



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

ANA PATRÍCIA MARQUES GONÇALVES

***Capacitação pela consulta do doente diabético e o seu impacto  
na auto-eficácia no controlo da diabetes e na manutenção da  
terapêutica***

PROJETO DE INVESTIGAÇÃO

ÁREA CIENTÍFICA DE CLÍNICA GERAL

Trabalho realizado sob a orientação de:  
PROFESSOR DOUTOR LUIZ MIGUEL DE MENDONÇA SOARES SANTIAGO

MARÇO/2017

FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA

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

**Capacitação pela consulta do doente diabético e o seu impacto na auto-  
eficácia no controlo da diabetes e na manutenção da terapêutica**

**Investigadores:**

*Ana Patrícia Marques Gonçalves*

Professor Doutor *Luiz Miguel de Mendonça Soares Santiago*

**E-mail:** uc2010127217@student.uc.pt / xanapr\_mg@hotmail.com

*“E de repente a vida te vira do avesso,  
e você descobre que o avesso é o seu lado certo.”*

**Caio Fernando Abreu**

## Dedicatória

À *Diabetes Mellitus*. Quem me conhece, já me ouviu, certamente, pronunciar estas palavras: “Obrigada Diabetes”. Contra-senso, à partida. Agradecer à Diabetes?! Sim. *Ela* entrou na minha vida, ainda antes de a Medicina entrar. Um dia, *ela* cruzou a minha vida, especificamente a do meu pai e, desde então, *ela* faz parte da família. Costumo dizer, palavras ecoadas no meu pensamento, que, graças à diabetes, o meu pai mostrou o ser que escondia dentro de si: hoje abraça como se não me tivesse visto ontem e não houvesse amanhã; liga para dizer um simples “Olá filha”, palavras sentidas de afecto; chora com amor de pai, quando toda a gente diz que “um homem não chora”; e mostrou-me que, mesmo que isso lhe custasse a vida, faria tudo para não me perder. Se isto não é suficiente para agradecer à diabetes, então uma dedicatória oficial fará o seu jus.

Dedico este trabalho aos *Meus Pais*, os meus grandes exemplos de vida; e ao meu *Meu “Irmão preferido”*, o meu pequeno grande exemplo de amor. Pessoas, com as suas limitações, é certo, mas acima de tudo, seres humanos incríveis. Pessoas que fizeram uma grande parte da pessoa que hoje me tornei. Pessoas que nunca desistiram de mim ou deixaram de acreditar nos meus sonhos. Pessoas que me fizeram apaixonar pela vida e me ensinaram a viver. Pessoas que, em todos os momentos, me acompanharam e se mantinham ao meu lado, mesmo quando os magoava ou lhes dava motivos para sorrirem. Pessoas que são apenas pessoas. Pessoas que são pais e irmão.

## **Resumo**

**Introdução** – A temática Diabetes surge diariamente em diversos contextos. A elevada prevalência na população portuguesa é já um facto que desperta preocupação do médico e da sociedade em geral. Trata-se de uma doença complexa que requer cuidados contínuos numa abordagem estratégica que visa o controlo do risco multifactorial inerente à evolução da própria, para além da glicemia, importante alvo terapêutico e preditor de complicações. O dualismo médico-paciente pressupõe, em momento de consulta, que o médico, enquanto orientador terapêutico, assuma uma vertente educacional para que a pessoa que sofre de diabetes se envolva no tratamento e tire benefício da consulta ao adquira ferramentas e conhecimentos para assumir um papel mais pró-ativo. Com efeito, agora capacitado, mais capaz em lidar com a doença, pode tornar-se empoderado em diabetes, tomando decisões informadas e conscientes face à sua condição e assumindo a gestão autónoma da diabetes, nomeadamente na adesão e manutenção em terapêutica, com real impacto na saúde e na qualidade de vida.

**Objectivos** – Averiguar a relação entre capacitação pela consulta de diabetes e auto-eficácia psicossocial em diabetes e em que modos se traduz na adesão e manutenção em terapêutica.

**Material e métodos** – Realizado estudo transversal em amostra de conveniência de indivíduos diabéticos. Entrevista, pela investigadora, à saída da consulta, em 2 USFs da região centro, durante janeiro e fevereiro de 2017. Desenho e aplicação de um instrumento que contempla o *Instrumento de Capacitação do Consulente (PEI/ICC)*, a *Escala de auto-eficácia ou empoderamento em Diabetes (DES-pt)*, o *Morisky Medication Adhesion Scale de quatro itens (MMAS-4)* e caracterização epidemiológica. Ulterior análise estatística descritiva e inferencial para estudo dos fenómenos captados pelos instrumentos, após verificação da normalidade dos dados.

**Resultados** – Obtida amostra de 128 diabéticos (51,6% do género feminino; 58,6% com idade >65 anos; maioria não ativo e baixo grau de estudos; e 76,6% com diabetes há mais de 5 anos). As médias foram  $14,4 \pm 2,2$  para somatório ICC e  $25,6 \pm 2,6$  para score DES-SF total. A análise estatística mostrou diferenças significativas no somatório ICC para grupo etário ( $p=0,028$ ) e no score DES-SF para género ( $p=0,009$ ) e grau de estudos ( $p=0,005$ ). Provou-se existência de correlação linear negativa com significado estatístico entre score DES-SF total e somatório ICC ( $\rho= -0,377$ ;  $p=0,000$ ). Em resultado do MMAS-4, obteve-se 3,9% com baixa adesão e 45,31% com elevada adesão. Não comprovada associação significativa entre adesão e manutenção em terapêutica com capacitação nem com auto-eficácia em diabetes.

**Discussão e conclusão** – O presente estudo captou baixa capacitação decorrente da consulta e resultados positivos, não muito, em auto-eficácia psicossocial; maior capacitação em diabéticos com idade  $\leq 65$  anos e auto-eficácia mais positiva em homens e diabéticos com médio/alto grau de estudos. Comprovou-se associação significativa entre capacitação e auto-eficácia em diabetes, podendo assumir-se que diabéticos menos capacitados são quem mais beneficia da consulta, adquirindo maior ‘empowerment’, ao longo do acompanhamento clínico. Os fenómenos de capacitação e auto-eficácia não traduziram impacto ao nível da adesão e manutenção em terapêutica, obtido através do MMAS-4, um instrumento não específico para diabetes. Todavia, os resultados obtidos adesão e manutenção em terapêutica foram muito satisfatórios com uma minoria que apresentava baixa adesão e uma maioria com elevada/média adesão.

**Palavras chave:** Diabetes *mellitus*, Capacitação, Auto-eficácia, Adesão e manutenção em terapêutica, Instrumento de Capacitação do Consultante (PEI/ICC), Escala de Auto-eficácia ou Empoderamento em Diabetes (DES-pt), Morisky Medication Adhesion de quatro itens (MMAS-4).

## **Abstract**

**Background** – Diabetes mellitus arises daily in many contexts. It's high prevalence in the portuguese population is already a fact that arouses concern of doctors and all the society. It is a complex disease that requires a correct approach to control multifactorial risk inherent to the development of diabetes, in addition to blood glucose levels control, an important target of therapy and predictor of complications. The dualism doctor-patient implies a proactive attitude of the doctor and involvement of the people with diabetes in their own treatment. The doctor needs to educate on therapeutics, giving skills and basic knowledge to patients so that they could benefit with doctor's appointment. As result of patient enablement, he feels able to understand and to deal with their disease. In this way, he becomes empower and are capable of make informed decisions about diabetes' daily cares that affect and are affected by the psychosocial aspects. It allows them to become autonomous in management of their disease and in maintenance of medication, with a positive impact on health and quality of life.

**Objective** – To assess the association between patient enablement and diabetes empowerment and their impact on therapeutic adherence and maintenance.

**Methods** – A cross-sectional study was conducted in a convenience sample of diabetic patients. Interview was done by researcher after doctor's appointment in two primary care units of the center of Portugal, during January and February 2017. Application of an instrument with the portuguese versions of *Patient Enablement Instrument* (PEI/ICC), *Diabetes Empowerment Scale - Short Form* (DES-pt) and *4 items Morisky Medication Adhesion* (MMAS-4), and an instrument of epidemiological characterization of the patients. Descriptive and inferential statistics in order to study the phenomena captured by instruments, after checking for the normality of the data were performed.

**Results** – The sample was of 128 diabetics (51,6% women; 58,6% with >65 years old; low degree of studies and no professionally active; e 76,6% was diabetic at least 5 years). The mean of ICC score was  $14,4 \pm 2,2$  and the mean of DES-SF total score was  $25,6 \pm 2,6$ . Statistical analyses showed differences with statistical significance in ICC score in age group ( $p=0,028$ ) and in DES-SF total score in gender ( $p=0,009$ ) and level of study ( $p=0,005$ ). There is a negative linear correlation, with statistical significance, between DES-SF total score and ICC score ( $\rho= -0,377$ ;  $p=0,000$ ). The application of MMAS-4 shown that 3,9% of patients were low adherence and 45,31% of patients were high adherence. There were no important correlations between the results of therapeutic adhesion and maintenance with MMAS-4 and DES-SF total score or ICC score.

**Discussion and conclusion** – The study had captured that diabetic patients have low enablement as outcome of consultation and positive empowerment, but not high. The impact on enablement was more significant in diabetics with  $\leq 65$  years old; and the psychosocial self-efficacy was higher in men and diabetics with medium/high level of study. It was found an important correlation between enablement and empowerment, that shown that patients with lower enablement obtain more health related benefit resulting from the consultation and they could improve psychosocial self-efficacy with the clinical follow-up. The phenomena enablement and empowerment were not correlations with therapeutic, that was measured by a nonspecific diabetes' instrument: MMAS-4. However, diabetic patients shown good adherence with a very short number of diabetics that was a low medication adhesion.

**Keywords:** Diabetes mellitus, Enablement, Empowerment, Therapeutic adhesion and maintenance, Patient Enablement Instrument, portuguese version (PEI/ICC), Diabetes Empowerment Scale - Short form, portuguese version (DES-pt), 4 items Morisky Medication Adhesion Scale (MMAS-4).



## Índice Geral

DEDICATÓRIA .....	III
RESUMO .....	IV
ABSTRACT.....	VI
ÍNDICE DE TABELAS E ILUSTRAÇÕES.....	IX
LISTA DE ABREVIATURAS .....	X
INTRODUÇÃO .....	1
MATERIAL E MÉTODOS .....	7
RESULTADOS.....	13
DISCUSSÃO .....	21
CONCLUSÃO .....	29
AGRADECIMENTOS.....	30
ANEXOS .....	34

## Índice de Tabelas e Ilustrações

TABELA 1. DADOS REFERENTES ÀS USF TOPÁZIO E USF FERNÃO DE MAGALHÃES, E RESULTADOS OBTIDOS ATRAVÉS DOS TESTES APLICADOS NA AVALIAÇÃO DA INDEPENDÊNCIA ENTRE OS DOIS GRUPOS. ....	13
TABELA 2. DADOS EPIDEMIOLÓGICOS DA AMOSTRA POPULACIONAL TOTAL DO ESTUDO (N=128). ....	14
TABELA 3. RESULTADOS DO TESTE DE KOLMOGOROV-SMIRNOV NA AMOSTRA EM ESTUDO (N=128), EM FUNÇÃO DA CAPACITAÇÃO PELA CONSULTA (SOMATÓRIO ICC) E AUTO-EFICÁCIA (SCORE DES-SF TOTAL). ....	15
TABELA 4. VALORES ESTATÍSTICOS DA CAPACITAÇÃO PELA CONSULTA E AUTO-EFICÁCIA NOS PACIENTES COM DIABETES, EM FUNÇÃO DAS DIFERENTES VARIÁVEIS EPIDEMIOLÓGICAS. ....	16
TABELA 5. RELAÇÃO ENTRE AS VARIÁVEIS QUE MEDEM A CAPACITAÇÃO PELA CONSULTA E A AUTO-EFICÁCIA EM DM OBTIDA PELO COEFICIENTE DE CORRELAÇÃO DE PEARSON ENTRE O SOMATÓRIO ICC E O SCORE DES-SF TOTAL. ....	17
TABELA 6. GRAUS DE ADESÃO E MANUTENÇÃO EM TERAPÊUTICA, AVALIADA PELO SCORE MMAS-4, DE ACORDO COM AS DIFERENTES CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DA AMOSTRA EM ESTUDO. ....	19
TABELA 7. RESULTADOS ESTATÍSTICOS QUE TRADUZEM O IMPACTO DO SOMATÓRIO ICC E DO SCORE DES-SF TOTAL NA ADESÃO E MANUTENÇÃO EM TERAPÊUTICA, AS VARIÁVEIS UTILIZADAS NO ESTUDO. ....	20
ILUSTRAÇÃO 1. CORRELAÇÃO ENTRE O SOMATÓRIO DE ICC E O SCORE DES-SF TOTAL EVIDENCIADA GRAFICAMENTE ATRAVÉS DE UMA RECTA DE CORRELAÇÃO. ....	18
ILUSTRAÇÃO 2. GRAUS DE ADESÃO E MANUTENÇÃO EM TERAPÊUTICA NA AMOSTRA EM ESTUDO OBTIDA PELA APLICAÇÃO DO MORISKY MEDICATION ADHERENCE SCALE DE 4 ITENS (MMAS-4). ....	18

## **Lista de Abreviaturas**

**CE** Comissão de Ética

**CSP** Cuidados de Saúde Primários

**DES** Diabetes Empowerment Scale

**DES-pt** Escala de auto-eficácia ou empoderamento (adaptação portuguesa da DES-SF)

**DES-SF** Diabetes Empowerment Scale – Short Form

**DGS** Direção-Geral da Saúde

**DM** Diabetes *Mellitus*

*dp* Desvio padrão

**ICPC-2** International Classification of Primary Care, Second edition

**MMAS-4** Morisky Medication Adhesion Scale de quatro itens

**NCDs** Noncommunicable diseases

**N** Distribuição normal

**OMS** Organização Mundial de Saúde

**PEI** Patient Enablement Instrument

**PEI/ICC** Patient Enablement Instrument/ Instrumento de Capacitação do Consulente  
(adaptação portuguesa da PEI)

**SNS** Serviço Nacional de Saúde

**SPD** Sociedade Portuguesa de Diabetologia

**USF(s)** Unidade (s) de Saúde Familiar

$\bar{x}$  Média

## Introdução

A inversão do paradigma epidemiológico da saúde traduziu-se pelo aumento da prevalência de doenças crónicas<sup>1,2</sup>, reflexo do progresso com repercussões na esperança média de vida, no estilo de vida<sup>1</sup> e na esfera socioeconómica. Para além do marcado impacto mundial associado aos elevados custos para os sistemas de saúde do século XXI<sup>2,3</sup>, é ainda responsável por grande parte da mortalidade e morbidade<sup>2</sup> global, perspetivando-se um agravamento deste cenário nos próximos anos.

Assiste-se hoje a um enorme desafio face às novas necessidades populacionais, cujos modelos de prestação de cuidados de saúde existentes se tornaram inapropriados<sup>1</sup> e ‘obrigados’ a mudanças. A *Organização Mundial de Saúde* (OMS) reconhece já a importância da doença crónica e defende a reformulação das definições e qualificações dos profissionais de saúde, programas de gestão de doença e implementação de cuidados integrados<sup>4</sup>.

A *Diabetes mellitus* (DM) está em rápida expansão global<sup>5</sup>, tendo quadruplicado desde 1980<sup>2</sup>. Os contornos da sua crescente prevalência mundial<sup>2</sup> fazem dela uma pandemia do século XXI; Portugal não foge à regra. No último *Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes*, consta que 13,1 em cada 100 indivíduos entre os 20 e 79 anos têm DM, sendo que apenas 56% destes já haviam sido diagnosticados; com um considerável número sem diagnóstico ou acesso tratamento. Apesar da diminuição do número de novos casos diagnosticados por ano, os novos casos foram estimados em 54.167, e conjectura-se que 40,3% da população portuguesa nesta faixa etária tem hiperglicemia intermédia ou DM<sup>5</sup>, números que refletem a magnitude do ‘panorama Diabetes’.

O aumento anormal da glicemia<sup>5</sup> é o fenómeno fisiopatológico determinante da DM, incluso nos critérios específicos de diagnóstico na Norma nº 002/2011 da *Direção-Geral da*

*Saúde* (DGS). Em virtude dos fenómenos etiológicos envolvidos, pode ser classificada em diferentes tipos clínicos<sup>2,5,6</sup>.

A hiperglicemia manifesta-se em resultado de uma resposta inadequada à insulina<sup>2</sup>. Decorrente da sua condição, o diabético tem maior propensão para desenvolver importantes complicações secundárias, pelo acometimento de outros órgãos e pela maior vulnerabilidade a flutuações da glicemia, sendo esta responsável por graves episódios de hipo e hiperglicemia, causa de hospitalização no SNS<sup>5</sup>. Em resultado da disrupção da regulação homeostática, habitualmente têm dislipidemia, hipertensão arterial e excesso de peso associados<sup>1</sup> e, evidências indicam que há um maior risco de doença coronária e de acidente vascular cerebral<sup>2,5</sup>.

A multimorbilidade que surge com o aumento da esperança média de vida implica ‘conviver’ com a doença por maior período de tempo: ideia que retrata o clássico exemplo de doença complexa progressiva, sem cura<sup>1</sup>, com impacto na qualidade de vida e causa de morte precoce<sup>2,5</sup>. É pertinente o controlo evolutivo, por meio de uma abordagem centrada na prestação de cuidados de saúde contínuos, permitindo obter melhor condição em saúde e uma vida ‘normal’, dentro do expectável para a sua condição<sup>7</sup>.

A prática tem mostrado resultados positivos no aparecimento ou evolução da doença em resultado da adopção de medidas proactivas e coordenadas de controlo e manutenção da doença e dos factores de risco<sup>1,8</sup>. A própria OMS delineou um Plano de acção Global para a prevenção e controlo de NCDs que defende a implementação de estratégias de prevenção da incidência ou progressão da doença crónica e complicações<sup>2</sup>, designadamente a DM.

Os Cuidados de Saúde Primários (CSP) são a primeira linha de prestação de cuidados em saúde, integrados no *Sistema Nacional de Saúde* (SNS)<sup>9</sup>. Neste âmbito, toda a consulta de cuidados primários assiste na dualidade médico-paciente e assume a vertente da medicina

centrada no paciente, encarando a DM como doença biopsicossocial. Na verdade, estabelece-se uma relação entre os dois agentes em prol de um objetivo comum, sendo o médico o entendido em diabetes e o paciente o entendido na sua própria vida<sup>10,11</sup>. A conduta médica baseia-se principalmente em parâmetros indicadores do estado atual da doença, devendo as medidas primárias ser dirigidas ao controlo metabólico e adesão terapêutica<sup>12</sup> com primazia pela normalização da glicemia e retardamento de complicações.

Nos últimos anos, promoção do potencial de saúde e bem-estar ganharam destaque na área da saúde. Sentiu-se a necessidade de edificar uma filosofia educacional<sup>10</sup> que fortalecesse a capacidade intrínseca do paciente na determinação das escolhas diárias respeitantes ao seu estado de saúde. Estas ideias enfatizam a importância da consulta centrada no paciente, do empoderamento e da capacitação deste compreender o seu estado de saúde e doença<sup>13</sup>.

A educação do paciente é hoje reconhecida como uma condição essencial prévia para eficaz autogestão da diabetes<sup>7,12</sup>, com efeitos adicionais à terapêutica clássica<sup>8</sup>, visto que exige controlo diário<sup>12</sup>. Efetivamente, o médico tem uma grande responsabilidade nesta tarefa e a consulta é o momento chave para intervir. Todavia, para além das consultas serem auto-limitadas<sup>13</sup>, da complexidade da doença e da multidimensionalidade do indivíduo<sup>11</sup>, há ainda a ter em linha de conta que este é determinante no controlo dos comportamentos de saúde e de doença<sup>8,14</sup>. São condições essenciais garantir o suporte de cuidados recomendados na Diabetes; envolver o próprio no seu tratamento<sup>8</sup> e partilhar a responsabilidade na adesão e manutenção terapêutica. A longo prazo, será maximizada a capacidade na autogestão da doença<sup>8</sup> e a adesão terapêutica<sup>15</sup>.

É expectável que um diabético assuma determinados comportamentos e atitudes na sua rotina diária<sup>16</sup> com efeito positivo sobre a eficácia terapêutica e satisfação, dos pacientes e dos profissionais de saúde<sup>10</sup>. Estudos publicados vêm comprovar esta premissa ao mostrarem

impacto no melhor controlo da doença a longo prazo<sup>5</sup>, com evidências na redução do risco de cegueira, nefropatia diabética, amputação de membros inferiores<sup>5</sup> e demais comorbilidades, e repercussão na qualidade de vida<sup>2</sup>.

A OMS alerta para um problema de magnitude crescente decorrente da não-adesão à terapêutica<sup>17</sup>. O impacto real desta situação traduz-se pela deterioração do estado de saúde, com aumento da morbimortalidade, e aumento da utilização de recursos na saúde<sup>17</sup>.

Empoderamento, neologismo proveniente do termo *empowerment*, conceito recente apresentado por Anderson *et al.*, concretiza a ideia de que todo o individuo tem a capacidade de ser responsável pela própria vida. Trata-se de conceito que reflete um certo dinamismo: o individuo vai-se transformando à medida que descobre e desenvolve essa capacidade intrínseca<sup>11</sup>, permitindo-lhe ganhar poder para gerir o seu estado de saúde de forma autónoma, consciente e informada<sup>7,8</sup>. Consequentemente, além da mais fácil adaptação à sua condição de diabético, permite maior controlo da sua saúde em geral<sup>11</sup> e lidar melhor com as adversidades da vida<sup>10</sup>. Estudos afirmam que o empoderamento é uma abordagem eficaz para o desenvolvimento de estratégias educacionais que abordam os aspectos psicossociais da diabetes<sup>12</sup>.

A posição do médico não é imperiosa; a sua intervenção passa por criar as condições ao empoderamento, facilitando a mudança de comportamentos face à saúde<sup>8</sup> e explorando possibilidades para atingir os objectivos. Enquanto educador, irá transmitir conhecimentos, consciencializar sobre necessidades, estabelecer metas e disponibilizar ferramentas e também discutir dúvidas ou problemas que possam surgir<sup>7,8</sup>, para que o paciente possa ser o agente ativo. Ao longo das sucessivas consultas, o médico vai transferindo maior responsabilidade que permite ao alcançar maior autonomia. Porém, poderá haver pessoas que sofrem de diabetes não queira ou não consiga assumir este papel. Como Funnell *et al.* mencionaram, a

decisão é do paciente, devendo ser aceite e respeitada, mesmo que implique uma diminuição do poder de autogestão da doença; sobre este pesa a responsabilidade pelas suas escolhas e as consequências que delas advêm. É, notoriamente, o exemplo de uma abordagem centrada no paciente<sup>11</sup> que ganhou credibilidade nos últimos anos.

Em meados dos anos 90, trabalhos desenvolvidos por Howie *et al.*, vieram evidenciar a importância da consulta na manutenção da doença. Segundo os autores, cuidados centrados no paciente e holismo são dois importantes valores da medicina da família, sobre os quais assenta o importante conceito de capacitação. A emergência do conceito *enablement* surgiu da percepção de que um paciente mais capaz de compreender a natureza da doença, sentir-se-á mais apto a lidar e gerir a mesma<sup>13</sup>, podendo ser esta a resposta à maior dificuldade, relatada pelos pacientes, em praticar os cuidados adequados na gestão autónoma da doença em comparação com o ter de lidar com o seu diagnóstico<sup>7</sup>. Assim, deve ser valorizada como um ganho de saúde em resultado da consulta<sup>18</sup>.

Estudos revelam que a implementação de programas de educação e capacitação do paciente através de uma abordagem multidimensional, cuja tomada de decisões clínicas tem em consideração a experiência global de doença vivenciada pelo paciente<sup>18</sup>, resulta em adesão e melhores resultados em saúde<sup>11</sup>, a nível psicossocial e de parâmetros clinicolaboratoriais<sup>19</sup>, tal como aumenta a qualidade de vida<sup>12,13,18</sup>.

Tendo por base a expressão da problemática e desafios da DM, propomo-nos a desenvolver o presente trabalho com o propósito de contribuir para melhor compreensão da importância da consulta do diabético na capacitação e auto-eficácia e o efeito preditivo destas na adesão em manutenção terapêutica.



Espera-se que haja real impacto da implementação do *empowerment* e elevada capacitação do paciente. É igualmente expectável que, em caso afirmativo, o paciente tenha maior adesão ao regime terapêutico e controlo sobre o seu estado de doença e saúde.

Possíveis conclusões deste estudo permitirão retratar a situação atual das USF no acompanhamento do diabético e, em certa medida, ajustar os objetivos das próprias equipas de saúde e/ou até delinear estratégias alternativas para otimizar a doença e o estado de saúde global do paciente.

## **Material e Métodos**

### **Concepção, locais e período de estudo**

Em conformidade com os objectivos definidos, foi concebido o desenho metodológico do estudo de base populacional com carácter transversal e correlacional. O estudo pretende explorar e descrever a existência de possíveis relações entre as variáveis estudadas.

Para efeitos, a sua concretização, através de entrevista para aplicação de instrumentos específicos em amostra de conveniência de indivíduos com Diabetes *Mellitus*, será feita no contexto das Unidade de Saúde Familiar (USF), do conselho de Coimbra, no período de janeiro e fevereiro de 2017.

A população alvo deveria apresentar classificação ICPC-2 de diabetes, estar sob tratamento farmacológicos, ter idade superior ou igual a 35 anos, sair de uma consulta de cuidados primários da DM, domínio da língua portuguesa e com capacidade mínima de para compreender e responder às questões; excluindo-se todos aqueles que não se enquadrassem nos critérios definidos.

### **Tamanho da amostra do estudo**

A determinação do tamanho da amostra foi obtida em função do número de diabéticos de cada USF com uma margem de erro amostral de 7% para um intervalo de confiança de 90% e com uma perspectiva de resposta de 50%. Em resultado dos cálculos, o número mínimo foi definido em 172 pacientes.

### **Instrumentos aplicados no estudo**

Auto-eficácia, capacitação e adesão e manutenção em terapêutica são as variáveis a ser estudadas. Sabe-se que os questionários são instrumentos de uso comum na avaliação em saúde, nomeadamente na prática clínica<sup>20</sup>. A sua utilidade advém do *know-how* captado e que

pode ter influência a vários níveis nos cuidados de saúde<sup>20</sup>, designadamente, nas decisões médicas sobre o tratamento e/ou intervenções, na configuração de programas de saúde ou gestão de doença e na implementação de protocolos específicos na área da saúde.

A escolha dos instrumentos a aplicar foi pautada pelos seguintes critérios: 1) condição específica; 2) inclusão dos domínios conceptuais alvo de análise; 3) com boa avaliação das propriedades psicométricas; 4) validados para a população portuguesa; 5) simples compreensão; e 6) aplicação fácil em amostras de grandes dimensões.

Em alinhamento com os pressupostos, o questionário final a aplicar dispõe de 3 secções, correspondentes às dimensões conceptuais em estudo [Anexo 2]; e, para melhor conhecer a amostra, dispõe ainda de uma secção de caracterização epidemiológica (género, idade, formação académica, actividade ocupacional e número de anos com DM). A auto-eficácia psicossocial em diabetes será capturada através do uso da versão portuguesa de *Diabetes Empowerment Scale Short Form* (DES-SF)<sup>21</sup>; a capacitação decorrente da consulta médica através da aplicação do *Instrumento de Capacitação do Consulente* (PEI/ICC)<sup>22</sup>; e a adesão e manutenção em terapêutica pela aplicação do instrumento *Four-item Morisky Medication Adherence Scale* (MMAS-4). Estes instrumentos estão validados e evidenciam fiabilidade para um preenchimento escrito pelo próprio paciente<sup>17,21-23</sup>, com exceção da versão portuguesa do DES-SF em que a consistência interna do teste mostrou similares resultados para a forma escrita de autopreenchimento como para a forma de leitura pelo investigador<sup>23</sup>.

*Diabetes Empowerment Scale* (DES), desenvolvido no início do século XX por Anderson *et al.*<sup>19,23</sup>, e as suas subsequentes versões, amplamente usadas como instrumentos de condição específica, cujo potencial reside em possibilitar a compreensão do ajustamento psicossocial para diabetes<sup>19</sup>, uma área pouco estudada. A versão inicial abrangia 8 dimensões conceptuais, num total de 37 itens, tendo sido reduzida posteriormente para 8 itens<sup>23</sup>. A forma

abreviada da DES, a DES-SF, fornece uma breve avaliação global quanto à auto-eficácia psicossocial no diabético. Trata-se de um instrumento válido e confiável<sup>19,23</sup>, tendo sido já aplicado em diversos países<sup>24</sup>, inclusive em Portugal<sup>21</sup>, intitulado por Escala de Capacidade de Controlo da Diabetes – Versão Breve.

Este instrumento pede ao participante que considere as respostas para as 8 questões "*em geral, eu acredito que...*", dando 5 opções de resposta pontuadas entre 1 e 5, desde "discordo completamente" até "concordo totalmente", respectivamente. O score final obtém-se pela média ponderada da pontuação obtida em cada questão (score DES-SF) ou pelo somatório dos valores atribuídos em cada questão (somatório DES-SF total). Uma pontuação inferior ou igual 24 no score DES-SF total ou 3 no score DES-SF indica atitude negativa e uma pontuação superior indica atitude positiva.

A auferência da capacitação do paciente por meio de uma consulta médica pode ser feita através do *Patient Enablement Instrument* (PEI), originalmente desenvolvido por Howie *et al*<sup>25</sup>. Trata-se de um instrumento útil, orientado para o paciente, que traduz os ganhos obtidos por este em resultado da intervenção do clínico ao nível da consulta<sup>13,22</sup>, uma das componentes da actividade médica. A sua aplicação em diversos países europeus é já um facto<sup>22,26</sup> e revela elevada fiabilidade e resultados consistentes; estando já traduzido para a realidade portuguesa, o qual é designado por *Instrumento de Capacitação do Consulente*<sup>22</sup>.

Questões como "*Capaz de lidar com a vida*", "*Capaz de compreender a sua doença*", "*Capaz de lidar com a sua doença*", "*Capaz de se manter saudável*", "*Confiante em relação à sua saúde*" e "*Capaz de se ajudar a si próprio*" fazem parte integrante do PEI/ICC. Para cada questão, há três possíveis opções de resposta: "Muito melhor"/"Muito mais"; "Melhor"/"Mais"; e "Igual ou pior", numeradas de 1 a 3, nesta ordem. Considera-se que, quando mais baixo o valor obtido pelo somatório, maior será a capacitação do paciente.

Distante de haver um consenso quanto à definição de adesão terapêutica<sup>16</sup>, há dificuldades na mensuração deste parâmetro. Mesmo sem um *gold standard* definido, existem vários instrumentos com utilidade nesta área<sup>17</sup>. *Morisky Medication Adherence Scale* (MMAS) apresenta-se como um instrumento específico de auto-relato que permite medir a adesão e manutenção em terapêutica<sup>15</sup>. Este instrumento, inovador à altura, foi inicialmente projectado para pacientes hipertensos<sup>15</sup>, pelo Dr. Morisky e seus colegas. A escala original englobava 4 itens de resposta fechada, e mostrou ser um método de interesse na medicina, passando a ser amplamente usada. Recentemente foi publicada uma versão reformulada desta escala, agora com um total de 8 itens, a MMAS-8, que visava capturar melhor o comportamento em adesão terapêutica; revelou propriedades psicométricas mais favoráveis, com maior consistência interna<sup>17</sup>.

Todavia, este não é o principal ponto a ser explorado na vertente temática deste estudo, mas sim ter uma breve ideia se esta é influenciada pelas duas outras constâncias supramencionadas. Optou-se por usar a versão original da escala que, apesar de teoricamente ter menor consistência interna em comparação com a MMAS-8, apresenta um valor do  $\alpha$ -Chronbach razoável<sup>17</sup>. Assim, para cada uma das questões havia apenas duas opções de resposta: “sim” ou “não” atribuindo o valor 1 ou 2, respetivamente. De acordo com o número de itens assinalados com 1 (“sim”), foi estabelecido o grau de adesão terapêutica em 3 classes: alta adesão (0 itens assinalados com “sim”), média adesão (1-2 itens assinalados com “sim”) e baixa adesão (3-4 itens assinalados com “sim”). Deste forma, quanto menor o número de itens assinalados com “sim”, tradutor de falha na terapêutica, maior será o seu grau de adesão e manutenção em terapêutica.

## **Aspectos éticos**

A Proposta de tema e orientação científica submetida à Faculdade de Medicina teve aval positivo, mostrando reunir as condições necessárias para efeitos de um projecto de investigação no âmbito do Mestrado Integrado em Medicina.

O presente estudo foi, em fase posterior, aprovado de forma favorável pela *Comissão de Ética da Administração Regional de Saúde do Centro (CEARSC)*, após a sua solicitação formal em 7 de outubro de 2016, por meio da submissão do pedido de apreciação para autorização da realização deste [Anexo 3].

A autorização formal do uso da informação obtida através das entrevistas foi dada pelos próprios participantes por meio da assinatura do Consentimento Informado [Anexo 1], tendo o mesmo sido disponibilizado a todos os participantes.

## **Entrevistas**

As entrevistas decorreram entre os dias 5 de janeiro e 20 de fevereiro de 2017, nas duas USF de Topázio e USF Fernão Magalhães.

As condições em que as entrevistas ocorreram foram delineadas antecipadamente, de modo a garantir maior uniformidade. Previamente à inquirição do paciente, a investigadora identificava-se como estudante do curso de Medicina da FMUC. Em seguida, era dada informação referente ao presente estudo e certificada a confidencialidade da informação colectada e a participação voluntária. Os indivíduos que concordaram participar no estudo subscreveram o consentimento informado. Todos os participantes foram inquiridos no período pós-consulta de diabetes, num gabinete cedido pelas USF supramencionadas. A todos eles foram lidas as questões e opções de resposta presentes no questionário, sendo assinalada pela investigadora após a verbalização da resposta pelo participante. Todos os indivíduos

participantes apresentavam-se dentro dos critérios definidos de população alvo, não tendo sido excluído nenhum.

### **Análise estatística**

Para tratamento dos dados e ulterior análise estatística descritiva e inferencial, fez-se auxiliar pelo “*SPSS Software for Windows – version 19.0*” (SPSS Inc., Chicago, IL).

Para análise estatística de variáveis nominais, opta-se pela aplicação do *teste de Chi-Square* ( $\chi^2$ ). No caso de variáveis numéricas, se não possível verificação da normalidade, opta-se por testes não paramétricos como o *teste de Mann-Whitney U* ou o *teste de Kruskal-Wallis* e, se possível verificação da normalidade, pelo *teste One-Sample Kolmogorov-Smirnov*; para inferência estatística da correlação opta-se pelo *teste de Correlação de Pearson*. O nível de significância está estabelecido em 5%, isto é, considera-se ter significado estatístico quando *p-valor*  $<0,05$ .

## Resultados

Neste estudo, a amostra estudada abrangeu um total de 128 indivíduos com DM, utentes seguidos em duas USFs do conselho de Coimbra.

Para testar a independência dos dois grupos e poder considerar-se como uma só amostra de estudo, foram aplicados os testes adequados para cada categoria epidemiológica, tal como está exposto na Tabela 1.

**Tabela 1. Dados referentes às USF Topázio e USF Fernão de Magalhães, e resultados obtidos através dos testes aplicados na avaliação da independência entre os dois grupos.**

USF Topázio	Variável n (%)	USF Fernão de Magalhães	
<b>Género</b>			
35 (55,6)	Masculino	27 (41,5)	Teste de Pearson Chi-Square p= 0,079
28 (44,4)	Feminino	38 (58,5)	
<b>Grupo etário (anos)</b>			
26 (41,3)	Até 65anos	27 (41,5)	Teste de Pearson Chi-Square p= 0,559
37 (58,7)	Superior a 65anos	38 (58,5)	
<b>Atividade ocupacional</b>			
16 (25,4)	Ativo	14 (21,5)	Teste de Pearson Chi-Square p= 0,380
47 (74,6)	Não ativo	51 (78,5)	
<b>Grau de Estudos</b>			
35 (55,6)	Baixo*	35 (53,8)	Teste de Pearson Chi-Square p= 0,493
30 (46,2)	Médio/Alto**	30 (46,2)	
<b>Número de anos com DM</b>			
15 (23,8)	Menos de 5 anos	15 (23,1)	Teste de Mann-Whitney U p= 0,651
17 (27,0)	Entre 5 e 10 anos	22 (33,8)	
31 (49,2)	Mais de 10 anos	28 (43,1)	

\* até à antiga 4ª classe ou actual 6º ano; \*\* superior à antiga 4ª classe ou actual 6º ano



Da comparação das duas populações, é possível perceber que, em função das diferentes categorias de variáveis medidas, o p-valor obtido não traduz significado estatístico. Significa isto que não se verifica a existência de possíveis divergências entre as frequências observadas e esperadas para cada categoria, ou as diferenças são muito pequenas, próximas de zero. Em resultado da inexistência de diferenças significativas, pode considerar-se como sendo grupos homogêneos e, desta forma, estudados em conjunto como uma só amostra populacional. A caracterização da amostra obtida é apresentada abaixo.

**Tabela 2. Dados epidemiológicos da amostra populacional total do estudo (n=128).**

Variável	Valores	Absoluto (%)
Género	Masculino	62 (48,4)
	Feminino	66 (51,6)
Grupo etário (anos)	Até 65anos	53 (41,4)
	Superior a 65anos	75 (58,6)
Atividade ocupacional	Ativo	30 (23,4)
	Não ativo	98 (76,6)
Grau de Estudos	Baixo (até à antiga 4ª classe ou 6º ano)	70 (54,7)
	Médio/Alto (superior à antiga 4ª classe ou 6º ano)	58 (45,3)
Número de anos com DM	Menos de 5 anos	30 (23,4)
	Entre 5 e 10 anos	39 (30,5)
	Mais de 10 anos	59 (46,1)

Em concordância com os “Dados epidemiológicos da amostra populacional total do estudo (n=128)” (Tabela 2), esta apresenta semelhante número de indivíduos de diferentes géneros, tendo a maioria idade superior a 65 anos (58,6%). Cerca de 76,6% dos indivíduos encontram-se em estado não ativo quanto à atividade ocupacional e pouco mais de metade dos indivíduos (54,7%) mostram baixo grau de estudos. Importante notar que 76,6% tem tempo

médio de diagnóstico da doença superior a 5anos; sendo que destes, aproximadamente 2/3 tem DM há mais de 10 anos.

Para averiguar que a amostra segue uma distribuição normal, e tratando-se de variáveis ordinais, aplicou-se o teste de Kolmogorov-Smirnov, como ilustrado na Tabela 3.

**Tabela 3. Resultados do Teste de Kolmogorov-Smirnov na amostra em estudo (n=128), em função da capacitação pela consulta (somatório ICC) e auto-eficácia (score DES-SF total).**

		Somatório ICC	Score DES-SF total
<b>Parâmetros normais</b>	<i>Média</i>	14,4	25,6
	<i>Desvio padrão</i>	2,2	2,6
<b>Diferenças extremas</b>	<i>Absoluta</i>	0,146	0,133
	<i>Positiva</i>	0,119	0,070
	<i>Negativa</i>	-0,146	-0,133
	<i>Kolmogorov-Smirnov Z</i>	1,654	1,504
	<i>Asymp. Sig. (2-tailed)</i>	<b>0,008</b>	<b>0,022</b>

De ressaltar que ambas as variáveis mostraram um *p-valor* do teste (*Asymp. Sig. (2-tailed)*) com significado estatístico, levando a aceitar a hipótese de que a população segue uma Distribuição Normal –  $N(\bar{x}; dp.)$  para o nível de significância habitual. Comprova-se assim a distribuição normal das variáveis, verificando-se que o somatório ICC segue a distribuição  $N(14,4;2,2)$  e o score DES-SF total segue a distribuição  $N(25,6;2,2)$ . Consequentemente, pode admitir-se que os fenómenos apresentam comportamento de efeito agregado de experiências aleatórias independentes e semelhantes na população estudada.

**Tabela 4. Valores estatísticos da capacitação pela consulta e auto-eficácia nos pacientes com diabetes, em função das diferentes variáveis epidemiológicas.**

	Género		Grupo etário (anos)		Grau de estudos		Atividade ocupacional		Número de anos com DM			
	M	F	Até 65anos	Superior a 65anos	Baixo**	Médio/Alto***	Ativo	Não ativo	<5anos	5-10anos	>10anos	
<b>N</b>	62	66	53	75	70	58	30	98	30	39	59	
<b>Somatório ICC</b>	Média	14,1	14,7	13,9	14,7	14,4	14,34	13,93	14,50	14,03	14,97	14,14
	Desvio padrão	2,1	2,2	2,36	1,96	1,99	2,38	2,30	2,12	2,44	2,06	2,04
	Testes estatísticos	p <sup>+</sup> = 0,107		p <sup>+</sup> = <b>0,028</b>		p <sup>+</sup> = 0,916		p <sup>+</sup> = 0,211		p* = 0,131 <sup>+</sup>		
<b>Somatório DES-SF total</b>	Média	26,21	25,00	25,98	25,31	25,00	26,29	26,30	25,37	26,03	25,26	25,58
	Desvio padrão	2,66	2,47	2,74	2,53	2,75	2,30	2,49	2,64	3,22	2,34	2,49
	Testes estatísticos	p <sup>+</sup> = <b>0,009</b>		p <sup>+</sup> = 0,153		p <sup>+</sup> = <b>0,005</b>		p <sup>+</sup> = 0,089		p* = 0,172		

<sup>+</sup> Teste de Pearson Chi-Square; \* Kruskal Wallis Test; \*\* até à antiga 4ª classe ou actual 6º ano; \*\*\* superior à antiga 4ª classe ou actual 6º ano

De salientar que há diferença significativa na capacitação pela consulta (somatório ICC) em pacientes pertencentes aos diferentes grupos etários (p=0,028), mais evidente em pacientes de idade inferior ou igual a 65 anos; sem diferenças a assinalar entre a média do somatório ICC e género (p=0,107), nível de estudos (p=0,916) ou actividade ocupacional (p=0,211).

A destacar ainda que a auto-eficácia é maior tanto em indivíduos do género masculino como os que têm nível médio/elevado de estudos; variáveis para as quais há diferença significativa no somatório da DES-SF total. De acordo com variáveis como grupo etário ( $p=0,153$ ) ou actividade ocupacional ( $p=0,089$ ) não há diferença significativa a notar.

Em resultado da análise da capacitação e auto-eficácia em função do tempo de diagnóstico de DM, pode notar-se que, em termos estatísticos, não há diferenças.

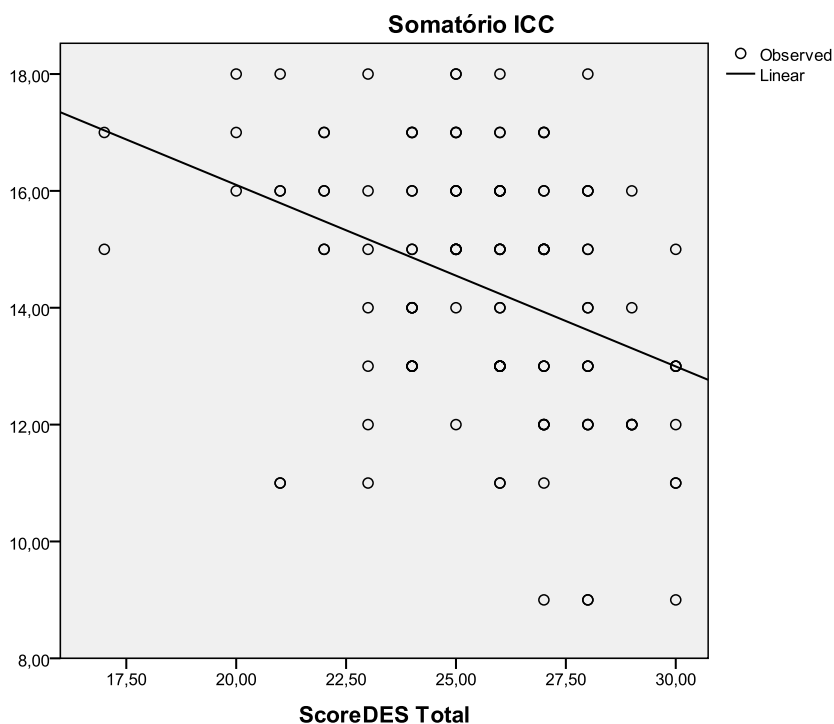
Para investigar a existência de uma relação entre a capacitação pela consulta e a auto-eficácia, duas variáveis qualitativas, procedeu-se a uma análise de correlação  $r$  de Pearson. Os resultados são exibidos na Tabela 5.

**Tabela 5. Relação entre as variáveis que medem a capacitação pela consulta e a auto-eficácia em DM obtida pelo coeficiente de correlação de Pearson entre o somatório ICC e o score DES-SF total.**

Variável		Somatório ICC	Score DES-SF total
Somatório ICC	Pearson Correlation ( $\rho$ )	1	-0,377
	Sig. (2-tailed)		<b>0,000</b>
Score DES-SF total	Pearson Correlation ( $\rho$ )	-0,377	1
	Sig. (2-tailed)	<b>0,000</b>	

Constata-se que o coeficiente de correlação entre as duas variáveis é negativo ( $\rho = -0,337$ ) e apresenta significado estatístico ( $p=0,000$ ). Significa isto que as variáveis estão negativamente correlacionadas, ou seja, quanto menor o valor do somatório ICC (maior capacitação), maior será a auto-eficácia do paciente diabético.

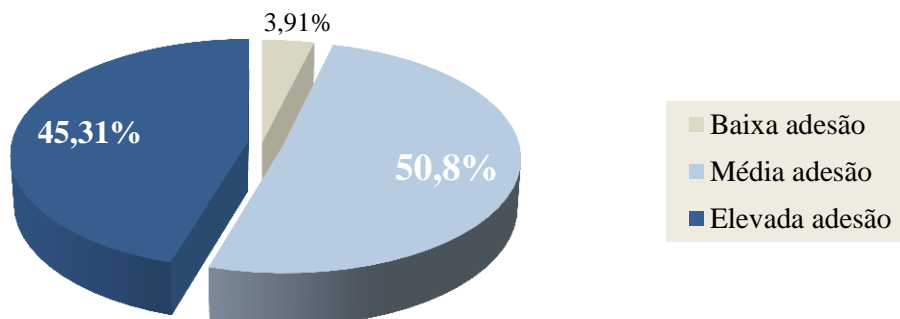
O gráfico seguinte, no qual é apresentada a recta de correlação entre as duas variáveis, ilustra correlação inversas entre ambas, tal como o valor do coeficiente de correlação calculado acima já fazia prever.



**Ilustração 1. Correlação entre o somatório de ICC e o score DES-SF total evidenciada graficamente através de uma recta de correlação.**

A aplicação da MMAS-4 resultou em informação útil sobre a adesão e manutenção em terapêutica, tal como pode ser visualizado na Ilustração 2. Na perspetiva de melhor descrever o perfil do ‘típico’ doente cumpridor, procedeu-se a um estudo mais detalhado em função das características epidemiológicas da amostra.

**Adesão e manutenção em terapêutica no diabético**



**Ilustração 2. Graus de adesão e manutenção em terapêutica na amostra em estudo obtida pela aplicação do Morisky Medication Adherence Scale de 4 itens (MMAS-4).**

**Tabela 6. Graus de adesão e manutenção em terapêutica, avaliada pelo score MMAS-4, de acordo com as diferentes características epidemiológicas da amostra em estudo.**

		Género		Grupo etário (anos)		Estudos		Actividade ocupacional		Número de anos com DM		
		M	F	≤65anos	Superior 65anos	Baixo*	Médio/Alto**	Activo	Não activo	<5anos	5-10anos	>10anos
<b>MMAS-4</b> Absoluto (%)	<b>Elevada adesão</b>	25 (43,2)	33 (56,9)	21 (36,2)	37 (63,8)	33 (56,9)	25 (43,1)	8 (13,8)	50 (86,2)	11 (19,0)	17 (29,3)	30 (51,7)
	<b>Média adesão</b>	34 (52,3)	31 (47,7)	30 (46,2)	35 (53,8)	35 (53,8)	30 (46,2)	20 (30,8)	45 (69,2)	17 (26,2)	19 (29,2)	29 (44,6)
	<b>Baixa adesão</b>	3 (60,0)	2 (40,0)	2 (40,0)	3 (60,0)	2 (40,0)	3 (60,0)	2 (40,0)	3 (60,0)	2 (40,0)	3 (60,0)	0 (0,0)

\* até à antiga 4ª classe ou actual 6º ano; \*\* superior à antiga 4ª classe ou actual 6º ano

Atentando para a Ilustração 2, salta à vista que, de uma forma global, apenas 3,9% dos pacientes apresenta baixa adesão e manutenção em terapêutica face aos 96,1% que demonstram ter média a elevada adesão.

Numa análise detalhada da Tabela 6, é possível constatar-se que os indivíduos mais cumpridores, com elevada manutenção em terapêutica, são geralmente do género feminino (56,9%); têm mais de 65 anos (63,8%); apresentam baixo grau de estudos (56,9%); encontram-se não activos (86,2%); têm diagnóstico de diabetes há maior número de anos (81% com diabetes há pelo menos 5 anos, dos quais 63,83% tem diabetes há mais de 10 anos). Em indivíduos com média adesão e manutenção em terapêutica, as diferenças entre os géneros, grupos etários, graus de estudos, estado de actividade ocupacional ou número de anos com diabetes são menos notórias.

Com o propósito de averiguar se a manutenção em terapêutica está ou não relacionada com a capacitação da consulta (ICC) ou com o auto-eficácia do paciente (DES-SF), foram aplicados testes estatísticos, tal como se pode evidenciar através dos resultados evidenciados na Tabela 7.

**Tabela 7. Resultados estatísticos que traduzem o impacto do somatório ICC e do score DES-SF total na adesão e manutenção em terapêutica, as variáveis utilizadas no estudo.**

		Somatório ICC	Score DES-SF total
Adesão e manutenção em terapêutica (MMAs-4)	<i>Chi-Square</i>	3,70	0,33
	<i>Df</i>	2	2
	<i>Asymp. Sig.</i>	0,157	0,846

Em função da classe de adesão e manutenção em terapêutica, tanto o somatório ICC como o score DES-SF total não apresentam diferenças com significado estatístico.

## **Discussão**

“Capacitação pela consulta do doente diabético e o seu impacto na auto-eficácia no controlo da diabetes e na manutenção da terapêutica” deu nome ao projecto de investigação cujo estudo concebido aspirava clarificar o resultado obtido por meio de uma consulta ao nível da capacitação do paciente com diabetes, apurar a noção de maior ou menor auto-eficácia sentida por este e a possível influência destas duas constâncias na adesão e manutenção em terapêutica, para o requerido controlo da diabetes.

A aplicação de instrumentos específicos nas duas USFs, em consenso com a aprovação dada pela Comissão de Ética, o aval positivo da coordenação das mesmas e com o consentimento dos participantes, permitiram a concretização deste estudo.

O trabalho decorrido nas USFs esteve em consonância com os procedimentos inicialmente definidos, tido como sendo os mais adequados. Decidiu-se que, apenas a investigadora executasse toda a atividade de campo por forma a existir um maior controle e garantia de homogeneidade no modo de inquirição, qualidade de tempo de entrevista e disponibilidade para esclarecimentos. Desta feita, todos os pacientes foram inquiridos sempre pela mesma pessoa; as questões foram colocadas sempre nos mesmos moldes; e os exemplos, para melhor entendimento das questões, foram sempre os mesmos. Mesmo sendo do conhecimento que os instrumentos em uso no estudo haviam sido validados e que a sua fiabilidade era garantida para condições de autopreenchimento escrito, manteve-se a intenção de ser a investigadora a fazer o preenchimento dos mesmos após a sua leitura. Assim, ainda que exista eventualmente viés associado à leitura das questões ou aos exemplos dados por esta, ou ainda por a factores associados à postura da investigadora (não igual em todos os dias de entrevista), será importante sublinhar, uma vez mais, a qualidade das restantes condições garantidas e, não menos importante, o fato de conseguir abranger, como parte integrante da



amostra, os pacientes que, por alguma limitação, não seriam capazes de responder às questões, presumivelmente simples e diretas, que constam nos vários instrumentos adaptados para a população portuguesa. Ao que tudo indica, o analfabetismo na população mais envelhecida ainda é uma constante em Portugal e mesmo pessoas com escolaridade demonstraram dificuldade em compreender o que lhes era questionado. Esclarecer também que houve o cuidado de, a cada paciente, ser dado o tempo necessário para responder a todas as questões, tendo-se notado maior necessidade de tempo naqueles com idade mais avançada e/ou com baixo e médio nível de estudos. Uma possibilidade, para anular o viés associado à investigadora, poderia passar pelo escrito do questionário pelo próprio participante, havendo uma grande chance de não obtenção de questionários válidos por ausência de uma não resposta ou mesmo o não preenchimento do questionário pelas limitações do próprio paciente.

A menor dimensão da amostra, face ao inicialmente estimado para efeito de estudo, não sendo representativa, não permite que os resultados possam ser extrapolados para a população portuguesa. Tendo por base as condições em que o estudo foi efetuado, é possível aceitar que se possa tratar de uma amostra de qualidade. Porém, no sentido de colmatar este problema da dimensão da amostra, seria útil prolongar o período de permanência nas USFs.

A obtenção de dados decorrente do trabalho concretizado nas duas USFs implicou análise estatística suplementar para avaliar diferenças entre estes dois grupos. Previamente à escolha dos testes adequados a aplicar e para evitar conclusões erróneas, foram verificados os seguintes critérios: 1) trata-se de variáveis categóricas; 2) houve aleatoriedade na selecção dos dados da amostra; 3) dimensão da amostra >30; e 4) os dois grupos eram independentes. Não se verificando diferenças estatísticas entre as amostras, os dois grupos foram estudados em conjunto. Todavia, a aleatoriedade da amostra não foi totalmente garantida pelo facto de a selecção dos pacientes não ter sido aleatória; apenas a escolha dos dias em que a investigadora

se deslocava às USFs foram aleatórios, sendo inquiridos os pacientes que, naqueles dias, tinham consulta de diabetes. Esta foi uma outra das limitações inerentes ao presente estudo.

O retrato epidemiológico da amostra, em “Dados epidemiológicos da amostra populacional total do estudo (n=128).” (Tabela 2), mostra tratar-se de uma população idosa, estando em consonância com a informação que consta do Relatório do Observatório Nacional da Diabetes de 2014, no qual é referido o aumento da prevalência da Diabetes com a idade<sup>5</sup>; quase 80% dos indivíduos são não activos em termos profissionais; e pouco mais de metade mostram baixo grau de estudos. Ressalta também, neste retrato do diabético, o número de anos com diagnóstico de doença; o que não admira porque, como se sabe hoje, as pessoas têm maior esperança média de vida, implicando maior período de convivência com esta doença crónica. Este panorama dá, ao médico, conhecimento da qualidade da população afetada pela diabetes e com a qual irá lidar em momento de consulta. A literatura diz-nos que é o próprio paciente quem detém o grande papel no controlo dos comportamentos de saúde e de doença<sup>8,14</sup>, implicados na gestão autónoma<sup>8</sup> e controlo diário da doença<sup>12</sup> e, assim sendo, com conhecimento prévio, o médico pode melhor dirigir os seus esforços para orientar terapeuticamente e criar e adaptar condições para a capacitação e *empowerment* do diabético.

Da avaliação dos ganhos obtidos pela consulta, medida através do PEI/ICC, os valores encontrados apontam para baixos ganhos obtidos nesta última consulta. Ainda que se trate de um instrumento com utilidade confirmada para medir o impacto benéfico da consulta no paciente<sup>13</sup>, não deixa de ser uma ferramenta de auto-perceção do paciente. Como tal, há sempre factores que podem interferem com a mensuração desta variável, alguns dos quais já foram documentados<sup>13</sup>. O dualismo médico-paciente, as competências do médico, as condicionantes da própria consulta, a presença de outras comorbilidades e a variabilidade associada à interpretação das diferentes questões, são alguns dos possíveis fatores. Tendo em conta que a maioria já tinha diagnóstico há mais de 5 anos, acompanhados em consultas

médicas desde então, não surpreende que o impacto desta última consulta seja baixo relativamente às consultas iniciais. Há estudos que referem que a percepção do paciente em relação à capacitação pela consulta vai sendo perdida ao longo do tempo de acompanhamento<sup>13</sup>, tal como muitos pacientes referiam durante a entrevista. À semelhança de outros estudos<sup>22</sup>, os resultados em capacitação eram maiores em pacientes mais jovens que tiravam maior benefício da consulta.

A auto-eficácia psicossocial do paciente diabético foi medida através do instrumento da *Escala de Capacidade de Controlo da Diabetes – Versão Breve (DES-SF)*, também ela um instrumento de auto-relato. Os valores encontrados comprovam estarmos perante pessoas empoderadas, com uma atitude positiva no que concerne à auto-eficácia em diabetes. Estes resultados vão ao encontro dos resultados obtidos em estudos anteriormente realizados<sup>24</sup>, nomeadamente em Portugal<sup>21</sup>. A destacar ainda que indivíduos do género masculino e indivíduos com nível médio/elevado de estudos evidenciaram maior *empowerment*. É compreensível, em certo ponto, que pessoas com maior instrução tenham uma maior auto-eficácia no controlo da diabetes por serem um grupo, à partida, com maior conhecimento e com acesso a informação de melhor qualidade.

Curiosamente, independentemente do número de anos com diagnóstico de diabetes, não foram observadas variações relevantes quanto ao impacto desta última consulta nem na auto-eficácia em diabetes. Esta não evidência contrasta com estudos publicados que mencionam o aumento do empoderamento com o maior tempo de intervenção ao nível da educação do diabético<sup>12</sup>.

Resultados do estudo apontam para a ideia que um paciente mais capacitado é um paciente com maior *empowerment* na sua diabetes; afirmação suportada pela correlação linear estabelecida entre o somatório ICC e o scores DES-SF total, a qual mostrou ser negativa, com

elevado significado estatístico. No limite, uma correlação dita "perfeita" apresentaria como valor do coeficiente de correlação -1. Todavia, e apesar de o valor ser menor, é igualmente importante; e, sabendo que há estudos que indicam que níveis mais elevados de *empowerment* refletem melhor conhecimento da sua doença e tudo o que esta compreende<sup>19</sup>, contribuindo positivamente para um melhor controlo a longo prazo da diabetes<sup>12,19</sup>, está aqui patente a importância que o papel do médico pode ter na consulta, podendo ser determinante na capacitação do paciente, com um notável impacto na auto-eficácia psicossocial da diabetes. Assim sendo, é importante que, numa fase inaugural de diagnóstico da diabetes haja maior empenho, por parte do clínico entendido em diabetes<sup>10,11</sup>, ao nível da consulta, para que o paciente obtenha maior benefício e saia mais capacitado; ao longo dos anos de convivência com a doença e com o adequado acompanhamento médico, o paciente desenvolverá as competências indispensáveis para fazer boas escolhas no que respeita ao seu estado de saúde<sup>12</sup>, traduzindo uma eficaz autogestão diária da doença e controlo na progressão desta e no surgimento das complicações que dela advêm.

Segundo a literatura, a adesão em diabetes é definida como comportamentos de autocuidado adotados pelo diabético em resultado de recomendação médica, englobando para além da componente de adesão à medicação, as práticas envolvendo o estilo de vida<sup>16</sup>. Neste sentido, maior adesão terapêutica permitirá controlo mais eficaz da doença a longo prazo<sup>15</sup>, uma vez que a baixa adesão interfere negativamente na evolução clínica e qualidade de vida do diabético<sup>12,13,18</sup>, estando implicada no aumento da morbimortalidade e dos gastos em saúde<sup>1,17</sup>. Vista como sendo um indicador do controlo da diabetes, a adesão e manutenção terapêutica foi apurada através da aplicação do *Morisky Medication Adhesion de quatro itens* (MMAS-4).

A análise dos resultados mostrou uma grande adesão terapêutica e manutenção da mesma, traduzida pelo quase insignificante número de pacientes que apresentava uma baixa

adesão e manutenção em terapêutica. Tudo indica estarmos perante pacientes cumpridores no que se refere à toma da medicação, ou seja, não se esquecem ou esquecem esporadicamente de tomar a medicação, não são ou são pouco descuidados em relação à toma de medicação e mantêm a adesão mesmo quando se sentem melhor e/ou pior com a toma desta. Mas, se por um lado estes resultados são satisfatórios, por outro deve ter-se em conta que, normalmente, baixa adesão obtida por instrumentos de auto-relato tem melhor precisão do que quando esta é elevada<sup>16</sup>. A desvantagem do uso deste tipo de instrumento, um instrumento de auto-relato orientado para o paciente, está relacionada com o facto de poder distorcer a realidade. Esta limitação prende-se não só com facto de depender do grau de confiança da resposta dada pelo próprio, como com o facto de não ser um questionário de condição específica<sup>15</sup>. A somar-se a estas questões, há ainda que ter em conta que a consistência interna deste teste é considerada razoável<sup>17</sup> e que traduz uma escala subjectiva de medida de adesão em terapêutica. Um estudo de adesão terapêutica realizado mostrou que os níveis de glicemia em diabéticos não estavam associados com os graus de adesão obtidos por meio da MMAS<sup>17</sup>. Sendo a hiperglicemia um dos maiores preditores de complicações em diabéticos<sup>27</sup>, talvez o MMAS não seja um instrumento adequado para a diabetes. Esta situação chama a atenção para a necessidade de um outro instrumento com maior consistência interna que consiga mensurar, para além do cumprimento da toma de medicação, as outras medidas terapêuticas não farmacológicas implícitas no conceito de adesão terapêutica. Recentemente, uma equipa alemã desenvolveu um novo instrumento para avaliar a adesão terapêutica em diabéticos, associada ao controlo glicémico. Este promissor instrumento de condição específica, designado *Diabetes Self-Management Questionnaire* (DSMQ), mostrou ter elevada consistência interna e forte correlação com HbA<sub>1c</sub><sup>27</sup>. Um estudo preliminar com boas evidências que talvez possa ser adaptado para a população diabética portuguesa, constituindo um melhor instrumento para avaliação do parâmetro de adesão terapêutica comparativamente ao MMAS-4.

“Capacitação pela consulta do doente diabético e o seu impacto na auto-eficácia no controlo da diabetes e na manutenção da terapêutica” é o título que deu nome a este projecto. Por forma a testar esta premissa, procedeu-se, por último, à averiguação da possível relação entre adesão e manutenção em terapêutica e as duas outras variáveis, individualmente. Seria de esperar que houvesse um efeito preditivo da capacitação pela consulta ou do *empowerment* na adesão e manutenção em terapêutica, como alguns estudos reportam<sup>11</sup>, com impacto positivo nos níveis de glicemia<sup>12</sup>. Porém, os resultados mostraram que nenhuma das constâncias tinha relação estatística com o grau de adesão obtido pelo MMAS-4, reportando para a ideia de que o cumprimento terapêutico nos diabéticos poderá ser condicionado por outros factores que não estes dois.

Hoje conhece-se maior potencial na adesão e manutenção terapêutica quando os próprios pacientes, em colaboração com profissionais de saúde, são capazes de desenvolver estratégias para tal. Porém, talvez pelas características dos participantes do estudo – maioritariamente indivíduos de idade avançada e com baixo nível de instrução, baixa capacitação, auto-eficácia pouco positiva e por eventual efeito aditivo sociocultural –, estes não sejam capazes de amplificar as suas capacidades intrínsecas para adoptar comportamentos que permitem uma optimização na gestão da diabetes.

As principais limitações a apontar ao estudo desenvolvido são: a dimensão da amostra face ao estipulado; a não total garantia de aleatoriedade da amostra pelo facto de apenas terem sido aleatórios os dias de consulta e as USFs onde os questionários foram aplicados; a aplicação do questionário em apenas duas USFs; o tempo de colheita de dados; o viés associado à leitura e exemplos no preenchimento do questionário; e a aplicação de um instrumento de condição não específica e com consistência interna razoável. Assim sendo, e apesar da apresentação e discussão dos resultados obtidos pelo estudo em causa, estes não podem ser generalizados à população portuguesa.

Globalmente, o estudo foi concluído com sucesso. Se bem que não tenham sido encontradas todas as correlações esperadas e a amostra não seja representativa, pode afirmar-se que o propósito inicial do projecto de investigação, que visava contribuir para melhor compreensão da importância da consulta na capacitação do paciente e do empoderamento deste para a optimização da autogestão da diabetes, foi alcançado. Obtiveram-se importantes resultados no campo da diabetes, dentro das limitações que não foram possíveis ultrapassar. O questionário construído e aplicado no presente estudo, com três instrumentos específicos para a obtenção de diferente informação e complementado por uma caracterização epidemiológica, mostrou ser um instrumento útil e prático para avaliar o impacto da consulta no acompanhamento do diabético.

Deixo aqui, em jeito de manifesto, a sugestão de que se façam novos estudos nesta área, de forma a conseguir melhor avaliar e compreender a dinâmica entre estas variáveis e poder extrapolar as conclusões para a população portuguesa. E, tal como mencionei acima, talvez fosse interessante olhar para o instrumento condição específica que se mostra promissor na mensuração da adesão terapêutica.

## **Conclusão**

Verificou-se real impacto da implementação do *empowerment*, mesmo que baixo; muito boa adesão e manutenção em terapêutica; e baixa capacitação do paciente em resultado da consulta. E, mesmo sendo expectável que um paciente mais capacitado ou com maior auto-eficácia em diabetes tivesse maior adesão ao regime terapêutico e controlo sobre o seu estado de saúde e doença; tal relação não foi confirmada.

Mais do que os números em si, o presente estudo expõe resultados cujo domínio pode conduzir a algumas implicações para os profissionais de saúde. Algumas conclusões, referentes à situação atual das USF no acompanhamento do diabético, permitirão ajustar os objetivos das próprias equipas de saúde e até adotar estratégias para otimizar a doença e o estado de saúde global do paciente.

Mesmo com baixos ganhos obtidos pela consulta, é fulcral que os pacientes continuem a ter um acompanhamento médico, nomeadamente através das consultas de diabetes para melhor monitorização e controlo da evolução da doença. É importante que as consultas sejam a ocasião para educar e capacitar os pacientes, para que eles próprios saibam como gerir a sua condição, tenham a noção de que não é realmente fácil mas, é possível ter os cuidados implícitos na estratégia terapêutica da diabetes.



## **Agradecimentos**

Ao *Professor Doutor Luiz Miguel de M. S. Santiago*, agradeço a oportunidade e o privilégio que tive em tê-lo como *Orientador da Tese de Mestrado*. Médico na área de Medicina Geral e Familiar, referido pelo típico português como “médico de família”, trata-se de um médico competente, humano e sensível ao actual estado da sua especialidade, tentando conhecer melhor a realidade da população portuguesa, dar a conhecer essa mesma realidade e sempre com o intuito de fazer mais e melhor, estar à altura de ser e oferecer ao paciente o que a arte médica tem de melhor. Sempre disponível, esclareceu todas as minhas dúvidas com enorme rapidez e colmatou as minhas falhas sem desmerecer o meu trabalho. Mostrou-me que, quando se é competente e se trabalha com rigor, apesar das dificuldades que se encontram, o objetivo final é sempre tentar fazer um bom trabalho.

A todos os que colaboram diariamente com as USF de Topázio e Fernão de Magalhães que me possibilitaram as condições mínimas necessárias para poder desenvolver o meu trabalho. Agradeço, de especial forma, à *Dra. Inês Rosendo* que prontamente me recebeu na USF de Fernão de Magalhães e me permitiu integrar e desenvolver o meu trabalho naquele local, mostrando-se sempre atenta e disponível para tudo o que fosse necessário; e um Muito Obrigada à *Enfermeira Anabela Baptista*, da USF Topázio, que me ajudou na abordagem inicial aos pacientes, quando o meu à vontade ainda não era “à vontade”.

Expresso também a minha gratidão a *Todos os Pacientes* que, embora no anonimato, cooperaram com este estudo.

À *Ana Rita M. da Silva* que assumiu o papel de *Procuradora* e na minha ausência de Coimbra, e foi extremamente prestável em tratar da papelada com o meu orientador

de tese para que a minha “Proposta de Tema e de Orientação Científica” pudesse ser entregue para aprovação.

Aos *Meus Pais e Irmão*, pelos “ouvidos abertos” aos meus desabafos sobre a tese, diabetes ou os meus dias nas USF, em especial à Minha Mãe que me encorajava nas alturas em que desanimava, nem que fosse para dizer “Filha, não conseguiste entrevistar todos os que contavas entrevistar, mas pelo menos sempre entrevistaste algum”.

À *Minha Prima*, Ana Gabriela M. da Silva, que acompanhou todo o meu processo de ida para as USF: desde o dia que me deixou à porta da USF Topázio até ao dia em “Terminei nas USFs!”; não esquecendo os intermináveis desabafos quando chegava a casa depois de um dia de entrevistas, cansada, umas vezes satisfeita outras desanimada e sempre com as palavras certas.

Aos *Meus Amigos e Amigas*, pela transmissão de apoio e carinho em mais uma etapa; em especial a *Uma Amiga* me sugeriu o meu actual orientador da tese.

Aos *Nordestinos* que me acolheram e fizeram sentir em casa, na sua tão humilde João Pessoa, cidade onde renasci e terra onde a inspiração da escrita da tese me inundou.

Ao *HULW*, onde uma paciente diabética com uma grave complicação decorrente da falta de autocuidados adequados à DM, me mostrou a importância de um bom acompanhamento médico, da capacitação e do *empowerment* para a autogestão da diabetes.

## Referências Bibliográficas

1. Eduardo Sabaté. *Adherence to Long-Term Therapies: Evidence for Action*. (World Health Organization, ed.). WHO publications; 2003.
2. *Global Resport on Diabetes*. Publications of the World Health Organization; 2016.
3. Guerra J. Sociedade Portuguesa de Medicina Interna Proposta para a Criação do Núcleo de Estudos sobre Gestão da Doença Crónica da SPMI. 2009.
4. Chronic diseases [web site]. [http://www.who.int/topics/chronic\\_disease/en](http://www.who.int/topics/chronic_disease/en).
5. Sociedade Portuguesa de Diabetologia. *Diabetes: Factos E Números - O Ano de 2014*. Vol 11.; 2015. doi:ISBN: 978-989-96663-1-3.
6. Boavida, José Manuel; de Melo, Pedro Carneiro; Duarte, Augusto; Vicente, Lisa Ferreira; Ruas MA. *Norma N° 002/2011 - Diagnóstico E Classificação Da Diabetes Mellitus.*; 2011. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0022011-de-14012011.aspx>.
7. Meetoo D, Gopaul H. Empowerment : giving power to people with diabetes. *J Diabetes Nurs*. 2005;9(No.1):28-32.
8. Boavida JM. Educação do doente terapêutico no tratamento da diabetes. *Rev Port Cardiol*. 2013;32:32-34. doi:10.1016/S0870-2551(13)70045-3.
9. Mbbs TRBP, Walker JJ, Nowak PR. Patient involvement in assessing consultation quality: a quantitative study of the Patient Enablement Instrument in Poland. *Heal Expect*. 2009;13:13-23. doi:10.1111/j.1369-7625.2009.00554.x.
10. Funnell MM, Anderson RM, Arnold M, et al. Empowerment : An Idea Whose Time Has Come in Diabetes Education. *Diabetes Educ*. 17(No.1):37-41.
11. Funnell, Martha M; Weiss M. Patient empowerment: the LIFE approach. *Eur Diabetes Nurs*. 2008;5(2):75-78. doi:10.1097/00002727-200404000-00012.
12. Anderson, Robert M.; Funnell, Martha M.; Butler, Patricia M.; Arnold, Marilyn S; Fitzgerald, James T; Feste CC. Patient Empowerment: Results of a randomized controlled trial. *Diabetes Care*. 1995;18(7):943-949.
13. Lam CL, Yuen NY, 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. 2010;27(April):395-403. doi:10.1093/fampra/cm021.
14. Ferrer RL, Carrasco AV. Capability and Clinical Success. *Ann Fam Med*. 2010;8, No.5:454-460. doi:10.1370/afm.1163.
15. Morisky DE, Green LW, Levine DM. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. *Med Care*. 1986;24(1):67-74. doi:10.1097/00005650-198601000-00007.

16. McNabb WL. Adherence in diabetes: Can we define it and can we measure it? *Diabetes Care*. 1997;20(2):215-218. doi:10.2337/diacare.20.2.215.
17. Tan X, Patel I, Chang J. Review of the four item Morisky Medication Adherence Scale (MMAS-4) and eight item Morisky Medication Adherence Scale (MMAS-8). *Inov Pharm*. 2014;5(3):0-8. doi:10.1111/dme.12651.
18. Reis AF, Santiago LM, Botas P. Medicina Centrada no Paciente e Capacitação do Consultante em Medicina Geral e Familiar. *Rev ADSO*. 2015;5(No.5):19-32. [http://adso.com.pt/revadso/article/view/30/pdf\\_8](http://adso.com.pt/revadso/article/view/30/pdf_8).
19. Anderson, Robert M.; Funnell, Martha M.; Fitzgerald, James T; Marrero DG. The Diabetes Empowerment Scale: A measure of psychosocial self-efficacy. *Diabetes Care*. 2000;23(6):739-743.
20. Coluci MZO, Alexandre NMC, Milani D. Construção de instrumentos de medida na área da saúde. *Cien Saude Colet*. 2015;20(3):925-936. doi:10.1590/1413-81232015203.04332013.
21. Aveiro MS. Validação populacional da Escala de Capacidade de controlo da Diabetes - versão breve (DES-SF). 2014.
22. Pintalhão I, Botas P, Pereira C, Santiago LM. Desenvolvimento de Tradução para Português do Patient Enablement Instrument Portuguese Translation of the Patient Enablement Instrument. *Rev ADSO (Associação dos Docentes e Orientadores Med Geral e Fam)*. 2013;2013(02):18-22.
23. Anderson, Robert M.; Funnell, Martha M.; Fitzgerald, Gruppen, Larry D.; Oh MS. The Diabetes Empowerment Scale – Short Form (DES-SF). *Diabetes Care*. 2003;26(5):1641-1642.
24. Chen M, Wang R, Cheng C, et al. Diabetes Empowerment Process Scale: development and psychometric testing of the Chinese version. *J Adv Nurs*. 2010:204-214. doi:10.1111/j.1365-2648.2010.05486.x.
25. Howie JGR, Heaney DJ, Maxwell M, Walker JJ, Freeman GK, Maxwell M. General practice survey. 1999;319(September).
26. Hudon C, Fortin M, Rossignol F, Bernier S, Poitras M. The Patient Enablement Instrument-French version in a family practice setting : a reliability study. *BMC Fam Pract*. 2011;12(1):5. doi:10.1186/1471-2296-12-71.
27. Schmitt A, Gahr A, Hermanns N, Kulzer B, Huber J, Haak T. The Diabetes Self-Management Questionnaire (DSMQ): development and evaluation of an instrument to assess diabetes self-care activities associated with glycaemic control. *Health Qual Life Outcomes*. 2013;11(1):138. doi:10.1186/1477-7525-11-138.

## Anexos

### Anexo 1. Instrumento desenhado e aplicado nas USFs

Leia atentamente e responda a todas as questões, colocando uma cruz (X) na resposta que mais se adequa.

<b>Idade:</b>	Até 35 anos <input type="radio"/>	Entre 36 a 65 anos <input type="radio"/>	Mais de 65 anos <input type="radio"/>
<b>Sexo:</b>	Masculino <input type="radio"/>		Feminino <input type="radio"/>
<b>Tem diabetes há quantos anos</b>	Menos de 5 anos <input type="radio"/>	Entre 5 e 10 anos <input type="radio"/>	Mais de 10 anos <input type="radio"/>
<b>Estudos:</b>	Sabe ler e escrever <input type="radio"/> <sub>1</sub>	9.º ano (4ª classe) <input type="radio"/> <sub>2</sub>	12.º ano (7º ano) <input type="radio"/> <sub>3</sub> Superior <input type="radio"/> <sub>4</sub>
<b>Atividade em que ocupa a quase totalidade do tempo e/ou em que ganha quase todo o dinheiro mensal:</b>	Agricultura <input type="radio"/> <sub>1</sub>	Comércio <input type="radio"/> <sub>2</sub>	Doméstica <input type="radio"/> <sub>5</sub> Desempregado <input type="radio"/> <sub>6</sub> Indústria <input type="radio"/> <sub>3</sub> Reformado <input type="radio"/> <sub>7</sub> Serviços <input type="radio"/> <sub>4</sub> Estudante <input type="radio"/> <sub>8</sub>

#### Instrumento de Capacitação do Consulente (ICC)

Como um resultado da sua consulta com o médico hoje, sente que está:

	Muito melhor	Melhor	Igual ou pior
Capaz de lidar com a vida	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Capaz de compreender a sua doença	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Capaz de lidar com a sua doença	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Capaz de se manter saudável	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	Muito mais	Mais	Igual ou menos
Confiante em relação à sua saúde	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Capaz de se ajudar a si próprio	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Adesão e manutenção em terapêutica pelo  
Morisky Medication Adherence Scale de 4 itens (MMAS-4)**

	Sim	Não
Alguma vez se esqueceu de tomar a sua medicação?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Por vezes é descuidado a tomar a sua medicação?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Quando se sente melhor, deixa, por vezes, de tomar a sua medicação?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Por vezes, ao sentir-se pior quando toma a medicação, deixa de a tomar?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

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

<i>Em geral, eu acredito que:</i>	Discordo completamente	Discordo pouco	Não discordo nem concordo	Concordo um pouco	Concordo completamente
... sei identificar os aspetos dos cuidados a ter com a minha diabetes com os quais estou insatisfeito.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... consigo atingir as metas relativas à minha diabetes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... posso encontrar diferentes formas de ultrapassar os problemas para atingir as metas relativas à minha diabetes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... consigo arranjar forma de me sentir melhor mesmo tendo diabetes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... sei como lidar de forma positiva com o stress relacionado com a diabetes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... posso pedir ajuda por ter e para tratar a diabetes sempre que necessito.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... sei o que me ajuda a estar motivado/a para cuidar da minha diabetes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... me conheço suficientemente bem para fazer as melhores escolhas para cuidar da minha diabetes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Data da consulta com o(a) seu(sua) médico(a) de família: \_\_\_\_\_

**Muito Obrigada pela Colaboração!**

## Anexo 2. Consentimento informado



### Consentimento informado

**“Capacitação pela consulta do doente diabético e o seu impacto na auto-eficácia no controlo da diabetes e na manutenção da terapêutica”.**

“O presente questionário tem como objectivo avaliar o modo como pensa a actividade do seu médico no trabalho consigo sobre a sua diabetes. E pretende também saber como é que a pessoa que sofre de diabetes consegue ser eficaz no tratamento da diabetes.

Para tal, solicitamos a sua colaboração no preenchimento do mesmo, garantindo que os dados recolhidos são confidenciais e anónimos, não havendo necessidade de apresentar informações que o(a) possa identificar, sendo que ninguém saberá quem respondeu ou como respondeu. Não existem respostas corretas ou erradas. Está à vontade para parar de responder se lhe não apetecer acabar.

A resposta ao mesmo traduz a sua autorização para a utilização dos dados fornecidos, sendo que os mesmos serão tratados e analisados para melhor conhecermos a capacidade que os médicos possuem para entender as pessoas que observam, para além de ser objecto de estudo para uma Tese de Mestrado Integrado em Medicina. Este trabalho vai ajudar a que as equipas de saúde desta USF possam melhor desempenhar a sua actividade na consulta para que venha a haver melhores resultados na sua diabetes.

O trabalho referido tem parecer positivo da Comissão de ética da ARS do Centro IP, da Faculdade de Medicina e desta USF.

A sua participação é totalmente voluntária. Caso esteja de acordo e aceite participar solicitamos que assine este documento,

A investigadora,

Qua Jouvães

O(A) entrevistado(a),

\_\_\_\_\_ ”



**Anexo 3. Parecer da Comissão de Ética para a Saúde da Administração Regional da Saúde do Centro**



**COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE**

**PARECER FINAL:**

Parecer favorável condicionado à exigência infra referida.

*Seu relatório médico  
e o envio do documento  
devidamente retificados.*

**DESPACHO:**

*Homenagem a esta  
e candidatas em nome de  
Comissão de Ética.*

*24/11/2016*

Conselho Diretivo  
da A.R.S. do Centro, I.P.

**ASSUNTO:**

**67/2016 - Capacitação Pela Consulta do doente diabético e o seu impacto na auto-eficácia no controlo da diabetes e na manutenção da terapêutica**

*Dr. José Manuel Mendes Cabral*  
Presidente,

*Dr. Luís Manuel Mendes Cabral*  
Vogal,

Entendemos que, uma vez que a investigadora é um elemento estranho à unidade de saúde, os profissionais de saúde da USF devem esclarecer os utentes do Centro de Saúde que serão abordados pela investigadora para participar no estudo.

Acresce que no termo de Consentimento Informado deve constar os dados de identificação e contato da investigadora.

É um projeto inserido no âmbito de um mestrado integrado em que se pretende aferir se as pessoas com maior percepção da capacitação pela consulta têm maior auto-eficácia na gestão da diabetes bem como maior manutenção em terapêutica. A investigadora pretende estabelecer uma relação consistente entre os parâmetros avaliados pelos diferentes instrumentos.

Coimbra, 23 de novembro de 2016

O Relator

*Carla Barbosa*  
(Dra. Carla Barbosa)

O Presidente da CES

*Fontes Ribeiro*  
(Prof. Dr. Fontes Ribeiro)

### **Potencial Conflito de Interesses**

Declaro não haver conflito de interesses pertinentes.

### **Fontes de Financiamento**

O presente estudo não foi financiado por qualquer entidade.

### **Vinculação Académica**

Este estudo constitui o Trabalho Final do 6º ano Médico de *Ana Patrícia Marques Gonçalves* com vista à atribuição do grau de mestre no âmbito do ciclo de estudos de Mestrado Integrado em Medicina pela Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.