 1 evolução_com complicações minor.

Há profissionais que referem que as pessoas se preocupam com as glicemias altas, porém não fazem a ligação com as consequências que podem decorrer desse facto.

- “acabam por estar mais preocupadas com, com a questão do controlo em termos de número, números, portanto glicémias, hemoglobinas A1C, de uma forma mais abstrata, mas que nem sequer fazem uma ligação disso ao impacto na sua vida, ou seja, podem ficar preocupadas em ver hiperglicémias, muito elevadas, ou ver... mas às vezes nem sequer associam a eventuais consequências, há algumas pessoas eu acho que nem sequer fazem a conexão“. Grupo focal_profissionais de saúde.

13.3. Glicemia baixa

Ainda em relação às glicemias, acrescentamos a preocupação com as hipoglicemias e as questões que podem estar subjacentes a uma hipoglicemia.

Podemos observar tanto na ótica de uma das pessoas com DM2, tanto na perspectiva dos profissionais de saúde:

- “Bem eu acho que estas já são bastantes, mas só o condicionamento das nossas vidas, ah... e termos sempre presente, aquele ... "fantasma" de termos uma crise, embora se tenha cuidado, mas uma daquelas crises, ou da hipoglicémia, ou da ... qualquer outra, acho que é um fantasma muito grande, e sempre aquela dependência permanente, diária“. DM2_mais de 1 evolução_com complicações minor.

-“foi o que eu coloquei em primeiro ligar foi a hipoglicémia, porque acho que ao fim de um ano de diabetes, já quase todas as pessoas tiveram ou experienciaram um episódio de hipoglicémia ou se não experienciaram já ouviram de certeza falar de alguém com um episódio de hipoglicémico e é alguma preocupação e que gera também alguma ansiedade nas pessoas “.Grupo focal_profissionais de saúde.

Um dos profissionais refere que existem mitos associados às hipoglicemias, sem terem especificado quais.

13.4. Gestão da diabetes

A gestão da diabetes foi considerada, por um dos participantes, um jogo de equilíbrios:

- “Neste momento as preocupações são essas, no meu caso em concreto pois felizmente quer a tensão, quer a diabetes estão muitíssimo controladas e dessa forma não tem havido assim sobressaltos de maior, mas isto tem de ser um cuidado permanente digamos, é a única forma, é um jogo de compensações, é um jogo de equilíbrios, que são equilíbrios muito instáveis, e portanto o truque aqui é saber manter os pratos todos no ar sem deixar partir nenhum.“ DM2_mais de 1 evolução_com complicações major.

Numa nova referência à questão do equilíbrio, foi transmitido que tem de haver uma gestão dos hábitos de vida:

- “felizmente nunca tomei insulina, ahhh espero nunca ter que vir a tomar .. ahm... mas o grande desafio é tentar arranjar um equilíbrio com o qual a alimentação e com alguma atividade que possamos fazer.“DM2_mais de 1 evolução_sem complicações.

A preocupação em gerir a diabetes da melhor maneira possível foi surge pelo seguinte excerto, onde também consta a noção das repercussões que os atos presentes podem ter no futuro:

- “mas naturalmente que sei que... tenho... eu diria uma condenação (...) mas sei perfeitamente que a minha qualidade de vida do futuro vai ser condicionada pela forma como eu vejo... e tenho os meus atos. Mas como aqui se disse... eu gosto também muito de comer, como aqui se disse, o exercício físico agora é mais raro do que era até há bem pouco tempo, por razões óbvias. Mas naturalmente eu sei que, aquilo que eu fizer agora de bom vai ter um impacto bom, aquilo que eu fizer de mau, vai ter um impacto 2x pior, porque nós já estamos, realmente, com esta situação. Eu, naturalmente, não sei se poderia ter evitado, mas talvez sim, porque não tenho antecedentes familiares, mas o que é verdade, pronto é que já estou nesta situação e tenho que saber gerir isto da melhor maneira possível.” DM2_mais de 1 evolução_sem complicações.

Alguns profissionais de saúde fazem referência à gestão da diabetes, quer seja ao nível da autovigilância ou da adaptação a várias mudanças na vida:

- “Eu posso dar a minha opinião , eu acho que muitas pessoas ... o que se preocupam é ... com a mudança radical de vida , eram pessoas que comiam doces e têm que deixar de comer doces... ahh que têm de ter depois a sua autovigilância, e portanto ficam muito preocupadas porque vão mudar de vida assim de um momento para outro...” Grupo focal_ profissionais de saúde.

Um outro aspeto, mencionado por um dos profissionais de saúde, identificado como preocupação com a gestão da diabetes, foi a questão da gestão da diabetes, no contexto social:

- “Tendencialmente, provavelmente, eu acho que a maior parte das pessoas usam uma estratégia de evitamento que é: tentar que não se saiba, e portanto adotar o mesmo comportamento, portanto se todos vão beber, nós bebemos também, se todos vão comer, eu também como. E mesmo sabendo... e aí eu possa estar preocupado, intimamente preocupado, porque na verdade sei que não devia estar a fazer isso, mas o meu contexto social é mais... tem mais valor do que o contexto da doença, e portanto a maneira como eu dou o peso relativo da minha vida social versus a minha vida de doente”. Grupo focal_ profissionais de saúde.

Relacionado com a gestão da diabetes, podem também estar subjacentes as questões de falta de tempo, referidas por um profissional de saúde, e que estão mencionadas no subtema do exercício físico.

13.5. Causalidade da DM2

A causalidade da doença foi referida por um dos participantes com DM2:

- “Eu, naturalmente, não sei se poderia ter evitado, mas talvez sim, porque não tenho antecedentes familiares, mas o que é verdade, pronto é que já estou nesta situação e tenho que saber gerir isto da melhor maneira possível.” DM2_mais de 1 evolução_sem complicações.

E também por alguns dos profissionais de saúde tanto a nível da doença:

-“Tentar perceber” porque é que isso aconteceu, não é? ou seja, isto aconteceu-me...isto já é da família? não é da família? porque é que isto me aconteceu?” no sentido um bocadinho , às vezes de injustiça, “porque enfim não sou das pessoas que como pior , perto do meus colegas de trabalho, não sou das pessoas que exagero mais... e porque é que isto me aparece a mim?” Grupo focal_ profissionais de saúde.

Como ao nível, por exemplo, da causalidade de algumas complicações.

14. Preocupações relacionadas com “A história dos outros”

Durante a análise verificou-se que algumas preocupações relacionadas com a diabetes derivavam de acontecimentos, histórias ou exemplos de familiares, amigos ou conhecidos que tinham diabetes, e destas histórias surgem algumas preocupações, que podem condicionar, ou não, as pessoas com DM2. Podemos observar nos excertos seguintes alguns dos receios/preocupações que advêm das “histórias das outras pessoas”. Podemos observar este tema no diálogo de algumas pessoas com DM2, como também sob a perspetivas dos profissionais de saúde:

- “o meu maior receio é realmente vir a fazer hemodiálise, porque assisti a muita gente a fazer hemodiálise numa altura em que estive internada três semanas em Santa Maria e assisti e estive precisamente numa parte em que havia muita gente a fazer hemodiálise e sei que isso é uma coisa horrível, e portanto, gostaria muito de nunca ter que a fazer. Talvez seja o que me contém mais para não fazer asneiras.” DM2_mais de 1 evolução_com complicações major.

- “Eu acho, eu acho quando... numa fase inicial... os medos e as complicações... tem a ver com as pessoas, quer se a pessoa conheceu ao longo da vida, se o pai morreu cedo, sem uma perninha [aceitação desta ideia por parte dos colegas].. pronto isso... pode imediatamente causar muito medo.”. Grupo_focal _profissionais de saúde.

Da presente análise temática destacam-se os seguintes aspetos: (1) estilo de vida e as alterações do mesmo. Dentro deste tópico abordam-se as questões relacionadas com os cuidados e restrições alimentares e com o exercício físico. Os profissionais de saúde reportam as questões do tempo e do dinheiro, relacionadas com a prática do mesmo. Por fim destacam-se as preocupações com o controlo do peso e com o aumento do mesmo. Adicionalmente à síntese da revisão sistemática, compreendemos que o consumo de álcool também consiste numa preocupação; (2) face ao contexto familiar destacamos as preocupações com a hereditariedade e com a procriação e gravidez. Há a preocupação com o aumento da probabilidade de malformações no feto e de não poder engravidar; (3) as questões de estigma/discriminação social, seja na família e amigos, seja na sociedade (ex: acesso a bancos e seguradoras) foi destacado pelos profissionais de saúde. O estigma/discriminação no contexto profissional foi referido em ambas as perspetivas. As pessoas com DM2 no que toca a questões sociais abordam falta de compreensão por parte dos outros; (4) nas questões relacionadas com a saúde mental destacam-se, nesta análise, o receio de perda de memória e a falta de concentração; (5) face à medicação há a destacar a procura da cura para a diabetes e a preocupação com a toma de insulina e a questão da injeção. No processo de controlo da glicemia há também esta componente do picar; (6) a veracidade e qualidade da informação que as pessoas com DM2 encontram é também alvo de preocupação por parte dos mesmos; (7) o tema das complicações onde se destacam as dores e outras comorbilidades, a incerteza da evolução das

complicações, as alterações físicas, os problemas nos olhos, enfatizando a cegueira, problemas nos rins, e os tratamentos das complicações como amputação e a hemodiálise. A hemodiálise é mencionada por um dos participantes como algo que “apavora-me”, sendo considerada a “grande preocupação” e a amputação é referida como: “o meu maior medo”; (8) as preocupações relacionadas com o controlo das glicemias; (9) as questões que influenciam a qualidade de vida (ex: cronicidade da DM2, esperança de vida e autonomia e funcionalidade) e por fim (10) as preocupações relacionadas com a diabetes que podem surgir de acontecimentos, histórias ou exemplos de familiares, amigos ou conhecidos que tenham diabetes.

5. Discussão

Considera-se que os métodos complementaram-se em certa medida, para chegar à finalidade do estudo. A revisão sistemática facultou uma visão ampla das preocupações e o estudo qualitativo permitiu explorar em profundidade e descrever as preocupações de ambas as perspetivas, desta forma verificou-se que existe um leque diversificado de preocupações nos mais variados âmbitos da vida das pessoas com DM2.

Não há uma comparação direta na presente dissertação, entre as perspetivas dos profissionais de saúde e as das pessoas com DM2. Contudo ao longo das análises, compreende-se que a grande parte das preocupações são identificadas por ambas. No entanto, existem algumas diferenças em certas preocupações, seja ao nível de priorização, do peso das mesmas, ou da sua menção.

A diabetes tipo 2 está associada a várias complicações. Para prevenir ou atrasar essas complicações é recomendado que as pessoas tenham comportamentos de autocuidado (56). O tratamento da diabetes passa pela promoção de estilos de vida saudáveis que incluem uma alimentação saudável, a prática de atividade física regular, não fumar e manter um peso corporal saudável, considerando-se que o autocontrolo da pessoa é a pedra angular dos cuidados da diabetes (3). Deste modo, torna-se compreensível que as alterações no estilo de vida sejam um campo de preocupação para a pessoa com DM2.

Os resultados do presente estudo permitiram, após as devidas análises, obter a noção de que as pessoas com DM2 têm preocupações com questões relativamente ao seu autocuidado. A gestão da diabetes no seu dia a dia, foi considerado por uma das pessoas com DM2 nos grupos focais, “um jogo de equilíbrios”, com o estilo de vida e as mudanças que estão inerentes ao estilo de vida: a dieta, a prática de exercício físico, o controlo de peso, os hábitos tabágicos, que foram identificados na síntese de revisão sistemática e a ingestão de bebidas alcoólicas, que foi identificada na análise dos grupos focais. A medicação e a avaliação do sangue foram referidas em ambos resultados e a avaliação da urina foi especificada na síntese temática, e controlo da cor de urina na análise dos grupos focais.

Relativamente à medicação, uma preocupação a destacar é o tratamento eficaz/ inovação, a esperança que haja um tratamento que “cure” a diabetes ou que seja eficaz: *“pronto e é... vivo com , vivo como todos os diabéticos nesta , nesta esperança de um dia haver um medicamento eficaz.”* DM2_mais de 1 evolução_com complicações menor, bem como o início ou a possibilidade de iniciar insulina. Este último aspeto foi identificado em ambas tantos nos resultados da análise dos grupos focais, como na revisão sistemática. Em Bolaños

e Sarría-Santamera, a insulina é percebida e associada ao último e mais grave estágio do processo da doença (12), podendo ser este o motivo da existência de preocupações inerentes ao início de insulina, sendo este facto reportado por um dos profissionais de saúde nos grupos focais. As questões ligadas aos valores das glicemias e o seu controlo, também foram identificadas em ambas as análises. Manter um bom controlo da glicemia é essencial para prevenir complicações decorrentes da diabetes e para ter qualidade de vida (57), sendo, possivelmente por este motivo, que as pessoas se tendem a preocupar com os valores da glicemia e o seu controlo.

A diabetes afeta negativamente quase todos os órgãos (58), e por este motivo as preocupações quanto às complicações são um leque diversificado.

As complicações, consequências, e comorbilidades são tópicos com bastantes preocupações associadas em ambos os resultados. Nos resultados estes temas compreendem as dores e outras comorbilidades, os danos, os problemas na visão e, concretamente, a cegueira; problemas renais; problemas no sistema cardiovascular, problemas na sexualidade, sendo que, neste último, na síntese temática o artigo refere-se ao sexo feminino, e alude os tratamentos da diabetes. Os problemas com os pés, com as feridas e a cicatrização, também foram identificados em ambas as análises, bem como o tratamento das complicações. Relativamente às complicações, em Bolaños e Sarría-Santamera é reportado que as pessoas revelam preocupações com a diabetes com o aparecimento de complicações que alteram significativamente alguns aspetos da sua vida. Adicionalmente, reporta que quando as pessoas se consciencializam com a possibilidade dessas complicações e a relação com a qualidade da sua vida, adotam mais facilmente as diretrizes do autocuidado (12).

Algumas preocupações foram identificadas de forma mais generalizada, como a questão da inevitabilidade das complicações, a morte relacionada com a diabetes, o receio de piorar e a incerteza da evolução das complicações, sendo referido por uma das pessoas com DM2 o seguinte: *“portanto é isso que me preocupa, é eu estar com 40 anos e já sentir esta transformação no meu corpo, por causa dos diabetes e não sei quando é que isto... onde é que isto vai parar não é? é por aí...”* DM2_mais de 1 evolução_sem complicações.

Muitas das vezes, o medo relacionado com as questões ligadas à diabetes, neste caso as complicações ou mesmo a morte, está associado a histórias de pessoas próximas. Este facto é também verificado num dos artigos incluídos na revisão sistemática (52).

Após análise, identificou-se que as preocupações das pessoas não só se debruçam sobre aspetos clínicos e de gestão/autocuidado da doença, mas também sobre preocupações a nível mais pessoal, mais íntimo.

Na vida da pessoa com DM2, vários são os aspetos da vida do dia-a-dia que podem ser afetadas, tanto ao nível pessoal, social, laboral, e na vida familiar bem como a sua qualidade de vida e a sua capacidade funcional (12).

Existem algumas áreas de preocupação identificadas em ambas as análises, como é o caso das preocupações relativas aos custos associados à dieta e outros tratamentos, à autonomia e funcionalidade da pessoa, e à perda de independência. Na análise dos grupos focais podemos destacar a perda de mobilidade, a dependência de outrem, as dificuldades ou incapacidade na condução, e as ocupações do quotidiano - identificadas em ambas as análises. Ao nível do contexto profissional, na análise dos grupos focais, foram levantados fatores pelos profissionais de saúde, como por exemplo, a compatibilização da gestão da diabetes com a vida laboral, as questões dos equipamentos, a renovação de contratos ou mesmo o desenvolvimento profissional. Associado ao contexto laboral foi levantado um tema nos grupos focais, que diz respeito às preocupações relativas ao estigma/discriminação neste contexto, mencionado em ambas as perspetivas.

A preocupação ao nível da opinião dos amigos e relacionamentos também se verificou em ambas as análises, contudo é mais destacada pelos profissionais de saúde na síntese temática e na análise dos grupos focais, apenas foi referida pelos profissionais de saúde. Face às relações sociais, na análise dos grupos focais, foi referida a incompreensão, sentida por alguns dos participantes com DM2, por parte dos familiares, amigos ou colegas. Schabert et al., reportam que as pessoas com diabetes relatam que o estigma é uma preocupação, que pode ser vivenciada em vários domínios da vida, como no trabalho e nas relações. Este facto pode ter um impacto negativo face ao bem estar psicológico da pessoa com diabetes e ainda pode interferir nos resultados clínicos das mesmas (59).

Da análise dos grupos focais, alguns aspetos revelaram-se de um enorme interesse no contexto familiar: a preocupação com a hereditariedade e com a gravidez/procriação, relacionados com o facto da diabetes poder ser hereditária, existir aconselhamento no sentido de não engravidar ou mesmo a impossibilidade de engravidar, ou ainda a possibilidade do feto nascer com malformações. Dunne *et al.*, reportam que as mulheres com DM2 têm resultados menos satisfatórios na gravidez em comparação com a população em geral do estudo. Os resultados desse estudo ainda revelam que as

mulheres com DM2, com um pobre controlo, têm um risco onze vezes superior da criança ter uma malformação congénita (60).

Após a análise dos grupos focais, identifica-se que existem certas nuances a que os profissionais de saúde não estão sensíveis, ou não mencionaram ou não consideraram como prioridade nas preocupações. Existem aspetos que os profissionais de saúde mencionam, e as pessoas com DM2 não referem, como por exemplo a preocupação com estigma/ discriminação ao acesso bancário e seguradoras e no contexto social e familiar, a inevitabilidade das complicações, a preocupação com acessibilidade aos cuidados de saúde e a comunicação com a equipa de saúde, os enfartes e AVC's e os custos monetários. O inverso também se verifica, por exemplo algumas pessoas com DM2 referiram a preocupação com as fontes e a qualidade de informação e o seu cariz de verdade, ou a preocupação com o tratamento eficaz/ inovação, com o controlo do peso, com a gravidez, com as dores, com a tensão arterial, com a severidade da DM2, com o cansaço, e há quem refira a preocupação com o controlo da cor da urina, entre outras, sendo que estas não se verificaram no diálogo dos profissionais de saúde. Contudo a grande parte das preocupações é identificada por ambas as perspetivas.

O mesmo facto é visível no artigo de Woodcock e Kinmonth, havendo diferenças quanto ao número de vezes que as preocupações são assinaladas, ou mesmo na resposta à questão aberta do estudo, como por exemplo: os enfermeiros referiram, em resposta à pergunta aberta, a "doença ou dor não relacionada com a diabetes" como principal preocupação mais vezes que os pacientes - 8,5% e 2,0% respetivamente (27).

A preocupação com dores e outras comorbilidades também foi levantada nas análises dos grupos focais e na síntese temática, a par com outras preocupações que não foram mencionadas ao longo desta discussão, como por exemplo: a preocupação com a cronicidade, causalidade e a severidade da diabetes, preocupações relacionadas com o foro psicológico, com o cansaço e fadiga, com as fontes e qualidade de informação, seguros, com a qualidade do descanso, entre outras.

Outro aspeto interessante, que surgiu ao longo da análise dos dados dos grupos focais, é o facto de algumas das preocupações, se irem alterando com o estágio da evolução da doença, algo que os profissionais de saúde também foram mencionando ao longo da sessão dos grupos focais. Sanz-Nogués *et al.*, reporta que ,curiosamente, o nível de preocupação de desenvolver potenciais complicações relacionadas com a diabetes, aumenta com tempo que se segue ao diagnóstico nas pessoas com DM2 e não se verificou o mesmo nas pessoas com DM1(13).

Este estudo alerta-nos para o facto de que pessoa com DM2 tem muitas preocupações relacionadas com a diabetes, no seu dia-a-dia, nos mais variados âmbitos

da vida, para além das questões clínicas e de autocuidado. Isto leva-nos a considerar que uma abordagem holística, centrada na pessoa, procurando compreender quais são as suas preocupações, pode ser um fator que contribui para melhorar os cuidados de saúde prestados, ao aproximar a perspetiva do profissional de saúde com a perspetiva da pessoa com DM2, e conseqüentemente permitir atingir os objetivos de ambos. Bolaños e Sarría-Santamera referem que “colocar os doentes no centro do sistema de saúde, conseguir uma comunicação efetiva na prática clínica e responder às suas necessidades percebidas são chaves não só para cuidados de saúde mais humanos, mas também para sistemas de saúde mais eficazes e eficientes”[traduzido](12).

Nenhuma investigação é isenta de limitações, e este estudo não é exceção.

A revisão sistemática apresenta algumas limitações como por exemplo: houve a necessidade de refinar a chave de pesquisa e a mesma ficou constituída apenas por termos MESH. A ausência de “texto livre” pode ser considerada uma limitação, talvez se contivesse a junção “texto livre”, por exemplo com a palavra “*worries*” capturaria mais artigos que respondessem diretamente à pergunta de pesquisa. Contudo os artigos obtidos, apesar da maioria não responderem diretamente à pergunta de pesquisa, apresentavam dados que permitiam identificar algumas das preocupações das pessoas com DM2. Deste modo foi um desafio superado. Outra limitação é o facto de se ter capturado só umas das perspetivas dos profissionais de saúde, neste caso de enfermeiros. O tempo da estratégia de pesquisa também poderá ser considerado uma limitação, o facto de ter sido apenas efetuada uma vez, e não ao longo de um tempo determinado. O facto da pesquisa ter sido apenas efetuada em três bases de dados, não capta toda a literatura existente. Foi também necessário refinar os critérios de inclusão, por ter capturado muitos artigos que não respondiam à pergunta de investigação. Também não se obteve um dos textos completos, o que não permitiu a sua leitura na íntegra. E, por fim, apesar de ter sido completada a *checklist* do PRISMA, a mesma ainda não foi adaptada às revisões sistemáticas de evidência qualitativa e quantitativa.

Relativamente às forças da revisão sistemática a leitura em simultâneo do título e do resumo permitiu que não fossem excluídos estudos apenas pelo seu título, sendo que o mesmo pode não refletir o estudo. A triagem e seleção dos artigos foi realizada por uma revisora, contudo para superar este desafio foram tidas em conta algumas estratégias, como por exemplo: revisão das tarefas, passado algum tempo das mesmas terem sido realizadas, o que permitiu distanciamento e ponderação das decisões.

O presente estudo qualitativo apresenta algumas limitações ao nível da amostra, por esta ter sido recrutada junto de uma associação de pessoas com diabetes, pode levar

a um enviesamento de resultados, uma vez que podem ter mais literacia em relação à diabetes em comparação com a população em geral. A análise não foi devolvida aos respetivos participantes e foi efetuada apenas por investigadora, o que pode ser considerado uma limitação. Pode ser considerada uma limitação a não comparação direta de ambas as perspetivas, contudo não era objetivo do presente estudo.

Relativamente às forças do estudo qualitativo apesar das transcrições terem sido realizadas por uma investigadora, superou-se esta limitação através de uma audição repetida do material dos grupos focais. A heterogeneidade dos grupos focais considera-se que é uma força do estudo, uma vez que foram tidos em conta diferentes estádios da doença e dois tipos de classes de profissionais de saúde. A identificação abrangente das preocupações, com as devidas citações torna a análise realizada mais clara e detalhada.

6. Conclusões

Com recurso à revisão sistemática e ao estudo qualitativo, foi possível explorar de forma abrangente e aprofundada as principais preocupações das pessoas com DM2, no seu dia -a -dia, sob a perspetiva das mesmas e dos profissionais de saúde. Deste modo, com este estudo podemos concluir que:

- a evidência sobre este tema objetivamente é ainda muito limitada;
- uma abordagem qualitativa, na qual o investigador está próximo das pessoas, permitiu aprofundar o conhecimento sobre as principais preocupações das pessoas com DM2;
- a triangulação dos métodos, pela sua complementaridade, foi muito útil para a compreensão das preocupações como um todo;
- as alterações do estilo de vida suscitam preocupações às pessoas com DM2, destacando o cuidado com a alimentação e as suas restrições;
- os valores e controlo das glicemias são alvo de grande preocupação para as pessoas com DM2;
- a perda da independência e da sua autonomia, bem como as questões que podem alterar sua qualidade de vida, têm um grande significado para as pessoas com DM2;
- os danos provados pela diabetes e os tratamentos das complicações são alvo significativo de preocupação para as pessoas com DM2, em relação ao tratamento destaca-se a amputação e hemodiálise;
- a insulina e o procedimento de injeção é algo que provoca preocupação e ansiedade nas pessoas com DM2;
- a eventual descoberta de cura ou de terapêutica inovadora eficaz para a diabetes é alvo de atenção por parte das pessoas com DM2;
- alguns dos receios e preocupações das pessoas advêm de acontecimentos, histórias ou exemplos de amigos, conhecidos ou familiares;

Ainda que as preocupações identificadas pela própria pessoa e pelos profissionais de saúde tenham sido semelhantes, o destaque e a ordem pela qual foram mencionadas foram significativamente diferentes. As pessoas que experienciam viver com DM2 revelaram estar mais preocupadas com aspetos de funcionalidade e qualidade de vida, ainda que os indicadores clínicos também assumam uma grande preponderância, no entanto os profissionais de saúde evidenciaram as preocupações clínicas de forma mais robusta. De destacar também que algumas preocupações sentidas pela pessoa com DM2 não foram mencionadas pelos profissionais de saúde, nomeadamente preocupações

relacionadas com a gravidez, com as fontes e qualidade de informação e com o sentir dor.

Com a presente dissertação verifica-se que a Diabetes Mellitus tipo 2 é uma doença complexa, difícil de gerir, com múltiplas influências no dia a dia e com vários aspetos associados - complicações, autocuidado, influência na qualidade de vida, nas atividades de vida diárias, na vida social e familiar. - e que pode suscitar um leque complexo e diversificado de preocupações relacionadas com os vários desafios e decisões na gestão do dia a dia das pessoas com Diabetes Mellitus tipo 2.

Recomendações

IMPLICAÇÕES PRÁTICAS

Com este trabalho obteve-se uma visão ampla das preocupações que as pessoas com DM2 sentem, oferecendo aos profissionais de saúde que acompanham pessoas com DM2 um outro prisma das inquietações que as pessoas podem ter, para além das situações mais clínicas que podem ser aquelas que são mais imediatamente abordadas na interação das consultas. No ponto de vista prático é importante que os profissionais de saúde consigam ter noções das preocupações reais das pessoas, que muitas vezes não são ditas oralmente, de modo a poderem estar mais alertas na sua interação, e compreender quais são os fatores que as inquietam de modo a negociar com elas e poderem dar respostas às necessidades que elas sentem no seu dia a dia.

Deste modo este leque diversificado de preocupações pode contribuir que haja um plano de cuidados mais personalizado à pessoa, e desta forma responder algumas necessidades sentidas, otimizando os cuidados e construindo em conjunto, verdadeiramente, um Plano Individual de Cuidados.

Sendo que os cuidados de saúde devem ter uma componente holística e que a pessoa com doença crónica é um ser complexo e que todos os âmbitos da vida estão interligados, penso que este trabalho contribui para dar uma noção mais vasta das preocupações das pessoas.

SUGESTÕES PARA INVESTIGAÇÕES FUTURAS

Após a conclusão do presente trabalho e devido existência limitada de estudos nesta área, seria pertinente fazer revisões sistemáticas neste âmbito, com perguntas de investigação mais abrangentes de modo a captar outros resultados, que nesta revisão não se captaram, num período de tempo mais avançado, e talvez com a junção de “texto livre”.

Seria também interessante mais estudos com o objetivo de explorar as preocupações das pessoas com outra patologia crónica e o impacto da doença na vida das pessoas.

Algo que não foi realizado nesta dissertação, pois não era o objetivo da mesma, mas que é de bastante relevância é analisar as diferenças da preocupação da perspectiva dos profissionais de saúde e da perspectiva das pessoas com DM2 (2ª fase do projeto CONCORDIA).

Referências bibliográficas

1. Diabetes ON da. Diabetes : Factos e Números nos anos de 2016, 2017 e 2018. 2019.
2. APDP AP dos D de P. Complicações | Portal da Diabetes [Internet]. [cited 2021 Apr 6]. Available from: <https://apdp.pt/diabetes/complicacoes/#1553523632105-99151839-39ab>
3. International Diabetes Federation. Atlas de la Diabetes. 9ª Edición. Atlas de la Diabetes de la FID. 2019. 1–169 p.
4. Organización Mundial de la Salud. Informe Mundial Sobre la diabetes. 2016;
5. DGS-Direção-Geral da Saúde. Programa Nacional para a Diabetes 2019. Desafios e Estratégias. 2019. 1–62 p.
6. Organization for Economic Co-operation and Development (OECD). Health at a Glance 2019: OECD Indicators. Paris: OECD Publishing; 2019.
7. Monahan F, Sands J, Neighbors M, Marek J, Green C. PHIPPS'Enfermagem Médico - Cirúrgica. Perspectivas de saúde e doença. 8º Ed. Lusodidacta, editor. 2007.
8. Van Dam HA, Van Der Horst F, Van Den Borne B, Ryckman R, Crebolder H. Provider-patient interaction in diabetes care: Effects on patient self-care and outcomes - A systematic review. *Patient Educ Couns*. 2003;51(1):17–28.
9. Rubin RR, Peyrot M, Siminerio LM. Health care and patient-reported outcomes: Results of the cross-national Diabetes Attitudes, Wishes and Needs (DAWN) study. *Diabetes Care*. 2006;29(6):1249–55.
10. Messina J, Campbell S, Morris R, Eyles E, Sanders C. A narrative systematic review of factors affecting diabetes prevention in primary care settings. *PLoS One*. 2017;12(5):1–20.
11. Roter D. The enduring and evolving nature of the patient-physician relationship. *Patient Educ Couns*. 2000;39(1):5–15.
12. Bolaños E, Sarría-Santamera A. Perspectiva de los pacientes sobre la diabetes tipo 2 y relación con los profesionales sanitarios de atención primaria: un estudio cualitativo. *Atención Primaria*. 2003;32(4):195–201.
13. Sanz-Nogués C, Mustafa M, Burke H, O'Brien T, Coleman C. Knowledge,

- Perceptions and Concerns of Diabetes-Associated Complications among Individuals Living with Type 1 and Type 2 Diabetes Mellitus. *Healthcare*. 2020;8(1):25.
14. Jacobson AM, Groot M De, Samson JA. The Evaluation of Two Measures of Quality of Life in Patients With Type I and Type II Diabetes. *Diabetes Care*. 1994;17(4):267–74.
 15. Hernandez-Tejada MA, Campbell JA, Walker RJ, Smalls BL, Davis KS, Egede LE. Diabetes empowerment, medication adherence and self-care behaviors in adults with type 2 diabetes. *Diabetes Technol Ther*. 2012;14(7):630–4.
 16. Kinmonth AL, Spiegel N, Woodcock A. Developing a training programme in patient-centred consulting for evaluation in a randomised controlled trial; diabetes care from diagnosis in British primary care. *Patient Educ Couns*. 1996;29(1):75–86.
 17. Novak M, Costantini L, Schneider S, Beanlands H. Approaches to Self-Management in Chronic Illness. *Semin Dial*. 2013;26(2):188–94.
 18. Levenstein JH, Mccracken EC, Mcwhinney IANR, Stewart MA. The patient-centred clinical method 1 a model for the doctor-patient interaction in family medicine. *Fam Pract*. 1986;3(1):24–30.
 19. Barry CA, Bradley CP, Britten N, Stevenson FA, Barber N. Patients' unvoiced agendas in general practice consultations: Qualitative study. *Br Med J*. 2000;320(7244):1246–50.
 20. Debono M, Cachia E. The impact of diabetes on psychological well being and quality of life. The role of patient education. *Psychol Heal Med*. 2007;12(5):545–55.
 21. Skovlund SE, Peyrot M. The Diabetes Attitudes, Wishes, and Needs (DAWN) program: A new approach to improving outcomes of diabetes care. *Diabetes Spectr*. 2005;18(3):136–42.
 22. Kirk JK, Hunter JC, Mihalko SL, Danhauer SC, Shumaker SA. Perspectives of pain in patients with type 2 diabetes. *Expert Rev Endocrinol Metab*. 2019;14(3):215–9.
 23. Joensen LE, Madsen KP, Holm L, Nielsen KA, Rod MH, Petersen AA, et al. Diabetes and COVID-19: psychosocial consequences of the COVID-19 pandemic in people with diabetes in Denmark—what characterizes people with high levels of COVID-19-related worries? *Diabet Med*. 2020;37(7):1146–54.

24. Nombela Manzaneque N, Pérez-Arechaederra D, Caperos Montalbán JM. Side effects and practices to improve management of type 2 diabetes mellitus from the viewpoint of patient experience and health care management. A narrative review. *Endocrinol Diabetes y Nutr (English ed)*. 2019;66(10):596–610.
25. Fagherazzi G, Chambraud C, Dow C, Mancini FR, Affret A, Balkau B, et al. What are the determinants of a concerned vision of the future when living with type 2 diabetes? Results from the E3N-AfterDiab study. *Chronic Illn*. 2019;15(3):236–41.
26. Davis RE, Morrissey M, Peters JR, Wittrup-Jensen K, Kennedy-Martin T, Currie CJ. Impact of hypoglycaemia on quality of life and productivity in type 1 and type 2 diabetes. *Curr Med Res Opin*. 2005;21(9):1477–83.
27. Woodcock A, Kinmonth AL. Patient concerns in their first year with Type 2 diabetes: Patient and practice nurse views. *Patient Educ Couns*. 2001;42(3):257–70.
28. Cohen MZ, Tripp-Reimer T, Smith C, Sorofman B, Lively S. Explanatory models of diabetes: Patient practitioner variation. *Soc Sci Med*. 1994;38(1):59–66.
29. Boland A, Cherry MG, Dickson R. *Doing a Systematic_Review*. 2ª Edição. Ltd S publications, editor. London; 2017.
30. Donato H, Donato M. Stages for undertaking a systematic review. *Acta Med Port*. 2019;32(3):227–35.
31. Hong QN, Pluye P, Bujold M, Wassef M. Convergent and sequential synthesis designs: implications for conducting and reporting systematic reviews of qualitative and quantitative evidence. *Syst Rev*. 2017;6(1):61.
32. Galvão TF, Souza AP de, Harrad D. Principais itens para relatar Revisões sistemáticas e Meta-análises: A recomendação PRISMA. *Epidemiol e Serviços Saúde*. 2015;24(2):335–42.
33. Lizarondo L SC, Carrier J, Godfrey C, Rieger K, Salmond S, Apostolo J, Kirkpatrick P LH. Chapter 8: Mixed methods systematic reviews. In: Aromataris E MZ, editor. *JB I Manual for Evidence Synthesis*. 2020.
34. Lockwood C, Porrit K, Munn Z, Rittenmeyer L, Salmond S, Bjerrum M, Loveday H, Carrier J SD. Chapter 2: Systematic reviews of qualitative evidence. In: Aromataris E MZ, editor. *JB I Manual for Evidence Synthesis*. 2020.
35. Bettany-Saltikov J. Learning how to undertake a systematic review: Part 2. *Nurs Stand*. 2010;24(51).

36. Hong Q, Pluye P, Fàbregues S, Bartlett G, Boardman F, Cargo M, et al. Mixed Methods Appraisal Tool (MMAT), Version 2018. User guide. McGill. 2018;1–11.
37. Hong QN, Fàbregues S, Bartlett G, Boardman F, Cargo M, Dagenais P, et al. The Mixed Methods Appraisal Tool (MMAT) version 2018 for information professionals and researchers. *Educ Inf*. 2018;34(4):285–91.
38. Brämberg EB, Dahlborg-Lyckhage E, Määttä S. Lack of individualized perspective: A qualitative study of diabetes care for immigrants in Sweden. *Nurs Heal Sci*. 2012 Jun;14(2):244–9.
39. Dixon-woods M, Agarwal S, Jones D, Young B, Sutton A. Synthesising qualitative and quantitative evidence : a review of possible methods. 2005;10(1).
40. Pope C, Mays N, Popay J. Synthesizing Qualitative and Quantitative Health Evidence - A guide to methods. Press OU, editor. 2007. 1–205 p.
41. Sandelowski M, Voils CI, Barroso J. Defining and Designing Mixed Research Synthesis Studies. *Res Sch*. 2006;13(1):29.
42. Stern C, Lizarondo L, Carrier J, Godfrey C, Rieger K, Salmond S, et al. Methodological guidance for the conduct of mixed methods systematic reviews. *JBI Evid Synth*. 2020;18(10):2108–18.
43. Margarete Sandelowski, Leeman J, Knafl K, Crandell JL. Text-in-Context: A Method for Extracting Findings in Mixed- Methods Mixed Research Synthesis Studies. *J Adv Nurs*. 2013;69(6):1428–37.
44. Thomas J, Harden A. Methods for the thematic synthesis of qualitative research in systematic reviews. *BMC Med Res Methodol*. 2008;8:1–10.
45. Denzin NK, Lincoln YS. Introduction: The Discipline and Practice of Qualitative Research. In: *The Sage Handbook of qualitative research*. 2005.
46. Morse JM. *Qualitative health research: Creating a new discipline*. Press left coast, editor. 2012.
47. Dias S, Gama A. *Introdução à Investigação Qualitativa em Saúde Pública*. Almedina, editor. 2019.
48. Braun V, Clarke V. What can “thematic analysis” offer health and wellbeing researchers? *Int J Qual Stud Health Well-being*. 2014;9:9–10.
49. Carmo H, Ferreira M. *Metodologia da investigação - Guia para Auto-aprendizagem*. 2ª Ed. Aberta U, editor. 2008.

50. Morgan DL. Focus groups as qualitative research. 2^a edição. Publications SL, editor. SAGE Publications; 1996.
51. Braun V, Clarke V. Qualitative Research in Psychology Using thematic analysis in psychology Using thematic analysis in psychology. *Qual Res Psychol*. 2006;3(2):77–101.
52. Cecilio SG, Brasil CLGB, Vilaça CP, Silva SMF da, Vargas EDC, Torres HDC. Psychosocial aspects of living with diabetes mellitus in promoting self-care. *Rev da Rede Enferm do Nord*. 2016;17(1):44.
53. Erten Kaya Z, Zincir H, Özkan F, Selçuk A, Elmali F. Sexual lives of women with diabetes mellitus (type 2) and impact of culture on solution for problems related to sexual life. *J Clin Nurs*. 2014;23(7–8):995–1004.
54. Young SA, Azam LS, Meurer JR, Hill RS, Cui C. The influence of patient and provider communication on diabetes care delivery. *J Ambul Care Manage*. 2016;39(3):272–8.
55. Saidi S, Milnes LJ, Griffiths J. Fatalism, faith and fear: A case study of self-care practice among adults with Type 2 diabetes in urban Malaysia. *J Clin Nurs*. 2018 Oct 1;27(19–20):3758–67.
56. Sultan S, Attali C, Gilberg S, Zenasni F, Hartemann A. Physicians' understanding of patients' personal representations of their diabetes: Accuracy and association with self-care. *Psychol Heal*. 2011;26(SUPPL. 1):101–17.
57. Sousa Z, Neves C, Carvalho D. Monitorização do Controlo Glicémico. *Rev Port Diabetes*. 2016;11(1):33–7.
58. Kumar A, Bharti SK, Kumar A. Type 2 Diabetes Mellitus: One monster eating all. *Apollo Med* [Internet]. 2014;11(3):161–6. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.apme.2014.01.009>
59. Schabert J, Browne JL, Mosely K, Speight J. Social stigma in diabetes: A framework to understand a growing problem for an increasing epidemic. *Patient*. 2013;6(1):1–10.
60. Dunne F, Brydon P, Smith K, Gee H. Pregnancy in women with Type 2 diabetes: 12 Years outcome data 1990-2002. *Diabet Med*. 2003;20(9):734–8.

Anexos

Anexo I – Chave de pesquisa e filtros, por base de dados

BASE DE DADOS	CHAVE DE PESQUISA E FILTROS
SCOPUS	TITLE-ABS-KEY (("Diabetes Mellitus, Type 2") OR ("Chronic Disease") AND ("Professional-Patient Relations") AND ("Communication") AND ("Patient-Centered Care")) AND (LIMIT-TO (SUBJAREA , "MEDI") OR LIMIT-TO (SUBJAREA , "NURS") OR LIMIT-TO (SUBJAREA , "HEAL") OR LIMIT-TO (SUBJAREA , "PSYC") OR LIMIT-TO (SUBJAREA , "SOC")) AND (LIMIT-TO (LANGUAGE , "English"))
PubMed	("Diabetes Mellitus, Type 2"[Mesh]) OR ("Chronic Disease"[Mesh]) AND ("Professional-Patient Relations"[Mesh]) AND ("Communication"[Mesh]) AND ("Patient-Centered Care"[Mesh])) FILTROS: pt; en e esp
Web Of Science	TÓPICO: (("Diabetes Mellitus, Type 2") OR ("Chronic Disease") AND ("Professional-Patient Relations") AND ("Communication") AND ("Patient-Centered Care")) Refinado por: CATEGORIAS DO WEB OF SCIENCE: (NURSING OR BEHAVIORAL SCIENCES OR PRIMARY HEALTH CARE OR SOCIAL SCIENCES INTERDISCIPLINARY) AND IDIOMAS: (ENGLISH OR SPANISH OR PORTUGUESE) Tempo estipulado: Todos os anos. Índices: SCI-EXPANDED, SSCI, A&HCI, CPCI-S, CPCI-SSH, ESCI, CCR-EXPANDED, IC.

Anexo II – Tempo estipulado pelas bases dados

BASE DE DADOS	TEMPO ESTIPULADO PELA BASE DE DADOS
SCOPUS	2004-2018
PubMed	1997-2021
Web Of Science	1998-2020

Anexo III – Instrumento de triagem e seleção

INSTRUMENTO DE TRIAGEM E SELEÇÃO

Revisão Sistemática Questão: No âmbito da gestão do dia a dia, quais são as principais preocupações da pessoa com Diabetes Mellitus tipo 2, com mais de 1 ano de evolução, na perspetiva da própria e na perspetiva do profissional de saúde Crítérios de Inclusão (PICos) População: Pessoas com DM Tipo 2, com mais de 1 ano de evolução e profissionais de saúde (médicos e enfermeiros) Fenómeno de interesse: Preocupações das pessoas com DM2, no seu quotidiano, na perspetiva dos profissionais de saúde e das pessoas com DM2 Contexto: No quotidiano da pessoa com DM2 Tipos de estudos: Estudos primários qualitativos, quantitativos e mistos		Artigo em questão Título: Autor/es/ Study ID: Jornal: Ano da Publicação: Ano: Metodologia utilizada: População (n): País:	
POPULAÇÃO	INCLUSÃO <input type="checkbox"/> Pessoas com o diagnóstico de diabetes Mellitus 2(DM2), com mais de 1 ano de evolução <input type="checkbox"/> Profissionais de Saúde (que incluía enfermeiros e médicos) <input type="checkbox"/> Faixa etária (≥ 18 anos)	EXCLUSÃO <input type="checkbox"/> População com pré-diabetes ou com DM1 <input type="checkbox"/> População com DM2 com menos de 1 ano de evolução <input type="checkbox"/> Cuidadores informais de pessoas com DM2 <input type="checkbox"/> Outros profissionais sem serem médicos ou enfermeiros	NOTAS
		<input type="checkbox"/> Outros motivos de exclusão de população	
FENÓMENO DE INTERESSE	<input type="checkbox"/> Preocupações da pessoa com DM2, no seu quotidiano, sob o seu ponto de vista /perspetiva/perceção <input type="checkbox"/> Preocupações da pessoa com DM2, no seu quotidiano, sob o ponto de vista /perspetiva ou perceção do profissional de saúde (médicos e enfermeiros)	<input type="checkbox"/> Outros fenómenos sem serem preocupações das pessoas com DM2	
CONTEXTO	<input type="checkbox"/> Quotidiano das pessoas com DM2	<input type="checkbox"/> Outros contextos	
TIPO DE ESTUDO	<input type="checkbox"/> Estudos primários qualitativos <input type="checkbox"/> Estudos primários quantitativos <input type="checkbox"/> Estudos primários mistos	<input type="checkbox"/> Websites, blogs, artigos de opinião, conferências <input type="checkbox"/> Teses e dissertações <input type="checkbox"/> Outros (estudos secundários, sem acesso ao <i>full text</i>)	
LINGUA	<input type="checkbox"/> Espanhol <input type="checkbox"/> Português	<input type="checkbox"/> Outros idiomas (sem ser ES, EN e PT)	
	<input type="checkbox"/> Inglês		
Inclusão ou Exclusão	<input type="checkbox"/> Inclusão <input type="checkbox"/> Exclusão		Motivo:

Anexo IV – Mixed Methods Appraisal Tool – artigos incluídos

Artigo I

Part I: Mixed Methods Appraisal Tool (MMAT), version 2018

Category of study designs	Methodological quality criteria	Responses			
		Yes	No	Can't tell	Comments
Screening questions (for all types)	S1. Are there clear research questions?				
	S2. Do the collected data allow to address the research questions?				
	<i>Further appraisal may not be feasible or appropriate when the answer is 'No' or 'Can't tell' to one or both screening questions.</i>				
1. Qualitative	1.1. Is the qualitative approach appropriate to answer the research question?	x			
	1.2. Are the qualitative data collection methods adequate to address the research question?	x			
	1.3. Are the findings adequately derived from the data?	x			
	1.4. Is the interpretation of results sufficiently substantiated by data?	x			
	1.5. Is there coherence between qualitative data sources, collection, analysis and interpretation?	x			
2. Quantitative randomized controlled trials	2.1. Is randomization appropriately performed?				
	2.2. Are the groups comparable at baseline?				
	2.3. Are there complete outcome data?				
	2.4. Are outcome assessors blinded to the intervention provided?				
	2.5. Did the participants adhere to the assigned intervention?				
3. Quantitative non-randomized	3.1. Are the participants representative of the target population?				
	3.2. Are measurements appropriate regarding both the outcome and intervention (or exposure)?				
	3.3. Are there complete outcome data?				
	3.4. Are the confounders accounted for in the design and analysis?				
	3.5. During the study period, is the intervention administered (or exposure occurred) as intended?				
4. Quantitative descriptive	4.1. Is the sampling strategy relevant to address the research question?				
	4.2. Is the sample representative of the target population?				
	4.3. Are the measurements appropriate?				
	4.4. Is the risk of nonresponse bias low?				
	4.5. Is the statistical analysis appropriate to answer the research question?				
5. Mixed methods	5.1. Is there an adequate rationale for using a mixed methods design to address the research question?				
	5.2. Are the different components of the study effectively integrated to answer the research question?				
	5.3. Are the outputs of the integration of qualitative and quantitative components adequately interpreted?				
	5.4. Are divergences and inconsistencies between quantitative and qualitative results adequately addressed?				
	5.5. Do the different components of the study adhere to the quality criteria of each tradition of the methods involved?				

Artigo II

Part I: Mixed Methods Appraisal Tool (MMAT), version 2018

Category of study designs	Methodological quality criteria	Responses			
		Yes	No	Can't tell	Comments
Screening questions (for all types)	S1. Are there clear research questions?				
	S2. Do the collected data allow to address the research questions?				
	<i>Further appraisal may not be feasible or appropriate when the answer is 'No' or 'Can't tell' to one or both screening questions.</i>				
1. Qualitative	1.1. Is the qualitative approach appropriate to answer the research question?	x			
	1.2. Are the qualitative data collection methods adequate to address the research question?	x			
	1.3. Are the findings adequately derived from the data?	x			
	1.4. Is the interpretation of results sufficiently substantiated by data?	x			
	1.5. Is there coherence between qualitative data sources, collection, analysis and interpretation?	x			
2. Quantitative randomized controlled trials	2.1. Is randomization appropriately performed?				
	2.2. Are the groups comparable at baseline?				
	2.3. Are there complete outcome data?				
	2.4. Are outcome assessors blinded to the intervention provided?				
	2.5. Did the participants adhere to the assigned intervention?				
3. Quantitative non-randomized	3.1. Are the participants representative of the target population?				
	3.2. Are measurements appropriate regarding both the outcome and intervention (or exposure)?				
	3.3. Are there complete outcome data?				
	3.4. Are the confounders accounted for in the design and analysis?				
	3.5. During the study period, is the intervention administered (or exposure occurred) as intended?				
4. Quantitative descriptive	4.1. Is the sampling strategy relevant to address the research question?	x			
	4.2. Is the sample representative of the target population?		x		
	4.3. Are the measurements appropriate?	x			
	4.4. Is the risk of nonresponse bias low?		x		
	4.5. Is the statistical analysis appropriate to answer the research question?	x			
5. Mixed methods	5.1. Is there an adequate rationale for using a mixed methods design to address the research question?				
	5.2. Are the different components of the study effectively integrated to answer the research question?				
	5.3. Are the outputs of the integration of qualitative and quantitative components adequately interpreted?				
	5.4. Are divergences and inconsistencies between quantitative and qualitative results adequately addressed?				
	5.5. Do the different components of the study adhere to the quality criteria of each tradition of the methods involved?				

Artigo III

Part I: Mixed Methods Appraisal Tool (MMAT), version 2018

Category of study designs	Methodological quality criteria	Responses			
		Yes	No	Can't tell	Comments
Screening questions (for all types)	S1. Are there clear research questions?				
	S2. Do the collected data allow to address the research questions?				
<i>Further appraisal may not be feasible or appropriate when the answer is 'No' or 'Can't tell' to one or both screening questions.</i>					
1. Qualitative	1.1. Is the qualitative approach appropriate to answer the research question?	x			
	1.2. Are the qualitative data collection methods adequate to address the research question?	x			
	1.3. Are the findings adequately derived from the data?	x			
	1.4. Is the interpretation of results sufficiently substantiated by data?	x			
	1.5. Is there coherence between qualitative data sources, collection, analysis and interpretation?	x			
2. Quantitative randomized controlled trials	2.1. Is randomization appropriately performed?				
	2.2. Are the groups comparable at baseline?				
	2.3. Are there complete outcome data?				
	2.4. Are outcome assessors blinded to the intervention provided?				
	2.5. Did the participants adhere to the assigned intervention?				
3. Quantitative non-randomized	3.1. Are the participants representative of the target population?				
	3.2. Are measurements appropriate regarding both the outcome and intervention (or exposure)?				
	3.3. Are there complete outcome data?				
	3.4. Are the confounders accounted for in the design and analysis?				
	3.5. During the study period, is the intervention administered (or exposure occurred) as intended?				
4. Quantitative descriptive	4.1. Is the sampling strategy relevant to address the research question?				
	4.2. Is the sample representative of the target population?				
	4.3. Are the measurements appropriate?				
	4.4. Is the risk of nonresponse bias low?				
	4.5. Is the statistical analysis appropriate to answer the research question?				
5. Mixed methods	5.1. Is there an adequate rationale for using a mixed methods design to address the research question?				
	5.2. Are the different components of the study effectively integrated to answer the research question?				
	5.3. Are the outputs of the integration of qualitative and quantitative components adequately interpreted?				
	5.4. Are divergences and inconsistencies between quantitative and qualitative results adequately addressed?				
	5.5. Do the different components of the study adhere to the quality criteria of each tradition of the methods involved?				

Nota: Mais direcionado para os fatores, mas transmite preocupações.

Artigo IV

Part I: Mixed Methods Appraisal Tool (MMAT), version 2018

Category of study designs	Methodological quality criteria	Responses			
		Yes	No	Can't tell	Comments
Screening questions (for all types)	S1. Are there clear research questions?				
	S2. Do the collected data allow to address the research questions?				
<i>Further appraisal may not be feasible or appropriate when the answer is 'No' or 'Can't tell' to one or both screening questions.</i>					
1. Qualitative	1.1. Is the qualitative approach appropriate to answer the research question?	x			
	1.2. Are the qualitative data collection methods adequate to address the research question?	x			
	1.3. Are the findings adequately derived from the data?	x			
	1.4. Is the interpretation of results sufficiently substantiated by data?	x			
	1.5. Is there coherence between qualitative data sources, collection, analysis and interpretation?	x			
2. Quantitative randomized controlled trials	2.1. Is randomization appropriately performed?				
	2.2. Are the groups comparable at baseline?				
	2.3. Are there complete outcome data?				
	2.4. Are outcome assessors blinded to the intervention provided?				
	2.5. Did the participants adhere to the assigned intervention?				
3. Quantitative non-randomized	3.1. Are the participants representative of the target population?				
	3.2. Are measurements appropriate regarding both the outcome and intervention (or exposure)?				
	3.3. Are there complete outcome data?				
	3.4. Are the confounders accounted for in the design and analysis?				
	3.5. During the study period, is the intervention administered (or exposure occurred) as intended?				
4. Quantitative descriptive	4.1. Is the sampling strategy relevant to address the research question?				
	4.2. Is the sample representative of the target population?				
	4.3. Are the measurements appropriate?				
	4.4. Is the risk of nonresponse bias low?				
	4.5. Is the statistical analysis appropriate to answer the research question?				
5. Mixed methods	5.1. Is there an adequate rationale for using a mixed methods design to address the research question?				
	5.2. Are the different components of the study effectively integrated to answer the research question?				
	5.3. Are the outputs of the integration of qualitative and quantitative components adequately interpreted?				
	5.4. Are divergences and inconsistencies between quantitative and qualitative results adequately addressed?				
	5.5. Do the different components of the study adhere to the quality criteria of each tradition of the methods involved?				

Artigo V

Part I: Mixed Methods Appraisal Tool (MMAT), version 2018

Category of study designs	Methodological quality criteria	Responses			
		Yes	No	Can't tell	Comments
Screening questions (for all types)	S1. Are there clear research questions?				
	S2. Do the collected data allow to address the research questions?				
<i>Further appraisal may not be feasible or appropriate when the answer is 'No' or 'Can't tell' to one or both screening questions.</i>					
1. Qualitative	1.1. Is the qualitative approach appropriate to answer the research question?	x			
	1.2. Are the qualitative data collection methods adequate to address the research question?	x			
	1.3. Are the findings adequately derived from the data?	x			
	1.4. Is the interpretation of results sufficiently substantiated by data?	x			
	1.5. Is there coherence between qualitative data sources, collection, analysis and interpretation?	x			
2. Quantitative randomized controlled trials	2.1. Is randomization appropriately performed?				
	2.2. Are the groups comparable at baseline?				
	2.3. Are there complete outcome data?				
	2.4. Are outcome assessors blinded to the intervention provided?				
	2.5. Did the participants adhere to the assigned intervention?				
3. Quantitative non-randomized	3.1. Are the participants representative of the target population?				
	3.2. Are measurements appropriate regarding both the outcome and intervention (or exposure)?				
	3.3. Are there complete outcome data?				
	3.4. Are the confounders accounted for in the design and analysis?				
	3.5. During the study period, is the intervention administered (or exposure occurred) as intended?				
4. Quantitative descriptive	4.1. Is the sampling strategy relevant to address the research question?				
	4.2. Is the sample representative of the target population?				
	4.3. Are the measurements appropriate?				
	4.4. Is the risk of nonresponse bias low?				
	4.5. Is the statistical analysis appropriate to answer the research question?				
5. Mixed methods	5.1. Is there an adequate rationale for using a mixed methods design to address the research question?				
	5.2. Are the different components of the study effectively integrated to answer the research question?				
	5.3. Are the outputs of the integration of qualitative and quantitative components adequately interpreted?				
	5.4. Are divergences and inconsistencies between quantitative and qualitative results adequately addressed?				
	5.5. Do the different components of the study adhere to the quality criteria of each tradition of the methods involved?				

Artigo VI

Part I: Mixed Methods Appraisal Tool (MMAT), version 2018

Category of study designs	Methodological quality criteria	Responses			
		Yes	No	Can't tell	Comments
Screening questions (for all types)	S1. Are there clear research questions?				
	S2. Do the collected data allow to address the research questions?				
<i>Further appraisal may not be feasible or appropriate when the answer is 'No' or 'Can't tell' to one or both screening questions.</i>					
1. Qualitative	1.1. Is the qualitative approach appropriate to answer the research question?			x	
	1.2. Are the qualitative data collection methods adequate to address the research question?	x			
	1.3. Are the findings adequately derived from the data?	x			
	1.4. Is the interpretation of results sufficiently substantiated by data?	x			
	1.5. Is there coherence between qualitative data sources, collection, analysis and interpretation?	x			
2. Quantitative randomized controlled trials	2.1. Is randomization appropriately performed?				
	2.2. Are the groups comparable at baseline?				
	2.3. Are there complete outcome data?				
	2.4. Are outcome assessors blinded to the intervention provided?				
	2.5. Did the participants adhere to the assigned intervention?				
3. Quantitative non-randomized	3.1. Are the participants representative of the target population?				
	3.2. Are measurements appropriate regarding both the outcome and intervention (or exposure)?				
	3.3. Are there complete outcome data?				
	3.4. Are the confounders accounted for in the design and analysis?				
	3.5. During the study period, is the intervention administered (or exposure occurred) as intended?				
4. Quantitative descriptive	4.1. Is the sampling strategy relevant to address the research question?				
	4.2. Is the sample representative of the target population?				
	4.3. Are the measurements appropriate?				
	4.4. Is the risk of nonresponse bias low?				
	4.5. Is the statistical analysis appropriate to answer the research question?				
5. Mixed methods	5.1. Is there an adequate rationale for using a mixed methods design to address the research question?				
	5.2. Are the different components of the study effectively integrated to answer the research question?				
	5.3. Are the outputs of the integration of qualitative and quantitative components adequately interpreted?				
	5.4. Are divergences and inconsistencies between quantitative and qualitative results adequately addressed?				
	5.5. Do the different components of the study adhere to the quality criteria of each tradition of the methods involved?				

Anexo V – Roteiros dos grupos focais – profissionais de saúde



Escola Nacional
de Saúde Pública
UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA

ROTEIRO DA SESSÃO

Perspetiva do Profissional de Saúde

VERSÃO 3.0

Parceiros científicos: Associação Protetora dos Diabéticos de Portugal (APDP)
Sociedade Portuguesa de Diabetologia (SPD)
Projeto Financiado por: AstraZeneca Produtos Farmacêuticos Lda.

Sessão

Antes de iniciar a leitura deste roteiro, a equipa de investigação quer agradecer, desde já, a sua colaboração nesta fase do projeto, e a sua disponibilidade. A sua participação irá contribuir para o sucesso deste estudo!

Um resumo breve do CONCORDIA

O projeto CONCORDIA tem como objetivo aumentar a base de evidência relacionada com a importância da avaliação das principais preocupações da pessoa com Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2), os fatores mais valorizados na consulta e a identificação dos principais impactos da doença no dia-a-dia das pessoas. A análise será feita de acordo com a perspetiva da pessoa com DM2 e dos profissionais de saúde, permitindo deste modo avaliar as possíveis diferenças.

A sua participação

A sua participação consiste na colaboração na sessão de grupo focal. Os grupos focais consistem num método qualitativo de recolha de dados, com o objetivo de adquirir respostas e opiniões de grupos, acerca dos temas destinados para a sessão. Esta técnica consiste em colocar em "cima da mesa", tópicos e questões, de modo a puderem ser discutidos, com o intuito de perceber as diversas opiniões e/ou perceções do tópico em causa.(1)

A sessão vai ser composta por, aproximadamente, 6 a 10 participantes e 1 moderador e 1 comoderador. O papel do moderador é colocar as questões para promover uma discussão produtiva. Terá a duração aproximada de 90 min, presencialmente, sendo atribuídos 30 min à discussão de cada questão.

Juntamente a este documento, será facultado o devido consentimento informado, de modo a garantirmos a sua participação voluntária, e a sua permissão na utilização dos dados que são gerados nestas sessões. Os áudios e outro tipo de anotações serão apenas utilizadas para esta investigação e com as garantias de confidencialidade e anonimato.

As regras necessárias para a discussão são(2):

- a) Falar uma pessoa de cada vez;*
- b) Evitar discussões paralelas, de maneira a que todos os participantes interajam;*
- c) Dar espaço aos outros participantes para abordarem o tema;*
- d) Todos os participantes têm o direito a expor a sua opinião;*
- e) Não existem respostas certas ou erradas, apelamos a cada opinião.*



Fases do processo da sessão

- **1ª Fase – Apresentação do 1º Tópico/questão**
O moderador apresenta a 1ª questão ao grupo, oralmente, de modo a dar início à discussão.
- **2ª Fase – Discussão do 1º Tópico / Levantamento das opiniões**
A discussão tem a duração de 30 minutos, apela-se à participação e opinião pessoal de todos os participantes presentes na sessão.
- **3ª Fase – Apresentação do 2º Tópico/questão**
O moderador apresenta a 2ª questão ao grupo, oralmente, de modo a dar início à discussão.
- **4ª Fase – Discussão do 2º Tópico / Levantamento das opiniões**
A discussão tem a duração de 30 minutos, apela-se à participação e opinião pessoal de todos os participantes presentes na sessão.
- **5ª Fase – Apresentação do 3º Tópico/questão**
O moderador apresenta a 3ª questão ao grupo, oralmente, de modo a dar início à discussão.
- **6ª Fase - Discussão do 3º Tópico / Levantamento das opiniões**
A discussão tem a duração de 30 minutos, apela-se à participação e opinião pessoal de todos os participantes presentes na sessão.
- **7ª Fase – Apresentação das anotações gerais do grupo**
No final da sessão será apresentada a opinião geral do grupo relativamente a cada tópico.
- **8ª Fase – Transcrição do conteúdo**
Transcrição das anotações registadas ao longo da sessão.

Questões Levantadas

Sob o ponto de vista de um profissional de saúde...

1º Tópico/questão

Quais considera ser...

- As principais preocupações de uma pessoa com Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2), com mais de um ano de evolução, sem complicações / com complicações major/ com complicações minor? Consegue priorizá-las?



2º Tópico/questão

Como considera ser...

- O impacto no dia-a-dia de uma pessoa com DM2, com mais um ano de evolução, sem complicações / com complicações major/ com complicações minor? Considera que existem alguma(s) área(s) na vida da pessoa com DM2, em que o impacto seja maior?

3º Tópico/questão

- Quais pensa ser os fatores que uma pessoa com DM2, mais valoriza nos cuidados de saúde?

Referências bibliográficas

1. Pedro AR. Literacia em saúde: Da gestão de informação à decisão inteligente. RUN /Escola Nac Saúde Pública [Internet]. 2018;1-309. Available from: <https://run.unl.pt/handle/10362/58232>
2. Gondim SMG. Grupos focais como técnica de investigação qualitativa: desafios metodológicos. Paid (Ribeirão Preto). 2002;12(24):149-61.

Anexo VI – Roteiros dos grupos focais – pessoas com DM2



Escola Nacional
de Saúde Pública
UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA

ROTEIRO DA SESSÃO

Perspetiva de uma pessoa com Diabetes Mellitus tipo 2

VERSÃO 3.0

Parceiros científicos: Associação Protetora dos Diabéticos de Portugal (APDP)
Sociedade Portuguesa de Diabetologia (SPD)
Projeto Financiado por: AstraZeneca Produtos Farmacêuticos Lda.

ROTEIRO DA SESSÃO

Antes de iniciar a leitura deste roteiro, a equipa de investigação quer agradecer, desde já, a sua colaboração nesta fase do projeto, e a sua disponibilidade. A sua participação irá contribuir para o sucesso deste estudo!

Um resumo breve do CONCORDIA

O projeto CONCORDIA tem como objetivo aumentar o conhecimento sobre as principais preocupações da pessoa com Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2), os fatores mais valorizados na consulta e a identificação dos principais impactos da doença no dia-a-dia das pessoas. A análise será feita de acordo com a perspetiva da pessoa com DM2 e a dos profissionais de saúde, permitindo deste modo avaliar as possíveis diferenças.

A sua participação

A sua participação consiste na colaboração numa sessão em que se colocam em "cima da mesa", 3 questões relacionadas com as principais preocupações da pessoa com DM2 em relação à doença, o impacto da doença no seu quotidiano e os fatores mais valorizados nos cuidados de saúde, com o intuito de se perceber as diversas opiniões e/ou perceções relativas aos tópicos.

A sessão vai ser compostas por, aproximadamente, 6 a 10 participantes e 1 moderador e 1 co-moderador. O papel do moderador é colocar as questões para promover uma discussão produtiva. Terá a duração aproximada de 90 min, online, via Zoom (*link- presente no e-mail*), sendo atribuídos 30 min à discussão de cada questão.

Em anexo segue o devido consentimento informado e o termo de autorização, de modo a garantirmos a sua participação voluntária, e a sua permissão na utilização dos dados que são gerados nestas sessões. As imagens, áudios e outro tipo de anotações serão apenas utilizadas para esta investigação e com as garantias de confidencialidade e anonimato.

As regras necessárias para a discussão são(2):

- a) Falar uma pessoa de cada vez;*
- b) Evitar discussões paralelas, de maneira a que todos os participantes interajam;*
- c) Dar espaço aos outros participantes para abordarem o tema;*
- d) Todos os participantes têm o direito a expor a sua opinião;*
- e) Não existem respostas certas ou erradas, apelamos a cada opinião.*



Fases do processo da sessão

- **1ª Fase – Apresentação do 1º Tópico/questão**
O moderador apresenta a 1ª questão ao grupo, oralmente, de modo a dar início à discussão.
- **2ª Fase – Discussão do 1º Tópico / Levantamento das opiniões**
A discussão tem a duração de 30 minutos, apela-se à participação e opinião pessoal de todos os participantes presentes na sessão.
- **3ª Fase – Apresentação do 2º Tópico/questão**
O moderador apresenta a 2ª questão ao grupo, oralmente, de modo a dar início à discussão.
- **4ª Fase – Discussão do 2º Tópico / Levantamento das opiniões**
A discussão tem a duração de 30 minutos, apela-se à participação e opinião pessoal de todos os participantes presentes na sessão.
- **5ª Fase – Apresentação do 3º Tópico/questão**
O moderador apresenta a 3ª questão ao grupo, oralmente, de modo a dar início à discussão.
- **6ª Fase - Discussão do 3º Tópico / Levantamento das opiniões**
A discussão tem a duração de 30 minutos, apela-se à participação e opinião pessoal de todos os participantes presentes na sessão.
- **7ª Fase – Apresentação das anotações gerais do grupo**
No final da sessão será apresentada a opinião geral do grupo relativamente a cada tópico.
- **8ª Fase – Transcrição do conteúdo**
Transcrição das anotações registadas ao longo da sessão.

Questões Levantadas

Sob o ponto de vista de uma pessoa com Diabetes Mellitus tipo 2...

1º Tópico/questão

O que considera ser...

- As suas principais preocupações face à patologia, Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2)?
Consegue priorizá-las?

2º Tópico/questão

Como considera ser...

- O impacto da DM2 no seu dia-a-dia? Considera que existem alguma(s) área(s) da sua vida, em que o impacto seja maior?



3º Tópico/questão

- O que é que mais valoriza nos cuidados de saúde que lhe são prestados?

Referências bibliográficas

1. Pedro AR. Literacia em saúde: Da gestão de informação à decisão inteligente. RUN /Escola Nac Saúde Pública [Internet]. 2018;1-309. Available from: <https://run.unl.pt/handle/10362/58232>
2. Gondim SMG. Grupos focais como técnica de investigação qualitativa: desafios metodológicos. Paid (Ribeirão Preto). 2002;12(24):149-61.

Anexo VII– Termo de autorização gravação áudio



Escola Nacional
de Saúde Pública
UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA

TERMO DE AUTORIZAÇÃO

Eu, _____
(nome completo), declaro ter lido e compreendido a folha de informação sobre o estudo CONCORDIA, bem como as informações que me foram fornecidas pelo investigador que abaixo assina.

Desta forma, ACEITO participar neste estudo e AUTORIZO a utilização dos dados que surgirão desta sessão, que serão gravados através de áudio, e anotados pelo comoderador da sessão. Por meio deste termo permito às investigadoras (Doutora Ana Rita Pedro e Dra. Beatriz Raposo) a realizarem a gravação da minha participação na sessão, na qual me encontro por livre vontade, sem qualquer tipo de remuneração.

Esta AUTORIZAÇÃO foi concedida mediante o compromisso das investigadoras acima mencionadas, em garantir-me os seguintes direitos:

- Os dados recolhidos serão usados exclusivamente para gerar informações para o presente estudo, e outras publicações decorrentes do mesmo, como: artigos, *peer-reviews* em revistas científicas, congressos e eventos no âmbito do presente projeto;
- A minha identificação não será revelada em nenhum momento do estudo;
- Os dados em base eletrónica serão conservados durante 1 ano após o final do estudo, sendo anónimos, impossibilitando, por qualquer forma, a identificação dos meus dados pessoais, e serão conservados para efeitos de investigação;
- Compreendi que posso desistir quando desejar;
- Compreendi que a sessão, na qual me encontro, será gravada em áudio, e que os meus dados serão utilizados para fins de investigação do presente estudo, nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas.

ASSINATURAS:

O participante _____

Data (10/11/2020): ____/____/____

O Investigador Responsável _____

Data (10/11/2020): ____/____/____

MUITO OBRIGADA PELA SUA COLABORAÇÃO!

PROJETO CONCORDIA – Escola Nacional de Saúde Pública

Anexo VIII – Termo de autorização gravação áudio e vídeo



Escola Nacional
de Saúde Pública
UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA

TERMO DE AUTORIZAÇÃO

Eu, _____
(nome completo), declaro ter lido e compreendido a folha de informação sobre o estudo CONCORDIA, bem como as informações que me foram fornecidas pelo investigador que abaixo assina.

Desta forma, ACEITO participar neste estudo e AUTORIZO a utilização dos dados que surgirão desta sessão, e que serão gravados, através de áudio e vídeo, pela plataforma ZOOM, e anotados pelo co-moderador da sessão. Por meio deste termo permito às investigadoras (Doutora Ana Rita Pedro e Dra Beatriz Raposo) a realizarem a gravação da minha participação na sessão, na qual me encontro por livre vontade, sem qualquer tipo de renumeração.

Esta AUTORIZAÇÃO foi concedida mediante o compromisso das investigadoras acima mencionadas, em garantir-me os seguintes direitos:

- Os dados recolhidos serão usados exclusivamente para gerar informações para o presente estudo, e outras publicações decorrentes do mesmo, como: artigos, *peer-reviews* em revistas científicas, congressos e eventos no âmbito do presente projeto;
- A minha identificação não será revelada em nenhum momento do estudo;
- Os dados em base eletrónica serão conservados durante 1 ano após o final do estudo, sendo anónimos, impossibilitando, por qualquer forma, a identificação dos meus dados pessoais, e serão conservados para efeitos de investigação;
- Compreendi que posso desistir quando desejar;
- Compreendi que a sessão, na qual me encontro, será gravada em áudio e vídeo, e que os meus dados serão utilizados para fins de investigação do presente estudo, nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas.

ASSINATURAS:

O participante _____

Data (dd/mm/aa): ____/____/____

O Investigador _____

Data (dd/mm/aa): ____/____/____

MUITO OBRIGADA PELA SUA COLABORAÇÃO!

PROJETO CONCORDIA – Escola Nacional de Saúde Pública

Anexo IX– Parecer da comissão de ética



Exmo. Sr.
Prof. Dr. João Cordeiro
Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa

Lisboa, 14 de Outubro de 2020

Assunto: Estudo CONCORDIA - Avaliação das principais preocupações das pessoas com Diabetes Mellitus tipo 2 no que diz respeito à doença e à consulta médica

Cumpre-me informar V. Exa. que a Comissão de Ética para a Saúde da APDP e confirmado o processo de submissão relativo ao Estudo supra citado, ultrapassada a sua condicionante para a apresentação do Guião/questionário para os grupos focais da primeira fase do estudo, ratificou o mesmo com PARECER FAVORÁVEL para a sua realização (Ofício nr. 154/2020, de 24 de Agosto de 2020).

Com os melhores cumprimentos
A Comissão de Ética para a Saúde

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Casimiro Menezes', is written over a light blue horizontal line.

Casimiro Menezes
Presidente

Anexo X – PRISMA *portuguese checklist*

Quadro S1. Itens do checklist a serem incluídos no relato de revisão sistemática ou meta-análise

Seção/tópico	N.	Item do <i>checklist</i>	Relatado na página n.
TÍTULO			
Título	1	Identifique o artigo como uma revisão sistemática, meta-análise, ou ambos.	
ABSTRACT			
Resumo estruturado	2	Apresente um resumo estruturado incluindo, se aplicável: referencial teórico; objetivos; fonte de dados; critérios de elegibilidade; participantes e intervenções; avaliação do estudo e síntese dos métodos; resultados; limitações; conclusões e implicações dos achados principais; número de registro da revisão sistemática.	
INTRODUÇÃO			
Racional	3	Descreva a justificativa da revisão no contexto do que já é conhecido.	
Objetivos	4	Apresente uma afirmação explícita sobre as questões abordadas com referência a participantes, intervenções, comparações, resultados e desenho de estudo (PICOS).	
MÉTODOS			
Protocolo e registo	5	Indique se existe um protocolo de revisão, se e onde pode ser acessado (ex. endereço eletrônico), e, se disponível, forneça informações sobre o registro da revisão, incluindo o número de registro.	
Crítérios de elegibilidade	6	Especifique características do estudo (ex. PICOS, extensão do seguimento) e características dos relatos (ex. anos considerados, idioma, se é publicado) usadas como critérios de elegibilidade, apresentando justificativa.	
Fontes de informação	7	Descreva todas as fontes de informação na busca (ex. base de dados com datas de cobertura, contato com autores para identificação de estudos adicionais) e data da última busca.	
Busca	8	Apresente a estratégia completa de busca eletrônica para pelo menos uma base de dados, incluindo os limites utilizados, de forma que possa ser repetida.	

Seção/tópico	N.	Item do <i>checklist</i>	Relatado na página n.
Seleção dos estudos	9	Apresente o processo de seleção dos estudos (isto é, busca, elegibilidade, os incluídos na revisão sistemática, e, se aplicável, os incluídos na meta-análise).	
Processo de coleta de dados	10	Descreva o método de extração de dados dos artigos (ex. formas para piloto, independente, em duplicata) e todos os processos para obtenção e confirmação de dados dos pesquisadores.	
Lista dos dados	11	Liste e defina todas as variáveis obtidas dos dados (ex. PICOS, fontes de financiamento) e quaisquer suposições ou simplificações realizadas.	
Risco de viés em cada estudo	12	Descreva os métodos usados para avaliar o risco de viés em cada estudo (incluindo a especificação se foi feito durante o estudo ou no nível de resultados), e como esta informação foi usada na análise de dados.	
Medidas de sumarização	13	Defina as principais medidas de sumarização dos resultados (ex. risco relativo, diferença média).	
Síntese dos resultados	14	Descreva os métodos de análise dos dados e combinação de resultados dos estudos, se realizados, incluindo medidas de consistência (por exemplo, I ²) para cada meta-análise.	
Risco de viés entre estudos	15	Especifique qualquer avaliação do risco de viés que possa influenciar a evidência cumulativa (ex. viés de publicação, relato seletivo nos estudos).	
Análises adicionais	16	Descreva métodos de análise adicional (ex. análise de sensibilidade ou análise de subgrupos, metarregressão), se realizados, indicando quais foram pré-especificados.	
RESULTADOS			
Seleção de estudos	17	Apresente números dos estudos rastreados, avaliados para elegibilidade e incluídos na revisão, razões para exclusão em cada estágio, preferencialmente por meio de gráfico de fluxo.	
Características dos estudos	18	Para cada estudo, apresente características para extração dos dados (ex. tamanho do estudo, PICOS, período de acompanhamento) e apresente as citações.	
Risco de viés entre os estudos	19	Apresente dados sobre o risco de viés em cada estudo e, se disponível, alguma avaliação em resultados (ver item 12).	

Seção/tópico	N.	Item do <i>checklist</i>	Relatado na página n.
Resultados de estudos individuais	20	Para todos os desfechos considerados (benefícios ou riscos), apresente para cada estudo: (a) sumário simples de dados para cada grupo de intervenção e (b) efeitos estimados e intervalos de confiança, preferencialmente por meio de gráficos de floresta.	
Síntese dos resultados	21	Apresente resultados para cada meta-análise feita, incluindo intervalos de confiança e medidas de consistência.	
Risco de viés entre estudos	22	Apresente resultados da avaliação de risco de viés entre os estudos (ver item 15).	
Análises adicionais	23	Apresente resultados de análises adicionais, se realizadas (ex. análise de sensibilidade ou subgrupos, metarregressão [ver item 16]).	
DISCUSSÃO			
Sumário da evidência	24	Sumarize os resultados principais, incluindo a força de evidência para cada resultado; considere sua relevância para grupos-chave (ex. profissionais da saúde, usuários e formuladores de políticas).	
Limitações	25	Discuta limitações no nível dos estudos e dos desfechos (ex. risco de viés) e no nível da revisão (ex. obtenção incompleta de pesquisas identificadas, relato de viés).	
Conclusões	26	Apresente a interpretação geral dos resultados no contexto de outras evidências e implicações para futuras pesquisas.	
FINANCIAMENTO			
Financiamento	27	Descreva fontes de financiamento para a revisão sistemática e outros suportes (ex. suprimento de dados), papel dos financiadores na revisão sistemática.	