

# **Relação médico-paciente em doentes com multimorbilidade**

Beatriz de Almeida e Rodrigues

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em  
Medicina  
(Mestrado Integrado)

Orientador: Prof. Doutor José Augusto Rodrigues Simões  
Co-orientador: Prof. Doutor José Filipe Chaves Pereira Prazeres

abril de 2020

# **Dedicatória**

À minha mãe e à minha irmã, por todo o amor, apoio e paciência durante todas as fases da minha vida.

Ao meu padrinho, por estar sempre ao meu lado e me ajudar a alcançar todos os meus sonhos.

# Agradecimentos

Ao Professor Doutor José Augusto Simões por ter aceitado este desafio e pela sua orientação, disponibilidade e motivação.

Ao Professor Doutor José Filipe Prazeres por todo o empenho, tempo despendido e apoio em qualquer altura.

Aos meus pais, à minha irmã, aos meus avós e ao meu padrinho por sempre acreditarem em mim e me ajudarem a lutar pelos meus objetivos. O orgulho, o apoio e a compreensão que demonstraram foram essenciais para ultrapassar todas as minhas dificuldades.

Ao Mário pelo esforço incansável e o carinho demonstrado.

Aos meus amigos por me acompanharem numa das fases mais importantes da minha vida.

À direção e às equipas de profissionais das 4 instituições que me receberam de braços abertos e tornaram possível a realização deste trabalho.

Por fim, a todas as pessoas que aceitaram participar neste estudo.

## Resumo

**Introdução:** Em Portugal, mais de 70% dos utentes das consultas de Medicina Geral e Familiar tem multimorbilidade, definida como a coexistência de duas ou mais doenças crónicas na mesma pessoa. Na abordagem destes doentes, a comunicação cuidada e a relação médico-paciente são fatores preponderantes para o sucesso terapêutico. A empatia, a capacitação do doente e a satisfação com o conhecimento obtido através do médico sobre as suas doenças contribuem para a construção desta relação e permitem uma melhor qualidade dos cuidados prestados e melhores resultados clínicos.

**Objetivo:** Descrever a relação médico-paciente em doentes com multimorbilidade que frequentam consultas de Medicina Geral e Familiar, avaliando a empatia médica percebida pelo doente, a sua capacitação e a satisfação com o conhecimento obtido sobre as suas doenças através do médico.

**Materiais e métodos:** Foi realizado um estudo observacional, descritivo e transversal numa amostra de conveniência em 4 instituições sociais. Aplicou-se um questionário sociodemográfico e clínico para caracterizar a amostra, a “*Jefferson Scale of Patient Perceptions of Physician Empathy*” para avaliar a empatia médica percebida, o “*Patient Enablement Instrument*” para analisar a capacitação dos doentes e a Escala de Conhecimento da Doença para averiguar a satisfação com as informações obtidas sobre as suas doenças.

**Resultados:** A amostra foi constituída por 115 doentes, dos quais a maioria era do género feminino, tomava mais de 5 medicamentos por dia e tinha o ensino básico. Na “*Jefferson Scale of Patient Perceptions of Physician Empathy*” a média de respostas de cada afirmação foi sempre superior a 5 (em 7), no “*Patient Enablement Instrument*” a resposta mais dada em todas as questões foi “Melhor/Mais” e na Escala de Conhecimento da Doença a maioria sabe o necessário sobre as suas doenças. A comparação entre as diferentes escalas e as variáveis sociodemográficas demonstrou uma tendência positiva significativa entre a capacitação do doente e a sua satisfação com as informações obtidas segundo o grau de escolaridade. Constatou-se ainda que as 3 escalas se correlacionam entre si positivamente.

**Conclusão:** A elevada percepção da empatia médica, o maior grau de capacitação após as consultas e a satisfação com a informação obtida sobre as suas doenças, permitiram concluir que os doentes com multimorbilidade consideram ter uma boa relação com o seu

médico de família. A melhoria desta relação é essencial na gestão da multimorbilidade, permitindo um acompanhamento centrado no paciente e a prestação dos melhores cuidados de saúde possíveis.

## **Palavras-chave**

Relação médico-paciente; Multimorbilidade; Empatia; Capacitação; Comunicação

# Abstract

**Introduction:** In Portugal, more than 70% of the patients attending primary care have multimorbidity, defined as the co-existence of two or more chronic conditions in the same person. Careful communication and patient-physician relationship are essential factors for therapeutic success in the management of these patients. Empathy, patient's enablement, and satisfaction with the knowledge of their conditions obtained through the physician contribute to the construction of this relationship and allow for a better quality of care and clinical outcomes.

**Objective:** To describe patient-physician relationship in patients with multimorbidity who attend primary care appointments, evaluating the empathic medical attitude perceived by the patient, their enablement and satisfaction with the knowledge obtained about their conditions through the physician.

**Materials and methods:** An observational, descriptive, and cross-sectional study based on a convenience sample was carried out at 4 social institutions. A sociodemographic and clinical questionnaire was applied to characterize the sample, the "Jefferson Scale of Patient Perceptions of Physician Empathy" to assess perceived medical empathy, the "Patient Enablement Instrument" to analyze enablement after an appointment and the "Patients' Satisfaction with Information Questionnaire" to ascertain satisfaction with the information obtained about their conditions.

**Results:** The sample consisted of 115 patients, the majority were female, took more than 5 drugs a day and had basic instruction. In the "Jefferson Scale of Patient Perceptions of Physician Empathy" the average answer for each statement was always higher than 5 (out of 7), in the "Patient Enablement Instrument" the most given answer in all questions was "Better / More" and in the "Patients' Satisfaction with Information Questionnaire" the majority knows what is necessary about their conditions. The comparison between the different scales and the sociodemographic variables showed a significant positive trend between patient's enablement and his satisfaction with the information obtained according to the level of instruction. We also found that there is a positive correlation between the 3 scales.

**Conclusion:** The observed high perception of medical empathy, the highest degree of patient's enablement after an appointment and the satisfaction with the information about their conditions, allowed us to conclude that patients with multimorbidity consider having

a good relationship with their general practitioner. Improving this relationship is essential in the management of multimorbidity, contributing to patient-centered medicine and the best health care possible.

## **Keywords**

Patient-physician relationship; Multimorbidity; Empathy; Enablement; Communication

# Índice

1	Introdução	1
2	Materiais e Métodos	3
2.1	Tipo de estudo e critérios de inclusão e exclusão	3
2.2	Colheita de dados	3
2.3	Instrumentos utilizados	4
2.4	Análise de dados	5
3	Resultados	6
4	Discussão	15
4.1	Limitações do estudo e perspectivas de novos estudos	18
5	Conclusão	20
	Bibliografia	21
	Anexos	24
	Anexo 1 - Parecer da Comissão de Ética da UBI	25
	Anexo 2 - Consentimento Livre, Esclarecido e Informado	26
	Anexo 3 - Questionário sociodemográfico e clínico	27
	Anexo 4 - <i>Jefferson Scale of Patient Perceptions of Physical Empathy</i>	29
	Anexo 5 - <i>Patient Enablement Instrument</i>	30
	Anexo 6 - Escala de Conhecimento sobre a Doença	31

# Lista de Tabelas

Tabela 1 – Caracterização sociodemográfica e clínica da amostra (n=115).

Tabela 2 – Análise descritiva das respostas à escala *JSPPPE*.

Tabela 3 – Análise descritiva das respostas à escala *PEI*.

Tabela 4 – Análise descritiva das respostas à ECsD.

Tabela 5 – Análise comparativa dos scores médios totais *JSPPPE*, *PEI* e ECsD entre as variáveis sociodemográficas.

Tabela 6 – Análise descritiva da média de respostas à escala *PEI* segundo o grau de escolaridade.

Tabela 7 – Análise descritiva da média de respostas à ECsD segundo o grau de escolaridade.

Tabela 8 – Correlações ( $\rho$ ) entre as escalas *JSPPPE*, *PEI*, ECsD e variáveis sociodemográficas e clínicas.

# Lista de Acrónimos

DP	Desvio-Padrão
ECsD	Escala de Conhecimento sobre a Doença
<i>JSPPPE</i>	Jefferson Scale of Patient Perceptions of Physician Empathy
MGF	Medicina Geral e Familiar
<i>PEI</i>	Patient Enablement Instrument
<i>SPSS</i>	Statistical Package for the Social Sciences
UBI	Universidade da Beira Interior

# Capítulo 1

## Introdução

Uma das tendências mais marcantes da atualidade é o envelhecimento populacional. Associando este facto à melhoria dos cuidados médicos instituídos e ao desenvolvimento de políticas de saúde pública, verifica-se um aumento do número de pessoas que vive com mais do que uma doença crónica (1). A presença de duas ou mais doenças crónicas na mesma pessoa, sem que alguma delas seja considerada a principal, é uma das definições utilizadas para multimorbilidade (2). Em Portugal, mais de 70% dos utentes das consultas de Medicina Geral e Familiar (MGF) tem multimorbilidade (3), o que contrasta com a sua prevalência de apenas 38,3% na população entre os 25 e os 74 anos (4).

Esta condição acarreta maior despesa em saúde, com internamentos hospitalares mais prolongados e maior número de complicações, menor qualidade de vida, maior sofrimento psicológico, assim como maior mortalidade (2). Associa-se também à polimedicação (toma igual ou superior a 5 medicamentos por dia) que, apesar de ser um conceito independente, apresenta elevada prevalência na população com multimorbilidade e contribui para o seu impacto na saúde (5).

Na abordagem de um doente com multimorbilidade a relação médico-paciente é um fator preponderante para o sucesso terapêutico (6). Esta relação é construída no espaço da consulta, onde se estabelece um vínculo de confiança que permite ao paciente expor os seus problemas, as suas dúvidas e os seus receios e em conjunto com o médico decidir qual o melhor curso de ação.

Uma comunicação adequada é essencial para a eficácia da relação médico-paciente (7), uma vez que aumenta o envolvimento do paciente no processo terapêutico, a satisfação com os cuidados prestados e a adesão aos tratamentos (8). A empatia, a capacitação do doente e a satisfação com o conhecimento obtido através do médico sobre as suas doenças são fatores determinantes tanto para a comunicação como para a relação médico-paciente (9,10). A empatia é definida segundo Coulehan *et al.* como “capacidade de perceber a situação, perspetiva e sentimentos do doente e comunicar-lhe essa compreensão” (11). Esta atitude está associada a maior precisão nos diagnósticos e a uma melhor gestão do *stress* ligado à doença (12), pois valida as preocupações expressas pelo paciente, fá-lo sentir-se respeitado e cria um ambiente de confiança propício à partilha de mais informações (11,13). A capacitação reflete os benefícios que o paciente retira no fim da

consulta relativamente à compreensão da doença e à melhor maneira de lidar com ela. Uma abordagem centrada no paciente, a demonstração de empatia e o envolvimento ativo nas decisões tomadas são fatores que a promovem (9,14). A satisfação com o conhecimento obtido através do médico sobre a sua doença relaciona-se com a forma como é transmitida a informação durante a consulta e também com a capacitação (9). Este sentimento vai influenciar positivamente a morbilidade e funciona como indicador de qualidade da relação médico paciente (15,16).

Os pacientes com multimorbilidade exigem uma abordagem mais complexa e individualizada, uma vez que as doenças que compõe o seu quadro clínico e os seus tratamentos interagem entre si de diversas formas e exigem uma maior versatilidade de cuidados (8). O estabelecimento de uma relação de confiança entre médico e paciente leva a mais abertura na comunicação e empenho no processo curativo, o que contribui para uma melhor qualidade dos cuidados prestados, maior satisfação e melhores resultados em saúde (6,17).

Tendo em conta a elevada prevalência documentada e com o intuito de melhorar os cuidados prestados, através deste estudo pretendemos descrever a relação médico-paciente em doentes com multimorbilidade que frequentam consultas de MGF, avaliando a empatia médica percebida pelo doente, a sua capacitação e a satisfação com o conhecimento obtido sobre as suas doenças através do médico.

## Capítulo 2

### **Materiais e Métodos:**

#### **2.1. Tipo de estudo e critérios de inclusão e exclusão:**

Este foi um estudo do tipo observacional, descritivo e transversal com abordagem quantitativa.

Os questionários foram aplicados a uma amostra de conveniência composta por indivíduos com idade superior a 18 anos com multimorbilidade (definida como duas ou mais condições crónicas assinaladas na questão 7 do questionário sociodemográfico) e frequentadores de consultas de Medicina Geral e Familiar. Foram excluídos indivíduos que por qualquer motivo fossem incapazes de expressar de forma oral ou escrita o seu consentimento livre, esclarecido e informado.

#### **2.2. Colheita de dados**

Para a realização deste estudo foi pedido um parecer à Comissão de Ética da Universidade da Beira Interior, que aprovou o protocolo em janeiro de 2020 (Anexo 1). A recolha de dados realizou-se no período compreendido entre 29 de fevereiro e 13 de março de 2020 em quatro instituições de carácter social que prestam serviços de Lar e Centro de Dia.

O preenchimento dos questionários foi realizado num ambiente com privacidade. Antes do preenchimento do mesmo, a investigadora apresentou-se como aluna do 6ºano do Mestrado Integrado em Medicina na Universidade da Beira Interior, trazendo consigo a sua identificação. A cada participante foi fornecida uma breve apresentação do estudo, na qual constava o seu objetivo, as condições de participação e algumas informações importantes. Foi mostrada a disponibilidade para responder a qualquer dúvida que surgisse e pedida a assinatura do consentimento livre, esclarecido e informado (Anexo 2), na impossibilidade deste ser expresso por escrito, considerou-se a forma oral e, nestes casos, a investigadora registava as respostas. Obteve-se o consentimento voluntário de todos os participantes. Os dados recolhidos foram tratados em estrita confidencialidade para proteger a privacidade de cada um dos pacientes.

### 2.3. Instrumentos utilizados

Aplicou-se inicialmente um questionário sociodemográfico e clínico (Anexo 3) com o objetivo de caracterizar a amostra em estudo e garantir que os participantes preenchem os critérios de inclusão. Neste questionário foi perguntado o género, a idade, o grau de escolaridade, o estado civil, a toma diária de medicamentos e a quantidade de medicamentos diferentes. No último ponto do questionário, constava uma lista de 21 condições crónicas utilizada pela equipa de enfermagem de cada instituição para identificar os doentes que cumpriam o critério de sofrer de multimorbilidade (duas ou mais condições presentes nesta questão). Os restantes dados foram recolhidos através da utilização dos instrumentos apresentados de seguida.

A “*Jefferson Scale of Patient Perceptions of Physician Empathy*” (JSPPPE) (18) (Anexo 4) avalia a perceção que os pacientes têm da atitude empática do seu médico. As 5 afirmações que fazem parte deste questionário pretendem caracterizar a atitude médica durante a consulta, desde a compreensão que este demonstra perante as queixas apresentadas e as emoções, sentimentos e preocupações do paciente, o interesse com o seu dia-a-dia e a preocupação não apenas com o paciente, mas também com a sua família. O paciente deve exprimir a sua concordância com as mesmas numa escala de 1 a 7, em que 1 significa “discordo totalmente” e 7 significa “concordo totalmente”. Esta escala foi validada para a população portuguesa em 2015 (19).

O “*Patient Enablement Instrument*” (PEI) (20) (Anexo 5) permite avaliar os resultados de uma consulta em função da capacitação do paciente. Este instrumento é constituído por 6 questões que abordam a capacidade do paciente lidar com a sua vida e as suas doenças, a compreensão que tem destas, a capacidade de manter-se saudável e de se ajudar a si próprio e a confiança em relação à sua saúde. Consoante o resultado das consultas com o seu médico de família, o paciente deve selecionar a resposta entre as 3 disponíveis (“Muito melhor/Muito mais”, “Melhor/Mais”, “Igual ou pior/Igual ou menos”) que melhor se adequa à sua situação. Este instrumento foi validado para Portugal em 2013 (21).

A “Escala de Conhecimento sobre a Doença” (ECsD) (22) (Anexo 6) permite avaliar a satisfação dos pacientes com as informações que têm acerca das suas doenças. Esta escala contém 27 afirmações sobre o conhecimento que o paciente tem acerca das suas doenças, desde o modo de aparecimento e a gravidade das suas doenças, as implicações na vida futura, os comportamentos a adotar para ajudar no tratamento, os exames de diagnóstico a realizar, os tratamentos a fazer e os medicamentos a tomar com os respetivos benefícios, inconvenientes e limitações, assim como a necessidade de dieta especial, os exercícios a realizar em casa e os risco de não seguir as indicações. A última questão pretende saber no

geral o que o paciente diria que sabe sobre a sua doença. Cada paciente tem de classificar cada afirmação em “Não sei nada”, “Sei pouco”, “Sei o necessário” ou “Sei demais”, tendo em conta a qualidade e a quantidade das informações que possui.

## **2.4. Análise de dados**

A análise estatística foi realizada com recurso ao IBM Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 25, com um nível de significância  $\alpha$  definido a 0.05. A análise descritiva das variáveis recolhidas incluiu frequência relativa e absoluta para variáveis nominais e ordinais, e média e desvio-padrão para variáveis quantitativas. A normalidade das distribuições foi analisada através do teste Kolmogorov-Smirnov. Os testes Mann-Whitney e Kruskal-Wallis permitiram procurar diferenças de variáveis quantitativas entre grupos. Para estudar a relação entre a empatia, a capacitação do paciente e a satisfação com o conhecimento obtido sobre as suas doenças foi utilizado o Coeficiente de Correlação de Spearman.

## Capítulo 3

### Resultados

A análise sociodemográfica e clínica da amostra está representada na Tabela 1. A amostra é constituída por 115 doentes com multimorbilidade, dos quais 80,0% (n=92) são do género feminino e 20,0% (n=23) do género masculino. A idade dos doentes varia entre 26 e 104 anos, com uma média de 79,3 anos. Mais de metade é divorciado(a), separado(a) ou viúvo(a) (69,6%; n=80) e tem o ensino básico (69,6%; n=80). Todos tomam medicamentos diariamente, sendo que mais de metade toma 5 ou mais medicamentos diferentes por dia (69,6%=80).

TABELA 1 | Caracterização sociodemográfica e clínica da amostra (n=115)

Características	n (%)
<b>Género</b>	
Masculino	23 (20,0)
Feminino	92 (80,0)
<b>Idade (anos) [Média ± DP]</b>	79,3 ± 12,5
<b>Estado Civil</b>	
Solteiro(a)	11 (9,6)
Casado(a)/União de facto	24 (20,9)
Divorciado(a)/Separado(a)/Viúvo(a)	80 (69,6)
<b>Escolaridade</b>	
Sei ler e escrever	16 (13,9)
Ensino Básico	80 (69,6)
Ensino Secundário	14 (12,2)
Ensino Superior	5 (4,3)
<b>Toma diária de medicamentos</b>	
Sim	115 (100,0)
<b>Quantos medicamentos diferentes toma por dia</b>	
1-2	15 (13,0)
3-4	20 (17,4)
5-6	33 (28,7)
7-8	15 (13,0)
>8	32 (27,8)

Na Tabela 2 está representada a análise descritiva das respostas à escala *Jefferson Scale of Patient Perceptions of Physician Empathy*. Todas as afirmações tiveram como resposta mínima 2 e resposta máxima 7, na escala de 1 a 7, apresentando uma amplitude de respostas de 5. A resposta mais frequentemente dada em todas as afirmações foi 6, sendo que 1 significa “discordo totalmente” e 7 significa “concordo totalmente”. As afirmações “Consegue compreender as coisas na minha perspectiva (ver as coisas como eu vejo)” e “É um médico que me compreende” foram as que obtiveram maior concordância por parte dos pacientes, com uma média de  $5,6 \pm 1$  e  $5,5 \pm 1,1$  respetivamente. As restantes afirmações apresentaram aproximadamente o mesmo nível de concordância, com uma média de 5,4. A pontuação total média das respostas dadas nesta escala foi de  $27,4 \pm 5,4$ .

TABELA 2 | Análise descritiva das respostas à escala *JSPPPE*

	Mínimo*	Resposta mais frequente	Máximo*	Média ± DP
	(%)	(%)	(%)	
1-Consegue compreender as coisas na minha perspectiva (ver as coisas como eu vejo)	2 (1,7)	6 (73,0)	7 (4,3)	$5,6 \pm 1$
2-Pergunta acerca do que está a acontecer na minha vida diária	2 (4,3)	6 (69,6)	7 (2,6)	$5,4 \pm 1,2$
3-Parece preocupado acerca de mim e da minha família	2 (3,5)	6 (67,8)	7 (2,6)	$5,4 \pm 1,1$
4-Compreende as minhas emoções, sentimentos e preocupações	2 (4,3)	6 (66,1)	7 (5,2)	$5,4 \pm 1,2$
5-É um médico que me compreende	2 (2,6)	6 (72,2)	7 (5,2)	$5,5 \pm 1,1$
<b>Total</b>				$27,4 \pm 5,4$

\*Considerando as respostas dadas na escala de 1 a 7

Na Tabela 3 está representada a análise descritiva das respostas à escala *Patient Enablement Instrument*. Para facilitar o tratamento dos dados, foram atribuídas as seguintes pontuações a cada uma das respostas: “Igual ou pior / Igual ou menos”=1, “Melhor / Mais”=2 e “Muito melhor / Muito mais”=3. A resposta mais frequentemente dada em todas as 6 questões foi “Melhor / Mais”, por outro lado inequivocamente a resposta menos dada foi “Muito melhor/ Muito mais”. A questão “Confiante em relação à sua saúde” foi a que obteve a pontuação média mais alta ( $1,72 \pm 0,61$ ), enquanto as questões “Capaz de lidar com a vida”, “Capaz de lidar com a sua doença” e “Capaz de manter-se

saudável” foram as que obtiveram a pontuação média mais baixa ( $1,69 \pm 0,55$ ;  $1,69 \pm 0,6$  e  $1,69 \pm 0,57$ , respetivamente). As respostas dadas perfazem um total médio de  $10,2 \pm 3,4$ .

TABELA 3 | Análise descritiva das respostas à escala *PEI*

	<b>Muito melhor</b>	<b>Melhor</b>	<b>Igual ou pior</b>	<b>Média ± DP</b>
	<b>n (%)</b>	<b>n (%)</b>	<b>n (%)</b>	
Capaz de lidar com a vida	5 (4,3)	69 (60,0)	41 (35,7)	$1,69 \pm 0,55$
Capaz de compreender a sua doença	9 (7,8)	63 (54,8)	43 (37,4)	$1,7 \pm 0,61$
Capaz de lidar com a sua doença	8 (7,0)	63 (54,8)	44 (38,3)	$1,69 \pm 0,6$
Capaz de manter-se saudável	6 (5,2)	67 (58,3)	42 (36,5)	$1,69 \pm 0,57$
	<b>Muito mais</b>	<b>Mais</b>	<b>Igual ou menos</b>	
	<b>n (%)</b>	<b>n (%)</b>	<b>n (%)</b>	
Confiante em relação à sua saúde	10 (8,7)	63 (54,8)	42 (36,5)	$1,72 \pm 0,61$
Capaz de se ajudar a si próprio	9 (7,8)	62 (53,9)	44 (38,3)	$1,7 \pm 0,61$
<b>Total</b>				$10,2 \pm 3,4$

Na Tabela 4 está representada a análise descritiva das respostas à Escala de Conhecimento sobre a Doença. À semelhança da análise feita para a escala *PEI*, foram atribuídas as seguintes pontuações às respostas dadas: “Não sei nada”=0, “Sei pouco”=1, “Sei o necessário”=2 e “Sei demais”=3. A resposta mais frequente entre os participantes foi “Sei o necessário”, com exceção das questões 7, 11, 13, 14, 25, 26 e 27 em que a resposta mais frequente foi “Sei pouco”. Apenas um dos participantes respondeu “Sei demais” à questão “25-Os inconvenientes e efeitos secundários dos medicamentos”. Com uma média de 1,9, as questões 6, 8, 9, 17, 18, 20, 22, 23 e 28 foram as que apresentaram a média de resposta mais alta. As questões “7-Os riscos e inconvenientes de realizar os exames” ( $1,1 \pm 0,5$ ), “11-Os riscos e inconvenientes de cada tratamento” ( $1,1 \pm 0,5$ ) e “25-Os inconvenientes e efeitos secundários dos medicamentos” ( $1,1 \pm 0,4$ ) foram as que apresentaram a média de respostas mais baixa. A pontuação total média das respostas dadas foi de  $46,0 \pm 8,0$ .

TABELA 4 | Análise descritiva das respostas à ECsD

	<b>Não sei nada n (%)</b>	<b>Sei pouco n (%)</b>	<b>Sei o necessário n (%)</b>	<b>Sei demais n (%)</b>	<b>Média ± DP</b>
1-Como apareceu a doença	0 (0)	24 (20,9)	91 (79,1)	0 (0)	1,8 ± 0,4
2-A gravidade da doença	1 (0,9)	22 (19,1)	92 (80,0)	0 (0)	1,8 ± 0,4
3-As implicações da doença na vida futura	9 (7,8)	22 (19,1)	84 (73,0)	0 (0)	1,7 ± 0,6
4-Os comportamentos a adotar para ajudar no tratamento	0 (0)	24 (20,9)	91 (79,1)	0 (0)	1,8 ± 0,4
5-A necessidade de realizar exames diagnósticos	0 (0)	18 (15,7)	97 (84,3)	0 (0)	1,8 ± 0,4
6-A forma como iria ser realizado cada um dos exames	0 (0)	16 (13,9)	99 (86,1)	0 (0)	1,9 ± 0,3
7-Os riscos e inconvenientes de realizar os exames	9 (7,8)	84 (73,0)	22 (19,1)	0 (0)	1,1 ± 0,5
8-Os resultados dos exames que realizou	0 (0)	10 (8,7)	105 (91,3)	0 (0)	1,9 ± 0,3
9-A necessidade de realizar tratamento ou tratamentos	0 (0)	16 (13,9)	99 (86,1)	0 (0)	1,9 ± 0,3
10-As vantagens de realizar tratamento ou tratamentos	0 (0)	18 (15,7)	97 (84,3)	0 (0)	1,8 ± 0,4
11-Os riscos e inconvenientes de cada tratamento	10 (8,7)	89 (77,4)	16 (13,9)	0 (0)	1,1 ± 0,5
12-A forma como iria ser realizado cada tratamento	1 (0,9)	21 (18,3)	93 (80,9)	0 (0)	1,8 ± 0,4
13-A existência de tratamentos alternativos	12 (10,4)	71 (61,7)	32 (27,8)	0 (0)	1,2 ± 0,6
14-As possíveis complicações de cada tratamento	4 (3,5)	76 (66,1)	35 (30,4)	0 (0)	1,3 ± 0,5
15-A eficácia de cada tratamento	4 (3,5)	39 (33,9)	72 (62,6)	0 (0)	1,6 ± 0,6
16-As possíveis limitações físicas após um tratamento	1 (0,9)	51 (44,3)	63 (54,8)	0 (0)	1,5 ± 0,5
17-Como tratar ou controlar sintomas	0 (0)	15 (13,0)	100 (87,0)	0 (0)	1,9 ± 0,3
18-A necessidade ou não de dieta especial	0 (0)	13 (11,3)	102 (88,7)	0 (0)	1,9 ± 0,3

19-Como superar as dificuldades/limitações físicas	0 (0)	24 (20,9)	91 (79,1)	0 (0)	1,8 ± 0,4
20-Exercícios a realizar em casa	0 (0)	15 (13,0)	100 (87,0)	0 (0)	1,9 ± 0,3
21-O regresso à atividade normal/trabalho	0 (0)	22 (19,1)	93 (80,9)	0 (0)	1,8 ± 0,4
22-Medicação que deve tomar	0 (0)	7 (6,1)	108 (93,9)	0 (0)	1,9 ± 0,2
23-Como tomar os vários medicamentos	0 (0)	8 (7,0)	107 (93,0)	0 (0)	1,9 ± 0,3
24-Os efeitos benéficos dos medicamentos	0 (0)	36 (31,3)	79 (68,7)	0 (0)	1,7 ± 0,5
25-Os inconvenientes e efeitos secundários dos medicamentos	4 (3,5)	96 (83,5)	14 (12,2)	1 (0,9)	1,1 ± 0,4
26-Os riscos de não seguir as indicações	0 (0)	97 (84,3)	18 (15,7)	0 (0)	1,2 ± 0,4
27-A necessidade ou não de realizar mais exames e tratamentos no futuro	1 (0,9)	89 (77,4)	25 (21,7)	0 (0)	1,2 ± 0,4
28-No geral, diria que, sobre a doença:	0 (0)	17 (14,8)	98 (85,2)	0 (0)	1,9 ± 0,4
<b>Total</b>					46,0 ± 8,0

Na Tabela 5 está representada a análise comparativa dos scores médios totais das escalas *Jefferson Scale of Patient Perception of Physician Empathy*, *Patient Enablement Instrument* e Escala de Conhecimento sobre a Doença entre as variáveis sociodemográficas. Para todas as escalas podemos observar uma tendência para um maior grau de empatia percebido, maior capacitação do doente e satisfação com as informações obtidas sobre a sua doença através do médico, quando o nível de escolaridade é mais elevado. No entanto, apenas a pontuação média total do *PEI* ( $p=0.003$ ) e *ECsD* ( $p=0.002$ ) diferiram significativamente entre os níveis de escolaridade. Para as variáveis “Género” e “Estado Civil” não se identificaram diferenças significativas relativamente às escalas avaliadas.

TABELA 5 | Análise comparativa dos scores médios totais *JSPPPE*, *PEI* e *ECsD* entre as variáveis sociodemográficas

Variáveis	<i>JSPPPE</i>		<i>PEI</i>		<i>ECsD</i>	
	Média ± DP	Valor p	Média ± DP	Valor p	Média ± DP	Valor p
<b>Género</b>						
Masculino	26,7 ± 6,3	0.696	10,0 ± 3,4	0.957	42,7 ± 10,5	0.073
Feminino	27,5 ± 5,1		10,2 ± 3,4		46,8 ± 7,1	
<b>Estado Civil</b>						
Solteiro(a)	27,6 ± 5,5	0.944	9,3 ± 3,9	0.664	45,1 ± 10,2	0.649
Casado(a)/União de facto	27,3 ± 5,3		10,5 ± 3,2		47,0 ± 8,4	
Divorciado(a)/Separado(a)/ Viúvo(a)	27,3 ± 5,4		10,2 ± 3,4		45,8 ± 7,6	
<b>Escolaridade</b>						
Sei ler e escrever	26,4 ± 6,5	0.090	<b>10,9 ± 3,8</b>	<b>0.003*</b>	<b>45,6 ± 6,5</b>	<b>0.002*</b>
Ensino Básico	27,0 ± 5,4		<b>9,6 ± 3,2</b>		<b>44,9 ± 8,5</b>	
Ensino Secundário	29,6 ± 3,3		<b>10,9 ± 3,0</b>		<b>49,8 ± 4,6</b>	
Ensino Superior	30,8 ± 1,8		<b>15,2 ± 2,3</b>		<b>54,8 ± 3,3</b>	

\*p&lt;0.05

Nas Tabelas 6 e 7 está representada a análise descritiva das respostas médias à escala *Patient Enablement Instrument* e à Escala de Conhecimento sobre a Doença de acordo com o grau de escolaridade. A média de respostas mais baixa foi registada maioritariamente por pacientes com o Ensino Básico, excetuando-se as questões 7, 8, 12, 14, 15, 19, 25, 26 e 27 da *ECsD* em que a média mais baixa foi registada para pacientes que apenas sabiam ler e escrever. Inequivocamente, os pacientes com o Ensino Superior apresentaram a média de respostas mais alta para todas as questões. Nas afirmações “Capaz de lidar com a vida” e “Capaz de se ajudar a si próprio” da escala *PEI* e “1-Como apareceu a doença”, “3-As implicações da doença na sua vida futura”, “5-A necessidade de realizar exames diagnósticos”, “17-Como tratar ou controlar sintomas” e “21-O regresso à atividade normal/trabalho” da *ECsD* é de realçar que a média das respostas para o Ensino Secundário é inferior à média de resposta para quem apenas sabia ler e escrever. De acordo com os resultados apresentados Tabela 5, podemos aqui comprovar que à medida que o grau de escolaridade aumenta, no geral também aumenta a capacitação do doente e a sua satisfação com o conhecimento obtido sobre as suas doenças.

TABELA 6 | Análise descritiva da média de respostas à escala *PEI* segundo o grau de escolaridade

<i>PEI</i>	Escolaridade			
	Sei ler e escrever	Ensino Básico	Ensino Secundário	Ensino Superior
Capaz de lidar com a vida	1,81	1,63	1,71	2,2
Capaz de compreender a sua doença	1,88	1,58	1,93	2,6
Capaz de lidar com a sua doença	1,75	1,6	1,79	2,6
Capaz de manter-se saudável	1,75	1,63	1,79	2,2
Confiante em relação à sua saúde	1,81	1,6	1,93	2,8
Capaz de se ajudar a si próprio	1,88	1,58	1,79	2,8

TABELA 7 | Análise descritiva da média de respostas à ECsD segundo o grau de escolaridade

ECsD	Escolaridade			
	Sei ler e escrever	Ensino Básico	Ensino Secundário	Ensino Superior
1-Como apareceu a doença	1,88	1,75	1,86	2
2-A gravidade da doença	1,88	1,74	1,93	2
3-As implicações da doença na vida futura	1,81	1,58	1,79	2
4-Os comportamentos a adotar para ajudar no tratamento	1,81	1,76	1,86	2
5-A necessidade de realizar exames diagnósticos	1,88	1,83	1,86	2
6-A forma como iria ser realizado cada um dos exames	1,88	1,83	2	2
7-Os riscos e inconvenientes de realizar os exames	1	1,02	1,5	1,8
8-Os resultados dos exames que realizou	1,88	1,9	2	2

9-A necessidade de realizar tratamento ou tratamentos	1,88	1,84	1,93	2
10-As vantagens de realizar tratamento ou tratamentos	1,81	1,81	2	2
11-Os riscos e inconvenientes de cada tratamento	1	0,98	1,29	1,8
12-A forma como iria ser realizado cada tratamento	1,75	1,79	1,86	2
13-A existência de tratamentos alternativos	1,19	1,08	1,5	1,8
14-As possíveis complicações de cada tratamento	1,13	1,23	1,5	1,8
15-A eficácia de cada tratamento	1,5	1,54	1,86	2
16-As possíveis limitações físicas após um tratamento	1,56	1,48	1,71	2
17-Como tratar ou controlar sintomas	1,88	1,85	1,71	2
18-A necessidade ou não de dieta especial	1,88	1,86	2	2
19-Como superar as dificuldades/limitações físicas	1,75	1,78	1,86	2
20-Exercícios a realizar em casa	1,88	1,84	2	2
21-O regresso à atividade normal/trabalho	1,81	1,78	1,71	2
22-Medicação que deve tomar	1,94	1,93	2	2
23-Como tomar os vários medicamentos	1,94	1,91	2	2
24-Os efeitos benéficos dos medicamentos	1,75	1,63	1,86	2
25-Os inconvenientes e efeitos secundários dos medicamentos	1	1,05	1,21	2
26-Os riscos de não seguir as indicações	1	1,13	1,29	1,8
27-A necessidade ou não de realizar mais exames e tratamentos no futuro	1,06	1,19	1,29	1,8
28-No geral, diria que, sobre a doença:	1,88	1,81	2	2

Na Tabela 8 estão representadas as correlações entre a escala *Jefferson Scale of Patient Perceptions of Physician Empathy*, o *Patient Enablement Instrument*, a Escala de Conhecimento sobre a Doença, a Idade e o Número de medicamentos diferentes por dia. A empatia percebida, a capacitação do doente e a satisfação com o conhecimento obtido sobre as suas doenças estiveram positiva e significativamente correlacionadas entre si ( $p < 0.001$ ). A “Idade” apresenta uma correlação negativa e significativa apenas com o grau de satisfação com o conhecimento obtido sobre as suas doenças ( $\rho = -0.264$ ;  $p = 0.004$ ), enquanto o “Número de medicamentos diferentes por dia” apenas se correlacionou negativa e significativamente com o grau de empatia percebido ( $\rho = -0.235$ ;  $p = 0.012$ ). Tanto a “Idade” como o “Número de medicamentos diferentes por dia” não se correlacionaram significativamente com a capacitação do doente.

TABELA 8 | Correlações ( $\rho$ ) entre as escalas *JSPPPE*, *PEI*, *ECsD* e variáveis sociodemográficas e clínicas.

Variáveis	<i>JSPPPE</i>		<i>PEI</i>		<i>ECsD</i>	
	$\rho$	Valor p	$\rho$	Valor p	$\rho$	Valor p
<i>PEI</i>	<b>0.511</b>	<b>p&lt;0.001</b>	-	-	-	-
<i>ECsD</i>	<b>0.366</b>	<b>p&lt;0.001</b>	<b>0.469</b>	<b>p&lt;0.001</b>	-	-
Idade	-0.0121	0.197	-0.036	0.705	<b>-0.264</b>	<b>0.004*</b>
Número de medicamentos diferentes por dia	<b>-0.235</b>	<b>0.012*</b>	-0.133	0.157	-0.167	0.075

\* $p < 0.05$

## Capítulo 4

### Discussão

Os doentes com multimorbilidade são responsáveis por grande parte do uso dos cuidados de saúde em Portugal (23). Destacam-se neste panorama as consultas de Medicina Geral e Familiar, nas quais já foi referido que mais de 70% dos doentes tem multimorbilidade. Esta prevalência está maioritariamente associada ao género masculino, à idade avançada, à viuvez e ao menor nível de escolaridade (3). A amostra considerada neste estudo enquadra-se neste perfil sociodemográfico em todos os parâmetros, com exceção do género. Sendo constituída maioritariamente por indivíduos idosos (média de 79,3 anos) do género feminino, com um baixo nível de escolaridade (Sei ler e escrever/Ensino Básico) e divorciados/separados/viúvos.

Com o objetivo de descrever a relação médico-paciente em doentes com multimorbilidade no contexto de Medicina Geral e Familiar, avaliámos a empatia médica percecionada pelo paciente através da escala “*Jefferson Scale of Patient Perceptions of Physician Empathy*”. A afirmação “Consegue compreender as coisas na minha perspetiva (ver as coisas como eu as vejo)” foi a que apresentou a maior média de concordância, enquanto as afirmações “Pergunta acerca do que está a acontecer na minha vida diária”, “Parece preocupado acerca de mim e da minha família” e “Compreende as minhas emoções, sentimentos e preocupações” foram as que apresentaram uma menor média de concordância. No entanto, é de realçar que ninguém selecionou a resposta 1 e que a média de todas as respostas para cada uma das afirmações foi sempre superior a 5, numa escala em que 1 significa “discordo totalmente” e 7 significa “concordo totalmente”. Estes resultados estão de acordo com estudos recentes (24) e mostram que a maioria dos pacientes sente compreensão, apoio e interesse por parte do médico de família, podendo descrever a sua atitude como empática. É importante para os doentes com multimorbilidade terem alguém que os apoie, os escute, os conforte, se preocupe com eles e os faça sentir seguros. Geralmente parte dessa responsabilidade recai sobre o médico de família que os acompanha e exige principalmente uma atitude empática da sua parte. Esta desempenha um papel fundamental na criação de um ambiente de escuta e abertura que facilita a sinceridade dos doentes e leva à discussão dos assuntos que realmente os preocupam. A relação de confiança que se estabelece com base na empatia permite ulteriormente elaborar um plano terapêutico personalizado e dirigido às preocupações demonstradas, garantindo uma maior adesão (25).

Utilizámos a escala “*Patient Enablement Instrument*” para avaliar os benefícios que os pacientes retiraram das consultas com o seu médico de família. Podemos ver que a maioria dos pacientes apresentava um maior grau de capacitação após as suas consultas, uma vez que as respostas “Melhor” ou “Mais” foram as mais assinaladas em todas as questões. O maior benefício registado foi ao nível da confiança relativamente à própria saúde, enquanto a capacidade para lidar com a vida e as suas doenças e a capacidade de se manter saudável foram os domínios com menor benefício. As hipóteses “Muito melhor” e “Muito mais” foram as que inequivocamente obtiveram menor taxa de respostas em todas as questões, o que pode ser parcialmente explicado por estarmos perante uma população maioritariamente idosa com multimorbilidade. Como já observado em outros estudos, esta população por si só está sujeita a um quadro de condições crónicas que exige uma abordagem complexa (14), o que pode influenciar as suas respostas.

A satisfação com o conhecimento obtido sobre as suas doenças através do médico foi avaliada utilizando a “Escala de Conhecimento sobre a Doença”. Podemos ver que as questões que mostraram um menor grau de satisfação se prendem com os riscos, inconvenientes e efeitos secundários de realizar os exames de diagnóstico, de cada tratamento e dos medicamentos que deve tomar. O maior grau de satisfação com o conhecimento obtido foi demonstrado nas questões acerca da forma como iria ser realizado cada exame de diagnóstico e os resultados, a necessidade de realizar tratamento, como tratar ou controlar os sintomas, a necessidade ou não de dieta especial, a medicação que deve tomar e como deve tomar. Tendo em conta a qualidade e a quantidade de informações que possuem, a maioria dos pacientes considera que sabe o necessário sobre as suas doenças.

Através da comparação das pontuações médias de cada escala com as variáveis sociodemográficas estudadas na amostra, observámos que o grau de escolaridade se relacionava com a escala *PEI* e a escala *ECsD* de forma estatisticamente significativa. As médias de resposta segundo os diferentes graus de escolaridade foram consecutivamente mais altas para o Ensino Secundário e Superior comparadas com as médias para quem apenas sabia ler e escrever ou tinha o Ensino Básico. Estes dados demonstram que o aumento do grau de escolaridade é acompanhado por um aumento na capacitação do doente e na satisfação com o conhecimento obtido sobre a doença através do seu médico de família. Indo de encontro a estes achados, estudos recentes comprovam que zonas com nível socioeconómico mais baixo registam valores mais baixos de capacitação e satisfação (26). Apesar de não ter sido possível obter uma relação significativa estatisticamente, podemos observar a mesma tendência entre o grau de escolaridade e a escala *JSPPPE*.

A empatia médica percebida pelo paciente, a sua capacitação e satisfação com o conhecimento obtido mostraram estar positiva e significativamente correlacionadas entre si. À semelhança de outros estudos, um alto nível de empatia percebida pelo doente é um dos componentes chave para adquirir uma boa capacitação (14,27) e está associado a maiores taxas de satisfação por parte dos doentes (28). Assim como uma maior satisfação com as informações que possuem acerca das suas doenças, tratamentos e riscos associados está relacionada com uma maior capacitação do paciente (9,17). Estas correlações assumem uma grande importância na prática clínica, pois permitem que a melhoria individual de cada um destes fatores se repercuta nos restantes e na relação médico-paciente globalmente. Tendo em conta que cada relação médico-paciente é única, o clínico pode melhorar a sua abordagem elegendo o aspeto que mais necessita de aperfeiçoamento e mesmo assim reforçar a sua relação de forma significativa.

Podemos observar também uma correlação negativa significativa entre a idade dos pacientes e a satisfação com as informações que possuem e entre o número de medicamentos diferentes que tomam por dia e a empatia médica percebida. O facto da satisfação com as informações que possuem diminuir com o aumento da idade pode ser explicado por estarmos perante uma população maioritariamente com um baixo grau de escolaridade e pelo aumento da complexidade de informações que são necessárias transmitir com o agravamento do estado clínico e o aumento da multimorbilidade. Em Portugal foi realizado um estudo sobre o conhecimento e a consciencialização dos médicos de família acerca da multimorbilidade em Portugal (29), no qual foi referido por estes profissionais uma falta de compromisso dos pacientes para com o seu próprio tratamento. Algumas das razões apresentadas para o justificar foram a baixa literacia em saúde, a incompreensão da informação relacionada com as suas doenças que lhes é transmitida pelo médico e a falta de mentalização das implicações da multimorbilidade para o seu futuro. Estes achados são assim concordantes com os resultados que obtivemos. Por outro lado, o aumento do número de medicamentos diferentes por dia ser acompanhado pela diminuição na percepção da empatia médica pode estar associado à correlação positiva que existe entre multimorbilidade e polimedicação (5). A polimedicação na multimorbilidade é vista pelos médicos de família como um desafio da prática clínica. A elaboração de um plano terapêutico para estes doentes deve conjugar as diferentes orientações de cada condição coexistente e ter em conta as prioridades de tratamento do doente. A solução encontrada passa pelo uso de múltiplos fármacos, condicionando um risco aumentado de iatrogenia e uma menor adesão ao plano apresentado (29). Uma vez que mais de metade da nossa amostra toma 5 ou mais medicamentos diferentes por dia podemos classificá-la

como polimedicada, isto por sua vez pode influenciar a visão que o paciente tem da atitude do seu médico de família, vendo-o mais como “prescritor”.

Considerando que a maioria da amostra descreve a atitude do seu médico de família como empática, apresenta um maior grau de capacitação após as consultas e se encontra satisfeita com a informação obtida sobre as suas doenças, podemos dizer que existe uma boa comunicação e relação entre o médico de família e os doentes com multimorbilidade. De acordo com estudos atuais, a relação médico-paciente é um dos pilares da Medicina Centrada no Doente (30), uma das melhores práticas para a abordagem de doentes com multimorbilidade, uma vez que concentra os cuidados em todas as dimensões do doente e não em cada condição individualmente (2). Está também estabelecida a importância da comunicação nesta relação para ultrapassar os vários desafios que a multimorbilidade acarreta (8), aumentar a adesão terapêutica e ajudar a alcançar melhores resultados clínicos (9).

#### **4.1. Limitações do estudo e perspetivas de novos estudos**

O tamanho da amostra não é representativo da população que se está a estudar (doentes com multimorbilidade que frequentam consultas de Medicina Geral e Familiar), influenciando assim a dimensão das conclusões retiradas.

Apesar dos questionários terem sido recolhidos em quatro instituições diferentes, todas elas se inseriam na mesma zona geográfica. Considerando que a distribuição dos médicos de família é feita de forma regional, existe uma grande probabilidade de a amostra indiretamente se referir a um pequeno número de profissionais e levar a um viés dos resultados obtidos.

Para aprofundar esta temática, seria importante realizar um estudo que comparasse a relação médico-paciente entre doentes com multimorbilidade que frequentem consultas de Medicina Geral e Familiar e consultas hospitalares. Desta forma, com as diferenças encontradas poder-se-iam adotar medidas para fortalecer esta relação nos dois ambientes clínicos e providenciar os melhores cuidados de saúde para estes pacientes, reduzindo as barreiras que muitas vezes são percecionadas entre os cuidados de saúde primários e secundários (29).

Estudos noutros países (31) mostram que o *burnout* nos médicos de família está associado ao acompanhamento de uma população com maior índice de multimorbilidade. Seria relevante desenvolver este tipo de investigação em Portugal para perceber o impacto

que a multimorbilidade acarreta para a prática clínica do médico de família, uma vez que a sua prevalência é muito elevada.

## Capítulo 5

### Conclusão

A relação médico-paciente é um dos elementos base de toda a prática clínica, assumindo uma particular importância no doente com multimorbilidade. Devido à complexidade do seu quadro clínico, a sua abordagem deve ser centrada no doente, focando o conjunto de todas as condições e não cada uma individualmente. Assim, a responsabilidade de acompanhar estes doentes recai maioritariamente sobre o médico de família.

Com este estudo concluímos que os doentes com multimorbilidade consideram ter uma boa relação com o seu médico de família, apresentando uma elevada perceção da empatia médica, um maior grau de capacitação após as consultas e um maior nível de satisfação com a informação obtida sobre as suas doenças. À semelhança de outros estudos, também concluímos que uma boa perceção da empatia médica está associada a uma melhor capacitação do paciente e a uma maior satisfação. Tal como uma maior satisfação com a informação obtida está associada a um maior nível da capacitação.

Para além de estar ligada a uma maior adesão terapêutica e a uma melhoria dos resultados clínicos, uma boa relação médico-paciente também traz outros benefícios para o médico. A satisfação que os pacientes demonstram com os cuidados de saúde é transmitida ao médico através da comunicação efetiva que se estabelece na consulta, levando à sua satisfação com os cuidados prestados. Este reconhecimento é importante não só porque valoriza todo o esforço e trabalho do médico, como também serve de guia para a prática clínica futura.

A melhoria da relação médico-paciente é um ponto essencial na gestão da multimorbilidade. A identificação dos pontos fortes e fracos desta relação, através de estudos semelhantes a este, permite elaborar medidas para a fortalecer. Desta forma, é possível prestar os melhores cuidados de saúde a estes doentes.

## Bibliografia

1. Uijen A, van de Lisdonk E. Multimorbidity in primary care: Prevalence and trend over the last 20 years. *Eur J Gen Pract.* 2008;14(SUPPL. 1):28–32.
2. Boyd CM, Fortin M. Future of multimorbidity research: How should understanding of multimorbidity inform health system design? *Public Health Rev.* 2010;32(2):451–74.
3. 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).
4. Quinaz Romana G, Kislaya I, Salvador MR, Cunha Gonçalves S, Nunes B, Dias C. Multimorbidity in Portugal: Results from the first national health examination survey. *Acta Med Port.* 2019;32(1):30–7.
5. Feng X, Tan X, Riley B, Zheng T, Bias T, Sambamoorthi U. Polypharmacy and Multimorbidity among Medicaid Enrollees: A Multistate Analysis. *Popul Health Manag.* 2018;21(2):123–9.
6. Caprara A, Rodrigues J. A relação assimétrica médico-paciente: repensando o vínculo terapêutico. *Ciênc saúde coletiva.* 2004;9(1):139–46.
7. Haskard Zolnierok KB, Dimatteo MR. Physician communication and patient adherence to treatment: A meta-analysis. *Med Care.* 2009;47(8):826–34.
8. Garg R, Shen C, Sambamoorthi N, Kelly K, Sambamoorthi U. Type of Multimorbidity and Patient-Doctor Communication and Trust among Elderly Medicare Beneficiaries. *Int J Family Med.* 2016;2016:1–13.
9. Tolvanen E, Koskela TH, Helminen M, Kosunen E. Patient enablement after a single appointment with a GP: Analysis of finnish QUALICOPC data. *J Prim Care Community Heal.* 2017;8(4):213–20.
10. Mercer SW, Reynolds WJ. Empathy and quality of care. *Br J Gen Pract.* 2002;52(SUPPL.):9–13.
11. Coulehan JL, Platt FW, Egener B et al. «Let me see if i have this right...»: Words that build empathy. *Ann Intern Med.* 2001;135 (3):221–7.
12. Glaser KM, Markham FW, Adler HM, McManus RP, Hojat M. Relationships between scores on the Jefferson Scale of physician empathy, patient perceptions of physician empathy, and humanistic approaches to patient care: A validity study. *Med Sci Monit.* 2007;13(7):291–4.
13. Larson EB, Yao X. Clinical empathy as emotional labor in the patient-physician

- relationship. *J Am Med Assoc.* 2005;293(9):1100–6.
14. Mercer SW, Jani BD, Maxwell M, Wong SYS, Watt GCM. Patient enablement requires physician empathy: A cross-sectional study of general practice consultations in areas of high and low socioeconomic deprivation in Scotland. *BMC Fam Pract.* 2012;13(6):1–9.
  15. Martins JCA. Patients' satisfaction with information on disease and morbidity. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2009;17(3):335–40.
  16. Mendoza MD, Smith SG, Eder MM, Hickner J. The seventh element of quality: The doctor-patient relationship. *Fam Med.* 2011;43(2):83–9.
  17. Ernstmann N, Wirtz M, Nitzsche A, Gross SE, Ansmann L, Gloede TD, et al. Patients' Trust in Physician, Patient Enablement, and Health-Related Quality of Life During Colon Cancer Treatment. *J Cancer Educ.* 2017;32(3):571–9.
  18. Kane GC, Gotto JL, Mangione S, West S, Hojat M. Jefferson scale of patient's perceptions of physician empathy: Preliminary psychometric data. *Croat Med J.* 2007;48(1):81–6.
  19. Domingues, AC. Santiago, LM. Saraiva CB. A empatia na consulta e a capacitação dos consulentes [Dissertação de mestrado integrado em Medicina]. Univ Coimbra. 2015;
  20. Howie JGR, Heaney DJ, Maxwell M, Walker JJ, Freeman GK, Rai H. Quality at general practice consultations: Cross sectional survey. *Br Med J.* 1999;319(7212):738–43.
  21. Pintalhão I, Botas P, Pereira C, Santiago LM. Desenvolvimento de Tradução para Português do Patient Enablement Instrument. *Rev ADSO.* 2013;1(2):18–22.
  22. Martins JCA. Conhecimentos sobre a doença: criação e validação preliminar de uma escala de avaliação da satisfação dos doentes com a informação que detêm sobre a doença. *Pensar Enferm.* 2007;11(2):2–11.
  23. Quinaz Romana G, Kislaya I, Cunha Gonçalves S, Salvador MR, Nunes B, Matias Dias C. Healthcare use in patients with multimorbidity. *Eur J Public Health.* 2020;30(1):16–22.
  24. Hermans L, Hartman TO, Dielissen PW. Differences between GP perception of delivered empathy and patient-perceived empathy: A cross-sectional study in primary care. *Br J Gen Pract.* 2018;68(674):e621–6.
  25. Kuluski K, Peckham A, Gill A, Gagnon D, Wong-Cornall CW, McKillop A, et al. What is Important to Older People with Multimorbidity and Their Caregivers?

- Identifying Attributes of Person Centered Care from the User Perspective. *Int J Integr Care*. 2019;19(3):1–15.
26. Mercer SW, Watt GCM. The inverse care law: Clinical primary care encounters in deprived and affluent areas of Scotland. *Ann Fam Med*. 2007;5(6):503–10.
  27. Bikker AP, Mercer SW, Reilly D. A pilot prospective study on the consultation and relational empathy, patient enablement, and health changes over 12 months in patients going to the Glasgow Homoeopathic Hospital. *J Altern Complement Med*. 2005;11(4):591–600.
  28. Pollak KI, Alexander SC, Tulsy JA, Lyna P, Coffman CJ, Dolor RJ, et al. Physician empathy and listening: Associations with patient satisfaction and autonomy. *J Am Board Fam Med*. 2011;24(6):665–72.
  29. Prazeres F, Santiago L. The knowledge, awareness, and practices of portuguese general practitioners regarding multimorbidity and its management: Qualitative perspectives from open-ended. *Int J Environ Res Public Health*. 2016;13(11).
  30. Thomas H, Best M, Mitchell G. Whole-person care in general practice: The doctor-patient relationship. *Aust J Gen Pract*. 2020;49(3):139–44.
  31. Pedersen AF, Nørøxe KB, Vedsted P. Influence of patient multimorbidity on GP burnout: a survey and register-based study in Danish general practice. *Br J Gen Pract*. 2020;70(691):e95–101.

## **Anexos**

## Anexo 1 – Parecer da Comissão de Ética da UBI



comissaodeetica@ubi.pt  
Convento de Santo António  
6201-001 Covilhã | Portugal

### **Parecer relativo ao processo n.º CE-UBI-Pj-2019-061-ID1614**

Na sua reunião de 21 de janeiro de 2020 a Comissão de Ética apreciou a documentação científica submetida referente ao pedido de parecer do projeto “**Relação médico-paciente em doentes com multimorbilidade**”, da proponente **Beatriz de Almeida e Rodrigues**, a que atribuiu o código n.º CE-UBI-Pj-2019-061.

Na sua análise não identificou matéria que ofenda os princípios éticos e morais sendo de parecer que o estudo em causa pode ser aprovado.

Covilhã e UBI, 22 de janeiro de 2020

O Presidente da Comissão de Ética

Professor Doutor José António Martinez Souto de Oliveira  
Professor Catedrático

## **Anexo 2 – Consentimento Livre, Esclarecido e Informado**

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

Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que algo está incorreto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira assinar este documento.

Este estudo de título “Relação médico-paciente em doentes com multimorbilidade” está a ser realizado no âmbito de uma Tese de Mestrado por mim, Beatriz Rodrigues, estudante do 6º ano do Mestrado Integrado de Medicina na Faculdade de Ciências da Saúde – Universidade da Beira Interior, Covilhã, sob a orientação do Professor Doutor José Augusto Rodrigues Simões e coorientação do Professor Doutor Filipe Prazeres.

Com o presente estudo pretendemos descrever a relação médico-paciente em doentes com multimorbilidade (2 ou mais condições crónicas) que frequentam consultas de Medicina Geral e Familiar, avaliando a empatia, capacitação e satisfação com o conhecimento obtido sobre as suas doenças, com o objetivo de melhorar os cuidados de saúde.

Este estudo não tem qualquer fonte de financiamento e não acarreta qualquer tipo de custos, deslocações ou contrapartidas para os participantes. A participação é de carácter voluntário e pode ser interrompida a qualquer momento.

A investigação garante o anonimato de todos os participantes envolvidos no estudo assim como a confidencialidade e uso exclusivo dos dados recolhidos.

Cada participante terá de responder a 4 breves inquéritos com um tempo de resposta estimado de 15 minutos.

Agradeço desde já a sua colaboração.

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela autora do estudo. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pela investigadora.

Assinatura: \_\_\_\_\_

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

Autora: Beatriz de Almeida e Rodrigues, estudante do 6º ano de Mestrado Integrado em Medicina, Faculdade de Ciências da Saúde - Universidade da Beira Interior

Contacto: 913706393

E-mail: a34144@fcsaude.ubi.pt

## **Anexo 3 – Questionário Sociodemográfico e Clínico**

### **Questionário Sociodemográfico e Clínico**

**1.Género:**

- Masculino
- Feminino

**2.Idade: \_\_\_\_\_**

**3.Estado Civil**

- Solteiro(a)
- Casado(a) / União de facto
- Divorciado(a) / Separado(a) / Viúvo(a)
- Outro

**4.Grau de formação:**

- Sabe ler e escrever
- Ensino Básico (equivalente a 4<sup>a</sup> classe ou 9<sup>o</sup> ano)
- Ensino Secundário (equivalente a 7<sup>o</sup> ano ou 12<sup>o</sup> ano)
- Ensino Superior

**5.Toma diária de medicamentos:**

- Sim
- Não

**6.Quantos medicamentos diferentes toma por dia:**

- 1-2
- 3-4
- 5-6
- 7-8
- >8

**7. Alguma vez o seu médico lhe disse que teve ou tem:**

- Enfarte agudo do miocárdio
- Insuficiência cardíaca
- Angina
- Arritmia
- Acidente vascular cerebral
- Hipertensão arterial
- Doença pulmonar obstrutiva crónica
- Insuficiência renal crónica
- Diabetes Mellitus
- Hipercolesterolemia / hipertrigliceridemia
- Artrite reumatóide
- Cirrose hepática
- Artrose da anca ou do joelho
- Osteoporose
- Demência
- Depressão
- Cancro
- Hipotiroidismo / hipertiroidismo
- Hiperplasia benigna da próstata
- Doença de Alzheimer
- Doença de Parkinson

## **Anexo 4 – Jefferson Scale of Patient Perceptions of Physician Empathy**

### **Jefferson Scale of Patient Perceptions of Physician Empathy**

#### Instruções:

Gostaríamos de saber o seu grau de concordância ou discordância com cada uma das seguintes frases acerca do seu médico que abaixo nomeamos. Por favor use a escala em sete pontos e anote a sua avaliação entre 1 e 7, **fazendo um círculo** no número com que mais se identifica para cada frase.

Na escala 1 significa que está em pleno desacordo e 7 que está em pleno acordo.

**1-----2-----3-----4-----5-----6-----7**  
Discordo totalmente Concordo totalmente

1 - Consegue compreender as coisas na minha perspectiva (ver as coisas como eu as vejo)

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

2 - Pergunta acerca do que está a acontecer na minha vida diária

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

3 - Parece preocupado acerca de mim e da minha família

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

4 - Compreende as minhas emoções, sentimentos e preocupações

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

5 - É um médico que me compreende

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

**Anexo 5 – Patient Enablement Instrument*****Patient Enablement Instrument***

Como um resultado da sua consulta com o médico hoje, sente que está (assinale a resposta com que mais concorda):

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

## Anexo 6 – Escala de Conhecimento sobre a Doença

### Escala de Conhecimento sobre a Doença

Este conjunto de questões tem como objetivo avaliar quão satisfeito se encontra com as informações que possui sobre a atual doença. Por favor, assinale a sua resposta fazendo uma cruz no retângulo que corresponde à sua opinião. Não há respostas certas ou erradas, é a sua opinião que interessa.

Pense em todas as informações de que dispõe relativamente à sua doença. Assinale como classifica a quantidade e qualidade dessa informação sobre:				
	Não sei nada	Sei pouco	Sei o necessário	Sei demais
<b>1</b> -Como apareceu a doença	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>2</b> -A gravidade da doença	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>3</b> -As implicações da doença na sua vida futura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>4</b> -Os comportamentos a adotar para ajudar no tratamento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>5</b> -A necessidade de realizar exames diagnóstico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>6</b> -A forma como iria ser realizado cada um dos exames	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>7</b> -Os riscos e inconvenientes de realizar os exames	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>8</b> -Os resultados dos exames que realizou	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>9</b> -A necessidade de realizar tratamento ou tratamentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>10</b> -As vantagens de realizar o tratamento ou tratamentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>11</b> -Os riscos e inconvenientes de cada tratamento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>12</b> -A forma como iria ser realizado cada tratamento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>13</b> -A existência de tratamentos alternativos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>14</b> -As possíveis complicações de cada tratamento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Não sei nada	Sei pouco	Sei o necessário	Sei demais
<b>15</b> -A eficácia de cada tratamento	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>16</b> -As possíveis limitações físicas após um tratamento	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>17</b> -Como tratar ou controlar sintomas (dor, enjojo,...)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>18</b> -A necessidade ou não de dieta especial	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>19</b> -Como superar as dificuldades/limitações físicas	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>20</b> -Exercícios a realizar em casa	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>21</b> -O regresso à atividade normal/trabalho	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>22</b> -Medicação que deve tomar	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>23</b> -Como tomar os vários medicamentos	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>24</b> -Os efeitos benéficos dos medicamentos	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>25</b> -Os inconvenientes e efeitos secundários dos medicamentos	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>26</b> -Os riscos de não seguir as indicações (medicação, exercício, dieta, ...)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>27</b> -A necessidade ou não de realizar mais exames e tratamentos no futuro	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>28</b> -No geral, diria que, sobre a doença:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>