



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR
Ciências da Saúde

Multipatologia: interferência das opções dos doentes no controlo da doença

Mariana Bessa Quelhas

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em
Medicina
(ciclo de estudos integrado)

Orientador: Prof. Doutor Miguel Castelo-Branco Sousa
Coorientador: Prof. Doutor Jorge Manuel dos Reis Gama

Covilhã, abril de 2018

Dedicatória

Aos meus pais, por acreditarem em mim, mesmo quando eu não o faço, e por me apoiarem em todas as minhas decisões.

Agradecimentos

Ao Professor Doutor Miguel Castelo-Branco Sousa, pelo interesse demonstrado neste projeto, e por, acima de tudo, ser uma inspiração e um exemplo do que é ser um grande médico.

Ao Professor Doutor Jorge Gama, pela disponibilidade demonstrada desde o início, pela paciência com todas as dúvidas colocadas e por me ter ajudado a garantir a validade estatística desta Dissertação.

Aos meus pais, Fernando e Ana, e ao meu irmão, Bernardo, porque sem eles, nada disto seria possível.

Aos meus padrinhos, Álvaro e Alzira, por terem sempre as palavras certas para cada ocasião.

À minha avó, Zulmira, por um amor que não se explica.

Ao meu avô, Agnelo, que me viu a começar, mas não a acabar este percurso.

Ao Ludgero, por ter vivido comigo os momentos bons e, especialmente, os menos bons.

À Sofia, à Joana, à Adriana, à Olga, à Íris, à Silvia, à Andreia e à Susana, por fazerem da Covilhã mais do que uma cidade, e destes seis anos mais do que um Curso de Medicina.

À Ana, à Olga, à Joana e à Patrícia, por fazerem do 2º Esquerdo mais do que uma casa.

A todos os restantes envolvidos nesta Dissertação, o meu mais sincero obrigada.

Resumo

Com a emergência da multipatologia e da polifarmacoterapia, verifica-se um comprometimento da adesão terapêutica, o que, por vezes, exige que os doentes priorizem alguma das suas doenças de forma a terem recursos financeiros, de tempo e psicológicos para lidarem com as patologias que os atingem. Neste estudo, pretende-se: avaliar se a opinião dos doentes com multipatologia em relação às suas doenças tem influência no controlo das mesmas; e se estas relações se verificam tanto em doentes seguidos a nível hospitalar, como em doentes seguidos pelos Cuidados de Saúde Primários.

Foram alvo deste estudo os doentes que tivessem pelo menos duas das três doenças seguintes: Diabetes Mellitus tipo 2, Hipertensão Arterial e Dislipidemia; e também, que fossem seguidos ou nas Consultas Externas de Medicina Interna, no Hospital Pêro da Covilhã, ou no Centro de Saúde da Covilhã, pela especialidade de Medicina Geral e Familiar. A partir de informação fornecida pelos médicos assistentes sobre o número de doentes que preenchiam os critérios de inclusão, previamente referidos, foram selecionados 33 doentes a nível hospitalar e 30 doentes seguidos a nível dos Cuidados de Saúde Primários. Estes foram, posteriormente, abordados, no sentido de responderem a uma entrevista, que consistia numa série de perguntas que pretendiam avaliar a opinião dos doentes em relação às suas doenças. No fim de cada entrevista, os médicos assistentes consultaram o processo dos doentes, verificando a existência, ou não, de controlo, para cada uma das patologias em estudo.

Ao comparar os resultados obtidos através das entrevistas (opinião dos doentes sobre as suas patologias) com o grau de controlo das mesmas, encontrou-se uma associação estatisticamente significativa entre o incómodo causado diariamente pela Diabetes Mellitus tipo 2 aos doentes e o controlo desta (teste do qui-quadrado, $p=0,002$). Na Hipertensão Arterial, encontrou-se uma associação entre a existência de sintomas associados a esta doença e o controlo da mesma (teste exato de Fisher, $p=0,024$) e entre o tempo despendido com as doenças Diabetes Mellitus tipo 2 e Hipertensão Arterial e o controlo da Hipertensão Arterial (teste exato de Fisher, $p=0,029$). Na Dislipidemia não se encontrou qualquer associação estatisticamente significativa entre as diferentes variáveis analisadas. De realçar que não houve diferenças significativamente estatísticas entre os dados referentes aos doentes seguidos no Hospital e aos doentes seguidos no Centro de Saúde, para qualquer das doenças estudadas.

As associações estatisticamente significativas encontradas, com a amostra deste estudo, foram contra a hipótese inicialmente formulada, de que a doença priorizada pelos doentes estaria melhor controlada que as restantes. Adicionalmente, não foi possível observar relações significativamente estatísticas compatíveis com a priorização dos doentes de alguma

Multipatologia: interferência das opções dos doentes no controlo da doença

das suas doenças. Para corroborar os dados obtidos neste estudo e para que seja possível fazer uma análise inferencial para a população com multipatologia da Covilhã, propõe-se uma amostra de maiores dimensões, preferencialmente aleatória entre os doentes com multipatologia da região da Covilhã.

Palavras-chave

Diabetes Mellitus tipo 2; Hipertensão Arterial; Dislipidemia; Priorização; Controlo

Abstract

With the increase in multipathology and polipharmacotherapy, there is a compromise of the therapeutic adhesion, which may result in some prioritization of the different diseases, by the patients, as a way of managing financial, psychological and personal resources to deal with all the diseases that affect them. This study intends to: assess if the patients' opinion about their diseases is relevant to its control; and if this relations apply to patients followed in hospital care, as well as in primary health care.

In this study were selected patients that had at least two of the three following diseases: type 2 Diabetes Mellitus; Arterial Hypertension and Dyslipidemia; and also that were followed in External Consultations of Internal Medicine in the Pêro da Covilhã Hospital, or in the Covilhã's Health Centre, under General Practitioners. Based on information provided by the attending physicians on the number of patients which met the inclusion criteria, mentioned above, were selected 33 patients in the Hospital and 30 in the Health Center. These patients were then approached to answer an interview, which consisted of a series of questions intended to assess patients' opinions on their diseases. Followed every interview, the attending physicians consulted the patients file, verifying the existence or not of control, for each of the diseases being studied.

When comparing the results obtained through the interviews with their control level, a statistically meaningful association was found between the daily bother caused by type 2 Diabetes Mellitus and its' control (chi-square test, $p=0,002$). Regarding Arterial Hypertension, there was found a statistically meaningful association between the symptoms and the control of this disease (Fisher's exact test, $p=0,024$) and between the time spent with type 2 Diabetes Mellitus and Arterial Hypertension and the control of the Arterial Hypertension (Fisher's exact test, $p=0,029$). About Dyslipidemia, no associations were found between the different variables analyzed. Also, there were no associations found between the patients followed at the Hospital and at the Health Center, for any of the diseases studied.

The statistically meaningful associations found, with this sample group, were against the proposed hypotheses, that the disease prioritized by the patients would be better controlled than the rest. Additionally, it was not possible to observe statistically meaningful associations compatible with the prioritization by the patients of either of the diseases. In order to corroborate the data obtained with this study, and to make an inferential analysis for the population with multipathology of Covilhã, we propose a larger, preferably random sample, among all the patients with multipathology in the Covilhã region.

Keywords

Type 2 Diabetes Mellitus; Arterial Hypertension; Dyslipidemia; Prioritization; Control

Índice

Introdução	1
Materiais e Métodos	3
Tipo de estudo	3
Amostra/Participantes	3
Procedimentos	3
Métodos estatísticos	4
Ética	4
Resultados	7
Discussão	15
Conclusão	19
Bibliografia	21
Anexos	23

Lista de Tabelas

Tabela 1 - Análise das variáveis relativas à DM2 (n=49) (a - teste qui-quadrado; b - teste t-Student; c - teste exato de Fisher)	7
Tabela 2 - Análise das variáveis relativas à HTA (n=53) (a - teste qui-quadrado; b - teste t-Student; c - teste exato de Fisher)	9
Tabela 3 - Análise das variáveis relativas à Dislipidemia (n=55) (a - teste qui-quadrado; b - teste t-Student; c - teste exato de Fisher)	11

Multipatologia: interferência das opções dos doentes no controlo da doença

Lista de Acrónimos

DM2	Diabetes Mellitus tipo 2
HTA	Hipertensão Arterial

Introdução

A multipatologia, ou multimorbilidade, corresponde a qualquer combinação de uma doença crónica com outra doença (aguda ou crónica), ou com um fator biopsicossocial, ou com um fator de risco somático. (1) A sua prevalência tem vindo a aumentar, especialmente nas populações idosas, quer a nível mundial, (2,3) quer a nível nacional, correspondendo em Portugal a cerca de 70% dos doentes seguidos nos Cuidados de Saúde Primários. (4) Para além de a multipatologia ser um problema muito prevalente, está também associada a um aumento da mortalidade e da incapacidade, contribui para a polifarmacoterapia e, conseqüentemente, para a ocorrência de interações medicamentosas, levando a uma pior qualidade de vida nestes doentes. (3) Todos os fatores acima referidos justificam uma crescente preocupação com o tema da multipatologia.

A adesão terapêutica é um ponto fulcral de qualquer tratamento, e pode ser influenciada por vários fatores, destacando-se a quantidade e o tipo de medicamentos prescritos (5) e o “*empowerment*” dos doentes. (6) Em relação à medicação propriamente dita, a adesão ao tratamento verifica-se em 80% dos pacientes a quem é requerido tomar medicação uma vez por dia e diminui para 50% nos pacientes em que a medicação é distribuída em quatro ocasiões do dia diferentes. (5) Como já referido anteriormente, a multipatologia é frequentemente associada a polifarmacoterapia estando, por isso, sujeita a uma menor adesão terapêutica. Sobre o “*empowerment*”, este é definido como uma força motivadora que estimula os doentes a serem responsáveis pelos seus comportamentos relacionados com a saúde e pelo tratamento das suas doenças. (6) O “*empowerment*” é promovido por relações colaborativas entre os médicos e os doentes, sendo assim uma forma indireta de os profissionais de saúde aumentarem a adesão terapêutica por parte dos seus doentes (6); e também diminuir os efeitos nefastos que a não adesão acarreta, como a diminuição da eficácia terapêutica e a maior probabilidade de prognósticos reservados, que conduzem a uma diminuição da qualidade de vida e aumento da mortalidade. (5)

É indispensável referir que a multipatologia é mais do que a soma das doenças que afetam um doente. Por vezes, as medidas necessárias para o tratamento de uma doença podem ser menos benéficas para outra, exigindo que os doentes priorizem entre as várias patologias, de forma a terem recursos financeiros, de tempo e psicológicos para lidar com estas. (7)

Devido à existência de uma elevada população envelhecida e com multipatologia no Interior de Portugal, é relevante para os profissionais de saúde desta zona averiguar se estes doentes têm as suas doenças controladas e quais os fatores que influenciam este controlo. Para isso, este estudo propõe as seguintes hipóteses: a doença a que o doente dá prioridade estar

Multipatologia: interferência das opções dos doentes no controlo da doença

melhor controlada que as restantes e se o facto de serem seguidos no Hospital ou no Centro de Saúde influencia os resultados a nível de controlo.

Assim, neste estudo, pretende-se: avaliar se a opinião dos doentes com multipatologia em relação às suas doenças tem influência no controlo das mesmas; e se estas relações se verificam tanto em doentes seguidos a nível hospitalar, como em doentes seguidos pelos Cuidados de Saúde Primários.

Materiais e Métodos

Tipo de estudo

O estudo realizado é a análise de uma série de casos, sem grupo de controlo.

Amostra/Participantes

Com o objetivo de estudar doentes com multipatologia foram propostos como critérios de inclusão para este estudo:

- Presença de, pelo menos, duas das três doenças seguintes: Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2), Hipertensão Arterial (HTA) e Dislipidemia;
- Seguimento nas Consultas Externas de Medicina Interna do Hospital Pêro da Covilhã ou nas Consultas do Centro de Saúde da Covilhã.

Os doentes foram selecionados, e, posteriormente, abordados, consoante a informação fornecida pelos médicos assistentes sobre quais os doentes presentes na Consulta preenchiam os critérios de inclusão do estudo. Foram selecionados 33 doentes a nível hospitalar e 30 doentes a nível dos Cuidados de Saúde Primários.

A amostra foi obtida por conveniência, aproveitando os doentes presentes nos vários dias, no período de julho de 2017 a fevereiro de 2018, em que a autora desta dissertação se dirigiu tanto ao Hospital Pêro da Covilhã como ao Centro de Saúde da Covilhã, para realizar as entrevistas no qual este estudo se baseia.

Procedimentos

Após a seleção dos doentes com o auxílio dos médicos assistentes, a autora desta dissertação abordou os doentes, na sala de espera das consultas, no sentido de participarem no presente estudo.

Antes do início na entrevista, foi feita uma breve apresentação da autora e dos objetivos do estudo, seguida da leitura do consentimento informado (anexos 1 e 2) e resposta a quaisquer dúvidas existentes, sendo este momento seguido da assinatura do consentimento informado, caso houvesse concordância da parte dos participantes.

A entrevista foi realizada numa sala que assegurasse as condições de privacidade dos doentes e foi gravada em formato áudio, após autorização dos mesmos. Foi assegurado que no fim do estudo todas as entrevistas seriam apagadas.

O questionário aplicado (anexo 3) foi baseado num questionário já existente, realizado anteriormente num estudo estrangeiro, (8) ao qual foram feitas algumas modificações de forma a se adequar melhor à amostra deste estudo.

Após a entrevista, os médicos assistentes foram novamente contactados de forma a consultarem o processo do doente para saber qual o estado de controlo dos mesmos em relação às várias doenças em estudo.

Aquando da codificação das respostas para posterior análise, os resultados foram registados associando cada entrevista a um número, assegurando assim a confidencialidade e anonimização de todo o processo.

Métodos estatísticos

A análise dos dados foi realizada através do programa IBM® SPSS Statistics® 24.0. Para interpretar os resultados da entrevista, cada pergunta foi codificada como uma variável, sendo as respostas “sim”, “não” ou de escolha múltipla. Os resultados sobre o controlo das doenças também foram codificados sob a forma de uma variável de resposta “sim” ou “não”.

No presente estudo, optou-se por comparar cada variável pertencente à entrevista com a variável respeitante ao grau de controlo. Para a análise das associações entre variáveis categóricas recorreu-se ao teste qui-quadrado ou ao teste exato de Fisher, quando o primeiro não se mostrou adequado. Adicionalmente, quando aplicável, foram obtidos os valores da medida epidemiológica razão de chances (odds ratio) e o respetivo intervalo de confiança a 95%. Para o caso particular da análise dos dados que resultaram da questão “qual doença preocupa mais”, independentemente do controlo das mesmas, recorreu-se ao teste binomial (teste para uma proporção).

Para a análise da variável idade (a única variável quantitativa), entre os grupos “controlo da DM”, “controlo da HTA” e “controlo da Dislipidemia”, foi usado o teste t-Student para amostras independentes, após verificação dos pressupostos de normalidade, através dos testes de Shapiro-Wilk ou Kolmogorov-Smirnov com correção de Lilliefors, e o pressuposto da homogeneidade das variâncias com o teste de Levene.

Todos os testes de hipóteses foram considerados significativos se o respetivo valor de prova (p) não excedeu 0,05.

Ética

Todas as questões éticas foram analisadas pela Comissão de Ética do Centro Hospitalar Cova da Beira e pela Comissão de Ética da Administração Regional de Saúde do Centro, tendo este estudo recebido um parecer favorável por parte destas duas entidades (anexos 4 e 5).

Apesar de este estudo não ter quaisquer inconvenientes para os participantes, nem efeitos adversos possíveis, todo o procedimento foi explicado e foi pedido o consentimento informado para a participação no estudo. Foi assegurada privacidade e confidencialidade aquando da realização das entrevistas, e o nome dos participantes não foi usado no estudo, sendo apenas cada entrevista identificada por um número, assegurando assim o anonimato dos intervenientes.

Multipatologia: interferência das opções dos doentes no controlo da doença

Resultados

A amostra deste estudo foi composta por 63 participantes, 35 (55,6%) dos doentes que responderam à entrevista eram do sexo feminino e 28 (44,4%) eram do sexo masculino. As idades destes doentes variaram entre 48 e 89 anos, sendo que a média das idades foi de 72,89 anos. Em relação às doenças estudadas, 31 dos doentes (49,2%) apresentaram as três doenças; 8 (12,7%) tinham DM2 e HTA; 10 (15,9%) tinham DM2 e Dislipidemia e 14 (22,2%) tinham HTA e Dislipidemia. Em relação ao local da entrevista, 33 (52,4%) foram realizadas no Hospital Pêro da Covilhã e 30 (47,6%) foram realizadas no Centro de Saúde da Covilhã.

De forma a analisar as respostas obtidas nas entrevistas foi feita uma comparação de cada uma das variáveis estudadas com o grau de controlo da doença respetiva.

Na tabela 1 apresenta-se uma síntese da análise das associações entre cada variável considerada neste estudo e o controlo da DM2. Encontrou-se uma associação estatisticamente significativa entre o controlo e o incómodo desta doença, afirmado pelos doentes (qui-quadrado, $p=0,002$), verificando-se que a chance da doença estar controlada é cerca de 9 vezes maior para os doentes que afirmaram que a doença não os incomodava, quando comparado com aqueles que afirmaram o contrário (OR=1/0,111= 9,009; IC 95%: (1,901; 43,478)).

Tabela 1 - Análise das variáveis relativas à DM2 (n=49) (a - teste qui-quadrado; b - teste t-Student; c - teste exato de Fisher)

	Controlo DM2		OR Sim/Não (IC 95%)	P
	Sim	Não		
Género				
Feminino	21 (53,8%)	5 (50,0%)	1,167 (0,291; 4,685) 1	0,828 ^a
Masculino	18 (46,2%)	5 (50,0%)		
Idade (em anos) Média±DP	73,15±8,30	70,00±9,84	-	0,307 ^b
Doenças				
DM2, HTA e Dislipidemia	24 (61,5%)	7 (70,0%)	-	0,819 ^a
DM2 e HTA	7 (17,9%)	1 (10,0%)		
DM2 e Dislipidemia	8 (20,5%)	2 (20,0%)		
DM2 incomoda				
Sim	8 (20,5%)	7 (70,0%)	0,111 (0,023; 0,526) 1	0,002 ^a
Não	31 (79,5%)	3 (30,0%)		
DM2 sintomas				
Sim	15 (38,5%)	4 (40,0%)	0,938 (0,227; 3,879) 1	0,929 ^a
Não	24 (61,5%)	6 (60,0%)		
DM2 altera a vida diária				
Sim	7 (17,9%)	1 (10,0%)	1,969 (0,213; 18,163) 1	0,544 ^a
Não	32 (82,1%)	9 (90,0%)		

DM2 o que faz para tratar				
Medicação, alimentação e exercício	16 (41,0%)	4 (40,0%)		
Medicação e alimentação	16 (41,0%)	3 (30,0%)	-	0,497 ^c
Medicação e exercício	2 (5,1%)	2 (20,0%)		
Apenas medicação	5 (12,8%)	1 (10,0%)		
DM2 considera sério				
Sim	35 (89,7%)	10 (100,0%)	-	0,569 ^c
Não	4 (10,3%)	0 (0,0%)		
Qual despende mais tempo				
DM2	14 (35,9%)	3 (30,0%)	-	0,552 ^c
HTA	1 (2,6%)	1 (10,0%)		
Igual	24 (61,5%)	6 (60,0%)		
Qual mais preocupa				
DM2	16 (41,0%)	6 (60,0%)	-	0,681 ^c
HTA	4 (10,3%)	1 (10,0%)		
Igual	19 (48,7%)	3 (30,0%)		
Recebe mais ajuda				
Nenhuma, faz tudo sozinho	30 (76,9%)	10 (100,0%)	-	0,173 ^c
Todas	9 (23,1%)	0 (0,0%)		
Tratamento mais caro				
DM2	8 (20,5%)	1 (10,0%)	-	0,621 ^c
HTA	3 (7,7%)	1 (10,0%)		
Dislipidemia	6 (15,4%)	3 (30,0%)		
Igual	5 (12,8%)	0 (0,0%)		
Não sabe	17 (43,6%)	5 (50,0%)		
Qual despende menos tempo				
HTA	4 (10,3%)	1 (10,0%)	-	1,000 ^c
Dislipidemia	9 (23,1%)	2 (20,0%)		
Igual	26 (66,7%)	7 (70,0%)		
Qual menos preocupa				
DM2	2 (5,1%)	0 (0,0%)	-	0,839 ^c
HTA	5 (12,8%)	0 (0,0%)		
Dislipidemia	9 (23,1%)	3 (30,0%)		
Igual	23 (59,0%)	7 (70,0%)		
Recebe menos ajuda				
Nenhuma, faz tudo sozinho	30 (76,9%)	10 (100,0%)	-	0,093 ^a
Todas	9 (23,1%)	0 (0,0%)		
Tratamento mais barato				
DM2	7 (17,9%)	1 (10,0%)	-	0,450 ^c
HTA	2 (5,1%)	1 (10,0%)		
Dislipidemia	2 (5,1%)	0 (0,0%)		
Igual	8 (20,5%)	0 (0,0%)		
Não sabe	19 (48,7%)	8 (80,0%)		
Nenhum	1 (2,6%)	0 (0,0%)		
É difícil lidar com várias doenças				
Sim	16 (41,0%)	4 (40,0%)	1,043 (0,253; 4,304)	0,953 ^a
Não	23 (59,0%)	6 (60,0%)	1	
Em geral a sua saúde é?				
Excelente	1 (2,6%)	0 (0,0%)	-	0,781 ^c
Muito boa	1 (2,6%)	0 (0,0%)		
Boa	7 (17,9%)	3 (30,0%)		
Razoável	20 (51,3%)	4 (40,0%)		
Fraca	10 (25,6%)	3 (30,0%)		
Escolaridade				
Primária	21 (53,8%)	6 (60,0%)	-	0,080 ^c
Básica	12 (30,8%)	1 (10,0%)		
Secundária	3 (7,7%)	0 (0,0%)		
Superior	0 (0,0%)	2 (20,0%)		
Não andou na escola	3 (7,7%)	1 (10,0%)		
Custos são comportáveis				
Sim	35 (89,7%)	9 (90,0%)	-	1,000 ^c
Não	3 (7,7%)	1 (10,0%)		
Não sabe	1 (2,6%)	0 (0,0%)		

Sistema de saúde				
Não tem	25 (64,1%)	7 (70,0%)		
ADSE	3 (7,7%)	1 (10,0%)		
Lanifícios	7 (17,9%)	2 (20,0%)	-	1,000 ^c
ADMG	1 (2,6%)	0 (0,0%)		
ADSE + SAMS	1 (2,6%)	0 (0,0%)		
Médis	2 (5,1%)	0 (0,0%)		
Está a trabalhar				
Sim	1 (2,6%)	1 (10,0%)	0,237 (0,013; 4,158)	0,370 ^c
Não	38 (97,4%)	9 (90,0%)	1	
Local da Entrevista				
Hospital	16 (41,0%)	4 (40,0%)	1,043 (0,253; 4,304)	0,953 ^a
Centro de Saúde	23 (59,0%)	6 (60,0%)	1	

Na tabela 2, pode observar-se a análise das associações com o controlo da HTA. Verificou-se a existência de uma associação estatisticamente significativa entre os sintomas e o controlo desta doença (teste exato de Fisher, $p=0,024$), observando-se uma percentagem maior de doentes com sintomas no grupo dos pacientes não controlados e uma percentagem maior de doentes sem sintomas no grupo dos doentes controlados. Verificou-se, também, existir uma associação estatisticamente significativa entre o controlo da HTA e o tempo despendido com as doenças DM2 ou HTA (teste exato de Fisher, $p=0,029$), observando-se uma percentagem maior de doentes que despendem mais tempo com a DM2 no grupo não controlado para a HTA e uma maior percentagem de doentes que despendem igual tempo para as duas doenças no grupo de doentes com a HTA controlada. Adicionalmente, observou-se uma menor percentagem de doentes que despendem mais tempo com a HTA entre os doentes controlados para esta doença.

Tabela 2 - Análise das variáveis relativas à HTA (n=53) (a - teste qui-quadrado; b - teste t-Student; c - teste exato de Fisher)

	Controlo HTA		OR Sim/Não (IC 95%)	P
	Sim	Não		
Género				
Feminino	28 (56,0%)	3 (100,0%)	-	0,258 ^c
Masculino	22 (44,0%)	0 (0,0%)		
Idade (em anos)				
Média±DP	73,16±8,78	73,67±9,07	-	0,923 ^b
Doenças				
DM2, HTA e Dislipidemia	28 (56,0%)	3 (100,0%)		
DM2 e HTA	8 (16,0%)	0 (0,0%)	-	0,722 ^c
HTA e Dislipidemia	14 (28,0%)	0 (0,0%)		
HTA incomoda				
Sim	7 (14,0%)	0 (0,0%)	-	1,000 ^c
Não	43 (86,0%)	3 (100,0%)		
HTA sintomas				
Sim	13 (26,0%)	3 (100,0%)	-	0,024 ^c
Não	37 (74,0%)	0 (0,0%)		
HTA altera a vida diária				
Sim	5 (10,0%)	0 (0,0%)	-	1,000 ^c
Não	45 (90,0%)	3 (100,0%)		

Multipatologia: interferência das opções dos doentes no controlo da doença

HTA o que faz para tratar				
Medicação, alimentação e exercício	16 (32,0%)	0 (0,0%)		
Medicação e alimentação	23 (46,0%)	1 (33,3%)	-	0,292 ^c
Medicação e exercício	1 (2,0%)	0 (0,0%)		
Apenas medicação	9 (18,0%)	2 (66,7%)		
Apenas alimentação	1 (2,0%)	0 (0,0%)		
HTA considera sério				
Sim	45 (90,0%)	2 (66,7%)	4,500 (0,344; 58,921)	0,308 ^c
Não	5 (10,0%)	1 (33,3%)	1	
Qual despende mais tempo				
DM2	9 (18,0%)	2 (66,7%)		
HTA	5 (10,0%)	1 (33,3%)	-	0,029 ^c
Igual	36 (72,0%)	0 (0,0%)		
Qual mais preocupa				
DM2	15 (30,0%)	1 (33,3%)		
HTA	11 (22,0%)	0 (0,0%)	-	1,000 ^c
Igual	24 (48,0%)	2 (66,7%)		
Recebe mais ajuda				
Nenhuma, faz tudo sozinho	44 (88,0%)	2 (66,7%)	3,667 (0,287; 46,842)	0,352 ^c
Todas	6 (12,0%)	1 (33,3%)	1	
Tratamento mais caro				
DM2	5 (10,0%)	0 (0,0%)		
HTA	5 (10,0%)	0 (0,0%)		
Dislipidemia	6 (12,0%)	1 (33,3%)	-	0,371 ^c
Igual	4 (8,0%)	1 (33,3%)		
Não sabe	30 (60,0%)	1 (33,3%)		
Qual despende menos tempo				
HTA	5 (10,0%)	0 (0,0%)		
Dislipidemia	7 (14,0%)	2 (66,7%)	-	0,092 ^c
Igual	38 (76,0%)	1 (33,3%)		
Qual menos preocupa				
DM2	2 (4,0%)	0 (0,0%)		
HTA	5 (10,0%)	0 (0,0%)	-	0,713 ^c
Dislipidemia	12 (24,0%)	0 (0,0%)		
Igual	31 (62,0%)	3 (100,0%)		
Recebe menos ajuda				
Nenhuma, faz tudo sozinho	44 (88,0%)	2 (66,7%)	3,667 (0,287; 46,842)	0,352 ^c
Todas	6 (12,0%)	1 (33,3%)	1	
Tratamento mais barato				
DM2	5 (10,0%)	1 (33,3%)		
HTA	3 (6,0%)	0 (0,0%)		
Dislipidemia	1 (2,0%)	0 (0,0%)	-	0,289 ^c
Igual	7 (14,0%)	1 (33,3%)		
Não sabe	34 (68,0%)	1 (33,3%)		
É difícil lidar com várias doenças				
Sim	16 (32,0%)	1 (33,3%)	0,941 (0,079; 11,159)	1,000 ^c
Não	34 (68,0%)	2 (66,7%)	1	
Em geral a sua saúde é?				
Excelente	1 (2,0%)	0 (0,0%)		
Muito boa	1 (2,0%)	0 (0,0%)		
Boa	5 (10,0%)	2 (66,7%)	-	0,052 ^c
Razoável	30 (60,0%)	0 (0,0%)		
Fraca	13 (26,0%)	1 (33,3%)		
Escolaridade				
Primária	35 (70,0%)	1 (33,3%)		
Básica	7 (14,0%)	1 (33,3%)		
Secundária	4 (8,0%)	0 (0,0%)	-	0,265 ^c
Superior	1 (2,0%)	0 (0,0%)		
Não andou na escola	3 (6,0%)	1 (33,3%)		
Custos são comportáveis				
Sim	44 (88,0%)	3 (100,0%)		
Não	5 (10,0%)	0 (0,0%)	-	1,000 ^c
Não sabe	1 (2,0%)	0 (0,0%)		

Sistema de saúde				
Não tem	35 (70,0%)	2 (66,7%)		
ADSE	1 (2,0%)	1 (33,3%)		
EDP	1 (2,0%)	0 (0,0%)	-	0,412 ^c
Lanifícios	9 (18,0%)	0 (0,0%)		
ADMG	2 (4,0%)	0 (0,0%)		
Médicis	2 (4,0%)	0 (0,0%)		
Está a trabalhar				
Sim	1 (2,0%)	0 (0,0%)	-	1,000 ^c
Não	49 (98,0%)	3 (100,0%)		
Local da Entrevista				
Hospital	26 (52,0%)	3 (100,0%)	-	0,242 ^c
Centro de Saúde	24 (48,0%)	0 (0,0%)		

Para a Dislipidemia, cujos dados estão sintetizados na tabela 3, não se encontrou qualquer associação entre as diferentes variáveis analisadas e o controlo desta doença.

Tabela 3 - Análise das variáveis relativas à Dislipidemia (n=55) (a - teste qui-quadrado; b - teste t-Student; c - teste exato de Fisher)

	Controlo Dislipidemia		OR Sim/Não (IC 95%)	P
	Sim	Não		
Género				
Feminino	25 (50,0%)	3 (60,0%)	0,667 (0,102; 4,339) 1	1,000 ^c
Masculino	25 (50,0%)	2 (40,0%)		
Idade (em anos)				
Média±DP	72,80±8,51	67,60±16,24		0,240 ^b
Doenças				
DM2, HTA e Dislipidemia	28 (56,0%)	3 (60,0%)	-	1,000 ^c
DM2 e Dislipidemia	9 (18,0%)	1 (20,0%)		
HTA e Dislipidemia	13 (26,0%)	1 (20,0%)		
Dislipidemia incomoda				
Sim	1 (2,0%)	1 (20,0%)	0,082 (0,004; 1,565) 1	0,175 ^c
Não	49 (98,0%)	4 (80,0%)		
Dislipidemia sintomas				
Sim	2 (4,0%)	0 (0,0%)	-	1,000 ^c
Não	48 (96,0%)	5 (100,0%)		
Dislipidemia altera a vida diária				
Sim	2 (4,0%)	0 (0,0%)	-	1,000 ^c
Não	48 (96,0%)	5 (100,0%)		
Dislipidemia o que faz para tratar				
Nada	1 (2,0%)	0 (0,0%)	-	0,231 ^c
Medicação, alimentação e exercício	15 (30,0%)	1 (20,0%)		
Medicação e alimentação	18 (36,0%)	3 (60,0%)		
Medicação e exercício	3 (6,0%)	0 (0,0%)		
Alimentação e exercício	2 (4,0%)	0 (0,0%)		
Apenas medicação	11 (22,0%)	0 (0,0%)		
Apenas alimentação	0 (0,0%)	1 (20,0%)		
Dislipidemia considera sério				
Sim	41 (82,0%)	5 (100,0%)	-	1,000 ^c
Não	8 (16,0%)	0 (0,0%)		
Não sabe	1 (2,0%)	0 (0,0%)		
Qual despende mais tempo				
DM2	13 (26,0%)	1 (20,0%)	-	0,121 ^c
HTA	4 (8,0%)	2 (40,0%)		
Igual	33 (66,0%)	2 (40,0%)		

Multipatologia: interferência das opções dos doentes no controlo da doença

Qual mais preocupa				
DM2	17 (34,0%)	3 (60,0%)		
HTA	9 (18,0%)	0 (0,0%)	-	0,564 ^c
Igual	24 (48,0%)	2 (40,0%)		
Recebe mais ajuda				
Nenhuma, faz tudo sozinho	44 (88,0%)	5 (100,0%)	-	1,000 ^c
Todas	6 (12,0%)	0 (0,0%)		
Tratamento mais caro				
DM2	7 (14,0%)	0 (0,0%)		
HTA	2 (4,0%)	0 (0,0%)		
Dislipidemia	6 (12,0%)	3 (60,0%)	-	0,147 ^c
Igual	6 (12,0%)	0 (0,0%)		
Não sabe	29 (58,0%)	2 (40,0%)		
Qual despênde menos tempo				
HTA	2 (4,0%)	0 (0,0%)		
Dislipidemia	13 (26,0%)	2 (40,0%)	-	0,682 ^c
Igual	35 (70,0%)	3 (60,0%)		
Qual menos preocupa				
HTA	3 (6,0%)	0 (0,0%)		
Dislipidemia	17 (34,0%)	1 (20,0%)	-	0,737 ^c
Igual	30 (60,0%)	4 (80,0%)		
Recebe menos ajuda				
Nenhuma, faz tudo sozinho	44 (88,0%)	5 (100,0%)	-	1,000 ^c
Todas	6 (12,0%)	0 (0,0%)		
Tratamento mais barato				
DM2	5 (10,0%)	1 (20,0%)		
HTA	1 (2,0%)	0 (0,0%)		
Dislipidemia	3 (6,0%)	0 (0,0%)	-	0,853 ^c
Igual	10 (20,0%)	1 (20,0%)		
Não sabe	31 (62,0%)	3 (60,0%)		
É difícil lidar com várias doenças				
Sim	13 (26,0%)	2 (40,0%)	0,527 (0,079; 3,515)	0,606 ^c
Não	37 (74,0%)	3 (60,0%)	1	
Em geral a sua saúde é?				
Excelente	1 (2,0%)	0 (0,0%)		
Muito boa	1 (2,0%)	0 (0,0%)		
Boa	9 (18,0%)	2 (40,0%)	-	0,363 ^c
Razoável	28 (56,0%)	1 (20,0%)		
Fraca	11 (22,0%)	2 (40,0%)		
Escolaridade				
Primária	29 (58,0%)	2 (40,0%)		
Básica	14 (28,0%)	1 (20,0%)		
Secundária	2 (4,0%)	2 (40,0%)	-	0,141 ^c
Superior	2 (4,0%)	0 (0,0%)		
Não andou na escola	3 (6,0%)	0 (0,0%)		
Custos são comportáveis				
Sim	45 (90,0%)	4 (80,0%)		
Não	4 (8,0%)	1 (20,0%)	-	0,452 ^c
Não sabe	1 (2,0%)	0 (0,0%)		
Sistema de saúde				
Não tem	30 (60,0%)	4 (80,0%)		
ADSE	4 (8,0%)	0 (0,0%)		
EDP	0 (0,0%)	1 (20,0%)		
Lanifícios	11 (22,0%)	0 (0,0%)	-	0,229 ^c
ADMG	2 (4,0%)	0 (0,0%)		
ADSE + SAMS	1 (2,0%)	0 (0,0%)		
Médicis	2 (4,0%)	0 (0,0%)		
Está a trabalhar				
Sim	1 (2,0%)	1 (20,0%)	0,082 (0,004; 1,565)	0,175 ^c
Não	49 (98,0%)	4 (80,0%)	1	
Local da Entrevista				
Hospital	25 (50,0%)	4 (80,0%)	0,250 (0,026; 2,397)	0,355 ^c
Centro de Saúde	25 (50,0%)	1 (20,0%)	1	

Adicionalmente, não se encontrou qualquer associação estatisticamente significativa entre o local onde os doentes eram seguidos (Hospital Pêro da Covilhã ou Centro de Saúde da Covilhã) e o controlo de qualquer das três doenças estudadas.

Em relação à variável “qual mais preocupa”, observou-se que 47,6% (30 em 63) dos doentes afirmaram igual preocupação com as três doenças (DM2, HTA e Dislipidemia), o que não é significativamente diferente de metade dos doentes (teste binomial, $p=0,801$). Entre os doentes que se preocupam mais com uma das três doenças, mais de metade (66,7%; 22 em 33) afirmaram maior preocupação com a DM2 (teste binomial, $p=0,04$).

Multipatologia: interferência das opções dos doentes no controlo da doença

Discussão

Vários estudos abordam quais as razões que levam os doentes com multipatologia a priorizarem uma doença em detrimento de outras. Um estudo americano, realizado em 2011, salienta como principais razões a gravidade percebida de cada doença, os sintomas, complicações e limitações associados a estas e a familiaridade com experiências negativas noutros doentes. (7) Um estudo realizado em 2013, no Reino Unido, divide as razões de priorização com base em dois grupos de doentes: o primeiro, dá maior importância às doenças que alteram a saúde funcional, priorizando, por isso, as doenças com consequências físicas a curto prazo; ao contrário do segundo grupo, que considera mais importantes as doenças que têm maior risco de consequências negativas, dependência ou mortalidade no futuro. (9) Outro estudo dos Estados Unidos da América, publicado em 2015, concluiu que as doenças que podem exacerbar e alterar o controlo das restantes são também priorizadas pelos doentes, assim como as que não podem ser controladas com medicação, e as que têm um curso imprevisível. (10)

Nem sempre as prioridades escolhidas pelos doentes vão de encontro às seleccionadas pelos profissionais de saúde. Por norma, e como já referido, os doentes dão mais relevância às doenças que estão associadas a alterações das funções diárias e do envolvimento social, (11) sendo estas doenças “sintomáticas”, como dores, depressão e problemas respiratórios. (12) Por outro lado, os profissionais de saúde consideram primeiro doenças com pior prognóstico e que obrigam a alterações nos estilos de vida, (11) como HTA, DM2, Dislipidemia e Insuficiência Cardíaca. (12) Estas discrepâncias entre as opiniões dos doentes e dos profissionais de saúde podem levar à negligência, por parte dos médicos, de alguns problemas de saúde importantes para o doente. (11) Quando os doentes e os médicos estão de acordo sobre que doenças priorizar, é possível evitar o sobretratamento e as suas consequências, (13) assim como melhorar os sintomas e a saúde mental e funcional dos doentes. (12)

Outro dado relevante dos estudos analisados, é que os doentes não têm prioridades estanques, podendo haver pontos de transição que levam à alteração da prioridade atribuída às várias doenças. Estas situações ocorrem num determinado ponto no tempo e são devidas a experiências positivas ou negativas em relação a uma doença ou a um tratamento. (14)

Os resultados, apresentados anteriormente, mostram que, em relação à DM2, os doentes da amostra seleccionada estão, com maior chance, melhor controlados quando esta não é um incómodo diário para os mesmos. A constatação desta associação não vai de encontro à hipótese colocada no início deste estudo, que propunha que a doença priorizada pelo doente se encontrava melhor controlada que as restantes, sendo, neste caso, considerado o facto de os doentes se sentirem incomodados por uma doença um fator de priorização da mesma. No

entanto, e corroborando os resultados obtidos, um estudo de Bower et al. (15) concluiu que, na sua amostra, os doentes diabéticos priorizavam menos esta doença quando ela estava bem controlada e monitorizada.

Em relação à HTA, os resultados obtidos são também contrários à hipótese formulada, uma vez que, existiu, nesta amostra, uma percentagem maior de doentes com sintomas no grupo dos doentes não controlados, sendo encarada a existência de sintomas como um fator de priorização dessa doença para os doentes. Acerca do tempo despendido, e admitindo que uma quantidade maior de tempo direcionado para uma doença faz desta uma prioridade para o doente, observou-se, na amostra estudada, que apenas uma pequena parte (10%) dos doentes do grupo que estava controlado despendiam mais tempo com a HTA.

Uma revisão sistemática da literatura de 2015, (10) refere que as doenças melhor controladas recebem menor prioridade, o que, apesar de contrário à hipótese proposta, valida os resultados obtidos neste estudo, tanto em relação à DM2, como em relação à HTA.

Sobre a dislipidémia, não foi possível estabelecer, com a amostra disponível, alguma associação entre o controlo desta doença e as diferentes variáveis em estudo.

Os resultados obtidos com esta amostra não permitem estabelecer a validade da segunda hipótese proposta, relativa ao local de seguimento dos doentes, uma vez que não se encontrou qualquer associação entre este e o controlo das várias doenças num doente com multipatologia.

Acerca do pressuposto apresentado inicialmente de que os doentes, de facto, priorizam uma das suas doenças, não foi possível, com a amostra em estudo, obter resultados significativamente estatísticos que corroborassem a validade do mesmo.

Como limitações deste estudo podemos realçar o facto de que apenas existiram 3 doentes com HTA não controlada e 5 doentes com Dislipidemia não controlada. Para colmatar esta limitação, propomos, em estudos futuros, e com o objetivo de fazer inferências estatísticas para a população de doentes com multipatologia da região da Covilhã, aumentar a amostra em estudo, ou pelo menos, ter um quantidade estatisticamente significativa de doentes controlados e não controlados para cada doença, e também o uso de uma amostra aleatória de todos os doentes com multipatologia seguidos tanto nas Consultas Externas de Medicina Interna do Hospital Pêro da Covilhã, como nas Consultas do Centro de Saúde da Covilhã.

Em relação a outras limitações do estudo, podemos também referir a dificuldade e falta de informação encontrada sobre o tema do estudo, em específico a priorização de doenças por partes dos doentes e a sua interferência no controlo. De salientar, também, que não se

encontraram referências bibliográficas que abordassem a importância do local de seguimento dos doentes no controlo das doenças.

Uma vez que a multipatologia é, como já referido, uma entidade muito prevalente, é cada vez mais importante aumentar o conhecimento sobre a mesma, podendo assim otimizar o seu tratamento, permitindo que seja possível o melhor tratamento para cada doença individual, e, especialmente, para que a abordagem proposta ao doente seja a mais adequada.

Multipatologia: interferência das opções dos doentes no controlo da doença

Conclusão

Este estudo propôs avaliar se em doentes com multipatologia, a priorização de uma doença em relação a outras influenciava o controlo da mesma de forma positiva. Foi também proposta a hipótese de avaliar este comportamento em doentes seguidos em contexto hospitalar e em contexto de Cuidados de Saúde Primários.

Após a realização do estudo, não foi possível concluir que, de facto, os doentes priorizam algumas das suas doenças. Na amostra utilizada, foi possível observar, em relação à DM2, que os doentes estavam, com maior chance, melhor controlados quando esta não era um incómodo diário para os mesmos; para a HTA, verificou-se uma percentagem maior de doentes com sintomas no grupo dos doentes não controlados e também foi possível constatar que apenas uma pequena parte dos doentes do grupo que estava controlado despendiam mais tempo com a HTA. Assim, as conclusões obtidas foram contra as hipóteses iniciais de que a doença priorizada pelos doentes estaria melhor controlada que as restantes.

Para corroborar os dados obtidos neste estudo, e, para que, seja possível fazer uma análise inferencial para a população com multipatologia da Covilhã, propõe-se em estudos futuros a utilização de uma amostra de maiores dimensões, preferencialmente aleatória, dos doentes com multipatologia da região da Covilhã.

Multipatologia: interferência das opções dos doentes no controlo da doença

Bibliografia

1. Prazeres F, Santiago LM, Simões JA. Defining Multimorbidity: From English to Portuguese Using a Delphi Technique. *Biomed Res Int.* 2015; 2015:1-4. doi:10.1155/2015/965025.
2. Ploeg J, Matthew-Maich N, Fraser K, Dufour S, McAiney C, Kaasalainen S, et al. Managing multiple chronic conditions in the community: a Canadian qualitative study of the experiences of older adults, family caregivers and healthcare providers. *BMC Geriatr.* 2017; 17(1):1-15. doi:10.1186/s12877-017-0431-6.
3. Salive ME. Multimorbidity in Older Adults. *Epidemiol Rev.* 2013; 35:75-83. doi:10.1093/epirev/mxs009.
4. Prazeres F, Santiago L. Prevalence of multimorbidity in the adult population attending primary care in Portugal: a cross-sectional study. *BMJ Open.* 2015; 5(9). doi:10.1136/bmjopen-2015-009287.
5. Kim S, Bennett K, Wallace E, Fahey T, Cahir C. Measuring medication adherence in older community-dwelling patients with multimorbidity. *Eur J Clin Pharmacol.* 2018; 74(3):357-364. doi:10.1007/s00228-017-2388-y.
6. Náfrádi L, Nakamoto K, Schulz PJ. Is patient empowerment the key to promote adherence? A systematic review of the relationship between self-efficacy, health locus of control and medication adherence. *PLoS One.* 2017; 12(10):1-23. doi:10.1371/journal.pone.0186458.
7. Shoenberg NE, Bardach SH, Manchikanti KN, Goodenow AC. Appalachian residents' experiences with and management of multiple morbidity. *Qual Health Res.* 2011; 21(5):601-611. doi:10.1177/1049732310395779.
8. Schoenberg NE, Leach C, Edwards W. "It's a toss up between my hearing, my heart, and my hip": Prioritizing and Accommodating Multiple Morbidities by Vulnerable Older Adults. *J Health Care Poor Underserved.* 2009; 20(1):134-151. doi:10.1353/hpu.0.0115.
9. Cheraghi-Sohi S, Morden A, Bower P, Kennedy A, Rogers A, Richardson J, et al. Exploring patient priorities among long-term conditions in multimorbidity: A qualitative secondary analysis. *SAGE Open Med.* 2013; 1: 1-9. doi:10.1177/2050312113503955.
10. Bratzke LC, Muehrer RJ, Kehl KA, Lee KS, Ward EC, Kwekkeboom KL. Self-management priority setting and decision-making in adults with multimorbidity: A narrative review of literature. *Int J Nurs Stud.* 2015. 52(3): 744-755. doi:10.1016/j.ijnurstu.2014.10.010.

11. Junius-Walker U, Voigt I, Wrede J, Hummers-Pradier E, Lazic D, Dierks ML. Health and treatment priorities in patients with multimorbidity: Report on a workshop from the European General Practice Network meeting 'Research on multimorbidity in general practice'. *Eur J Gen Pract.* 2010; 16(1):51-54. doi:10.3109/13814780903580307.
12. Zulman DM, Kerr EA, Hofer TP, Heisler M, Zikmund-Fisher BJ. Patient-Provider Concordance in the Prioritization of Health Conditions Among Hypertensive Diabetes Patients. *J Gen Intern Med.* 2010; 25(5):408-414. doi:10.1007/s11606-009-1232-1.
13. Mangin D, Stephen G, Bismah V, Risdon C. Making patient values visible in healthcare: a systematic review of tools to assess patient treatment priorities and preferences in the context of multimorbidity. *BMJ Open.* 2016; 6(6):1-9. doi:10.1136/bmjopen-2015-010903.
14. Morris RL, Sanders C, Kennedy AP, Rogers A. Shifting priorities in multimorbidity: a longitudinal qualitative study of patient's prioritization of multiple conditions. *Chronic Illn.* 2011; 7(2):147-161. doi:10.1177/1742395310393365.
15. Bower P, Harkness E, Macdonald W, Coventry P, Bundy C, Moss-Morris R. Illness representations in patients with multimorbid long-term conditions: Qualitative study. *Psychol Health.* 2012; 27(10):1211-1226. doi:10.1080/08870446.2012.662973.

Anexos

Anexo 1 - Consentimento informado CHCB

Mariana Bessa Quelhas, aluna do Mestrado Integrado em Medicina, da Faculdade de Ciências da Saúde, da Universidade da Beira Interior, a realizar um trabalho de investigação subordinado ao tema “Multipatologia: interferência das opções dos doentes no controlo da doença.”, vem solicitar a sua colaboração neste estudo. Informo que a sua participação é voluntária, podendo desistir a qualquer momento sem que por isso venha a ser prejudicado nos cuidados de saúde prestados pelo CHCB, EPE; informo ainda que a sua privacidade será respeitada, todos os dados recolhidos serão confidenciais e não serão fornecidas quaisquer compensações.

Objetivo do trabalho de investigação: Perceber se as doenças priorizadas pelos doentes, no contexto de multipatologia, têm como consequência estarem melhor controladas que as restantes.

Crítérios de inclusão: Doente com, no mínimo, duas das três seguintes doenças: Diabetes Mellitus, Hipertensão Arterial e Dislipidemia.

Crítérios de exclusão: Não ter, no mínimo, duas das três seguintes doenças: Diabetes Mellitus, Hipertensão Arterial ou Dislipidemia.

Procedimentos necessários: Irá ser realizada uma entrevista pela investigadora, Mariana Bessa Quelhas, que consistirá numa série de perguntas relativas ao paciente, especificamente em relação às suas doenças. A entrevista será levada a cabo no seguimento de uma consulta marcada pelo médico assistente do paciente, apenas numa única ocasião, e sendo gravada em modo áudio - gravações essas que só servirão para garantir a veracidade dos dados expostos na análise realizada pela investigadora, sendo usados em anonimato. Seguidamente irá ser feita uma análise retrospectiva do controlo das patologias referidas através da consulta do processo do paciente.

Risco / Benefício da sua participação: Não existem riscos nem benefícios associados à participação neste estudo.

Duração da participação no estudo: Tempo da entrevista.

Nº aproximado de participantes: 30.

Contacto para esclarecimento de dúvidas: 919892341

Consentimento Informado - Aluno / Investigador

Ao assinar esta página está a confirmar o seguinte:

- * Entregou esta informação;
- * Explicou o propósito deste trabalho;
- * Explicou e respondeu a todas as questões e dúvidas apresentadas pelo participante ou representante legal.

Nome do Aluno/Investigador (Legível)

Assinatura do Aluno/Investigador

___/___/___
Data

Consentimento Informado - Participante

Ao assinar esta página está a confirmar o seguinte:

- * O Sr. (a) leu e compreendeu todas as informações desta informação, e teve tempo para as ponderar;
- * Todas as suas questões foram respondidas satisfatoriamente;
- * Se não percebeu qualquer das palavras, solicitou ao aluno/investigador uma explicação, tendo este esclarecido todas as dúvidas;
- * O Sr. (a) recebeu uma cópia desta informação, para a manter consigo.

Nome do Participante (Legível)

Representante Legal (Legível)

Assinatura do Participante ou Representante Legal

___/___/___
Data

Anexo 2 - Consentimento informado Centro de Saúde da Covilhã

Mariana Bessa Quelhas, aluna do Mestrado Integrado em Medicina, da Faculdade de Ciências da Saúde, da Universidade da Beira Interior, a realizar um trabalho de investigação subordinado ao tema “Multipatologia: interferência das opções dos doentes no controlo da doença.”, vem solicitar a sua colaboração neste estudo. Informo que a sua participação é voluntária, podendo desistir a qualquer momento sem que por isso venha a ser prejudicado nos cuidados de saúde prestados pelo Centro de Saúde da Covilhã; informo ainda que a sua privacidade será respeitada, todos os dados recolhidos serão confidenciais e não serão fornecidas quaisquer compensações.

Objetivo do trabalho de investigação: Perceber se as doenças priorizadas pelos doentes, no contexto de multipatologia, têm como consequência estarem melhor controladas que as restantes.

Critérios de inclusão: Doente com, no mínimo, duas das três seguintes doenças: Diabetes Mellitus, Hipertensão Arterial e Dislipidemia.

Critérios de exclusão: Não ter, no mínimo, duas das três seguintes doenças: Diabetes Mellitus, Hipertensão Arterial ou Dislipidemia.

Procedimentos necessários: Irá ser realizada uma entrevista pela investigadora, Mariana Bessa Quelhas, que consistirá numa série de perguntas relativas ao paciente, especificamente em relação às suas doenças. A entrevista será levada a cabo no seguimento de uma consulta marcada pelo médico assistente do paciente, apenas numa única ocasião, e sendo gravada em modo áudio - gravações essas que só servirão para garantir a veracidade dos dados expostos na análise realizada pela investigadora, sendo usados em anonimato, cada entrevista será codificada com um número, não sendo usado o nome do paciente, nem dados identificativos do mesmo. Seguidamente irá ser feita uma análise retrospectiva do controlo das patologias referidas através da consulta pelo médico assistente do processo do paciente, tendo a investigadora apenas acesso aos valores necessários para identificar o controlo das doenças em estudo.

Risco / Benefício da sua participação: Não existem riscos nem benefícios associados à participação neste estudo.

Duração da participação no estudo: Tempo da entrevista.

Nº aproximado de participantes: 30.

Contacto para esclarecimento de dúvidas: 919892341

Consentimento Informado - Aluno / Investigador

Ao assinar esta página está a confirmar o seguinte:

- * Entregou esta informação;
- * Explicou o propósito deste trabalho;
- * Explicou e respondeu a todas as questões e dúvidas apresentadas pelo participante ou representante legal.

Nome do Aluno/Investigador (Legível)

Assinatura do Aluno/Investigador

___/___/___
Data

Consentimento Informado - Participante

Ao assinar esta página está a confirmar o seguinte:

- * O Sr. (a) leu e compreendeu todas as informações desta informação, e teve tempo para as ponderar;
- * Todas as suas questões foram respondidas satisfatoriamente;
- * Se não percebeu qualquer das palavras, solicitou ao aluno/investigador uma explicação, tendo este esclarecido todas as dúvidas;
- * O Sr. (a) recebeu uma cópia desta informação, para a manter consigo.

Nome do Participante (Legível)

Representante Legal (Legível)

Assinatura do Participante ou Representante Legal

___/___/___
Data

Anexo 3 - Questionário para a Entrevista

1. Masculino Feminino
2. Que doenças que tem?
3. Para cada doença perguntar o seguinte:
 - a. A doença X incomoda-o(a) todos os dias?
 - b. Que sintomas tem que acha que se relacionem com X?
 - c. X faz com que tenha que alterar as suas atividades diárias?
 - d. O que faz para tratar essa doença?
 - e. Faz isso todos os dias?
 - f. Considera que a doença X é séria?
4. Estamos a tentar perceber como é que as pessoas lidam com terem várias doenças ao mesmo tempo.
 - a. Em qual das suas doenças acha que despende mais tempo?
 - b. Qual é a que mais o(a) preocupa?
 - c. Em qual é que recebe mais ajuda? De quem?
 - d. No tratamento de qual gasta mais dinheiro?
5. Agora, quero perguntar-lhe o oposto:
 - a. Em qual das suas doenças acha que despende menos tempo?
 - b. Qual é a que menos o(a) preocupa?
 - c. Em qual é que recebe menos ajuda?
 - d. No tratamento de qual gasta menos dinheiro?
6. Ouve-se muitas pessoas dizer que é difícil lidar com várias doenças. Acha que isto é verdade no seu caso?
 - a. Sim
 - b. Não
7. Tendo em conta que acha que é difícil lidar com várias doenças, qual é, para si, a parte mais complicada?
 - a. Lembrar-se do que o médico recomenda/diz para fazer
 - b. Custo
 - c. Tempo
 - d. Várias recomendações do médico
 - e. Falta de liberdade
 - f. Pressão por parte dos outros
 - g. Diferentes horários

Antes de terminarmos, gostava de lhe fazer mais algumas perguntas.

1. Diria que no geral a sua saúde é
 - a. Excelente
 - b. Muito boa
 - c. Boa
 - d. Razoável
 - e. Fraca
 - f. Não sabe/recusa responder
2. Por favor, diga-me se tem neste momento, ou se já teve, alguma das doenças que eu vou dizer, mesmo que já tenha sido referida anteriormente.
 - a. Algum tipo de cancro
 Sim Não Não sabe/recusa responder
 - b. Doença cardíaca ou HTA
 Sim Não Não sabe/recusa responder
 - c. Artrite
 Sim Não Não sabe/recusa responder
 - d. Enfarte
 Sim Não Não sabe/recusa responder
 - e. Diabetes
 Sim Não Não sabe/recusa responder
 - f. Outras doenças crónicas
 Sim Não Não sabe/recusa responder
3. Quantas pessoas vivem na sua casa, consigo incluído(a)? Quem?
4. Que nível de escolaridade tem?
 - a. Ensino Primário
 - b. Ensino Básico
 - c. Ensino Secundário
 - d. Ensino Superior
 - e. Não frequentou a escola
5. Em relação aos custos em saúde, acha que são comportáveis em sua casa?
6. Tem algum tipo de sistema de saúde (para além do SNS)?
 - a. ADSE
 - b. SAMS
 - c. EDP
 - d. Outro
7. Quantos anos tem?
8. Atualmente está a trabalhar?
 - a. Sim
 - b. Não

Anexo 4 - Parecer da Comissão de Ética do Centro Hospitalar Cova da Beira



Recebido
30 JUN. 2017
Versão 1.1

Assunto: Projecto de Investigação n.º 54/2017 - "Multipatologia: interferência das opções dos doent	
Para: Exmo. Sr. Presidente do Conselho de Administração	Nº: 61/2017
De: Gabinete de Investigação e Inovação	Data: 30-06-2017


Em relação ao assunto em epígrafe, junto envio o pedido de autorização de Mariana Bessa Quelhas, aluna de Mestrado Integrado em Medicina da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior, para a realização de um estudo subordinado ao tema "Multipatologia: interferência das opções dos doentes no controlo da doença", a realizar no Serviço de Medicina Interna deste Centro Hospitalar.

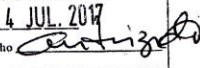
Envio ainda o parecer nº 44/2017, emitido pela Comissão de Ética.

Informo que se encontram reunidos todos os requisitos necessários de acordo com o Regulamento e Procedimentos do Centro de Investigação Clínica.

Com os melhores cumprimentos,

A Coordenadora do Gabinete de Investigação e Inovação,


(Dr.ª Rosa Saraiva)



Centro Hospitalar Cova da Beira Presente em reunião de C.A. Em 14 JUL. 2017 Despacho 
Presidente do C.A. / Director Clínico Dr. João José Estrela do Alva
Vogal do C.A. Dr. Vítor Manuel Mendes da Mota
Vogal do C.A. Dr.ª Maria de Jesus Trocado Marques
Enfermeiro Director Enf. João José Estrela do Alva

Despacho:	Parecer:
-----------	----------

CHCB.IMP.CHCB.197

Ed.1

Rev.1


14 JUL. 2017


Multipatologia: interferência das opções dos doentes no controlo da doença

Anexo 5 - Parecer da Comissão de Ética da Administração Regional de Saúde do Centro



COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

PARECER FINAL: FAVORÁVEL	DESPACHO: <i>Homologado</i> <i>12 04 2018</i> Conselho Diretivo da A.R.S. do Centro, I.P.
---	--

ASSUNTO:	Submissão 81/2017 Multipatologia : a interferência das opções dos doentes na doença Mariana Bessa Quelhas	<i>Rosa Reis Marques</i> Presidente, <i>Luís Manuel Milhões Mendes Cabral</i> Vogal, <i>Mário Ruivo</i> Vogal,
-----------------	--	---

Foram levantadas algumas questões em parecer anterior e que foram, posteriormente, respondidas de forma adequada. Somos, neste sentido, a emitir parecer favorável

Coimbra, 07 de março de 2017

O Relator

(Prof. Dr. Batel Marques)

O Presidente da CES

(Prof. Dr. Fontes Ribeiro)