

Relação entre a autoperceção da prática médica e a sobrecarga da gestão da multimorbilidade em Medicina Geral e Familiar

Ana Sofia Fernandes Ferreira

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

Orientador: Prof. Doutor José Augusto Simões
Coorientador: José Filipe Chaves Pereira Prazeres

abril de 2021

Dedicatória

À minha avó.

Agradecimentos

Em primeiro lugar, quero agradecer ao meu orientador, Professor Doutor José Augusto Rodrigues Simões e ao meu coorientador, Professor Doutor José Filipe Chaves Pereira Prazeres pelo rigor técnico e científico, auxílio, simpatia, disponibilidade e dedicação durante a realização da dissertação.

À Faculdade de Ciências da Saúde e à Universidade da Beira Interior, por terem sido a minha casa e pela excelente preparação teórica e prática ao longo destes seis anos.

Aos meus amigos e ao Rodrigo. Os que me amparam sempre. A rede que me fortalece. A minha mais profunda gratidão pelo amor e amizade, trilharam o caminho comigo e esta conquista é também vossa.

À minha família, por terem contribuído para o meu crescimento enquanto pessoa e pelo apoio que demonstraram ao longo de toda a minha vida, por alicerçarem os meus sonhos. Sei que a conclusão deste percurso é um motivo de orgulho e que a força motriz foram vocês.

Por último, um agradecimento especial à minha avó, pelo amor incondicional, por dizer que me adora todos os dias, pela inspiração e fundamentalmente por me ter ensinado a ser quem sou.

Resumo

Introdução: A subida da multimorbilidade nos cuidados de saúde primários representa um desafio significativo, sendo o conhecimento sobre os seus efeitos e a avaliação da sua gestão percursos necessários para o desenvolvimento de políticas efetivas.

A prática da medicina centrada na pessoa (MCP) deve ser avaliada para melhorar a formação profissional e a educação médica, uma vez que existe uma relação entre a abordagem da medicina centrada na pessoa e uma maior satisfação dos doentes e dos médicos que a sentem e a realizam, sendo que o bem-estar do médico é um indicador de qualidade dos serviços prestados.

Objetivo: Relacionar a autopercepção genérica da prática médica segundo a medicina centrada na pessoa com a avaliação da sobrecarga da gestão da multimorbilidade em Medicina Geral e Familiar.

Metodologia: Foi realizado um estudo transversal. O convite para a participação foi enviado pela Secção Regional do Centro da Ordem dos Médicos, por correio eletrónico para médicos especialistas e internos de formação específica em Medicina Geral e Familiar.

Aplicou-se um formulário que incluiu um conjunto de questões para caracterização dos médicos inquiridos, o questionário de Avaliação da Sobrecarga da Gestão da multimorbilidade em Medicina Geral e Familiar, desenvolvido por *Prazeres, F. et al.* e o instrumento para autoavaliação da realização de Medicina Centrada na Pessoa em Medicina Geral e Familiar validado por *Santiago LM, et al.*

Resultados: A amostra foi de 469 médicos, dos quais a maioria são especialistas de MGF, do sexo feminino, com idades entre 30 e 45 anos que trabalham fundamentalmente numa Unidade de Saúde Familiar. No que toca a frequência de formação específica, cerca de 55% dos profissionais frequentaram formação sobre MCP e aproximadamente 43% sobre MM. Constatou-se que metade dos médicos inquiridos se sentem consideravelmente sobrecarregados pela gestão da MM. Além disso, demonstrou-se que cerca de 93% dos médicos que se autopercecionam como muito afetados emocionalmente pela gestão de doentes com MM, tal como aproximadamente 95% dos clínicos que se descrevem como fisicamente muito cansados, procuram ainda assim demonstrar regularmente princípios de MCP.

Conclusão: Este estudo permite perceber o impacto que a sobrecarga da MM tem na prática clínica do médico de família e recomenda a implementação de medidas de intervenção formativa e regulamentar por forma a prestar os melhores cuidados de saúde possíveis.

Palavras-chave

Multimorbilidade; Medicina Centrada na Pessoa; Medicina Geral e Familiar; Relação Médico-Doente; Cuidados de Saúde Primários.

Abstract

Introduction: The increase in multimorbidity (MM) in primary care represents a significant challenge. For that reason, the effects of its management and burden must be evaluated for purposes of effective policy making. The practice of patient-centered care should be evaluated to improve medical education and clinical practice, since there is a relationship between the approach of person-centered medicine and greater satisfaction of patients and physicians who feel and perform it. The well-being of the doctor is an indicator of the quality of the services provided.

Objective: The objective of this work was to relate the generic self-perception of medical practice according to person-centered medicine with the evaluation of the overload of multimorbidity management in General and Family Medicine.

Methodology: A cross-sectional study was conducted. The invitation to participate was sent by “Secção Regional do Centro da Ordem dos Médicos”, by e-mail to general and family medicine specialists and interns of specialty.

We applied a questionnaire that included a set of questions for the characterization of the physicians, the questionnaire of Assessment of the Burden of Multimorbidity management in General and Family Medicine, developed by *Prazeres, F. et al.* and the instrument for self-assessment of the performance of Person-Centered Medicine in General and Family Medicine validated by *Santiago LM, et al.*

Results: The sample consisted of 469 physicians. The majority were female specialists, aged between 30 and 45 years who work primarily in a Familiar Health Unit. Regarding to specific frequency of training, about 55% of the professionals attended training on Person-Centered Medicine and approximately 43% on multimorbidity. This work found that half of the surveyed doctors feel considerably overwhelmed by the management of multimorbidity. In addition, this study have shown that about 93% of physicians who self-perceive themselves to be very emotionally affected by the management of patients with MM, as well as approximately 95% of physicians who describe themselves as physically very tired, still try to regularly demonstrate principles of Person-Centered Care.

Conclusion: This study allowed us to conclude the impact that the burden of MM management has in general and family medicine as well as to recommend the implementation of formative and regulatory intervention measures in this context, contributing to give the best health care possible.

Keywords

Patient-centered care, primary care, multimorbidity, general and family medicine, Patient-physician relationship

Índice

Dedicatória	iii
Agradecimentos	v
Resumo	vii
Palavras-chave.....	viii
Abstract.....	ix
Keywords	x
Lista de Tabelas	xiii
Lista de Acrónimos	xv
Capítulo 1- Introdução.....	17
Capítulo 2- Materiais e Métodos	19
Capítulo 3- Resultados	21
Capítulo 4-Discussão	35
Capítulo 5-Conclusão	39
Referências Bibliográficas	41
Anexos	43

Lista de Tabelas

Tabela 1- Caraterização sociodemográfica da amostra.....	21
Tabela 2- Análise descritiva das respostas ao questionário SoGeMM-MGF.....	23
Tabela 3- Análise descritiva das respostas ao Instrumento para autoavaliação da realização de Medicina Centrada na Pessoa em MGF.....	27

Lista de Acrónimos

MGF – Medicina Geral e Familiar

MM – Multimorbilidade

MCP- Medicina centrada na pessoa

SoGeMM-MGF - Questionário de Avaliação da Sobrecarga da Gestão da Multimorbilidade em Medicina Geral e Familiar

USF-Unidade de Saúde Familiar

UCSP- Unidade de Cuidados Saúde Personalizados

ARSC- Administração Regional de Saúde do Centro

SPSS- Statistical Package for the Social Sciences

UBI- Universidade da Beira Interior

ACSS- Administração Central do Sistema de Saúde

Capítulo 1- Introdução

A multimorbilidade (MM) representa um desafio dos dias de hoje, afetando cerca de cinquenta milhões de pessoas na Europa (1). Ainda que o seu conceito careça de uma definição consensual, para os cuidados de saúde primários tem sido descrita como “qualquer combinação de uma doença crónica com pelo menos uma outra doença (aguda ou crónica), ou com um fator biopsicossocial (associado ou não), ou com um fator de risco somático” (2).

Os doentes com MM exigem uma abordagem individualizada, uma vez que as doenças que detêm e respetivos tratamentos estão profundamente interrelacionados (3). Na abordagem de um doente com MM a relação médico-paciente é um fator preponderante para o sucesso terapêutico (4) e a comunicação apropriada é essencial para a eficácia desta (5).

O conceito de medicina centrada na pessoa (MCP), introduzido por *Balint* em 1970, baseia-se no reconhecimento holístico da pessoa que recorre aos cuidados de saúde, considerando as suas experiências, valores, necessidades e preferências (6). Segundo *Moira Stewart et al* (7), esta abordagem é apresentada como um modelo e um método também denominado Método Clínico Centrado na Pessoa (MCCP).

O instrumento utilizado para autoavaliação da realização de MCP em Medicina Geral e Familiar (MGF) validado por *Santiago LM, et al.* (8) inclui 22 questões agrupadas em quatro dimensões: (i) explorar a saúde, a doença e a experiência de doença, (ii) investir na relação médico-doente; (iii) procurar entendimento e (iv) compreender a pessoa como um todo.

Em Portugal, 72.7% dos adultos que procuram consultas de MGF têm MM (9). A MM está associada a maior procura de cuidados de saúde, aumento dos custos associados ao tratamento (10), pior qualidade de vida (11), período de internamento mais prolongado e aumento da mortalidade (12). Além disto, há estudos que defendem que o *burnout* nos médicos de família está associado ao acompanhamento de uma população com maior índice de MM (13).

O Questionário de Avaliação da Sobrecarga da Gestão da Multimorbilidade em Medicina Geral e Familiar (SoGeMM-MGF), desenvolvido por *Prazeres, F. et al.* (14) é constituído por 16 questões e permite avaliar componentes como sentimentos negativos, cooperação, trabalho clínico e gestão da consulta.

O objetivo desta investigação é relacionar a autoperceção genérica da prática médica segundo a MCP com a avaliação da sobrecarga da gestão da MM em MGF, utilizando os dois instrumentos de medição supracitados.

Capítulo 2- Materiais e Métodos

Neste capítulo procede-se à apresentação do estudo executado, enfocando-se os seus objetivos e metodologia, assim como os procedimentos para recolha dos dados e os fundamentais e ainda a descrição da população em estudo.

2.1 Tipo de estudo e critérios de inclusão e exclusão

Para a realização desta investigação, foram essencialmente percorridas três fases: elaboração do questionário, análise exploratória dos resultados obtidos e por fim relação entre os dados.

Tendo em conta o objetivo da presente investigação, este foi um estudo transversal.

O questionário foi aplicado a médicos especialistas e internos de MGF de Portugal Continental, a exercer a profissão no presente ano, contactados via email, que aceitaram o consentimento livre, esclarecido e informado para participação no estudo.

Foram excluídos os questionários cuja resposta às questões 1 e 2 (anexo 3) tenha sido negativa.

2.2 Instrumentos utilizados

Procedeu-se à construção do questionário utilizando dois instrumentos de medição validados e questões para caracterização sociodemográfica.

Na caracterização sociodemográfica foi perguntada a idade, o sexo, o estado civil, a função, o tempo de trabalho com doentes com MM, o local de trabalho, a frequência de curso específico sobre MM, a frequência de curso específico sobre MCP e a proporção de doentes com MM no ficheiro médico.

O questionário final (anexo 3) foi constituído por 38 questões de autopreenchimento de escalas tipo Likert e 9 questões de caracterização.

Durante este estudo assegurou-se que a validade de construto destes questionários não foi colocada em causa.

SoGeMM-MGF permite avaliar as áreas de impacto da MM. Foi aplicada a escala de Likert, assumindo que a chave de cotação varia entre 1 a 5, sendo atribuída a maior cotação a um item associado a maior sobrecarga.

No instrumento para autoavaliação da realização de MCP em MGF utilizado foi aplicada a mesma escala, assumindo que a chave de cotação varia entre 1 a 4. Quanto maior a cotação atribuída a um item, maior a sobrecarga associada ao mesmo. Optámos por inverter a ordem de cotação de forma a simplificarmos os resultados obtidos e possibilitarmos melhor processo de resposta e interpretação dos inquiridos.

2.3 Colheita de dados

O convite com *link* informático para a participação no estudo foi gentilmente enviado, por correio eletrónico, pela Secção Regional do Centro da Ordem dos Médicos para médicos especialistas e internos de formação específica em MGF, tendo este sido aplicado durante janeiro de 2021.

A recolha das respostas foi automática após o preenchimento e submissão do formulário, considerando-se o consentimento informado. Foi garantida a estrita confidencialidade e o anonimato dos participantes.

O número de questionários respondidos foi 476 mas dada a impossibilidade de trabalhar com questionários cuja resposta às questões 1 e 2 (anexo 3) tenha sido negativa, apenas uma amostra de 469 questionários válidos foi considerada.

2.4 Tratamento estatístico dos dados

A análise estatística foi realizada com recurso ao *IBM Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)*, versão 25, com um nível de significância α definido a 0.05.

A análise descritiva das variáveis recolhidas incluiu estudo da frequência relativa e absoluta. A consistência interna dos questionários foi medida através do alfa de *Cronbach*. Obteve-se o valor mínimo de confiabilidade aceitável para o primeiro (valor do alfa de *Cronbach* de 0.7) e uma maior robustez para o segundo questionário (valor do alfa de *Cronbach* de 0.876, o que indica uma consistência interna quase perfeita).

Para validação dos questionários foram calculados índices nomeadamente RMSEA (Root Mean Squared Error of Approximation), NFI (*Normed Fit Index*), TLI (*Tucker-Lewis Index*) e CFI (*Comparative Fit Index*) (20).

2.5 Considerações éticas e legais

A investigação obteve o deferimento da presidente da Comissão de Ética da Universidade da Beira Interior (UBI) (anexo 1) e o parecer favorável da Comissão de Ética para a saúde da Administração Regional de Saúde do Centro (anexo 2). O investigador deste estudo regeu-se pelas boas práticas éticas e legais, assinando uma declaração de responsabilidade e confidencialidade (anexo 4).

Capítulo 3- Resultados

3.1 Caracterização sociodemográfica da amostra

A análise sociodemográfica da amostra está representada na Tabela 1. A amostra é constituída por 469 médicos. A maioria dos inquiridos são especialistas de MGF, do sexo feminino, com idades entre 30 e 45 anos que trabalham fundamentalmente em unidades de saúde familiar.

Dos médicos amostrados, mais de metade são casados ou vivem com companheiro.

No que toca a frequência de formação específica, cerca de 55% dos profissionais frequentaram formação sobre MCP.

A formação específica sobre MM foi realizada por aproximadamente 43% dos clínicos inquiridos.

Foi também concluído que sensivelmente 37% dos médicos de família trabalham há mais de 10 anos com doentes com MM.

Verificou-se ainda que cerca de metade dos profissionais considera que a proporção de doentes com MM no ficheiro está entre 25% e 50%.

Tabela 1 | Caracterização sociodemográfica da amostra (n=469)

	n	%
Sexo		
Feminino	335	71.4
Masculino	134	28.6
Idade		
Menor ou igual a 30 anos	141	30.1
Maior que 30 anos e menor ou igual a 45 anos	215	45.8
Maior que 45 anos	113	24.1
Estado Civil		
Casado ou a viver com companheiro	311	66.3
Divorciado	26	5.5
Separado	2	0.4
Solteiro	126	26.9
Viúvo	4	0.9
Função		
Interno de especialidade de MGF	178	38.0
Especialista de MGF	291	62.0
Local de Trabalho		

USF	403	85.9
UCSP	57	12.2
Outro	9	1.9
Formação sobre MCP		
Sim	255	54.4
Não	214	45.6
Formação sobre MM		
Sim	202	43.1
Não	267	56.9
Tempo de trabalho com doentes com MM		
Menor ou igual a 1 ano	28	6.0
Maior que 1 ano e menor ou igual a 5 anos	175	37.3
Maior que 5 anos e menor ou igual a 10 anos	92	19.6
Maior que 10 anos	174	37.1
Proporção de doentes com MM no ficheiro		
Menor ou igual a 25%	26	5.5
Maior que 25% e menor ou igual a 50%	250	53.3
Maior que 50% e menor ou igual a 75%	171	36.5
Maior que 75%	22	4.7

3.2 Análise descritiva das respostas ao questionário SoGeMM-MGF

Na tabela 2 está representada a análise descritiva das respostas ao instrumento SoGeMM-MGF.

A análise do questionário revelou que quase 58% dos médicos afirmam que lidar com doentes com MM reduz muito o tempo que têm disponível para os outros doentes e metade dos inquiridos sente-se consideravelmente sobrecarregado pela gestão destes.

A grande maioria considera essencial o apoio de outro profissional e revela que este tornaria o seu trabalho muito menos sobrecarregado. Os dados obtidos realçaram ainda o facto de que apenas 4% dos médicos de família não receiam a iatrogenia.

O cansaço físico e a afetação da estabilidade emocional foram dois sintomas apontados pelos profissionais, levando a que cerca de 82% dos inquiridos admitissem frustração por não conseguir melhorar a gestão dos seus consulentes. É de acrescentar que grande parte dos médicos amostrados considera que o seu trabalho também traz inerentemente ansiedade.

Aproximadamente 90% dos participantes identifica que o tempo de consulta é insuficiente para gerir os problemas do seu doente com MM e que este deveria ser entendido como tendo peso de unidade ponderada extra para efeitos de tamanho de lista.

Por fim, identificou-se que de forma geral os médicos se percebem como relativamente mal preparados para gerir de forma integrada os consulentes com MM.

Tabela 2 | Análise descritiva das respostas ao questionário SoGeMM-MGF

	Nada (%)	Pouco (%)	Mais ou menos (%)	Muito (%)	Extremamente (%)
Questão 1					
Lidar com doentes com MM reduz o tempo que tem disponível para os outros doentes?	5 1.1%	16 3.4%	142 30.3%	270 57.6%	36 7.7%
Questão 2					
Sente-se sobrecarregado(a) pela proporção de doentes com MM que vê na sua consulta?	5 1.1%	37 7.9%	195 41.6%	203 43.3%	29 6.2%
Questão 3					
O apoio de outro profissional (ex. psicólogo, nutricionista, dentista, gerontólogo social) tornaria o seu trabalho de lidar com doentes com MM menos sobrecarregado?	4 0.9%	26 5.5%	82 17.5%	224 47.8%	133 28.4%
Questão 4					
Receia iatrogenia quando lida com doentes com MM?	1 0.2%	18 3.8%	107 22.8%	269 57.4%	74 15.8%
Questão 5					
Considera excelentes as suas condições de	50 10.7%	231 49.3%	167 35.6%	19 4.1%	2 0.4%

trabalho para lidar com doentes com MM?					
Questão 6					
O seu trabalho com doentes com MM é fácil pois segue as Normas de Orientação da DGS?	36 7.7%	164 35.0%	247 52.7%	22 4.7%	0 0.0%
Questão 7					
Sente-se cansado fisicamente por lidar frequentemente com doentes com MM?	24 5.1%	83 17.7%	224 47.8%	127 27.1%	11 2.3%
Questão 8					
De uma forma geral, lidar com doentes com MM afeta a sua estabilidade emocional?	45 9.6%	157 33.5%	183 39.0%	74 15.8%	10 2.1%
Questão 9					
O seu trabalho com doentes com MM é fácil pois segue as orientações de médicos de outras especialidades?	21 4.5%	181 38.6%	235 50.1%	31 6.6%	1 0.2%
Questão 10					
O apoio e resposta atempada às suas dúvidas por outras especialidades ajudaria na gestão do doente com MM?	5 1.1%	18 3.8%	40 8.5%	288 61.4%	118 25.2%
Questão 11					
Sente-se frustrado(a) por não conseguir melhorar a gestão dos seus doentes com MM?	16 3.4%	71 15.1%	206 43.9%	149 31.8%	27 5.8%

Questão 12					
Lidar com doentes com MM causa-lhe ansiedade?	48 10.2%	133 28.4%	192 40.9%	87 18.6%	9 1.9%
Questão 13					
O seu trabalho com doentes com MM é fácil ao cumprir os indicadores da ACSS?	104 22.2%	238 50.7%	120 25.6%	6 1.3%	1 0.2%
Questão 14					
Sente que na consulta tem o tempo suficiente para gerir os problemas do seu doente com MM?	163 34.8%	258 55.0%	38 8.1%	8 1.7%	2 0.4%
Questão 15					
Considera que está mal preparado para gerir de forma integrada os doentes com MM?	27 5.8%	127 27.1%	269 57.4%	44 9.4%	2 0.4%
Questão 16					
Dados os problemas apresentados pelo doente com MM este deveria ser entendido como tendo o peso de unidade ponderada extra para efeitos de tamanho de lista?	7 1.5%	7 1.5%	44 9.4%	244 52.0%	167 35.6%

3.3 Análise descritiva da média de respostas ao instrumento SoGeMM-MGF

No questionário SoGeMM-MGF a média de respostas foi 3.06. As questões com média de resposta mais alta foram a questão 1, 3, 4, 10 e 16 e as questões com média de pontuação da resposta mais baixa foram a 5,6,13 e 14. É possível observar essas questões na tabela 2.

3.4 Análise descritiva das respostas ao Instrumento para autoavaliação da realização de Medicina Centrada na Pessoa em MGF

Na tabela 3 está representada a análise ao questionário para autoavaliação da realização de MCP em MGF.

Atendendo aos dados obtidos, cerca de 84% dos médicos tentam frequentemente que a consulta dure o tempo necessário e aproximadamente 93% procuram demonstrar confiança nos seus conhecimentos e atitudes. Na sua generalidade, os clínicos oferecem recorrentemente espaço para responder às dúvidas da pessoa e grande maioria almeja perceber em simultâneo o corpo e a mente do consulente. Os médicos amostrados investem, portanto, na relação médico-doente, sendo que cerca de 95% relevam os princípios da empatia médica tendo compaixão com a pessoa.

Relativamente à anamnese, apenas uma pequena percentagem (cerca de 17%) referiu que prefere não perguntar sobre a influência dos problemas de saúde da pessoa no quotidiano. Os médicos deixam frequentemente falar a pessoa, sem interrupção, sobre os sinais e sintomas que motivam a sua vinda à consulta, bem como sobre a auto percepção de estado geral de saúde. Além disso, assumem que pedem ao doente que exponha receios e ideias acerca do que supõe ter.

No que toca a perguntar sobre as expectativas acerca do que possa resultar da consulta, aproximadamente metade dos inquiridos afirma optar por não o fazer recorrentemente. Analogamente, inquirir sobre a perspectiva de o consulente ter uma doença, é uma prática que cerca de 46% dos médicos realizam poucas vezes.

A análise da comunicação verbal e não-verbal, é afirmada como realizada pela larga maioria dos amostrados (cerca de 90%).

Manter-se inteirado sobre a pessoa e sua família é valorizado pelos inquiridos. Contudo, perto de 70% dos médicos afirmam manter raramente ou poucas vezes atualizado o conhecimento sobre a ligação da pessoa à sociedade.

A lista de problemas na consulta nem sempre é realizada, como pode ser confirmado pelo facto de que 12.2% dos amostrados quase nunca a fazem. No entanto, aproximadamente 55% define muitas vezes em conjunto com o doente as prioridades a resolver e uma semelhante percentagem afirma explicar quase sempre que o processo de tratamento será realizado em estreita colaboração.

Discriminando a procura de entendimento na consulta, aproximadamente 56% dos médicos procuram certificar-se quase sempre de que a pessoa entendeu e concorda com os objetivos a atingir e 226 dos clínicos amostrados procuram da mesma forma inquirir se o doente percebeu o que deve ser feito para evitar agravamento tal como verificar que compreendeu a importância de cumprir as indicações.

Tabela 3 | Análise descritiva das respostas ao Instrumento para autoavaliação da realização de Medicina Centrada na Pessoa em MGF

	Raramente (%)	Poucas vezes (%)	Muitas vezes (%)	Quase sempre (%)
Questão 17				
Deixar falar inicialmente a pessoa, sem interrupção, sobre os sinais e sintomas que motivam a sua vinda à consulta	1 0.2%	37 7.9%	241 51.4%	190 40.5%
Questão 18				
Pedir à pessoa que fale sobre os seus receios e ideias acerca do que tem	1 0.2%	73 15.6%	276 58.8%	119 25.4%
Questão 19				
Perguntar sobre as expectativas acerca do que possa resultar da consulta	37 7.9%	176 37.5%	201 42.9%	55 11.7%
Questão 20				
Perguntar acerca da influência dos problemas na sua vida diária quer física quer emocionalmente	7 1.5%	73 15.6%	292 62.3%	97 20.7%
Questão 21				
Inquirir sobre a sua perspetiva de ter uma doença	29 6.2%	215 45.8%	193 41.2%	32 6.8%

Questão 22				
Saber da auto percepção de estado geral de saúde	20 4.3%	135 28.8%	258 55.0%	56 11.9%
Questão 23				
Analisar a sua comunicação verbal e não-verbal	10 2.1%	35 7.5%	206 43.9%	218 46.5%
Questão 24				
Realizar exame físico e/ou analítico acerca das queixas	0 0.0%	9 1.9%	185 39.4%	275 58.6%
Questão 25				
Manter atualizado o conhecimento sobre a pessoa (formação, atividades laborais e extralaborais), religiosidade, pontos de interesse, rendimentos e aspirações	20 4.3%	134 28.6%	241 51.4%	74 15.8%
Questão 26				
Manter atualizado o conhecimento sobre a sua família (relações familiares, condições de habitação e rendimentos)	15 3.2%	133 28.4%	256 54.6%	65 13.9%
Questão 27				
Manter atualizado o conhecimento sobre a ligação da pessoa à sociedade (voluntariado, cultura e política)	105 22.4%	217 46.3%	122 26.0%	25 5.3%

Questão 28				
Elaborar com a pessoa a lista de problemas na consulta	57 12.2%	171 36.5%	177 37.7%	64 13.6%
Questão 29				
Definir em conjunto as prioridades a resolver	16 3.4%	90 19.2%	257 54.8%	106 22.6%
Questão 30				
Explicar o processo de tratamento que será realizado em conjunto e colaboração	5 1.1%	26 5.5%	213 45.4%	225 48.0%
Questão 31				
Certificar-me de que a pessoa percebeu e concorda com os objetivos a atingir	3 0.6%	16 3.4%	189 40.3%	261 55.7%
Questão 32				
Inquirir se percebeu o que deve ser feito para evitar piorar	6 1.3%	28 6.0%	209 44.6%	226 48.2%
Questão 33				
Verificar que a pessoa percebeu a importância de cumprir as indicações para que se obtenham resultados	2 0.4%	32 6.8%	206 43.9%	229 48.8%
Questão 34				
Observar os princípios da empatia médica tendo compaixão com a pessoa	2 0.4%	18 3.8%	223 47.5%	226 48.2%
Questão 35				
Tentar que a consulta dure o tempo necessário	5 1.1%	72 15.4%	272 58.0%	120 25.6%

Questão 36				
Demonstrar confiança nos meus conhecimentos e atitudes	4 0.9%	31 6.6%	282 60.1%	152 32.4%
Questão 37				
Dar espaço e responder às dúvidas da pessoa	1 0.2%	7 1.5%	240 51.2%	221 47.1%
Questão 38				
Ter comportamento que permitam perceber em simultâneo o corpo e a mente do meu consultante	4 0.9%	51 10.9%	277 59.1%	137 29.2%

3.5 Análise descritiva da média de respostas ao instrumento "Instrumento para autoavaliação da realização de Medicina Centrada na Pessoa em MGF"

A média de pontuação da resposta foi 3.067.

As questões com média de resposta mais alta foram as questões 24 e 31 e 37 e as questões com média de resposta mais baixa foram as questões 22, 27, 28.

3.6 Resultados obtidos da relação entre dados sociodemográficos

Atendendo aos dados obtidos, foi possível verificar que os médicos com idade inferior a 30 anos têm mais formação específica sobre MCP e MM do que os clínicos com idades superiores. Também foi possível verificar que profissionais com mais de 45 anos, na sua maioria, não frequentaram nenhuma das formações.

Aproximadamente 59% dos internos de MGF fizeram formação sobre MCP enquanto a percentagem de especialistas que a realizaram foi 52%. No que toca a formação específica sobre MM as percentagens são muito semelhantes e ambas inferiores a 50%, não variando pela função desempenhada.

3.7 Resultados obtidos da relação entre questionários e dados sociodemográficos

Com este estudo começamos por concluir que, de uma forma geral, mulheres médicas sentem mais cansaço, afetação da estabilidade emocional e frustração por lidar frequentemente com doentes com MM do que clínicos do sexo oposto.

Os dados recolhidos demonstraram que os internos de MGF consideram que estão mais bem preparados para gerir de forma integrada os doentes com MM do que especialistas, o que se pode dever ao facto de terem mais formação específica sobre a problemática.

Constatámos também que aproximadamente 94% dos médicos especialistas observam os princípios de empatia médica tendo compaixão pela pessoa e 87% procura ter um comportamento que permita entender em simultâneo o corpo e a mente do consulente.

Dos resultados obtidos, verificámos que médicos com idades compreendidas entre 30 e 45 anos se sentem mais sobrecarregados pela proporção de doentes com MM que vêm na consulta do que os restantes. Além disso, analisámos que a percentagem de médicos muito sobrecarregados com idades inferiores a 30 anos e superiores a 45 anos é semelhante.

Aproximadamente metade dos inquiridos revela-se relativamente cansado fisicamente e metade destes têm idade compreendida entre 30 e 45 anos.

81.5% dos médicos amostrados sentem alguma ou bastante frustração, sendo novamente a faixa etária dos 30 aos 45 a que se percebe como mais afetada pelos sentimentos negativos.

Cerca de 57% dos médicos com menos de 30 anos afirma analisar quase sempre a comunicação verbal e não verbal do consulente. Da classe de clínicos cuja idade está compreendida entre 30 e 45 anos apenas cerca de 45% afirma fazê-lo. Observámos ainda que só 35% dos médicos com mais de 45 anos têm a mesma atenção a este parâmetro. Logo, é possível constatar que médicos mais jovens atentam mais à multiplicidade da comunicação. Da mesma forma e com percentagens semelhantes, conseguimos concluir que médicos mais novos procuram mais frequentemente aplicar princípios de empatia na consulta.

Quando questionados se sentiam muito cansaço físico por lidar com doentes com MM, 86% desses inquiridos consideraram no questionário sociodemográfico ter uma proporção de doentes com MM no ficheiro à volta de 50%.

No que toca ao investimento na relação médico-doente, dos médicos que deixam recorrentemente falar inicialmente o consulente, sem interrupção sobre o que o motiva a vir à consulta, a maioria frequentou formação específica em MCP. Analogamente, o mesmo se verificou no que toca à análise da comunicação verbal e não verbal, à demonstração de

empatia e compaixão pela pessoa e à visão holística do doente. Resumindo, os nossos dados realçaram que médicos com formação em MCP investem mais nesta relação.

Dos profissionais que consideram que lidar com doentes com MM reduz muito o tempo que têm disponível para os outros doentes, cerca de 60% não tem formação específica sobre MM.

Dos médicos que se sentem muito sobrecarregados pela proporção de doentes com MM em ficheiro, cerca de 60% não tem formação de MM.

Dos médicos inquiridos, 255 frequentaram formação específica de MCP e desses, aproximadamente 48% sente muita ou extrema sobrecarga pela proporção de doentes com MM em ficheiro. Em oposição, dos 214 médicos que não se formaram em MCP, cerca de 52% sente muita ou extrema sobrecarga pela proporção de doentes com MM.

3.8 Resultados obtidos da relação entre questionários

Dos médicos que se sentem muito ou extremamente sobrecarregados, a larga maioria questiona durante a anamnese acerca da influência dos problemas de saúde na vida do consulente e procura muitas vezes, ou quase sempre, ter um comportamento que permita perceber em simultâneo o corpo e a mente do utente, ou seja, apesar da sobrecarga pela proporção de doentes com MM assistidos, os médicos amostrados tentam investir na MCP.

Dos clínicos que sentem alguma ou muita sobrecarga pela gestão da MM, cerca de 86% admitem, ainda assim, tentar que a consulta dure o tempo necessário.

Apesar de extremamente sobrecarregados, quase 97% dos profissionais que o assumem, afirmam tentar recorrentemente dar espaço e responder a eventuais dúvidas expostas pelo consulente e cerca de 93% permite-o falar inicialmente sobre o que motiva a sua vinda à consulta.

À volta de 93% dos médicos que se autopercecionam como muito afetados emocionalmente pela gestão de doentes com MM, assim como aproximadamente 95% dos clínicos que se descrevem como fisicamente muito cansados, procuram regularmente demonstrar princípios de empatia e compaixão pela pessoa. Ou seja, apesar do efeito deletério sentido, é clara a existência de um esforço de investimento na relação médico-doente. Na análise dos dados obtidos, concluímos que 82.5% dos inquiridos que partilham o sentimento de inexistência de tempo de consulta suficiente passível duma correta gestão dos problemas do doente com MM, tentam, muitas vezes ou quase sempre, que a consulta dure o tempo necessário. No que toca à observação da pessoa como um todo, concluímos que aproximadamente 34% dos médicos que sentem que na consulta têm pouco tempo para

gerir os problemas do doente com MM, raramente ou poucas vezes conseguem manter atualizado o conhecimento sobre a pessoa, estrutura e funcionamento da sua família. Além disso, daqueles que têm tempo insuficiente, 69% afirma claramente não conseguir manter-se inteirado a propósito da ligação da pessoa à sociedade.

Dos 74 médicos que se sentem extremamente receosos em relação a lesões iatrogénicas ao lidar com estes doentes, 61 usualmente procuram demonstrar confiança nos seus conhecimentos e atitudes.

Por fim, é de destacar que a maioria dos médicos que admitem elaborar poucas vezes a lista de problemas em conjunto com o consulente reconhecem que não têm tempo suficiente na consulta para gerir a MM.

Capítulo 4-Discussão

A evidência científica sobre a sobrecarga da gestão da MM em MGF é limitada apesar da prevalência desta e do impacto nos consulentes, médicos e serviços de saúde. De facto, o bem-estar do médico é fator basilar para um ótimo desempenho terapêutico e pode ser considerado um indicador de qualidade (19). Neste sentido, é claramente necessário investigar a problemática e desenvolver políticas de saúde direcionadas (16).

Com o objetivo de relacionar a autopercepção da prática médica e a sobrecarga da gestão da MM no contexto de MGF, aplicámos o questionário SoGeMM-MGF e o instrumento para autoavaliação da realização de MCP em MGF. Do nosso conhecimento, este estudo é pioneiro.

No questionário SoGeMM-MGF, a pergunta “Dados os problemas apresentados pelo doente com MM este deveria ser entendido como tendo o peso de unidade ponderada extra para efeitos de tamanho de lista?” foi a que apresentou a maior pontuação de resposta, enquanto a afirmação “Sente que na consulta tem o tempo suficiente para gerir os problemas do seu doente com MM?” foi a que mostrou menor pontuação de resposta. Ou seja, a maioria dos inquiridos considera que o tempo para gerir doentes com MM é insuficiente e que é bastante pertinente entender os doentes com MM como tendo peso de unidade ponderada extra para efeitos de tamanho de lista.

Praticar MCP é uma forma de desconstruir a fragmentação de cuidados e aumentar a satisfação tanto dos doentes (16) como dos médicos que a realizam (7) e é a relação de confiança que se estabelece que permite ulteriormente elaborar um plano terapêutico personalizado e dirigido e aumentar os ganhos em saúde (17). Efetivamente, de acordo com estudos atuais, a relação médico-doente é um pilar basilar da MCP (18) e têm sido realizados estudos com o propósito de determinar se a prática clínica atual está a ser orientada segundo a MCP (7).

Utilizámos o instrumento para autoavaliação da realização de MCP em MGF para perceber a autopercepção dos inquiridos no que toca à sua prática clínica. A afirmação “realizar exame físico e/ou analítico acerca das queixas” foi a que obteve maior média de resposta e as afirmações “manter atualizado o conhecimento sobre a ligação da pessoa à sociedade (voluntariado, cultura e política)”, “elaborar com a pessoa a lista de problemas na consulta” e “inquirir sobre a sua perspetiva de ter uma doença” foram as que obtiveram a menor média de respostas. Ou seja, verificou-se inequivocamente que os profissionais amostrados optam por priorizar o exame físico e/ou analítico.

No que toca a frequência de formação específica, cerca de 55% dos profissionais frequentaram formação sobre MCP e apenas 43% realizaram formação sobre MM, o que significa que a formação específica sobre MM é diminuta como já havia sido demonstrado

(10). Urge, portanto, maximizar o desenvolvimento desta componente educacional. De referir também que os médicos com idade inferior a 30 anos têm mais formação específica sobre MCP e MM.

Metade dos inquiridos sente-se consideravelmente sobrecarregado pela gestão da MM e aproximadamente 90% identifica que o tempo de consulta é insuficiente para gerir os problemas do seu doente com MM, pelo que o alargamento temporal da consulta possibilitaria efetivamente uma abordagem mais aprofundada do doente. Além disso, esmagadora maioria dos inquiridos receia iatrogenia e considera essencial o apoio de outro profissional, revelando que este tornaria o seu trabalho muito menos sobrecarregado.

Observámos também que grande parte dos médicos amostrados admite que o seu trabalho traz inerentemente sentimentos negativos e que são as mulheres médicas que sentem mais cansaço físico, impacto emocional e frustração

No global, os médicos amostrados tentam investir na relação médico-doente, sendo que cerca de 95% relevam os princípios da empatia médica tendo compaixão com a pessoa. No entanto, é muito importante salientar que são os médicos com formação em MCP que mais investem nesta relação.

A análise da comunicação verbal e não-verbal, pilar da MCP (15) é afirmada como realizada pela larga maioria dos amostrados. Apesar disso, são os médicos mais jovens que mais atentam à multiplicidade da comunicação. Um estudo português recente (8) evidencia que são os médicos mais novos os mais sensíveis à abordagem da doença através da anamnese e através da procura de entendimento com o doente.

Analisámos ainda que não ter educação sobre MM dificulta a gestão da consulta, sendo factual que a maioria dos médicos amostrados que se percecionam como mal preparados para gerir de forma integrada estes doentes não têm essa formação específica.

É também relevante destacar que os inquiridos que afirmam que o tempo para gerir MM é escasso nem sempre conseguem manter atualizado o conhecimento sobre a pessoa, estrutura e funcionamento da sua família. Além disso, daqueles que têm tempo insuficiente, 69% afirma claramente não conseguir manter-se inteirado a propósito da ligação da pessoa à sociedade, havendo uma clara lacuna identificada onde há margem para evoluir. Este trabalho de investigação identificou que de forma geral os médicos se percecionam como relativamente mal preparados para gerir MM, o que possivelmente se deve ao facto de que cerca de 57% da amostra não frequentou formação específica.

No que toca a perguntar sobre as expectativas acerca do que possa resultar da consulta, aproximadamente 45% dos inquiridos afirma poucas vezes o fazer, ou seja, é pertinente sugerir uma mudança neste sentido uma vez que estabelecer prioridades pode facilitar a gestão da consulta.

Com este estudo foi verificada novamente a consistência interna do Instrumento para autoavaliação da realização de MCP em MGF, sendo boa a coerência interna, podendo ser considerado um instrumento fiável. Quanto ao Questionário SoGeMM-MGF a consistência interna deste questionário foi razoável, mas pode melhorar (20). Esta tanto pode estar a ser influenciada pela amostra recolhida, como por fatores externos, nomeadamente, o facto de este questionário ter sido aplicado em tempos pandémicos.

4.1 Limitações e potencialidades

O tamanho da amostra não é representativo da população e como tal tornar-se-ia interessante expandir a amostra, repetindo questionários.

O facto de a investigação ter sido conduzida numa época pandémica (em que muitos profissionais não tiveram oportunidade de gozar férias e lidaram com situações delicadas) pode ter inerentemente acrescentado um possível viés dos resultados obtidos, pelo que seria relevante desenvolver esta tipo de investigação em Portugal numa época não pandémica e tentar auscultar o quanto esta sobrecarregou os profissionais de MGF.

Capítulo 5- Conclusão

Auscultar a autoperceção da prática médica e analisar a sobrecarga subsequente da gestão dos doentes com MM nos médicos de família portugueses permitiu perceber o considerável impacto que a MM tem na prática clínica.

Concluimos este estudo com a proposta de implementação de medidas de intervenção formativa e regulamentar nesta problemática, nomeadamente desenvolvimento de *guidelines* multidisciplinares, criação de um cartão de medicação habitual suportado por informatização (para minorar a iatrogenia medicamentosa), formação teórica e cursos práticos na área de MCP e MM, nomeadamente ações de formação nos serviços de saúde primários, com envolvimento pluridisciplinar (sendo por exemplo oportunista fazê-lo em pequenos módulos de aprendizagem nas reuniões de serviço).

Além destas medidas, incentivar a literacia em saúde e esclarecer adequadamente a população com MM, capacitando estes doentes e transformando-os também em agentes de saúde, encorajando a sua participação ativa (disponibilizando material via digital ou em suporte papel, tal como panfletos, normas e conselhos da DGS) é também extraordinariamente pertinente para a gestão da MM.

Tendo em consideração que nesta investigação a esmagadora maioria dos inquiridos considera essencial o apoio de outro profissional e revela que este tornaria o seu trabalho muito menos sobrecarregado, sugerimos a promoção do trabalho intersetorial de equipas multidisciplinares, incentivando a colaboração e discussão de casos clínicos.

Diligenciar políticas de saúde que incentivem financeiramente os serviços que praticam MCP, efetuar uma avaliação contínua e promover investigação médica são também medidas relevantes.

Dado que 99.1% dos médicos que se sentem sobrecarregados pela proporção de doentes com MM na consulta consideram que o doente deveria ser entendido como tendo peso de unidade ponderada extra para efeitos de tamanho de lista, concluimos que era pertinente uma reformulação nesse sentido.

Por fim, apesar das boas propriedades psicométricas dos questionários usados, estudos mais robustos em amostras mais numerosas serão necessários no futuro, de forma a corroborar os resultados obtidos e a integrar, generalizar e uniformizar o ensino da MCP e da MM, investindo na satisfação do doente e na diminuição da sobrecarga médica.

Referências Bibliográficas

1. Rijken M, Struckmann V, Dyakova M, Melchiorre M, Rissanen S, van Ginneken E. ICARE4EU: Improving care for people with multiple chronic conditions in Europe. *Eurohealthcare*. 2013; 19: 29-31.
2. Prazeres F, Santiago LM, Simoes JA. Defining Multimorbidity: From English to Portuguese Using a Delphi Technique. *Biomed Res Int*. 2015;2015:965025. doi: 10.1155/2015/965025.
3. 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.
4. Caprara A, Rodrigues J. A relação assimétrica médico-paciente: repensando o vínculo terapêutico. *Ciênc saúde coletiva*. 2004;9(1):139–46.
5. Haskard Zolnierok KB, Dimatteo MR. Physician communication and patient adherence to treatment: A meta-analysis. *Med Care*. 2009;47(8):826–34.
6. Gluyas H. Patient-centered care: improving healthcare outcomes. *Nurs Stand*. 2015;30:50–9.
7. Stewart M, Brown J, Weston W, McWhinney I, McWilliam C, Freeman T. *Patient-centered medicine: transforming the clinical method*. 3rd ed. London: Radcliffe Publishing Ltd; 2014. p.313-30
8. Santiago L, Simões J, Vale M, Faria E, Ferreira P, Rosendo I. Auto Perceção do Desempenho da Medicina Centrada na Pessoa em Medicina Geral e Familiar: Criação de Um Instrumento de Medição. *Acta Med Port*. 2020 Jun;33(6): 407-414
9. 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).
10. Glynn L, Valderas J, Healy P, Burke E, Newell J, Gillespie P, et al. The prevalence of multimorbidity in primary care and its effect on health care utilization and cost. *Fam Pract*. 2011;28:516-23. doi: 10.1093/fampra/cmz013.
11. Prazeres F, Santiago L. Relationship between health-related quality of life, perceived family support and unmet health needs in adult patients with multimorbidity attending primary care in Portugal: a multicentre cross-sectional study. *Health Qual Life Outcomes*. 2016;14:156.
12. Robertson L, Ayansina D, Marks A, Black C. Comparing two measures of multimorbidity in hospitalised patients. *Int J Popul Data Sci*. 2018; 3:2
13. 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.

14. Prazeres F, Santiago L, Pereira P, Santos P, Cortinhal T. Multimorbilidade em Medicina Geral e Familiar: Construção e Validação do Questionário de Avaliação da Sobrecarga da Gestão da Multimorbilidade em Medicina Geral e Familiar (SoGeMM-MGF). *Gazeta Médica*. 2019;6(4):221-7.
15. Sacristán JA. Patient-centered medicine and patient-oriented research: improving health outcomes for individual patients. *BMC Med Inform Decis Mak*. 2013;13:6.
16. Smith SM, et al. Managing patients with multimorbidity: systematic review of interventions in primary care and community care. *British Medical Journal*. 2012;345:e5205.
17. 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? Relação médico-paciente em doentes com multimorbilidade 23 Identifying Attributes of Person Centered Care from the User Perspective. *Int J Integr Care*. 2019;19(3):1–15.
18. 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
19. Wallace JE, Lemaire JB, Ghali WA. Physician wellness: a missing quality indicator. *Lancet*. 2009;374:1714-21. doi: 10.1016/S0140-6736(09)61424-0.
20. Kim H, Ku B, Kim Jong, Park Y, Park Y. Confirmatory and Exploratory Factor Analysis for Validating the Phlegm Pattern Questionnaire for Healthy Subjects. Hindawi Publishing Corporation. 2016 Article ID 2696019, 8 pages.

Anexos

Anexo 1 | Parecer da Comissão de Ética da Universidade da Beira Interior



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

Parecer relativo ao processo n.º CE-UBI-Pj-2020-084:ID382

Na sua reunião de 15 de dezembro de 2020 a Comissão de Ética apreciou a documentação científica submetida referente ao pedido de parecer do projeto “**Relação entre a autoperceção da prática médica e a sobrecarga da gestão da multimorbilidade em Medicina Geral e Familiar**”, da proponente **Ana Sofia Fernandes Ferreira**, a que atribuiu o código n.º CE-UBI-Pj-2020-084.

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

A Presidente da Comissão de Ética



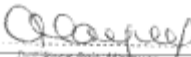
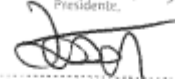
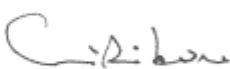

Assinado por: **ANA LEONOR SERRA MORAIS DOS SANTOS**
Num. de Identificação: BI112741975
Data: 2020.12.21 10:19:10+00'00'



(Professora Doutora Ana Leonor Serra Morais dos Santos)

(Professora Auxiliar)

Anexo 2| Parecer da Comissão de Ética para a Saúde da ARSC

 <p>GOVERNO DE PORTUGAL MINISTÉRIO DA SAÚDE</p>	 <p>ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE DO CENTRO, I.P.</p>
COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE	
<p>PARECER FINAL:</p> <p>FAVORÁVEL</p>	<p>DESPACHO:</p> <p><i>Retenida proposta de parecer final.</i> <i>04.03.2021</i></p> <p>Conselho Diretivo da A.R.S. do Centro, I.P.</p> <p> Dr. Rosa Reis Marques Presidente.</p>
<p>ASSUNTO:</p>	<p>Estudo 4/2021</p> <p>“Relação entre a autoperceção da prática médica e a sobrecarga da gestão da multimorbilidade em Medicina Geral e Familiar”</p> <p> Dr. António Raveiro Vogal.</p>
<p>O objetivo do projeto é relacionar a autoperceção da prática médica segundo a medicina centrada na pessoa com a avaliação da sobrecarga da gestão da multimorbilidade em Medicina Geral e Familiar, utilizando dois breves instrumentos de medição validados, "Instrumento para autoavaliação da realização de Medicina Centrada na Pessoa em Medicina Geral e Familiar" e "Questionário de Avaliação da Sobrecarga da Gestão da Multimorbilidade em Medicina Geral e Familiar". Além disso, será feita uma breve caracterização sociodemográfica da amostra.</p> <p>Os inquéritos serão enviados pela ARS Centro e aqueles não têm elementos de identificação individual</p> <p>Assume-se que o consentimento por parte dos internos e médicos de MGF será feito através da explicação associada e resposta livre</p> <p><i>Per'</i> O Relator  (Prof. Doutor Vítor Rodrigues)</p> <p>Presidente da CES  (Prof. Doutor Fontes Ribeiro)</p>	

Anexo 3| Formulário e Consentimento Livre, Esclarecido e Informado

“Relação entre a autoperceção da prática médica e a sobrecarga da gestão da multimorbilidade em Medicina Geral e Familiar”

(O questionário tem um tempo médio de resposta de cerca de 5 minutos).

Foi convidado(a) a participar num estudo de investigação no âmbito do Projeto de investigação da Tese de Mestrado “Relação entre a autoperceção da prática médica e a sobrecarga da gestão da multimorbilidade em Medicina Geral e Familiar” proposto por Ana Sofia Fernandes Ferreira, estudante do sexto ano de Medicina na Universidade da Beira Interior, orientado pelo Professor Doutor José Augusto Simões e coorientado pelo Professor Doutor Filipe Prazeres.

O objetivo do projeto é relacionar a autoperceção da prática médica segundo a medicina centrada na pessoa com a avaliação da sobrecarga da gestão da multimorbilidade em Medicina Geral e Familiar, utilizando dois breves instrumentos de medição validados, "Instrumento para autoavaliação da realização de Medicina Centrada na Pessoa em Medicina Geral e Familiar" e "Questionário de Avaliação da Sobrecarga da Gestão da Multimorbilidade em Medicina Geral e Familiar". Além disso, será feita uma breve caracterização sociodemográfica da amostra.

-A participação é voluntária e o participante é livre para recusar e/ou suspender a sua participação no estudo a qualquer momento, sem dar explicações.

-O questionário aplicado dá cumprimento ao estipulado no Regulamento Geral de Proteção de Dados, estando assegurada a segurança, proteção, anonimato e confidencialidade de todos os dados facultados pelos participantes, em todas as fases.

-Não haverá registo de dados de identificação.

-Não há conflitos de interesses a declarar.

-Este estudo não lhe trará nenhuma despesa e não existem riscos inerentes à participação.

A informação que fornecer será útil para fomentar programas de formação médica, podendo futuramente beneficiar destes programas.

Esta investigação científica é pioneira e as conclusões dela retiradas poderão ter aplicabilidade prática na melhoria dos Cuidados de Saúde Primários.

Se pretender algum esclarecimento sobre este estudo, por favor contacte a35419@fcsaude.ubi.pt.

1- Depois de ter lido o texto introdutório, considero-me informado/a e aceito participar no estudo, respondendo a este questionário, e autorizo que os resultados sejam utilizados em contexto de investigação científica.

- Sim
- Não

2- Autorizo o tratamento dos dados pessoais, de forma anónima, para fins de análise, relatórios de investigação e publicação científica.

- Sim
- Não

Questionário sociodemográfico:

Idade?

- Menor ou igual a 30 anos
- Maior que 30 anos e menor ou igual a 45 anos
- Maior que 45 anos

Sexo?

- Feminino
- Masculino

Estado Civil?

- Solteiro
- Casado ou a viver com companheiro
- Separado
- Divorciado
- Viúvo

Função?

- Interno de especialidade de Medicina Geral e Familiar
- Especialista de Medicina Geral e Familiar

Local de trabalho?

- USF
- UCSP
- Outro

Frequentou formação sobre Medicina Centrada na Pessoa?

- Sim
- Não

Frequentou formação sobre Multimorbilidade?

- Sim
- Não

Tempo de trabalho com doentes com Multimorbilidade?

- Menor ou igual a 1 ano
- Maior que 1 ano e menor ou igual a 5 anos
- Maior que 5 anos e menor ou igual a 10 anos
- Maior que 10 anos

Qual julga ser a proporção de doentes com Multimorbilidade no ficheiro?

- Menor ou igual a 25%
- Maior que 25% e menor ou igual a 50%
- Maior que 50% e menor ou igual a 75%
- Maior que 75%

Questionário de Avaliação da Sobrecarga da Gestão da Multimorbilidade em Medicina Geral e Familiar (SoGeMM-MGF)

1. Lidar com doentes com multimorbilidade reduz o tempo que tem disponível para os outros doentes?
 - Nada
 - Pouco
 - Mais ou menos
 - Muito
 - Extremamente

2. Sente-se sobrecarregado(a) pela proporção de doentes com multimorbilidade que vê na sua consulta?
 - Nada
 - Pouco
 - Mais ou menos
 - Muito
 - Extremamente

- 3.** O apoio de outro profissional (ex. psicólogo, nutricionista, dentista, gerontólogo social) tornaria o seu trabalho de lidar com doentes com multimorbilidade menos sobrecarregado?
- Nada
 - Pouco
 - Mais ou menos
 - Muito
 - Extremamente
- 4.** Receia iatrogenia quando lida com doentes com multimorbilidade?
- Nada
 - Pouco
 - Mais ou menos
 - Muito
 - Extremamente
- 5.** Considera excelentes as suas condições de trabalho para lidar com doentes com multimorbilidade?
- Nada
 - Pouco
 - Mais ou menos
 - Muito
 - Extremamente
- 6.** O seu trabalho com doentes com multimorbilidade é fácil pois segue as Normas de Orientação da DGS?
- Nada
 - Pouco
 - Mais ou menos
 - Muito
 - Extremamente
- 7.** Sente-se cansado fisicamente por lidar frequentemente com doentes com multimorbilidade?

- Nada
- Pouco
- Mais ou menos
- Muito
- Extremamente

8. De uma forma geral, lidar com doentes com multimorbilidade afeta a sua estabilidade emocional?

- Nada
- Pouco
- Mais ou menos
- Muito
- Extremamente

9. O seu trabalho com doentes com multimorbilidade é fácil pois segue as orientações de médicos de outras especialidades?

- Nada
- Pouco
- Mais ou menos
- Muito
- Extremamente

10. O apoio e resposta atempada às suas dúvidas por outras especialidades ajudaria na gestão do doente com multimorbilidade?

- Nada
- Pouco
- Mais ou menos
- Muito
- Extremamente

11. Sente-se frustrado(a) por não conseguir melhorar a gestão dos seus doentes com multimorbilidade?

- Nada
- Pouco

- Mais ou menos
- Muito
- Extremamente

12. Lidar com doentes com multimorbilidade causa-lhe ansiedade?

- Nada
- Pouco
- Mais ou menos
- Muito
- Extremamente

13. O seu trabalho com doentes com multimorbilidade é fácil ao cumprir os indicadores da ACSS?

- Nada
- Pouco
- Mais ou menos
- Muito
- Extremamente

14. Sente que na consulta tem o tempo suficiente para gerir os problemas do seu doente com multimorbilidade?

- Nada
- Pouco
- Mais ou menos
- Muito
- Extremamente

15. Considera que está mal preparado para gerir de forma integrada os doentes com multimorbilidade?

- Nada
- Pouco
- Mais ou menos
- Muito
- Extremamente

16. Dados os problemas apresentados pelo doente com multimorbilidade este deveria ser entendido como tendo o peso de unidade ponderada extra para efeitos de tamanho de lista?

- Nada
- Pouco
- Mais ou menos
- Muito
- Extremamente

Instrumento para autoavaliação da realização de Medicina Centrada na Pessoa em Medicina Geral e Familiar

Nas consultas de Medicina Geral e Familiar agendadas pelo consulente, costume:

17. Deixar falar inicialmente a pessoa, sem interrupção, sobre os sinais e sintomas que motivam a sua vinda à consulta.

- Raramente
- Poucas vezes
- Muitas vezes
- Quase sempre

18. Pedir à pessoa que fale sobre os seus receios e ideias acerca do que tem.

- Raramente
- Poucas vezes
- Muitas vezes
- Quase sempre

19. Perguntar sobre as expectativas acerca do que possa resultar da consulta.

- Raramente
- Poucas vezes
- Muitas vezes
- Quase sempre

20. Perguntar acerca da influência dos problemas na sua vida diária quer física

quer emocionalmente.

- Raramente
- Poucas vezes
- Muitas vezes
- Quase sempre

21. Inquirir sobre a sua perspetiva de ter uma doença.

- Raramente
- Poucas vezes
- Muitas vezes
- Quase sempre

22. Saber da auto perceção de estado geral de saúde.

- Raramente
- Poucas vezes
- Muitas vezes
- Quase sempre

23. Analisar a sua comunicação verbal e não-verbal.

- Raramente
- Poucas vezes
- Muitas vezes
- Quase sempre

24. Realizar exame físico e/ou analítico acerca das queixas.

- Raramente
- Poucas vezes
- Muitas vezes
- Quase sempre

25. Manter atualizado o conhecimento sobre a pessoa (formação, atividades laborais e extralaborais), religiosidade, pontos de interesse, rendimentos e aspirações.

- Raramente

- Poucas vezes
- Muitas vezes
- Quase sempre

26. Manter atualizado o conhecimento sobre a sua família (relações familiares, condições de habitação e rendimentos).

- Raramente
- Poucas vezes
- Muitas vezes
- Quase sempre

27. Manter atualizado o conhecimento sobre a ligação da pessoa à sociedade (voluntariado, cultura e política).

- Raramente
- Poucas vezes
- Muitas vezes
- Quase sempre

28. Elaborar com a pessoa a lista de problemas na consulta.

- Raramente
- Poucas vezes
- Muitas vezes
- Quase sempre

29. Definir em conjunto as prioridades a resolver.

- Raramente
- Poucas vezes
- Muitas vezes
- Quase sempre

30. Explicar o processo de tratamento que será realizado em conjunto e colaboração.

- Raramente

- Poucas vezes
- Muitas vezes
- Quase sempre

31. Certificar-me de que a pessoa percebeu e concorda com os objetivos a atingir.

- Raramente
- Poucas vezes
- Muitas vezes
- Quase sempre

32. Inquirir se percebeu o que deve ser feito para evitar piorar.

- Raramente
- Poucas vezes
- Muitas vezes
- Quase sempre

33. Verificar que a pessoa percebeu a importância de cumprir as indicações para que se obtenham resultados.

- Raramente
- Poucas vezes
- Muitas vezes
- Quase sempre

34. Observar os princípios da empatia médica tendo compaixão com a pessoa.

- Raramente
- Poucas vezes
- Muitas vezes
- Quase sempre

35. Tentar que a consulta dure o tempo necessário.

- Raramente
- Poucas vezes
- Muitas vezes

- Quase sempre

36. Demonstrar confiança nos meus conhecimentos e atitudes.

- Raramente
- Poucas vezes
- Muitas vezes
- Quase sempre

37. Dar espaço e responder às dúvidas da pessoa.

- Raramente
- Poucas vezes
- Muitas vezes
- Quase sempre

38. Ter comportamento que permita perceber em simultâneo o corpo e a mente do meu consulente.

- Raramente
- Poucas vezes
- Muitas vezes
- Quase sempre

Nota: Todas as questões foram consideradas obrigatórias.

Anexo 4| Termo de Responsabilidade:



4 - Termo de Responsabilidade:

Eu, abaixo assinado, na qualidade de investigador responsável, declaro por minha honra que as informações prestadas são verdadeiras e que em todo o processo de investigação serão respeitados os direitos humanos e as recomendações constantes nos documentos nacionais e internacionais relativos à investigação e que protesto juntar relatório final a esta Comissão de Ética, nomeadamente e efeitos adversos graves que ocorram no decurso da investigação.

Data: 7 de janeiro de 2021

O investigador responsável: Ana Sofia FERREIRA