

# **Empatia médica e medicina centrada na pessoa em doentes com osteoartrose: intensidade da dor e qualidade de vida**

*Empathy And Patient-Centered Care In Patients With Osteoarthritis: Pain Intensity And Quality Of Life*

Artigo Científico Original

Simão Pedro Queiroz da Cruz <sup>1</sup>; Catarina Isabel Dos Santos Matias<sup>1:2</sup>; Inês Rosendo Carvalho e Silva Caetano<sup>1:2</sup>

<sup>1</sup> Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra, Portugal

<sup>2</sup> USF Coimbra Centro, Coimbra, Portugal

Contacto Orientador principal: inesrcs@gmail.com

Trabalho final do 6º ano com vista à atribuição do grau de mestre no âmbito do ciclo de estudos do Mestrado Integrado em Medicina

Área Científica: Clínica geral

## **Índice**

<b>Abreviaturas</b> .....	3
<b>Resumo</b> .....	4
<b>Abstract</b> .....	6
<b>Introdução</b> .....	7
<b>Materiais e métodos</b> .....	9
<b>Participantes e Critérios de Inclusão</b> .....	9
<b>Instrumentos</b> .....	9
<b>Análise Estatística</b> .....	10
<b>Resultados</b> .....	12
<b>Caracterização da Amostra</b> .....	12
<b>Empatia, medicina centrada no paciente, dor e qualidade de vida</b> .....	13
<b>Discussão</b> .....	19
<b>Conclusão</b> .....	23
<b>Agradecimentos:</b> .....	24
<b>Referências Bibliográficas:</b> .....	25
<b>Anexos</b> .....	28
<b>Anexo I – Pedido e autorização dos autores das escalas</b> .....	28
<b>Anexo II – Consentimento informado</b> .....	29
<b>Anexo III – Questionário</b> .....	31
<b>Anexo IV – Autorização ARS do Centro</b> .....	37

## **Abreviaturas**

**OA**-Osteoartrose

**ARS**- Administração Regional de Saúde

**USF**- Unidade de Saúde Familiar

**JSPPPE**- *Jefferson Scale of Patient Perceptions of Physician Empathy*

**MCP-PT**- Medicina Centrada na Pessoa validado para Portugal

**EQ-5D**- *EuroQol five Dimension Scale*

**EQ-5D'** - sistema descritivo da *EuroQol five Dimension Scale*

**EQ-VAS** - *EuroQol-Visual Analogue Scales*

**EVA** - Escala Visual Analógica

## Resumo

Introdução: A osteoartrose (OA) é uma das doenças mais diagnosticadas mundialmente e a sua incidência tem vindo a aumentar. A medicina centrada na pessoa e a empatia médica praticadas na consulta mostraram melhores resultados em saúde nos doentes com osteoartrose (OA), sendo pertinente perceber se estas práticas conduzem a uma melhor qualidade de vida e menor intensidade de dor nestes doentes.

Objetivo: Determinar se a medicina centrada na pessoa e a empatia praticadas pelo médico se relacionam com a qualidade de vida e intensidade de dor em doentes com osteoartrose (OA).

Materiais e métodos: Estudo transversal exploratório realizado através da aplicação de questionários recolhidos em 8 unidades de cuidados primários da ARS Centro até atingir uma amostra de  $n=150$ . Incluiu doentes com idade igual ou superior a 50 anos e com dor há, pelo menos, 3 meses. Utilizaram-se as seguintes escalas validadas: *JSPPPE*; *MCP-PT*, *EQ-5D*; *EQ-VAS* e *EVA* e analisou-se a relação entre as mesmas através do teste de *Spearman*.

Resultados: A amostra analisada teve um número superior de mulheres (62%) e a média de idades foi  $68.66 \pm 10,11$  anos. Não se obteve relação estatisticamente significativa entre a empatia médica e a qualidade de vida ou intensidade da dor nestes doentes nem entre a medicina centrada na pessoa e a qualidade de vida ou intensidade da dor. No entanto, verificou-se que o componente da escala *JSPPPE* que avalia a compreensão do médico pelo doente tem relação estatisticamente significativa com as escalas *EQ-5D'* e *EVA*. Os componentes da escala *MCP-PT* que avaliam a exploração da doença, a visão holística e a relação com o médico mostraram relação estatisticamente significativa com a escala *EQ-5D'* e o 6º componente: "sendo realista" mostrou relação estatisticamente significativa com a escala *EQ-VAS*.

Discussão: Foi possível observar que há componentes da empatia médica e da medicina centrada na pessoa que podem estar relacionados com a intensidade de dor nestes doentes. Neste estudo, foram consideradas as seguintes limitações: estudo transversal, de amostra com 150 doentes, dificuldade das pessoas na resposta aos questionários, com escalas horizontais e verticais no mesmo questionário e escalas avaliando momentos de doença diferentes.

Conclusão: Não foi possível concluir que a empatia médica e uma medicina centrada na pessoa tenham relação com qualidade de vida e intensidade da dor sentida pelos doentes com osteoartrose (OA). A relação entre alguns componentes da empatia e medicina centrada na pessoa com a qualidade de vida e intensidade de dor é de magnitude suficiente para merecer estudos adicionais.

Palavras-chave: “Osteoartrose”; “Empatia”; “Medicina Centrada na Pessoa”; “Qualidade de Vida”; “Dor Crónica”

## Abstract

Background: Osteoarthritis (OA) is one of the most diagnosed diseases showing an increasing incidence. Person-centered medicine and medical empathy practiced by the physician showed better health outcomes in patients with osteoarthritis (OA), thereby making it is relevant to investigate if these practices are related to a better quality of life and lower pain intensity in these patients.

Objective: To determine whether person-centered medicine and medical empathy have impact on quality of life and pain intensity in patients with osteoarthritis (OA).

Materials and methods: 150 questionnaires were applied in 8 primary care units. This study included patients aged 50 years and older, who have had pain for 3 months or more. The following validated scales were used: *JSPPE*; *MCP-PT*, *EQ-5D*; *EQ-VAS* and *EVA*. These scales were correlated using the *Spearman* test.

Results: The analysis was performed in a mainly female population (62%) and the mean age was  $68.66 \pm 10.11$  years. No statistically significant relation between medical empathy and quality of life or pain intensity was found, nor between a person-centered medicine and quality of life or pain intensity in these patients. However, it was identified that the item of *JSPPE* scale that evaluates the patient's understanding of the physician has a statistically significant correlation with *EQ-5D'* and *EVA* scales. The components of the *MCP-PT* scale assessing the disease's exploration, holistic view and relationship with the physician showed a statistically significant correlation with *EQ-5D'* scale and the 6th component: "being realistic" showed a statistically significant correlation with the scale *EQ-VAS*.

Discussion: There are components of medical empathy and person-centered medicine that may be related to pain intensity and quality of life in these patients. In this study, the following limitations were considered: cross-sectional study, sample size of 150 patients, patient difficulty in answering questionnaires, horizontal and vertical scales in the same questionnaire and scales evaluating different disease moments.

Conclusion: It was not possible to conclude that medical empathy and a person-centered medicine are related to quality of life and intensity of pain experienced by patients with osteoarthritis (OA). The relation found between some components of medical empathy and person-centered medicine with a quality of life and pain intensity is strong enough to encourage additional studies.

Key-words: "Osteoarthritis"; "Empathy"; "Patient-Centered Care"; "Quality Of Life"; "Chronic Pain"

## Introdução

A osteoartrose (OA) é uma das doenças mais diagnosticadas mundialmente, (1,2) é a doença articular mais comum dos países desenvolvidos (3) e afeta, aproximadamente, 15% da população, prevendo-se que a sua incidência venha a duplicar no ano de 2020 (1) devendo-se, principalmente, ao aumento da prevalência da obesidade e ao envelhecimento populacional (1–3). Em Portugal, a prevalência de osteoartrose (OA) do joelho é de 3.8-12.4% e osteoartrose (OA) da anca é de 1.3-5.5% (4–7).

Patologicamente, a osteoartrose (OA) é causada por um defeito no processo de reparação de cartilagem danificada devido a um desequilíbrio entre a síntese e destruição de matriz extracelular. No entanto, esta doença degenerativa não afeta só a cartilagem, podendo envolver osso subcondral, ligamentos, cápsula, membrana sinovial e até músculos (8) sendo que o joelho, a anca e a mão são as localizações mais afetadas. (2)

Relativamente aos sintomas, estes englobam: dor (que é, normalmente, o primeiro e mais prevalente sintoma da OA), limitação do movimento e rigidez articular. Ao exame físico, é comum uma diminuição da mobilidade passiva da articulação e a presença de crepitação. (2,8)

Estes sintomas podem ser acompanhados de características radiológicas (como formação de osteófitos, remodelação óssea, esclerose subcondral e presença de erosão), (2) podendo, assim, ser definida patológica, radiográfica ou clinicamente. (1)

Os doentes sentem, por estes motivos, grande restrição ao realizar atividades de vida diária (8), o que leva a uma diminuição da sua qualidade de vida, (8) originando grandes custos sociais e, por conseguinte, para o Sistema Nacional de Saúde. (8)

A elevada prevalência e as consequências pessoais e sociais da osteoartrose (OA), reforçam a extrema importância de estudar quais os fatores que podem ter impacto na intensidade da dor e na qualidade de vida destes doentes.

A intensidade dos sintomas pode ser diminuída ao promover ao paciente informação com consequente capacitação acerca da osteoartrose (OA): explicar os seus sintomas, objetivos de tratamento e importância de alterações do estilo de vida (2) e, por esta razão, a abordagem ao doente deve ter em conta o seu estado psicológico (8). Alguns estudos demonstraram que os doentes esperam que o médico os ajude a gerir não só a dimensão física da sua condição, como também a psicológica e emocional e que o suporte psicológico e emocional foi identificado como relevante em pessoas jovens com osteoartrose (OA). (9)

Isto enfatiza a importância de praticar uma medicina centrada na pessoa, que se traduz, como uma abordagem clínica que tem em conta a pessoa como um todo, incluindo as suas crenças, características, prioridades e preocupações (10,11). Para que possa ser aplicada, é fulcral que o médico seja emocional e socialmente capaz de compreender e avaliar, verbal e não verbalmente, o seu paciente, a sua situação atual, perspetivas e sentimentos, isto é, que seja empático (12,13). A empatia médica levará, então, a uma maior precisão diagnóstica, terapêutica e das respostas às necessidades do doente, melhorando os resultados da consulta(12,13). Além disso, está relacionada com aumento da qualidade dos cuidados médicos e resultados em saúde (14), originando uma superior qualidade de vida dos doentes (13) e menor intensidade de dor. (15,16)

Assim, desenhou-se um estudo para avaliar concretamente se o facto de o médico praticar uma medicina centrada na pessoa e demonstrar empatia para com o doente com osteoartrose (OA) tem relação com a intensidade da dor e qualidade de vida destes doentes.



## **Materiais e métodos**

### **Participantes e Critérios de Inclusão**

Foi realizado um estudo, transversal e exploratório em que os pacientes foram selecionados tendo em conta os seguintes critérios de inclusão: 1. idade igual ou superior a 50 anos; 2. evidência de OA em exame imagiológico ou codificada como diagnóstico no processo clínico; 3. dor há 3 meses ou mais, ainda que intermitente, relacionada com a OA; 4. assinatura de consentimento informado (Anexo II); 6. preenchimento do questionário após consulta com o médico de família. Este projeto foi realizado em colaboração com Sofia Isabel Teixeira Ramos, utilizando um questionário único, cujo objetivo do seu estudo: “Capacitação da Pessoa com osteoartrose” divergia nas variáveis estudadas.

O protocolo do estudo foi aprovado pela Comissão de Ética da ARS Centro (Anexo IV) e os dados foram colhidos em 8 USFs: USF Coimbra Centro, USF As Gândras, USF Araceti, USF Vitassaurium, USF Pulsar, USF Progresso e Saúde, USF Fernando Namora e USF Caminhos do Cértoma, entre 20/09/2018 e 21/03/2019. Foram incluídos os utentes que aceitaram participar, assinando consentimento informado, até atingir um n=150 (calculado na ferramenta online <http://www.raosoft.com/samplesize.html> com margem de erro de 7% e intervalo de confiança de 90%).

Assegurou-se a confidencialidade de todos os utentes que aceitaram participar.

### **Instrumentos**

Foi utilizado um questionário, dividido em seis partes (Anexo III).

Na primeira parte, foi questionada a idade do respondente, o número de anos de estudos que completou e há quanto tempo sente as dores relacionadas com a OA (há mais de 3 meses, há menos de 3 meses ou há 3 meses).

Na segunda parte, foi utilizada a escala *JSPPPE* (*Jefferson Scale of Patient Perceptions of Physician Empathy*), uma escala tipo Likert, em que o paciente deve selecionar em cada um dos cinco itens um número de 1 a 7, em que “1” significa que está em pleno desacordo e “7” que está em pleno acordo com as afirmações. Os resultados dos 5 itens foram somados, pelo que os resultados possíveis poderiam variar entre 5 e 35. É uma escala validada para a população portuguesa, que avalia quais as perceções do paciente acerca da empatia

praticada pelo médico e que se foca na parte mais cognitiva e menos emocional da empatia. (17,18)

Na parte três, foi utilizado o questionário *MCP-PT (Medicina Centrada na Pessoa validado para Portugal)* que aprecia a utilização, pelo médico, de uma Medicina Centrada na Pessoa, segundo a opinião do utente. É constituído por 12 itens, sendo as respostas possíveis: “não”, “em parte” ou “sim” (19). Os resultados dos 12 itens foram somados, sendo os resultados possíveis entre 12 e 36.

Na parte 4, é utilizado o instrumento *EQ-5D'* (sistema descritivo da escala *EQ-5D*), que é um instrumento genérico de medição da qualidade de vida validado em Portugal e baseado num sistema que divide a saúde em cinco itens, sendo as respostas possíveis: “sem problemas (nível 1)”; “alguns problemas (nível 2)” e “problemas extremos (nível 3)” devendo ser respondidos consoante a perceção e vivência do respondente (20). Foi calculado um score que poderia variar entre -1 e 1. Além deste questionário, o *EQ-5D* permite que o respondente demonstre, através das opções de resposta: “melhor”, “o mesmo” e “pior”, qual é a avaliação que faz do seu estado de saúde comparativamente há 12 meses atrás. (20)

Por fim, ainda incluído no *EQ-5D*, é pedido ao respondente que trace uma linha a partir de um retângulo que se encontra à esquerda, até ao ponto de uma escala que melhor classifique o seu estado de saúde no próprio dia. Esta escala, frequentemente conhecida por termómetro *EQ-VAS*, é numerada de 0 a 100, considerando 0 o pior estado de saúde imaginável e 100 o melhor estado de saúde imaginável (20).

Na quinta parte, é utilizada uma *Escala Visual Analógica (EVA)* que é uma forma de medida unidimensional da intensidade da dor bastante utilizada em doenças reumáticas e doenças músculo-esqueléticas (21,22). Consiste numa linha horizontal de 10 centímetros de comprimento em que, num dos extremos dessa linha está escrito “Sem Dor” e no extremo oposto está escrito “Dor Máxima”(22). É, então, pedido ao respondente que coloque um “X” nessa linha, no local onde acha que a sua dor relacionada com a OA se situa.

A sexta parte foi preenchida pelo médico, com base no processo clínico, e engloba as seguintes questões: “a osteoartrose está comprovada clínica ou imagiologicamente?”; “a osteoartrose está codificada como diagnóstico no processo clínico?” sendo as opções de resposta “sim” ou “não”. Por fim, o médico deve colocar qual é a localização da OA, sendo as opções: “joelho(s)” “mão(s)” “anca(s)” e “outro(s) qual/quais?”

### **Análise Estatística**

Foi realizada análise estatística descritiva e inferencial, com o auxílio do software SPSS, *Statistical Package for the Social Science* - SPSS (versão 23.0 para MacOs) e os valores

quantitativos foram apresentados como média  $\pm$  desvio padrão e, se considerado relevante, valor máximo e mínimo.

O teste *Kolmogorov-Smirnov* foi utilizado para verificar se as variáveis seguiam uma distribuição normal, concluindo-se que, com exceção da Escala Visual Analógica (*EVA*), as variáveis não seguiam uma distribuição normal ( $p < 0,05$ ). Assim, e como a maioria das variáveis não segue uma distribuição normal, foi necessário recorrer a testes não paramétricos para estudar a relação das mesmas.

Seguidamente, utilizou-se o teste de correlação de *Spearman* para estabelecer a relação entre os valores obtidos. Utilizou-se um nível de significância de 0,05.

## Resultados

### Caracterização da Amostra

A amostra foi composta por um total de 150 indivíduos, dos quais 62% mulheres. A idade média obtida foi de  $68,66 \pm 10,11$  anos, sendo a idade mínima de 50 e a máxima de 94 anos.

Relativamente aos anos de escolaridade completos dos participantes, a média foi de  $5,38 \pm 3,56$  anos, sendo que o mínimo foi 0 anos de escolaridade e o máximo 18 anos (Tabela I).

**Tabela I – Caracterização da amostra**

Caraterística:		n=100%
<b>Género</b>	Masculino	38%
	<b>Feminino</b>	<b>62%</b>
<b>Grupo Etário</b>	50-60 anos	25.3%
	61-70 anos	30,7%
	<b>71-80 anos</b>	<b>31,3%</b>
	81-90 anos	10,0%
	91-100 anos	2,7%
<b>Anos de Escolaridade</b>	<4 anos	22.0%
	<b>4 anos</b>	<b>44.7%</b>
	>4 anos	33.3%
<b>Localização da OA</b>	<b>Joelho</b>	<b>73,3%</b>
	Mão	31,3%
	Anca	30,7%
	Outra localização	40,7%

### **Empatia, medicina centrada no paciente, dor e qualidade de vida**

Os resultados das escalas *JSPPE*, *MCP-PT*, *EQ-5D'*, *EQ-VAS* e *EVA* estão descritos na tabela II. Constatou-se que as médias das escalas *JSPPE* e *MCP-PT* obtidas foram elevadas ( $28.62 \pm 5.82$  e  $33.41 \pm 3.47$ , respetivamente), na escala *EQ-VAS* obteve-se maior número de respostas (23.3%) na faixa dos [41-50] e na escala *EVA* obteve-se maior número de respostas (15.4%) nas faixas dos [41-50mm] e [51-60mm].

**Tabela II – Caracterização dos resultados das escalas avaliadas no questionário.**

	<b>Média ± <math>\sigma</math></b>	<b>Valor Mínimo</b>	<b>Valor Máximo</b>
<b>JSPPPE</b>	28.62± 5.82	10	35
<b>MCP-PT</b>	33.41± 3.47	21	36
<b>EQ-5D'</b>	0.42±0.24	-0.35	1
<b>EQ-VAS</b>	56.41±20.85	0	100
	<b>Faixa</b>	<b>n=100%</b>	
	0-10	2.7%	
	11-20	4.7%	
	31-30	6.7%	
	31-40	12.7%	
	<b>41-50</b>	<b>23.3%</b>	
	51-60	12.0%	
	61-70	13.3%	
	71-80	16.7%	
	81-90	6.0%	
	91-100	2.0%	
<b>EVA(mm)</b>	46.38±25.79	0	100
	<b>Faixa</b>	<b>n=100%</b>	
	0-10mm	8.7%	
	11-20mm	8.7%	
	31-30mm	12.1%	
	31-40mm	11.4%	
	<b>41-50mm</b>	<b>15.4%</b>	
	<b>51-60mm</b>	<b>15.4%</b>	
	61-70mm	10.7%	
	71-80mm	7.4%	
	81-90mm	4.0%	
	91-100mm	6.0%	

**Legenda:** **JSPPPE:** Jefferson Scale of Patient Perceptions of Physician Empathy; **MCP-PT:** Medicina Centrada na Pessoa validado para Portugal; **EQ-5D':** componente descritivo da escala EQ-5D - EuroQol five Dimension Scale; **EQ-VAS:** EuroQol-Visual Analogue Scales; **EVA:** Escala Visual Analógica.

Não se encontrou correlação estatisticamente significativa entre a empatia (escala *JSPPPE*) e a qualidade de vida, medida pelas escalas *EQ-5D'* ( $p=0,066$ ) ou *EQ-VAS* ( $p=0.130$ ) embora se verifique uma tendência para relação positiva. Não há, também, correlação estatisticamente significativa entre a medicina centrada no paciente (escala *MCP-PT*) e a qualidade de vida medida pelas escalas *EQ-5D'* ( $p=0.081$ ) ou *EQ-VAS* ( $p=0.098$ ), embora também se verifique uma tendência positiva. Por fim, não se obteve correlação estatisticamente significativa entre a empatia percebida (*JSPPPE*) ou a medicina centrada no paciente e a dor medida pela escala *EVA* ( $p=0,167$  e  $p=0.404$ , respetivamente), mostrando, no entanto, uma tendência negativa (Tabela III).

**Tabela III – Correlação entre as várias escalas utilizadas no questionário utilizando o teste de Spearman**

		<i>JSPPPE</i>	<i>MCP-PT</i>	<i>EQ-5D'</i>	<i>EQ-VAS</i>	<i>EVA</i>
<b><i>MCP-PT</i></b>	r	0.541**				
	p	<0.001				
<b><i>EQ-5D'</i></b>	r	0.152	0.148			
	p	0.066	0.081			
<b><i>EQ-VAS</i></b>	r	0.125	0.140	0.337**		
	p	0.130	0.098	<0.001		
<b><i>EVA</i></b>	r	-0.114	-0.071	-0.522**	-0.239**	
	p	0.167	0.404	<0.001	0,003	

**Legenda:** \*\*correlação significativa a nível 0.01

*r*- Coeficiente de correlação; ***JSPPPE***: Jefferson Scale of Patient Perceptions of Physician Empathy; ***MCP-PT***: Medicina Centrada na Pessoa validado para Portugal; ***EQ-5D'***: componente descritivo da escala *EQ-5D*- EuroQol five Dimension Scale ***EQ-VAS***: EuroQol-Visual Analogue Scales; ***EVA***: Escala Visual Analógica.

Analisaram-se as relações dos itens da escala de empatia e verificou-se que o item 5 da escala *JSPPPE*: “É um médico que me compreende” tem relação negativa estatisticamente significativa com a *EVA* ( $p=0.025$ ), que se classifica como relação negligenciável (23) e mostrou relação positiva estatisticamente significativa com a *EQ-5D'* ( $p=0.018$ ), que se classifica como relação negligenciável (23) (Tabela IV).

**Tabela IV – Correlação entre a questão 5 da escala JSPPPE e as escalas EQ-VAS, EVA, EQ-5D’, utilizando o teste de Spearman**

		<b>EQ-VAS</b>	<b>EVA</b>	<b>EQ-5D’</b>
<b>JSPPPE 1</b> “Consegue compreender as coisas na minha perspectiva (ver as coisas como eu as vejo)”	r	0.170*	-0.139	0.101
	Valor de p	0.038	0.091	0.220
<b>JSPPPE 2</b> “Pergunta acerca do que está a acontecer na minha vida diária”	r	0.135	-0.064	0.140
	Valor de p	0.102	0.437	0.091
<b>JSPPPE 3</b> “Parece preocupado acerca de mim e da minha família”	r	0.087	-0.126	0.146
	Valor de p	0.288	0.125	0.074
<b>JSPPPE 4</b> “Compreende as minhas emoções, sentimentos e preocupações”	r	0.054	-0.116	0.102
	Valor de p	0.509	0.159	0.214
<b>JSPPPE 5</b> “É um médico que me compreende”	r	0.097	-0.184*	0.193*
	Valor de p	0.238	0.025	0.018

**Legenda:** \*correlação significativa a nível de 0,05

**r**- Coeficiente de correlação; **JSPPPE**: *Jefferson Scale of Patient Perceptions of Physician Empathy*; **EQ-5D’**: componente descritivo da escala *EQ-5D - EuroQol five Dimension Scale*; **EQ-VAS**: *EuroQol-Visual Analogue Scales*; **EVA**: *Escala Visual Analógica*.

De seguida, fez-se também análise, dividindo a escala de medicina centrada no paciente, *MCP-PT*, nos seus 6 componentes (19), com a dor e qualidade de vida. Desta forma, pôde observar-se uma relação positiva estatisticamente significativa entre o componente 1 (Explorando a Doença e a Experiência da Doença) e a escala *EQ-5D’* ( $p < 0.001$ ), assim como o componente 2 (Entendendo a Pessoa Como um Todo) e a escala *EQ-5D’* ( $p = 0.036$ ) e o componente 5 (Intensificando o Relacionamento Entre Pessoa e Médico) e a escala *EQ-5D’*



( $p=0.020$ ). Foi também obtida uma relação positiva estatisticamente significativa entre o componente 6 (Sendo Realista) e a escala EQ-VAS ( $p=0.001$ ). Todas estas relações têm um coeficiente de relação que as classifica como relações negligenciáveis (Tabela V). (23)

**Tabela V – Correlação entre as escalas EQ-VAS, EVA, EQ-5D’ e os 6 componentes da escala MCP-PT, utilizando o teste de Spearman**

	EQ-VAS		EVA		EQ-5D’	
	r	Valor de p	r	Valor de p	r	Valor de
<b>MCP-PT 1</b> “Explorando a Doença e a Experiência da Doença”	0.043	0.605	-0.108	0.190	0.285**	<0.001
<b>MCP-PT 2</b> “Entendendo a Pessoa Como um Todo”	0.078	0.349	-0.051	0.536	0.173*	0.036
<b>MCP-PT 3</b> “Elaborando um Plano de Cuidados em Conjunto”	0.113	0.174	-0.090	0.279	0.105	0.207
<b>MCP-PT 4</b> “Incorporando Prevenção e Promoção da Saúde”	0.061	0.464	-0.028	0.739	0.111	0.183
<b>MCP-PT 5</b> “Intensificando o Relacionamento Entre Pessoa e Médico”	0.114	0.165	-0.042	0.610	0.190*	0.020
<b>MCP-PT 6</b> “Sendo Realista”	0.265**	0.001	-0.127	0.126	0.118	0.154

**Legenda:** \*\*correlação significativa a nível 0.01 \*correlação significativa a nível de 0,05

*r*- Coeficiente de correlação **MCP-PT**: Medicina Centrada na Pessoa validado para Portugal; **EQ-5D’**: componente descritivo da escala EQ-5D - EuroQol five Dimension Scale; **EQ-VAS**: EuroQol-Visual Analogue Scales; **EVA**: Escala Visual Analógica.

Perante estes resultados, decidiu-se separar a análise da escala MCP-PT nos seus 12 itens para compreender quais as questões que podem mostrar maior correlação com a dor e qualidade de vida destes pacientes. Pôde observar-se que a questão 2, 3, 9 e 11 mostraram uma correlação positiva estatisticamente significativa com a escala EQ-5D’ ( $p<0.001$ ;  $p=0.036$ ;  $p=0.020$ ;  $p=0.007$ , respetivamente). A questão 11 e 12 mostraram correlação positiva estatisticamente significativa com a escala EQ-VAS ( $p=0.001$  e  $p<0.001$ , respetivamente) e a questão 11 mostrou correlação negativa estatisticamente significativa com a EVA ( $p=0.044$ ). Todas estas relações têm um coeficiente de relação que as classifica como relações negligenciáveis. (23) (Tabela VI).

**Tabela VI – Correlação entre as várias questões da escala MCP-PT e as escalas EQ-VAS, EVA, EQ-5D’, utilizando o teste de Spearman.**

		<b>EQ-VAS</b>	<b>EVA</b>	<b>EQ-5D’</b>
<b>MCP-PT 1’</b> “Pôde falar sobre o que sentia e sobre os motivos que o levaram à consulta?”	r	0.006	-0.042	0.126
	Valor de p	0.943	0.611	0.127
<b>MCP-PT 2’</b> “Pôde falar sobre os seus receios e as suas esperanças quanto aos seus problemas?”	r	0.083	-0.118	0.293**
	Valor de p	0.315	0.154	<0.001
<b>MCP-PT 3’</b> “Sentiu que o médico se interessa por si, pela sua família e pelas suas condições de vida?”	r	0.078	-0.051	0.173*
	Valor de p	0.349	0.536	0.036
<b>MCP-PT 4’</b> “Sentiu que o processo de tratamento será realizado em conjunto e colaboração entre si e o seu médico?”	r	0.102	-0.057	0.079
	Valor de p	0.216	0.490	0.338
<b>MCP-PT 5’</b> “Entendeu os objetivos, métodos e possibilidades em relação ao “tratamento” escolhido?”	r	0.131	-0.099	0.131
	Valor de p	0.113	0.233	0.114
<b>MCP-PT 6’</b> “Percebeu a importância de cumprir as indicações para um “tratamento” correto e que dê resultados?”	r	0.137	-0.083	0.098
	Valor de p	0.095	0.318	0.233
<b>MCP-PT 7’</b> “Percebeu o que deve ser feito para evitar “piorar”?”	r	0.059	-0.042	0.110
	Valor de p	0.477	0.612	0.187
<b>MCP-PT 8’</b> “Aceitou fazer o que lhe foi proposto para “melhorar”?”	r	0.111	-0.027	0.123
	Valor de p	0.175	0.741	0.133
<b>MCP-PT 9’</b> “Sentiu que o médico se mostrou interessado em ajudar a resolver o seu problema?”	r	0.114	-0.042	0.190*
	Valor de p	0.165	0.610	0,020
<b>MCP-PT 10’</b> “Compreendeu que o sucesso do tratamento depende de si como doente e de outros profissionais que trabalham com o seu médico?”	r	0.025	0.098	-0.001
	Valor de p	0.764	0.235	0.991
<b>MCP-PT 11’</b> “A consulta com o seu médico durou o tempo necessário?”	r	0.259**	-0.166*	0.221**
	Valor de p	0.001	0.044	0.007
<b>MCP-PT 12’</b> “Esta consulta com o seu médico aconteceu no momento certo?”	r	0.283**	-0.157	0.134
	Valor de p	<0.001	0.057	0.101

**Legenda:** \*\*correlação significativa a nível 0.01 \*correlação significativa a nível de 0.05

*r*- Coeficiente de correlação; **MCP-PT**: Medicina Centrada na Pessoa validado para Portugal; **EQ-5D’**: componente descritivo da escala EQ-5D - EuroQol five Dimension Scale; **EQ-VAS**: EuroQol-Visual

## Discussão

Os resultados deste estudo não permitiram concluir que a empatia médica e uma medicina centrada na pessoa têm relação com a qualidade de vida e intensidade da dor sentida pelos doentes com OA. No entanto, foi possível observar que há certos componentes da empatia médica e da medicina centrada na pessoa que podem, de facto, estar relacionados com a qualidade de vida e, em menor evidência, com intensidade de dor nestes doentes.

Neste estudo, a empatia (avaliada pela *JSPPE*) não mostrou estar correlacionada com a qualidade de vida (*EQ-5D'* -  $p=0.066$  e *EQ-VAS* -  $p=0.130$ ) nem com a intensidade da dor (*EVA* -  $p=0.167$ ) relacionadas com a OA, um dos objetivos principais. Contrariamente, noutros estudos, conclui-se que a empatia médica levava a melhores resultados em saúde (14) incluindo a uma maior qualidade de vida dos doentes (12) e diminuição da intensidade da dor crónica(15,16). Um estudo sobre “*health coach*” em doentes com OA do joelho mostrou que esta prática pode aumentar a sua qualidade de vida e que estes doentes precisam de empatia porque esta atenua o seu sofrimento (24). No entanto, o 5º item da escala *JSPPE*: “É um médico que me compreende”, mostrou estar relacionado positivamente com a *EQ-5D'* ( $p=0,018$ ) e negativamente com a *EVA*( $p=0,025$ ). Isto pode ter acontecido porque a compreensão do médico percecionada pelo doente é um componente fulcral da empatia, pois esta envolve a capacidade de: compreender a situação do doente; tentar transparecer esta compreensão, verificando a sua precisão e usá-la da melhor forma para tratar o doente (25). Assim, um médico mais compreensivo, na perspetiva do doente, poderá levar a uma menor intensidade da dor devido à OA e a um aumento da sua qualidade de vida, e este pode ser o componente mais importante da empatia no caso deste tipo pacientes. Seria interessante aprofundar esta relação específica e perceber o que influencia o facto de a pessoa percecionar que o médico a compreende, no sentido de perceber se isso poderia ser uma chave comunicacional para melhorar a dor e qualidade de vida destas pessoas.

A prática de uma medicina centrada na pessoa (escala *MCP-PT*) não mostrou relação com a qualidade de vida (*EQ-5D'* -  $p=0.081$ , *EQ-VAS* -  $p=0.098$ ) nem com a intensidade da dor (*EVA* -  $p=0.404$ ), outro dos objetivos principais deste estudo. Em outros estudos, concluiu-se que doentes com OA do joelho esperam uma visão holística por parte do médico e uma medicina centrada na pessoa que não se foque apenas na OA (24) e que a medicina centrada na pessoa pode levar a um melhor estado de saúde e mais eficácia de cuidados(26), mas não foi encontrada nenhum estudo que, de forma evidente, relacione uma medicina centrada na pessoa com qualidade de vida ou intensidade da dor. De seguida, analisando a escala *MCP-PT* nos seus 6 componentes (19), percebeu-se que os componentes 1 “Explorando a Doença e a Experiência da Doença”, 2 “Entendendo a Pessoa Como um Todo” e 5 “Intensificando o

Relacionamento Entre Pessoa e Médico” mostraram uma relação positiva com a qualidade de vida (*EQ-5D'*) ( $p < 0.001$ ;  $p = 0.036$  e  $p = 0.020$ , respetivamente). O componente 6 “*Sendo Realista*” mostrou estar relacionado com o componente numérico da qualidade de vida (*EQ-VAS*) ( $p = 0.001$ ). Assim, pode inferir-se que o facto de o médico explorar a doença e a experiência da doença, entender a pessoa como um todo, criar uma relação forte com o paciente e a capacidade do médico ser realista podem, individualmente, ser fatores que terão o potencial de melhorar a qualidade de vida no doente com OA. Estas serão potenciais áreas a desenvolver na comunicação com as pessoas com OA, bem como perceber se uma intervenção com foco na melhoria destas capacidades dos médicos poderá influenciar positivamente a qualidade de vida e intensidade da dor destes pacientes.

Tentando perceber ao nível das questões individuais, pôde observar-se que a questão 2 (“Pôde falar sobre os seus receios e as suas esperanças quanto aos seus problemas?”), 3 (“Sentiu que o médico se interessa por si, pela sua família e pelas suas condições de vida?”), que corresponde ao componente 2, avaliado anteriormente, assim como a questão 9 (“Aceitou fazer o que lhe foi proposto para “melhorar”?”) e 11 (“A consulta com o seu médico durou o tempo necessário?”) mostraram uma correlação positiva estatisticamente significativa com o sistema descritivo da escala que avalia a qualidade de vida (*EQ-5D'*) ( $p < 0.001$ ;  $p = 0.036$ ;  $p = 0.020$ ;  $p = 0.007$ , respetivamente).

A questão 11 (“A consulta com o seu médico durou o tempo necessário?”) e 12 (“Esta consulta com o seu médico aconteceu no momento certo?”) mostraram correlação positiva estatisticamente significativa com o componente numérico da escala da qualidade de vida (*EQ-VAS*) ( $p = 0.001$  e  $p < 0.001$ , respetivamente)

A questão 11 (“A consulta com o seu médico durou o tempo necessário?”) mostrou correlação negativa estatisticamente significativa com a escala da intensidade da dor (*EVA*) ( $p = 0.044$ ).

Desta forma, pode inferir-se que estes fatores, separadamente, podem promover uma qualidade de vida superior no doente com OA: quando o doente sente, na consulta, que pôde falar sobre os seus receios e esperanças relativamente aos seus problemas; quando sente que o médico se interessa por si, pela sua família e pelas suas condições de vida; quando o doente aceita fazer o que lhe é proposto para melhorar; quando a consulta com o médico dura o tempo necessário e quando esta ocorre no momento certo. Além disso, o facto de a consulta demorar o tempo necessário, na perspetiva do doente, pode diminuir a intensidade de dor sentida pelo doente com OA. Estas questões são importantes no debate atual sobre os tempos de consulta médica, que devem necessariamente ser adaptados às necessidades das pessoas, nomeadamente mostrando neste estudo que podem ter impacto a nível da dor e qualidade de vida nas pessoas com OA. Seria interessante confirmar a importância do tempo

de consulta nestes resultados em saúde e ainda perceber se, focando nestas componentes da comunicação centrada na pessoa, se consegue obter melhores resultados em termos de qualidade de vida e dor nas pessoas com osteoartrose.

A empatia (avaliada pela *JSPPPE*) mostrou estar estatisticamente correlacionada com uma medicina centrada na pessoa (avaliada pela *MCP-PT*) com um valor de  $p < 0,001$ , que traduz que a empatia médica praticada pelo médico leva a uma medicina mais centrada na pessoa. Este resultado vai de encontro a outros artigos (27,28). Num outro estudo realizado em Coimbra, concluiu-se que estas escalas apresentam uma associação linear positiva (29).

O *EQ-5D* é um instrumento de medição de autopreenchimento que avalia a qualidade de vida do participante em 2 componentes: um componente que é descrito em 5 dimensões (*EQ-5D'*) e num componente numérico - "termómetro" *EQ-VAS* (20). Neste estudo observou-se que estas 2 escalas separadas estabelecem entre elas uma correlação estatisticamente significativa ( $p < 0,001$ ) o que reforça a possível utilização de ambas para um fim comum e a validade interna deste estudo.

A qualidade de vida (avaliada pela escala *EQ-5D'*, complementada com a *EQ-VAS*) mostrou uma correlação com a intensidade da dor (avaliada pela *EVA*) no caso da escala *EQ-5D'* com um  $p < 0,001$  e no caso da *EQ-VAS* com um  $p = 0,003$ . Na verdade, a escala *EQ-VAS* traduz numericamente o sistema descritivo da *EQ-5D'* (20), por isso estas correlações eram expectáveis, até porque uma das dimensões avaliada pela escala *EQ-5D'* é "Dor/mal estar" sentidos pelo doente (20). Um estudo brasileiro realizado em doentes com Artrite Reumatóide, verificou também esta relação entre *EQ-5D* e *EVA* (30).

Nesta amostra de 150 indivíduos, a prevalência de mulheres foi superior à de homens e estes dados são concordantes com estudos noutros países (3,31–33) incluindo em Portugal para a OA do joelho(8).

Relativamente, à localização da OA, a articulação mais afetada foi o joelho (73,3%), sendo superior à localização na anca(30,7%), o que vai de encontro a outros estudos realizados em Portugal (4–7). A OA da mão (31,3%) revelou-se mais prevalente do que a da anca mas menos prevalente do que a do joelho, o que vai contra ao encontrado no estudo "ONDOR" de 2007, em que a OA das mãos mostrou ser mais prevalente que a OA da joelho e que esta era mais prevalente que na anca.(6)

Por fim, tentou-se minimizar o viés inter-observador neste estudo ao aplicar um questionário validado, igual, único e bem estruturado a todos os doentes e ao tentar que este mesmo questionário fosse aplicado na maior parte da amostra pelos mesmos 2 investigadores. No entanto, este estudo teve limitações, sendo importante referir que foi, na maior parte das vezes, lido o questionário ao participante, o que se poderá ter traduzido por um viés de

interpretação e de desejabilidade social, uma vez que estas escalas estão validadas para o auto-preenchimento e acabou por ser preenchido na unidade de saúde em conjunto com o investigador. Além disso, a escala *EQ-VAS* é uma escala vertical em que quanto maior o número escolhido pelo participante (quanto mais afastado de “0”), melhor é o seu estado de saúde; enquanto que a escala *EVA*, que aparece logo de seguida no questionário, é uma escala horizontal, em que na linha de 10 cm, quanto mais dista a cruz colocada da origem (quanto mais afastada de “0”) mais dor significa, o que poderá ter levado a alguma confusão por parte dos doentes. Outra limitação deste questionário é o facto de escalas diferentes terem tempos de avaliação da doença distintos, por exemplo a escala *JSPPPE* deve ser preenchida de acordo com o que tem vindo a ser a relação com o médico e não baseado apenas na última consulta, enquanto a *MCP-PT* deve ser preenchida segundo a última consulta e a *EQ-5D*, segundo o estado de saúde naquele dia. Uma outra limitação prende-se com o facto de, durante o questionário, as pessoas poderem tender a responder em relação ao médico com que contactam por causa da patologia da OA (ortopedista, por exemplo) e não em relação ao médico de família; ou, por outro lado, assumirem que as dores/limitações abordadas no questionário se referem a todas as suas doenças e não apenas à OA. É importante que no futuro estas limitações tentem ser ultrapassadas, por exemplo: ao usar uma escala *EQ-VAS* e *EVA* ambas verticais ou ambas horizontais; ao uniformizar o momento que a escala pretende avaliar, num mesmo questionário e ao clarificar ao longo do questionário, repetidas vezes, que deve ser responder em relação à OA e em relação ao médico de família.

Para o futuro são necessários estudos em mais locais, para que se possa aferir se a empatia médica e a medicina centrada na pessoa têm, de facto, relação com a qualidade de vida e intensidade da dor em doentes com OA e se há, realmente, componentes da empatia médica e da medicina centrada na pessoa que são mais valorizáveis do que outros, neste contexto.

## Conclusão

Neste estudo, o facto de um doente se sentir compreendido pelo seu médico relacionou-se com melhor qualidade de vida do doente e menor intensidade da dor sentida pelo mesmo. O facto do médico, na consulta, praticar uma medicina centrada na pessoa em termos de entender a pessoa como um todo, ter uma relação forte com o doente, ao explorar a sua doença e a sua experiência da doença e ter consulta na altura certa e com o tempo necessário estiveram relacionados com uma melhor qualidade de vida e menor intensidade de dor. No entanto, a empatia médica e medicina centrada na pessoa, no seu global, não mostraram relação com a intensidade da dor e qualidade de vida em doentes com OA neste estudo.

Salienta-se a necessidade futura de outros estudos mais alargados que visem a relação entre empatia médica e medicina centrada na pessoa com a qualidade de vida e intensidade da dor em doentes com OA, de forma a avaliar se há relação entre estas realidades e se há, de facto, componentes da empatia médica e da medicina centrada na pessoa que são mais valorizáveis do que outros, neste contexto.

O conhecimento nesta área possibilitará a melhor adequação do médico aquando uma consulta com um doente com OA, permitindo que saiba o que deve valorizar e até alterar na sua atitude e postura para conseguir melhores resultados em saúde e por conseguinte uma gestão mais eficiente dos recursos do Serviço Nacional de Saúde.

## **Agradecimentos:**

À Professora Doutora Inês Rosendo Carvalho e Silva Caetano, pela disponibilidade, preocupação e conhecimento, essenciais a este trabalho.

À Dr<sup>a</sup> Catarina Isabel Dos Santos Matias, pelo seu tempo e orientação.

À Sofia Isabel Teixeira Ramos, pelo companheirismo e trabalho de equipa no desenvolvimento deste projeto.

A todos os participantes que aceitaram contribuir para este estudo.

A todos os profissionais de saúde das USF que concordaram em colaborar neste estudo.

Aos meus pais Fernanda e João e à minha irmã Rita pelo apoio.

A todos os meus amigos.



## Referências Bibliográficas:

1. Johnson VL, Hunter DJ. The epidemiology of osteoarthritis. *Best Pract Res Clin Rheumatol*. 2014;28(1):5–15.
2. Bijlsma JWJ, Berenbaum F, Lafeber FPJG. Osteoarthritis: An update with relevance for clinical practice. *Lancet*. 2011;377(9783):2115–26.
3. Plotnikoff R, Karunamuni N, Lytvyak E, Penfold C, Schopflocher D, Imayama I, et al. Osteoarthritis prevalence and modifiable factors: A population study *Chronic Disease epidemiology*. *BMC Public Health*. 2015;15(1):1–10.
4. Mourão AF, Silva I, Branco J. EpiReumaPt Epidemiological Study of Rheumatic Diseases in Portugal. 2013;
5. Natário A, Malcata A, Trigo C, Branco J, Ramos J, Proença MJ. Hospital rheumatology reference network. *Acta Reum Port*. 2003;
6. Raquel L, Monjardino MT. Rheumatology in Portugal. 2010.
7. Costa L, Gal D, Barros H. Self-reported prevalence of rheumatic diseases in an urban population. *Acta Reum Port*. 2004;
8. Pereira D, Ramos E, Branco J. Osteoarthritis. *Acta Med Port*. 2015;28(1):99–106.
9. Smith TO, Purdy R, Lister S, Salter C, Fleetcroft R, Conaghan PG. Attitudes of people with osteoarthritis towards their conservative management: A systematic review and meta-ethnography. *Rheumatol Int*. 2014;34(3):299–313.
10. Howie JGR, Heaney D, Maxwell M. Quality, core values and the general practice consultation: Issues of definition, measurement and delivery. *Fam Pract*. 2004;21(4):458–68.
11. Adžić ZO, Katić M, Kern J, Lazić Đ, Nekić VC, Soldo D. Patient, Physician, and Practice Characteristics Related to Patient Enablement in General Practice in Croatia: Cross-sectional Survey Study. *Croat Med J*. 2008;49(6):813–23.
12. Neumann M, Scheffer C, Tauschel D, Gabriele L, Wirtz M, Edelläiser F. Physician empathy: Definition, outcome-relevance and its measurement in patient care and medical education. *GMS Z Med Ausbild*. 2012;29(1):1–21.
13. Neumann M, Wirtz M, Bollschweiler E MS. Determinants and patient-reported long-term outcomes of physician empathy in oncology : A structural equation modelling approach. *Patient Educ Couns*. 2007;69:63–75.

14. Neumann M, Bensing J, Mercer S, Ernstmann N, Ommen O, Pfaff H. Analyzing the “nature” and “specific effectiveness” of clinical empathy: A theoretical overview and contribution towards a theory-based research agenda. *Patient Educ Couns.* 2009;74(3):339–46.
15. Cánovas L, Carrascosa AJ, García M, Fernández M, Calvo A, Monsalve V, et al. Impact of empathy in the patient-doctor relationship on chronic pain relief and quality of life: A prospective study in Spanish pain clinics. *Pain Med (United States).* 2017;19(7):1304–14.
16. Aveyard P, Mistiaen P, Onakpoya IJ, Mebius A, Bishop FL, Roberts NW, et al. Effects of empathic and positive communication in healthcare consultations: a systematic review and meta-analysis. *J R Soc Med.* 2018;111(7):240–52.
17. Dorflinger L, Schumann K. Critical Synthesis Package: Jefferson Scale of Patient Perceptions of Physician Empathy (JSPPPE). *MedEdPORTAL Publ.* 2013;(9).
18. Fonte AL, Santiago L, Saraiva C. Perception compared between patients and doctors about medical empathy. MhD [dissertation]. FMUC; 2015.
19. Reis AF, Santiago L, Saraiva C. Patient-centered medicine and enablement in general and family medicine. MhD [dissertation]. FMUC; 2014.
20. Ferreira PL, Ferreira LN, Pereira LN. Contribution for the Validation of the Portuguese Version of EQ-5D. *Acta Med Port.* 2013;26(6):664–76.
21. Boonstra AM, Preuper H, Reneman M, Posthumus J, Stewart R. Reliability and validity of the visual analogue scale for disability in patients with chronic musculoskeletal pain. *Int J Rehabil Res.* 2008;165–9.
22. Hawker GA, Mian S, Kendzerska T, French M. Measures of adult pain. *Arthritis Care Res.* 2011;63(SUPPL. 11):240–52.
23. M Mukaka M. Statistics Corner: A guide to appropriate use of Correlation coefficient in medical research. *Malawi Med J.* 2012;24(3):69–71.
24. Carmona-Terés V, Moix-Queraltó J, Pujol-Ribera E, Lumillo-Gutiérrez I, Mas X, Batlle-Gualda E, et al. Understanding knee osteoarthritis from the patients’ perspective: A qualitative study. *BMC Musculoskelet Disord.* 2017;18(1):1–12.
25. Mercer S, Reynolds WJ. Empathy and quality of care. *Br J Gen Pract.* 2002;52(October):S9–13.
26. Stewart M, Brown JB, Donner A, McWhinney IR, Oates J, Weston WW, et al. The impact of patient-centered care on outcomes. *J Fam Pract.* 2000;49(9):796–804.

27. RM M. Empathy for Patient Centeredness and Patient Empowerment. *J Gen Pract.* 2016;04(01):2–5.
28. Halpern J. Clinical Empathy. *J Gen Intern Med.* 2003;42(3):487–8.
29. Domingues AC, Santiago L, Saraiva C. Medical empathy and enablement of patients. MhD [dissertation]. FMUC; 2015.
30. Campolina AG, Bortoluzoo AB, Ferraz MB, Ciconelli RM. Validation of the brazilian version of the generic six-dimensional short form quality of life questionnaire (SF-6D Brazil). *Cien Saude Colet.* 2010;66:3103–10.
31. Maleki-fischbach M, Jordan JM. Sex differences in magnetic resonance imaging-based biomarkers and in those of joint metabolism. *Arthritis Res Ther.* 2010;12:212–31.
32. Felson DT, Zhang Y, Hannan MT, Naimark A, Weissman BN, Aliabadi P, et al. The incidence and natural history of knee osteoarthritis in the elderly, the framingham osteoarthritis study. *Arthritis Rheum.* 1995;38(10):1500–5.
33. Srikanth VK, Fryer JL, Zhai G, Winzenberg TM, Hosmer D, Jones G. A meta-analysis of sex differences prevalence, incidence and severity of osteoarthritis. *Osteoarthr Cartil.* 2005;13(9):769–81.

## **Anexos**

### **Anexo I – Pedido e autorização dos autores das escalas**

*Prof. Doutor Luiz Miguel Santiago, o meu nome é Simão Cruz e sou aluno de 6º ano de Medicina da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra. Estou a realizar tese na área de Medicina Geral e Familiar com o tema: “EMPATIA MÉDICA E MEDICINA CENTRADA NA PESSOA EM DOENTES COM OSTEOARTROSE: INTENSIDADE DA DOR E QUALIDADE DE VIDA”, orientada pela Doutora Inês Rosendo. Serve o presente mail para pedir autorização de utilização das escalas JSPPPE “Jefferson Scale of Patient Perceptions of Physician Empathy” e MCP-PT (Medicina Centrada na Pessoa validado para Portugal), para esta mesma dissertação.*

*Desde já grato, envio os melhores cumprimentos,*

*Simão Cruz*

*Avance simão! Precisamos bem disso!*

*Luiz Miguel Santiago*

*MD, PhD*

*Professor Associado com Agregação, Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra  
Consultor, Assistente Graduado Sénior em Medicina Geral e Familiar*

## **Anexo II – Consentimento informado**

### **CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO**

**Título do estudo: Empatia Médica, Medicina Centrada na Pessoa e Capacitação do Paciente com Osteoartrose: Intensidade da Dor e Qualidade de Vida**

**Enquadramento:** Estudo transversal, observacional, com intuito exploratório, realizado através da aplicação de questionários a uma amostra de conveniência de pessoas com osteoartrose (OA), na USF Coimbra Centro da ARS Centro, USF As Gândras, USF Araceti, USF Vitassaurium, USF Pulsar, USF Progresso e Saúde, USF Fernando Namora e USF Caminhos do Cértoma, até atingir um n = 150. Executado no âmbito do Projeto de Trabalho Final, da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, de Simão Pedro Queiroz da Cruz e Sofia Isabel Teixeira Ramos, orientado pela Prof. Dra. Inês Rosendo e Dra. Catarina Matias.

**Explicação do estudo:** Serão selecionados os doentes que aceitem participar no estudo. Os pacientes elegíveis para estudo serão aqueles com idade igual ou superior a 50 anos, qualquer localização de OA, dor presente há pelo menos 3 meses e comprovação imagiológica e/ou classificação no processo clínico da OA. Este estudo baseia-se, em primeiro lugar, num questionário que inclui várias escalas validadas para a população portuguesa: uma escala de avaliação da capacitação (*Instrumento de Capacitação do Consulente*), empatia médica (*Jefferson Scale of Patient Perception of Physician Empathy*), medicina centrada na pessoa (MCP-PT), qualidade de vida (EQ-5D e EQ-VAS), intensidade da dor (Escala Visual Analógica) e literacia em saúde (*Medical Term Recognition Test*).

Serão colhidos dados quanto à idade do doente, grau de escolaridade (anos de estudos completados), salário (superior, igual ou inferior ao salário mínimo nacional) e se vive sozinho ou acompanhado. Estas 3 últimas informações serão úteis para determinar o índice socioeconómico, através do cálculo do SEDI (*Socioeconomic Deprivation Index*).

Do processo clínico serão obtidas informações acerca da localização da OA, se a OA está ou não comprovada imagiologicamente e se está ou não classificada no processo clínico do paciente. Realizar-se-á tratamento estatístico descritivo e inferencial dos dados, com relato de resultados obtidos e posteriormente estabelecimento de conclusões possíveis tendo em conta os dados.

**Condições e financiamento:** Os próprios investigadores financiarão o estudo e não haverá pagamentos a investigadores ou participantes, nem compensação de despesas de deslocação. A participação será voluntária e não haverá prejuízos assistenciais ou outros, em caso de não participação. O estudo foi autorizado pela Comissão de Ética para a Saúde da ARS Centro.

**Confidencialidade e anonimato:** Cada investigador terá uma base de identificação dos seus utentes, que está codificada nos dados que serão enviados aos investigadores.

**Os investigadores:**

**Assinatura:**

**Data:**

---

---

Caro utente,

Este questionário tem como objetivo relacionar alguns aspetos das consultas médicas com a dor e qualidade de vida de pessoas com artrose. Para isso, pedimos a sua colaboração no preenchimento do mesmo e garantimos que ninguém saberá quem respondeu, como respondeu ou o que respondeu. A sua participação é totalmente voluntária, sendo que pode interromper a realização do questionário se assim o desejar.

Muito obrigada(o),

Inês Rosendo, Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

Catarina Matias, Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior

Sofia Ramos, Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

Simão Cruz, Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

Declaro que li e compreendi este documento, recebi a informação necessária, estou esclarecido e aceito participar voluntariamente no estudo.

Assinatura do participante: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

### **Anexo III – Questionário**

Caro utente,

Este questionário tem como objetivo relacionar alguns aspetos das consultas médicas com a dor e qualidade de vida de pessoas com artrose do joelho. Para isso, pedimos a sua colaboração no preenchimento do mesmo e garantimos que ninguém saberá quem respondeu, como respondeu ou o que respondeu. A sua participação é totalmente voluntária, sendo que pode interromper a realização do questionário se assim o desejar.

Muito obrigada,

Inês Rosendo, Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

Catarina Matias, Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior

Sofia Ramos, Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

Simão Cruz, Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

#### **Parte 1:**

Assinale com uma cruz e/ou preencha com a informação pretendida:

**Idade:** \_\_\_\_\_ anos

**Anos de escolaridade (número de anos de estudos que completou):** \_\_\_\_\_

**Há quanto tempo tem dores relacionadas com a artrose?**

Há menos de 3 meses

Há 3 meses

Há mais de 3 meses

**Parte 2: Jefferson Scale of Patient Perception of Physician Empathy (JSPPPE)**

Gostaríamos de saber o seu grau de concordância ou discordância em 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, fazendo um círculo no número com que mais se identifica para cada frase.

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

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

Por favor não responda segundo o que sentiu nesta consulta, mas de acordo com o que tem vindo a ser a sua relação com o seu médico.

Nome do médico: \_\_\_\_\_

**1. Consegue compreender as coisas na minha perspectiva (ver as coisas como eu as vejo)**

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

**2. Pergunta acerca do que está a acontecer na minha vida diária**

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

**3. Parece preocupado acerca de mim e da minha família**

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

**4. Compreende as minhas emoções, sentimentos e preocupações**

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

**5. É um médico que me compreende**

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



### **Parte 3: Medicina Centrada na Pessoa validado para Portugal (MCP-PT)**

De acordo com a **última consulta** que teve com o seu médico (assinale a resposta com que mais concorda):

<b>Afirmação</b>	<b>Resposta</b>		
Pôde falar sobre o que sentia e sobre os motivos que o levaram à consulta?	Não <input type="checkbox"/>	Em parte <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>
Pôde falar sobre os seus receios e as suas esperanças quanto aos seus problemas?	Não <input type="checkbox"/>	Em parte <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>
Sentiu que o médico se interessa por si, pela sua família e pelas suas condições de vida?	Não <input type="checkbox"/>	Em parte <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>
Sentiu que o processo de tratamento será realizado em conjunto e colaboração entre si e o seu médico?	Não <input type="checkbox"/>	Em parte <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>
Entendeu os objetivos, métodos e possibilidades em relação ao “tratamento” escolhido?	Não <input type="checkbox"/>	Em parte <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>
Percebeu a importância de cumprir as indicações para um “tratamento” correto e que dê resultados?	Não <input type="checkbox"/>	Em parte <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>
Percebeu o que deve ser feito para evitar “piorar”?	Não <input type="checkbox"/>	Em parte <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>
Aceitou fazer o que lhe foi proposto para “melhorar”?	Não <input type="checkbox"/>	Em parte <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>
Sentiu que o médico se mostrou interessado em ajudar a resolver o seu problema?	Não <input type="checkbox"/>	Em parte <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>
Compreendeu que o sucesso do tratamento depende de si como doente e de outros profissionais que trabalham com o seu médico?	Não <input type="checkbox"/>	Em parte <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>
A consulta com o seu médico durou o tempo necessário?	Não <input type="checkbox"/>	Em parte <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>
Esta consulta com o seu médico aconteceu no momento certo?	Não <input type="checkbox"/>	Em parte <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>

#### **Parte 4: EQ-5D**

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

<b>Mobilidade</b>	Não tenho problemas em andar <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Tenho alguns problemas em andar <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> Tenho de estar na cama <input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
<b>Cuidados pessoais</b>	Não tenho problemas em cuidar de mim <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Tenho alguns problemas a lavar-me ou vestir-me <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> Sou incapaz de me lavar ou vestir sozinho/a <input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
<b>Atividades habituais</b> (ex. trabalho, atividades domésticas, atividades em família ou de lazer)	Não tenho problemas em desempenhar as minhas atividades habituais <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Tenho alguns problemas em desempenhar as minhas atividades habituais <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> Sou incapaz de desempenhar as minhas atividades habituais <input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
<b>Dor/mal-estar</b>	Não tenho dores ou mal-estar <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Tenho dores ou mal-estar moderados <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> Tenho dores ou mal-estar extremos <input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
<b>Ansiedade/depressão</b>	Não estou ansioso/a ou deprimido/a <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Estou moderadamente ansioso/a ou deprimido/a <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> Estou extremamente ansioso/a ou deprimido/a <input type="checkbox"/> <sub>3</sub>

**Comparando com o seu nível geral de saúde durante os últimos 12 meses, o seu estado de saúde hoje é:** (assinale o quadrado apropriado)

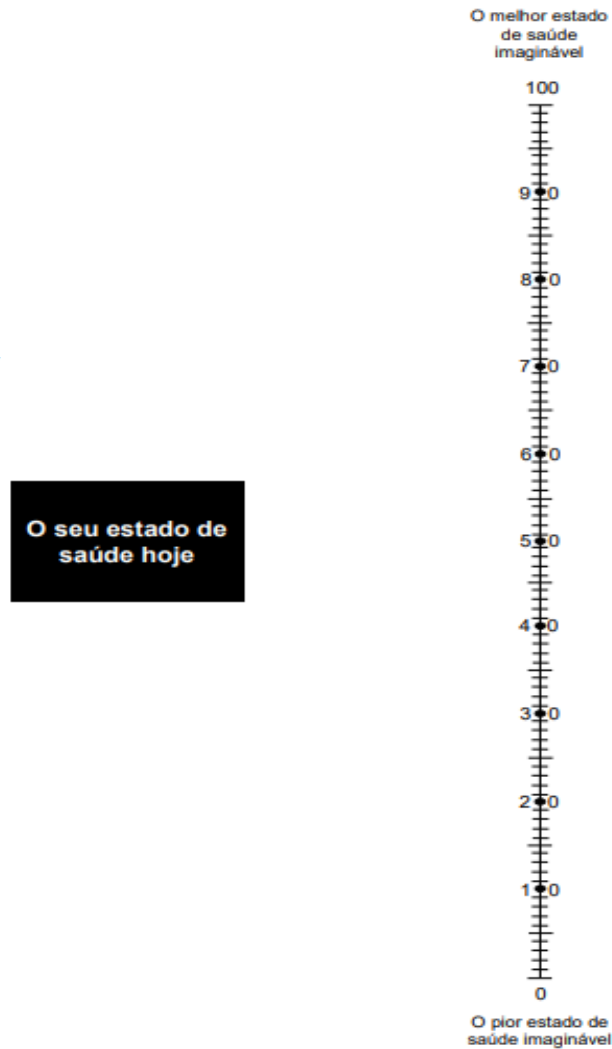
Melhor <sub>1</sub>

O mesmo <sub>2</sub>

Pior <sub>3</sub>

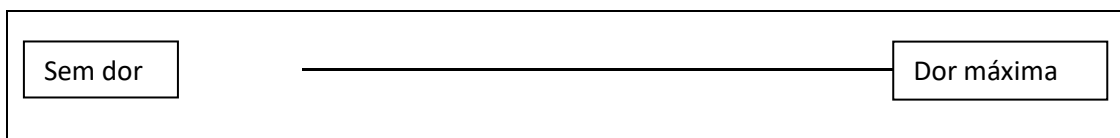
Para ajudar as pessoas a classificarem o seu estado de saúde, desenhámos uma escala (semelhante a um termómetro) na qual o melhor estado de saúde que possa imaginar é marcado por 100 e o pior estado de saúde que possa imaginar é marcado por 0.

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



### **Parte 5: Escala Visual Analógica (EVA)**

Esta é uma escala para avaliar a intensidade da sua dor. Faça uma cruz "X" nesta linha horizontal, no local onde acha que a sua dor relacionada com a artrose se situa.



**Parte 6: Outras informações sobre o doente** (a preencher pelo médico)

Assinale com uma cruz (assim ) e/ou preencha com a informação pretendida:

**A osteoartrose está comprovada clínica ou imagiologicamente?**

Sim

Não

**A osteoartrose está codificada como diagnóstico no processo clínico?**

Sim

Não

**Localização da osteoartrose:**

Joelho(s)

Mão(s)

Anca(s)

Outro(s):  Qual/quais? \_\_\_\_\_

## Anexo IV – Autorização ARS do Centro



### COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

<b>PARECER FINAL:</b>  <b>FAVORÁVEL</b>	<b>DESPACHO:</b> <i>Handwritten signature</i> 17-09-2018  Conselho Diretivo da A.R.S. do Centro, I.P.
---	--

**ASSUNTO:**

55/2018 - "EMPATIA MÉDICA, MEDICINA CENTRADA NA PESSOA E CAPACITAÇÃO EM DOENTES COM OSTEOARTROSE: INTENSIDADE DA DOR E QUALIDADE DE VIDA"

*Handwritten signature*  
Dr.º Rosa Reis Machado  
Presidente  
*Handwritten signature*  
Dr. Luis Manuel Milhão Mendes Cabral  
Vogal  
*Handwritten signature*  
Dr. Mariana Guiva  
Vogal

**IDENTIFICAÇÃO DO PROJECTO:** "EMPATIA MÉDICA, MEDICINA CENTRADA NA PESSOA E CAPACITAÇÃO EM DOENTES COM OSTEOARTROSE: INTENSIDADE DA DOR E QUALIDADE DE VIDA"

**Nº DO ESTUDO:** 55/2018

**DATA DA ENTRADA DO PEDIDO:** 7/2018

**TIPO DE ESTUDO:** Descritivo e observacional.

**INVESTIGADOR(ES) PRINCIPAL(AIS):** Inês Rosendo Carvalho e Silva Caetano, Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra e USF Coimbra Centro; Simão Pedro Queiroz da Cruz, Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra; Sofia Isabel Teixeira Ramos, Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra; Catarina Isabel dos Santos Matias, Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra e USF Coimbra Centro

**CENTROS ENVOLVIDOS:** USF Coimbra Centro e USF As Gandaras.

**OBJECTIVOS DO ESTUDO:** Determinar a relação da empatia médica, medicina centrada na pessoa e capacitação com a intensidade da dor e a qualidade de vida de doentes com osteoartrose. Como objetivos secundários, pretende-se determinar a relação da literacia em saúde, formação (número de anos de estudos completados) e Índice socioeconómico com a capacitação. E, também, perceber se a relação da capacitação com a qualidade de vida e intensidade da dor é independente ou não destas 3 variáveis (literacia, formação e Índice socioeconómico).

## COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

**PARECER FINAL:** Favorável. Salienta-se, no entanto, que sob o ponto de vista metodológico devem ser garantidas medidas que minimizem o viés de informação pelas diferentes formas de aplicação e resposta ao questionário.

DATA: 14 de Setembro de 2018

RELATOR



(Prof. Dr. uiz Miguel Santiago)

Presidente da CES



(Prof. Dr. Fontes Ribeiro)