



FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA

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

ANA RITA FONSECA DA CRUZ MENDES

***EMPATIA E EMPODERAMENTO NA DIABETES
MELLITUS TIPO 2***

ARTIGO CIENTÍFICO

ÁREA CIENTÍFICA DE CLÍNICA GERAL

**TRABALHO REALIZADO SOB A ORIENTAÇÃO DE:
PROFESSOR DOUTOR LUIZ MIGUEL SANTIAGO
PROFESSOR DOUTOR CARLOS BRAZ SARAIVA**

MARÇO 2016

FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA

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

EMPATIA E EMPODERAMENTO NA DIABETES MELLITUS TIPO 2

Investigadores:

Ana Rita Fonseca da Cruz Mendes

Luiz Miguel de Mendonça Soares Santiago

E-mail: ritamendes92@gmail.com

Índice

| | |
|---|----|
| Lista de Abreviaturas | 5 |
| Resumo..... | 6 |
| Abstract | 8 |
| Introdução..... | 10 |
| Materiais e Métodos | 13 |
| Caracterização da investigação | 13 |
| População e amostra | 13 |
| Critérios de inclusão | 13 |
| Instrumentos métricos / Colheita de dados | 14 |
| Procedimentos prévios à recolha dos dados | 15 |
| Recolha dos dados | 15 |
| Variáveis | 16 |
| Análise estatística | 17 |
| Resultados | 19 |
| Caracterização geral da amostra | 19 |
| Homogeneidade da amostra..... | 20 |
| Resultado dos questionários JSPPPE e DES-SF..... | 21 |
| Associação entre as variáveis estudadas e o controlo da diabetes | 22 |
| Associação entre a empatia e o empoderamento com o controlo glicémico | 23 |
| Correlação entre a empatia e o empoderamento | 24 |
| Descrição dos indivíduos em relação ao controlo da DM2 e ao resultado da JSPPPE e da DES-SF | 24 |
| Discussão..... | 26 |
| Conclusão | 33 |

| | |
|----------------------------------|----|
| Agradecimentos..... | 34 |
| Referências bibliográficas | 35 |
| Anexos..... | 39 |

Lista de Abreviaturas

ADA: American Diabetes Association

ADO: Antidiabético Oral

ARS: Administração Regional de Saúde

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

DES: Diabetes Empowerment Scale

DES-SF: Diabetes Empowerment Scale Short Form

DGS: Direção Geral de Saúde

DM: Diabetes Mellitus

DM2: Diabetes Mellitus tipo 2

EASD: European Association for the Study of Diabetes

FID: Federação Internacional da Diabetes

HbA1c: Hemoglobina glicada

IC: Intervalo de Confiança

JSPPPE: Jefferson Scale of Patient Perceptions of Physician Empathy

SNS: Serviço Nacional de Saúde

SPSS: Statistical Package for the Social Sciences

USF: Unidade de Saúde Familiar

Resumo

Introdução: O controlo metabólico eficaz faz parte das principais armas para prevenir ou atrasar o aparecimento e evolução das complicações associadas à diabetes. Com a sua prevalência a aumentar exponencialmente e os custos humanos, sociais e financeiros a atingirem patamares sem precedentes, urge identificar estratégias que contribuam para um melhor controlo metabólico, capazes de minimizar o impacto deste importante problema de saúde.

Objetivos: Avaliar a perceção de pessoas com diabetes mellitus tipo 2 acerca da empatia do seu médico e o seu empoderamento relativamente à doença, perceber a influência de cada um no controlo metabólico da patologia e estudar uma possível correlação entre eles.

Métodos: Realizou-se um estudo transversal descritivo e analítico a uma amostra aleatória de 65 indivíduos com diabetes mellitus tipo 2, representativa em tamanho da população diabética de dois grupos de Unidades de Saúde Familiar da região centro de Portugal. Aplicou-se, por meio de investigadora treinada, um questionário de caracterização sociodemográfica e clínico-laboratorial e as versões portuguesas dos questionários JSPPPE e DES-SF individualmente, no dia da consulta médica de diabetes. Subsequentemente realizou-se análise estatística descritiva e inferencial após verificação da normalidade dos dados.

Resultados: Amostra de 65 indivíduos, 46,2% do sexo masculino e 53,8% do sexo feminino, com média de idades de $69,3 \pm 9,3$ (IC 95% de 67,0 a 71,6) anos e 70,8% com formação académica baixa (inferior ao 9º ano de escolaridade). Estes indivíduos são seguidos pelo médico assistente atual há 16,2 anos e têm o diagnóstico de diabetes há 11,8 anos, em média. Sob o ponto de vista clínico, 81,5% dos indivíduos da amostra estão controlados, apresentando 6,6% de média dos dois últimos valores de HbA1c. A média de idades do grupo controlado revelou ser significativamente superior à do grupo não controlado ($70,5 \pm 8,5$ vs $64,3 \pm 11,4$, $p=0,039$) e

o grupo de indivíduos que não toma insulina parece estar 7,83 vezes mais controlado do que o que está sob insulino terapia (*odds ratio*=7,83, $p=0,002$).

Verificou-se uma pontuação final média da JSPPPE de $6,3\pm 1,0$ (IC 95% 6,1 a 6,6) e da DES-SF de $4,4\pm 0,6$ (IC 95% 4,3 a 4,6).

Há correlação positiva fraca sem significado estatístico entre o valor médio da HbA1c e o valor médio da JSPPPE ($\rho=0,346$; $p=0,119$). Determinaram-se correlações estatisticamente significativas entre a média dos dois últimos valores de HbA1c e a média da DES-SF ($\rho=-0,282$; $p=0,023$) e entre a média da JSPPPE e da DES-SF ($\rho=0,495$; $p<0,001$).

Discussão e Conclusão: O estudo evidenciou um baixo nível de percepção de empatia do clínico pelos indivíduos da amostra e um baixo grau de empoderamento destes para a diabetes, uma vez que menos de metade se encontra no percentil de maior percepção de empatia e de maior empoderamento. Identificou-se uma relação inequívoca entre a percepção da empatia médica e o empoderamento para a diabetes, bem como uma correlação significativa entre o empoderamento do indivíduo e o controlo metabólico da patologia. Assim, parece importante que os clínicos desenvolvam capacidades de comunicação empática para implementar estratégias educativas que conduzam a um maior empoderamento da pessoa com diabetes e, em última instância, a uma melhoria do seu controlo metabólico.

Palavras-chave: Diabetes Mellitus tipo 2, Empatia, Empoderamento, Hemoglobina A1c, Cuidados de Saúde Primários.

Abstract

Background: An efficient metabolic control has proven to be determinant in preventing or postponing long-term complications related with diabetes. With the exponential increasing of diabetes prevalence and the human, social and financial costs reaching unprecedented levels, it seems crucial to identify strategies that lead to a better metabolic control to minimize the impact of this important health problem.

Objectives: To access the perception of individuals with type 2 diabetes on physician's empathy and to evaluate their empowerment to the disease. To determine if and in which way clinical empathy and patient's empowerment are related with diabetes metabolic control and search for correlations between them.

Methods: A cross-sectional descriptive and analytical study was led among a random sample of 65 individuals with type 2 diabetes, which represents, according to size, the diabetic population of two groups of primary care units from the centre region of Portugal. A questionnaire of sociodemographic and clinical characterization and Portuguese versions of JSPPPE and DES-SF were administered by a trained investigator singly on patient's diabetes medical appointment date. Subsequently, it was preformed descriptive and inferential statistics after testing the normality of the data.

Results: Sample of 65 individuals, 46,2% males and 53,8% females, presenting a mean age of $69,3 \pm 9,3$ (95% confidence interval from 67,0 to 71,6) years and 70,8% mentioning a low level of education (less than 9th grade). They are followed by their present primary care doctor since 16,2 year ago and were diagnosed with diabetes 11,8 years ago, in average. From the clinical point of view, it was found that 81,5% of them were metabolically controlled and the average of the two last recorded values of sample's HbA1c was 6,6%. The controlled group had a statistically significant higher age mean then the uncontrolled one ($70,5 \pm 8,5$ vs $64,3 \pm 11,4$,

p=0,039) and the group without insulin therapy seems to be 7,83 times more controlled than the group with insulin (odds ratio=7,83, p=0,002).

The final score of JSPPPE was $6,3 \pm 1,0$ (95% confidence interval from 6,1 to 6,6) and DES-SF score average was $4,4 \pm 0,6$ (95% confidence interval from 4,3 to 4,6).

It was found a weak positive correlation without statistical meaning between the average value of HbA1c and the JSPPPE score ($\rho=0,346$; p=0,119). It was established a significantly association between the final DES-SF average and the mean of two last recorded values of HbA1c ($\rho=-0,282$; p=0,023), as well as between final DES-SF score and JSPPPE score ($\rho=0,495$; p<0,001).

Discussion and Conclusion: This study revealed a low perception level of physician's empathy as well as a low level of diabetes empowerment among sample's diabetic patients, since less than half of them was in the highest percentile of empathy perception and empowerment to diabetes. Perception of physician's empathy has proven to be significantly related with patient's diabetes empowerment and a significant correlation was found between diabetes empowerment and diabetes metabolic control. This results highlighted the need to develop physician's empathic communication skills in order to implement educative strategies that lead to an upper level of patient's diabetes empowerment and, ultimately, to a better diabetes metabolic control.

Key-Words: Type 2 Diabetes Mellitus, Empathy, Empowerment, Hemoglobin A1c, Primary Health Care.

Introdução

A diabetes mellitus (DM) é uma doença metabólica crónica com incidência e prevalência crescentes a nível mundial, afetando, segundo os últimos dados da Federação Internacional da Diabetes (FID), 415 milhões de pessoas em todo o mundo.¹ Em Portugal 13,6% dos indivíduos entre os 20 e os 79 anos são diabéticos, correspondendo a mais de 1 milhão de portugueses.¹ Este crescimento persistente do número de pessoas com diabetes deve-se particularmente ao aumento inexorável dos casos de diabetes mellitus tipo 2 (DM2) verificado nos últimos anos,¹ largamente associado ao envelhecimento populacional, à mudança dos estilos de vida – cada vez mais sedentários –, ao excesso de peso dos indivíduos e à adoção de dietas nutricionalmente mais desequilibradas.²

Caracteristicamente, as pessoas com DM2 apresentam hiperglicémia crónica e alteração do metabolismo dos hidratos de carbono, lípidos e proteínas, por ação insuficiente da insulina,³ sendo o défice da sua secreção e/ou a resistência do organismo à sua ação os principais mecanismos fisiopatológicos reconhecidos.²

Admite-se que o controlo glicémico metuculoso diminui o impacto da doença na funcionalidade e qualidade de vida da pessoa com diabetes, melhora o prognóstico e diminui os custos efetivos do tratamento ao reduzir a incidência de complicações microvasculares e a mortalidade associada à patologia,⁴ apesar de ainda não ser clara a sua relação com eventos macrovasculares, especialmente em regime de tratamento intensivo, por não haver unanimidade de resultados entre os ensaios clínicos realizados.^{4,5}

Parece também claro que a pessoa com diabetes desempenha um papel fundamental no controlo da sua patologia,⁶ uma vez que tem de tomar decisões diárias com implicações importantes na sua saúde.⁷ As associações europeia e americana de diabetes – European Association for the Study of Diabetes (EASD) e American Diabetes Association (ADA), respetivamente –

defendem que o sucesso da terapêutica depende, em larga medida, da sua integração no contexto de cada pessoa,⁸ sendo imperativo o seu enquadramento nas metas, nas prioridades e no estilo de vida de cada um, bem como nas características individuais da doença.⁷ Assim sendo, recomenda-se que a prestação de cuidados seja feita numa abordagem inclusiva, centrada no doente, na qual a pessoa passe a ser vista como auto-prestadora de cuidados (*self-care*) e a sua autoefetividade (*self-efficacy*) como impulsionadora de mudança e de melhores resultados em saúde.⁹

Neste contexto, é cada vez mais aceite que a relação equipa-pessoa e, em particular, a relação médico-pessoa influenciam a autoefetividade de indivíduos diabéticos, por promoverem a sua educação e prestarem apoio prolongado, aumentando a sua capacidade e motivação para resolver problemas relacionados com a saúde, gerir complicações decorrentes da patologia e cumprir o regime terapêutico instituído. Contudo, esta associação entre a relação médico-pessoa e os *outcomes* clínicos ainda é pouco compreendida, particularmente em pessoas com diabetes, não se sabendo até à data quais os seus mediadores e quais as características específicas da comunicação necessárias para se obterem melhores resultados em saúde.

Sabe-se que a empatia, entendida como a capacidade de o clínico perceber a situação, perspetiva e sentimentos do doente e comunicar-lhe essa compreensão¹⁰ tem sido reconhecida como um componente importante da comunicação em saúde e se tem associado a melhores resultados em saúde, inclusive de indivíduos diabéticos.¹¹ Como tal, pôs-se a hipótese de que esta poderia ser um determinante da relação médico-pessoa com diabetes. Seguindo a mesma linha de pensamento, o empoderamento do indivíduo, que se caracteriza por potenciar a aquisição de capacidades de decisão relacionadas com a saúde, bem como a clarificação dos objetivos, da motivação e dos valores individuais,⁶ poderá ser o mediador através do qual o clínico empático consegue que a pessoa com DM2 adquira comportamentos autoefetivos e, assim, atinja um bom controlo metabólico, um melhor estado de saúde e uma melhor qualidade de vida.

No entanto, não existem estudos publicados que analisem a relação entre a empatia do clínico na relação com a pessoa diabética e o empoderamento do indivíduo relativamente à sua patologia. Acresce que há uma escassez de literatura acerca da perceção que a pessoa com diabetes tem da empatia do seu médico assistente e da prevalência de pessoas com DM2 empoderadas a nível nacional, bem como da relação de cada um com o controlo metabólico da patologia.

Deste modo, o objetivo deste trabalho é avaliar a perceção de um grupo de pessoas com diagnóstico de DM2 acerca da empatia do seu médico, utilizando a *Jefferson Scale of Patient Perceptions of Physician Empathy* (JSPPPE), o seu empoderamento relativamente à doença, pela aplicação da *Diabetes Empowerment Scale Short Form* (DES-SF) e perceber a influência de cada um no controlo metabólico da doença, avaliado através da média das duas últimas hemoglobinas glicadas (HbA1c) medidas, bem como averiguar uma possível correlação entre a relação empática e o empoderamento da pessoa com diabetes.

Perspetiva-se concluir que pessoas com DM2 melhor controlados sintam mais empatia por parte do seu médico, estejam mais empoderados relativamente à doença e que estas duas variáveis se correlacionem positivamente.

Materiais e Métodos

Caracterização da investigação

Este projeto de investigação tem por base um estudo observacional e transversal numa amostra de conveniência de pessoas com DM2 representativa, em tamanho, da população diabética das Unidades de Cuidados Primários onde decorreu.

Os inquiridos correspondem aos indivíduos diabéticos que se dirigiram à Unidade de Saúde Familiar (USF) Topázio (Eiras), USF Cruz de Celas (Coimbra) e USF Celas Saúde (Coimbra) para consulta médica, nos dias em que decorreu o estudo, tendo sido aplicados dois questionários - as versões portuguesas da JSPPPE e da DES-SF - e recolhidos dados sociodemográficos e clínico-laboratoriais pela investigadora.

População e amostra

O tamanho da amostra foi calculado para representar, com um intervalo de confiança (IC) de 95% e uma margem de erro de 12%, a população diabética das Unidades de Cuidados Primários (USF Topázio, USF Cruz de Celas e USF Celas Saúde), que corresponde a uma população estimada de 1500 pessoas. Nestas condições, tendo em conta a proporção de diabéticos em cada USF, determinou-se que seria necessário um tamanho amostral de 65 pessoas.

Foi estudada uma amostra de 65 indivíduos - 33 pessoas da USF Topázio, 16 pessoas da USF Cruz de Celas e 16 pessoas da USF Celas Saúde - agrupando-se, posteriormente, os dois últimos conjuntos para efeitos de tratamento estatístico, uma vez que servem populações com características sobreponíveis, dada a sua proximidade geográfica.

Critérios de inclusão

Incluíram-se no estudo indivíduos com o diagnóstico de DM2 estabelecido, capazes de compreender a língua portuguesa, que já tivessem tido pelo menos uma consulta com o médico

assistente atual. Excluíram-se todos aqueles que demonstraram incapacidade de compreensão de conceitos e de expressão de opinião e que não apresentaram disponibilidade para participar no estudo. Houve lugar a preenchimento de consentimento informado.

Instrumentos métricos / Colheita de dados

Utilizou-se o questionário JSPPPE (Anexo 1), com validade e fiabilidade demonstradas a nível internacional¹² e nacional,¹³ como instrumento para determinar a perceção dos indivíduos acerca da empatia do seu médico assistente. Trata-se de um questionário breve e de fácil aplicação composto por 5 itens redigidos sob a forma de autoafirmações, cujo sujeito subentendido é o médico assistente. As respostas para cada item constam da atribuição de uma pontuação, numa escala do tipo Likert, que vai desde 1 ponto (discordo totalmente) até 7 pontos (concordo totalmente). A pontuação final do questionário foi obtida através do cálculo da média dos valores respondidos para cada um dos cinco itens.

Para avaliar o empoderamento da pessoa com diabetes aplicou-se a DES-SF (Anexo 2). Este questionário, composto por 8 questões, é uma versão mais curta da *Diabetes Empowerment Scale* (DES),¹⁴ e foi desenvolvido para avaliar, de forma mais breve e global, a autoeficácia da pessoa com diabetes em questões de índole psicossocial.¹⁵ A cada questão, o indivíduo atribui uma pontuação, numa escala do tipo Likert, de 1 (discordo completamente) a 5 (concordo completamente), e o *score* final é obtido pela média das pontuações dos 8 itens da escala.

Os instrumentos foram previamente adaptados linguística e culturalmente para português e validados pelo Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra (CEISUC).

Foi adicionalmente elaborado e aplicado um instrumento de recolha de dados (Anexo 3) por forma a auxiliar na caracterização sociodemográfica da amostra - através de questões acerca do sexo, idade e grau de formação académica -, para obtenção de dados adicionais da relação médico-doente - nomeadamente o número de anos de seguimento pelo médico assistente atual

- e para recolha de dados clínico-laboratoriais referentes à diabetes - como a duração do diagnóstico, o tratamento farmacológico instituído (número de antidiabéticos orais (ADO) tomados diariamente e insulinoaterapia) e os dois últimos valores medidos de HbA1c. Para inferir acerca do controlo glicémico utilizou-se como indicador o valor de HbA1c cedido pelo médico detentor do processo clínico, uma vez que a sua utilização como índice de glicémia média e como preditor do risco de desenvolver complicações crónicas associadas à diabetes se encontra amplamente aceite.¹⁶ O valor da HbA1c é, inclusive, o parâmetro utilizado como instrumento de monitorização e de orientação para ajustes terapêuticos aconselhado pela maioria das sociedades científicas.^{8,17}

Procedimentos prévios à recolha dos dados

Foi requerida aprovação do protejo de investigação pela Comissão de Ética da Administração Regional de Saúde (ARS) do Centro, que emitiu parecer favorável (Anexo 4). Solicitou-se a aplicação dos instrumentos métricos nas unidades de saúde familiares supracitadas tendo sido autorizada pelas respetivas equipas coordenadoras (Anexo 5, 6 e 7).

Calendarizou-se a aplicação dos questionários de forma a diversificar a amostra, inquirindo indivíduos com médicos assistentes diferentes, um possível viés de seleção. A calendarização foi realizada pela investigadora após conhecimento dos dias em que os médicos tinham consulta de diabetes, sem que estes soubessem da realização de tal atividade.

Recolha dos dados

A aplicação dos questionários teve início a 01 de Outubro de 2015 e terminou a 20 de Dezembro de 2015.

Todos os elementos da amostra foram abordados pela investigadora, devidamente identificada como aluna do Mestrado Integrado em Medicina da Universidade de Coimbra, antes ou após a consulta médica. Inicialmente, solicitou-se a colaboração no estudo através de uma explicação

sucinta dos objetivos e da metodologia definidos. Obteve-se consentimento informado dos participantes por escrito (Anexo 8), cujo documento referia que o estudo se enquadrava no âmbito da tese de mestrado da investigadora, fazia referência ao objetivo e metodologias delineadas, definia a participação como voluntária e garantia o anonimato e a confidencialidade das respostas. Seguidamente, aplicaram-se os questionários: recolha de dados, JSPPPE e DES-SF individualmente, num gabinete das USF cedido para o efeito. Dava-se a hipótese de resposta autónoma aos inquiridos, com registo em papel próprio, ou de resposta à investigadora, para que aqueles que, por alguma razão, eram incapazes de responder de forma independente aos questionários pudessem participar no estudo. Cada entrevista teve a duração média de 10 minutos.

Finalmente consultaram-se, com o auxílio do médico detentor do processo clínico, os dois últimos valores de HbA1c registados na ficha clínica de cada inquirido.

Variáveis

Foram definidos:

- Grupos de USF: Eiras (USF Topázio) e Celas (USF Cruz de Celas e USF Celas Saúde);
- Grupos de formação académica: baixo (até ao 9º ano de escolaridade, exclusive) e alto (superior ou igual ao 9º ano de escolaridade);
- Grupos de controlo glicémico: controlados (indivíduos com idade inferior ou igual a 75 anos e valor de HbA1c inferior a 7 %; pessoas com idade superior a 75 anos e valor de HbA1c inferior a 8 %) e não controlados (se o valor de HbA1c do indivíduo for superior ou igual ao definido para o grupo controlado, atendendo à idade);

- Grupos de relação empática: alto nível de empatia (resultado da JSPPPE superior ou igual ao valor do percentil 75) e baixo nível de empatia (resultado da JSPPPE inferior ao valor do percentil 75);

- Grupos de empoderamento: alto grau de empoderamento (resultado do DES-SF superior ou igual ao valor do percentil 75) e baixo grau de empoderamento (resultado do DES-SF inferior ao valor do percentil 75).

Foram consideradas as variáveis:

- Sexo: masculino e feminino;

- Insulinoterapia: sim ou não;

- Idade; Número de anos de seguimento; Número de anos de diagnóstico da diabetes e Número de medicamentos por dia.

Análise estatística

O tratamento estatístico dos dados foi efetuado utilizando a versão 19.0 do *software* SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) para *Windows* (SPSS Inc, Chicago, IL, USA).

Efetuuou-se análise descritiva das variáveis, tendo as variáveis quantitativas sido caracterizadas com recurso a medidas de tendência central (média) e de dispersão (desvio-padrão e intervalo de confiança) e as variáveis qualitativas descritas através de tabelas de frequência.

Procedeu-se a análise estatística inferencial, após verificação da normalidade dos dados.

Para estudar a associação entre variáveis qualitativas nominais, em dois grupos de indivíduos diferentes, utilizou-se o teste qui-quadrado (χ^2) e para comparação de médias de variáveis numéricas quantitativas em dois grupos de indivíduos diferentes foi utilizado o teste t de student para amostras independentes, após demonstração de normalidade da distribuição dos dados.

Para apresentar os resultados obtidos através dos questionários JSPPPE e DES-SF calculou-se a média, a mediana, a moda, o desvio padrão e IC a 95%, bem como os percentis e a distribuição percentilica de cada um.

Para avaliar a associação do controlo metabólico do indivíduo com a empatia clínica e o empoderamento para a patologia procedeu-se à determinação de correlações entre a média dos dois últimos valores de HbA1c e a média da JSPPPE, bem como a média dos dois últimos valores de HbA1c e a média da DES-SF, utilizando a correlação de Pearson, uma vez que as variáveis seguiam distribuição normal. Finalmente, para determinar a força de associação entre a empatia e o empoderamento determinou-se o coeficiente de correlação entre as médias da JSPPPE e da DES-SF, utilizando-se o coeficiente de Pearson, visto que as variáveis também apresentavam distribuição normal.

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

Resultados

Caracterização geral da amostra

Na tabela 1 apresentam-se os resultados da análise descritiva que permitem caracterizar a amostra quanto ao sexo, idade, grau de formação académica, número de anos de seguimento pelo médico assistente atual, duração do diagnóstico de diabetes, número de ADO tomados diariamente, terapêutica com insulina, média dos dois últimos valores de HbA1c medidos e controlo glicémico.

Tabela 1: Caracterização da amostra

| Variável | Valor | Amostra |
|--|------------------|-------------|
| Sexo n (%) | Masculino | 30 (46,2) |
| | Feminino | 35 (53,8) |
| Idade (anos) | Média ± d.p. | 69,3 ± 9,3 |
| | IC a 95% | 67,0 – 71,6 |
| Formação Académica n (%) | Baixa (< 9º ano) | 46 (70,8) |
| | Alta (≥ 9º ano) | 19 (29,2) |
| Nº de anos de seguimento pelo médico atual (anos) | Média ± d.p. | 16,2 ± 10,5 |
| | IC a 95% | 13,6 – 18,8 |
| Nº de anos do diagnóstico (anos) | Média ± d.p. | 11,8 ± 8,7 |
| | IC a 95% | 9,6 – 13,9 |
| Nº de medicamentos orais por dia | Média ± d.p. | 1,4 ± 0,7 |
| | IC a 95% | 1,2 – 1,5 |
| Insulinoterapia n (%) | Sim | 12 (18,5) |
| | Não | 53 (81,5) |
| HbA1c (%) | Média ± d.p. | 6,6 ± 1,0 |
| | IC a 95% | 6,3 – 6,8 |
| Controlados n (%) | Sim | 53 (81,5) |
| | Não | 12 (18,5) |

d.p., desvio padrão; IC, intervalo de confiança; HbA1c, hemoglobina glicada; n, número de indivíduos

Foram estudados no total 65 indivíduos, 30 do sexo masculino (46,2%) e 35 do sexo feminino (53,8%), com idades compreendidas entre os 42 e os 90 anos e média de 69,3±9,3 anos. A maioria dos indivíduos (70,8%) tem formação académica baixa, inferior ao 9º ano de escolaridade. No que diz respeito à relação com o clínico, os inquiridos referem um seguimento médio de 16,2±10,5 anos pelo médico assistente atual. O diagnóstico de DM2 dos estudados foi estabelecido, em média, há 11,8±8,7 anos. Como medidas de terapêutica farmacológica, os indivíduos da amostra tomam menos de dois ADO por dia (média de 1,4±0,7) e só uma minoria (18,5%) está sob insulino terapia. Quanto ao controlo glicémico, a média dos dois últimos valores de HbA1c foi de 6,6%, estando 81,5% dos estudados controlados sob o ponto de vista metabólico.

Homogeneidade da amostra

A tabela 2 discrimina os resultados dos testes de comparação entre as variáveis sociodemográficas e clinico-laboratoriais estudadas nos dois grupos de USF (Eiras e Celas). Utilizou-se o teste qui-quadrado (χ^2) na análise das variáveis sexo, formação académica e insulino terapia e o teste t student para amostras independentes na comparação das restantes variáveis, após demonstração de normalidade da distribuição dos dados.

Tabela 2: Comparação entre os dois grupos de USF segundo as variáveis estudadas

| Variável | Valor de p |
|---|-------------------|
| Sexo | 0,379 |
| Idade | 0,662 |
| Formação Académica | 0,369 |
| Nº de anos de seguimento pelo médico atual | 0,121 |
| Nº de anos do diagnóstico | 0,198 |

| | |
|---|-------|
| Nº de medicamentos orais por dia | 0,456 |
| Insulinoterapia | 0,485 |
| HbA1c | 0,905 |

HbA1c, hemoglobina glicada; p, significância estatística

Verifica-se, pela análise da tabela 2, que não existem diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos de USF para as variáveis em estudo, uma vez que o valor de p foi, em todas, superior a 0,05, atestando a homogeneidade da amostra.

Resultado dos questionários JSPPE e DES-SF

Nas tabelas 3 e 4 apresentam-se os resultados dos questionários JSPPE e DES-SF em função de medidas de tendência central, medidas de dispersão e segundo distribuição percentílica.

Tabela 3: Resultados dos questionários JSPPE e DES-SF

| | Média | Mediana | Moda | IC a 95% | P25 | P50 | P75 |
|---------------|--------------|----------------|-------------|-----------------|------------|------------|------------|
| JSPPE | 6,32 | 6,80 | 7 | 6,1 a 6,6 | 6,20 | 6,80 | 7,00 |
| DES-SF | 4,43 | 4,63 | 5 | 4,3 a 4,6 | 4,19 | 4,63 | 4,88 |

JSPPE, *Jefferson Scale of Patient Perceptions of Physician Empathy*; DES-SF, *Diabetes Empowerment Scale Short*

Form; P25, percentil 25; P50, percentil 50; P75, percentil 75

Tabela 4: Distribuição percentílica do JSPPE e DES-SF

| JSPPE | | DES-SF | |
|------------------|--------------|------------------|--------------|
| Percentil | n (%) | Percentil | n (%) |
| <P75 | 38 (58,5) | <P75 | 45 (69,2) |
| ≥P75 | 27 (41,5) | ≥P75 | 20 (30,8) |

JSPPE, *Jefferson Scale of Patient Perceptions of Physician Empathy*; DES-SF,

Diabetes Empowerment Scale Short Form; n, número de indivíduos; P25, percentil 25;

P50, percentil 50; P75, percentil 75

Na Tabela 3 pode observar-se que a média dos resultados finais obtidos pela aplicação da JSPPE foi de 6,32, e que a pontuação mais vezes atribuída neste questionário, determinada

pelo cálculo da moda, foi de 7 pontos. Da observação da tabela 4 verifica-se que há 27 indivíduos (41,5%) acima ou no percentil 75.

No que concerne ao questionário DES-SF, o score médio foi de 4,43. Dos 65 inquiridos, 20 (30,8%) encontram-se no percentil 75 ou acima deste. A resposta mais vezes assinalada no questionário corresponde ao valor 5 e está associada à afirmação “concordo completamente”.

Associação entre as variáveis estudadas e o controlo da diabetes

Através de análise inferencial comparou-se o grupo de indivíduos controlados metabolicamente com o grupo não controlado segundo as variáveis de caracterização sociodemográfica e clinico-laboratorial. Na análise das variáveis sexo, formação académica e insulinoaterapia utilizou-se o teste qui-quadrado (χ^2) e para comparação das restantes, aplicou-se o teste t student para amostras independentes, após demonstração de normalidade da distribuição dos dados.

Tabela 5: Comparação das variáveis estudadas com o controlo da diabetes

| Variável | Grupo Controlado | Grupo Não Controlado | p |
|--|------------------------------------|----------------------------------|----------|
| Sexo n (%) | ♂27 (90,0); ♀ 26 (74,3) | ♂3 (10,0); ♀ 9 (25,7) | 0,104 |
| Idade (anos) | 70,5±8,5 | 64,33±11,4 | 0,039 |
| Formação Académica n (%) | Baixa 35 (76,1); Alta 18 (94,7) | Baixa 11 (23,9); Alta 1 (5,3) | 0,078 |
| Nº de anos de seguimento pelo médico atual (anos) | 16,3±10,8 | 15,8±9,1 | 0,879 |
| Nº de anos do diagnóstico (anos) | 11,6±9,0 | 12,5±7,6 | 0,750 |
| Nº de medicamentos orais por dia | 1,3±0,7 | 1,6±0,7 | 0,215 |
| Insulinoterapia n (%) | Não 47 (88,7); Sim 6 (50,0) | Não 6 (11,3); Sim 6 (50,0) | 0,002 |

n, número de indivíduos; p, significância estatística

Encontraram-se diferenças estatisticamente significativas entre o grupo controlado e o não controlado para a idade, com valor de p de 0,039, sendo a média de idades do grupo controlado superior à do grupo não controlado, 70,45 e 64,33, respetivamente.

Verificou-se, também, que o controlo metabólico está significativamente relacionado com a insulinoaterapia, sendo o valor de p de 0,002 e o valor de *odds ratio* de 7,83. Deste modo, os indivíduos da amostra que não tomam insulina estão 7,83 vezes mais controlados do que os que estão sob insulinoaterapia.

Apurou-se que nenhuma das restantes variáveis condiciona diferenças estatisticamente significativas entre os grupos de diabéticos controlados e não controlados metabolicamente.

Associação entre a empatia e o empoderamento com o controlo glicémico

Recorrendo à determinação dos coeficientes de correlação de Pearson, testou-se a associação entre os *scores* obtidos dos instrumentos aplicados (JSPPPE e DES-SF) e a média das duas últimas HbA1c conhecidas, para testar a possível associação entre o valor médio da empatia e o valor médio do empoderamento com o controlo glicémico.

Tabela 6: Correlações de Pearson entre os *scores* dos instrumentos aplicados e a média das duas últimas HbA1c conhecidas

| Média das duas últimas HbA1c | | |
|-------------------------------------|-------------------------------|--------|
| JSPPPE | Correlação Pearson (ρ) | 0,119 |
| | p | 0,346 |
| DES-SF | Correlação Pearson (ρ) | -0,282 |
| | p | 0,023 |

JSPPPE, *Jefferson Scale of Patient Perceptions of Physician Empathy*; DES-SF, *Diabetes Empowerment Scale Short Form*; HbA1c, Hemoglobina glicada; p , significância estatística; ρ , coeficiente de correlação

Não se verificou a existência correlação estatisticamente significativa ($\rho=0,119$; $p=0,346$) entre a percepção da empatia do médico (JSPPPE) e o controlo metabólico da diabetes (média das últimas duas HbA1c). No entanto, encontrou-se uma correlação negativa fraca, estatisticamente significativa ($\rho=-0,282$; $p=0,023$) entre o empoderamento para a diabetes (DES-SF) e o controlo metabólico da diabetes (média das últimas duas HbA1c).

Correlação entre a empatia e o empoderamento

Recorrendo, novamente, à determinação da correlação de Pearson, testou-se a associação entre os *scores* obtidos da JSPPPE e da DES-SF.

Tabela 6: Correlação de Pearson entre a média da JSPPPE e a média da DES-SF

| DES-SF | | |
|--------|----------------------------------|--------|
| JSPPPE | Correlação de Pearson (ρ) | 0,495 |
| | p | <0,001 |

JSPPPE, *Jefferson Scale of Patient Perceptions of Physician Empathy*; DES-SF, *Diabetes Empowerment Scale Short Form*; p, significância estatística; ρ , coeficiente de correlação

Encontrou-se uma correlação positiva, altamente significativa, moderadamente forte, entre a DES-SF e a JSPPPE ($\rho=0,495$; $p<0,001$).

Descrição dos indivíduos em relação ao controlo da DM2 e ao resultado da JSPPPE e da DES-SF

Com recurso a uma tabela de frequência distribuiu-se, dentro dos grupos – controlados e não controlados –, aqueles que percecionam um nível baixo ou alto de empatia e têm um grau baixo ou alto de empoderamento para a diabetes e calcularam-se as percentagens relativas de cada subconjunto.

Tabela 7: Descrição de subconjuntos e das suas percentagens relativas segundo o controlo, empatia e empoderamento

| | Controlados n (%) | Não Controlados n (%) | Total n (%) |
|---------------------------------|------------------------------|----------------------------------|------------------------|
| Alto nível empatia | 24 (45,3) | 3 (25,0) | 27(41,5) |
| Baixo nível empatia | 29 (54,7) | 9 (75,0) | 38(58,5) |
| Alto grau empoderamento | 16 (30,2) | 4 (33,3) | 20(30,8) |
| Baixo grau empoderamento | 37 (60,8) | 8 (66,7) | 45(69,2) |
| Total | 53 (81,5) | 12 (18,5) | 65 (100) |

n, número de indivíduos

Verifica-se que 75,0% dos indivíduos não controlados percecionam um baixo nível de empatia por parte do clínico e 66,7% destes refere um baixo grau de empoderamento para a diabetes. Não se determinou o valor de significância estatística uma vez que a amostra é constituída por apenas 12 indivíduos não controlados.

Discussão

A diabetes é vista atualmente como uma epidemia global com consequências humanitárias, sociais e económicas devastadoras,¹⁸ pelo que urge implementar estratégias capazes de prevenir ou atrasar o aparecimento e evolução das complicações associadas à patologia. Reconhecendo-se como central o papel do doente na auto-gestão da diabetes é fundamental que a equipa de saúde e, particularmente o seu médico assistente, desenvolvam capacidades comunicativas capazes de transmitir o seu conhecimento teórico-prático acerca da patologia de forma eficaz, contribuindo para que a pessoa com diabetes seja capaz de controlar os mais diversos aspetos do seu quotidiano.⁹

Neste sentido, equacionou-se que a empatia por parte do clínico pudesse influenciar o controlo metabólico da pessoa com diabetes, uma vez que é um componente da comunicação com benefícios reconhecidos no controlo da patologia,¹¹ pelo empoderamento do indivíduo para a diabetes, por ser impulsor de capacidades de auto-gestão¹⁹ associado a melhoria do estado metabólico individual²⁰⁻²² e, por ambos, de forma sinérgica, supondo que a relação empática pudesse contribuir para o empoderamento da pessoa com diabetes. Assim sendo, desenvolveu-se um estudo, pioneiro em Portugal, com a finalidade de avaliar a perceção da empatia clínica por pessoas com diagnóstico de DM2 e o seu empoderamento relativamente à doença, perceber a influência de cada um no controlo metabólico da diabetes e estudar uma possível correlação entre ambos que, pela revisão da literatura, nunca foi estudado anteriormente a nível nacional e internacional.

Como instrumentos métricos optou-se por utilizar a JSPPPE, desenvolvida para ser respondida pela pessoa, por forma a refletir a sua perceção acerca da empatia do seu médico e não o julgamento do médico relativamente ao seu grau de empatia, uma vez que se pensa que as escalas de avaliação da empatia pelo doente são mais preditivas dos resultados clínicos que as

escalas de autorresposta.²³ Este estudo é o primeiro que usa esta escala em pessoas diabéticas, uma vez que o estudo supramencionado desenvolvido por *Hojat* utilizou a escala de resposta pelo clínico.¹¹ Aplicou-se a DES-SF, uma escala de autoavaliação, para aceder à noção de cada indivíduo acerca do seu empoderamento para a diabetes. Desta forma, realça-se a utilização de escalas de avaliação da empatia e do empoderamento baseadas no ponto de vista da pessoa com diabetes, já traduzidas e validadas para a população portuguesa.^{13,24} A recolha de dados sociodemográficos e clínico-laboratoriais teve como objetivo caracterizar a amostra e aclarar a influência de algumas das suas características nos resultados obtidos.

Ao comprovar que não havia diferenças estatisticamente significativas para as variáveis estudadas entre os dois grupos de USF, atestou-se a homogeneidade da amostra.

Relativamente às características sociodemográficas avaliadas, verificou-se que não existe predomínio significativo de nenhum dos sexos e a média de idades dos inquiridos é relativamente elevada (69,3 anos), reforçando os últimos dados publicados pelo Relatório do Observatório Nacional da Diabetes que indicam que a população diabética é maioritariamente idosa, estimando que a faixa etária dos 60 aos 79 anos é aquela com maior prevalência de diabetes em Portugal.²⁵ Mais de 70% dos indivíduos tem formação académica baixa, inferior ao 9º ano de escolaridade, denotando uma baixa escolarização da amostra estudada.

Do ponto de vista clínico-laboratorial, para objetivar o controlo metabólico utilizou-se o valor de HbA1c, nomeadamente, a média dos dois últimos valores conhecidos por forma a aumentar a precisão do indicador. Obteve-se um valor médio de 6,6% de HbA1c, 0,2 pontos percentuais inferior à média da população diabética portuguesa calculada em 2013 com base nos registos do SNS.²⁵ Este valor reflete um bom controlo metabólico de 81,5% dos estudados, a larga maioria da amostra. Os inquiridos foram classificados individualmente em controlados ou não controlados com base na sua idade e no valor médio da HbA1c de acordo com as orientações

da norma da Direção Geral de Saúde (DGS) subordinada ao título “Abordagem Terapêutica Farmacológica na Diabetes Mellitus Tipo 2 no Adulto”. Idealmente deveria ter-se em consideração outros fatores clínicos como a esperança de vida dos indivíduos, o risco de hipoglicémia e a presença de comorbilidades que não foram considerados uma vez que a investigadora não teve acesso a estes dados.

Por forma a compreender melhor os fatores sociodemográficos e clinico-laboratoriais que influenciam o controlo metabólico dos indivíduos, comparou-se o grupo de controlados com o de não controlados metabolicamente. Encontraram-se diferenças estatisticamente significativas apenas para a idade e para a terapêutica com insulina. Os dados sugerem que indivíduos com idades mais avançadas têm melhor controlo glicémico. A associação de um melhor controlo pelos indivíduos mais velhos não se tem demonstrado consistente nos diversos estudos publicados, havendo autores que defendem esta relação,²⁶ enquanto outros sugerem que não há associação entre eles.²⁷ A maioria defende que são os anos de evolução da patologia e não a idade do indivíduo que se relacionam inversamente com o controlo glicémico,²⁷ possivelmente pela falência progressiva da célula beta pancreática.²⁸ No entanto, o diagnóstico dos indivíduos da amostra foi estabelecido, em média, há mais de 10 anos e não se encontraram diferenças entre os grupos que justificassem a influência deste fator no controlo da diabetes, como era espectável. Deste modo, aconselha-se que sejam realizadas futuras investigações no sentido de esclarecer a origem da relação entre a idade da pessoa com diabetes, os anos de evolução da patologia e o seu controlo metabólico.

Verificou-se também que uma minoria da amostra (18,5%) se encontra sob insulino-terapia e está, simultaneamente, 7,83 vezes menos controlada do que o grupo que não necessita de terapêutica com insulina. Este dado não indica necessariamente uma menor efetividade da terapêutica com insulina no controlo glicémico, mas reflete, possivelmente, o facto de habitualmente se protelar a introdução da insulina no plano terapêutico dos indivíduos com

DM2 e de se considerar apenas quando não se atinge controlo metabólico com a otimização de medidas não farmacológicas e com a adesão à terapêutica oral pelos indivíduos.²⁹

Como era propósito do estudo, avaliou-se o nível de empatia do clínico percebido pelos indivíduos e o grau de empoderamento da amostra relativamente à diabetes. O *score* médio da JSPPPE foi de 6,32 pontos - valor inferior ao percentil 50 - e a maioria da amostra (58,5%) encontra-se abaixo do percentil 75, pelo que podemos inferir que globalmente a amostra percebe um baixo nível de empatia pelo médico assistente. Analisando o grau de empoderamento da amostra, verificamos que o *score* médio da DES-SF foi de 4,43 pontos – inferior ao percentil 50 – e que 69,2% dos indivíduos se encontra abaixo do percentil 75 refletindo um baixo grau de empoderamento global. Uma vez que a proporção de indivíduos que se encontra no nível superior (P75) de ambas as variáveis é inferior a 50%, reconhece-se haver margem para melhorar as capacidades de comunicação clínica empática e para se atingir um melhor empoderamento dos indivíduos.

Para avaliar a importância da empatia clínica em consultas de diabetes, avaliou-se a associação entre a percepção da relação empática por parte do médico e o controlo metabólico da patologia. Não se encontrou uma correlação com significado estatístico entre os dois ($p=0,119$; $p=0,346$), ao contrário do que seria de esperar pelos dados demonstrados por outros autores que relacionam a empatia na relação médico-pessoa a bons resultados em saúde no geral^{23,30} e, em particular, a um melhor controlo de indivíduos diabéticos.¹¹ No entanto, verificou-se que três em cada quatro indivíduos não controlados percebiam um baixo nível de empatia por parte do clínico. Deste modo, apesar de não se ter encontrado uma relação direta entre as variáveis, parece que a empatia influencia o controlo metabólico, na medida em que a larga maioria dos indivíduos não controlados tem uma menor percepção de empatia por parte do seu médico. Como a amostra é constituída por poucos indivíduos não controlados, não é possível proceder à análise detalhada deste grupo pelo pouco significado estatístico que representaria. Desta forma, seria

pertinente que estudos futuros incluíssem um maior número de indivíduos não controlados metabolicamente para que se pudessem retirar conclusões válidas.

Correlacionando o nível de empoderamento do indivíduo para a diabetes e o controlo glicémico, ainda que se tenha encontrado uma correlação negativa fraca ($\rho=-0,282$), é estatisticamente significativa ($p=0,023$), pelo que se pode inferir que o empoderamento e a média de HbA1c se relacionam no sentido inverso, de tal modo que, quanto maior o empoderamento, melhor o controlo do indivíduo (menor o valor de HbA1c), reforçando os dados de outros estudos já publicados.^{22,31} Esta associação vem evidenciar a importância de abordar a pessoa com diabetes no sentido do seu empoderamento para a patologia. A acrescentar, também se verificou que a maioria dos indivíduos não controlados estava menos empoderados para a diabetes, reforçando, mais uma vez, a pertinência de um estudo futuro com maior número de indivíduos metabolicamente mal controlados que esclareça o impacto de baixos níveis de empoderamento no controlo da diabetes.

Para testar uma possível associação entre a perceção de uma relação empática pelo clínico e o empoderamento dos indivíduos relativamente à diabetes, determinou-se o quociente de correlação entre o *score* da JSPPPE e o *score* da DES-SF que evidenciou uma correlação positiva, moderadamente forte ($\rho=0,495$), altamente significativa ($p<0,001$) entre os dois. Os resultados da correlação entre a JSPPPE e a DES-SF parecem, assim, sugerir que quanto maior a perceção da empatia do clínico pela pessoa diabética, maior o empoderamento do indivíduo para a diabetes.

Deste modo, os resultados do estudo sugerem que a menor perceção de empatia pela pessoa com diabetes pode condicionar, por si só, um pior controlo metabólico individual e demonstram uma relação inequívoca entre a perceção da empatia médica e o empoderamento para a diabetes, bem como uma correlação significativa entre o empoderamento do indivíduo e o controlo

metabólico da patologia, sugerindo uma influência indireta da empatia clínica no controlo glicémico dos doentes com diabetes através do empoderamento individual. Assim sendo, o estudo vem reforçar a importância da empatia clínica numa situação específica e dramática que é a DM2 e define a via do empoderamento como um dos caminhos através do qual o clínico empático poderá contribuir para o controlo glicémico dos indivíduos diabéticos.

Em termos práticos, urge fomentar o desenvolvimento de capacidades de comunicação empática pelos profissionais de saúde responsáveis pela educação de pessoas com diabetes, devendo salientar-se que a ausência ou baixo nível de empatia pode ser causa direta do mau controlo metabólico dos seus doentes e, em oposição, a perceção de empatia pelos indivíduos se provou estar significativamente associada ao desenvolvimento de atitudes de auto-gestão mais efetivas (maior empoderamento individual), que se mostrou contribuir para um melhor controlo glicémico.

A metodologia utilizada no trabalho de campo ao colmatar a impossibilidade de resposta aos questionários por pessoas com baixo nível de escolaridade, com diminuição da acuidade visual ou com qualquer outra limitação à resposta de forma autónoma, permitiu aumentar a abrangência do estudo, uma vez que nestas situações a investigadora procedeu à leitura e preenchimento dos mesmos. Como alguns dos inquéritos foram respondidos após a consulta médica, pensou-se que esta poderia influenciar as respostas à JSPPPE, não traduzindo fidedignamente as características da relação médico-pessoa com diabetes. Este possível fator de confundimento foi colmatado com a introdução de um breve texto no início do questionário e reforçado pela investigadora ao explicitar que as respostas deveriam ser dadas com base na relação prévia com o clínico e não na consulta precedente.

Como limitações do estudo salienta-se o facto de a amostra ser constituída por poucos indivíduos não controlados, como referido anteriormente. Admitem-se vieses de perceção,

memória e de intenção no preenchimento dos questionários. Destaca-se a necessidade da realização de questionários a pessoas que sofrem de diabetes como única forma de averiguar o que sabem sobre a sua patologia, se são capazes de resolver problemas relacionados com a saúde, gerir complicações decorrentes da diabetes e cumprir o regime terapêutico. Sendo uma tarefa de marcado investimento de tempo, condicionou a determinação do tamanho da amostra deste estudo, apesar da excelente adesão verificada. No entanto, as limitações do estudo não impediram o cumprimento dos objetivos definidos previamente.

Conclusão

A presente investigação não identificou uma correlação significativa entre a empatia e o controlo metabólico da pessoa com diabetes ($\rho=0,346$; $p=0,119$). No entanto, demonstrou haver relação entre a perceção da empatia médica por parte da pessoa com diabetes e o seu empoderamento para a patologia ($\rho=0,495$; $p<0,001$) e uma correlação significativa entre o empoderamento do indivíduo e o controlo metabólico da diabetes ($\rho=-0,028$; $p=0,023$).

Identificou-se a empatia como um aspeto fundamental da comunicação a ser desenvolvido pela equipa de saúde que interage com a pessoa com diabetes, por poder contribuir para a implementação de táticas educativas que conduzirão a um maior empoderamento, associado a um melhor controlo metabólico da patologia.

Este estudo revela, assim, que a forma como as pessoas que sofrem de diabetes percecionam a relação que o seu médico estabelece com eles tem impacto nas decisões que tomam diariamente e influenciam a sua saúde. Insta consciencializar os clínicos e futuros clínicos do carácter terapêutico que a relação empática com as pessoas pode ter e que, sendo uma característica fortemente dependente do médico, deve ser desenvolvida individualmente e deve ser fomentado o seu desenvolvimento nas escolas médicas.

Como foi o primeiro estudo realizado a avaliar a relação entre a empatia médica e o empoderamento da pessoa com diabetes, é fundamental a realização de estudos futuros que suportem as conclusões obtidas e colmatem as limitações do estudo.

Agradecimentos

Ao Professor Doutor Luiz Miguel Santiago pela dedicação, apoio, disponibilidade e orientação constantes.

Ao Professor Doutor Carlos Braz Saraiva pela disponibilidade e coorientação.

A todas pessoas que voluntaria e prontamente aceitaram participar no estudo.

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

Aos meus pais, José Carlos e Anabela, pelo exemplo constante e apoio incondicional.

Ao meu irmão, Pedro, e à minha cunhada, Célia, por me terem apoiado em mais uma etapa e pelo exemplo pessoal e profissional.

Ao João pela motivação e incentivo diários.

Referências bibliográficas

1. International Diabetes Federation. IDF Diabetes. 7th ed. Brussels, Belgium: International Diabetes Federation; 2015. <http://www.diabetesatlas.org>.
2. KAKU K. Pathophysiology of Type 2 Diabetes and Its Treatment Policy. JMAJ. 2010;53:41-46.
3. American Diabetes Association. Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus. Diabetes Care. 34 (Suppl 1):S62-S69.
4. Stratton IM, Adler AI, Neil HAW, et al. Association of glycaemia with macrovascular and microvascular complications of type 2 diabetes (UKPDS 35): prospective observational study. BMJ. 321:405-412.
5. Saphner T, Wolff AC, Sledge GW, et al. Effects of Intensive Glucose Lowering in Type 2 Diabetes. N Engl J Med. 2008;358(24):2545-2559.
6. Funnell MM, Anderson RM, Arnold MS, et al. Empowerment: An Idea Whose Time Has Come in Diabetes Education. Diabetes Educ. 1991;17(1):37-41.
7. Funnell MM, Anderson RM. Empowerment and Self-Management of Diabetes. Clin Diabetes. 2004;22(3):123-127.
8. Inzucchi SE, Bergenstal RM, Buse JB, et al. Management of hyperglycemia in type 2 diabetes: a patient-centered approach: Position statement of the American Diabetes Association (ADA) and the European Association for the Study of Diabetes (EASD). Diabetes Care. 2012;35:1364-1379.
9. Street RL, Makoul G, Arora NK, Epstein RM. How does communication heal? Pathways linking clinician–patient communication to health outcomes. Patient Educ Couns. 2009;74:295-301.

10. Coulehan JL, Platt FW, Egener B, et al. "Let me see if i have this right...": words that help build empathy. *Ann Intern Med.* 2001;135(3):221-227.
11. Hojat M, Louis DZ, Markham FW, Wender R, Rabinowitz C, Gonnella JS. Physicians' Empathy and Clinical Outcomes for Diabetic Patients. *Acad Med.* 2011;86(3):359-364.
12. Kane GC, Gotto JL, Mangione S, West S, Hojat M. Jefferson Scale of Patient's Perceptions of Physician Empathy: Preliminary Psychometric Data. *Croat Med J.* 2007;48:81-86.
13. Domingues AC. A empatia na consulta e a capacitação dos consulentes. Coimbra: Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra; 2014.
14. Anderson RM, Funnell M, Fitzgerald JT, Marrero DG. The Diabetes Empowerment Scale. *Diabetes Care.* 2000;23(6):739-743.
15. Anderson RM, Fitzgerald JT, Gruppen LD, Funnell MM, Oh MS. The Diabetes Empowerment Scale-Short Form (DES-SF). *Diabetes Care.* 2003;26(5):1641-1642.
16. Goldstein DAE, Gorenz ROAL. Tests of Glycemia in Diabetes. 2004;27(7).
17. IDF Clinical Guidelines Task Force. Global Guideline for Type 2 Diabetes. Brussels: International Diabetes Federation; 2005.
18. Pinheiro CTM. A Gestão das Doenças Crónicas: Implicações na Prática nos Cuidados de Saúde Primários. Lisboa: Universidade Aberta; 2008.
19. Hernandez-Tejada MA, Campbell JA, Walker RJ, Smalls BL, Davis KS, Egede LE. Diabetes Empowerment, Medication Adherence and Self-Care Behaviors in Adults with Type 2 Diabetes. *Diabetes Technol Ther.* 2012;14(7):630-634.
20. Wong CKH, Wong WCW, Lam CLK, et al. Effects of Patient Empowerment Programme

- (PEP) on Clinical Outcomes and Health Service Utilization in Type 2 Diabetes Mellitus in Primary Care: An Observational Matched Cohort Study. *PLoS One*. 2014;9(5):1-10.
21. Steinsbekk A, Rygg L, Lisulo M, Rise MB, Fretheim A. Group based diabetes self-management education compared to routine treatment for people with type 2 diabetes mellitus. A systematic review with meta-analysis. *BMC Health Serv Res*. 2012;12(213).
 22. Tol A, Shojaeezadeh D, Sharifirad G, Alhani F, Tehrani MM. Determination of empowerment score in type 2 diabetes patients and its related factors. *JPMA*. 2012;62(1):16-20.
 23. Jani BD, Blane DN, Mercer SW. The Role of Empathy in Therapy and the Physician-Patient Relationship. *Forsch Komplementarmed*. 2012;19:252-257.
 24. Aveiro M, Santiago LM, Ferreira PL, Simões A. Estudo de Fiabilidade da Escala de Capacidade de Controlo da Diabetes: Versão Breve. *Acta Med Port*. 2015;28(2):177-181.
 25. Sociedade Portuguesa de Diabetologia. Diabetes, Factos e Números Portugal 2014 - Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes; 2014.
 26. Eid M, Mafauzy M, Faridah A. Glycaemic Control of Type 2 Diabetic Patients on Follow Up at Hospital Universiti Sains Malaysia. *Malaysian J Med Sci*. 2003;10(2):40-49.
 27. Pringle M, Stewart-Evans C, Coupland C, Williams I, Allison S, Sterland J. Influences on control in diabetes mellitus: patient, doctor, practice, or delivery of care? *BMJ*. 1993;306:630-634.
 28. Khattab M, Khader YS, Al-Khawaldeh A, Ajlouni K. Factors associated with poor glycemic control among patients with Type 2 diabetes. *J Diabetes Complications*. 2010;24(2):84-89.

29. Direção Geral de Saúde (DGS). Circular Normativa 52/2011 de 27/12/2011 atualizada em 27/04/2015. Abordagem Terapêutica Farmacológica na Diabetes Mellitus Tipo 2 no Adulto. DGS.
30. Derksen F, Bensing J, Lagro-Janssen A. Effectiveness of empathy in general practice: a systematic review. *Br J Gen Pract.* 2013;e76-e84.
31. D'Souza MS, Karkada SN, Hanrahan NP, Venkatesaperumal R, Amirtharaj A. Do Perceptions of Empowerment Affect Glycemic Control and Self-Care Among Adults with Type 2 Diabetes? *Glob J Health Sci.* 2015;7(5):80-90.

Anexo 1 – Versão portuguesa da *Jefferson Scale of Patient Perceptions of Physician Empathy* (JSPPE)

A EMPATIA DO SEU MÉDICO

A qualidade da relação médico-consultante é um fator determinante no sucesso de qualquer ato médico e pensa-se ser muito importante no controlo de doenças como a Diabetes.

Para podermos avaliar as qualidades de relacionamento do seu médico consigo pedimos a sua colaboração através do preenchimento do questionário abaixo.

Assim sendo, gostaríamos de saber o seu grau de concordância ou discordância com cada uma das seguintes frases acerca do seu médico. 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

Discordo totalmente

Concordo totalmente

Atenção: Não pretendemos saber como correu a consulta de hoje, mas sim como pensa que é o seu médico na sua relação consigo.

Consegue compreender as coisas na minha perspetiva (ver as coisas como eu as vejo)

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

Pergunta acerca do que está a acontecer na minha vida diária

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

Parece preocupado acerca de mim e da minha família

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

Compreende as minhas emoções, sentimentos e preocupações

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

É um médico que me compreende

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

Nome do médico: _____

Anexo 2 – Versão portuguesa da *Diabetes Empowerment Scale Short Form* (DES-SF)

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

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

Por favor, marque o quadrado que considerar mais adequado.

Em geral, eu acredito que:

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

Anexo 3 - Instrumento de recolha de dados sociodemográficos e clinico-laboratoriais

QUESTIONÁRIO PARA SER RESPONDIDO À ALUNA

Sexo: Masculino Feminino

Idade: _____

Grau de escolaridade:

Não sabe ler nem escrever

Sabe Ler sem possuir o 4º ano de escolaridade (antiga 4ª classe)

Ensino Básico 1º ciclo – 4º ano de escolaridade (antiga 4ª classe)

Ensino Básico 2º ciclo – 6º ano de escolaridade (antigo 2º ano liceal ou ciclo preparatório)

Ensino Básico 3º ciclo – 9º ano de escolaridade (antigo 5ª ano liceal ou ensino técnico)

Ensino Secundário – 12º ano ou equivalente

Ensino Pós secundário – curso de especialização tecnológica

Ensino Superior

Há quantos anos este é o seu médico? _____

Há quanto tempo tem diabetes? _____

Quantos medicamentos orais toma diariamente para a diabetes? _____

Toma insulina? _____

Valor médio das duas últimas **HbA1c**: _____

Nº de Processo Familiar

Anexo 4 – Aprovação do questionário pela Comissão de Ética para a Saúde da Administração Regional de Saúde (ARS) do Centro



COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

| | |
|---|---|
| PARER FINAL: Parecer favorável. | DESPACHO: Homologar-se o parecer final da Comissão de Ética para a Saúde. 17.12.2015 Conselho Diretivo da A.R.S. do Centro, I.P. Dr. José Manuel Azêvedo Teresa Presidente Dr.ª Maria Augusta Mata Vice-Presidente Dr. Luís Manuel Milião Mendes Cebal Vogal |
|---|---|

ASSUNTO: 78/2015 - Empatia na relação médico-consultante: ajudará no controlo e no empoderamento de pessoas com diabetes?

A investigadora acredita que a empatia gerada na relação entre o clínico e o doente se associe a uma maior satisfação e autonomia por parte dos últimos, o que em vigor representará uma melhor adesão terapêutica e motivação para a mudança de comportamentos. Em última análise, espera-se que esta atitude por parte dos doentes, motivada pela relação com o seu médico, se traduza num bom controlo clínico-laboratorial da sua patologia, nomeadamente da Diabetes Mellitus tipo 2. O projeto apresentado é adequado aos objetivos propostos.

Coimbra, 16 de dezembro de 2015

O Relator

(Dra. Carla Barbosa)

O Presidente da CES

(Prof. Doutor Fontes Ribeiro)

Anexo 5 - Autorização para realização do estudo na USF Topázio

Universidade de Coimbra
Faculdade de Medicina

AUTORIZAÇÃO DAS UNIDADES DE SAÚDE FAMILIAR

Eu, MARIA DA GLÓRIA MAGALHÃES DA SILVA NETO, responsável
pela Ceexdence do USF Topázio, após a leitura e análise da carta anexa,
declaro que autorizo a realização do estudo intitulado “Empatia na relação médico-
consulente: ajudará no controlo de pessoas com diabetes?”, no local acima indicado.

Assinatura: Maria Glória Neto
Maria Glória Neto, Dra.
Coordenadora
USF Topázio

Data: 8 / 9 / 15

Anexo 6 - Autorização para realização do estudo na USF Celas Saúde

Universidade de Coimbra
Faculdade de Medicina

AUTORIZAÇÃO DAS UNIDADES DE SAÚDE FAMILIAR

Eu, Romilda Nima, responsável substituto
pela USF Celas Saúde, após a leitura e análise da carta anexa,
declaro que autorizo a realização do estudo intitulado “Empatia na relação médico-
consulente: ajudará no controlo de pessoas com diabetes?”, no local acima indicado.

Assinatura: _____

Data: 15 / 10 / 2015

Anexo 7 - Autorização para realização do estudo na USF Cruz de Celas

Universidade de Coimbra
Faculdade de Medicina

AUTORIZAÇÃO DAS UNIDADES DE SAÚDE FAMILIAR

Eu, Ermete Soaveiro, responsável
pela Consultoria Técnica de USF Cruz de Celas, após a leitura e análise da carta anexa,
declaro que autorizo a realização do estudo intitulado “Empatia na relação médico-
consulente: ajudará no controlo de pessoas com diabetes?”, no local acima indicado.

Assinatura: 

Data: 14 / 10 / 2015

Anexo 8 – Documento de Consentimento Informado

Universidade de Coimbra

Faculdade de Medicina

CONSENTIMENTO DO PARTICIPANTE

Este estudo será desenvolvido no âmbito da Tese de Mestrado da aluna finalista de Medicina Ana Rita Fonseca da Cruz Mendes, sob a orientação do Prof. Dr. Luiz Miguel Santiago e coorientação do Prof. Dr. Carlos Manuel Braz Saraiva.

O estudo tem como objetivo determinar a influência da relação médico-consultante empática no controlo clínico e no empoderamento de doentes com Diabetes *Mellitus* tipo 2.

Consistirá no preenchimento de dois questionários e na resposta a algumas questões feitas pela investigadora.

É importante salientar que a participação no estudo é totalmente voluntária, que os dados recolhidos serão guardados de forma confidencial, sendo que que ninguém conseguirá saber quem respondeu, como respondeu ou o que foi respondido.

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo. Asseguraram-me que os dados recolhidos serão guardados de forma confidencial e a minha identidade pessoal nunca será revelada.

Desta forma, eu consinto em participar plenamente neste estudo.

Nome: _____

Assinatura: _____

Data: ____ / ____ / ____