



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

CATARINA CARVALHO DOS SANTOS

***A Capacitação em função da Comunicação na pessoa que sofre de
Diabetes Mellitus Tipo 2***

ARTIGO CIENTÍFICO ORIGINAL

ÁREA CIENTÍFICA DE MEDICINA GERAL E FAMILIAR

Trabalho realizado sob a orientação de:
ALBINO MIGUEL PALHARES SANTOS PEREIRA, MD
LUIZ MIGUEL DE MENDONÇA SOARES SANTIAGO, MD, PHD

FEVEREIRO/2024

A Capacitação em função da Comunicação na pessoa que sofre de Diabetes Mellitus Tipo 2

CATARINA CARVALHO DOS SANTOS (1)

ALBINO MIGUEL PALHARES SANTOS PEREIRA, MD (2)

LUIZ MIGUEL DE MENDONÇA SOARES SANTIAGO, MD, PHD (3)

- 1- Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra, Portugal
- 2- Assistente graduado de Medicina Geral e Familiar, Unidade de Saúde Familiar (USF) Mondego, Unidade Local de Saúde (ULS) de Coimbra
- 3- Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra (CEISUC) - Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra, Portugal

USF Mondego - Estr. Espírito Santo das Touregas 3045-059, Coimbra

Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra (CEISUC) - Avenida Dias da Silva 185 3004-512

Endereço de correio eletrónico: albinomiguelpereira0@gmail.com
luizmiguel.santiago@gmail.com

ÍNDICE

LISTA DE ABREVIATURAS	4
RESUMO	5
INTRODUÇÃO	7
MÉTODOS	10
RECOLHA DE DADOS	10
ANÁLISE ESTATÍSTICA	11
RESULTADOS	12
CONSISTÊNCIA INTERNA DAS ESCALAS USADAS.....	12
CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA	12
DISCUSSÃO	15
CONSISTÊNCIA INTERNA DAS ESCALAS USADAS.....	15
CARACTERÍSTICAS DA AMOSTRA.....	15
CORRELAÇÃO ENTRE A CAPACITAÇÃO (ICC) E A QUALIDADE DE COMUNICAÇÃO (CAT).....	16
LIMITAÇÕES DO ESTUDO.....	18
CONCLUSÃO	19
AGRADECIMENTOS	20
REFERÊNCIAS	21
ANEXOS	26
ANEXO I: INSTRUMENTO DE CAPACITAÇÃO DO CONSULENTE (ICC)	26
ANEXO II: QUESTIONÁRIO SOBRE QUALIDADE DE COMUNICAÇÃO (CAT).....	27
ANEXO III: VARIÁVEIS DE CONTEXTO	28
ANEXO IV: CONSENTIMENTO DAS INSTITUIÇÕES EM QUE SE REALIZOU O ESTUDO	29
ANEXO V: AUTORIZAÇÃO DA COMISSÃO DE ÉTICA DA ARS DO CENTRO	31

LISTA DE ABREVIATURAS

DM2 – Diabetes Mellitus tipo 2

PsDM2 – Pessoa que sofre de DM2

MGF – Medicina Geral e Familiar

PEI – Patient Enablement Instrument

CAT – Communication Assessment Tool

SEDI – Socio-Economic Deprivation Index

USF – Unidade de Saúde Familiar

ARS – Administração Regional de Saúde

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

RESUMO

Introdução: A Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) é uma doença metabólica crónica associada a risco cardiovascular e com crescente incidência em Portugal. O médico de MGF é, frequentemente, o primeiro contacto da Pessoa que sofre de DM2 (PsDM2) com o serviço nacional de saúde, tendo, assim, uma responsabilidade acrescida na comunicação dos cuidados a ter para o controlo da DM2.

Objetivos: Avaliar a capacitação das PsDM2 – Patient Enablement Instrument (PEI) – em função da comunicação com o médico – avaliada pelo Communication Assessment Tool (CAT) – segundo o sexo, idade, nível de escolaridade, rendimento mensal, tipo de família, tempo desde a última consulta de DM2, e julgar estar controlado quanto à doença.

Métodos: Estudo transversal observacional realizado nas unidades USF Mondego e USF Manuel Cunha, em amostra de conveniência previamente calculada, recrutadas entre julho e outubro de 2023. Aplicou-se o PEI e CAT, além de variáveis contextuais. Utilizaram-se testes de Qui-quadrado, estatística não paramétrica e correlacional.

Resultados: A amostra, n=110, constituída maioritariamente por homens (57.3%) e idosos (65.5% com ≥ 65 anos), vivia acompanhada (76.4%) e apresentou níveis de escolaridade (52.7%) e rendimento mensal (62.7%) acima do mínimo. A última consulta de DM2 ocorreu há 3-6 meses para 51.8%, e 51.8% julgaram não ter a sua doença controlada. Verificaram-se diferenças significativas em função do grupo etário para o sexo ($p=0.027$), escolaridade ($p=0.001$) e rendimento ($p=0.002$). As correlações entre as escalas PEI e SEDI ($p=0.039$), SEDI e CAT ($p=0.382$) e PEI e CAT ($p=0.217$) foram fracas, negativas - exceto para o SEDI e CAT –, e significativa apenas para o PEI e SEDI.

Discussão e Conclusão: Estudaram-se mais homens jovens e mais mulheres idosas. Verificou-se um nível baixo de escolaridade e rendimento inferior para os indivíduos com idade ≥ 65 anos. Menor índice socioeconómico associou-se a maior aquisição de capacitação e a classe socioeconómica mais alta associou-se a maior qualidade da comunicação do médico. A capacitação foi menor quando a qualidade de comunicação foi maior, logo não se verificou a importância da boa comunicação para a capacitação e conseqüente controlo da DM2. Concluindo, a capacitação não demonstrou associação significativa com a qualidade de comunicação do médico.

Palavras-chave: Diabetes Mellitus tipo 2; Literacia; Capacitação; Comunicação; Controlo.

ABSTRACT

Introduction: Type 2 Diabetes Mellitus (DM2) is a chronic metabolic disease associated with cardiovascular risk, with an increasing incidence in Portugal. The General Practitioner is often the first point of contact for type 2 diabetes patients (PsDM2) with the national health service, thus having an increased responsibility in communicating the care needed to control type 2 diabetes.

Objectives: Evaluate the enablement of PsDM2 – using the Patient Enablement Instrument (PEI) – in relation to communication with the physician – assessed by the Communication Assessment Tool (CAT) – according to gender, age, educational level, monthly income, family type, time since the last diabetes appointment, and perceived disease control.

Methods: Observational cross-sectional study at the USF Mondego and USF Manuel Cunha units, in a convenience sample previously calculated recruited between July and October 2023. PEI and CAT were applied, along with contextual variables. Chi-square tests, non-parametric statistics, and correlation analyses were used.

Results: The sample, n=110, consisted mainly of men (57.3%) and elderly individuals (65.5% aged ≥ 65 years), living with others (76.4%), and having education (52.7%) and monthly income (62.7%) above the minimum. The last diabetes appointment occurred 3-6 months ago for 51.8%, and 51.8% judged their disease to be uncontrolled. Significant differences were found in relation to age for gender ($p=0.027$), educational level ($p=0.001$), and income ($p=0.002$). Correlations between PEI and SEDI ($p=0.039$), SEDI and CAT ($p=0.382$), and PEI and CAT ($p=0.217$) were weak and negative – except for SEDI and CAT – and significant only for PEI and SEDI.

Discussion and Conclusion: Young men and elderly women were studied. A low level of education and lower income were observed for individuals aged ≥ 65 years. A lower socioeconomic index was associated with higher acquisition of empowerment, while the higher socioeconomic class was associated with better quality of doctor-patient communication. Empowerment was lower when communication quality was higher, thus the importance of good communication for empowerment and subsequent DM2 control was not verified. The empowerment of PsDM2 did not show a significant association with the quality of physician communication.

Keywords: Type 2 Diabetes Mellitus; Literacy; Enablement; Communication; Control.

INTRODUÇÃO

A Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) é uma doença metabólica crónica caracterizada por hiperglicemia persistente que advém de alterações na secreção de insulina, de resistência às ações periféricas da insulina, ou de ambos.¹ Desta forma, a insulina torna-se ineficiente, pelo que inicialmente dá-se um aumento na produção de insulina, que a relativamente longo prazo pode diminuir, resultando em DM2.

Sabe-se, hoje, que o problema está também nos produtos terminais que são um grupo heterogéneo de compostos inflamatórios da parede endotelial, formados por reações entre açucares redutores e grupos amino. A sua formação está relacionada com a hiperglicemia e doença microvascular.²

Assim, torna-se premente promover o controlo da DM2, pelo risco de desenvolvimento de complicações incapacitantes e potencialmente fatais em vários sistemas, sendo as mais frequentes as microvasculares (retinopatia, nefropatia e neuropatia) e macrovasculares (aterosclerose, doença cardíaca coronária, doença cerebrovascular), levando a um risco duas a quatro vezes maior de doenças cardiovasculares.^{1,2}

Ao longo dos anos, verificou-se uma incidência crescente da DM2 na população portuguesa, responsável por cerca de 90% de todos os casos de diabetes, estando cada vez mais associada a elevada morbidade e mortalidade.¹ De acordo com a Federação Internacional de Diabetes (IDF), aproximadamente 536.6 milhões de pessoas sofriam de Diabetes Mellitus em 2021, na qual 239.7 milhões de pessoas desconhecem que a têm.³ Atualmente, a DM2 é mais prevalente em pessoas com mais de 45 anos. Ainda assim, em crianças, adolescentes e adultos jovens, devido ao aumento dos níveis de obesidade, inatividade física e dietas ricas em energia, a incidência começa a ser preocupante.¹ Assim, pela importância da crescente incidência,³ urge perceber o que cada pessoa sabe sobre a sua doença, se está familiarizada com os riscos e que medidas permitirão reduzir as complicações e a mortalidade na população diabética. A capacitação – tomada de conhecimento, medida pelo Instrumento de Capacitação do Consulente (ICC)⁴ – e a comunicação com o médico de Medicina Geral e Familiar (MGF) nas consultas específicas de vigilância da Pessoa que sofre de DM2 (PsDM2) – avaliada pelo Questionário sobre a Qualidade de comunicação (CAT) –, serão instrumentos importantes para a melhoria do controlo da PsDM2.⁵

Devido à complexidade da DM2, a capacitação constitui uma importante área de intervenção, uma vez que influencia positivamente os comportamentos de autocuidado.^{6,7} Efetivamente, pode definir-se como “ajudar as pessoas a descobrir e a usar a sua habilidade inata para ganhar mestria sobre a sua DM2”.^{6,8} Assim, é essencial passar informação às PsDM2 para que assumam melhores comportamentos para com a sua doença e a sua vida diária.⁶ No fundo, é saber se a pessoa no final de uma consulta de DM2, adquiriu ferramentas

que lhe permitam ter um papel mais ativo que o torne capaz de lidar melhor com a sua doença e ter uma melhor qualidade de vida.⁹

A adesão e, principalmente, a manutenção da terapêutica não-farmacológica e farmacológica são indispensáveis para controlar a PsDM2 e assegurar um bom resultado terapêutico, com conseqüente controlo adequado da DM2. O termo “adesão” baseia-se na concordância, aceitação e intervenção ativa e voluntária do doente que partilha a responsabilidade do tratamento com os profissionais de saúde, reforçando a ideia de que o paciente não é um sujeito passivo.^{10,11} Já a manutenção é a continuação da adesão e é dos fatores que mais contribui para o sucesso do controlo da doença, uma vez que não é suficiente haver a adesão à terapêutica, se depois não se verificar a sua manutenção. Segundo os autores *Howie et al.*, a consulta desempenha um importante papel na manutenção dos cuidados a ter com a doença, na medida em que a visão holística do paciente e os cuidados centrados no doente são dois valores importantes da MGF e sobre os quais assenta o conceito de capacitação. Defende-se que o paciente mais capaz de compreender a natureza da doença, sentir-se-á mais apto para lidar e gerir autonomamente a mesma^{9,12} e será mais capaz de manter a terapêutica após saber a importância desta para a doença.

Os fatores que afetam a adesão à terapêutica parecem estar diretamente relacionados com o nível de literacia em saúde dos pacientes.⁴ Até agora, não foi observada uma relação consistente entre a variável sexo e a adesão ao tratamento.^{13,14} No que diz respeito à idade, alguns autores mencionam que a adesão tende a agudizar com o envelhecimento.^{13,15} No entanto, esta questão é controversa, pois os pacientes idosos têm demonstrado ser mais cumpridores do que os mais jovens, possivelmente devido ao facto de, neste último grupo, predominar a falta de supervisão, maior autonomia, autoimagem e influências sociais, que levam a uma diminuição da adesão à terapêutica nesta faixa etária.^{13,16} Fatores como baixo nível de escolaridade, rendimento financeiro mensal reduzido, desemprego ou falta de estabilidade no emprego estão a tornar-se barreiras cada vez mais significativas para uma efetiva adesão ao tratamento e, conseqüentemente, para o controlo da DM2.^{11,13} As diferenças sociais acarretam diferenças significativas no acesso aos bens, serviços e informação em saúde.⁴ Além disso, o tipo de estrutura familiar também se mostrou importante, na medida em que a pertença ou não a um ambiente familiar organizado, estável e com um bom sistema de apoio e rede de suporte pode influenciar o comportamento do paciente - aqueles que vivem sozinhos têm enfrentado mais dificuldades em cumprir as orientações médicas.¹³ Efetivamente, o questionário PEI traduz o ganho que o doente obtém numa consulta para poder compreender e lidar com a sua doença, ou seja, é um instrumento que

permite analisar e medir o resultado de uma consulta em função da capacitação do consulente.⁴

O termo “Literacia em Saúde” define-se como as competências pessoais, cognitivas e sociais que influenciam a capacidade de cada pessoa para aceder, compreender e aplicar informações relativas à saúde, com o objetivo de promover ou manter um estado de saúde favorável,⁴ evitando a doença ou controlando-a da melhor maneira. É um termo que tem sido cada vez mais relevante para um papel mais ativo da pessoa na sua doença, para que o doente saiba o que ter diabetes acarreta no futuro e para que estes conhecimentos contribuam para um melhor controlo da doença. É reconhecido que há uma relação entre o nível de literacia e o estado de saúde de uma pessoa, uma vez que indivíduos com baixa literacia em saúde podem apresentar uma maior dificuldade na compreensão escrita ou oral aquando da comunicação com os profissionais de saúde.^{17,18} O ato de seguir as instruções de uma prescrição médica, de interpretar a informação de um rótulo alimentar ou de ler as informações sobre um medicamento podem também constituir obstáculos para PsDM2.¹⁷⁻¹⁹ Por outro lado, o CAT serve para avaliarmos a forma como o médico comunicou com o utente na sua última consulta de DM2.⁵

A confiança na terapêutica, a autoconfiança e a qualidade da relação médico-doente têm vindo a tornar-se cada vez mais importantes para o controlo da PsDM2. O médico de MGF é, na maioria dos casos, o primeiro contacto da PsDM2 com o serviço nacional de saúde, tendo, desta forma, uma grande responsabilidade em garantir a transmissão da informação importante relativa ao controlo da doença.²⁰ Pesquisas indicaram que uma abordagem centrada no paciente, que inclui envolvê-lo na conversa, demonstrar habilidades de escuta ativa, fazer perguntas abertas, evitar interrupções e compreender os seus receios e expectativas, resulta em melhorias no bem-estar e na promoção de melhores resultados e consequências na sua saúde. Assim, a relação médico-doente baseia-se nas competências de comunicação e na confiança transmitida ao paciente, de forma que as informações permutadas sejam transformadas em conhecimentos claros, bem absorvidos e realizáveis – Medicina centrada na pessoa.¹⁸ Efetivamente, esta defende a partilha do poder entre o médico e o paciente, abordando a importância do empoderamento como sendo a capacidade que o médico dá à PsDM2 de participar e ter um papel ativo nas decisões do plano terapêutico e responsabilidades inerentes, estabelecendo entre si uma aliança terapêutica de confiança.^{21,22} Para tal, o médico deve recorrer a uma linguagem simples e adequada a cada pessoa.

Este trabalho teve como objetivo avaliar a capacitação das PsDM2 à saída da consulta específica para seguimento de DM2 com o seu médico de MGF, a avaliar pela escala PEI, em função da comunicação com o médico, avaliada pelo instrumento CAT, segundo o sexo, grupo etário, nível de instrução, classe socioeconómica, tipo de família e julgar estar controlado quanto à DM2.

MÉTODOS

Realizou-se estudo transversal observacional em amostra de conveniência de PsDM2 no Centro de Saúde São Martinho do Bispo composto por duas unidades: USF Mondego e USF Manuel Cunha, ambos da ACES Baixo Mondego – ARS Centro. Obteve-se a aprovação e autorização de ambas as USFs (Anexo IV), assim como da Comissão de Ética da Administração Regional de Saúde do Centro (Anexo V).

Para este estudo, a amostra foi obtida através da abordagem das pessoas, de diferentes faixas etárias, que vieram à consulta de vigilância de DM2 em Medicina Geral e Familiar nestas duas USFs no período entre julho de 2023 e outubro de 2023. Teve-se como critérios de inclusão o facto de ter DM2, de ter capacidade e saber responder aos questionários e de ter assinado o consentimento informado. Como critério de exclusão definiu-se pessoas que não apresentavam capacidade de resposta, por não saberem ler ou escrever ou sofrerem de doença mental grave. Foi calculado o tamanho da amostra através da calculadora de tamanho amostral SurveyMonkey, com margem de erro de 5% e intervalo de confiança de 95%, como sendo de $n=110$, para um universo das pessoas que à data de 31 de julho de 2023 tinham o diagnóstico de diabetes nas duas unidades.

A investigadora imprimiu e entregou os questionários às Unidades de Saúde Familiar, e estes foram distribuídos pelos profissionais de saúde e auxiliares das mesmas, antes das consultas e da avaliação pela enfermeira, por forma a evitar o viés do seu conteúdo. Foi feita uma breve explicação dos questionários, e às PsDM2 foram asseguradas o anonimato e a confidencialidade das suas respostas. O preenchimento teve por base o conteúdo da última consulta específica para a DM2. Teve-se o cuidado de estar sempre algum membro da Unidade perto dos pacientes, devidamente identificado e apresentando-se sempre quando abordavam o doente, garantindo a privacidade dos mesmos e mostrando-se sempre disponíveis para responder a quaisquer dúvidas. No entanto, em algumas ocasiões, devido, por exemplo, à falta de meios de leitura ou à aplicação do questionário a pessoas para quem este não foi validado, os profissionais de saúde tiveram de ler as perguntas aos participantes, potencialmente contribuindo para um erro de método para o estudo.

Recolha de dados

Recorreu-se à aplicação de duas escalas: Patient Enablement Instrument (PEI), em português, Instrumento de Capacitação do Consulente (ICC), e Communication Assessment Tool (CAT), adaptadas e validadas para o português, com a autorização dos autores ingleses e portugueses.

A versão do Patient Enablement Instrument (PEI), ou Instrumento de Capacitação do Consultente (ICC) em português, é composta por seis perguntas referentes à última consulta de DM2, e avalia se o doente está 1- *Muito Melhor*, 2- *Melhor* ou 3- *Igual ou Pior* no que remete para a sua capacidade em lidar com a vida, em lidar com a doença, em compreender a doença e em manter-se saudável. Avalia ainda se está 1- *Muito Mais*, 2- *Mais* ou 3- *Igual ou Menos* confiante em relação à sua saúde e à capacidade de se ajudar a si próprio. A pontuação final podia estender-se de 6 (sentir-se muito melhor desde a sua última consulta) a 18 (sentir-se igual ou pior desde a sua última consulta).¹⁷

O questionário CAT (Communication Assessment Tool), ou Questionário sobre Qualidade de Comunicação, é composto por 15 itens, cada um avaliado com uma pontuação de 1 a 5, em que 1 – Fraca, 2 – Razoável; 3 – Boa; 4 – Muito Boa; 5 – Excelente.⁵

Foram também colhidas variáveis de contexto como sexo (1 - masculino, 2 - feminino); grupo etário (1 - ≤ 34 anos, 2 - 35 a 64 anos ou 3 - ≥ 65 anos), tipo de família (1 - vive só, 2 - acompanhado), nível de escolaridade (1 - Não sabe ler e escrever; 2 - Ensino primário sem o 9ºano; 3 - Ensino básico com o 9ºano; 4 - Ensino Secundário com o 12ºano; 5 - Ensino Superior) e rendimento financeiro mensal (1 - inferior; 2 - igual ou superior ao salário mínimo nacional). Adicionalmente, colheram-se dados referentes ao tempo decorrente desde a última consulta de DM2 (1 - <3 meses, 2 - 3-6 meses ou 3 - >6 meses) e o julgar estar ou não controlado quanto à DM2 (1 - Sim, 2 - Não, 3 - Não sei). Com as variáveis nível de escolaridade (inferior ao mínimo para idade (1) e igual ou superior ao mínimo para idade (2)), viver só (1) ou acompanhado (2) e rendimento financeiro mensal inferior ao salário mínimo nacional (1) ou superior (2), construiu-se o Socio-Economic Deprivation Index (SEDI).^{19,23}

Análise Estatística

Os dados foram colhidos e colocados numa base de dados, feita em Excel pela própria investigadora, que, depois de transferida para o “Statistical Package for the Social Sciences” (SPSS) versão 27, foi alvo de estatística descritiva e inferencial.

A normalidade da distribuição das variáveis numéricas foi estudada pelo teste de Kolmogorov-Smirnov com a correção de Lilliefors. Para as variáveis ordinais e em que não se verificou distribuição normal usaram-se testes não paramétricos. O teste exato de Fisher foi realizado para estudar as variáveis nominais. Para a análise inferencial utilizaram-se testes como o Qui-quadrado em termos de variáveis nominais e estatística paramétrica para variáveis numéricas com distribuição normal (t de Student e o coeficiente de correlação de Pearson)¹⁸. Além disso, estudou-se também a estatística correlacional.

Estabeleceu-se como probabilidade de diferença significativa $p < 0,05$.

RESULTADOS

Consistência interna das Escalas usadas

Em relação ao questionário PEI, a consistência interna foi de 0.923 (alfa de Cronbach) e as estatísticas de item total quando qualquer item do PEI é excluído revelaram valores de alfa de Cronbach superiores a 0.90. O valor do coeficiente de correlação intra-classe foi de 0.923 com o Intervalo de Confiança 95% para medidas médias variando entre 0.898 e 0.943, $p < 0.001$.

Para o CAT, a consistência interna foi de 0.978 (alfa de Cronbach) e as estatísticas de item total quando qualquer item do PEI é excluído revelaram valores de alfa de Cronbach superiores a 0.97. O valor do coeficiente de correlação intra-classe foi de 0.978 com o Intervalo de Confiança 95% para medidas médias variando entre 0.970 e 0.984, $p < 0.001$.

Caracterização da amostra

Foi estudada uma amostra de 110 pessoas das duas Unidades de Saúde Familiar do Centro de Saúde da Região Centro, sendo 57.3% homens, 65.5% com idade igual ou superior a 65 anos, 76.4% vivendo acompanhada, 52.7% com escolaridade igual ou acima do 6º ano obrigatório e 62.7% tendo rendimento mensal igual ou superior ao salário mínimo nacional. Para 51.8%, a última consulta específica acerca da DM2 tinha ocorrido há 3 a 6 meses atrás, julgando 51.8% não estar controlado, segundo a Tabela 1.

Com recurso ao Teste de Kolmogorov-Smirnov e correção de Lilliefors verificou-se que as variáveis numéricas, somatório de PEI/ICC, CAT e SEDI não tinham distribuição normal, sendo, por isso, estudadas por estatística não-paramétrica adaptada.

Em função da distribuição etária verificaram-se diferenças significativas, segundo a Tabela 1, para a distribuição por sexo, $p = 0.027$, sendo mais prevalente o sexo masculino no escalão etário mais baixo, para a escolaridade, $p = 0.001$, sendo mais baixa nos indivíduos com mais de 65 anos, e para o rendimento mensal, que se verificou ser mais frequentemente superior no grupo etário mais jovem, $p = 0.002$. Na distribuição por grupos etários não se verificaram diferenças significativas nos somatórios de PEI/ICC, $p = 0.143$ e de CAT, $p = 0.626$.

Tabela 1: Descrição da amostra e inferenciação segundo os grupos etários até 64 anos e igual ou maior a 65 anos.

		Grupo etário		Total	p
		35 a 64 n (%)	≥ 65 n (%)		
Sexo*	Masculino	27 (71.1)	36 (50.0)	63 (57.3)	0.027
	Feminino	11 (28.9)	36 (50.0)	47 (42.7)	
Total		38	72	110	
Vive só ou acompanhado*	Só	6 (15.8)	20 (27.8)	26 (23.6)	0.120
	Acompanhado	32 (84.2)	52 (72.2)	84 (76.4)	
Total		38	72	110	
Escolaridade*	Baixa	10 (26.3)	42 (58.3)	52 (47.3)	0.001
	Acima do mínimo	28 (73.7)	30 (41.7)	58 (52.7)	
Total		38	72	110	
Rendimento Mensal*	Baixo	7 (18.4)	34 (47.2)	41 (37.3)	0.002
	Acima do mínimo	31 (81.6)	38 (52.8)	69 (62.7)	
Total		38	72	110	
Há quanto tempo foi a sua última consulta**	< 3 meses	12 (31.6)	16 (22.2)	28 (25.5)	0.253
	3 a 6 meses	19 (50.0)	38 (52.8)	57 (51.8)	
	> 6 meses	7 (18.4)	18 (25.0)	25 (22.7)	
Total		38	72	110	
Julga ter a sua diabetes controlada**	Sim	11 (28.9)	28 (38.9)	39 (35.5)	0.386
	Não	22 (57.9)	35 (48.6)	57 (51.8)	
	Não sei	5 (13.2)	9 (12.5)	14 (12.7)	
Total		38	72	110	

Nota: (*) χ^2 ; (**) U de Mann-Whitney

Não se verificou diferença significativa na distribuição do somatório de SEDI em função de “Julga ter a sua diabetes controlada?”, $p=0.224$ com recurso ao teste de Kruskal-Wallis.

Como vemos na tabela 2, a distribuição do SEDI foi também significativamente diferente, sendo o percentil 25 mais elevado no escalão etário mais novo. No cômputo global 56.1% da amostra estava no melhor percentil, estando em tal percentil 57,9% dos mais jovens e 54,2% dos mais idosos.

Tabela 2: Valores de Mediana e percentis para a distribuição do valor de SEDI segundo o grupo etário

SEDI	Grupo etário 35 a 64 anos	Grupo etário igual ou maior a 65 anos	Total	p
Mediana	6.0	5.0	5.0	<0.001
Percentil 25	5.0	4.0	4.0	
Percentil 50	6.0	5.0	5.0	
Percentil 75	6.0	6.0	6.0	

A correlação de Spearman entre SEDI e PEI/ICC foi fraca, negativa e significativa, $\rho = -0.197$, $p = 0.039$ e entre SEDI e CAT foi fraca, positiva e não significativa, $\rho = 0.084$, $p = 0.382$. A mesma correlação entre PEI/ICC e CAT foi negativa, fraca e não significativa, $\rho = -0.119$, $p = 0.217$.

Não se verificaram diferenças significativas entre as variáveis que compõem o SEDI e o somatório de PEI/ICC e CAT, segundo a Tabela 3.

Tabela 3: Correlação de variáveis do SEDI com o ICC e CAT

	ICC total	CAT total
Vive só/ Acompanhado		
U de Mann-Whitney	882,000	1034,000
p bi caudado	0,132	0,679
Escolaridade		
U de Mann-Whitney	1281,000	1437,500
p bi caudado	0,166	0,669
Rendimento mensal		
U de Mann-Whitney	1118,500	1103,000
p bi caudado	0,062	0,051

DISCUSSÃO

Consistência interna das Escalas usadas

A consistência interna, através do α de Cronbach, representando a homogeneidade dos instrumentos usados, dá credibilidade aos resultados uma vez que avalia a confiabilidade das escalas usadas em estudo.²⁴ A consistência interna dos questionários PEI/ICC e CAT, revelou-se boa para ambos ($\alpha > 0.7$), sendo de $\alpha = 0.923$ para o ICC e de $\alpha = 0.978$ para o CAT.

Características da amostra

A amostra em questão foi maioritariamente constituída por uma população envelhecida, tendo a maioria dos indivíduos idades ≥ 65 anos, seguindo o padrão já constante do Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes de 2019-2021 em que os indivíduos com idades entre os 60 e os 79 anos constituíram a faixa etária com maior prevalência de diabetes (30.4% homens e 24.3% das mulheres).^{25,26}

Verificaram-se diferenças significativas em função do grupo etário para o sexo, escolaridade, rendimento mensal e valor de SEDI, através do qual se mediu o nível socioeconómico, que se verificou ser significativamente mais baixo no grupo etário mais idoso.

Para a variável sexo, estudaram-se mais indivíduos jovens do sexo masculino e mais indivíduos idosos do sexo feminino, o que está de acordo com o avaliado no relatório supramencionado: a prevalência da diabetes nos indivíduos com idades entre 20-39 anos é superior nos homens (2.4% em comparação com 1.4%), assim como nas idades entre os 40-59 anos (17.7% em comparação com 8.3%). No entanto, outros estudos realizados indicam a mesma prevalência no grupo etário entre os 60-79 anos, o que contraria o resultado deste estudo.²⁶

Para a escolaridade, aferiu-se um nível baixo sobretudo para os indivíduos com idade ≥ 65 anos e níveis de escolaridade mais elevados nos grupos mais novos. Esta afirmação é concordante com outros estudos realizados em Portugal,²⁷ quando estes referem que 42.2% da população com baixa escolaridade tem idade >45 anos e que pessoas com mais idade são na maioria (79.3%) dotadas de menor nível de escolaridade. No outro extremo, pessoas com elevado nível de instrução, têm entre 25 e 45 anos.²⁷

Para o rendimento mensal, constatou-se ter sido mais baixo para os mais idosos e acima do mínimo para os mais novos, o que suporta estudos anteriores que revelaram uma

correlação fraca negativa, mas significativa, entre o índice de classe socioeconómica e a idade, que poderá dever-se ao aumento do rendimento mensal e diminuição do analfabetismo ao longo do tempo, tendo os idosos reformas mais pequenas e maiores índices de analfabetismo.²⁸

Por outro lado, não se verificou diferença significativa em função do grupo etário para o tipo de família – a maioria da amostra vivia acompanhado (76.4%) – o que deverá vir do facto de que viver sozinho é um fator limitador do autocuidado e uma barreira para a educação da PsDM2,^{25,29} independentemente da idade do indivíduo. O tempo decorrido desde a última consulta também não foi significativamente diferente, a maioria dos indivíduos de ambos os grupos etários tiveram a última consulta de vigilância da diabetes há 3-6 meses, o que será devido à marcação da consulta de seguimento da PsDM2 segundo normas portuguesas.³⁰

Também não se verificou diferença significativa em função do grupo etário para o “julgar ter a sua diabetes controlada”, a maioria das pessoas julgando não estar controlada, sendo uma possível explicação o desconhecimento, por parte de alguns doentes, da existência ou do uso de medidas para avaliar o controlo da DM2 e com as quais teriam mais contacto na vida diária.³¹

Correlação entre a Capacitação (ICC) e a Qualidade de comunicação (CAT)

Os resultados indicam que há uma correlação negativa, fraca e significativa entre as escalas ICC e SEDI, sugerindo uma associação entre a capacitação e o índice de privação socioeconómico, embora negativa, ou seja, quando o ICC aumenta, o SEDI tende a diminuir. Assim, verificou-se que a capacitação do consulente é tanto maior quanto mais baixo for o índice de privação socioeconómico, sendo este composto pelo nível de escolaridade, viver só ou acompanhado e rendimento financeiro mensal, verificando-se que o grupo com menor índice socioeconómico revelou maior aquisição de capacitação. No entanto, esta é uma relação fraca, o que significa que as mudanças numa variável não estão fortemente relacionadas com as mudanças da outra.

Por outro lado, a correlação entre SEDI e CAT foi positiva, fraca e não significativa, indicando que não existe uma associação entre as escalas embora se possa aferir que quando o CAT aumenta, o SEDI também aumenta. Verificou-se que a classe socioeconómica mais alta se associou a maior qualidade da comunicação do médico. Contudo, as mudanças numa variável não estão consistentemente associadas às mudanças na outra variável, indicando uma relação fraca ou insignificante entre elas.

A correlação entre ICC e CAT é negativa, muito fraca e não significativa, o que sugere que não há uma associação significativa entre a capacitação do consulente e a qualidade da comunicação do médico. A correlação negativa indica que quando a qualidade da comunicação aumenta, a capacitação do paciente tende a diminuir, ou seja, a capacitação da PsDM2 foi menor quando a qualidade de comunicação do médico foi maior. Todavia, essa relação é muito fraca, o que significa que é improvável que seja verdadeira na população geral.

Efetivamente, a relação entre a capacitação do paciente (ICC) e a qualidade da comunicação do médico (CAT) pode ser complexa e variar dependendo de vários fatores, incluindo o contexto cultural, educacional e social de cada pessoa. De facto, são muitos os componentes que influenciam a capacitação, desde variáveis do próprio doente e do médico, a variáveis da consulta em si.^{32,33} Logo, poderemos supor que as PsDM2 sentiram outras condicionantes que se sobrepuseram negativamente à empatia e qualidade de comunicação do médico, de entre as quais o tempo de consulta ou até mesmo as expectativas dos doentes em relação à consulta, a sua disposição, estado de saúde e multimorbilidade.³²

Para tentar resolver esta “falta de correlação”, deverão ser instituídas medidas como a formação apropriada dos profissionais de saúde por forma a aumentar a empatia e confiança com o paciente.^{12,34} Sendo uma competência cognitiva, deverá ser ensinada, existindo já variados programas curriculares noutros países criados com esta preocupação, pelo que seria pertinente e essencial a promoção da sua aplicação em Portugal.^{32,35–37} Poderia até implementar-se nas Faculdades de Medicina uma formação específica na área da comunicação, empatia e relação interpessoal,³⁸ de forma a que os estudantes aprendam desde cedo a comunicar de forma empática com os doentes, devendo também ser considerada durante a formação médica pós-graduada.^{32,39}

Adicionalmente, medidas como a adoção de uma abordagem individualizada a cada pessoa, tendo em conta as expectativas, valores, crenças, circunstâncias de vida, preferências alimentares e o ambiente familiar da pessoa com diabetes – “*patient centered care*”^{38,40} -, assim como a tentativa de incluir os familiares e amigos próximos nas consultas, poderão facilitar a adesão à terapêutica da PsDM2,³⁸ e consequentemente contribuir para uma maior capacitação e melhor controlo da sua doença. De facto, o método preferido dos doentes na transmissão da informação, parece ser baseado numa conversa sem julgamentos, que possibilite o esclarecimento de potenciais dúvidas e receios.³⁸

Com a prática contínua de hábitos alimentares não saudáveis (alimentação desinibida, muitas vezes às escondidas), tabagismo, consumo excessivo de álcool e estilo de vida

sedentário,⁴ o controlo da doença torna-se cada vez mais difícil, levando a um descontentamento da PsDM2, desencadeando complicações que advêm da DM2. Por outro lado, existirá também o grupo de indivíduos que investe no controlo adequado da sua doença e não vê resultados, o que poderá levar a uma frustração crescente e a uma progressiva falta de investimento nestas consultas. Neste sentido, seria relevante focar a atenção na componente emocional da diabetes, e reiterar que viver bem com a doença transcende meros dados numéricos que constituem os resultados laboratoriais, pois estes doentes estão bem familiarizados com o medo das complicações e o reconhecimento de que, por vezes, os maiores esforços para controlar a doença podem não ser suficientes.⁴¹ Desta forma, na consulta de DM2, será importante abordar questões como “*Sabe ou tem receio das consequências da Diabetes?*”,⁴² para se avaliar o que é que a pessoa sabe sobre a sua doença e quais os fatores que podem piorar o controlo e aumentar os riscos de complicações.

Limitações do estudo

Este estudo teve algumas limitações, entre as quais o possível receio dos pacientes de que os questionários fossem uma forma de serem avaliados pelo seu médico, o que pode ter condicionado um viés de desejabilidade social. Adicionalmente, com a pergunta “*Há quanto tempo foi a sua última consulta de DM2?*” pôde verificar-se alguma imprecisão nas respostas, na medida em que obriga a que os doentes se recordem de eventos passados, podendo ter conduzido a um viés de memória. No entanto, estes tipos de escalas autorreferenciais constituem cada vez mais o método mais comum de medir a frequência de um determinado comportamento.^{43,44} Para além disso, os questionários foram aplicados por diferentes colaboradores do estudo, o que poderá ter condicionado um viés de performance.⁴⁵

Como perspetiva para futuros trabalhos, será pertinente continuar a investigação neste tema, com amostras de maior tamanho, englobando mais USFs, pois embora este estudo tenha tido uma amostra de tamanho calculado como representativo, admitem-se perceções diferentes quanto a esta temática, por padrões eventualmente diferentes de atuação médica.³² Será também interessante desenvolver estudos para perceber o impacto do tempo da consulta no controlo da DM2.⁴⁶ Estudos em que o foco seja perceber o que os doentes sabem na verdade sobre a sua DM2 e se têm noção das complicações inerentes, por exemplo através de um questionário de resposta extensa, também seria relevante.⁴²

CONCLUSÃO

Este estudo concluiu que a capacitação das PsDM2 à saída da consulta específica para seguimento de DM2 com o seu médico de MGF, avaliada pela escala Patient Enablement Instrument (PEI), não demonstrou uma associação significativa com a qualidade de comunicação do médico, avaliada pelo instrumento Communication Assessment Tool (CAT). Quando a qualidade da comunicação aumenta, a capacitação do consulente tende a diminuir, o que se supõe estar relacionado com diversos fatores, incluindo o contexto cultural, educacional e social de cada pessoa. Verificou-se uma correlação significativa entre as escalas ICC/PEI e SEDI, com um aumento na capacitação acompanhado de uma diminuição do índice de privação socioeconómico. Por outro lado, a correlação entre SEDI e CAT não foi significativa, embora quando a qualidade de comunicação aumenta, o índice de privação socioeconómico também aumente. Estudaram-se os questionários segundo o sexo, grupo etário, nível de instrução, classe socioeconómica, tipo de família, tempo desde a última consulta de DM2 e julgar estar controlado quanto à DM2, tendo-se revelado diferenças significativas em função do grupo etário para o sexo, escolaridade e rendimento mensal.

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao Dr. Miguel Pereira e ao Prof. Luiz Miguel Santiago, os meus orientadores, pela disponibilidade, apoio e ensinamentos fundamentais para alcançar esta importante etapa da minha formação académica.

A todos os profissionais de saúde e auxiliares das Unidades de Saúde Familiar, USF Mondego e USF Manuel Cunha, pela colaboração e dedicação no processo de preenchimento dos questionários.

A todos os utentes com Diabetes Mellitus tipo 2, por terem generosamente tirado parte do seu tempo para participar neste estudo e partilharem a sua experiência, contribuindo assim para o avanço da investigação em Cuidados de Saúde Primários em Coimbra.

À minha família por ser um porto seguro que sempre acreditou em mim.

Aos meus amigos, pelo apoio que me deram.

Ao meu namorado, por tudo.

REFERÊNCIAS

1. Goyal R, Singhal M, Jialal I. Type 2 Diabetes. 2023 Jun 23. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024 Jan–. PMID: 30020625. Stat Pearls 2023; PMID: 30020625.
2. Amboss - Diabetes Mellitus Complications [Homepage on the Internet]. [cited 2024 Jan 24]; Available from: <https://next.amboss.com/us/article/3g0SE2?q=diabetes%20type%20>.
3. Ogurtsova K, Guariguata L, Barengo NC, et al. IDF diabetes Atlas: Global estimates of undiagnosed diabetes in adults for 2021. *Diabetes Res Clin Pract* 2022 Jan;183:109118 doi: 101016/j.diabres2021109118 Epub 2021 Dec 6 PMID: 34883189
4. Pintalhão I, Santiago LM. Desenvolvimento de tradução para português de “Patient Enablement Instrument”. *RevADSO* 2013;18–22.
5. Marques S. Physician-patient communication and treatment adherence. Integrated Master’s degree in Medicine (final thesis). Faculty of Medicine of the University of Coimbra; 2022. <https://estudogeral.uc.pt/handle/10316/102371> [assessed the 2nd february 2024]
6. Roma C. Literacia, Capacitação, Impacto Psicológico e Comportamental e Autocuidados na Diabetes Tipo 2: Estudo-piloto. Mestrado Integrado em Medicina (Trabalho final), área científica de Medicina Geral e Familiar. Universidade de Coimbra; 2019. <https://estudogeral.uc.pt/handle/10316/89964> [assessed the 2nd february 2024]
7. Sousa S, Pereira AM, Santiago LM. Patient-Centered Medicine and Self-Care of Patients with Type 2 Diabetes: A Cross-Sectional Study. *Acta Med Port* [Internet]. 2023 Mar. 31 [cited 2024 Jan. 5];37(1):3-9. [cited 2024 Feb 1]; Available from: <https://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/view/1858>
8. Aveiro M, Santiago LM, Ferreira PL, ESTUDO DE FIABILIDADE DA ESCALA DE CAPACIDADE DE CONTROLO DA DIABETES – VERSÃO BREVE (DES-SF) *Acta Med Port* 2015 Mar-Apr;28(2):177-181
9. Patrícia A, Gonçalves M. Capacitação pela consulta do doente diabético e o seu impacto na auto-eficácia no controlo da diabetes e na manutenção da terapêutica. Mestrado Integrado em Medicina (Trabalho final), área científica de Clínica Geral. Universidade de Coimbra; 2017. <https://estudogeral.uc.pt/handle/10316/82218>[assessed the 2nd february 2024]
10. Bugalho A, Carneiro AV. Intervenções para aumentar a adesão terapêutica em patologias crónicas. Lisboa: Centro de Estudos de Medicina Baseada na Evidência 2004

https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/11160/1/ICS_MVCabral_PASilva_Adesao_LA_N.pdf [assessed the 2nd february 2024]

11. Nunes C. Adesão à Terapêutica na Doença Crónica: Literacia em Saúde, Crenças sobre Medicamentos e Fontes de Informação em Saúde. Mestrado em Saúde Pública (dissertação). Escola Nacional de Saúde Pública: Universidade Nova de Lisboa; 2020. Available from: <https://run.unl.pt/bitstream/10362/106689/1/RUN%20-%20Dissertação%20de%20Mestrado%20>
12. Lam CLK, Yuen NYK, Mercer SW, Wong W. A pilot study on the validity and reliability of the Patient Enablement Instrument (PEI) in a Chinese population. *Fam Pract* 2010;27(4):395–403.
13. Cabral MV, Silva PA. A adesão à terapêutica em Portugal : atitudes e comportamentos da população portuguesa perante as prescrições médicas, os hábitos de saúde e o consumo de medicamentos. Lisboa: ICS. Imprensa de Ciências Sociais. 2010. <https://repositorio.ul.pt/handle/10451/11160> [assessed the 2nd february 2024]
14. Vermeire E, Hearnshaw H, Royen P Van, Denekens J. Patient adherence to treatment: three decades of research. A comprehensive review. *Journal of clinical pharmacy and therapeutics*, 26(5), 331-342, 2001.
15. Griffith S. 'A review of the factors associated with patient compliance and the taking of prescribed medicines.' *British Journal of General Practice* 40.332 (1990): 114-116.
16. Dias AM, Cunha M, Santos A, et al. Adesão ao regime Terapêutico na Doença Crónica: Revisão da Literatura. *Rev. Mill [Internet]*. 2016Feb.3 [cited 2024Feb.1];(40):201-219. [cited 2024 Feb 1];
17. Cravo MG. Literacia em saúde e complicações em pessoas com Diabetes tipo 2. Mestrado Integrado em Medicina (Trabalho final), área científica de Medicina Geral e Familiar. Universidade de Coimbra; 2017. <https://estudogeral.uc.pt/handle/10316/81890> [assessed the 3rd february 2024]
18. Pedro AR, Amaral O, Escoval A. Literacia em saúde, dos dados à ação: tradução, validação e aplicação do European Health Literacy Survey em Portugal. *Revista Portuguesa de Saude Publica* 2016;34(3):259–275.
19. Ribeiro A, Launay L, Guillaume E, Launoy G, Barros H. The Portuguese version of the European deprivation index: Development and association with all-cause mortality. <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0208320>; [assessed the 3rd february 2024]
20. Santos P, Brito de Sá A, Santiago LM, Hespanhol A. A árvore da WONCA: tradução e adaptação cultural para português. *Rev Port Med Geral Fam* 2021;37:28-35.

21. Coelho B, Santiago LM. Medicina centrada na pessoa: validação populacional de um instrumento de medida pela pessoa. *Rev Port Med Geral Fam* 2022, 38:247-56 DOI: 10.32385/rpmgf.v38i3.13218
22. Santiago LM, Simões JA, Vale M, Faria E, Ferreira PL, Rosendo I. Self- awareness of performing patient-centered medicine in general practice / family medicine: Development of a measurement scale. *Acta Med Port.* 2020;33(6):407–14.
23. Lamnisos D, Lambrianidou G, Middleton N. Small-area socioeconomic deprivation indices in Cyprus: Development and association with premature mortality. *BMC Public Health* 2019;19(1).
24. Cardoso MCLR, Santos ASF, Fonseca ADG, Silva-Junior RF, Carvalho PD, Martins AMEBL. Validity and reliability of the Health Literacy Assessment Scale for adherence to drug treatment among diabetics. *Einstein (Sao Paulo)* 2019;17(2):eAO4405.
25. Mead N, Bower P, Roland M. Factors associated with enablement in general practice: Cross-sectional study using routinely-collected data. *British Journal of General Practice* 2008;58(550):346–352.
26. Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes. Diabetes Factos e Números. [Homepage on the Internet]. 2023; Available from: www.spd.pt [assessed the 4th February 2024]
27. Ferreira PL, Santana P. Educational level as a determinant for health: a case study of Portugal. *The Indian Geographical Journal* 2003; 78(1): 5-12.
28. Figueiró R, Santiago LM. Capacitação e adesão à terapêutica farmacológica no idoso. Mestrado Integrado em Medicina (Trabalho final), área científica de Medicina Geral e Familiar. Universidade de Coimbra; 2021. <https://estudogeral.uc.pt/handle/10316/98570> [assessed the 4th February 2024]
29. Differences Between Type 2 Diabetes Controlled and Uncontrolled Patients in Central Portugal's Primary Care. *Revista Portuguesa da Diabetes.*2022; 17 (3): 98-106.
30. Bilhete de Identidade dos Indicadores dos Cuidados de Saúde Primários. https://efaidnbmnnnibpcajpcgiclfindmkaj/https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/07/bilhete_identidade_indicadores_contratualizacao_2017.pdf [assessed the 4th February 2024]
31. Pinto D. Características associadas com o impacto psicológico e comportamental da diabetes tipo 2. Mestrado Integrado em Medicina (Trabalho final), área científica de Medicina Geral e Familiar. Universidade de Coimbra; 2017. <https://estudogeral.uc.pt/handle/10316/82738> [assessed the 4th February 2024]
32. Correia ALFS. A empatia e a capacitação do consulente em medicina geral e familiar. MS thesis. 2015. <https://estudogeral.uc.pt/handle/10316/33268> [assessed the 4th February 2024]

33. Mercer SW, Jani BD, Maxwell M, Wong SY, Watt GC. Patient enablement requires physician empathy: a cross-sectional study of general practice consultations in areas of high and low socioeconomic deprivation in Scotland. *BMC Fam Pract*. 2012 Feb 8;13:6. doi: 10.1186/1471-2296-13-6. PMID: 22316293; PMCID: PMC3329411.
34. Reis AFPP. Medicina Centrada no Paciente e Capacitação do Consultante em Medicina Geral e Familiar. Reis AF, Santiago LM, Botas P. *RevADSO*. 2015 (05): 1-14
35. Hojat M, Vergare MJ, Maxwell K, et al. The devil is in the third year: a longitudinal study of erosion of empathy in medical school. *Acad Med*. 2009;84(9):1182-1191. doi:10.1097/ACM.0b013e3181b17e55.
36. Loureiro J, Gonçalves-Pereira M, Trancas B, Caldas-De-Almeida JM, Castro-Caldas A. Empatia na relação médico-doente evolução em alunos do primeiro ano de medicina e contribuição para a validação da escala Jefferson em Portugal. *Acta Med Port*. 2011;24(SUPPL.2):431-442. doi:22849932.
37. Chinato IB, D'Agostini CL, Marques RR. A relação médico-paciente e a formação de novos médicos: análises de vivências de hospitalização. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2012;7(22):27-34.
38. Costa B. Barreiras à adesão à terapêutica dietética na Diabetes Mellitus tipo 2. Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação da Universidade do Porto; 2020. chrome-extension://efaidnbnmnnibpcajpcglclefindmkaj/https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/128252/2/411133.pdf [assessed the 4th February 2024]
39. Baptista S. A empatia na intersubjectividade da relação clínica. *Rev Port Med Geral Fam* 2012;28. 2012:224-226.
40. Bauman AE, Fardy HJ, Harris PG. Getting it right: why bother with patient-centered care? *Med J Aust* 2003;179(5):253–256.
41. Amorim IL, Coelho R. Diabetes mellitus tipo 2 e sintomas psicopatológicos. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 2008, 9.2: 319-333.
42. Pereira CS, Santiago LM, Rosendo Silva I, Ferreira P. Validation and Cultural Adaptation of the Problem Areas in Diabetes-5 (PAID-5) Scale to European Portuguese. *Acta Med Port* [Internet]. 2023 Jul. 27 [cited 2024 Jan. 5];37(1):36-41. Available from: <https://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/view/18995>
43. Huang CL, Wu SC, Jeng CY, Lin LC. The Efficacy of a Home-Based Nursing Program in Diabetic Control of Elderly People with Diabetes Mellitus Living Alone. *Public Health Nurs* 2004;49–56.
44. Schoenberg NE, Traywick LS, Jacobs-Lawson J, Kart CS. Diabetes Self-care among a Multiethnic Sample of Older Adults. *J Cross Cult Gerontol* 2008 Dec;23(4):361-76 doi: 101007/s10823-008-9060-z Epub 2008 Mar 28 PMID: 18369715; PMCID: PMC3079270 2008;361–376.

45. Schillinger D, Grumbach K, Piette J, et al. Association of Health Literacy With Diabetes Outcomes. *JAMA* 2002;288(4):475–482 doi:10.1001/jama.288.4.475 2022;
46. Monteiro M. 'Doctor-patient relationship and its influence on the outcomes: what is the importance of emotional intelligence when approaching the patient?' Integrated Master's Degree in Medicine (final thesis), scientific area of family medicine and general practice. University of Coimbra; 2022. <https://estudogeral.uc.pt/handle/10316/111529> [assessed the 4th February 2024]

ANEXOS

Anexo I: Instrumento de Capacitação do Consulente (ICC)

Em relação à última consulta que teve com o seu médico, sente que está:

	Muito melhor	Melhor	Igual ou pior
Capaz de lidar com a vida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Capaz de compreender a sua doença	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Capaz de lidar com a sua doença	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Capaz de se manter saudável	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Muito mais	Mais	Igual ou menos
Confiante em relação à sua saúde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Capaz de se ajudar a si próprio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Anexo II: Questionário sobre Qualidade de Comunicação (CAT)

Por favor, avalie a forma como o médico comunicou consigo na sua última consulta de Diabetes. Selecione uma resposta para cada pergunta.

Pergunta \ Qualidade da comunicação O médico...	1 Fraca	2 Razoável	3 Boa	4 Muito boa	5 Excelente
1. Cumprimentou-me de forma a que eu me sentisse confortável.	1 Fraca	2 Razoável	3 Boa	4 Muito boa	5 Excelente
2. Tratou-me com respeito.	1 Fraca	2 Razoável	3 Boa	4 Muito boa	5 Excelente
3. Mostrou interesse nas minhas ideias sobre a minha saúde	1 Fraca	2 Razoável	3 Boa	4 Muito boa	5 Excelente
4. Compreendeu as minhas principais preocupações sobre a minha saúde	1 Fraca	2 Razoável	3 Boa	4 Muito boa	5 Excelente
5. Mostrou-me a devida atenção (olhou para mim, ouviu-me atentamente)	1 Fraca	2 Razoável	3 Boa	4 Muito boa	5 Excelente
6. Deixou-me falar sem me interrompe	1 Fraca	2 Razoável	3 Boa	4 Muito boa	5 Excelente
7. Proporcionou-me toda a informação que procurava	1 Fraca	2 Razoável	3 Boa	4 Muito boa	5 Excelente
8. Falou comigo utilizando palavras que eu compreendi	1 Fraca	2 Razoável	3 Boa	4 Muito boa	5 Excelente
9. Perguntou-me se compreendi o que me tinha dito	1 Fraca	2 Razoável	3 Boa	4 Muito boa	5 Excelente
10. Encorajou-me a fazer perguntas	1 Fraca	2 Razoável	3 Boa	4 Muito boa	5 Excelente
11. Envolveu-me em decisões tanto quanto queria	1 Fraca	2 Razoável	3 Boa	4 Muito boa	5 Excelente
12. Informou-me sobre os próximos passos, incluindo o plano de seguimento	1 Fraca	2 Razoável	3 Boa	4 Muito boa	5 Excelente
13. Demonstrou interesse e preocupação	1 Fraca	2 Razoável	3 Boa	4 Muito boa	5 Excelente
14. Levou o tempo necessário comigo	1 Fraca	2 Razoável	3 Boa	4 Muito boa	5 Excelente
15. Quem trabalha com o médico tratou-me com respeito	1 Fraca	2 Razoável	3 Boa	4 Muito boa	5 Excelente

Anexo III: Variáveis de contexto

Sexo:

- Masculino
- Feminino

Idade:

- </= 34 anos
- 35 a 64 anos
- >/= 65 anos

Vive:

- Só
- Acompanhado

Escolaridade:

- Não sabe ler nem escrever
- Ensino primário (sem o 9º ano)
- Básico (com o 9º ano)
- Secundário (com o 12º ano)
- Superior

Rendimento mensal:

- Inferior ao salário mínimo nacional
- Igual ou superior ao salário mínimo nacional

Há quanto tempo foi a consulta de Diabetes:

- <3 meses
- 3-6 meses
- >6 meses

Julga ter a DM2 controlada?


- Sim
- Não
- Não sei

USF Mondego

Declaração

Para os devidos efeitos o Coordenador da USF Mondego, Dr. João Arcanjo, declara aceitar participar no projeto de trabalho final do mestrado integrado em Medicina de Catarina Carvalho dos Santos, com o título: "A Capacitação em função da Comunicação na pessoa que sofre de Diabetes Mellitus tipo 2" que têm como Co Orientadores o Dr. Miguel Pereira da USF Mondego e Prof. Luiz Miguel Santiago, Professor da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.

Coimbra 30 de maio de 2023

 **MONDEGO**
Dr. João Arcanjo
Coordenador

Declaração

Para os devidos efeitos o Coordenador da USF Manuel Cunha, Dr. Henrique Correia, declara aceitar participar no projeto de trabalho final do mestrado integrado em Medicina de Catarina Carvalho dos Santos, com o título: "A Capacitação em função da Comunicação na pessoa que sofre de Diabetes Mellitus tipo 2" que têm como Co Orientadores o Dr. Miguel Pereira da USF Mondego e Prof. Luiz Miguel Santiago, Professor da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.


Henrique Correia, Dr.
Coordenador USF Manuel Cunha
ACeS do Baixo Mondego

Coimbra 30 de maio de 2023

Anexo V: Autorização da Comissão de Ética da ARS do Centro



COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

PARECER FINAL: FAVORÁVEL	DESPACHO: H. Manuel Cunha 308213 Conselho Diretivo da A.R.S. do Centro, I.P.
---------------------------------	---

ASSUNTO:	Título: "A capacitação em função da Comunicação na Pessoa que sofre de Diabetes Mellitus tipo 2." (processo 62-2023). Autores: Catarina Carvalho dos Santos; Albino Miguel Palhares Santos Pereira; Luiz Miguel Santiago Instituições: USF Mondego, ACeS Baixo Mondego; Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra
-----------------	---

Dr.º Rui António Marques
Presidente,
Dr.º Manuel Cunha
Vogal,

Estudo transversal observacional a ser realizado numa população de utentes com Diabetes Mellitus tipo 2 da USF Mondego e USF Manuel Cunha.

Os investigadores pretendem avaliar a capacitação das pessoas que sofrem de Diabetes Mellitus tipo 2 à saída de consulta específica para seguimento de DM2 com o seu MGF.

O estudo envolve 1982 utentes com Diabetes Mellitus tipo 2 (tamanho amostral calculado como de 232 PsDM2 para um intervalo de confiança de 95%, uma margem de erro de 5%).

Para a realização do estudo os autores recorrerem às escalas *Patient Enablement Instrument* (PEI) e *Communication Assessment Tool* (CAT), adaptadas e validadas para o português, com a autorização respetivos autores.

A capacitação (PEI) será avaliada em função da comunicação com o médico (CAT), e em função de sexo, grupo etário, tipo de família, nível de instrução, rendimento e em função do quão bem as Pessoa que sofre de DM2 (PsDM2) julgam estar controladas.

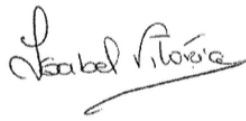
Os questionários serão preenchidos no início das consultas ou na sala de espera. A participação é de carácter voluntária, com preenchimento prévio de consentimento informado.

Ressalva: A CE-ARS enfatiza que a aprovação de um estudo não significa que venha a ter qualquer responsabilidade por danos ou outros atos ilícitos que possam vir a ser praticados no âmbito do mesmo. As opiniões apresentadas nas publicações, relatórios ao governo ou outros resultados desta investigação são da responsabilidade exclusiva dos investigadores.

Estão garantidos todos os aspectos ético legais.

Solicita-se posteriormente o envio do relatório final do estudo.

Pelo exposto somos de parecer Favorável à realização do estudo
O Relator da CES-ARS do Centro



Prof.^a. Doutora Isabel Vitória Figueiredo

