



UNIVERSIDADE D  
COIMBRA

FACULDADE  
DE  
MEDICINA

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA – TRABALHO FINAL

SOFIA ISABEL TEIXEIRA RAMOS

***CAPACITAÇÃO DA PESSOA COM OSTEOARTROSE:  
INTENSIDADE DA DOR E QUALIDADE DE VIDA***

ARTIGO CIENTÍFICO ORIGINAL

ÁREA CIENTÍFICA DE MEDICINA GERAL E FAMILIAR

Trabalho realizado sob a orientação de:  
PROFESSORA DOUTORA INÊS ROSENDO CARVALHO E SILVA CAETANO  
MESTRE CATARINA ISABEL DOS SANTOS MATIAS

ABRIL/2019

# **Capacitação da Pessoa com Osteoartrose: Intensidade da Dor e Qualidade de Vida**

Sofia Isabel Teixeira Ramos<sup>1</sup>, Catarina Isabel dos Santos Matias<sup>2</sup>, Inês Rosendo  
Carvalho e Silva Caetano<sup>3</sup>

1. Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra, Portugal
2. Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra, Portugal; USF Coimbra Centro
3. Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra, Portugal; USF Coimbra Centro

Endereço de correio eletrónico: [sofiaramos\\_med@hotmail.com](mailto:sofiaramos_med@hotmail.com)

# Índice

Índice de Tabelas	3
Lista de Abreviaturas	4
Resumo	5
<i>Abstract</i>	7
Introdução	9
Métodos	11
Resultados	14
Discussão	19
Conclusão	23
Conflitos de Interesse	23
Meios de Financiamento	23
Agradecimentos	24
Referências Bibliográficas	25
Anexos	28
I. Parecer final da CES da ARS Centro	28
II. Consentimento informado	30
III. Questionário	32

## Índice de Tabelas

Tabela 1 – Distribuição de dados sociodemográficos e literacia em saúde da amostra

Tabela 2 – Caracterização da literacia em saúde da amostra de acordo com o instrumento METER

Tabela 3 – Caracterização clínica da amostra

Tabela 4 – Distribuição das respostas ao ICC

Tabela 5 – Distribuição das respostas às dimensões do EQ-5D

Tabela 6 – Correlação entre a capacitação (ICC) e a intensidade da dor (EVA) e qualidade de vida relacionada com a saúde (EQ-5D e EQ-VAS)

Tabela 7 – Correlação entre a capacitação (ICC) e os graus de intensidade da dor (EVA)

Tabela 8 – Correlação entre a capacitação (ICC) e a literacia em saúde e grau de escolaridade

Tabela 9 – Correlação entre a capacitação (ICC) e a literacia em saúde (METER), índice socioeconómico (SEDI) e idade.

## Lista de Abreviaturas

ARS – Administração Regional de Saúde

CES – Comissão de Ética para a Saúde

CSP – Cuidados de Saúde Primários

EQ-5D – *European Quality of Life – 5 Dimensions*

EQ-VAS – *European Quality of Life – Visual Analogue Scales*

EVA – Escala Visual Analógica

GE – Grau de Escolaridade

ICC – Instrumento de Capacitação do Consulente

ISE – Índice Socioeconómico

LS – Literacia em Saúde

METER – *Medical Term Recognition Test*

OA – Osteoartrose

PEI – *Patient Enablement Instrument*

QVRS – Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde

SEDI – *Socioeconomic Deprivation Index*

USF – Unidade de Saúde Familiar

## Resumo

**Introdução:** A osteoartrose (OA) é uma das doenças crónicas mais frequentes na atualidade e uma das principais causas de dor, incapacidade funcional e perda de qualidade de vida relacionada com a saúde (QVRS) nos pacientes. Tendo em conta que a capacitação dos consulentes tem sido associada a melhores resultados clínicos noutras patologias, faz sentido estudar também a capacitação na OA.

**Objetivos:** Estudou-se a relação da capacitação com a intensidade da dor e QVRS de pacientes com OA. Secundariamente, avaliou-se a relação da literacia em saúde (LS), grau de escolaridade (GE) e índice socioeconómico (ISE) com a capacitação.

**Métodos:** Realizou-se um estudo transversal e observacional, com aplicação de um questionário com instrumentos validados (ICC, EQ-5D e EQ-VAS, EVA, METER) a 150 utentes de 8 USFs da zona centro de Portugal. Os pacientes elegíveis para estudo foram aqueles com idade igual ou superior a 50 anos, qualquer localização de OA, dor presente há pelo menos 3 meses e comprovação imagiológica e/ou classificação no processo clínico da OA. Recolheram-se também variáveis sociodemográficas (sexo, idade, anos de escolaridade, viver sozinho ou acompanhado, salário). Posteriormente, procedeu-se a análise estatística descritiva e inferencial.

**Resultados:** Estudou-se uma amostra de 150 pessoas com OA, com média de idades de  $68,66 \pm 10,11$  anos (50-94), composta maioritariamente pelo sexo feminino (62%). Observou-se associação estatisticamente significativa entre a capacitação e a intensidade da dor e QVRS ( $p < 0,01$ ). Pessoas sem dor apresentaram uma capacitação menor do que pessoas com dor leve. Não se verificou relação estatisticamente significativa entre a capacitação e a LS, GE ou ISE.

**Discussão:** As pessoas com OA mais capacitadas na consulta têm menos intensidade de dor e melhor QVRS, o que pode explicar-se pelo facto de conhecerem melhor a sua patologia e autogerirem de forma mais eficiente a sua condição. A menor capacitação de pessoas sem dor relativamente a pessoas com dor leve pode ser justificada pela variação das atitudes das pessoas com OA em função da sua sintomatologia, e também pela priorização de outras comorbilidades médicas perante uma OA assintomática. As limitações

do estudo concentram-se no método de seleção e tamanho da amostra, dificuldades no preenchimento do questionário pelos utentes e falta de especificidade para a OA das escalas utilizadas.

**Conclusão:** Concluimos que a maior capacitação das pessoas com OA se relaciona com menor intensidade da dor e maior QVRS. A capacitação do paciente com OA durante a consulta pode ser uma estratégia para minimizar o impacto desta doença, por isso é importante que os médicos discutam o tema OA com os seus pacientes, independentemente das suas queixas ou motivos de consulta, de modo a garantirem que estes compreendem a sua condição e mantêm comportamentos de autogestão.

**Palavras-chave:** osteoartrose; capacitação; intensidade da dor; qualidade de vida; literacia em saúde.

## Abstract

**Introduction:** Osteoarthritis (OA) is currently one of the most common chronic diseases and one of the main causes of pain, functional disability and loss of health related quality of life (HRQOL) in patients. Since enablement of patients has been associated with better clinical outcomes in other diseases, we decided to also study the enablement in OA.

**Objectives:** We studied the relation of enablement with pain intensity and HRQOL of patients with OA. Secondly, the relation between health literacy, educational level and socioeconomic index with enablement was evaluated.

**Methods:** A cross-sectional and observational study was carried out using a questionnaire with validated instruments (ICC, EQ-5D and EQ-VAS, EVA, METER) to 150 consultants of 8 USFs from central Portugal. The patients admitted for study were those aged 50 years or older, any OA location, pain present for at least 3 months, and OA imaged and/or classified in the clinical file. Sociodemographic variables (gender, age, years of schooling, living alone or accompanied, salary) were also collected. Subsequently, we performed a descriptive and inferential statistical analysis.

**Results:** We studied a sample of 150 individuals with OA, with a mean age of  $68.66 \pm 10.11$  years (50-94), composed mostly by women (62%). We found a statistically significant association between enablement and pain intensity and HRQOL ( $p < 0.01$ ). People without pain had less enablement than people with mild pain. There was no statistically significant relationship between enablement and health literacy, educational level or socioeconomic index.

**Discussion:** Individuals with OA who are more enabled during their medical appointment have less pain intensity and better HRQOL, which can be explained by the fact that these individuals are better aware of their pathology and self-manage their condition more efficiently. The lower enablement of individuals without pain comparing to those with mild pain can be justified by the variation in the attitudes of people with OA due to their symptomatology, and also by the prioritization of other medical comorbidities in an asymptomatic patient. Study limitations were the sample selection and size, difficulties in completing the questionnaire by participants and lack of specificity for OA of the scales used.



**Conclusion:** We conclude that a higher enablement of people with OA is related to lower pain intensity and higher HRQOL. OA patient's enablement during their medical appointment can be a strategy to minimize the impact of this disease, so it is very important that doctors discuss the OA theme with their patients, regardless of their complaints or reasons for the appointments, in order to guarantee that they understand their condition and maintain self-management behaviours.

**Keywords:** osteoarthritis; enablement; pain measurement; quality of life; health literacy.

## Introdução

A osteoartrose (OA) é uma doença complexa de natureza degenerativa que afeta todos os componentes da articulação, especialmente a cartilagem articular.<sup>1-3</sup> A dor é a principal manifestação clínica e condiciona um impacto significativo sobre a capacidade funcional e a qualidade de vida dos doentes.<sup>1-7</sup> A OA é também a doença musculoesquelética mais comum em todo o mundo e uma das doenças crónicas mais frequentes da atualidade.<sup>2</sup> Estimativas mundiais indicam que afete 240 milhões de pessoas, cerca de 10% dos homens e 18% das mulheres com mais de 60 anos de idade.<sup>1,3,6</sup> Esta é uma realidade também estudada em Portugal: o EpiReumaPt, o maior estudo epidemiológico nacional sobre doenças reumáticas, estima que 12,4% da população portuguesa sofra de OA do joelho, 8,7% da mão e 2,9% da anca.<sup>8,9</sup> Outro estudo, o MOVES, relata uma prevalência de OA autorrelatada entre 8,1% e 11,7%, na população portuguesa com idade superior ou igual a 45 anos.<sup>3</sup>

Esta patologia representa um problema major de saúde pública, não só devido ao seu crescimento, maioritariamente justificado pelo rápido envelhecimento e epidemia da obesidade na população,<sup>10,11</sup> mas também graças ao seu impacto social e no consumo de recursos de saúde.<sup>2</sup> A OA acarreta importantes custos diretos (médicos e não médicos), indiretos (absentismo laboral, reformas antecipadas e desemprego) e intangíveis (dor, sofrimento e alterações na qualidade de vida).<sup>1,2</sup>

A literatura destaca o importante papel dos Cuidados de Saúde Primários (CSP) na prevenção e tratamento da OA,<sup>4</sup> assim como a necessidade de novas estratégias para reduzir o impacto desta condição.<sup>6,10</sup> Um dos objetivos de uma consulta a nível dos CSP é ajudar o doente a gerir melhor a sua própria saúde.<sup>12</sup> Porém, investigações anteriores revelam que as consultas se focalizam particularmente no controlo da dor, havendo pouca discussão com o doente acerca do impacto, dos receios e dos planos de autogestão a longo prazo.<sup>11</sup> Além disso, os principais objetivos do tratamento da OA parecem não ser alcançados, nomeadamente o alívio da dor e a melhoria da qualidade de vida do paciente.<sup>2</sup> Conaghan *et al.* demonstraram que, apesar da toma de todos os medicamentos prescritos, a maioria da sua população alvo com OA autorrelatada apresentava graus variados de dor persistente ou restrição funcional.<sup>11</sup>

A capacitação define-se como “o ganho que o doente adquire numa consulta para poder compreender e lidar com a sua doença”, sendo reconhecida internacionalmente como uma medida válida da qualidade de uma consulta.<sup>12-14</sup> Este conceito tem sido associado a um maior bem-estar e melhores resultados clínicos. Pelo menos dois estudos que exploram

a prática da capacitação, sugerem que esta se relaciona com melhores resultados em pacientes com asma e diabetes. Não obstante, capacitar os consulentes parece reduzir a dependência destes pelos cuidados de saúde e melhorar a qualidade das consultas.<sup>12</sup>

Assim, coloca-se a seguinte questão: Será que a capacitação de pessoas com OA poderá ser uma estratégia para minimizar o impacto desta doença? Neste sentido, este trabalho tem como principal objetivo investigar a relação da capacitação com a intensidade da dor e QVRS do paciente com OA. Secundariamente, pretende-se avaliar possíveis fatores intrínsecos ao doente, tais como a sua literacia em saúde (LS), o grau de escolaridade (GE) e o índice socioeconómico (ISE), que poderão afetar essa capacitação.

## Métodos

### Desenho do estudo e seleção dos participantes

Estudo transversal, observacional, com intuito exploratório recorrendo a uma amostra de conveniência de pessoas com OA em 8 unidades de saúde pertencentes à ARS Centro: USF Coimbra Centro, USF As Gândras, USF Araceti, USF Vitassaurium, USF Pulsar, USF Progresso e Saúde, USF Fernando Namora e USF Caminhos do Cértoma. Obteve-se consentimento dos autores das escalas para utilização das mesmas no questionário e a Comissão de Ética para a Saúde (CES) da ARS Centro aprovou o estudo a 14 de setembro de 2018.

Foram informadas e recrutadas pessoas que vieram a uma qualquer consulta nestas unidades entre 20 de setembro de 2018 e 21 de março de 2019, com os seguintes requisitos: OA em qualquer localização (joelho, mão, anca ou outros) comprovada imagiologicamente e/ou classificada no processo clínico, idade igual ou superior a 50 anos e dor relacionada com a OA presente há pelo menos 3 meses. Os indivíduos abordados após a respetiva consulta e que aceitaram participar no estudo, preencheram o questionário e um consentimento informado, tendo sido preservado sempre o anonimato e a confidencialidade. Foi estimado um tamanho da amostra de 150 participantes, para permitir o cálculo de 90% de intervalo de confiança com margem de erro de 7% (calculado na ferramenta online <http://www.raosoft.com/samplesize.html>).

### Recolha de dados

Aplicação de um questionário de autopreenchimento com escalas validadas para a população portuguesa: escala de avaliação da capacitação (ICC), QVRS (EQ-5D e EQ-VAS), intensidade da dor (EVA) e LS (METER).

O EQ-5D é um instrumento de medição da QVRS que permite gerar um índice representativo do estado de saúde de um indivíduo. A descrição do estado de saúde é obtida através de um sistema classificativo composto por cinco dimensões (mobilidade, cuidados pessoais, atividades habituais, dor/mal-estar e ansiedade/depressão) com valores de 1 a 3, e do termómetro EQ-VAS onde o respondente regista o seu estado de saúde em geral numa escala visual analógica de 0 (pior estado imaginável) a 100 (melhor estado de saúde imaginável). Além disto, é pedido ao participante que compare o seu nível geral de saúde nos 12 meses anteriores.<sup>15</sup>

O ICC, constituído por 6 questões, corresponde à versão validada em português do *Patient Enablement Instrument* (PEI) e permite analisar e medir o resultado de uma consulta

em função da capacitação do consulente.<sup>13</sup> Solicitou-se aos participantes que preenchessem o ICC tendo em conta apenas a sua OA, para prevenir respostas em função de qualquer patologia que possa ter sido avaliada em consulta. Além disso, nas afirmações “Capaz de compreender a sua doença” e “Capaz de lidar com a sua doença”, o termo “doença” foi substituído por “artrose”.

A EVA é amplamente usada na mensuração da intensidade da dor. Corresponde a uma linha horizontal, com 10 cm de comprimento, que tem assinalada numa extremidade a classificação “Sem Dor” e, na outra, a “Dor Máxima”. O respondente é solicitado a colocar uma cruz no ponto que representa a intensidade da dor “atual” ou das “últimas 24 horas”. Posteriormente, com auxílio de uma régua, a pontuação é determinada medindo a distância (em mm) entre a extremidade “Sem Dor” e o local assinalado. Uma pontuação maior equivale a maior intensidade da dor, sendo que de acordo com outras distribuições de scores da EVA de dor, a seguinte classificação foi utilizada: sem dor (0-4 mm), dor leve (5 - 44 mm), dor moderada (45-74 mm) e dor intensa (75-100 mm).<sup>16,17</sup>

O METER é um instrumento baseado no reconhecimento de palavras, no qual uma LS adequada corresponde a assinalar pelo menos 35 dos 40 termos médicos reais e a não assinalar 18 ou mais dos 30 termos “non-words” (palavras inventadas que soam intuitivamente como termos médicos reais).<sup>18</sup>

Foram também colhidos dados quanto ao sexo, idade do doente, duração da dor relacionada com a OA (presente há pelo menos 3 meses ou não), GE (anos de estudos completados), salário (superior, igual ou inferior ao salário mínimo nacional) e se vive sozinho ou acompanhado. Através destes três últimos dados, determinou-se o ISE pelo cálculo do SEDI (*Socioeconomic Deprivation Index*), utilizando a seguinte fórmula:  $SEDI = \text{salário} + \text{grau de formação} + \text{viver sozinho}$ , sendo salário igual a 1 se inferior ao salário mínimo ou 0 se superior ou igual ao salário mínimo; grau de formação igual a 1 se inferior ou igual a 4 anos de escolaridade, ou igual a 0 se superior a 4 anos de escolaridade; e viver sozinho igual a 0. Desta forma, SEDI assume valores entre 0 e 3, sendo os scores mais elevados indicadores de um ISE inferior.<sup>19</sup>

Do processo clínico recolheram-se informações acerca da localização da OA, comprovação imagiológica (sim/não) e classificação no processo clínico do doente (sim/não).

## **Análise de dados**

Para a análise estatística descritiva e inferencial recorreu-se ao *software* “SPSS *software for MacOs – version 23.0*”. Através do teste de Kolmogorov-Smirnov verificou-se

que as variáveis não apresentavam distribuição normal ( $p < 0,05$ ), com exceção da idade ( $p = 0,09$ ) e da EVA ( $p = 0,20$ ). Por este motivo, usaram-se os testes não paramétricos na análise posterior. Avaliou-se a relação entre variáveis contínuas: a intensidade da dor, QVRS, termos reais e “*non-words*”, ISE, idade e a capacitação através do teste do Coeficiente de Correlação Ró de Spearman. Com o Teste U de Mann-Whitney estudou-se a associação entre as médias na escala de capacitação e as categorias de LS e GE. Usou-se o Teste de Kruskal-Wallis para avaliar a relação entre as médias na escala de capacitação e os graus de intensidade da dor. Definiu-se como estatisticamente significativo o valor de  $p < 0,01$ . A correlação entre variáveis foi classificada da seguinte forma: negligenciável de 0,00 a 0,30 (0,00 a -0,30); positiva (negativa) e fraca de 0,30 a 0,50 (-0,30 a -0,50); positiva (negativa) e moderada de 0,50 a 0,70 (-0,50 a -0,70); positiva (negativa) e forte de 0,70 a 0,90 (-0,70 a -0,90); e positiva (negativa) e muito forte de 0,90 a 1,00 (-0,90 a -1,00).<sup>20</sup>

Os itens das várias escalas cujas respostas estavam ausentes ou não eram perceptíveis foram considerados dados ausentes (*missing data*), tendo sido esta a razão para perda de participantes em algumas partes do estudo.

## Resultados

Estudou-se uma amostra de 150 pessoas com OA, composta por 93 indivíduos do sexo feminino (62%). A média de idades foi de  $68,66 \pm 10,11$  anos (50-94 anos), sendo a faixa etária dos 71-80 anos a mais prevalente (31,3%).

Relativamente às habilitações académicas, 101 participantes (67,3%) completaram apenas 4 ou menos anos de escolaridade. Recebiam mensalmente menos do que o salário mínimo 53,3% dos inquiridos (n=80) e a maioria (83,9%) vivia acompanhada.

**Tabela 1** – Distribuição de dados sociodemográficos e literacia em saúde da amostra

Variável	n	%
<b>Sexo</b>		
Feminino	93	62
Masculino	57	38
<b>Idade</b>		
50-60 anos	38	25,3
61-70 anos	46	30,7
71-80 anos	47	31,3
81-90 anos	15	10,0
91 ou + anos	4	2,7
Mínimo	50	
Máximo	94	
Média	68,66	
Desvio padrão	10,11	
<b>Nível de escolaridade</b>		
≤ 4 anos	101	67,3
> 4 anos	49	32,7
<b>Remuneração mensal</b>		
< salário mínimo	80	53,3
≥ salário mínimo	70	46,7
<b>Com quem vive:</b>		
Sozinho(a)	24	16,1
Acompanhado(a)	125	83,9
<b>SEDI</b>		
Mínimo	0	
Máximo	3	
Média	1,37	
Desvio padrão	0,91	
<b>Literacia em saúde</b>		
Adequada	32	21,3
Não adequada	118	78,7

Através do instrumento METER, cujas variáveis estão descritas na Tabela 2, verificou-se que a maioria das pessoas da amostra tinha uma LS não adequada (78,7%; n=118) (Tabela 1).

**Tabela 2** – Caracterização da literacia em saúde da amostra de acordo com o instrumento METER

Variáveis	Mínimo	Máximo	Média ± Desvio padrão	n
<b>Termos reais</b>	2	40	29,17±8,79	150
<b>Termos “non-words”</b>	0	30	23,61±6,04	150

A Tabela 3 descreve a OA dos participantes quanto à sua localização e intensidade da dor. Na amostra total, os joelhos foram as articulações mais frequentemente afetadas (73,3%). A OA nas mãos e nas ancas contabilizaram uma prevalência de 31,3% e de 30,7%, respetivamente. Em média, a intensidade da dor relacionada com a OA foi de 46,38±25,79 mm na escala EVA. A maioria dos indivíduos associou a sua dor a uma intensidade moderada (42,3%), seguindo-se a dor leve (37,6%), severa (12,8%) e sem dor (7,4%).

**Tabela 3** – Caracterização clínica da amostra

Variável	n	%
<b>Localização da OA</b>		
Joelho(s)	110	73,3
Mão(s)	47	31,3
Anca(s)	46	30,7
Outro(s)	61	40,7
<b>Intensidade da dor (EVA)</b>		
Sem dor (0-4 mm)	11	7,4
Dor leve (5-44 mm)	56	37,6
Dor moderada (45-74 mm)	63	42,3
Dor intensa (75-100 mm)	19	12,8
Mínimo	0	
Máximo	100	
Média	46,38	
Desvio padrão	25,79	

As respostas dos inquiridos às afirmações do ICC são apresentadas na Tabela 4. Verificou-se que a maioria das pessoas com OA respondia “Melhor” em todas as questões, exceto na afirmação “Confiante em relação à sua saúde”, na qual a maioria das pessoas se sentia “igual ou pior”. De seguida, a preferência de resposta é “Igual ou pior” (38,5 a 47,3%). A opção “Muito melhor” contabilizou apenas com 6 a 8,1%. Para o ICC, o valor médio obtido foi de 3,82±2,95, sendo o valor mínimo 0 e o máximo 12.



**Tabela 4 – Distribuição das respostas ao ICC**

<b>Afirmação</b>	<b>Muito melhor n (%)</b>	<b>Melhor n (%)</b>	<b>Igual ou pior n (%)</b>
<b>Capaz de lidar com a vida</b>	10 (6,7)	71 (47,3)	69 (46)
<b>Capaz de compreender a sua artrose</b>	9 (6)	78 (52,3)	62 (41,6)
<b>Capaz de lidar com a sua artrose</b>	12 (8,1)	79 (53,4)	57 (38,5)
<b>Capaz de se manter saudável</b>	9 (6)	74 (49,3)	67 (44,7)
<b>Confiante em relação à sua saúde</b>	11 (7,3)	68 (45,3)	71 (47,3)
<b>Capaz de se ajudar a si próprio</b>	12 (8)	79 (52,7)	59 (39,3)

A Tabela 5 representa a distribuição das respostas do EQ-5D. Entre as cinco dimensões do EQ-5D, a maioria dos inquiridos reportou problemas moderados, exceto a nível dos cuidados pessoais, na qual a maioria dos indivíduos não tinha problemas (60,7%). A proporção de ter um qualquer problema foi maior para a dor/mal-estar (91,3%), seguindo-se a mobilidade (77,3%), a ansiedade/depressão (68%) e as atividades habituais (65,4%). Dor/mal-estar foi também a dimensão com maior número de problemas extremos (14%). O valor médio do EQ-5D foi de  $0,42 \pm 0,24$ , com um mínimo de -0,35 e máximo de 1,00. A média da EQ-VAS foi de  $56,41 \pm 20,85$  (0-100).

Comparativamente ao nível geral de saúde durante os últimos 12 meses, a maioria das pessoas com OA percebe que o seu estado de saúde atual é “o mesmo” (47,3%; n=71). Seguidamente, 27,3% dos participantes consideram que estão “melhor” (n=41) e 25,3% estão “pior” (n=38).

**Tabela 5** – Distribuição das respostas às dimensões do EQ-5D

EQ-5D		n (%)
<b>Mobilidade</b>	Sem problemas	34 (22,7)
	Problemas moderados	113 (75,3)
	Problemas extremos	3 (2)
<b>Cuidados pessoais</b>	Sem problemas	91 (60,7)
	Problemas moderados	58 (38,7)
	Problemas extremos	1 (0,7)
<b>Atividades habituais</b>	Sem problemas	52 (34,7)
	Problemas moderados	94 (62,7)
	Problemas extremos	4 (2,7)
<b>Dor/mal-estar</b>	Sem problemas	13 (8,7)
	Problemas moderados	116 (77,3)
	Problemas extremos	21 (14)
<b>Ansiedade/depressão</b>	Sem problemas	48 (32)
	Problemas moderados	87 (58)
	Problemas extremos	15 (10)

Encontrou-se uma associação estatisticamente significativa entre a capacitação e a intensidade da dor e QVRS ( $p < 0,01$ ). A correlação entre a capacitação (ICC) e a dor (EVA) foi negativa e fraca (Tabela 6), logo, quanto mais intensa é a dor percebida pela pessoa, menor é a sua capacitação. No entanto, pessoas sem dor apresentaram uma capacitação menor do que pessoas com dor leve (Tabela 7).

Por outro lado, observou-se uma correlação positiva e negligenciável entre o ICC e o EQ-5D e EQ-VAS (0,29 e 0,23, respetivamente), ou seja, quanto maior a capacitação do consulente, maior a QVRS.

**Tabela 6** – Correlação entre a capacitação (ICC) e a intensidade da dor (EVA) e qualidade de vida relacionada com a saúde (EQ-5D e EQ-VAS)

		Intensidade da dor (EVA)	Qualidade de vida relacionada com a saúde	
			EQ-5D	EQ-VAS
<b>Capacitação (ICC)</b>	<b>Coefficiente de correlação</b>	- 0,43	0,29	0,23
	<b>p-value</b>	<0,001	<0,001	0,005
	<b>n</b>	148	148	148

**Tabela 7 – Correlação entre capacitação (ICC) e graus de intensidade da dor (EVA)**

		Capacitação (ICC)		
		Média ± desvio padrão	p-value	n
Intensidade da dor (EVA)	Sem dor	4,64±1,86	<0,001	11
	Dor leve	5,13±3,14		56
	Dor moderada	3,08±2,59		63
	Dor intensa	1,83±2,12		18

Relativamente ao objetivo secundário, verificou-se que pessoas com OA com LS adequada ou com mais de 4 anos de escolaridade tendiam para um maior nível de capacitação, mas não se observou relação estatisticamente significativa (Tabela 8).

**Tabela 8 – Correlação entre capacitação (ICC) e literacia em saúde e grau de escolaridade**

		Capacitação (ICC)		
		Média ± desvio padrão	p-value	n
Literacia em saúde	Adequada	4,00±3,45	0,949	32
	Não adequada	3,77±2,81		116
Grau de escolaridade	> 4 anos	4,63±3,38	0,071	49
	≤ 4 anos	3,41±2,64		99

Também a correlação entre a capacitação e os termos reais e “non-words”, índice socioeconómico e idade não foi estatisticamente significativa (p>0,01).

**Tabela 9 – Correlação entre capacitação (ICC) e literacia em saúde (METER), índice socioeconómico (SEDI) e idade.**

		Capacitação (ICC)		
		Coefficiente de correlação	p-value	n
Literacia em Saúde (METER)	Termos reais	-0,02	0,832	148
	Termos “non-words”	0,11	0,178	148
Índice socioeconómico (SEDI)		-0,13	0,111	147
Idade		-0,12	0,165	148

## Discussão

O presente trabalho teve como principal objetivo investigar a relação da capacitação com a intensidade da dor e QVRS das pessoas com OA. Assim, verificamos que pessoas com OA que eram mais capacitadas durante a consulta pareciam apresentar menor intensidade de dor e melhor QVRS. Em primeiro lugar, isto pode ser explicado pelo facto destes indivíduos serem capazes de autogerirem de forma mais eficiente a sua condição. Uma pessoa capacitada estará mais apta a gerir os seus sintomas e a sua medicação, a lidar melhor com as mudanças no estilo de vida (exercício físico, controlo de peso, nutrição) e com as consequências físicas e psicossociais inerentes à vida com OA. Consequentemente, haverá um maior controlo do impacto da doença, tanto na dor, como na QVRS. Por outro lado, capacitar uma pessoa com OA também implica ajudá-la a compreender melhor a sua doença. A literatura realça frequentemente a importância da educação e aconselhamento das pessoas com OA, para que estes mantenham os seus comportamentos de autogestão e adiram aos tratamentos conservadores.<sup>21,22</sup> Estes tratamentos conservadores baseados em alterações do estilo de vida (dieta, exercício físico e controlo do peso), fisioterapia e técnicas de proteção articular e auxílio da marcha são altamente recomendados, pois melhoram os sintomas e o estado funcional dos pacientes com OA.<sup>1,2,4,6</sup> Portanto, podemos pressupor que consulentes que têm um melhor conhecimento acerca da sua patologia estão mais capacitados para compreenderem e lidarem com a sua sintomatologia e alterarem os seus comportamentos, o que explica que pacientes com OA mais capacitados tenham menor intensidade de dor e melhor QVRS. Atualmente sabe-se que o conhecimento das pessoas com OA acerca da sua patologia é limitado e que isto afeta a compreensão da sua sintomatologia e as suas atitudes subsequentes. Um exemplo disso é o facto dos pacientes com OA considerarem a fisioterapia e o exercício potencialmente perigosos, pois julgam que estes tratamentos podem agravar a sua doença ou provocar dor, quando na verdade estes ajudam a controlar os sintomas e a progressão da OA.<sup>23,24</sup>

Ainda no que respeita à correlação entre a capacitação e a intensidade da dor, verificamos que pessoas sem dor apresentaram uma capacitação menor do que pessoas com dor leve. A atitude das pessoas perante a OA parece ser influenciada por vários fatores, entre os quais os seus sintomas e o impacto destes na capacidade funcional,<sup>24</sup> sendo a dor o sintoma mais importante para procurarem orientação médica.<sup>23</sup> Este aspeto pode ser a razão para pessoas sem dor estarem menos capacitadas do que pessoas com dor leve. Isto pode acarretar alguns problemas na gestão destes pacientes, nomeadamente na prevenção das consequências da OA através de tratamentos conservadores, como

exercício físico e perda de peso. Noutro sentido, o facto dos doentes com OA estarem assintomáticos durante a consulta pode ser mais um motivo para os médicos priorizarem outras comorbilidades em detrimento da OA.

Comparativamente ao nível geral de saúde durante os últimos 12 meses, a maioria das pessoas com OA considera que o seu estado de saúde atual permanece igual (47,3%). Apesar desta questão não ser específica para a patologia em estudo, este resultado pode nos levar a questionar se realmente existe algum investimento na capacitação dos consulentes, não só a nível da OA, mas também de todas as outras doenças, especialmente crónicas, que possam estar envolvidas. Nesta sequência, poderão equacionar-se estudos longitudinais para avaliarem a capacitação de pacientes com OA e o seu impacto na qualidade de vida ao longo do tempo.

Quanto ao objetivo secundário deste estudo não se verificou uma relação estatisticamente significativa entre a capacitação e a LS, GE ou ISE, ou seja, não se pode afirmar que quanto maior for a LS, GE ou ISE maior será a capacitação da pessoa com OA. Também a idade não mostrou correlação estatisticamente significativa com a capacitação, tal como noutros estudos realizados.<sup>25</sup> Podemos supor que as pessoas com OA provavelmente têm outros fatores que influenciam mais a sua capacitação durante a consulta e que se podem sobrepor aos que foram avaliados.

A amostra deste estudo foi composta maioritariamente por indivíduos do sexo feminino, tal como noutras publicações na área da OA.<sup>3,5,11</sup> A idade média obtida (68,66 anos) também se aproximou à desses estudos. Por exemplo, no estudo português MOVES de 2015, a idade média obtida foi de 62 anos.<sup>3</sup> Quanto à localização da OA, os joelhos foram as articulações mais afetadas e registaram uma prevalência superior à OA da mão, seguindo-se a OA da anca. Este resultado também se assemelha ao de vários estudos neste âmbito, inclusive o MOVES e o EpiReumaPt realizados em Portugal.<sup>3,5,9,11</sup>

Relativamente à distribuição das respostas ao ICC, a resposta “Melhor” foi a mais selecionada, o que significa que parece existir efetivamente alguma capacitação após a consulta, embora essa não seja suficiente para que os pacientes se sintam “muito mais” capacitados. Vários estudos identificaram fatores que dificultam a gestão de pacientes com OA.<sup>21,23,26,27</sup> Uma revisão sistemática aborda 4 temas principais que foram considerados obstáculos à prática recomendada: 1) crenças de que a OA é uma consequência inevitável do envelhecimento e é menos importante do que outras doenças; 2) perceção de incapacidade de resposta pelos clínicos (por exemplo, pela falta de clareza de *guidelines* ou pela falta de tempo durante a consulta); 3) crenças pessoais que divergem da prática recomendada, tais como suposições sobre a adesão do paciente ou dúvidas acerca da eficácia do tratamento; 4) expectativas do paciente que não estão de acordo com as do

médico.<sup>27</sup> Todas estas barreiras podem influenciar indiretamente quer a aptidão do médico para capacitar o paciente com OA, quer a capacidade do paciente para se tornar uma pessoa capacitada para viver com OA, uma vez que a capacitação é o ganho que o doente adquire numa consulta para poder compreender, lidar e gerir a sua doença.<sup>12,13</sup>

Além disso, alguns dos obstáculos identificados na gestão de pacientes com OA estão de acordo com certos fatores conhecidos que parecem influenciar a capacitação e que também podem justificar a menor capacitação dos utentes da amostra. Os estudos mostraram que a empatia do médico, a comunicação com o paciente e o tempo de duração da consulta podem aumentar a capacitação dos consulentes.<sup>12</sup>

Importa salientar que a afirmação “Confiante em relação à sua saúde” foi uma exceção, pois a maioria dos pacientes selecionou a resposta “Igual ou pior”. Por um lado, esta particularidade pode ser justificada pelo impacto emocional negativo de viver com uma doença articular de natureza crónica. Como a OA atinge articulações cruciais para atividades da vida diária, as pessoas que vivem com esta patologia têm medo de perder a sua independência e de se tornarem um encargo para os seus familiares.<sup>24,28</sup> Por outro lado, a realidade da OA muitas vezes coexistir com outras comorbilidades, uma vez que a prevalência de outras doenças aumenta com a idade, pode explicar a menor confiança em relação à saúde destas pessoas. Os pacientes recorrem mais frequentemente aos serviços de saúde e os médicos apresentam mais dificuldades na gestão das suas comorbilidades (por exemplo, desafios de polifarmacoterapia) e do tempo de consulta, o que os leva a priorizar certas doenças em detrimento de outras.<sup>23,27,29</sup>

No que concerne ao EQ-5D, excetuando os cuidados pessoais, a maioria dos inquiridos reportou problemas moderados nas restantes dimensões, o que evidencia o impacto negativo desta doença sobre a QVRS. Esta associação entre a OA e a redução da QVRS é também discutida em inúmeros artigos.<sup>24,28,29</sup> Won Kim *et al.* mostraram que indivíduos com gonalgia ou lombalgia reportavam mais problemas em todas as dimensões do EQ-5D, sobretudo na mobilidade e dor/mal-estar, em comparação com aqueles que não sofriam desta condição.<sup>30</sup> Estes achados estão de acordo com o nosso estudo, pois as dimensões onde verificamos mais problemas foram a dor/mal-estar e a mobilidade. A dor/mal-estar além de ser a dimensão onde se verificou uma maior proporção de problemas, foi também aquela com maior número de problemas extremos. E ainda, a maioria dos indivíduos associou a sua dor a uma intensidade moderada na EVA. Isto pode sugerir não só um mau controlo da dor, como também uma maior valorização desta dimensão pelo paciente com OA comparativamente às restantes. De facto, o sintoma mais frequentemente relatado por pessoas com OA é a dor.<sup>24</sup> Relativamente aos cuidados pessoais, a maioria dos pacientes (60,7%) não relatou qualquer problema, o que pode dever-se à nossa

amostra ser maioritariamente constituída por pessoas com OA no(s) joelho(s). Problemas no autocuidado poderão estar mais relacionados com OA nos membros superiores, nomeadamente OA na(s) mão(s) ou no(s) ombro(s), e não tanto com OA nos membros inferiores (joelho(s) e/ou anca(s)), uma vez que estas articulações não são aparentemente tão necessárias para tarefas como a higienização pessoal, tomar banho, vestir-se, comer e beber, entre outras.

No entanto, o valor médio obtido no EQ-5D é inferior ao apresentado pelo estudo português EpiReumaPt.<sup>9</sup> Ao contrário do EpiReumaPt, um estudo de larga escala que recrutou aleatoriamente portugueses de norte a sul do país, a nossa amostra não é tão grande, apenas abrange algumas USFs da região centro e é uma amostra de conveniência, o que pode fundamentar esta diferença nos valores médios do EQ-5D. Da mesma forma, constatou-se que o valor médio da EQ-VAS era inferior ao de outros estudos idênticos.<sup>30,31</sup>

Assim, apesar de algumas características da amostra serem semelhantes a outros estudos em Portugal, existem algumas limitações do método de amostragem, que podem limitar a generalização destes resultados à população portuguesa. Contudo, este trabalho apresenta outras limitações. Um dos principais problemas verificados foram dificuldades por parte dos participantes no preenchimento do questionário, nomeadamente ao nível da EQ-VAS, EVA e ICC. O facto da EQ-VAS e EVA estarem na mesma página do questionário e, ainda, da EQ-VAS ser uma escala vertical em que o 0 corresponde ao pior estado imaginável, enquanto que a EVA é uma linha horizontal em que a origem é a extremidade “Sem Dor” pode ter levado a confusão por parte dos consulentes. No ICC, os participantes também demonstraram alguma dificuldade em interpretar as questões e em perceber que as respostas eram dadas em função da consulta da qual tinham acabado de sair.

Um outro aspeto importante é que os instrumentos utilizados, tanto o ICC, como o EQ-5D e EQ-VAS não foram desenvolvidos especificamente para pessoas com OA. Contudo, o EQ-5D e EQ-VAS têm sido utilizados por outros investigadores neste âmbito, quer das doenças reumáticas, quer da OA.<sup>9,30,31</sup> Neste sentido, a validação de novos instrumentos para avaliação da capacitação e qualidade de vida específicos para pessoas com OA será uma nova linha de investigação a desenvolver.

Não obstante, tentou-se minimizar o viés através da aplicação de um questionário estruturado com instrumentos validados para a população portuguesa e ainda selecionando apenas pessoas com OA comprovada clinicamente ou imagiologicamente. O viés de informação foi também evitado essencialmente através da seleção de datas para colheita dos questionários pelos próprios investigadores, sem divulgação aos médicos ou consulentes das USFs e também realizando a recolha dos mesmos, sempre que possível, em locais não visíveis aos médicos de serviço.

## Conclusão

Relativamente ao objetivo principal, concluímos que uma maior capacitação das pessoas com OA se relaciona com uma menor intensidade da dor e uma maior QVRS. Portanto, a capacitação do paciente com OA durante a consulta pode ser efetivamente uma estratégia para minimizar o impacto desta doença. Estudos longitudinais e de intervenção poderão confirmar esta hipótese. Quanto ao objetivo secundário, não se encontrou uma relação estatisticamente significativa entre a capacitação e a LS, GE e ISE.

Os achados deste estudo salientam a importância dos médicos abordarem o tema OA sempre que possível, independentemente das queixas ou motivo de consulta dos seus pacientes, de modo a garantirem que estes compreendem a sua doença e mantêm comportamentos de autogestão. A criação de programas específicos para médicos e outros profissionais de saúde capacitarem as pessoas com OA fora do âmbito da consulta, poderá ser uma boa estratégia para colmatar a falta de tempo durante a mesma.

Por fim, sugerem-se estudos mais alargados quer neste âmbito, quer no sentido de esclarecer melhor os fatores que mais se relacionam com a capacitação dos consulentes.

**Conflitos de interesse:** Sem conflitos de interesse.

**Meios de Financiamento:** O trabalho não foi objeto de qualquer tipo de apoio financeiro externo.



## **Agradecimentos**

Agradeço, em primeiro lugar, à Professora Doutora Inês Rosendo, pela sua disponibilidade na orientação prestada, por todo o incentivo no desenvolvimento deste projeto e pela sua competência e conhecimento sem os quais não seria possível a elaboração do mesmo.

Agradeço à Dra. Catarina Matias, pela prontidão com que sempre me auxiliou e por toda a sua contribuição indispensável à concretização desta investigação.

Ao Simão, por toda a partilha no decorrer deste projeto, sobretudo na recolha de questionários.

À minha família, ao Pedro e aos meus amigos, Anabela, Patrícia, Catarina e Carlos, pela paciência e pelo apoio incondicional.

## Referências Bibliográficas

1. Palmer AJR, Agricola R, Price AJ, Vincent TL, Weinans H, Carr AJ. Osteoarthritis. *Lancet*. 2015;386(9991):376–87.
2. Pereira D, Ramos E, Branco J. Osteoarthritis. *Acta Med Port*. 2015;28(1):99–106.
3. Cunha-Miranda L, Faustino A, Alves C, Vicente V, Barbosa S. Assessing the magnitude of osteoarthritis disadvantage on people ' s lives : the MOVES study. *Rev Bras Ortop (English Ed [Internet])*. 2015;55(1):22–30. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rbre.2014.07.009>
4. Sasek C. An update on primary care management of knee osteoarthritis. *JAAPA*. 2015;28(1):37–43.
5. Hoogeboom TJ, Broeder AA Den, Bie RA De, Ende CHM Van Den. Longitudinal impact of joint pain comorbidity on quality of life and activity levels in knee osteoarthritis: data from the Osteoarthritis Initiative. *Rheumatology*. 2013;52(3):543–6.
6. Nelson AE. Osteoarthritis year in review 2017: clinical. *Osteoarthr Cartil*. 2018;26(3):319–25.
7. Salter DM, Aigner T. Pathogenesis and pathology of osteoarthritis. In: *Rheumatology* 7ed. 7th ed. Elsevier Inc.; 2019. p. 1537–50.
8. Rodrigues AM, Gouveia N, Pereira L, Eusébio M, Ramiro S. EpiReumaPt – the study of Rheumatic and Musculoskeletal diseases in Portugal: a detailed view of the methodology. *ACTA Reum PORT*. 2015;40(2):110–24.
9. Sociedade Portuguesa de Reumatologia. EpiReumaPt: Estudo Epidemiológico das Doenças Reumáticas em Portugal [Internet]. 2013 [cited 2018 Nov 20]. p. 8. Available from: [http://www.reumacensus.org/pdf/quadriptico\\_resultados\\_epireumapt.pdf](http://www.reumacensus.org/pdf/quadriptico_resultados_epireumapt.pdf)
10. Turkiewicz A, Petersson IF, Björk J, Hawker G, Dahlberg LE, Lohmander LS, et al. Current and future impact of osteoarthritis on health care: A population-based study with projections to year 2032. *Osteoarthr Cartil*. 2014;22(11):1826–32.
11. Conaghan P, Porcheret M, Kingsbury S et al. Impact and therapy of osteoarthritis: the Arthritis Care OA Nation 2012 survey. *Clin Rheumatol*. 2015;34(9):1581–8.
12. Frost J, Currie MJ, Cruickshank M. An Integrative Review of Enablement in Primary Health Care. *J Prim Care Community Health*. 2015;6(4):264–78. Available from: <https://doi.org/10.1177/2150131915598373>
13. Pintalhão I, Botas P, Pereira C, Santiago LM. Portuguese Translation of the Patient Enablement Instrument. *ADSO*. 2013;(02):18–22.

14. Pawlikowska T. Measuring Effectiveness in General Practice / Family Medicine. In: The World Book of Family Medicine. Ljubljana: WONCA; 2015. p. 314.
15. Ferreira PL, Ferreira LN, Pereira LN. Contribution for the Validation of the Portuguese Version of EQ-5D. *Acta Med Port.* 2013;26(6):664–75.
16. Gillian H, Samra M, Tetyana K, Melissa F. Measures of Adult Pain. *Arthritis Care Res (Hoboken).* 2011;63(11):240–52.
17. Portugal.DGS. Circular Normativa nº 9/DGCG de 14/06/2003. A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor. 2003 [cited 2019 Mar 10]. p. 4. Available from: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/circular-normativa-n-9dgcg-de-14062003-pdf.aspx>
18. Paiva D, Silva S, Severo M, Ferreira P, Santos O, Lunet N, et al. Cross-cultural adaptation and validation of the health literacy assessment tool METER in the Portuguese adult population. *Patient Educ Couns [Internet].* 2014;97(2):269–75. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2014.07.024>
19. Bettencourt P, Lourenço P, Azevedo A. Influence of socioeconomic status on therapy and prognosis after an acute heart failure episode. *Int J Cardiol [Internet].* 2012;168(5):4985–7. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijcard.2013.07.131>
20. M Mukaka M. Statistics Corner: A guide to appropriate use of Correlation coefficient in medical research. *Malawi Med J.* 2012;24(3):69–71. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23638278>
21. Smith TO, Purdy R, Lister S, Salter C, Fleetcroft R, Conaghan PG. Attitudes of people with osteoarthritis towards their conservative management: A systematic review and meta-ethnography. *Rheumatol Int.* 2014;34(3):299–313.
22. Barlow J. How to use education as an intervention in osteoarthritis. *Best Pract Res Clin Rheumatol.* 2001;15(4):545–58.
23. Spitaels D, Vankrunkelsven P, Desfosses J, Luyten F, Verschueren S, Dieter PT, et al. Barriers for guideline adherence in knee osteoarthritis care: A qualitative study from the patients' perspective. *J Eval Clin Pract.* 2017;23(1):165–72.
24. Smith TO, Purdy R, Lister S, Salter C, Fleetcroft R, Conaghan P. Living with osteoarthritis : a systematic review and meta-ethnography. *Scand J Rheumatol.* 2014;43(6):441–52.
25. Rööst M, Zielinski A, Petersson C, Strandberg EL. Reliability and applicability of the Patient Enablement Instrument (PEI) in a Swedish general practice setting. *BMC Fam Pract.* 2015;16(31):1–6.
26. French SD, Bennell KIML, Nicolson PJA, Hodges PW, Dobson FL, Hinman RS. What Do People With Knee or Hip Osteoarthritis Need to Know? An International

- Consensus List of Essential Statements for Osteoarthritis. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2015;67(6):809–16.
27. Egerton T, Diamond LE, Buchbinder R, Bennell KL, Slade SC. A systematic review and evidence synthesis of qualitative studies to identify primary care clinicians' barriers and enablers to the management of osteoarthritis. *Osteoarthr Cartil*. 2017;25(5):625–38.
28. Lourenço S, Lucas R, Araújo F, Bogas M, Santos RA, Barros H. Osteoarthritis medical labelling and health-related quality of life in the general population. *Health Qual Life Outcomes*. 2014;12(146):1–9.
29. Cheraghi-sohi S, Bower P, Kennedy A, Morden A, Rogers A, Richardson J, et al. Patient Priorities in Osteoarthritis and Comorbid Conditions : A Secondary Analysis of Qualitative Data. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2013;65(6):920–7.
30. Kim W, Jin YS, Lee CS, Bin S, Lee SY, Choi KH. Influence of Knee Pain and Low Back Pain on the Quality of Life in Adults Older Than 50 Years of Age. *PM&R*. 2018;7(9):955–61. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pmrj.2015.03.002>
31. Fransen M, Edmonds J. Reliability and validity of the EuroQol in patients with osteoarthritis of the knee. *Rheumatology*. 1999;38(9):807–13.

# Anexos

## I. Parecer final da CES da ARS Centro



### COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

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

<b>ASSUNTO:</b>	<b>55/2018 - "EMPATIA MÉDICA, MEDICINA CENTRADA NA PESSOA E CAPACITAÇÃO EM DOENTES COM OSTEOARTROSE: INTENSIDADE DA DOR E QUALIDADE DE VIDA"</b>  <i>Dr.ª Rosa Reis Machado</i> Presidente <i>Dr. Luis Manuel Militão Mendes Cabral</i> Vogal <i>Dr. Mário Ruivo</i> Vogal
-----------------	---

<b>IDENTIFICAÇÃO DO PROJECTO:</b> "EMPATIA MÉDICA, MEDICINA CENTRADA NA PESSOA E CAPACITAÇÃO EM DOENTES COM OSTEOARTROSE: INTENSIDADE DA DOR E QUALIDADE DE VIDA"
<b>Nº DO ESTUDO:</b> 55/2018
<b>DATA DA ENTRADA DO PEDIDO:</b> 7/2018
<b>TIPO DE ESTUDO:</b> Descritivo e observacional.
<b>INVESTIGADOR(ES) PRINCIPAL(AIS):</b> Inês Rosendo Carvalho e Silva Caetano, Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra e USF Coimbra Centro; Simão Pedro Queiroz da Cruz, Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra; Sofia Isabel Teixeira Ramos, Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra; Catarina Isabel dos Santos Matias, Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra e USF Coimbra Centro
<b>CENTROS ENVOLVIDOS:</b> USF Coimbra Centro e USF As Gandaras.
<b>OBJECTIVOS DO ESTUDO:</b> Determinar a relação da empatia médica, medicina centrada na pessoa e capacitação com a intensidade da dor e a qualidade de vida de doentes com osteoartrose. Como objetivos secundários, pretende-se determinar a relação da literacia em saúde, formação (número de anos de estudos completados) e índice socioeconómico com a capacitação. E, também, perceber se a relação da capacitação com a qualidade de vida e intensidade da dor é independente ou não destas 3 variáveis (literacia, formação e índice socioeconómico).

## COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

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

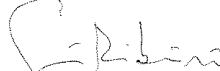
DATA: 14 de Setembro de 2018

RELATOR



(Prof. Dr. uiz Miguel Santiago)

Presidente da CES



(Prof. Dr. Fontes Ribeiro)

## II. Consentimento informado

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

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

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

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

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

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

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

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

Os investigadores:

Assinatura:

Data:

---

Caro utente,

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

Muito obrigada(o),

Inês Rosendo, Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

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

Sofia Ramos, Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

Simão Cruz, Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

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

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

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



### III. Questionário

#### Parte 1:

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

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

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

#### Quanto ganha por mês?

Menos do que o salário mínimo

Valor igual ao salário mínimo

Mais do que o salário mínimo

#### Vive sozinho?

Sim

Não

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

Há menos de 3 meses

Há 3 meses

Há mais de 3 meses

#### Parte 4: *Patient Enablement Instrument (PEI)*

Tendo em conta a última consulta que teve com o seu médico, sente que está:

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

### **Parte 5: Medical Term Recognition Test (METER)**

A lista seguinte inclui alguns termos que existem na linguagem médica. Alguns desses termos estão relacionados com partes ou funções do corpo, com tipos de doenças ou com coisas que podem melhorar ou piorar a saúde. A lista também contém algumas palavras que podem parecer ou soar como termos reais, mas que não existem.

À medida que for lendo esta lista, coloque uma cruz "X" ao lado das palavras que são termos reais. Não tente adivinhar. Coloque uma cruz "X" ao lado das palavras só quando tiver a certeza que existem mesmo.

<input type="checkbox"/> Imígdala	<input type="checkbox"/> Jezum
<input type="checkbox"/> Artrite	<input type="checkbox"/> Súrgico
<input type="checkbox"/> Obesidade	<input type="checkbox"/> Malorias
<input type="checkbox"/> Gripe	<input type="checkbox"/> Cancro
<input type="checkbox"/> Nervosite	<input type="checkbox"/> Alcoolidade
<input type="checkbox"/> Sífilis	<input type="checkbox"/> Antibióticos
<input type="checkbox"/> Potássio	<input type="checkbox"/> Antidepressivo
<input type="checkbox"/> Hormonas	<input type="checkbox"/> Colite
<input type="checkbox"/> Nervos	<input type="checkbox"/> Diabetes
<input type="checkbox"/> Anquia	<input type="checkbox"/> Otorringologista
<input type="checkbox"/> Cástula	<input type="checkbox"/> Nósea
<input type="checkbox"/> Ingesto	<input type="checkbox"/> Impetigo
<input type="checkbox"/> Intestigo	<input type="checkbox"/> Menstrual
<input type="checkbox"/> Exercício	<input type="checkbox"/> Gatarral
<input type="checkbox"/> Pústula	<input type="checkbox"/> Convulsão
<input type="checkbox"/> Cerpes	<input type="checkbox"/> Apêndice
<input type="checkbox"/> Rim	<input type="checkbox"/> Abdominável
<input type="checkbox"/> Urgência	<input type="checkbox"/> Enxuteca
<input type="checkbox"/> Xirope	<input type="checkbox"/> Dose
<input type="checkbox"/> Menopausa	<input type="checkbox"/> Hemorróidas
<input type="checkbox"/> Diagnóstico	<input type="checkbox"/> Testículo
<input type="checkbox"/> Candiase	<input type="checkbox"/> Olho
<input type="checkbox"/> Icterícia	<input type="checkbox"/> Obstérico
<input type="checkbox"/> Bexiga	<input type="checkbox"/> Sonambulação
<input type="checkbox"/> Aborto	<input type="checkbox"/> Drenação
<input type="checkbox"/> Hepatite	<input type="checkbox"/> Sexualmente
<input type="checkbox"/> Enatoma	<input type="checkbox"/> Purisia
<input type="checkbox"/> Unhal	<input type="checkbox"/> Fibrómico
<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Medicação
<input type="checkbox"/> Inflamatório	<input type="checkbox"/> Micróbios
<input type="checkbox"/> Anemia	<input type="checkbox"/> Gonorreia
<input type="checkbox"/> Linsoma	<input type="checkbox"/> Estômico
<input type="checkbox"/> Ceresiana	<input type="checkbox"/> Fadiga
<input type="checkbox"/> Stress	<input type="checkbox"/> Osteoporose
<input type="checkbox"/> Algérico	<input type="checkbox"/> Obstipação

### Parte 6: EQ-5D e EQ-VAS

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

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

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

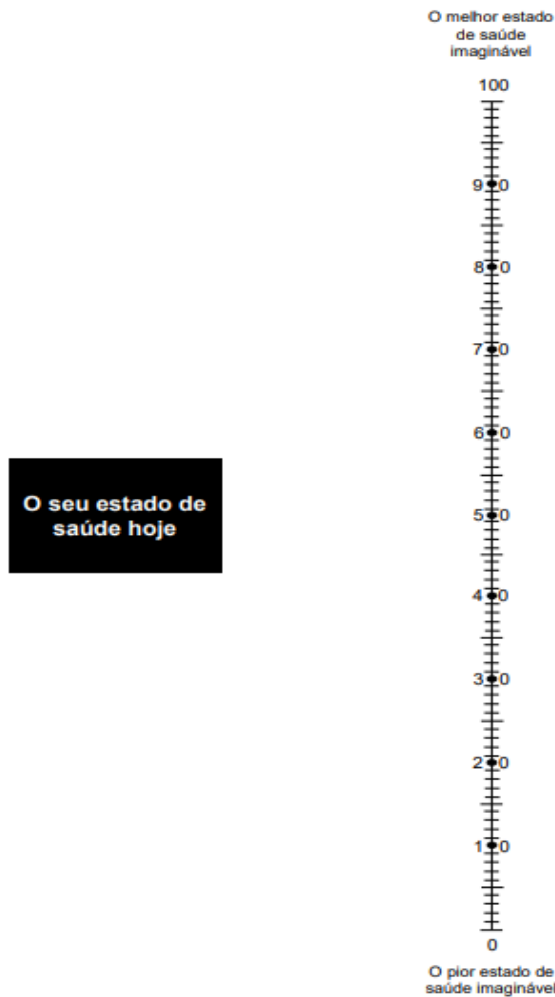
Melhor ☐<sub>1</sub>

O mesmo ☐<sub>2</sub>

Pior ☐<sub>3</sub>

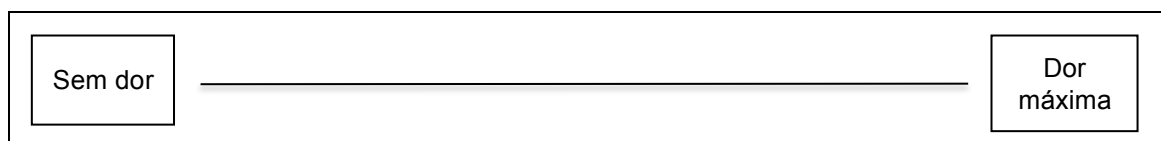
Para ajudar as pessoas a classificarem o seu estado de saúde, desenhámos uma escala (semelhante a um termómetro) na qual o melhor estado de saúde que possa imaginar é marcado por 100 e o pior estado de saúde que possa imaginar é marcado por 0.

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



### **Parte 7: Escala Visual Analógica (EVA)**

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



**Parte 8: Outras informações sobre o doente** (a preencher pelo médico)

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

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

Sim

Não

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

Sim

Não

**Localização da osteoartrose:**

Joelho(s)

Mão(s)

Anca(s)

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