



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**

EDUARDO CUNHA DE MACEDO

**DIABETES MELLITUS TIPO 2: RELAÇÃO DA
CAPACITAÇÃO, CONHECIMENTOS E QUALIDADE DE
VIDA COM A ADESÃO À TERAPÊUTICA**

ARTIGO CIENTÍFICO ORIGINAL

ÁREA CIENTÍFICA: MEDICINA GERAL E FAMILIAR

TRABALHO REALIZADO SOB A ORIENTAÇÃO DE:

DOUTORA INÊS ROSENDO CARVALHO E SILVA CAETANO

MD ÂNGELA SANTOS NEVES

NOVEMBRO 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

**DIABETES MELLITUS TIPO 2: RELAÇÃO DA CAPACITAÇÃO,
CONHECIMENTOS E QUALIDADE DE VIDA COM A ADESÃO À TERAPÊUTICA**

Investigadores:

Eduardo Cunha de Macedo

Inês Rosendo Carvalho e Silva Caetano

Ângela Santos Neves

E-mail: idumacedo@hotmail.com

Índice

Abreviaturas	3
Resumo.....	4
Abstract	6
Introdução.....	8
Materiais e Métodos	12
Resultados	15
Discussão.....	19
Agradecimentos.....	24
Referências Bibliográficas	25
Anexo 1	31
Anexo 2	33
Anexo 3	34
Anexo 4	35
Anexo 5	37
Anexo 6	38
Anexo 7	39
Anexo 8	43

Abreviaturas

ADO – Antidiabéticos orais

DES-SF – Diabetes Empowerment Scale-Short Form

DHP-18 – Diabetic Health Profile

DKT – Diabetes Knowledge Test

DMT2 – Diabetes Mellitus Tipo 2

HbA1c – Hemoglobina glicada A1c

MAT – Medida de Adesão aos Tratamentos

OMS – Organização Mundial de Saúde

QdVRS – Qualidade de vida relacionada com a saúde

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

Resumo

Introdução: Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a adesão ao tratamento de longo prazo para doenças crônicas nos países desenvolvidos é, em média, de 50%. Parece inegável que muitos doentes têm dificuldade na adesão ao tratamento. Assim, a adesão à terapêutica farmacológica nos doentes com Diabetes Mellitus Tipo 2 (DMT2), é uma dimensão importante a estudar.

Objetivo: Perceber a relação entre a adesão à terapêutica farmacológica e o grau de capacitação, qualidade de vida e conhecimento sobre a DMT2.

Métodos: Estudo observacional e transversal, em amostra de conveniência de pessoas com DMT2 seguidas em consultas de diabetes na UCSP Fernão de Magalhães. Efetuada recolha de dados entre 11 e 26 de setembro de 2017. Aplicado um questionário sociodemográfico e clínico; a *Diabetes Empowerment Scale* (DES-SF); o *Diabetes Knowledge Test* (DKT); a EQ-5D; o *Diabetes Health Profile* (DHP); e a Medida de Adesão aos Tratamentos (MAT). Realizada análise estatística descritiva e inferencial, com intervalo de confiança de 95%. Cumpridos todos os procedimentos éticos.

Resultados: Amostra de 36 indivíduos, 63,9% do sexo feminino, com idade média $68,7 \pm 10,6$ anos, HbA1c média de $6,7 \pm 0,9\%$ e um tempo médio de diagnóstico de $10,2 \pm 8,9$ anos. A média da DES-SF foi de $4,2 \pm 0,7$, o DKT apresentou uma média de $7,9 \pm 1,7$ respostas certas, a EQ-5D teve uma média de $0,71 \pm 0,25$, o DHP-18 teve pontuações médias de $8,1 \pm 3,9$, $5,3 \pm 3,6$ e $4,9 \pm 4,7$ pontos para as barreiras à atividade, a alimentação desinibida e sofrimento psicológico respetivamente. A média da pontuação da MAT foi de $5,6 \pm 0,32$ pontos. Observaram-se correlações, sem significado estatístico, entre a MAT e o DES-SF, EQ5D e DHP-18. Observou-se uma correlação negativa estatisticamente significativa entre a MAT e o DKT.

Discussão e Conclusão: Este estudo mostrou uma tendência de melhor adesão à terapêutica com uma boa capacitação dos doentes, pior percepção de qualidade de vida, menor sofrimento psicológico, moderadas barreiras às atividades e maiores dificuldades na alimentação, embora sem significado estatístico, o que pode ter sido influenciado pelo tamanho da amostra. As pessoas com pior conhecimento apresentam níveis mais altos de adesão á terapêutica, com significado estatístico.

Palavras-Chave: Diabetes Mellitus Tipo 2; Adesão à terapêutica farmacológica; Capacitação; Conhecimento; Qualidade de vida; Hemoglobina A1c.

Abstract

Background: According to the World Health Organization (WHO), adherence to long-term treatment for chronic diseases in developed countries is on average 50%. It seems undeniable that many patients have difficulty adhering to treatment. Therefore, adherence to pharmacological therapy in patients with Type 2 Diabetes Mellitus (T2DM) is an important dimension to be studied.

Objective: To understand the relation between the adherence to pharmacological therapy and the patient's empowerment, quality of life and knowledge about T2DM.

Methods: Cross-sectional and observational study in a convenience sample of T2DM patients followed in diabetes consultations at UCSP Fernão de Magalhães. Data represent patients' status between the 11th and 26th of September in 2017. A sociodemographic and clinical questionnaire was applied; the Diabetes Empowerment Scale (DES-SF); the Diabetes Knowledge Test (DKT); the EQ-5D; the Diabetes Health Profile (DHP); and the Measure of Adherence to Treatments (MAT). A descriptive and inferential statistical analysis was performed, with a 95% confidence interval. All ethical procedures have been followed.

Results: The sample was of 36 individuals, 63.9% women. Sample's mean age of 68.7 ± 10.6 years, mean HbA1c of $6.7 \pm 0.9\%$ and mean time from diagnosis of 10.2 ± 8.9 years. The average final score of DES-SF was 4.2 ± 0.7 , the DKT registered a mean of 7.9 ± 1.7 correct answers, the EQ-5D mean score was 0.71 ± 0.25 , the DHP -18 final scores were 8.1 ± 3.9 , 5.3 ± 3.6 and 4.9 ± 4.7 points, respectively, for barriers to activity, disinhibited eating and psychological distress subscales. The average final score of MAT was 5.6 ± 0.32 points. Correlations were observed, without statistical significance, between MAT and DES-SF, EQ5D and DHP-18. A negative correlation with statistical significance, was observed between MAT and DKT.

Discussion and Conclusion: This study revealed a trend towards better adherence to therapy with good patient empowerment, worse perception of quality of life, less psychological distress, moderate barriers to activities and greater difficulties in eating, although not statistically significant, which may have been influenced by the size of the sample. People with worse average level of knowledge of the disease revealed better adherence to therapy, with statistical significance.

Keywords: Type 2 Diabetes Mellitus; Adherence to pharmacological therapy; Empowerment; Knowledge; Quality of life; A1c hemoglobin.

Introdução

A diabetes é uma das maiores preocupações mundiais de saúde no século XXI. Cada vez mais pessoas vivem com essa doença a qual tem implicações negativas nas suas vidas. Atualmente, estima-se que 415 milhões de adultos sofram de diabetes e 318 milhões de adultos apresentam alteração da tolerância à glicose, o que as coloca em risco de desenvolver a doença no futuro.¹

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a diabetes está a aumentar em todos os países, independentemente do nível socioeconómico, embora o seu crescimento se evidencie mais nos países de desenvolvimento económico médio. A diabetes, quando descompensada, tem consequências muito negativas na saúde e no bem-estar das pessoas, podendo aumentar o risco geral de morte prematura. Ainda, a OMS, aponta para que a falta de acesso a cuidados de saúde de qualidade, a falta de políticas destinadas à promoção de ambientes favoráveis para estilos de vida saudáveis, signifique défices na prevenção e no tratamento da diabetes.²

Em Portugal, a prevalência da diabetes é elevada; mais de 1 milhão de portugueses com idades compreendidas entre os 20 e os 79 anos têm diabetes, existindo uma diferença estatisticamente significativa na prevalência da diabetes entre os homens (15,9%) e as mulheres (10,9%), verificando-se um aumento da prevalência da diabetes com a idade.³

A diabetes é uma doença grave e crónica que acontece quando o pâncreas não produz insulina suficiente, ou quando o organismo não consegue usar a insulina produzida. O aumento mantido da glicemia leva a complicações graves nomeadamente cardiovasculares, renais, nervosas e oftálmicas. A alteração do metabolismo da glicemia pode ser assintomática durante muitos anos, facto que pode levar a que a doença possa não ser diagnosticada, até que surjam complicações.²

Atualmente, os cuidados com a diabetes mellitus tipo 2 (DMT2) assumem um papel central no autocuidado do doente ou na gestão da doença. O autocuidado implica que o doente monitorize e responda às mudanças ambientais e condições biológicas, ajustando-se aos diferentes aspetos do tratamento, de modo a manter o controlo metabólico e reduzir complicações. Os comportamentos de autocuidado na diabetes são a monitorização da glicemia, controlo da dieta, a administração de fármacos (insulina ou antidiabéticos orais (ADO)), atividade física, cuidados com os pés, e visitas regulares de monitorização médica e outros comportamentos, nomeadamente a saúde oral e o uso de roupa adequada.⁴

A qualidade de vida destas pessoas tende a ser afetada pela DMT2. Algumas variáveis parecem ter impacto negativo na qualidade de vida, nomeadamente o sexo feminino, menos habilitações literárias, antecedentes de hipoglicemias graves e complicações microvasculares. Doentes sujeitos a insulino-terapia e com história de hipoglicemias parecem apresentar maiores barreiras à atividade física.⁵

Adesão é definida como a medida em que o doente segue indicações dos profissionais de saúde relativamente a inúmeros comportamentos relacionados com a saúde, e não apenas ao cumprimento do regime farmacológico.⁴

Segundo a OMS, a adesão ao tratamento de longo prazo para doenças crónicas nos países desenvolvidos é, em média, de 50%. Nos países em desenvolvimento as taxas são ainda mais baixas. Este facto leva-nos a pensar que é inegável que muitos doentes têm dificuldade na adesão ao tratamento. As consequências de uma baixa adesão estão relacionadas com o comprometimento da eficácia do tratamento, os custos relacionados com o problema, refletindo-se na qualidade de vida dos doentes. Neste sentido, a adesão à terapêutica farmacológica no contexto do tratamento dos doentes com DMT2, é também uma dimensão importante a estudar, no sentido de prevenir complicações e melhorar a qualidade de vida.⁴

A adesão à terapêutica farmacológica nos doentes com DMT2 é uma variável que tem sido estudada e assumido particular relevância na comunidade científica, pela sua importância no controlo da doença.⁶⁻⁸ Sabe-se que a terapêutica farmacológica é eficaz a reduzir as complicações da DMT2.⁹⁻¹¹ As pessoas que não aderem à medicação evidenciam valores mais elevados de hemoglobina glicada A1c (HbA1c), tensão arterial e colesterol LDL.¹²⁻¹⁴ Ainda, a adesão das pessoas com diabetes à terapêutica antidiabética oral¹⁵⁻¹⁷ e insulina¹⁶ parece ser baixa e tem tendência a diminuir ao longo do tempo de tratamento.^{18,19} Embora a maioria dos doentes adiram à terapêutica oral para a diabetes, os que aderem têm mais probabilidades de conseguir o controlo glicémico dos que os que não aderem.²⁰

Estudos com o objetivo de perceber o conhecimento, a qualidade de vida e a capacitação em doentes com DMT2 têm demonstrado que estas variáveis são importantes para se equacionarem modelos de intervenção integrada.²¹⁻²⁴

Tendo em conta estas dimensões, dados de um estudo qualitativo com uma amostra de 12 doentes com DMT2 revelam que, embora a maioria dos participantes tenha demonstrado conhecimento essencial sobre diabetes e suas consequências, os doentes também manifestaram inúmeros equívocos sobre a doença. O conhecimento sobre medicação, o seu uso apropriado e efeitos colaterais manifestou-se muito baixo. Os participantes também demonstraram falta de informação relativamente à conformidade necessária entre a dieta e a atividade física e sobre o stress induzido pela diabetes. Os autores sugerem que o conhecimento e a perceção dos participantes sobre diabetes são fatores chave que determinam a sua adesão à terapêutica. Referem, ainda, que os prestadores de cuidados de saúde devem explorar, para compreender melhor a perspetiva dos doentes sobre diabetes, crenças sobre medicação, identificar stress psicológico e proporcionar educação para a saúde mais efetiva sobre a doença para melhorar a adesão à terapêutica.²⁵

Tendo em atenção a dimensão emocional na adesão à terapêutica, em pessoas com DMT2 o processamento emocional foi significativamente associado à adesão à terapêutica. O estudo conclui que ter em atenção uma abordagem emocional é significativamente associado a comportamentos que levam a resultados positivos em doentes com DMT2.²⁶

O ciclo psicológico complexo caracterizado por perceções de desespero, desesperança e impotência, que os autores denominam de “fatalismo diabético” associa-se com a menor adesão à medicação e à diminuição dos três comportamentos de autocuidado (dieta, exercício e teste de glicemia), podendo ser um foco importante de atenção para intervenções de educação e promoção de competências em cuidados com a diabetes.²⁷

Os objetivos deste trabalho são: i) perceber a relação entre a capacitação, qualidade de vida, conhecimento sobre a diabetes e a adesão à terapêutica farmacológica; ii) perceber as diferenças em função do controlo metabólico da DMT2; iii) perceber as diferenças em função das variáveis sociodemográficas.

Materiais e Métodos

Para responder aos objetivos foi delineado um estudo observacional e transversal. O estudo integrou uma amostra de conveniência de utentes com DMT2 (N=36) seguidos na Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) de Fernão de Magalhães (Coimbra). A recolha de dados foi efetuada às pessoas com diabetes que recorreram à consulta no centro de saúde e que aceitaram participar no estudo, no período compreendido entre 11 e 26 de setembro de 2017, tendo sido aplicados pelo investigador 5 instrumentos nas suas versões portuguesas e um questionário de dados sociodemográficos: Para a caracterização da amostra, foi aplicado o questionário de dados sociodemográficos e clínicos (Anexo 1), através do qual foram recolhidas as variáveis sexo, idade, situação familiar, formação académica e profissão, tempo de evolução, tipo de tratamento e controlo metabólico, por via das duas últimas medições de HbA1c; a *Diabetes Empowerment Scale* (DES-SF) (Anexo 2) para aferir a capacitação; o *Diabetes Knowledge Test* (DKT) (Anexo 3) para avaliar os conhecimentos sobre a DMT2; EQ-5D (Anexo 4) e o *Diabetes Health Profile* (DHP-18) (Anexo 5) para avaliar a qualidade de vida e a Medida de Adesão aos Tratamentos (MAT) (Anexo 6) para medir a adesão à terapêutica.

A DES é um questionário constituído por 37 itens, a qual mede 8 dimensões.²⁸ A DES-SF é uma versão mais curta, constituída por oito questões medindo, da mesma forma, a autoeficácia na diabetes, definida como a capacidade da pessoa se envolver em atividades de autocontrolo em situações específicas relacionadas com a diabetes²⁹, tendo sido traduzida em 2013 pelo Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra (CEISUC) e validada em 2014 tendo sido obtido um alfa de Chronbach de 0,9 a 1 nos 8 itens da escala. A resposta a cada item situa-se nas opções “discordo completamente”; “discordo um pouco”; “discordo nem concordo”; “concordo um pouco”; “concordo completamente” sendo pontuadas de 1 a 5.^{30,31}

O DKT foi construído pelo Michigan Diabetes Research and Training Centre (MDRTC) e avalia os conhecimentos do doente diabético sobre as implicações da doença na alimentação, no estilo de vida e na gestão da medicação.³² É composto por 23 questões. As primeiras 14 questões são dirigidas a todas as pessoas com diabetes e as restantes são dirigidas a doentes insulino-tratados. É uma escala, cujas respostas se apresentam em escolha múltipla de resposta única. O *score* de conhecimento foi determinado pela atribuição de um ponto para cada resposta correta e zero para cada resposta errada. A amplitude do *score* de conhecimento varia entre 0 e 23, sendo categorizado da seguinte forma: < 11 – conhecimento pobre; 11 a 17 – conhecimento médio; > 17 – conhecimento bom. As primeiras 14 questões estão relacionadas com o conhecimento geral e foram categorizadas como: < 7 – pobre; 7 a 11 – médio; > 11 – bom. Os itens de 15 a 23 estão relacionados com o uso de insulina e estão categorizados como: < 5 – pobre; 5 a 7 – médio; > 7 – bom.³³

O EQ-5D foi desenvolvida pelo grupo EuroQoL e é um instrumento genérico de medição da qualidade de vida relacionada com a saúde (QdVRS) que permite gerar um índice representando um valor do estado de saúde de um indivíduo, através da avaliação de 5 dimensões: mobilidade, cuidados pessoais, atividades habituais, dor/mal-estar e ansiedade/depressão. Cada dimensão tem 3 níveis de resposta possível (sem problemas – nível 1; alguns problemas – nível 2; problemas extremos – nível 3), gerando um total de $3^5 = 243$ estados de saúde diferentes. É gerado, então, um número de 5 dígitos, correspondente ao estado de saúde da pessoa, posteriormente transformado num índice cardinal em que pode variar de -0,59 a 1, sendo que os valores negativos correspondem a estados de saúde piores que a morte, o zero corresponde ao estado de saúde igual à morte e o 1 corresponde à saúde perfeita. Para além deste sistema descritivo, existe também uma escala visual analógica (EQ-VAS), em que a pessoa classifica o seu estado de saúde do momento de 0 (a pior saúde imaginável) a 100 (a melhor saúde imaginável).³⁴

O DHP-18 é um instrumento de medição, adaptada do DHP-1, desenvolvido especificamente para a diabetes e tem como objetivo avaliar o impacto psicológico e comportamental de viver com a doença. Inclui 18 questões que avaliam três domínios distintos: sofrimento psicológico (6 questões), barreiras à atividade (7 questões) e alimentação desinibida (5 questões). Cada domínio é classificado de 0 (não, nunca) a 3 (sempre, muito, muito frequentemente) e é pontuado e transformado num valor de 0 a 100 ou num valor exato. Quanto mais alto for o valor final, mais disfunção apresenta o indivíduo.³⁵

A MAT é uma medida de autorresposta e foi desenvolvida a partir da medida de adesão de 4 itens apresentada por Morisky, Green e Levine (1986). Foi construída e validada para a população portuguesa como medida de adesão aos tratamentos medicamentosos, resultando em 7 itens numa escala de likert, apresentando uma consistência interna correspondente a um α de Cronbach de 0,74. As respostas aos itens situam-se em 6 opções: “sempre”; “quase sempre”; “com frequência”; “por vezes”; “raramente” e “nunca”.³⁶

Este estudo foi realizado após a obtenção do parecer favorável da Comissão de Ética da Administração Regional de Saúde da Região Centro (Anexo 7) e a obtenção da autorização da coordenação da UCSP Fernão de Magalhães. Todos os doentes assinaram o consentimento informado (Anexo 8) após lhes ter sido explicado o âmbito do estudo e seus objetivos, com garantia de anonimato e confidencialidade dos dados.

Para o tratamento e análise dos dados recorreu-se ao “IBM SPSS Statistics Version 23.0” (IBM Corp. in Armonk, NY). Foi realizada análise descritiva e inferencial, recorrendo-se aos testes t de student e coeficiente de correlação de Pearson (r), após demonstrada a normalidade da distribuição dos dados através do teste de normalidade Kolmogorov-Smirnov com correlação de significância de Lillefors. Definiu-se como estatisticamente significativo um valor de $p < 0,05$.³⁷

Resultados

A amostra estudada foi constituída por 36 indivíduos diabéticos que frequentavam a consulta de diabetes na UCSP Fernão de Magalhães em Coimbra. Os dados sociodemográficos e clínicos da amostra são apresentados na tabela 1.

Tabela 1. Dados sociodemográficos e clínicos da amostra (N=36)

Variável	Valores	n	%
Sexo	Feminino	23	63,9
	Masculino	13	36,1
Idade (anos)	Média ± d.p.	68,7 ± 10,6	
	IC a 95%	65,1 – 72,2	
Situação familiar	Casado(a)	27	75
	Viúvo(a)	6	16,7
	Divorciado(a)	2	5,6
	Separado(a)	1	2,8
Situação profissional	Ativo	12	33,3
	Não ativo	24	66,7
	Reformado	22	61,1
	Desempregado	1	2,8
	Outra	1	2,8
Grau de ensino	Não sabe ler nem escrever	2	5,6
	Só sabe ler e escrever	2	5,6
	1ºCiclo	22	61,1
	2ºCiclo	2	5,6
	3ºCiclo	5	13,9
	Ensino Secundário	1	2,8
	Ensino Superior	2	5,6
Com quem vive	Só	3	8,3
	Acompanhado	33	91,7
Regime de tratamento	Só dieta	2	5,6
	ADO	29	80,6
	Insulina	2	5,6
	ADO + Insulina	1	2,8
	Outros	2	5,6
Tempo de diagnóstico (anos)	Média ± d.p.	10,2 ± 8,9	
	IC a 95%	7,2 – 13,2	
HbA1c (%)	Média ± d.p.	6,7 ± 0,9	
	IC a 95%	6,3 – 7,0	
	Mínimo	5,4	
	Máximo	9,8	

d.p. - desvio padrão; IC - intervalo de confiança; ADO - antidiabéticos orais; HbA1c - hemoglobina glicada A1c

De acordo com os dados apresentados na tabela 1, a amostra em estudo apresenta uma predominância de indivíduos do sexo feminino (63,9%) e a idade média global é de $68,7 \pm 10,6$ anos. A maior parte dos inquiridos são casados (75%) e não ativos profissionalmente (66,7%), com destaque para os reformados (61,1%). Quanto ao grau de ensino, a maioria tem o 1º Ciclo (61,1%). Quase na sua totalidade, os inquiridos vivem acompanhados (91,7%) e em 80,6% dos indivíduos, o regime terapêutico restringe-se a ADO. Relativamente aos parâmetros clínico-laboratoriais, os indivíduos têm diagnóstico de DMT2 em média há $10,2 \pm 8,9$ anos e a média das últimas duas medições da HbA1c é de $6,7 \pm 0,9\%$, sendo o mínimo e máximo de 5,4% e 9,8%, respetivamente.

A caracterização da amostra quanto aos seus resultados obtidos com os instrumentos de avaliação da capacitação, conhecimento, qualidade de vida e adesão à terapêutica é apresentada na tabela 2.

Tabela 2. Caracterização da amostra quanto aos resultados obtidos com os instrumentos de avaliação da capacitação, conhecimento, qualidade de vida e adesão à terapêutica.

Medida	DES-SF score	DKT score (1-14)	DKT (nível)		EQ-5D score	EQ-VAS score (%)	DHP-18			MAT
			CP	CM			SP	BA	AD	
Valores										
Média	4,24	7,92			0,71	66,25	4,92	8,11	5,28	5,58
d.p.	$\pm 0,68$	$\pm 1,75$			$\pm 0,25$	$\pm 16,75$	$\pm 4,71$	$\pm 3,86$	$\pm 3,55$	$\pm 0,32$
Máximo	5	11			1	100	15	16	11	6
Mínimo	1,5	3			0,06	35	0	3	0	4,71
N			6	30						
%			16,7	83,3						

d.p. - desvio padrão; CP - conhecimento pobre; CM - conhecimento médio; SP - sofrimento psicológico; BA - barreiras à atividade; AD - alimentação desinibida

A capacitação do doente foi avaliada pela DES-SF e obteve-se um *score* médio de $4,24 \pm 0,68$ pontos para um máximo de 5 pontos. O conhecimento foi avaliado pelas primeiras 14 perguntas da DKT, tendo sido obtido um *score* de $7,92 \pm 1,75$ respostas certas. Há uma maior percentagem de indivíduos com um nível de conhecimento médio (83,3%). A EQ-5D e a EQ-

VAS avaliaram a QdVRS apresentando um índice de $0,71 \pm 0,25$ e um *score* de $66,25 \pm 16,75\%$ respetivamente. Como instrumento específico da diabetes, a DHP-18, demonstrou nos seus três domínios nomeadamente no sofrimento psicológico um *score* de $4,92 \pm 4,71$ (máximo de 18), nas barreiras às atividades um *score* de $8,11 \pm 3,86$ (máximo de 21) e na alimentação desinibida um *score* de $5,28 \pm 3,55$ (máximo de 15). Relativamente à adesão à terapêutica farmacológica, o *score* médio da MAT foi de $5,58 \pm 0,32$ pontos para um máximo de 6 pontos.

No que respeita à análise inferencial, foram aplicados o teste t de student e o coeficiente de correlação de Pearson (r) para verificar a relação entre a MAT e os dados sociodemográficos e clínicos, como se pode verificar na tabela 3.

Tabela 3. Relações entre a MAT e os dados sociodemográficos e clínicos.

Variável	MAT
Sexo	
Teste t de student	-0,599
p	0,553
Idade	
Correlação de Pearson (r).	-0,139
p	0,417
Com quem vive	
Teste t de student	0,199
p	0,844
Tempo de diagnóstico de tratamento	
Correlação de Pearson (r).	-0,157
p	0,362
HbA1c	
Correlação de Pearson (r)	0,085
p	0,644

MAT - Escala de avaliação da adesão à terapêutica;

Como demonstrado na tabela 3, nenhuma variável pareceu influenciar significativamente a adesão à terapêutica farmacológica. Observa-se uma tendência para que à medida que a idade e o tempo de diagnóstico aumentam, a adesão à terapêutica diminua, e valores de HbA1c maiores estão relacionados com maior grau de adesão à terapêutica, com relações fracas e não significativas.

A tabela 4 diz respeito às relações entre a MAT e os outros instrumentos de avaliação da capacitação, qualidade de vida e o conhecimento em indivíduos com DMT2. Foi utilizado o coeficiente de correlação de Pearson e o teste t de student.

Tabela 4. Relação entre a MAT e a DES-SF, DKT, EQ-5D e DHP-18

Variável	DES-SF <i>score</i>	DKT <i>score</i>	DKT (nível)	EQ-5D <i>score</i>	EQ-VAS <i>score</i>	DHP-18		
						SP	BA	AD
Domínio								
MAT								
Correlação de Pearson (r)	0,59	-0,355*		-0,285	-0,033	-0,059	0,150	0,180
Teste t de student			1,739					
p	0,732	0,034	0,091	0,092	0,848	0,734	0,381	0,295

*A correlação é significativa no nível 0,05

SP - sofrimento psicológico; BA - barreiras à atividade; AD - alimentação desinibida

Entre a MAT e DES-SF observa-se uma correlação positiva moderada sem significado estatístico, o que parece tender para que, quanto maior a capacitação do indivíduo, maior é a adesão à terapêutica. Entre a MAT e a EQ-5D e a EQ-VAS observa-se, sem significado estatístico, uma correlação negativa fraca e muito fraca respectivamente, havendo uma tendência para aumentar a adesão à terapêutica à medida que a qualidade de vida diminui. Entre a MAT e o DKT *score*, existe uma correlação negativa e estatisticamente significativa, revelando que há uma tendência para que a adesão à terapêutica aumente quanto menores são os conhecimentos. No entanto, a diferença entre os níveis de conhecimento (pobre, médio ou alto) não é estatisticamente significativa. Relativamente às correlações entre a MAT e DHP-18, os dados mostram haver uma tendência muito fraca e não significativa de melhor adesão à terapêutica com um menor sofrimento psicológico, com mais barreiras às atividades e com uma alimentação mais desinibida.

Discussão

Este estudo teve como objetivo perceber a relação entre a adesão à terapêutica e a capacitação, a qualidade de vida e o conhecimento em pessoas com DMT2 e ainda perceber se existiam diferenças em função de algumas variáveis sociodemográficas e em função do controlo metabólico.

Os instrumentos de recolha de dados foram aplicados diretamente pelo investigador após a consulta médica e/ou de enfermagem e após o doente ser informado sobre aspetos relacionados com o estudo e assinado o consentimento informado. O tempo médio de aplicação dos questionários rondou aproximadamente trinta minutos. De referir, que as pessoas mais idosas, ou com menor grau de ensino, manifestaram dificuldade acrescida no preenchimento dos instrumentos, sendo necessário, muitas vezes, o investigador ler as questões, tendo o cuidado de não alterar o seu sentido. Ainda assim, este facto, poderá ter levado a um viés de interpretação. Alguns dados, nomeadamente os valores da HbA1c, foram recolhidos através do médico responsável, pois alguns doentes ainda não tinham realizado a consulta de enfermagem ou não tinham conhecimento suficiente para precisar os valores exatos.

Os dados recolhidos revelam sobretudo uma população idosa, com uma idade média de $68,7 \pm 10,6$ anos, o que vai de encontro com o relatório do Observatório Nacional da Diabetes de 2016, que refere uma maior prevalência da diabetes na população com 60 a 79 anos. Por outro lado, a amostra revela o sexo feminino como o mais representativo (63,9%), facto que não é coincidente com a mesma fonte que nos indica que, em Portugal, o sexo masculino é o mais representativo tanto nos casos diagnosticados como nos não diagnosticados³, no entanto, este dado pode ser justificado pelo facto de as mulheres serem mais frequentadoras dos cuidados de saúde. O regime terapêutico instituído e predominante nos indivíduos da amostra são os ADO (80,6%) e o tempo médio de diagnóstico de doença é de $10,2 \pm 8,9$ anos.

A média das duas últimas medições da HbA1c dos indivíduos da amostra foi a variável escolhida para avaliar o controlo metabólico da doença. A média de HbA1c na amostra ($6,7\pm 0,9\%$; máximo: 9,8% e mínimo: 5,4%) assume valores bem controlados, se considerarmos um nível de exigência de 8%. Não se obteve relação significativa entre a adesão à terapêutica e o valor de HbA1c ($r=0,085$; $p=0,644$), parecendo haver a tendência de melhor adesão à terapêutica com valores superiores de HbA1c, o que contraria estudos que evidenciam que pessoas que não aderem à medicação evidenciam maior HbA1c.¹²⁻¹⁴

Através da correlação de Pearson não foram obtidas correlações significativas entre a idade, o sexo e a adesão à terapêutica. Estudos indicam a tendência de não haver associação entre adesão ao tratamento e as variáveis sociodemográficas.^{8,38}

Neste estudo foi avaliada a capacitação dos indivíduos através da DES-SF, obtendo-se um *score* final de $4,24\pm 0,68$ pontos, refletindo uma boa autoeficácia por parte dos mesmos. Apesar de neste estudo não existir uma correlação significativa entre os valores da MAT e o DES-SF ($r=0,59$; $p=0,732$), a evidência diz-nos que existe uma relação importante entre a capacidade de controlo e o conhecimento, o que nos poderia levar a inferir que os doentes possam aderir melhor à terapêutica com mais capacitação.²³

O conhecimento sobre DMT2 foi avaliado pelo DKT, tendo sido obtido um *score* de $7,92\pm 1,75$ de respostas certas, e 83,3% dos doentes apresentaram um nível de conhecimento médio. Também existem estudos que mostram que os doentes com DMT2 revelam conhecimentos sobre a doença, embora apresentem algumas lacunas/défices relacionados com a identidade da doença, o seu controlo e as suas consequências.³⁹ Através do coeficiente de correlação de Pearson, verificou-se uma correlação negativa e estatisticamente significativa, entre os conhecimentos e a adesão à terapêutica, medida pela MAT, revelando que há uma tendência para que a adesão à terapêutica aumente quando os conhecimentos são mais pobres

($r=-0,355$; $p=0,034$). Este resultado pode ser sustentado por alguma evidência científica que nos relata que os conhecimentos sobre DMT2 influenciem a adesão á terapêutica, e que quanto maior é a motivação extrínseca para o tratamento, menores são os conhecimentos sobre a diabetes.³⁹

A qualidade de vida nos participantes deste estudo foi avaliada através do EQ-5D e do EQ-VAS, mostrando um índice de $0,71\pm 0,25$ e um *score* de $66,25\pm 16,75\%$, respetivamente. Quando se aplica a correlação de Pearson, verifica-se que existe uma correlação negativa entre a qualidade de vida medida pelo EQ-5D e EQ-VAS e a adesão à terapêutica ($r=-0,285$; $p=0,092$); ($r=-0,033$; $p=0,848$) respetivamente, embora sem significado estatístico, mas que pode dar a indicação que os doentes com pior perceção de qualidade de vida possam aderir melhor ao regime terapêutico. Numa revisão sistemática da literatura realizada em 2015, que teve como objetivo verificar a influência da qualidade de vida na adesão ao tratamento em doentes com DMT2, verificou-se que melhores *scores* de qualidade de vida estão relacionados com melhor adesão ao tratamento, dado que pode contrariar os resultados do nosso estudo. Contudo, também foi encontrada esta associação em dois estudos incluídos na revisão. No entanto, esse estudo conclui que existe uma relação causal entre a qualidade de vida e a adesão ao tratamento,²² ao contrário do presente estudo que é transversal, e, este resultado, pode prender-se com o facto dos doentes que já têm mais complicações aderirem melhor ao regime terapêutico.

Para avaliar o impacto psicológico e comportamental de viver com a doença foi utilizado o DHP-18. Os indivíduos da amostra demonstraram nos seus três domínios, nomeadamente no sofrimento psicológico, um *score* de $4,92\pm 4,71$ (máximo de 18), nas barreiras às atividades, um *score* de $8,11\pm 3,86$ (máximo de 21) e na alimentação desinibida, um *score* de $5,28\pm 3,55$ (máximo de 15). A correlação de Pearson demonstrou não haver correlações estatisticamente significativas com o domínio psicológico ($r=-0,059$; $p=0,734$); barreiras às atividades ($r=0,150$;

$p=0,381$); alimentação desinibida ($r=0,180$; $p=0,295$) com a adesão à terapêutica. No entanto, os dados podem indicar uma tendência de melhor adesão à terapêutica com menor sofrimento psicológico, mais barreiras às atividades e maior dificuldade na alimentação. Pelo que nos foi possível pesquisar, não encontramos estudos que procurassem a relação específica entre a adesão à terapêutica e impacto psicológico e comportamental em doentes com DMT2. A depressão e mesmo baixos níveis de sintomatologia depressiva são apontados como fatores de risco para a não adesão ao tratamento.⁴⁰ Assim, a adesão à terapêutica tende a ser melhor em pessoas com maior estabilidade emocional, motivação externa e interna e estrutura de suporte.⁴¹ A alimentação e a atividade física são aspetos investigados e há evidência que mais de metade dos doentes não cumpre o plano alimentar e 24 a 100% dos doentes recorrem à prática de exercício físico.⁷ Havendo maiores dificuldades em aderir a um regime alimentar adequado, será possível haver uma maior adesão à terapêutica como compensação. Isto poderá estar relacionado com o resultado obtido para as pessoas com menor controlo glicémico aderirem melhor à terapêutica. Quanto às barreiras à atividade, faz sentido que as pessoas que tomam a medicação com maior rigor, simultaneamente se sintam mais condicionadas no seu dia-a-dia pela doença.

Quanto às limitações do estudo, podemos apontar a reduzida dimensão da amostra e o tipo de amostragem (conveniência) que limitam o poder estatístico e a generalização dos dados. Ainda, sendo a MAT um instrumento de autorreferência, pode constituir viés de memória e de performance, pois os indivíduos podem ter dado respostas que fossem de encontro ao comportamento normal de adesão e não ao seu próprio comportamento.

Conclusão

Este estudo tentou perceber a relação entre a capacitação, conhecimentos e qualidade de vida com a adesão à terapêutica em doentes com DMT2.

Este estudo mostrou uma tendência de melhor adesão à terapêutica com uma boa capacitação dos doentes, pior percepção de qualidade de vida, menor sofrimento psicológico, moderadas barreiras às atividades e maiores dificuldades na alimentação, embora sem significado estatístico, o que pode ter sido influenciado pelo tamanho da amostra.

No entanto, verificou-se que existe uma correlação estatisticamente significativa entre o nível médio de conhecimento da doença e a adesão à terapêutica que nos indica que as pessoas com um pior nível médio de conhecimento da doença apresentam uma melhor adesão à terapêutica.

Dada a importância da análise destas variáveis para uma melhor compreensão dos fatores que interferem na adesão à terapêutica farmacológica no tratamento das pessoas com DMT2, parece ser importante aprofundar o estudo em amostras com maior dimensão.

Agradecimentos

À MD Doutora Inês Rosendo, pelo incentivo, constante disponibilidade e pelos seus ensinamentos científicos.

À MD Ângela Neves, pelo coorientação e apoio prestado.

A todos os profissionais de saúde da UCSP Fernão de Magalhães, pela sua disponibilidade.

Às pessoas que constituíram a amostra, por consentirem participar neste estudo.

À Ana, pelo apoio incondicional e por estar sempre presente.

Aos meus amigos, pelo incentivo.

Aos meus pais...SEMPRE!

Referências Bibliográficas

1. International Diabetes Federation. IDF Diabetes Atlas. 7 ed. 2015. International Diabetes Federation; 2015. 140 p.
2. World Health Organization. Global Report on Diabetes. World Health Organization; 2016. 88 p.
3. Observatório Nacional da Diabetes. Diabetes: Factos e Números. 8 ed. Observatório Nacional da Diabetes; 2016. 68 p.
4. World Health Organization. Adherence to Long- Term Therapies – Evidence for action. World Health Organization; 2003. 211p.
5. Santos S, Beça H, Mota C. Qualidade de vida e fatores associados na diabetes mellitus tipo 2: estudo observacional. Rev Port Med Geral Fam. 2015; 31:186-96.
6. Kassahun T, Gesesew H, Mwanri L, Eshetie T. Diabetes related knowledge, self-care behaviours and adherence to medications among diabetic patients in Southwest Ethiopia: a cross-sectional survey. BMC Endocrine Disorders. 2016; 16-28.
7. Faria HT, Santos MA, Arrelias CC, Rodrigues FF, Gonela JT, Teixeira CR, et al. Adesão ao tratamento em diabetes mellitus em unidades da estratégia da família. Rev Esc Enferm USP. 2014; 48(2): 257-63.
8. Faria HT, Rodrigues FF, Zanetti ML, Araújo MF, Damasceno MM. Fatores associados à adesão ao tratamento de pacientes com diabetes mellitus. Acta Paul Enferm. 2013; 26(3): 231-7.

9. UK Prospective Diabetes Study (UKPDS) Group. Effect of intensive blood-glucose control with metformin on complications in overweight patients with type 2 diabetes (UKPDS 34). UK Prospective Diabetes Study (UKPDS) Group. *Lancet*. 1998 setembro 7; 352(9131): 854-65.
10. Turner RC, Cull CA, Frighi V, Holman RR. Glycemic control with diet, sulfonylurea, metformin, or insulin in patients with type 2 diabetes mellitus: Progressive requirement for multiple therapies (UKPDS 49). UK Prospective Diabetes Study (UKPDS) Group. *JAMA*. 1999 junho 2; 281(21): 2005-12.
11. Diabetes Control and Complications Trial Research Group. The Effect of Intensive Treatment of Diabetes on the Development and Progression of Long-Term Complications in Insulin-Dependent Diabetes Mellitus. *N Engl J Med*. 1993 setembro 30; 329(14): 977-86.
12. Ho PM, Rumsfeld JS, Masoudi FA, McClure DL, Plomondon ME, Steiner JF, et al. Effect of medication nonadherence on hospitalization and mortality among patients with diabetes mellitus. *Arch Intern Med*. 2006 setembro 25; 166(17): 1836-41.
13. Pladevall M, Williams LK, Potts LA, Divine G, Xi H, Lafata JE. Clinical Outcomes and Adherence to Medications Measured by Claims Data in Patients With Diabetes. *Diabetes Care*. 2004 dezembro; 27(12): 2800-5.
14. Rhee MK, Slocum W, Ziemer DC, Culler SD, Cook CB, El-Kebbi IM, et al. Patient Adherence Improves Glycemic Control. *Diabetes Educ*. 2005 março-abril; 31(2): 240-50.
15. Donnan PT, MacDonald TM, Morris AD. Adherence to prescribed oral hypoglycaemic medication in a population of patients with Type 2 diabetes: a retrospective cohort study. *Diabet Med*. 2002 abril; 19(4): 279-84.

16. Brown JB, Nichols GA, Glauber HS, Bakst A. Ten-year follow-up of antidiabetic drug use, nonadherence, and mortality in a defined population with type 2 diabetes mellitus. *Clin Ther.* 1999 junho; 21(6): 1045-57.
17. Boccuzzi SJ, Wogen J, Fox J, Sung JCY, Shah AB, Kim J. Utilization of Oral Hypoglycemic Agents in a Drug-Insured U.S. Population. *Diabetes Care.* 2001 agosto; 24(8): 1411-5.
18. Guillausseau PJ. Influence of oral antidiabetic drugs compliance on metabolic control in type 2 diabetes. A survey in general practice. *Diabetes Metab.* 2003 fevereiro; 29(1): 79-81.
19. Modeneze DM, Vilarta R, Maciel É da S, Sonati JG, Souza ME, Boccaletto EM. Nível de atividade física de portadores de diabetes mellitus tipo 2 (DM2) em comunidade carente no Brasil. *Med Ribeirao Preto Online.* 2012 março; 45(1): 78.
20. Rozenfeld Y, Hunt JS, Plauschinat C, Wong KS. Oral Antidiabetic Medication Adherence and Glycemic Control in Managed Care. *Am J Manag Care.* 2008 fevereiro; 14(2): 71-5.
21. Shobhana R, Begum R, Snehalatha C, Vijay V, Ramachandran A. Patients' adherence to diabetes treatment. *J Assoc Physicians India.* 1999 dezembro; 47(12): 1173-5.
22. Gusmai LF, Novato TS, Nogueira LS. A influência da qualidade de vida na adesão ao tratamento do paciente diabético: revisão sistemática. *Rev Esc Enferm USP.* 2015; 49(5): 839-846.
23. Morais CS, Pimenta RE, Ferreira PL, Boavida JM, Amorim JP. Assessing diabetes health literacy, knowledge and empowerment in Northern Portugal. In: Rocha A, Correia AM, Costanzo S, Reis LP. *New Contributions in Information Systems and Technologies.*

- Advances in Intelligent Systems and Computing Volume 354. Cham: Springer; 2015. 63-71.
24. Correia L. Conhecimentos, capacidade de decisão e qualidade de vida na diabetes mellitus tipo 2 [Tese Mestrado]. Coimbra: Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra; 2015.
25. Islam SM, Biswas T, Bhuiyan FA, Mustafa K, Islam A. Patients' perspective of disease and medication adherence for type 2 diabetes in an urban area in Bangladesh: a qualitative study. *BMC Res Notes*. 2017; 10: 131.
26. Smalls BL, Walker RJ, Hernandez-Tejada MA, Campbell JA, Davis KS, Egede LE. Associations between Coping, Diabetes Knowledge, Medication Adherence, and Self-Care Behaviors in Adults with Type 2 Diabetes. *Gen Hosp Psychiatry*. 2012 julho; 34(4): 385-89.
27. Walker RJ, Smalls BL, Hernandez-Tejada MA, Campbell JA, Davis KS, Egede LE. Effect of Diabetes Fatalism on Medication Adherence and Self-Care Behaviors in Adults with Diabetes. *Gen Hosp Psychiatry*. 2012 novembro; 34(6): 598-603.
28. Anderson RM, Funnell MM, Fitzgerald JT, Marrero DG. The Diabetes Empowerment Scale: a measure of psychosocial self-efficacy. *Diabetes Care*. 2000 junho; 23: 739-43.
29. Anderson RM, Fitzgerald JT, Gruppen LD, Funnell MM, Oh MS. The Diabetes Empowerment Scale-Short Form (DES-SF). *Diabetes Care*. 2003 maio; 26(5): 1641-2.
30. Aveiro M. validação populacional da escala de capacitação de controlo da diabetes -versão breve (DES-SF) [Tese de mestrado]. Coimbra: Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra; 2007.

31. Aveiro M, Santiago LM, Ferreira PL, Simões JA. Estudo de Fiabilidade da Escala de Capacidade de Controlo da Diabetes: Versão Breve. *Acta Med Port.* 2015 maio-abril; 28(2): 177-81.
32. Azevedo C, Santiago L. Fiabilidade da Escala de Conhecimento da Diabetes em Portugal. *Acta Med Port.* 2016 setembro; 29(9): 499-506.
33. Al-Adsani AM, Moussa MA, Al-Jasem LI, Abdella NA, Al-Hamad NM. The level and determinants of diabetes knowledge in Kuwaiti adults with type 2 diabetes. *Diabetes Metab.* 2009; 35: 121-8.
34. Ferreira PL, Ferreira LN, Pereira LN. Contributos para a validação da versão Portuguesa do EQ-5D. *Acta Med Port.* 2013 novembro-dezembro; 26(6): 664-75.
35. Amrs KM, Erpelding ML, Fagot-Campagna A, Boini S, Farr A, Briançon S. An update on the Diabetes Health Profile (DHP-18) – A Short Measure of Psychological and Behavioural Dysfunctioning in People with Type 1 and Type 2 Diabetes. *PRO Newsletter.* 40.
36. Delgado AB, Lima ML. Contributo para a validação concorrente de uma medida de adesão aos tratamentos. *Psicologia, Saúde & Doenças.* 2001; 2(2): 81-100.
37. Pestana MH, Gagueiro JN. *Análises de Dados para Ciências Sociais a Complementaridade do SPSS, 5ª Edição.* Lisboa: Edições Sílabo; 2008.
38. Pereira MG, Pedras S, Machado JC. Adaptação do Questionário de Adesão à Medicação numa amostra de Pacientes Portugueses com Diabetes Tipo 2. *Rev SBPH.* 2012; 15 (2): 148-66.
39. Neves M. Adesão ao regime terapêutico em pessoas com Diabetes Mellitus tipo 2: importância dos conhecimentos e da motivação [Tese de Mestrado]. Coimbra: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra; 2014.

40. Gonzalez JS, Safren SA, Cagliero E, Wexler DJ, Delahanty L, Wittenberg E, et al. Depression, Self-Care, and Medication Adherence in Type 2 Diabetes - Relationships across the full range of symptom severity. *Diabetes Care*. 2007 setembro; 30 (9): 2222-7.
41. Nagasawa M, Smith MC, Barnes JH Jr, Fincham JE. Meta-analysis of correlates of diabetes patients' compliance with prescribed medications. *Diabetes Educ*. 1990 maio-junho; 16(3): 192-200.

Anexo 1

Diabetes – Conhecer para melhorar

DIABETES MELLITUS TIPO II: RELAÇÃO DA CAPACITAÇÃO, CONHECIMENTO E QUALIDADE DE VIDA COM A ADESÃO À TERAPÊUTICA

QUESTIONÁRIO SOCOIDEMOGRÁFICO E CLÍNICO

1. Qual é o seu sexo?

- ₁ Feminino ₂ Masculino

2. Qual é a sua idade? _____ anos

3. Qual é a sua situação familiar?

- ₁ Casado/a ou em união de facto

- ₂ Solteiro/a

- ₃ Viúvo/a

- ₄ Divorciado/a

- ₅ Separado/a

4. Qual a sua situação profissional

- ₁ Ativo. Qual a profissão? _____

- ₂ Reformado/Aposentado

- ₃ Desempregado

- ₄ Estudante

- ₅ Outra. Qual? _____

5. Que grau de ensino é que completou?

- ₁ Não sabe ler nem escrever
- ₂ Só sabe ler e escrever
- ₃ 1º ciclo do Ensino Básico (1º - 4º ano) / Antiga 4ª classe
- ₄ 2º ciclo do Ensino Básico (5º - 6º ano) / Antiga 6ª classe / Ciclo Preparatório
- ₅ 3º ciclo do Ensino Básico (7º - 9º ano) / Curso Geral dos Liceus
- ₆ Ensino Secundário (10º - 12º ano) / Curso Complementar dos Liceus
- ₇ Ensino Médio
- ₈ Ensino Superior (Politécnico ou Universitário)

6. Com quem vive?

- ₁ Só
- ₂ Acompanhado

7. Tratamento da diabetes

- ₁ Só dieta
- ₂ ADO (Antidiabéticos Orais “comprimidos”)
- ₃ Insulina
- ₄ ADO + Insulina
- ₅ Outros medicamentos para diabetes

8. Duração diagnóstico da diabetes _____ anos

9. HbA1c

Última

--	--	--

Atual

--	--	--

Anexo 2

DIABETES EMPOWERMENT SCALE - SHORT FORM (DES-SF)

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

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

Por favor, marque o quadrado que considerar mais adequado.

Em geral, eu acredito que:

1. ... sei identificar os aspetos dos cuidados a ter com a minha diabetes com os quais estou **insatisfeito**.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5
Discordo completamente	Discordo um pouco	Não discordo nem concordo	Concordo um pouco	Concordo completamente
2. ... consigo atingir as metas relativas à minha diabetes.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5
Discordo completamente	Discordo um pouco	Não discordo nem concordo	Concordo um pouco	Concordo completamente
3. ... posso encontrar diferentes formas de ultrapassar os problemas para atingir as metas relativas à minha diabetes.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5
Discordo completamente	Discordo um pouco	Não discordo nem concordo	Concordo um pouco	Concordo completamente
4. ... consigo arranjar forma de me sentir melhor mesmo **tendo** diabetes.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5
Discordo completamente	Discordo um pouco	Não discordo nem concordo	Concordo um pouco	Concordo completamente
5. ... sei como lidar de forma **positiva** com o stress relacionado com a diabetes.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5
Discordo completamente	Discordo um pouco	Não discordo nem concordo	Concordo um pouco	Concordo completamente
6. ... posso pedir ajuda por ter e para tratar a diabetes sempre que necessito.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5
Discordo completamente	Discordo um pouco	Não discordo nem concordo	Concordo um pouco	Concordo completamente
7. ... sei o que me ajuda a estar motivado/a para cuidar da minha diabetes.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5
Discordo completamente	Discordo um pouco	Não discordo nem concordo	Concordo um pouco	Concordo completamente
8. ... me conheço suficientemente bem para fazer as melhores escolhas para cuidar da minha diabetes.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5
Discordo completamente	Discordo um pouco	Não discordo nem concordo	Concordo um pouco	Concordo completamente

Anexo 3

DIABETES KNOWLEDGE TEST (DKT)

Teste breve de conhecimentos sobre a diabetes (DKT)

Por favor, faça um círculo à volta da resposta que considerar a mais correta. Se tiver dúvidas sobre qual a mais apropriada, passe à pergunta seguinte. Agradecemos desde já a sua disponibilidade e participação.

1. **A alimentação do diabético é:**
 - a. o que a maioria dos portugueses come
 - b. uma alimentação saudável para a maioria das pessoas
 - c. demasiado rica em hidratos de carbono para a maioria das pessoas
 - d. demasiado rica em proteínas para a maioria das pessoas
2. **Qual dos seguintes é mais rico em hidratos de carbono?**
 - a. Frango assado
 - b. Queijo
 - c. Batata assada
 - d. Margarina
3. **Qual dos seguintes é mais rico em gordura?**
 - a. Leite magro
 - b. Sumo de laranja
 - c. Milho
 - d. Mel
4. **Qual dos seguintes pode ser comido sem perigo para o diabético?**
 - a. Qualquer alimento sem adição de açúcar
 - b. Qualquer alimento para pessoas com diabetes
 - c. Qualquer alimento que diga "sem adição de açúcar" no rótulo
 - d. Qualquer alimento com menos de 20 calorias por dose
5. **Hemoglobina glicada (hemoglobina A1c) é um teste que mede o nível médio do seu açúcar no sangue:**
 - a. do último dia
 - b. da última semana
 - c. das últimas 6-10 semanas
 - d. dos últimos 6 meses
6. **Qual o melhor método para medir o açúcar no sangue?**
 - a. Análise da urina
 - b. Análise do sangue
 - c. Qualquer uma é boa
7. **Que efeito tem o sumo de fruta não açucarado no nível de açúcar no sangue?**
 - a. Fá-la baixar
 - b. Fá-la subir
 - c. Não tem efeito
8. **O que não deve ser usado para tratar o baixo nível de açúcar no sangue?**
 - a. 3 rebuçados/caramelos
 - b. 1/2 copo de sumo de laranja
 - c. 1 copo de refrigerante com menos açúcar
 - d. 1 copo de leite magro
9. **Para uma pessoa com os níveis de açúcar controlados, que efeito tem o exercício físico no valor do açúcar no sangue?**
 - a. Fá-lo baixar
 - b. Fá-lo subir
 - c. Não tem efeito
10. **Uma infeção pode causar:**
 - a. um aumento de açúcar no sangue
 - b. uma diminuição de açúcar no sangue
 - c. nenhuma alteração do açúcar no sangue
11. **A melhor maneira de cuidar dos seus pés é:**
 - a. examiná-los e lavá-los todos os dias
 - b. massajá-los com álcool todos os dias
 - c. mergulhá-los em água durante uma hora todos os dias
 - d. comprar sapatos de número acima do habitual
12. **Comer alimentos magros diminui o risco de:**
 - a. doença nos nervos
 - b. doença dos rins
 - c. doença do coração
 - d. doença nos olhos
13. **Sensação dormente e formigueiro podem ser sintomas de:**
 - a. doença dos rins
 - b. doença dos nervos
 - c. doença nos olhos
 - d. doença do fígado
14. **Qual dos seguintes problemas não é habitualmente associado à diabetes:**
 - a. problemas na visão
 - b. problemas nos rins
 - c. problemas no sistema nervoso
 - d. problemas nos pulmões
15. **Os sinais de cetoacidose (descompensação súbita da diabetes) incluem:**
 - a. tremores
 - b. suores
 - c. vômitos
 - d. baixo nível de açúcar no sangue
16. **Se estiver com gripe, qual das seguintes alterações deveria fazer?**
 - a. Tomar menos insulina
 - b. Beber menos líquidos
 - c. Comer mais proteínas
 - d. Medir o açúcar no sangue e a cetona na urina mais frequentemente
17. **Se tomou uma insulina de ação intermédia (NPH ou Lenta), muito provavelmente terá um efeito durante:**
 - a. 1-3 horas
 - b. 6-12 horas
 - c. 12-15 horas
 - d. mais de 15 horas
18. **Mesmo antes do almoço, apercebe-se de que se esqueceu de tomar a insulina antes do pequeno-almoço. O que deve fazer?**
 - a. Não almoçar para fazer baixar o nível de açúcar no sangue
 - b. Tomar a insulina que normalmente toma ao pequeno-almoço
 - c. Tomar o dobro da insulina que costuma tomar ao pequeno-almoço
 - d. Verificar o nível de açúcar no sangue para decidir a quantidade de insulina que deve tomar
19. **Se está a começar a ter uma baixa de açúcar no sangue após ter tomado insulina, deve:**
 - a. fazer exercício físico
 - b. deitar-se e descansar
 - c. beber um sumo
 - d. tomar a insulina do costume
20. **Um baixo nível de açúcar no sangue pode ser causado por:**
 - a. demasiada insulina
 - b. muito pouca insulina
 - c. demasiada comida
 - d. muito pouco exercício físico
21. **Se tomar a insulina de manhã mas não tomar pequeno-almoço, o seu nível de açúcar no sangue normalmente:**
 - a. sobe
 - b. desce
 - c. permanece o mesmo
22. **Um elevado nível de açúcar no sangue pode ser causado por:**
 - a. pouca insulina
 - b. não tomar refeições
 - c. atraso nas refeições intercalares
 - d. grande quantidade de cetonas na urina
23. **Qual dos seguintes irá provavelmente provocar uma baixa de açúcar no sangue:**
 - a. exercício físico intenso
 - b. infeção
 - c. comer em excesso
 - d. não tomar a insulina

AVALIAÇÃO DE GANHOS EM SAÚDE - E Q - 5 D

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

► **Mobilidade**

- Não tenho problemas em andar ₁
 Tenho alguns problemas em andar ₂
 Tenho de estar na cama ₃

► **Cuidados Pessoais**

- Não tenho problemas em cuidar de mim ₁
 Tenho alguns problemas a lavar-me ou vestir-me ₂
 Sou incapaz de me lavar ou vestir sozinho/a ₃

► **Actividades Habituais** (ex. trabalho, estudos, actividades domésticas, actividades em família ou de lazer)

- Não tenho problemas em desempenhar as minhas actividades habituais ₁
 Tenho alguns problemas em desempenhar as minhas actividades habituais ₂
 Sou incapaz de desempenhar as minhas actividades habituais ₃

► **Dor / Mal Estar**

- Não tenho dores ou mal estar ₁
 Tenho dores ou mal estar moderados ₂
 Tenho dores ou mal estar extremos ₃

► **Ansiedade / Depressão**

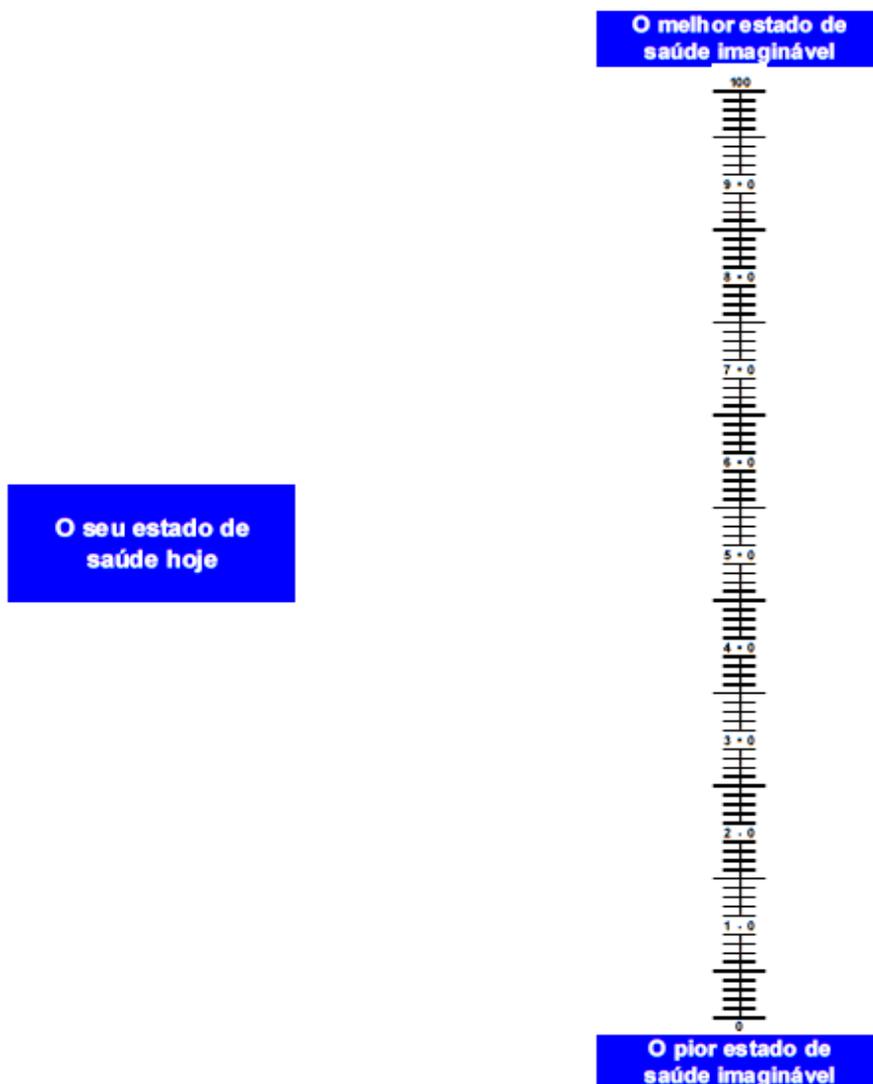
- Não estou ansioso/a ou deprimido/a ₁
 Estou moderadamente ansioso/a ou deprimido/a ₂
 Estou extremamente ansioso/a ou deprimido/a ₃

► **Comparado com o meu nível geral de saúde durante os últimos 12 meses, o meu estado de saúde hoje é:**

- | | | |
|---------------|---------------------------------------|------------|
| Melhor | <input type="checkbox"/> ₁ | ASSINALE O |
| O mesmo | <input type="checkbox"/> ₂ | QUADRADO |
| Pior | <input type="checkbox"/> ₃ | APROPRADO |

-
- ▶ Para ajudar as pessoas a classificarem o seu estado de saúde, desenhamos 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 rectângulo que se encontra à esquerda, até ao ponto da escala que melhor classifica o seu estado de saúde hoje.



Muito obrigado por ter preenchido este questionário.

Copyright © EuroQol Group
Copyright © Versão Portuguesa, 1997, 1998. Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra

Anexo 5

DIABETES HEALTH PROFILE 18 (DHP-18)

Assinale com um X nos quadrados correspondentes.

		Sempre	Geralmente	Às vezes	Nunca
1.	Sente-se controlado/a pela sua alimentação?	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
2.	Ter diabetes significa que é difícil sair até tarde?	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
3.	Ter diabetes significa que a sua vida diária está dependente do horário das refeições?	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
4.	Evita sair quando o seu açúcar está baixo?	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
5.	Tem problemas em seguir a dieta porque come para se animar?	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
6.	Perde a cabeça quando as pessoas insistem em que faça os testes de controlo do açúcar e siga a dieta?	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
7.	Tem problemas em manter a dieta por ter dificuldade em recusar alimentos de que gosta?	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
		Muitíssimo mais	Muito mais	Um pouco mais	Nada
8.	Há mais discussões ou aborrecimentos em casa do que haveria se não tivesse diabetes?	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
		É muito fácil	É bastante fácil	Não é muito fácil	Não é nada fácil
9.	Quando começa a comer, com que facilidade consegue parar?	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
		Muitíssimas vezes	Muitas vezes	Poucas vezes	Nunca
10.	Quantas vezes come qualquer coisa extra quando se sente aborrecido/a?	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
		Muitíssimo	Muito	Pouco	Nada
11.	Tem receio de apanhar uma constipação ou gripe, por causa da sua diabetes?	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
		Gostaria muitíssimo	Gostaria muito	Gostaria pouco	Não gostaria
12.	Gostaria que não houvesse tantas coisas boas para comer?	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
		Muitíssimo	Muito	Pouco	Nada
13.	Assusta-o/a ou preocupa-o/a entrar em lojas com muito movimento ou cheias de gente?	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
14.	Fica nervosa/a quando não está em casa e não encontra nenhum sítio onde comer?	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
		Muito frequentemente	Frequentemente	Às vezes	Nunca
15.	Fica deprimido/a ou “em baixo” por causa da sua diabetes?	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
16.	A sua diabetes fá-lo/a perder a cabeça ou gritar?	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
17.	Fica susceptível, irritado/a ou de mau humor por causa da diabetes?	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
18.	Perde a calma por coisas sem importância?	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀

Anexo 6

MEDIDA DE ADEÇÃO AOS TRATAMENTOS (MAT)

Medida de Adesão aos Tratamentos (MAT)

1. Alguma vez se esqueceu de tomar os medicamentos para a sua doença?

Sempre	quase sempre	com frequência	por vezes	Raramente	Nunca
1	2	3	4	5	6

2. Alguma vez foi descuidado com as horas da toma dos medicamentos para a sua doença?

Sempre	quase sempre	com frequência	por vezes	Raramente	Nunca
1	2	3	4	5	6

3. Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença por se ter sentido melhor?

Sempre	quase sempre	com frequência	por vezes	Raramente	Nunca
1	2	3	4	5	6

4. Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença, por sua iniciativa, após se ter sentido pior?

Sempre	quase sempre	com frequência	por vezes	Raramente	Nunca
1	2	3	4	5	6

5. Alguma vez tomou mais um ou vários comprimidos para a sua doença, por sua iniciativa, após se ter sentido pior?

Sempre	quase sempre	com frequência	por vezes	Raramente	Nunca
1	2	3	4	5	6

6. Alguma vez interrompeu a terapêutica para a sua doença por ter deixado acabar os medicamentos?

Sempre	quase sempre	com frequência	por vezes	Raramente	Nunca
1	2	3	4	5	6

7. Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença por alguma outra razão que não seja a indicação do médico?

Sempre	quase sempre	com frequência	por vezes	Raramente	Nunca
1	2	3	4	5	6

Anexo 7



ARSC ADMINISTRAÇÃO
REGIONAL DE
SAÚDE DO CENTRO, I.P.

Exma. Senhora
Dra. Ângela Fernanda Santos Neves

angelasantosneves@gmail.com

006841 '15 04-14 13:33

Sua referência

Data

Nossa referência

Data

ASSUNTO: "Conhecimento da diabetes – uma oportunidade de melhoria"

Serve o presente para informar V. Ex^a., que o Conselho Diretivo da ARS Centro, I.P., deliberou homologar o parecer emitido pela Comissão de Ética para a Saúde (CES), que se anexa.

Com os melhores cumprimentos

O Presidente do Conselho Diretivo da ARSC, I.P.


(Dr. José Manuel Azenha Tereso)

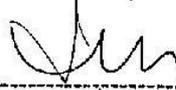
Na sugestão utilize a "mossa rolante". Em caso de erro voltar-se do um casrrio

AL

COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

<p>PARECER FINAL: Atendendo à tipologia da investigação proposta e à pertinência dos seus objectivos, esta Comissão de Ética é de parecer favorável à sua concretização. No entanto, o presente parecer não dispensa a obtenção de autorização dos coordenadores de cada uma das unidades de saúde envolvidas.</p>	<p>DESPACHO: <i>Resposta ao parecer final da Comissão de Ética para a Saúde</i> <i>9.4.2015</i></p> <p>Conselho Diretivo da A.R.S. do Centro I.P.</p> <p> Dr. José Manuel Azenha Tereso Presidente,</p>
---	---

ASSUNTO: Estudo 16/2015 – Conhecimento diabetes – uma oportunidade de melhoria
Autoras: Ângela Fernanda Santos Neves


Dr. Luís Manuel Milião Mendes Cabral
Vogal


Dr.ª Maria Augusta Mota
Vogal,

A investigadora propõe-se realizar estudo observacional em Unidades de Saúde do ACES Baixo Mondego que aceitem participar, tendo como intenção recrutar 200 diabéticos em cada unidade para responder aos questionário que inclui os instrumentos DKQ e DES e ficha para obtenção de dados biométricos. Não apresenta declaração de concordância dos coordenadores das unidades para o desenvolvimento do estudo. É garantida a confidencialidade e os dados serão colhidos de forma anónima. Será obtido o consentimento informado dos participantes.

Coimbra, 26 de fevereiro de 2015

O relator,



José Carlos Amado Martins



COMISSÃO DE ÉTICA DA ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE DO CENTRO

IDENTIFICAÇÃO DO PROJECTO: Conhecimento diabetes - uma oportunidade de melhoria

Nº DO ESTUDO: 16/2015

DATA DA ENTRADA DO PEDIDO: 13/01/2015

TIPO DE ESTUDO: observacional.

INVESTIGADOR(ES) PRINCIPAL(AIS): Ângela Fernanda Santos Neves

ORIENTADOR(ES): Prof. Doutor Pedro Ferreira; Prof. Doutor Luís Santiago

CENTROS ENVOLVIDOS: Unidades de Saúde do ACES Baixo Mondega.

OBJECTIVOS DO ESTUDO

PRINCIPAL: "Analisar a relação existente entre as variáveis sociodemográficas e escalas aplicadas e a influência destes no controlo metabólico dos diabéticos"

SECUNDÁRIOS (se aplicável):

DOCUMENTOS QUE CONSTAM NO PEDIDO:

- Pedido de autorização para a realização do estudo num serviço / centro de saúde / outro: sim.
- Autorização (das entidades envolvidas (ARS/USP/USF/outras): não.
- Curriculum vitae dos investigadores: Sim.
- Documento específico da CES: Sim.
- Protocolo do Estudo: Sim.
- Cronograma/calendarização do estudo: Sim.
- Declaração sobre custos (por exemplo, para a instituição ou para a ARS), com indicação dos pagamentos feitos ou a fazer: Não, a suportar pela investigadora.
- Promotor ou financiador do estudo: A investigadora.
- Contrato financeiro/Orçamento: Não se aplica.
- Autorização da CNPD para a realização do estudo (quando aplicável): apresenta print de documento de submissão à CNPD.
- Consentimento informado: Apresentam documento para obtenção do consentimento na forma escrita que inclui informação detalhada para os participantes.
- Declaração sobre a entrega de relatório final: Sim
- Anexos (identificá-los): Sim. CV; doc de submissão à CNPD; Consentimento Informado.

APRECIÇÃO GERAL

(Tendo em conta também os documentos anteriores)

(Incluir apreciação do valor científico, em termos éticos - por exemplo, repetição desnecessária de estudos)

A investigadora propõe-se realizar estudo observacional em Unidades de Saúde do ACES Baixo Mondego que aceitem participar, tendo como intenção recrutar 200 diabéticos em cada unidade para responder aos questionário que inclui os instrumentos DKQ e DES e ficha para obtenção de dados biométricos.

Não apresenta declaração de concordância dos coordenadores das unidades para o desenvolvimento do estudo.

É garantida a confidencialidade e os dados serão colhidos de forma anónima.

Será obtido o consentimento informado dos participantes.

PARECER FINAL

(Parecer Favorável ou Desfavorável ou Lista de Questões)

Atendendo à tipologia da investigação proposta e à pertinência dos seus objectivos, esta Comissão de Ética é de parecer favorável à sua concretização.

No entanto, o presente parecer não dispensa a obtenção de autorização dos coordenadores de cada uma das unidades de saúde envolvidas.

DATA: 26 de fevereiro de 2015

RELATOR: José Carlos Amado Martins

ASSINATURA:



Anexo 8

CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO

Título do estudo: Diabetes mellitus tipo 2i: relação da capacitação, conhecimento e qualidade de vida com a adesão à terapêutica farmacológica

Enquadramento: estudo observacional e transversal, com amostra de conveniência de utentes com diabetes tipo 2 seguidos na Unidade de Saúde Fernão Magalhães Feito no âmbito da unidade curricular do Trabalho Final do Mestrado Integrado em Medicina da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra de Eduardo Cunha de Macedo, orientado pela Doutora Inês Rosendo Carvalho e Silva Caetano e co-orientado pela Doutora Ângela Santos Neves.

Explicação do estudo: estudo com início em setembro de 2017 a realizar durante as consultas de seguimento de diabéticos, a 35 utentes da USF Fernão de Magalhães. Será utilizado um instrumento que inclui as versões portuguesas dos seguintes questionários: O *Diabetes Empowerment Scale* (DES-SF) para aferir a capacitação; o *Diabetes Knowledge Test* (DKT) para avaliar os conhecimentos sobre a diabetes tipo 2, *Diabetes Health Profile* (DHP-18) e *EQ-5D* para avaliar a qualidade de vida e a *Medida de Adesão aos Tratamentos* (MAT) para medir a adesão à terapêutica. Para a caracterização da amostra será aplicado um questionário de dados sociodemográficos e clínicos através do qual serão recolhidas as variáveis sexo, idade, formação académica e profissão, tempo de evolução e tipo de tratamento e controlo metabólico, por via das duas últimas medições de HbA1c. A realização do estudo terá uma duração expectável de um mês, tendo já obtido aprovação da entidade coordenadora, bem como o parecer favorável da Comissão de Ética da Administração Regional de Saúde do Centro. A sua aplicação decorrerá através de entrevista, após assinatura do presente documento, com preenchimento de todas as questões por parte do investigador devidamente identificado. Posteriormente, serão consultados pelo médico de família dos doentes entrevistados, os dados clínicos contidos no questionário de forma a complementar o estudo.

Condições de financiamento: ficam a cargo do próprio investigador, sem qualquer compensação monetária a investigadores ou participantes e sem compensação de despesas de deslocação. A participação será voluntária e

não haverá prejuízos assistenciais ou outros, caso não aceite participar no estudo. O estudo foi aprovado por Comissão de Ética da Administração Regional de Saúde do Centro.

Confidencialidade e anonimato: A sua participação é totalmente voluntária podendo o utente interromper, caso deseje, a realização do inquérito, em qualquer momento. As respostas dadas serão completamente confidenciais e apenas utilizadas para análise no presente estudo.

O investigador:

Assinatura:

Data:

Declaro ter lido e compreendido o presente documento, bem como todas as informações verbais que me foram fornecidas pela pessoa que acima assina. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer momento, recusar ou dar término a realização do inquérito sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pelo investigador.

Nome do Utente:

Assinatura:

Data:

Se analfabeto ou incapaz de ler ou assinar, representante legal ou duas testemunhas imparciais:

Nome:

Assinatura:

Parentesco:

Nome:

Assinatura:

Parentesco:

ESTE DOCUMENTO, COMPOSTO DE 1 PÁGINA, É FEITO EM DUPLICADO: 1UMA VIA PARA O INVESTIGADOR, OUTRA PARA A PESSOA QUE CONSENTE