



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

JOANA RITA CRISTIANO DUARTE

***RELAÇÃO DA CAPACITAÇÃO, CONHECIMENTOS E
QUALIDADE DE VIDA COM A EMPATIA MÉDICA NA
DIABETES MELLITUS TIPO 2***

ARTIGO CIENTÍFICO

ÁREA CIENTÍFICA DE CLÍNICA GERAL

Trabalho realizado sob a orientação de:
DOUTORA INÊS ROSENDO CARVALHO E SILVA CAETANO
MD ÂNGELA SANTOS NEVES

NOVEMBRO/2017

FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA

TRABALHO FINAL DO 6º ANO MÉDICO COM VISTA À ATRIBUIÇÃO DO GRAU DE
MESTRE NO ÂMBITO DO CICLO DE ESTUDOS DE MESTRADO INTEGRADO EM
MEDICINA

RELAÇÃO DA CAPACITAÇÃO, CONHECIMENTOS E QUALIDADE DE VIDA COM A
EMPATIA MÉDICA NA DIABETES MELLITUS TIPO 2

Investigadores:

Joana Rita Cristiano Duarte

Inês Rosendo Carvalho e Silva Caetano

E-mail: joanaduarte.19.92@gmail.com

Índice

Lista de abreviaturas	4
Resumo	5
Introdução	9
Material e Métodos	11
Caracterização da investigação	11
População e amostra	11
Instrumentos métricos / Colheita de dados	11
Recolha dos dados.....	13
Análise estatística.....	14
Resultados	16
Características da amostra.....	16
Resultado dos questionários.....	16
Associação entre as variáveis estudadas e a empatia	17
Associação entre as variáveis estudadas e o controlo da diabetes	18
Discussão	23
Conclusão.....	30
Agradecimentos	31
Referências Bibliográficas	32
Anexos	36

Lista de abreviaturas

CEISUC - Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra

DES-SF - Diabetes Empowerment Scale Short Form

DHP-18 - Diabetes Health Profile 18

DM - Diabetes Mellitus

DM2 – Diabetes Mellitus tipo 2

DKT - Diabetes Knowledge Test

EQ-5D - EuroQol-5 Dimensions

HbA1c - Hemoglobina glicada

JSPPPE - Jefferson Scale of Patient Perceptions of Physician Empathy

QdVRS - Qualidade de vida relacionada com a saúde

USF - Unidade de Saúde Familiar

Resumo

Introdução: o aumento da esperança média de vida tem levado a um aumento da prevalência de doenças crónicas, como é o caso da diabetes. Esta tem uma necessidade de cuidados permanentes por parte dos doentes, uma vez que um melhor controlo metabólico faz parte de uma das principais formas de prevenir ou atrasar o aparecimento de complicações relacionadas com a doença. Como qualquer doença crónica, também a diabetes pode ter impacto na qualidade de vida do doente, sendo premente que sejam percebidas quais as melhores estratégias que possam contribuir para minorar o impacto da doença na vida de quem sofre desta condição.

Objetivo: avaliar, num grupo de pessoas com o diagnóstico de Diabetes Mellitus (DM2), se existe relação entre a empatia com o seu médico de família e a sua capacitação, conhecimentos e qualidade de vida. Outro objetivo será perceber se existem diferenças em função do controlo metabólico da DM2, avaliado através dos dois últimos valores de HbA1c.

Métodos: estudo observacional transversal em amostra de conveniência de pessoas com DM2 da Unidade de Saúde Familiar (USF) Condeixa. Foram recolhidos os dados de 32 diabéticos entre 21 de agosto de 2017 e 17 de outubro de 2017. Foi aplicado, após a consulta médica e através de entrevista, um instrumento que incluía as versões portuguesas de cinco questionários – DES-SF, DKT, DHP-18, EQ-5D e JSPPPE-VP –, um consentimento informado e uma caracterização sociodemográfica e clinico-laboratorial dos diabéticos entrevistados. Realizou-se análise estatística descritiva e inferencial dos dados.

Resultados: Amostra de 32 indivíduos, 65,6% do sexo feminino, com uma idade média de $69,00 \pm 8,62$ anos, um valor médio das duas últimas HbA1c conhecidas de $6,99 \pm 0,95\%$ e um tempo médio de diagnóstico da diabetes de $14,25 \pm 10,22$ anos. A média das pontuações finais

do DES-SF de $3,76 \pm 0,76$, no DKT registou-se uma média de $47,83 \pm 15,26\%$ de respostas certas, o DHP-18 teve pontuações médias de $0,39 \pm 0,43$, $0,86 \pm 0,47$ e $0,99 \pm 0,66$ nos domínios do sofrimento psicológico, barreiras à atividade e alimentação desinibida, respetivamente, o EQ-5D teve uma média de $0,87 \pm 0,19$ e o JSPPPE obteve uma pontuação média de $6,46 \pm 0,87$. Verificou-se correlação com significância estatística entre a empatia e o controlo metabólico (HbA1c) e correlações sem significado estatístico entre a empatia e as pontuações finais do DES-SF, DKT, DHP-18 E EQ-5D.

Discussão e Conclusão: o estudo revelou uma boa auto-eficácia por parte dos doentes diabéticos, baixo nível de conhecimentos sobre a doença, boa qualidade de vida, com pouco sofrimento psicológico e poucas barreiras às atividades, mas revelando algum descontrolo na alimentação. Foi encontrada correlação com significância entre a empatia e a média dos dois últimos valores de HbA1c ($p=0,020$; $\rho=0,411$), revelando que uma melhor empatia pode estar relacionada a valores mais elevados de HbA1c.

Palavras-chave: Diabetes Mellitus tipo 2, conhecimento, qualidade de vida, empatia.

Abstract

Introduction: the increase in average life expectancy has led to an increase in the prevalence of chronic diseases such as diabetes. It needs for ongoing care by patients, since a better metabolic control is one of the main ways to prevent or delay the onset of disease-related complications. Diabetes, as any chronic disease, can have impact on patient's quality of life being imperative that we realize which strategies can help to reduce that impact in patient's life.

Objective: to evaluate, in a group of people diagnosed with Diabetes Mellitus (DM2), whether there is a relationship between empathy with their family doctor and their capacitation, knowledge and quality of life. Other objectives will be to realize if there are differences about the metabolic control of DM2, evaluated through the last two values of HbA1c.

Methods: cross-sectional observational study with a convenience sample of patients with DM2 from the Condeixa's Family Health Unit (USF). Data, referring to 32 diabetic patients, was collected between August 21st, 2017 and October 17th, 2017. It was performed, after the medical consultation and through an interview, an instrument including the Portuguese versions of five questionnaires - DES-SF, DKT, DHP-18, EQ-5D and JSPPPE-VP -, informed consent and sociodemographic characterization and clinical-laboratory study of the interviewed diabetics. A descriptive and inferential statistical analysis was performed.

Results: A sample of 32 individuals, 65.6% female, mean age of 69.00 ± 8.62 years, an average value of the two known HbA1c of $6.99 \pm 0.95\%$ and an average time since diagnosis of 14.25 ± 10.22 years. The mean of DES-SF final score was 3.76 ± 0.76 , non-DKT was averaged $47.83 \pm 15.26\%$ of correct answers, DHP-18 had mean scores of 0.39 ± 0.46 , 0.86 ± 0.47 and 0.99 ± 0.66 in the areas of psychological distress, barriers to activity and uninhibited eating,

respectively, the EQ-5D had a mean of 0.87 ± 0.19 and JSPPPE obtained an average *score* of 6.46 ± 0.87 . There was a significant correlation between empathy and metabolic control (HbA1c) and correlations with no statistical significance between empathy and final *scores* of DES-SF, DKT, DHP-18 and EQ-5D.

Discussion and Conclusion: the study revealed good self-efficacy between patients with diabetes, low knowledge content about the disease, good quality of life with low levels of psychological suffering and few barriers to activities, but revealed some lack of control in the diet. A correlation with significance was found between empathy and the average last two HbA1c values ($p = 0.020$; $\rho = 0.411$), revealing that a better empathy may be related to higher values of HbA1c.

Keywords: Diabetes Mellitus type 2; knowledge; quality of life; empathy.

Introdução

A Diabetes Mellitus (DM) pode ser definida como uma alteração metabólica caracterizada por deficiências na secreção de insulina, ação de insulina ou ambas, levando a uma hiperglicémia crónica¹. Dos vários tipos de diabetes existentes, a DM2 é a forma mais comum, estima-se que represente 85 a 95% dos casos de diabetes em países desenvolvidos².

Esta doença teve uma prevalência crescente nas últimas décadas³. Segundo os dados revelados pelo Inquérito Nacional de Saúde, a prevalência da diabetes era, em 1999, de 4.7%, e, em 2006, de 6.7%⁴. Em 2014, os dados do Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes revelaram que a prevalência estimada da diabetes na população portuguesa, dos 20 aos 79 anos, foi de 13,1%, correspondente a mais de 1 milhão de portugueses nesta faixa etária⁵.

O aumento da esperança média de vida leva a um aumento da prevalência de doenças crónicas, como é o caso da diabetes. Esta, como doença crónica, exige que o doente tenha uma participação muito ativa no seu controlo. O cuidado permanente, o estigma social, a que ainda está associada, e as complicações que podem advir da doença fazem com que tenha impactos importantes na qualidade de vida dos indivíduos⁶.

As complicações são a principal causa de morbilidade e mortalidade em doentes com DM2, daí que seja muito importante o controlo metabólico e dos fatores de risco cardiovasculares para a sua prevenção⁷.

Estudos indicam que, para um bom controlo da patologia, é crucial um papel ativo do doente na autogestão da DM2, uma vez que tem que tomar decisões diárias com implicações importantes na sua saúde^{7,8}. Sabe-se que existe uma correlação entre o conhecimento do doente sobre a diabetes e a capacidade de controlo metabólico e autogestão da DM2⁹. Deste modo, deve haver uma educação e capacitação dos doentes que permita uma tomada de decisões mais informada acerca dos cuidados a ter com a doença⁸. Uma vez que a falta de conhecimentos,

sobre as metas ótimas para o controlo da DM e de quais os autocuidados associados, constitui uma das barreiras para o bom controlo metabólico.¹⁰

Neste contexto, é responsabilidade do médico apoiar, educar e capacitar o doente no sentido deste melhorar o seu comportamento dos auto-cuidados⁷. A relação médico-doente pode influenciar a auto-efetividade de doentes diabéticos, uma vez que o médico pode fomentar a capacitação do doente e prestar apoio prolongado. Para tal, pensa-se que é determinante, como um componente da comunicação em saúde¹¹, que haja empatia entre o médico e o doente, sendo esta a capacidade do médico de compreender a perspetiva e os sentimentos do doente e comunicar-lhe essa compreensão¹². Um médico empático poderá conseguir potenciar a capacidade do paciente de tomar decisões relacionadas com a saúde, baseadas no fornecimento de conhecimentos e responsabilidade para efetuar mudanças que melhorem o controlo da doença e a qualidade de vida do doente¹³.

Deste modo, o objetivo deste trabalho é avaliar, num grupo de pessoas com o diagnóstico de DM2, a relação entre a empatia que há com o seu médico de família e a sua capacitação, conhecimentos e qualidade de vida. Outro objetivo será perceber se existem diferenças em função do controlo metabólico da DM2, avaliado através dos dois últimos valores de HbA1c.

Material e Métodos

Caracterização da investigação

Este projeto de investigação tem por base um estudo observacional transversal numa amostra de conveniência de pessoas com DM2 frequentadoras de consulta da USF Condeixa.

População e amostra

Pretendeu-se um tamanho amostral mínimo de 30 pessoas, embora tenham sido selecionadas 32.

Foram incluídos no estudo utentes com diagnóstico de DM2, adultos (≥ 18 anos) que se dirigiram à USF Condeixa para consulta médica nos dias em que decorreu o estudo, participando apenas os utentes que, compreendidos os objetivos da investigação, decidiram de forma consciente e autónoma participar no estudo assinando um consentimento informado (Anexo 1).

Instrumentos métricos / Colheita de dados

Para a recolha dos dados, foi criado um instrumento de avaliação em que constam as versões portuguesas de cinco questionários – DES-SF, DKT, DHP-18, EQ-5D e JSPPPE-VP (Anexo 2). Foram também recolhidos dados sociodemográficos – sexo, idade, formação académica e profissão - e clínico-laboratoriais – tempo de evolução da doença, tratamento para a diabetes e os dois últimos valores medidos de HbA1c.

O DES-SF é uma versão mais curta do DES, sendo constituído por 8 questões que têm por objetivo medir a autoeficácia da pessoa com diabetes, ou seja, a capacidade do doente para se envolver em tarefas de autocontrolo específicas da doença¹⁴. Para cada questão é atribuída uma pontuação, numa escala tipo Likert, que vai desde 1 ponto (discordo totalmente) até 5 pontos (concordo totalmente), sendo a pontuação final obtida pela média das pontuações dos 8

itens do questionário¹⁴. É considerada alta pontuação de 3,8 a 5,0, moderada de 2,4 a 3,7 e baixa de 1 a 2,3. Esta revelou ser uma escala fiável para medir a capacitação em doentes diabéticos em Portugal¹⁴.

O DKT é constituído por 23 questões de escolha múltipla, tendo em que cada pergunta apenas uma opção correta. Este questionário pretende avaliar os conhecimentos que o diabético tem sobre a doença a nível de cuidados alimentares, estilo de vida e manuseio da terapêutica¹⁵. A pontuação final tem em conta 2 *scores*, o DKT *score* (%) determinado pela percentagem de respostas certas e o DKT *score* (nível) determinado por limite de respostas certas. Sendo o DKT *score* (nível) classificado em conhecimento escasso (<7 não insulino-tratados; <11 insulino-tratados), em conhecimento mediano (7 a 11 não insulino-tratados; 11 a 17 insulino-tratados) e em bom conhecimento (>11 não insulino-tratados; > 17 insulino-tratados)¹⁶. Este revela ser um teste apropriado para variadas configurações e populações de doentes e foi também validado para a população portuguesa¹⁷.

O DHP-18, validado e traduzido para a versão portuguesa como Perfil de Saúde do Diabético, é a versão curta do questionário DHP-1 e avalia o impacto psicológico e comportamental de quem vive com diabetes¹⁸. O DHP-18 contém 18 questões que avaliam 3 domínios – sofrimento psicológico (6 itens – 6, 8, 15, 16, 17, 18), barreiras à atividade (7 itens – 1, 2, 3, 4, 11, 13, 14) e alimentação desinibida (5 itens – 5, 7, 9, 10, 12). A resposta a cada item é pontuada, numa escala tipo Likert, de 0 (não, nunca) a 3 (sempre, muito, muito frequentemente), e cada um dos 3 domínios é pontuado e transformado de modo a obter um valor entre 0 e 100, sendo que quanto maior for o valor obtido maior é a disfunção. O resultado pode ser apresentado em percentagem ou com o valor exato¹⁹. A fiabilidade do DHP-18 foi demonstrada, para os três domínios, com coeficientes α de Cronbach entre 0,71 e 0,88²⁰.

O EQ-5D, desenvolvido pelo grupo *EuroQoL*, permite a medição da QdVRS e permite gerar um índice representativo do valor do estado de saúde do doente pela avaliação de 5

dimensões – mobilidade, cuidados pessoais, atividades habituais, dor/mal-estar e ansiedade/depressão. Para cada dimensão existem 3 respostas possíveis, numa escala tipo Likert, que correspondem a 3 níveis de gravidade – sem problema (nível 1), alguns problemas (nível 2) e problemas extremos (nível 3). O EQ-5D faz ainda uma comparação do estado de saúde geral atual e o estado de saúde dos últimos 12 meses, sendo pedido ao doente que indique se o seu estado de saúde atual se encontra ‘melhor’, ‘o mesmo’ ou ‘pior’. Associado ao EQ-5D existe o termómetro EQ-VAS que corresponde a uma escala visual analógica em que cada pessoa classifica o seu estado de saúde geral atual de 0 a 100, em que 0 é o pior estado de saúde imaginável e 100 é o melhor estado de saúde imaginável. A partir do resultado do sistema descritivo é gerado um número de 5 dígitos que reflete o estado de saúde do doente, este resultado é depois modificado num índice cardinal que varia de -0,59 a 1,00, correspondendo 1,00 a saúde perfeita e -0,59 a estados considerados pior que a morte. A fiabilidade do EQ-5D foi considerada elevada e a coerência interna foi considerada aceitável²¹.

O JSPPPE é um questionário composto por 5 itens que permite avaliar a perceção dos doentes acerca da empatia do seu médico. As respostas para cada constam da atribuição de uma pontuação, numa escala tipo Likert, que vai desde 1 (discordo completamente) a 7 (concordo completamente). A pontuação final é obtida pela média dos valores obtidos em cada um dos itens.

Foi requerida a aprovação do projeto de investigação pela Comissão de Ética da Administração Regional de Saúde do Centro, que emitiu um parecer favorável (Anexo 3). Solicitou-se a autorização para a realização deste estudo à coordenadora da USF Condeixa (Anexo 4), que também deu o seu parecer favorável.

Recolha dos dados

A aplicação dos questionários decorreu entre 21 de agosto de 2017 e finalizou-se a 17

de outubro de 2017, num dos gabinetes médicos da USF Condeixa, após a consulta médica.

A calendarização da recolha de dados foi feita pela investigadora após o conhecimento dos dias em que os médicos tinham consulta de diabetes, sendo assim, os inquiridos, doentes de diferentes médicos, não tiveram conhecimento do dia em que os dados estavam a ser recolhidos.

Antes do início do preenchimento dos questionários, todos os indivíduos foram abordados pela investigadora, devidamente identificada como aluna do Mestrado Integrado em Medicina da Universidade de Coimbra. Obteve-se o consentimento informado dos participantes por escrito. A aplicação e preenchimento dos questionários foram feitos através de entrevista pela investigadora. A duração da entrevista foi, em média, de 30 minutos. Depois das entrevistas foram consultados, pelo médico de família de cada doente, os dois últimos valores de HbA1c que constavam na ficha clínica de cada doente.

Análise estatística

Para organização, sistematização e tratamento estatístico dos dados foi utilizado o programa SPSS Version 23.0.

Inicialmente, foi feita uma análise estatística descritiva, de forma a caracterizar a amostra, nomeadamente: apresentação em quadros de frequências (absolutas e percentuais), medidas de tendência central (média aritmética) e medidas de dispersão ou variabilidade (valor mínimo, valor máximo e desvio padrão (DP)).

De forma a avaliar a normalidade da distribuição amostral e a possibilidade de utilizar testes paramétricos, foi utilizado o teste Kolmogorov-Smirnov com a correção de Lilliefors ($n > 30$).

Tabela 1 – Avaliação da normalidade da distribuição amostral com recurso ao teste de Kolmogorov-Smirnov, com a correção de Lilliefors.

	Estatística	p
DES-SF	0,163	0,030
DKT	0,133	0,163
SP	0,236	0,000
BA	0,124	0,200
AD	0,152	0,057
EQ-5D	0,215	0,001
JSPPE	0,266	0,000

SP - Sofrimento psicológico; BA - Barreiras à atividade; AD - Alimentação desinibida

A variável dependente (empatia, JSPPE) não segue uma distribuição normal ($p < 0,05$). Por esta razão utilizaram-se testes não paramétricos para estudar a amostra.

Para estudar a associação entre variáveis quantitativas utilizou-se a correlação de Spearman, tendo sido classificada da seguinte forma: $r \geq 0,60$ – correlação muito forte; r 0,40-0,59 – correlação moderada; $r < 0,40$ correlação fraca.²² Para estudar a associação entre uma variável nominal com dois grupos e uma variável contínua utilizou-se o teste de Mann-Whitney e entre uma variável nominal com três grupos e uma variável contínua utilizou-se o teste de Kruskal-Wallis.

O valor de significância estatística foi definido em 0,05 ($p < 0,05$).

Resultados

Características da amostra

Foi feita uma caracterização sociodemográfica e clinico-laboratorial da amostra que é apresentada na Tabela 2.

Tabela 2 – Caracterização sociodemográfica e clinico-laboratorial da amostra.

Variável	Valores	n (%)
Sexo	Masculino	11 (34,4)
	Feminino	21 (65,6)
Idade (anos)	Média ± DP	69,00 ± 8,62
	Mínimo	42
	Máximo	81
Atividade	Ativo	6 (18,7)
	Não-ativo	26 (81,3)
Formação acadêmica	Sabe ler e escrever	4 (12,5)
	9º ano (4ª classe)	25 (78,1)
	12º ano (7º ano)	1 (3,1)
	Superior	2 (6,3)
HbA1c	Média ± DP	6,99 ± 0,95
Tempo de diagnóstico (anos)	Média ± DP	14,25 ± 10,22
Regime terapêutico	ADO	27 (84,4)
	ADO +	5 (15,6)
	Insulinoterapia	
Controlo metabólico	Controlado	27 (84,4)
	Não controlado	5 (15,6)

DP - desvio padrão; n – número de indivíduos; HbA1c - hemoglobina glicada; ADO – antidiabéticos orais

Resultado dos questionários

A Tabela 3 caracteriza a amostra quanto aos resultados dos questionários de avaliação relativos ao conhecimento, capacitação, qualidade de vida e empatia com o médico.

Tabela 3 – Caracterização da amostra quanto aos resultados obtidos com os instrumentos de avaliação relativos à capacitação, conhecimento, qualidade de vida e empatia.

Medida	DES-SF score	DKT score (%)	DKT score (nível)			EQ-5D score	EQ-VAS score	DHP-18			JSPPPE
			CE	CM	BC			SP	BA	AD	
Média	3,76	47,83				0,87	66,88	0,39	0,86	0,99	6,46
DP	0,76	15,26				0,19	16,20	0,43	0,47	0,66	0,87
Mínimo	0,63	13,04				0,08	20,00	0,00	0,14	0,20	3,00
Máximo	4,50	78,26				1,00	100,00	1,83	2,00	2,40	7,00
n			2	12	18						
%			6,3	37,5	56,3						

DP - desvio padrão; CE - conhecimento escasso; CM - conhecimento mediano; BC - bom conhecimento;

SP - sofrimento psicológico; BA - barreiras à atividade; AD - alimentação desinibida.

Associação entre as variáveis estudadas e a empatia

Através de uma análise inferencial, foi avaliada a correlação entre a percepção da empatia com o médico por parte do doente (JSPPPE) e a capacidade de controlo da diabetes (DES-SF), a qualidade de vida (DHP-18 e EQ-5D), os conhecimentos acerca da doença (DKT) e o controlo metabólico (média dos dois valores de HbA1c), bem como de alguns dados sociodemográficos (idade) e clínico-laboratoriais (tempo de evolução da doença), usando a correlação de Spearman. Os resultados encontrados encontram-se na Tabela 4.

Tabela 4 – Correlações de Spearman entre a empatia e os *scores* dos instrumentos aplicados, a idade, o tempo de evolução da doença.

Empatia		
Idade	Correlação de Spearman (ρ)	-0,040
	p	0,828
Tempo de evolução	Correlação de Spearman (ρ)	0,009
	p	0,959
DES-SF	Correlação de Spearman (ρ)	0,395
	p	0,291

DKT	Correlação de Spearman (ρ) p	-0,193 0,291
DHP-18 - SP	Correlação de Spearman (ρ) p	-0,002 0,990
DHP-18 - BA	Correlação de Spearman (ρ) p	0,402* 0,022
DHP-18 - AD	Correlação de Spearman (ρ) p	-0,065 0,726
EQ-5D	Correlação de Spearman (ρ) p	-0,117 0,524
Média das duas últimas HbA1c	Correlação de Spearman (ρ) p	0,411* 0,020

p - significância estatística; ρ – correlação de Spearman; SP - sofrimento psicológico; BA - barreiras à atividade; AD - alimentação desinibida; * - correlação estatisticamente significativa.

Verificou-se a existência de correlação moderada, estatisticamente significativa, entre a percepção de empatia e a barreiras à atividade ($p=0,022$; $\rho=0,402$) e a média das duas últimas medições de HbA1c ($p=0,020$; $\rho=0,411$), revelando que quanto maior a empatia com o médico de família maiores as barreiras à atividade e maiores os valores de HbA1c. Relativamente às outras correlações, mesmo não havendo correlação estatisticamente significativa entre a percepção de empatia e as outras variáveis supranomeadas, pareceu haver uma tendência (embora com correlações fracas) para as pessoas com mais empatia com o médico de família terem menor idade, maior tempo de evolução da doença, assim como maior capacitação, menor conhecimento, menos sofrimento psicológico, menos alimentação desinibida e menor percepção de QdVRS.

Associação entre as variáveis estudadas e o controlo da diabetes

Através de uma análise inferencial, foi avaliada a correlação entre a média dos valores

das duas últimas HbA1c e a capacidade para lidar com a diabetes (DES-SF), a qualidade de vida (EQ-5D e DHP-18), os conhecimentos acerca da doença (DKT) e a empatia, bem como de alguns dados sociodemográficos (idade) e clínico-laboratoriais (tempo de evolução da doença). Para tal foi utilizada, novamente, a correlação de Spearman. Os resultados encontram-se na Tabela 5.

Tabela 5 – Correlações de Spearman entre os *scores* dos instrumentos aplicados, a idade, o tempo de evolução da doença e a média das duas últimas HbA1c conhecidas.

Média das duas últimas HbA1c		
Idade	Correlação de Spearman (ρ) p	-0,014 0,940
Tempo de evolução	Correlação de Spearman (ρ) p	0,166 0,364
DES-SF	Correlação de Spearman (ρ) p	0,241 0,184
DKT	Correlação de Spearman (ρ) p	-0,045 0,805
DHP-18 - SP	Correlação de Spearman (ρ) p	0,160 0,380
DHP-18 - BA	Correlação de Spearman (ρ) p	0,174 0,341
DHP-18 - AD	Correlação de Spearman (ρ) p	0,276 0,127
EQ-5D	Correlação de Spearman (ρ) p	-0,266 0,141

p - significância estatística; ρ – correlação de Spearman; SP - sofrimento psicológico; BA - barreiras à atividade; AD - alimentação desinibida; * - correlação estatisticamente significativa.

Verificou-se que não existe correlação estatisticamente significativa entre a média de valores de HbA1c e as outras variáveis supranomeadas, ainda assim, pareceu haver uma

tendência (embora com correlações fracas) para as pessoas com maiores médias de HbA1c terem menor idade, maior tempo de evolução da doença, assim como maior capacitação, menor conhecimento, maior sofrimento psicológico, mais alimentação desinibida e menor percepção de QdVRS.

De seguida, aferiu-se se existe relação entre o controlo metabólico e a idade, tempo de evolução da doença, capacidade para lidar com a diabetes (DES-SF), a qualidade de vida (EQ-5D e DHP-18), os conhecimentos acerca da doença (DKT) e a empatia. Utilizou-se para o efeito o teste de Mann-Whitney. Os resultados encontram-se na Tabela 6.

Tabela 6 – Relação entre o controlo metabólico e as restantes variáveis.

	Controlo metabólico	n	Mediana	U	p
Idade	Controlado	27	72,00	53,000	0,451
	Não controlado	5	68,00		
Tempo de evolução	Controlado	27	12,00	61,000	0,735
	Não controlado	5	14,00		
DES-SF	Controlado	27	4,00	67,000	0,979
	Não controlado	5	3,63		
DKT	Controlado	27	51,17	51,500	0,403
	Não controlado	5	47,83		
DHP-18-SP	Controlado	27	0,33	50,500	0,369
	Não controlado	5	0,33		
DHP-18-BA	Controlado	27	0,71	59,000	0,657
	Não controlado	5	1,29		
DHP-18-AD	Controlado	27	0,80	40,000	0,150
	Não controlado	5	1,40		
EQ-5D	Controlado	27	1,00	51,000	0,849
	Não controlado	5	0,81		

JSPPPE	Controlado	27	6,60	39,000	0,121
	Não controlado	5	7,00		

p - significância estatística; U – teste de Mann-Whitney; n – número de indivíduos.

Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas nas variáveis em estudo em relação ao controlo metabólico do doente.

Verificou-se se haveria relação entre os graus de conhecimento dos doentes relativamente à doença com a idade, tempo de evolução da doença, capacidade para lidar com a diabetes (DES-SF), a qualidade de vida (DHP-18 e EQ-5D), a empatia e a média das duas últimas medições de HbA1c. Recorreu-se ao teste de Kruskal-Wallis. Os resultados encontram-se na Tabela 7.

Tabela 7 – Relação entre os graus de conhecimento e as restantes variáveis.

	Conhecimento	n	Mediana	U	p
Idade	CE	2	77,00	2,515	0,284
	CM	12	71,00		
	BC	18	69,50		
Tempo de evolução	CE	2	20,00	3,849	0,146
	CM	12	15,00		
	BC	18	10,00		
DES-SF	CE	2	3,75	0,140	0,823
	CM	12	3,88		
	BC	18	4,00		
DHP-18-SP	CE	2	0,67	2,581	0,275
	CM	12	0,17		
	BC	18	0,79		
DHP-18-BA	CE	2	1,14	2,079	0,354
	CM	12	0,17		
	BC	18	0,33		

DHP-18-AD	CE	2	0,80	0,054	0,973
	CM	12	0,70		
	BC	18	0,90		
EQ-5D	CE	2	1,00	4,244	0,120
	CM	12	1,00		
	BC	18	0,85		
JSPPE	CE	2	6,80	0,202	0,354
	CM	12	6,90		
	BC	18	6,70		
Média das duas últimas HbA1c	CE	2	6,63	0,389	0,823
	CM	12	6,83		
	BC	18	6,90		

p - significância estatística; U – teste de Kruskal-Wallis; n – número de indivíduos; CE - conhecimento escasso; CM - conhecimento mediano; BC - bom conhecimento.

Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas nas variáveis em estudo em relação ao conhecimento dos doentes sobre a DM2.

Discussão

Com a prevalência crescente da diabetes nas últimas décadas e sendo, hoje em dia, considerada uma epidemia global com consequências económicas, sociais e humanitárias graves^{3,23}, é cada vez mais premente identificar e implementar estratégias que permitam prevenir o aparecimento da doença e retardar a evolução das complicações a ela associadas.

Reconhece-se que é fundamental a empatia com o médico de família para que haja uma boa comunicação entre o médico e o doente, essencial para uma boa transmissão de conhecimentos acerca das patologias e que contribua para um melhor controlo dos mais variados aspetos do dia-a-dia, sendo fundamental para que tal aconteça uma participação ativa do doente em todo o processo²⁴.

Quanto à metodologia utilizada neste trabalho, foi feita entrevista pelo investigador aos doentes após a consulta médica. Este método foi considerado o mais adequado, uma vez que foi possível diminuir o tempo de preenchimento dos questionários, permitindo que todas as questões fossem percebidas pelo doente e, por conseguinte, respondidas mesmo por doentes com problemas de acuidade visual ou analfabetos. A entrevista teve uma duração média de 30 minutos, tendo sido mais longa em doentes com menor escolaridade ou com mais idade.

Na amostra estudada, a população é sobretudo idosa, com uma média de idades de 69,00 anos, indo ao encontro dos dados publicados pelo Relatório do Observatório Nacional da Diabetes de 2014, que indicam que a população diabética em Portugal é maioritariamente idosa, com uma maior prevalência na faixa etária dos 60 aos 79 anos⁵. Verificou-se que existe um predomínio de doentes do sexo feminino (65,6%), contrariamente ao que seria de esperar tendo em conta os dados do relatório supracitado que indicam uma maior prevalência de diabetes no sexo masculino⁵. A maioria dos participantes, em termos profissionais, são não-ativos (reformados) (81,3%) e têm baixa escolaridade, 71,1% até ao 9º ano ou antiga 4ª classe, este é um facto a ter em conta, uma vez que, vários estudos relacionam a baixa literacia a uma maior

dificuldade no controlo da doença^{25,26}. O tempo médio de diagnóstico da doença é de 14,25 anos e quanto ao regime terapêutico é constituído maioritariamente por antidiabéticos orais (84,4%) e 15,6% fazem antidiabéticos orais e insulino terapia. Estes dados são importantes, uma vez que há estudos que indicam que quanto maior for o tempo de doença e insulino terapia menor será a sua qualidade de vida devido a maiores barreiras à atividade²⁷. Para avaliar o controlo metabólico foi utilizada a média das duas últimas medições de HbA1c conhecidas, mesmo sabendo que este parâmetro isoladamente possa ser insuficiente²⁸. O valor médio das duas últimas medições de HbA1c na amostra é de 6,99%, valor semelhante à média da população diabética portuguesa calculada em 2013 com base nos registos do SNS⁵. Na amostra em causa, maioritariamente idosa, considerou-se um valor ideal médio de HbA1c menos exigente – 8%, uma vez que o risco da terapêutica nestes doentes para atingir metas de HbA1c mais ambiciosas é maior que os benefícios do bom controlo metabólico²⁸. Assim, assumindo como bom controlo metabólico ter HbA1c inferior a 8%, 84,4% da amostra atingiu essa meta, a larga maioria da amostra.

Para estudo da capacitação utilizou-se o DES-SF para o qual se obteve um *score* final médio de 3,76 pontos, revelando uma perceção de elevada auto-eficácia por parte dos doentes. Este resultado vai ao encontro de outros estudos realizados em Portugal^{14,25}. No entanto, não foram encontradas correlações estatisticamente significativas entre a média das duas últimas HbA1c ($p=0,241$; $\rho=0,184$), empatia ($p=0,395$; $\rho=0,291$), conhecimentos sobre a doença ($p=0,823$; $U=0,140$) e controlo metabólico ($p=0,969$; $U=67,000$). Mesmo não havendo correlações com significância estatística, os resultados da capacitação são satisfatórios, uma vez que estudos indicam que doentes com níveis mais altos de auto-eficácia têm uma melhor perceção da doença e têm uma visão mais positiva sobre a doença conseguindo consequentemente lidar melhor com ela²⁹. Espera-se que este facto seja benéfico no sentido de incentivar e capacitar os doentes o melhor possível, nomeadamente para um bom controlo

metabólico^{25,29}.

Para avaliar o conhecimento dos doentes sobre a DM2 utilizou-se o DKT. Obteve-se um *score* médio de 47,83% de respostas certas, o que corresponde a um conhecimento mediano. Os resultados demonstram alguma incongruência com os que foram apresentados anteriormente, uma vez que, para uma boa capacitação e auto-eficácia é necessário um bom conhecimento. Não se exclui que possa ter havido má compreensão das questões por parte dos doentes devido à baixa formação académica da amostra. Contudo, a falta de conhecimento também poderá estar relacionada com erros na comunicação médico-doente ou falta de interesse por parte dos indivíduos. Estudos anteriores indicam que um melhor conhecimento sobre a doença está relacionado com uma melhor formação académica ou ter recebido informação sobre ela, podendo ser também influenciado pela idade avançada, o que pode justificar que os resultados não sejam tão bons como os esperados^{10,17}. Em termos de relação entre os conhecimentos e a média das duas últimas HbA1c ($p=-0,045$; $\rho=0,805$), empatia ($p=-0,193$; $\rho=0,291$) e controlo metabólico ($p=0,403$; $U=51,500$) não foram encontradas correlações estatisticamente significativas. Mesmo sem correlação estatisticamente significativa, estes resultados contrariam estudos já feitos que revelam que um maior conhecimento está relacionado com um maior controlo metabólico (valores mais baixos de HbA1c) e maior empatia com o médico^{10,13}. Considera-se que são necessárias intervenções para melhorar o conhecimento dos doentes sobre a DM2, com o intuito de melhorar a compreensão da doença e consequentemente haver um melhor controlo da mesma.

Para estudar a qualidade de vida foram usados dois instrumentos – DHP-18 e EQ-5D.

Para análise da qualidade de vida em pessoas com diabetes e também o impacto psicológico e comportamental específico que tem a doença recorreu-se ao DHP-18. O teste é dividido em três domínios para os quais se obtiveram as seguintes classificações médias – 0,39 para o sofrimento psicológico, 0,86 para as barreiras à atividade e 0,99 para a alimentação

desinibida. Todos os valores apresentam resultados relativamente baixos o que demonstra que existe fraca disfunção psicológica e comportamental da amostra, sendo o domínio mais afetado o da alimentação desinibida e o menos o do sofrimento psicológico²⁷. Não foram encontradas correlações estatisticamente significativas entre o sofrimento psicológico e a média das HbA1c ($p=0,380$; $\rho=0,160$), a empatia ($p=0,990$; $\rho=-0,002$) e o conhecimento ($p=0,275$; $U=2,581$). Ainda que sem significado estatístico, parece haver uma tendência para um maior sofrimento psicológico quando há um pior controlo metabólico e maior sofrimento psicológico quando há menos empatia com o médico. A relação entre a alimentação desinibida e a média das HbA1c ($p=0,276$; $\rho=0,127$), a empatia ($p=0,726$; $\rho=-0,065$) e o conhecimento ($p=0,973$; $U=0,054$) não são estatisticamente significativas, havendo, no entanto, uma tendência para um menor controlo na sua alimentação quando há um pior controlo metabólico e pior empatia. Estes factos são também referidos por estudos já realizados, que relacionam hábitos alimentares inadequados com pior controlo da doença²⁷. Para o domínio das barreiras à atividade, foi encontrada uma relação com significância estatística com a empatia ($p=0,022$; $\rho=0,402$), mostrando que quanto maiores são as barreiras à atividade maior a empatia com o médico. Da revisão da literatura efetuada não foi encontrado nenhum estudo que focasse neste facto. Sendo este um estudo transversal, e não podendo aferir causalidade, podemos supor que os pacientes mais limitados nas suas atividades pela sua diabetes possam suscitar uma maior empatia pela parte dos seus médicos de família do que os que não se sentem tão limitados, ou até recorrer a mais cuidados de saúde e por isso cultivarem uma relação mais forte com o seu médico de família. Este facto também pode estar relacionado com as características da amostra e o facto de não se tratar de uma correlação estatística forte sugere que mais estudos sejam efetuados com maior amostra nesta área das barreiras à atividade do quotidiano num doente diabético.

Para avaliar a QdVRS recorreu-se ao EQ-5D. Para este teste os doentes obtiveram uma pontuação média no EQ-5D *score* de 0,87 e no EQ-VAS *score* de 66,88%. Para a população

portuguesa o intervalo de valores do EQ-5D *score* encontra-se entre -0,59 e 1,00, com uma média de 0,76 pontos e para o EQ-VAS *score* a média é de 74,9%³⁰. Comparando com a restante população portuguesa, pode considerar-se que a amostra estudada considera ter uma boa qualidade de vida apesar da DM2. Tendo em conta uma amostra mais envelhecida, com uma formação académica baixa e com uma doença crónica esperava-se que a perceção de qualidade de vida por parte destes fosse mais baixa^{30,31}. Correlacionando os resultados obtidos para este teste com a média das HbA1c ($p=0,141$; $\rho=-0,266$), a empatia ($p=0,524$; $\rho=-0,117$) e o conhecimento ($p=0,120$; $U=4,244$) não se demonstrou haver relação estatisticamente significativa. Mesmo sem significância estatística, os resultados parecem indicar que indivíduos com melhor qualidade de vida têm um melhor controlo metabólico e esta relação está de acordo com outros trabalhos existentes, que indicam que uma diminuição dos valores de HbA1c resultam numa melhor QdVRS medida pelo EQ-5D. No entanto, os resultados também indicam que uma melhor qualidade de vida está relacionada com uma pior empatia com o seu médico de família, sendo uma relação que não vai ao encontro do que já foi apresentado noutros estudos, que relatam que uma melhor empatia e comunicação médico-doente pode contribuir para melhorar o bem-estar e qualidade de vida do doente²⁴. No entanto, e não se sabendo a causalidade por um estudo com este desenho, poderá dar-se o facto de os pacientes com pior qualidade de vida suscitarem uma maior empatia pelo seu médico de família, possivelmente recorrendo mais vezes a consultas e tendo uma relação mais trabalhada com o seu médico.

Para estudar a empatia utilizou-se o JSPPPE, para o qual se obteve uma pontuação média de 6,46, revelando um nível de perceção de empatia por parte do doente satisfatório. Relativamente à correlação entre o nível de empatia e a média dos valores de HbA1c ($p=0,020$; $\rho=0,411$) verificou-se ser estatisticamente significativa, havendo uma correlação moderada. Demonstrou-se que os indivíduos com uma melhor relação empática com o seu médico têm valores mais altos de HbA1c. Estes dados não são coerentes com o que foi demonstrados em

estudos feitos anteriormente, que indicam que doentes com uma perceção de empatia mais elevada são mais propensos a ter um bom controlo metabólico, admitindo-se ser a empatia um fator importante associado a bons resultados na saúde em geral e controlo da DM2³²⁻³⁴.

Mas, mais uma vez, poderá dar-se o facto dos pacientes com pior controlo metabólico poderem ter até outras patologias ou dificuldades que os farão recorrer mais vezes a consulta com o seu médico de família, havendo uma relação mais forte com este e, conseqüentemente, maior empatia.

Tendo em conta os resultados obtidos, podemos apontar como limitações deste trabalho o facto de ter sido realizado apenas numa USF, numa só região e ter uma amostra limitada podendo não ser representativo da população em geral. Considera-se, portanto, pertinente repetir o estudo com uma amostra maior, com mais médicos envolvidos, em diferentes zonas do país, tentando perceber se a localização geográfica terá também algum impacto nos resultados. Os questionários foram sempre lidos pelo investigador, o que poderá trazer um viés de interpretação do questionário por parte dos participantes. Mesmo tendo-se garantido a confidencialidade das repostas, tanto para o médico como para o doente, pode haver uma tendência para repostas com pontuações mais elevadas, no que respeita à empatia, por receio que os médicos pudessem vir a saber as repostas dadas. Pode também ser uma limitação ao estudo o facto dos doentes que estabelecem uma melhor relação empática com o seu médico estarem, por norma, mais disponíveis para participar nestes estudos³⁵.

Como ponto forte do estudo considera-se o facto do entrevistador ter sido o mesmo para todos os questionários.

Sendo a diabetes uma doença crónica que tem um forte impacto na vida de quem sofre de tal condição, considera-se importante que mais estudos possam ser feitos dando ênfase à

empatia e relação entre o médico e o doente, tentando melhorar os resultados clínicos, a capacitação e a qualidade de vida dos doentes.

Conclusão

A presente investigação, realizada a partir da aplicação de um instrumento constituído por cinco questionários, permitiu avaliar na amostra em estudo a existência de valores elevados de auto-eficácia (*score* médio do DES-SF de 3,76), um baixo nível de conhecimento acerca da doença por parte do doente (percentagem de respostas certas no DKT de 47,83%), boa perceção de qualidade de vida (*score* médio do EQ-5D de 0,76), um fraco sofrimento psicológico devido à diabetes (*score* médio do domínio do sofrimento psicológico do DHP-18 de 0,39 pontos), poucas barreiras à atividade (*score* médio do domínio de barreiras à atividade do DHP-18 de 0,86 pontos), algum descontrolo alimentar (*score* médio do domínio de alimentação desinibida do DHP-18 de 0,99 pontos) e uma boa relação de empatia com o médico de família (*score* médio do JSPPPE de 6,46).

Foi encontrada uma correlação estatisticamente significativa entre a empatia e a média dos dois últimos valores de HbA1c ($p=0,020$; $p=0,411$) indicando que há melhores resultados empáticos em indivíduos com piores controlos metabólicos. Não se identificaram outras relações com significância estatística entre a empatia e DES-SF, DKS, DHP-18 e EQ-5D.

Sugere-se que se continue a investigação nesta área, usando a metodologia deste trabalho, mas numa amostra e numa área geográfica mais ampla de modo a perceber-se melhor o que pode influenciar um melhor estado de saúde da pessoa com diabetes.

Agradecimentos

À Doutora Inês Rosendo, pelo apoio, orientação e disponibilidade sempre demonstrados, fundamentais para a realização deste trabalho.

À MD Ângela Santos Neves, pela coorientação.

A todas as pessoas que voluntária, pronta e amavelmente aceitaram participar no estudo.

A todos os profissionais de saúde e funcionários da USF Condeixa, por terem criado condições para que este estudo se realizasse.

Aos meus pais, David e Deolinda, pelo apoio constante e incondicional, e por me terem proporcionado todas as condições para alcançar os meus objetivos.

À minha irmã, Maria, por me lembrar constantemente que ter uma irmã significa nunca estar só.

Ao Carlos, pela paciência e ajuda, e por nunca desistir de me fazer acreditar em mim.

À Cristiana, pelo tempo, ajuda, disponibilidade e presença.

À Susana e à Carolina, pelo entusiasmo que deram à realização deste trabalho.

Aos meus amigos, pelo incentivo e força ao longo de todo o caminho, principalmente às Mondeguinas por me mostrarem que “o médico que só sabe medicina, nem medicina sabe”.

Referências Bibliográficas

1. Wu N, Aagren M, Boulanger L, Friedman M, Wilkey K. Assessing achievement and maintenance of glyceemic control by patients initiating basal insulin. *Curr Med Res Opin.* 2012; 28:1647–1656. doi: 10.1185/03007995.2012.722989.
2. International Diabetes Federation. *IDF diabetes atlas.* 6th ed. Brussels: IDF; 2013. ISBN 2930229853.
3. Administração Central do Sistema de Saúde (Instituto Público). *Domínio da Diabetes.* 2012. 107 p.
4. Direcção Geral de Saúde. *Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Diabetes* [Internet]. 2008 [citado 23 de fevereiro de 2016]. Disponível em: <https://www.dgs.pt/programa-nacional-para-a-diabetes.aspx>.
5. Gardete Correia L, Boavida JM, Fragoso de Almeida JP, Massano Cardoso S, Dores J, Sequeira Duarte J, et al. *Diabetes: Factos e Números 2014 - Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes.* Lisboa: Sociedade Portuguesa de Diabetologia;2014.
6. Ferreira P, Neves C. Qualidade de vida e diabetes. *Rev Port Clin Geral.* 2002; 18:402– 408.
7. Van den Arend IJ., Stolk R., Krans HM., Grobbee D., Schrijvers AJ. Management of type 2 diabetes: a challenge for patient and physician. *Patient Educ Couns.* 2000;40(2):187-194. doi:10.1016/S0738-3991(99)00067-1. Funnell MM, Anderson RM. Empowerment and Self-Management of Diabetes. *Clin Diabetes.* 2004;22(3):123-127.
8. Funnell MM, Anderson RM. Empowerment and Self-Management of Diabetes. *Clin Diabetes.* 2004;22(3):123-127.
9. Al-Qazaz HK, Sulaiman SA, Hassali MA, Shafie AA, Sundram S. The 14-item Michigan Diabetes Knowledge Test: translation and validation study of the Malaysian version. *Pract Diabetes Int.* 2010; 27:238–42.
10. Fenwick EK, Xie J, Rees G, Finger RP, Lamoureux EL. Factors Associated with

Knowledge of Diabetes in Patients with Type 2 Diabetes Using the Diabetes Knowledge Test Validated with Rasch Analysis. 2013;8(12):1-8.

11. Hojat M, Louis DZ, Markham FW, Wender R, Rabinowitz C, Gonnella JS. Physicians' Empathy and Clinical Outcomes for Diabetic Patients. *Acad Med*. 2011;86(3):359-364.
12. Coulehan JL, Platt FW, Egener B, et al. "Let me see if i have this right...": words that help build empathy. *Ann Intern Med*. 2001;135(3):221-227.
13. Funnell MM, Anderson RM, Arnold MS, et al. Empowerment: An Idea Whose Time Has Come in Diabetes Education. *Diabetes Educ*. 1991;17(1):37-41.
14. Aveiro M, Santiago LM, Ferreira PL, Simões JA. Estudo de Fiabilidade da Escala de Capacidade de Controlo da Diabetes: Versão Breve. *Acta Med Port*. 2015;28(2):177– 81.
15. Azevedo C, Santiago L. Fiabilidade da Escala de Conhecimento da Diabetes em Portugal. *ActaMedPort*[Internet].2016;29(9):499–506.Availablefrom:
<http://actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/view/7517/4758>.
16. Al-Adsani AMS, Moussa MAA, Al-Jasem LI, Abdella NA, Al-Hamad NM. The level and determinants of diabetes knowledge in Kuwaiti adults with type 2 diabetes. *Diabetes Metab*. 2009; 35:121–8.
17. Fitzgerald JT, Funnell MM, Hess GE, Barr PA, Anderson RM, Hiss RG, et al. The reliability and validity of a brief diabetes knowledge test. *Diabetes Care*. 1998;21(5):706–10.
18. Meadows K. Diabetes health profile: development & applications [e-book]. 2nd ed. 2015 [cited 2015 Aug 29] Available from: <http://pt.slideshare.net/dhpresearch/diabetes-health-profile-e-book-development-applications-2015-v2>.
19. Amrs KM, Erpelding M, Fagot-Campagna A, Boini S, Farr A, Briançon S. An update on the Diabetes Health Profile (DHP-18) – A Short Measure of Psychological and Behavioural Dysfunctioning in People with Type 1 and Type 2 Diabetes. *PRO Newsletter*. 40.

20. Meadows KA, Abrams C, Sandbæk. Adaptation of the Diabetes Health Profile (DHP- 1) for use with patients with Type 2 diabetes mellitus: psychometric evaluation and cross-cultural comparison. *Diabetic Medicine*. 2000(17);572–580.
21. Ferreira PL, Ferreira LN, Pereira LN. Contributos para a validação da versão Portuguesa do EQ-5D. *Acta Med Port*. 2013;26(6):664–75.
22. Sharma AK. *Textbook of correlations and regression*. New Delhi: Discovery Publishing House, 2005.
23. Pinheiro CTM. *A Gestão das Doenças Crónicas: Implicações na Prática nos Cuidados de Saúde Primários*. Lisboa: Universidade Aberta; 2008.
24. Street RL, Makoul G, Arora NK, Epstein RM. How does communication heal? Pathways linking clinician–patient communication to health outcomes. *Patient Educ Couns*. 2009;74:295-301.
25. Morais CS, Pimenta RE, Ferreira PL, Boavida JM, Amorim JP. Assessing Diabetes Health Literacy, Knowledge and Empowerment in Northern Portugal. In: *New Contributions in Information Systems and Technologies*. 2015. p. 63–71.
26. Moss TR. The Impact of Health Literacy on Clinical Outcomes for Adults with Type 2 Diabetes Mellitus. *Adv Diabetes Metab [Internet]*. 2014;2(1):10–9. Available from: <http://www.hrpub.org>.
27. Santos S, Beça H, Mota CL. Qualidade de vida e fatores associados na diabetes mellitus tipo 2: estudo observacional. *Rev Port Med Geral e Fam [Internet]*. 2015;31:186–96. Available from: <http://www.rpmgf.pt/ojs/index.php/rpmgf/article/view/11524>.
28. Duarte R, Melo M, Nunes, JS. Recomendações nacionais da SPD para o tratamento da hiperglicémia na Diabetes Tipo 2 - Proposta de Atualização. *Revista Portuguesa de Diabetes*. 2015; 10(1):40-48.
29. Anderson RM, Funnell MM, Fitzgerald JT, Marrero DG. *The Diabetes Empowerment*

- Scale. *Diabetes Care*. 2000;23(6):739–43.
30. Ferreira LN, Ferreira PL, Pereira LN, Oppe M. EQ-5D Portuguese population norms. *Qual Life Res*. 2014;23:425–430.
31. Cardoso AF, Cruz R, Queirós P, Santiago L, Ribeiro CF, Ferreira PL. Assessment of Health-Related Quality of Life using the EQ-5D-3L in Individuals with Type 2 Diabetes Mellitus. *J Diabetes, Metab Disord* [Internet]. 2016;3(2):1–8. Available from: https://www.researchgate.net/publication/301661300_Assessment_of_Health
32. Hojat M, Louis DZ, Markham FW, Wender R, Rabinowitz C, Gonnella JS. Physicians' Empathy and Clinical Outcomes for Diabetic Patients. *Acad Med*. 2011;86(3):359-364.
33. Jani BD, Blane DN, Mercer SW. The Role of Empathy in Therapy and the Physician-Patient Relationship. *Forsch Komplementarmed*. 2012; 19:252-257.
34. Derksen F, Bensing J, Lagro-Janssen A. Effectiveness of empathy in general practice: a systematic review. *Br J Gen Pract*. 2013; e76-e84.
35. Hojat M, Louis DZ, Maxwell K, Markham F, Wender R, Gonnella JS. Patient perceptions of physician empathy, satisfaction with physician, interpersonal trust, and compliance. *Int J Med Educ*. 2010; 1:83–7.

Anexos

Anexo 1 – Consentimento informado do participante

CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO



Título do estudo: relação da capacitação, conhecimentos e qualidade de vida com a empatia médica na Diabetes tipo 2.

Enquadramento: estudo transversal observacional, realizado na USF Condeixa. Feito no âmbito do trabalho final do Mestrado Integrado em Medicina de Joana Rita Cristiano Duarte, orientada pela Doutora Inês Rosendo Carvalho e Silva Caetano e Dra Ângela Fernanda Santos Neves.

Explicação do estudo: estudo efetuado nas consultas de seguimento de Diabetes Mellitus, na USF Condeixa, a partir de Agosto de 2017, com os utentes diabéticos de cada médico que recorram a consulta nos dias em que a investigação esteja na USF e que aceitem participar no estudo. No final de cada consulta, realizar-se-á um questionário que servirá de base para o estudo após o esclarecimento de qualquer dúvida por ele apresentada e consentimento pelo utente. Serão recolhidas as variáveis: sexo, idade, formação académica e profissão, tempo de evolução da diabetes e tipo de tratamento e controlo da doença pelas duas últimas medições de HbA1c, em análises já feitas. Para aferição da capacitação, será aplicado o Diabetes Empowerment Scale (DES); para avaliar os conhecimentos sobre a diabetes, usar-se-á o Diabetes Knowledge Test (DKT) e o Diabetes Health Profile (DHP) e o EQ-5D para avaliar a qualidade de vida dos doentes diabéticos que fizerem parte da amostra do estudo. Para medir a empatia médica usar-se-á o questionário JSPPPE.

Condições e financiamento: o próprio investigador financiará o estudo e não há pagamentos a investigadores ou participantes, sem compensação de despesas de deslocação. A participação será voluntária e não haverá prejuízos assistenciais ou outros caso não queira participar ou abandonar o estudo a qualquer momento. O estudo foi aprovado pela comissão de ética da ARS Centro.

Confidencialidade e anonimato: cada investigador terá uma base de identificação dos seus utentes, identificação esta codificada nos dados em excel que vão ser enviados ao investigador principal, no final de cada uma das 5 fases de recolha de dados. Será pedida autorização à Comissão Nacional de Proteção de Dados, artºs 27º e 28º da Lei 67/98, de 26 de Outubro.

O investigador: Joana Rita Cristiano Duarte

Assinatura:

Data:

~~~~~

*Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela pessoa que acima assina. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pelo/a investigador/a.*

Nome do utente: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

**Data:**

Se analfabeto ou incapaz de ler ou assinar, representante legal ou 2 testemunhas imparciais:

Nome: \_\_\_\_\_ assinatura: \_\_\_\_\_ parentesco: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_ assinatura: \_\_\_\_\_ parentesco: \_\_\_\_\_

**ESTE DOCUMENTO, COMPOSTO DE 1 PÁGINA, É FEITO EM DUPLICADO: UMA VIA PARA O/A INVESTIGADOR/A, OUTRA PARA A PESSOA QUE CONSENTE**

## Anexo 2 – Instrumento de avaliação

### Diabetes Empowerment Scale –Short Form (DES-SF)

#### Escala de Capacidade de Controlo da Diabetes – Versão Breve (DES-SF)

As oito frases abaixo constituem a DES-SF.  
A escala é pontuada fazendo a média das pontuações de todas as respostas.

Por favor, marque o quadrado que considerar mais adequado.

**Em geral, eu acredito que:**

- |                                                                                                                        |                                                                 |                                                            |                                                                    |                                                            |                                                                 |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|
| 1. ... sei identificar os aspetos dos cuidados a ter com a minha diabetes com os quais estou <b>insatisfeito</b> .     | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub><br>Discordo completamente | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub><br>Discordo um pouco | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub><br>Não discordo nem concordo | <input type="checkbox"/> <sub>4</sub><br>Concordo um pouco | <input type="checkbox"/> <sub>5</sub><br>Concordo completamente |
| 2. ... consigo atingir as metas relativas à minha diabetes.                                                            | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub><br>Discordo completamente | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub><br>Discordo um pouco | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub><br>Não discordo nem concordo | <input type="checkbox"/> <sub>4</sub><br>Concordo um pouco | <input type="checkbox"/> <sub>5</sub><br>Concordo completamente |
| 3. ... posso encontrar diferentes formas de ultrapassar os problemas para atingir as metas relativas à minha diabetes. | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub><br>Discordo completamente | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub><br>Discordo um pouco | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub><br>Não discordo nem concordo | <input type="checkbox"/> <sub>4</sub><br>Concordo um pouco | <input type="checkbox"/> <sub>5</sub><br>Concordo completamente |
| 4. ... consigo arranjar forma de me sentir melhor mesmo <b>teno</b> diabetes.                                          | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub><br>Discordo completamente | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub><br>Discordo um pouco | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub><br>Não discordo nem concordo | <input type="checkbox"/> <sub>4</sub><br>Concordo um pouco | <input type="checkbox"/> <sub>5</sub><br>Concordo completamente |
| 5. ... sei como lidar de forma <b>positiva</b> com o stress relacionado com a diabetes.                                | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub><br>Discordo completamente | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub><br>Discordo um pouco | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub><br>Não discordo nem concordo | <input type="checkbox"/> <sub>4</sub><br>Concordo um pouco | <input type="checkbox"/> <sub>5</sub><br>Concordo completamente |
| 6. ... posso pedir ajuda por ter e para tratar a diabetes sempre que necessito.                                        | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub><br>Discordo completamente | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub><br>Discordo um pouco | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub><br>Não discordo nem concordo | <input type="checkbox"/> <sub>4</sub><br>Concordo um pouco | <input type="checkbox"/> <sub>5</sub><br>Concordo completamente |
| 7. ... sei o que me ajuda a estar motivado/a para cuidar da minha diabetes.                                            | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub><br>Discordo completamente | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub><br>Discordo um pouco | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub><br>Não discordo nem concordo | <input type="checkbox"/> <sub>4</sub><br>Concordo um pouco | <input type="checkbox"/> <sub>5</sub><br>Concordo completamente |
| 8. ... me conheço suficientemente bem para fazer as melhores escolhas para cuidar da minha diabetes.                   | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub><br>Discordo completamente | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub><br>Discordo um pouco | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub><br>Não discordo nem concordo | <input type="checkbox"/> <sub>4</sub><br>Concordo um pouco | <input type="checkbox"/> <sub>5</sub><br>Concordo completamente |

## Diabetes Knowledge Test (DKT)

### Teste breve de conhecimentos sobre a diabetes (DKT)

Por favor, faça um círculo à volta da resposta que considerar a mais correta. Se tiver dúvidas sobre qual a mais apropriada, passe à pergunta seguinte. Agradecemos desde já a sua disponibilidade e participação.

1. **A alimentação do diabético é:**
  - a. o que a maioria dos portugueses come
  - b. uma alimentação saudável para a maioria das pessoas
  - c. demasiado rica em hidratos de carbono para a maioria das pessoas
  - d. demasiado rica em proteínas para a maioria das pessoas
2. **Qual dos seguintes é mais rico em hidratos de carbono?**
  - a. Frango assado
  - b. Queijo
  - c. Batata assada
  - d. Margarina
3. **Qual dos seguintes é mais rico em gordura?**
  - a. Leite magro
  - b. Sumo de laranja
  - c. Milho
  - d. Mel
4. **Qual dos seguintes pode ser comido sem perigo para o diabético?**
  - a. Qualquer alimento sem adição de açúcar
  - b. Qualquer alimento para pessoas com diabetes
  - c. Qualquer alimento que diga "sem adição de açúcar" no rótulo
  - d. Qualquer alimento com menos de 20 calorias por dose
5. **Hemoglobina glicada (hemoglobina A1c) é um teste que mede o nível médio do seu açúcar no sangue:**
  - a. do último dia
  - b. da última semana
  - c. das últimas 6-10 semanas
  - d. dos últimos 6 meses
6. **Qual o melhor método para medir o açúcar no sangue?**
  - a. Análise da urina
  - b. Análise do sangue
  - c. Qualquer uma é boa
7. **Que efeito tem o sumo de fruta não açucarado no nível de açúcar no sangue?**
  - a. Fá-la baixar
  - b. Fá-la subir
  - c. Não tem efeito
8. **O que não deve ser usado para tratar o baixo nível de açúcar no sangue?**
  - a. 3 rebuçados/caramelos
  - b. 1/2 copo de sumo de laranja
  - c. 1 copo de refrigerante com menos açúcar
  - d. 1 copo de leite magro
9. **Para uma pessoa com os níveis de açúcar controlados, que efeito tem o exercício físico no valor do açúcar no sangue?**
  - a. Fá-lo baixar
  - b. Fá-lo subir
  - c. Não tem efeito
10. **Uma infeção pode causar:**
  - a. um aumento de açúcar no sangue
  - b. uma diminuição de açúcar no sangue
  - c. nenhuma alteração do açúcar no sangue
11. **A melhor maneira de cuidar dos seus pés é:**
  - a. examiná-los e lavá-los todos os dias
  - b. massajá-los com álcool todos os dias
  - c. mergulhá-los em água durante uma hora todos os dias
  - d. comprar sapatos de número acima do habitual
12. **Comer alimentos magros diminui o risco de:**
  - a. doença nos nervos
  - b. doença dos rins
  - c. doença do coração
  - d. doença nos olhos
13. **Sensação dormente e formigueiro podem ser sintomas de:**
  - a. doença dos rins
  - b. doença dos nervos
  - c. doença nos olhos
  - d. doença do fígado
14. **Qual dos seguintes problemas não é habitualmente associado à diabetes:**
  - a. problemas na visão
  - b. problemas nos rins
  - c. problemas no sistema nervoso
  - d. problemas nos pulmões
15. **Os sinais de cetoacidose (descompensação súbita da diabetes) incluem:**
  - a. tremores
  - b. suores
  - c. vômitos
  - d. baixo nível de açúcar no sangue
16. **Se estiver com gripe, qual das seguintes alterações deveria fazer?**
  - a. Tomar menos insulina
  - b. Beber menos líquidos
  - c. Comer mais proteínas
  - d. Medir o açúcar no sangue e a cetona na urina mais frequentemente
17. **Se tomou uma insulina de ação intermédia (NPH ou Lenta), muito provavelmente terá um efeito durante:**
  - a. 1-3 horas
  - b. 6-12 horas
  - c. 12-15 horas
  - d. mais de 15 horas
18. **Mesmo antes do almoço, apercebe-se de que se esqueceu de tomar a insulina antes do pequeno-almoço. O que deve fazer?**
  - a. Não almoçar para fazer baixar o nível de açúcar no sangue
  - b. Tomar a insulina que normalmente toma ao pequeno-almoço
  - c. Tomar o dobro da insulina que costuma tomar ao pequeno-almoço
  - d. Verificar o nível de açúcar no sangue para decidir a quantidade de insulina que deve tomar
19. **Se está a começar a ter uma baixa de açúcar no sangue após ter tomado insulina, deve:**
  - a. fazer exercício físico
  - b. deitar-se e descansar
  - c. beber um sumo
  - d. tomar a insulina do costume
20. **Um baixo nível de açúcar no sangue pode ser causado por:**
  - a. demasiada insulina
  - b. muito pouca insulina
  - c. demasiada comida
  - d. muito pouco exercício físico
21. **Se tomar a insulina de manhã mas não tomar pequeno-almoço, o seu nível de açúcar no sangue normalmente:**
  - a. sobe
  - b. desce
  - c. permanece o mesmo
22. **Um elevado nível de açúcar no sangue pode ser causado por:**
  - a. pouca insulina
  - b. não tomar refeições
  - c. atraso nas refeições intercalares
  - d. grande quantidade de cetonas na urina
23. **Qual dos seguintes irá provavelmente provocar uma baixa de açúcar no sangue:**
  - a. exercício físico intenso
  - b. infeção
  - c. comer em excesso
  - d. não tomar a insulina

Diabetes Health Profile 18 (DHP-18)

|                                                                                                          | Sempre                                | Geralmente                            | Às vezes                              | Nunca                                 |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| 1. Sente-se controlado/a pela sua alimentação?                                                           | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> |
| 2. Ter diabetes significa que é difícil sair até tarde?                                                  | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> |
| 3. Ter diabetes significa que a sua vida diária está dependente do horário das refeições?                | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> |
| 4. Evita sair quando o seu açúcar está baixo?                                                            | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> |
| 5. Tem problemas em seguir a dieta porque come para se animar?                                           | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> |
| 6. Perde a cabeça quando as pessoas insistem em que faça os testes de controlo do açúcar e siga a dieta? | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> |
| 7. Tem problemas em manter a dieta por ter dificuldade em recusar alimentos de que gosta?                | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> |
|                                                                                                          | Muitíssimo mais                       | Muito mais                            | Um pouco mais                         | Nada                                  |
| 8. Há mais discussões ou aborrecimentos em casa do que haveria se não tivesse diabetes?                  | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> |
|                                                                                                          | É muito fácil                         | É bastante fácil                      | Não é muito fácil                     | Não é nada fácil                      |
| 9. Quando começa a comer, com que facilidade consegue parar?                                             | <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> |

|                                                                                         | Muitíssimas vezes                     | Muitas vezes                          | Poucas vezes                          | Nunca                                 |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| 10. Quantas vezes come qualquer coisa extra quando se sente aborrecido/a?               | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> |
|                                                                                         |                                       |                                       |                                       |                                       |
|                                                                                         | Muitíssimo                            | Muito                                 | Pouco                                 | Nada                                  |
| 11. Tem receio de apanhar uma constipação ou gripe, por causa da sua diabetes?          | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> |
|                                                                                         |                                       |                                       |                                       |                                       |
|                                                                                         | Gostaria muitíssimo                   | Gostaria muito                        | Gostaria pouco                        | Não gostaria                          |
| 12. Gostaria que não houvesse tantas coisas boas para comer?                            | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> |
|                                                                                         |                                       |                                       |                                       |                                       |
|                                                                                         | Muitíssimo                            | Muito                                 | Pouco                                 | Nada                                  |
| 13. Assusta-o/a ou preocupa-o/a entrar em lojas com muito movimento ou cheias de gente? | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> |
|                                                                                         |                                       |                                       |                                       |                                       |
|                                                                                         | Muitíssimo                            | Muito                                 | Pouco                                 | Nada                                  |
| 14. Fica nervosa/a quando não está em casa e não encontra nenhum sítio onde comer?      | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> |
|                                                                                         |                                       |                                       |                                       |                                       |
|                                                                                         | Muito frequentemente                  | Frequentemente                        | Às vezes                              | Nunca                                 |
| 15. Fica deprimido/a ou “em baixo” por causa da sua diabetes?                           | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> |
|                                                                                         |                                       |                                       |                                       |                                       |
| 16. A sua diabetes fá-lo/a perder a cabeça ou gritar?                                   | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> |
|                                                                                         |                                       |                                       |                                       |                                       |
| 17. Fica susceptível, irritado/a ou de mau humor por causa da diabetes?                 | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> |
|                                                                                         |                                       |                                       |                                       |                                       |
| 18. Perde a calma por coisas sem importância?                                           | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> |

EuroQoL EQ-5D

**AVALIAÇÃO DE GANHOS EM SAÚDE - E Q - 5 D**

Assinale com uma cruz (assim ) , um quadrado de cada um dos seguintes grupos, indicando qual das afirmações descreve melhor o seu estado de saúde hoje.

► **Mobilidade**

- Não tenho problemas em andar ..... <sub>1</sub>  
 Tenho alguns problemas em andar ..... <sub>2</sub>  
 Tenho de estar na cama ..... <sub>3</sub>

► **Cuidados Pessoais**

- Não tenho problemas em cuidar de mim ..... <sub>1</sub>  
 Tenho alguns problemas a lavar-me ou vestir-me ..... <sub>2</sub>  
 Sou incapaz de me lavar ou vestir sozinho/a ..... <sub>3</sub>

► **Actividades Habituais** (ex. trabalho, estudos, actividades domésticas, actividades em família ou de lazer)

- Não tenho problemas em desempenhar as minhas actividades habituais ..... <sub>1</sub>  
 Tenho alguns problemas em desempenhar as minhas actividades habituais ..... <sub>2</sub>  
 Sou incapaz de desempenhar as minhas actividades habituais ..... <sub>3</sub>

► **Dor / Mal Estar**

- Não tenho dores ou mal estar ..... <sub>1</sub>  
 Tenho dores ou mal estar moderados ..... <sub>2</sub>  
 Tenho dores ou mal estar extremos ..... <sub>3</sub>

► **Ansiedade / Depressão**

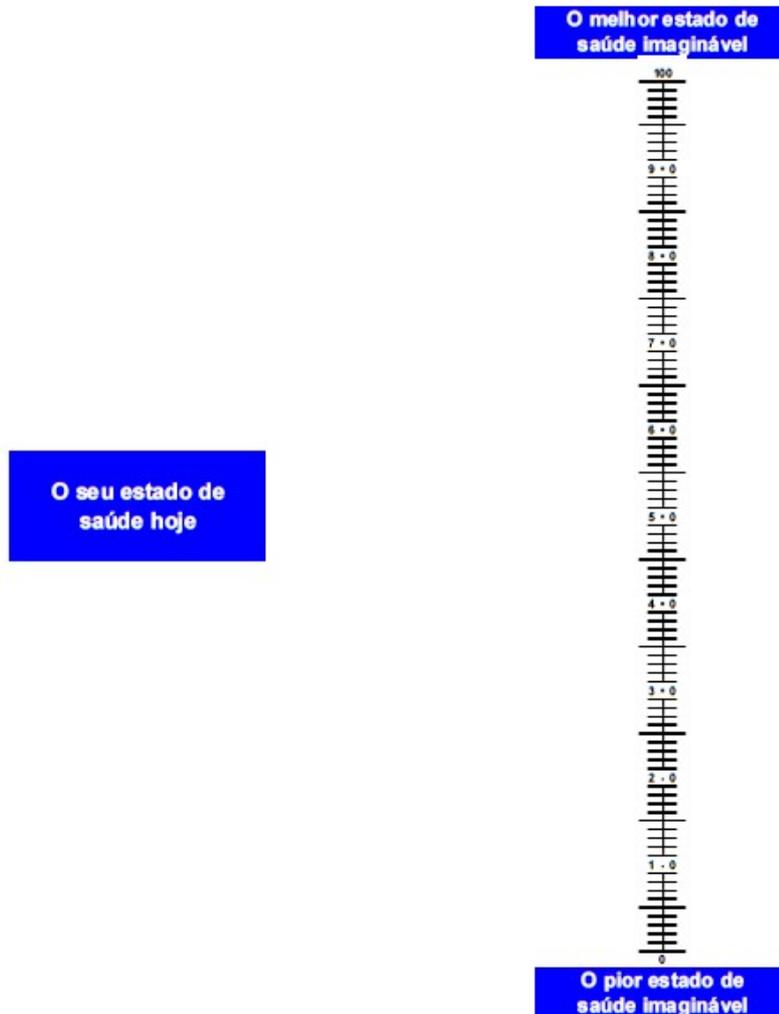
- Não estou ansioso/a ou deprimido/a ..... <sub>1</sub>  
 Estou moderadamente ansioso/a ou deprimido/a ..... <sub>2</sub>  
 Estou extremamente ansioso/a ou deprimido/a ..... <sub>3</sub>

► **Comparado com o meu nível geral de saúde durante os últimos 12 meses, o meu estado de saúde hoje é:**

- Melhor ..... <sub>1</sub>      ASSINALEO  
 O mesmo ..... <sub>2</sub>      QUADRADO  
 Pior ..... <sub>3</sub>      APROPRIADO

- ▶ Para ajudar as pessoas a classificarem o seu estado de saúde, desenhámos uma escala (semelhante a um termómetro) na qual o melhor estado de saúde que possa imaginar é marcado por 100 e o pior estado de saúde que possa imaginar é marcado por 0.

Gostaríamos que indicasse nesta escala qual é hoje, na sua opinião, o seu estado de saúde. Por favor, desenhe uma linha a partir do rectângulo que se encontra à esquerda, até ao ponto da escala que melhor classifica o seu estado de saúde hoje.



Muito obrigado por ter preenchido este questionário.

Copyright © EuroQol Group  
Copyright © Versão Portuguesa, 1997, 1998. Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra

---

Versão portuguesa da *Jefferson Scale of Patient Perceptions of Physician Empathy* (JSPPPE)

Julga-se que a qualidade da relação médico-doente é muito importante no resultado das consultas e na qualidade da saúde. Para sabermos como avaliar as qualidades na consulta e no relacionamento consigo do seu médico elaborámos trabalho para o qual pedimos a sua colaboração pelo preenchimento do questionário abaixo. Ninguém conseguirá saber quem respondeu, como respondeu e o que respondeu. Pode não o preencher e pode mesmo parar o preenchimento a meio.

Assim solicitamos e agradecemos a sua opinião quanto às perguntas abaixo.

|                                                                                                    |                                                |                                              |                                          |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|----------------------------------------------|------------------------------------------|
| Idade:                                                                                             | Até 35 anos <input type="checkbox"/>           | Entre 36 a 65 anos <input type="checkbox"/>  | Mais de 65 anos <input type="checkbox"/> |
| Género:                                                                                            | Masculino <input type="checkbox"/>             | Feminino <input type="checkbox"/>            |                                          |
| Toma medicamentos regularmente                                                                     |                                                |                                              |                                          |
|                                                                                                    | Sim <input type="checkbox"/>                   | Não <input type="checkbox"/>                 |                                          |
| Estudos:                                                                                           | Sabe ler e escrever <input type="checkbox"/> 1 | 12.º ano (7º ano) <input type="checkbox"/> 3 |                                          |
|                                                                                                    | 9.º ano (4ª classe) <input type="checkbox"/> 2 | Superior <input type="checkbox"/> 4          |                                          |
| Atividade em que ocupa a quase totalidade do tempo e/ou em que ganha quase todo o dinheiro mensal: | Agricultura <input type="checkbox"/> 1         | Doméstica <input type="checkbox"/> 5         |                                          |
|                                                                                                    | Comércio <input type="checkbox"/> 2            | Desempregado <input type="checkbox"/> 6      |                                          |
|                                                                                                    | Indústria <input type="checkbox"/> 3           | Reformado <input type="checkbox"/> 7         |                                          |
|                                                                                                    | Serviços <input type="checkbox"/> 4            | Estudante <input type="checkbox"/> 8         |                                          |

**Instruções:**

Gostaríamos de saber o seu grau de concordância ou discordância com cada uma das seguintes frases acerca do seu médico que abaixo nomeamos. Por favor use a escala em sete pontos e anote a sua avaliação entre 1 e 7 escrevendo o número com que mais se identifica para cada frase no espaço antes de cada frase.

Na escala 1 significa que esta em pleno desacordo e 7 que está em pleno acordo.

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7

**Discordo totalmente**

**Concordo totalmente**

Nome do médico: \_\_\_\_\_

- 1 - \_\_ **Consegue compreender as coisas na minha perspectiva (ver as coisas como eu as vejo)**
- 2 - \_\_ **Pergunta acerca do que está a acontecer na minha vida diária**
- 3 - \_\_ **Parece preocupado acerca de mim e da minha família**
- 4 - \_\_ **Compreende as minhas emoções, sentimentos e preocupações**
- 5 - \_\_ **É um médico que me compreende**

**Anexo 3** – Aprovação do questionário pela Comissão de Ética para a Saúde da Administração Regional de Saúde (ARS) do Centro



**ARSC** ADMINISTRAÇÃO  
REGIONAL DE  
SAÚDE DO CENTRO, I.P.

006841 '15 04-14 13:33

Exma. Senhora  
Dra. Ângela Fernanda Santos Neves  
[angelasantosneves@gmail.com](mailto:angelasantosneves@gmail.com)

Sua referência

Data

Nossa referência

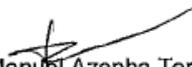
Data

ASSUNTO: "Conhecimento da diabetes – uma oportunidade de melhoria"

Serve o presente para informar V. Ex<sup>ª</sup>., que o Conselho Diretivo da ARS Centro, I.P., deliberou homologar o parecer emitido pela Comissão de Ética para a Saúde (CES), que se anexa.

Com os melhores cumprimentos

O Presidente do Conselho Diretivo da ARSC, I.P.

  
(Dr. José Manuel Azenha Tereso)

**Anexo 4 – Pedido de autorização para realização do estudo na USF Condeixa**

**FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA  
TRABALHO FINAL DO MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA**

**RELAÇÃO DA CAPACITAÇÃO, CONHECIMENTOS E QUALIDADE DE VIDA  
COM A EMPATIA MÉDICA NA DIABETES MELLITUS TIPO 2.**

**Pedido de autorização**

**Exma. Senhora Coordenadora,**

**Dra. Rosália Maria Teixeira Apolónia Baeta Pereira**

Venho por este meio requerer autorização para a realização de um conjunto de questionários necessários para a elaboração do trabalho final do Mestrado Integrado em Medicina. Gostaria de começar o quanto antes, se possível, ainda no mês de abril de 2017. Este trabalho teria como objetivo perceber a relação entre a capacitação, qualidade de vida, conhecimento sobre a diabetes e a empatia com o médico de família. Outros objetivos seriam perceber se existem diferenças em função do controlo metabólico da Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) ou outros fatores. Este estudo está já aprovado pela comissão de ética da ARS Centro.

Neste sentido, será necessário realizar um estudo observacional em amostra de 35 utentes com DM2 seguidos na Unidade de Saúde Familiar Condeixa, sendo-lhes aplicado por mim um questionário. Este poderia ser aplicado antes ou depois das consultas de seguimento ou ainda num outro horário a combinar com o utente. Necessitaria que me autorizassem a fazer o estudo nas vossas instalações e me dissessem em que dias há consultas de diabetes para que possa adequar ao meu horário escolar. Necessitaria ainda que me fornecessem os dados sobre a doença, nomeadamente sobre o seu tratamento, dados antropométricos, tensionais e analíticos dos pacientes que aceitassem participar no estudo.

No estudo serão recolhidas as variáveis género, idade, formação académica e profissão, tempo de evolução e tipo de tratamento e controlo metabólico, por via das duas últimas medições de HbA1c. Para aferição da capacitação, será aplicado o Diabetes Empowerment Scale (DES); para avaliar os conhecimentos sobre a DM2, usar-se-á o Diabetes Knowledge Test (DKT) e o Diabetes Health Profile (DHP) e o EQ-5D para avaliar a qualidade de vida dos doentes diabéticos que fizerem parte da amostra do estudo. Para medir a empatia médica usar-se-á o JSPPPE.

Aguardo resposta à solicitação agradecendo antecipadamente pelo tempo despendido.

Em anexo segue o documento referente à descrição da proposta de trabalho e à autorização pela ARS Centro.

Os melhores cumprimentos,

Joana Duarte

Nº de estudante: 2010136656

5º Ano

Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra