



FACULDADE DE MEDICINA  
UNIVERSIDADE D  
COIMBRA

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA – TRABALHO FINAL

RITA MIGUEL DA CRUZ FILIPE REGATIA

***Multimorbilidade: impacto no exercício da Medicina Centrada na Pessoa e no  
distress médico em Medicina Geral e Familiar***

ARTIGO CIENTÍFICO

ÁREA CIENTÍFICA DE MEDICINA GERAL E FAMILIAR

Trabalho realizado sob a orientação de:

PROFESSOR DOUTOR LUIZ MIGUEL DE MENDONÇA SOARES SANTIAGO

NOVEMBRO/2021

## **Multimorbilidade: impacto no exercício da Medicina Centrada na Pessoa e no distress médico em Medicina Geral e Familiar**

Rita Miguel da Cruz Filipe Regatia<sup>1</sup>

<sup>1</sup>FMUC – Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra, Portugal

[ritaregatia@gmail.com](mailto:ritaregatia@gmail.com)

Professor Doutor Luiz Miguel de Mendonça Soares Santiago<sup>2</sup>

<sup>2</sup>FMUC – Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra, Portugal

[luizmiguel.santiago@gmail.com](mailto:luizmiguel.santiago@gmail.com)

## **Índice**

<b>Lista de Abreviaturas .....</b>	<b>4</b>
<b>Resumo .....</b>	<b>5</b>
<b>Abstract .....</b>	<b>7</b>
<b>Introdução .....</b>	<b>9</b>
<b>Métodos .....</b>	<b>11</b>
Desenho do estudo .....	11
Seleção dos participantes .....	11
Recolha de dados .....	11
Análise de dados .....	13
<b>Resultados .....</b>	<b>14</b>
Caracterização da amostra .....	14
Estatística inferencial .....	16
<b>Discussão .....</b>	<b>20</b>
<b>Conclusão .....</b>	<b>22</b>
<b>Agradecimentos .....</b>	<b>23</b>
<b>Referências Bibliográficas .....</b>	<b>24</b>
<b>Anexos .....</b>	<b>25</b>
Anexo I - Fator “Gestão da Consulta” do Questionário de Avaliação da Sobrecarga da Gestão da Multimorbidade em Medicina Geral e Familiar (SoGeMM-MGF) .....	25
Anexo II - Dimensão “Compreender a pessoa como um todo” do Questionário de Autoperceção do Desempenho da Medicina Centrada na Pessoa em Medicina Geral e Familiar .....	26
Anexo III - Patient Health Questionnaire-4 (PHQ-4) .....	27
Anexo IV - Autorização da Comissão de Ética da Administração Regional de Saúde do Centro para a realização do estudo .....	28

## **Lista de abreviaturas**

**ARS** - Administração Regional de Saúde

**GAD-2** – General Anxiety Disorder-2

**GP/FM** - General Practice/Family Medicine

**MCP** - Medicina Centrada na Pessoa

**MGF** - Medicina Geral e Familiar

**MF** - Médico de Família

**MM** – Multimorbilidade

**PCM** - Patient-Centered Medicine

**PHQ-4** – Patient Health Questionnaire-2/

**PHQ-4** - Patient Health Questionnaire-4

**SoGeMM-MGF** - Sobrecarga da Gestão da Multimorbilidade em Medicina Geral e Familiar

**UCSP** - Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

**USF** - Unidade de Saúde Familiar

## Resumo

**Introdução:** A multimorbidade (MM) é cada vez mais prevalente e a gestão de doentes dela sofrendo é complexa e exigente, relacionando-se com maior sobrecarga no contexto da Medicina Geral e Familiar (MGF). A Medicina Centrada na Pessoa (MCP) baseia-se no reconhecimento do doente numa perspetiva holística, promove a adesão ao tratamento e melhora as consequências em saúde. O bem-estar dos médicos e a sua saúde mental são fatores importantes no exercício da profissão e na compreensão e valorização do doente e suas doenças. O objetivo deste estudo foi avaliar se a sobrecarga pela gestão da MM estava associada à menos sentida prática da MCP e a sintomas de ansiedade e depressão, o distress, nos médicos de MGF.

**Métodos:** Realizou-se um estudo observacional e transversal numa amostra de conveniência de médicos de MGF através da aplicação on-line de questionários com o fator “Gestão da Consulta” do Questionário de Avaliação da Sobrecarga da Gestão da Multimorbidade em MGF (SoGeMM-MGF), a dimensão “Compreender a pessoa como um todo” do Questionário de Autoperceção do Desempenho da Medicina Centrada na Pessoa em MGF (MCP) e o *Patient Health Questionnaire-4* (PHQ-4), em Agosto de 2021. Para as várias escalas, mais alta pontuação significa melhor estado. Foi realizada estatística descritiva e inferencial.

**Resultados:** Amostra de  $n=151$ , 72,2% mulheres ( $n=109$ ) e 45,0% da amostra até 35 anos ( $n=68$ ). Verificou-se correlação entre a pontuação total do SoGeMM-MGF e MCP negativa e significativa ( $\rho=-0,220$ ;  $p=0,007$ ) e correlação positiva e significativa entre a pontuação total do SoGeMM-MGF e PHQ-4 ( $\rho=0,320$ ;  $p<0,001$ ). Verificou-se que a sobrecarga pela gestão da MM é diferente por “Sexo” (feminino:  $10,47\pm 1,48$ ; masculino:  $9,55\pm 1,50$ ;  $p=0,001$ ) e “Número médio de consultas presenciais e/ou remotas por semana a doentes com MM” ( $<26:9,73\pm 1,87$ ;  $26-45:10,09\pm 1,41$ ;  $>45:10,67\pm 1,46$ ;  $p=0,026$ ). A MCP teve pontuação significativamente diferente para “Fase de formação” (especialista:  $7,72\pm 2,11$ ; interno:  $6,79\pm 1,68$ ;  $p=0,010$ ) e “Grupo etário” ( $<36:6,82\pm 1,73$ ;  $36-50:7,80\pm 2,13$ ;  $>50:8,50\pm 2,11$ ;  $p<0,001$ ).

**Discussão:** Os presentes resultados, pioneiros, devem ser cuidadosamente lidos e apontam para a realização de mais estudos que permitam investigar estratégias para a redução da sobrecarga pela gestão dos doentes com MM, evitando o impacto negativo no exercício da MCP e na saúde mental dos médicos de MGF, até por não haver de momento estudos para comparação de resultados.

**Conclusão:** Neste estudo a sobrecarga pela gestão da Multimorbidade associou-se a uma menor autoperceção da realização da MCP e a um maior nível de distress (sintomas de ansiedade e depressão) nos médicos de MGF.

**Palavras-chave:** Multimorbidade; Medicina Centrada na Pessoa; Ansiedade; Depressão; Medicina Geral e Familiar

## Abstract

**Introduction:** Multimorbidity (MM) is becoming ever prevalent, its management being complex and demanding and associated particularly in the context of General Practice/Family Medicine (GP/FM). Patient-centered Medicine (PCM) is about recognizing the patient in a holistic perspective, promotes adherence to treatment and improves health outcomes. The well-being of physicians and their sound mental health are important factors in patient's provided care, particularly in understanding the patient and valuing their illness. The aim of this study was to assess if the burden of the management of MM was associated with a less felt practice of PCM and to symptoms of anxiety and depression, the distress, amongst GP/FM physicians.

**Methods:** An observational, cross-sectional study was conducted in a convenience sample of GP/FM physicians through the application on-line in dedicated professional sites of a questionnaire with the factor "Consultation management" of the Questionnaire of Evaluation of Burden of Management of Multimorbidity in General and Family Medicine (SoGeMM-MGF), the dimension "Understanding the whole person" of the Questionnaire of Self-Awareness of Performing Patient-Centered Medicine in General Practice / Family Medicine (PCM), and the Patient Health Questionnaire-4 (PHQ-4), in August of 2021. For all questionnaires higher score means better result. Data was analysed using descriptive and inferential statistics.

**Results:** Sample of  $n=151$ , 72,2% women ( $n=109$ ) and 45,0% up to 35 years ( $n=68$ ). We found a negative and significant correlation between the total score of SoGeMM-MGF and PCM ( $\rho=-0,220$ ;  $p=0,007$ ) and a positive and significant correlation between the total score of SoGeMM-MGF and PHQ-4 ( $\rho=0,320$ ;  $p<0,001$ ). The burden of management of MM is different according to "Sex" (female:  $10,47\pm 1,48$ ; male:  $9,55\pm 1,50$ ;  $p=0,001$ ) and "Average number of consultations in person/remote per week with patients with MM" ( $<26:9,73\pm 1,87$ ;  $26-45:10,09\pm 1,41$ ;  $>45:10,67\pm 1,46$ ;  $p=0,026$ ). PCM scored significantly different between "Being an attending physician or a resident" (attending physician:  $7,72\pm 2,11$ ; resident:  $6,79\pm 1,68$ ;  $p=0,010$ ) and "Age group" ( $<36:6,82\pm 1,73$ ;  $36-50:7,80\pm 2,13$ ;  $>50:8,50\pm 2,11$ ;  $p<0,001$ ).

**Discussion:** The present results, pioneering, must be carefully interpreted and point out the need for further studies that investigate strategies for reducing the burden of management of patients with MM, avoiding the negative impact on the practice of PCM and on GP/FM physicians' mental health.

**Conclusion:** In this study the burden of management of Multimorbidity was associated with a lower self-awareness of performing PCM and a higher level of distress (symptoms of anxiety and depression) of GP/FM physicians.

**Keywords:** Multimorbidity; Patient-Centered Medicine; Anxiety; Depression; General Practice

## Introdução

A multimorbilidade (MM) é definida 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.”<sup>1</sup>

A MM está associada a diminuição da qualidade de vida, a polifarmacoterapia, a aumento da mortalidade e a maior utilização dos cuidados de saúde, em particular da consulta de Medicina Geral e Familiar (MGF).<sup>2</sup>

Pelo aumento da esperança média de vida com envelhecimento da população, a MM torna-se uma problemática cada vez mais prevalente, particularmente em idosos, sendo estimada a sua prevalência em Portugal em 72,7% na população adulta.<sup>3</sup>

A gestão destes doentes com MM é complexa e exigente, particularmente para os médicos nos Cuidados de Saúde Primários / Medicina Geral e Familiar, pelo que se torna necessário investigar o impacto que tem no bem-estar desta classe médica, nomeadamente através do Questionário de Avaliação da Sobrecarga da Gestão da Multimorbilidade em Medicina Geral e Familiar (SoGeMM-MGF), desenvolvido em 2019, com coerência e validade de construto demonstradas, podendo ser utilizado como um instrumento fiável para esta análise.<sup>4</sup>

O conceito de Medicina Centrada na Pessoa (MCP) introduzido por Balint na década de 70 é reconhecido como um método importante no exercício da medicina. A MCP baseia-se no reconhecimento do doente numa perspetiva holística, considerando os seus valores, necessidades, preferências e experiências.<sup>5</sup> Esta abordagem foi definida por Moira Stewart et al. como Método Clínico Centrado na Pessoa e inclui quatro componentes: explorar a saúde, a doença e a experiência de doença; compreender a pessoa como um todo; encontrar entendimento; melhorar a relação médico-doente.<sup>6</sup>

A MCP está associada a um melhor conhecimento do doente, maior confiança, menor necessidade de referenciação para consultas de outras especialidades médicas, redução da requisição de exames complementares de diagnóstico e diminuição da utilização de cuidados hospitalares.<sup>7</sup> A evidência demonstrou já que o exercício da MCP promove a adesão ao tratamento e uma melhoria do *outcome* em saúde, que definiremos como consequência em saúde.<sup>8</sup> Em particular, este método deve ser exercido nos doentes com MM, através de um processo de decisão partilhada e aliança terapêutica, tendo o paciente um papel ativo quanto às táticas das decisões terapêuticas e respetivas responsabilidades.<sup>9</sup> Em 2016, foi desenvolvido um Questionário de Autoperceção do Desempenho da Medicina Centrada na Pessoa em Medicina Geral e Familiar, que assume a autoavaliação médica como parâmetro de mensuração do exercício da MCP e que demonstrou boa consistência interna e fiabilidade.<sup>10</sup>

A saúde física e mental dos profissionais de saúde é um importante fator para a sua capacidade de exercer a profissão, compreendendo e valorizando a pessoa e a sua MM. Em particular, a ansiedade, a depressão e o “distress” podem interferir com a capacidade para tomar decisões e, a longo prazo, com a qualidade de vida. O *Patient Health Questionnaire-4* (PHQ-4) foi desenvolvido e validado em 2009 para a deteção de distúrbios de ansiedade e depressão, as mais frequentes perturbações de saúde mental, que muitas vezes coexistem.<sup>11</sup>

O objetivo deste trabalho foi avaliar se a sobrecarga da gestão da MM pelos médicos de MGF estava associada à menos sentida prática da MCP e ainda se essa sobrecarga estava associada a sintomas de ansiedade, de depressão e a distress dos médicos. Desta forma, procurámos contribuir para uma maior compreensão do impacto da MM tanto no exercício da MCP, como no bem-estar dos profissionais de saúde e, assim, encontrar objetivos estratégicos que permitam a melhor gestão da Multimorbilidade e menor impacto no exercício da medicina e na saúde mental dos médicos.

## **Métodos**

### **Desenho do estudo**

Realizou-se um estudo observacional e transversal numa amostra de conveniência de médicos da Especialidade de Medicina Geral e Familiar que exercem a sua atividade profissional na Administração Regional de Saúde (ARS) do Centro.

A recolha dos dados decorreu em Agosto de 2021, tendo sido feito um convite para resposta ao questionário online através de redes específicas de conversação: a dos Tutores de rede alargada e da rede interna da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra e a de MGFamiliar.

### **Seleção dos participantes**

A população em estudo correspondeu à dos médicos da especialidade de MGF que exerciam a sua atividade laboral nas Unidades de Saúde Familiares (USF) e Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) da ARS do Centro, correspondendo a um total de aproximadamente 1000 médicos, segundo dados fornecidos pela ARS do Centro.

Definiu-se amostra representativa desta população como a de 90 médicos, correspondendo a 10 respostas por cada pergunta do Questionário sobre MCP.

### **Recolha de dados**

Anteriormente ao início do estudo foi submetido um pedido de apreciação à Comissão de Ética da ARS do Centro, que foi positivo e homologado pelo Conselho Diretivo da Administração Regional de Saúde do Centro a 8 de Junho de 2021 (Anexo IV).

A recolha de dados foi realizada em Agosto de 2021 através da aplicação de questionários com o fator “Gestão da Consulta” do Questionário SoGeMM-MGF, a dimensão “Compreender a pessoa como um todo” do Questionário MCP e o instrumento PHQ-4.

Foi também colocado um conjunto de questões para caracterizar a amostra: idade, sexo, tipo de unidade de trabalho (UCSP, USF A ou USF B), fase da formação (interno ou especialista), número médio de consultas que realiza por semana e número médio de consultas realizadas por semana a doentes com MM, garantindo-se o anonimato, o sigilo e a confidencialidade.

O Questionário SoGeMM-MGF<sup>4</sup> tem, entre outros capítulos, o “Gestão da Consulta”, com três questões de autopreenchimento em escala de tipo Likert com cinco alternativas de resposta. A chave da cotação varia entre 1 e 5 e quanto maior a cotação atribuída a um item, maior a sobrecarga associada ao mesmo.

O Questionário MCP<sup>10</sup> foi construído e validado em 2016 tendo por base o modelo de Moira Stewart e colaboradores<sup>6</sup>. A dimensão “Compreender a pessoa como um todo” apresenta três questões, utilizando para resposta uma escala de Likert com quatro opções. Quanto maior a cotação atribuída a cada item, maior é a Autoperceção da realização de uma MCP.

O Questionário PHQ-4<sup>11</sup> foi desenvolvido e validado em 2009 por Kroenke et al. e inclui duas questões para rastreio de depressão, o *Patient Health Questionnaire-2* (PHQ-2), e duas questões para rastreio de distúrbio de ansiedade generalizada, o *Generalized Anxiety Disorder-2* (GAD-2). No total, o PHQ-4 inclui quatro questões de preenchimento de escalas de Likert com quatro alternativas de resposta. A chave da cotação varia entre 0 e 3. Considera-se um rastreio positivo para depressão quando o score do PHQ-2 é superior ou igual a 3, e um rastreio positivo para ansiedade quando o score do GAD-2 é superior ou igual a 3. A soma das pontuações individuais dos 4 itens determina a pontuação total [0, 12] considerando-se os seguintes níveis de *distress*: nenhum (pontuação 0-2), ligeiro (pontuação 3-5), moderado/ “*yellow flag*” (pontuação 6-8) e severo/ “*red flag*” (pontuação 9-12).

## **Análise de dados**

Na análise estatística dos dados recolhidos foi utilizado o software IBM SPSS (Statistical Package for the Social Sciences), versão 25.

Foi realizada estatística descritiva para caracterização da amostra e estatística inferencial, nomeadamente o Teste de Kolmogorov-Smirnov de uma amostra, para avaliar a normalidade da distribuição dos dados de variáveis numéricas. Uma vez que os dados recolhidos tinham distribuição normal, utilizaram-se testes paramétricos, tais como o Coeficiente de Correlação de Pearson, para avaliar a correlação entre as pontuações totais dos questionários SoGeMM-MGF, MCP e PHQ-4, assim como o teste t-Student para amostras independentes e o teste ANOVA a 1 fator para avaliar a existência de diferença entre as categorias das variáveis epidemiológicas, relativamente às 3 variáveis em estudo.

Definiu-se como valor de p para diferença significativa o valor de  $p < 0.05$ .

## **Resultados**

### **Caracterização da Amostra**

Segundo a Tabela 1, a amostra do estudo foi constituída por 151 médicos da especialidade de MGF, dos quais 72,2% eram mulheres e a maioria tinha até 35 anos. Quanto às questões relativas à carreira e local de trabalho, 117 eram especialistas de MGF e 34 internos e a maioria exercia a sua atividade profissional em USF. Relativamente ao número médio de consultas presenciais por semana, a maioria dos inquiridos estimou realizar mais de 45 consultas e, quanto ao número médio de consultas presenciais e/ou remotas por semana a doentes com MM, cerca de 50% dos médicos relatou realizar entre 26 a 45 consultas.

**Tabela 1** - Caracterização da amostra quanto a sexo, grupo etário, fase de formação, Unidade de trabalho, número de consultas por semana e número de consultas de pacientes com multimorbilidade por semana.

	Frequência	Porcentagem
<b>Sexo</b>		
Feminino	109	72,2%
Masculino	42	27,8%
<b>Grupo Etário</b>		
Até 35 anos (inclusive)	68	45,0%
36 a 50 anos (inclusive)	32	21,2%
51 ou mais anos	51	33,8%
<b>Fase de formação</b>		
Interno	34	22,5%
Especialista	117	77,5%
<b>Unidade de Trabalho</b>		
USF A	55	36,4%
USF B	59	39,1%
UCSP	37	24,5%
<b>Nº consultas / semana</b>		
Até 25 (inclusive)	10	6,6%
26 - 45 (inclusive)	38	25,2%
Igual ou superior a 46	103	68,2%
<b>Nº consultas MM / semana</b>		
Até 25 (inclusive)	26	17,2%
26 - 45 (inclusive)	77	51,0%
Igual ou superior a 46	48	31,8%

Notas: USF - Unidade de Saúde Familiar; UCSP - Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados; MM - Multimorbilidade

## Estatística inferencial

O Teste de Kolmogorov-Smirnov com a Correção de Significância de Lilliefors foi aplicado para estudar a normalidade de distribuição dos dados numéricos da amostra. O somatório total dos questionários SoGeMM-MGF, do MCP e do PHQ-4 tinha distribuição normal, pelo que de seguida foram utilizados testes paramétricos. (Tabela 2)

**Tabela 2** - Teste de Kolmogorov-Smirnov com Correção de Significância de Lilliefors para a pontuação global de Avaliação da Sobrecarga da Gestão da Multimorbilidade em Medicina Geral e Familiar SoGeMM-MGF, de Medicina Centrada na Pessoa (MCP) e Patient Health Questionnaire 4 (PHQ-4).

	<b>Total SoGeMM-MGF</b>	<b>Total MCP</b>	<b>Total PHQ-4</b>
<b>N</b>	151	151	151
<b>Estatística de teste</b>	0,138	0,133	0,114
<b>Significância (2 extremidades)</b>	<0.001	<0.001	<0.001

Avaliou-se a correlação entre as variáveis em estudo pelo Coeficiente de Correlação de Pearson, Tabela 3, tendo sido demonstrado que esta é negativa e estatisticamente significativa entre o score total do SoGeMM-MGF e MCP ( $\rho=-0,220$ ;  $p=0,007$ ) e que existe também correlação estatisticamente significativa, mas neste caso positiva, entre o score total do SoGeMM-MGF e PHQ-4 ( $\rho=0,320$ ;  $p<0,001$ ). A correlação entre o score total do PHQ-4 e do MCP é negativa, mas fraca e estatisticamente não significativa.

**Tabela 3** – Correlações entre os somatórios totais do SoGeMM-MGF, MCP e PHQ-4.

		<b>Total MCP</b>
<b>Total SoGeMM-MGF</b>	Correlação de Pearson	- 0,220
	Significância	0,007
	N	151
		<b>Total PHQ-4</b>
<b>Total SoGeMM-MGF</b>	Correlação de Pearson	0,320
	Significância	<0.001
	N	151
		<b>Total MCP</b>
<b>Total PHQ-4</b>	Correlação de Pearson	- 0,036
	Significância	0,663
	N	151

Aplicaram-se os testes t-Student para amostras independentes e ANOVA a 1 fator para estudar a diferença entre grupos das variáveis de caracterização da amostra, relativamente aos scores totais do SoGeMM-MGF, MCP e PHQ-4. Os resultados destes testes de comparação entre grupos são apresentados na Tabela 4.

Segundo a Tabela 4 e relativamente ao somatório total do SoGeMM-MGF, foi encontrada diferença estatisticamente significativa entre grupos para as variáveis “Sexo” ( $p=0,001$ ) e “Número médio de consultas presenciais e/ou remotas por semana a doentes com MM” ( $p=0,026$ ). Quanto à pontuação total do questionário sobre MCP, existe diferença estatisticamente significativa entre grupos para as variáveis “Fase de formação” ( $p=0,010$ ) e “Grupo etário” ( $p<0,001$ ).

**Tabela 4** – Comparação entre grupos de variáveis sexo, fase de formação, grupo etário, unidade de trabalho, número de consultas por semana e número de consultas a pessoas com Multimorbidade por semana, segundo o somatório total do SoGeMM-MGF, MCP e PHQ-4

		<b>Total SoGeMM-MGF</b>	<b>Total MCP</b>	<b>Total PHQ-4</b>
<b>Sexo</b>	Sig	0,001	0,518	0,142
<b>Fase de formação</b>		0,641	0,010	0,205
<b>Grupo etário</b>		0,056	<0.001	0,286
<b>Unidade de trabalho</b>		0,384	0,949	0,330
<b>Nº consultas /semana</b>		0,310	0,342	0,273
<b>Nº consultas MM /semana</b>		0,026	0,941	0,886

Notas: MM - Multimorbidade

A descrição de resultados significativamente diferentes é mostrada na Tabela 5. Nesta pode verificar-se que o sexo feminino e os médicos que relataram mais consultas presenciais com pacientes com MM apresentaram valores mais elevados de Avaliação da Sobrecarga da Gestão da Multimorbidade em Medicina Geral e Familiar e que especialistas em MGF e médicos mais idosos pontuaram melhor em MCP.

**Tabela 5** – Diferenças entre grupos estatisticamente significativas para o score total do SoGeMM-MGF e MCP

<b>Sexo</b>		<b>Média SoGeMM-MGF</b>
	Masculino	9,55 ± 1,50
	Feminino	10,47 ± 1,48
<b>Nº consultas MM / semana</b>	Até 25 (inclusive)	9,73 ± 1,87
	26 - 45 (inclusive)	10,09 ± 1,41
	Igual ou superior a 46	10,67 ± 1,46
<b>Fase de formação</b>		<b>Média MCP</b>
	Especialista	7,72 ± 2,11
	Interno	6,79 ± 1,68
<b>Grupo etário</b>	Até 35 anos (inclusive)	6,82 ± 1,73
	36 a 50 anos (inclusive)	7,80 ± 2,13
	51 ou mais anos	8,50 ± 2,11

Notas: MM - Multimorbidade

## Discussão

A prevalência da MM tem vindo a aumentar, particularmente no contexto dos Cuidados de Saúde Primários, onde o médico de família exerce um importante papel de gestão destes doentes. No entanto, existem ainda poucos estudos que avaliem o impacto da sobrecarga associada à gestão da MM, nomeadamente, em termos do bem-estar dos médicos e do exercício da medicina.

O questionário SoGeMM-MGF, desenvolvido por autores portugueses, foi construído e validado para avaliação do impacto da sobrecarga da gestão da MM em MGF, no contexto da população portuguesa, desconhecendo-se a existência de outros instrumentos com objetivos semelhantes validados para língua portuguesa ou inglesa.<sup>4</sup>

O presente trabalho fez uso desse questionário para avaliar a influência da sobrecarga da gestão da MM na autoperceção da realização da Medicina Centrada na Pessoa pelos médicos de MGF, isto é, avaliou o impacto desta sobrecarga no reconhecimento do doente numa perspetiva holística, tomando em consideração os seus valores e preferências. Este estudo avaliou também a relação entre a gestão da MM e o bem-estar dos médicos de MGF, procurando perceber se a sobrecarga desta gestão se associa a um maior nível de ansiedade e depressão, o distress, dos médicos. Esta será uma investigação pioneira, pois considera variáveis que, de acordo com a revisão da literatura em língua inglesa e portuguesa, nunca terão sido abordadas em conjunto.

A leitura dos presentes resultados deve, no entanto, ser cuidadosa, pois os resultados advêm de amostra de conveniência, porventura tendo respondido mais os médicos com características particulares. A capacidade de realização por outra forma de aplicação de questionário seria também passível de crítica, pois a aplicação presencial obrigaria o médico a responder na hora, podendo a resposta ser enviesada pelo estado de espírito do momento. A aplicação on-line teve pelo menos a capacidade de permitir ao médico a resposta no seu tempo mais adequado, evitando outros vieses como os de disponibilidade, pressão e desejabilidade social. Em tempos de pandemia COVID19, foi julgado ser esta a melhor e mais prática possibilidade de realização deste trabalho. A sua leitura, assumindo-se o carácter exploratório apenas numa Região de Saúde do País, não será espelho do total nacional.

Verificou-se uma correlação significativa e negativa entre o somatório total dos questionários SoGeMM-MGF e MCP, o que indica que a sobrecarga pela gestão dos doentes com MM se associava a uma menor autoperceção da realização da MCP por parte dos médicos de MGF. Este achado é muito importante, pois a prática da MCP tem diversas vantagens, tais como uma menor necessidade de referenciação do doente e redução da requisição de exames complementares de diagnóstico, promovendo também a adesão ao tratamento e uma melhoria do *outcome* em saúde. Assim, será relevante estudar formas de minorar a sobrecarga da gestão da MM para evitar este impacto prejudicial no exercício da medicina.

A correlação positiva entre a soma total dos questionários SoGeMM-MGF e PHQ-4 apresentou significância estatística, o que nos permite inferir que a sobrecarga da gestão da MM estava associada a um maior impacto na saúde mental dos médicos de MGF, nomeadamente, a sintomas de ansiedade e depressão. Este resultado é relevante, pois a saúde dos médicos é um fator significativo na qualidade do exercício da profissão e na compreensão e valorização da pessoa doente e da sua doença. Neste sentido, será vantajoso investigar soluções para uma gestão mais eficaz da MM e explorar estratégias de coping que possam auxiliar na diminuição do distress psicológico dos médicos de MGF.

Quanto ao questionário SoGeMM-MGF, foi encontrada diferença significativa para a variável “Sexo”, tendo as médicas de MGF demonstrado uma maior sobrecarga pela gestão da MM, e para a variável “Número médio de consultas presenciais e/ou remotas por semana a doentes com MM”, sendo a sobrecarga sentida pelos médicos com a gestão da MM tanto maior quanto maior o número médio de consultas a doentes com MM. Mais uma vez se salienta a necessidade de encontrar formas de trabalho diferentes das atuais para reduzir situações que podem interferir com a qualidade do ato médico.

No questionário MCP foi encontrada diferença significativa entre grupos para a variável “Fase de formação”, sendo que os médicos especialistas em MGF tinham uma maior autoperceção da realização de MCP que os médicos internos da especialidade e também para a variável “Grupo etário”, para a qual quanto maior a idade, mais sentida era a realização da MCP. Tal pode sugerir que com os anos de experiência clínica existe uma maior capacidade de entender o doente numa perspetiva holística, pelo que será relevante reconhecer causas para que isso aconteça e definir estratégias com o objetivo de capacitar os médicos de família em fases iniciais do seu processo formativo.

## **Conclusão**

Conclui-se que a sobrecarga pela gestão da Multimorbidade se associou a uma menor autoperceção da realização da MCP ( $\rho = -0,220$ ;  $p = 0,007$ ) e ainda a um maior nível de distress (sintomas de ansiedade e depressão) nos médicos de MGF ( $\rho = 0,320$ ;  $p < 0,001$ ).

Desta forma, é importante que no futuro sejam estudadas estratégias para tornar a gestão dos doentes com multimorbidade mais eficaz, procurando minorar a sobrecarga sentida pelos profissionais de saúde e, assim, não prejudicar o exercício da Medicina Centrada na Pessoa nem a saúde mental dos médicos de MGF.

## **Agradecimentos**

Ao Professor Doutor Luiz Santiago pela sua ajuda e orientação, essenciais para a realização deste trabalho.

A todos os médicos que aceitaram participar no estudo.

À minha família, aos amigos, e ao Tiago, por todo o apoio que me foram dando ao longo destes 6 anos.

## Bibliografia

1. Prazeres F, Santiago LM, Simões JA. Defining Multimorbidity: From English to Portuguese Using a Delphi Technique. *Biomed Res Int.* 2015;2015. doi:10.1155/2015/965025
2. Fortin M, Soubhi H, Hudon C, Bayliss EA, van den Akker M. Multimorbidity's many challenges. *BMJ.* 2007;334(7602):1016-1017. doi:10.1136/bmj.39201.463819.2C
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). doi:10.1136/bmjopen-2015-009287
4. Prazeres F, Santiago LM, Pereira PM, Santos PM, 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). *Gaz Médica.* 2019;6:221-227. doi:10.29315/gm.v6i4.272
5. Balint E. The possibilities of patient-centered medicine. *J R Coll Gen Pract.* 1969;17(82):269-276.
6. Stewart M, Brown JB, Donner A, et al. The impact of patient-centered care on outcomes. *J Fam Pract.* 2000;49(9):796-804.
7. Pires P. Medicina centrada no paciente: Melhor qualidade com menores custos. *Rev Port Med Geral e Fam.* 2011;27; 482-6.
8. Robinson JH, Callister LC, Berry JA, Dearing KA. Patient-centered care and adherence: definitions and applications to improve outcomes. *J Am Acad Nurse Pract.* 2008;20(12):600-607. doi:10.1111/j.1745-7599.2008.00360.x
9. Chi WC, Wolff J, Greer R, Dy S. Multimorbidity and decision-making preferences among older adults. *Ann Fam Med.* 2017;15(6):546-551. doi:10.1370/afm.2106
10. Santiago LM, Simões JA, Vale M, De Faria E, Ferreira PL, Rosendo I. Self-awareness of performing patient-centered medicine in general practice / family medicine: Development of a measurement scale. *Acta Med Port.* 2020;33(6):407-414. doi:10.20344/amp.11742
11. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JBW, Löwe B. An ultra-brief screening scale for anxiety and depression: the PHQ-4. *Psychosomatics.* 2009;50(6):613-621. doi:10.1176/appi.psy.50.6.613

**Anexo I - Fator "Gestão da Consulta" do Questionário de Avaliação da Sobrecarga da Gestão da Multimorbidade em Medicina Geral e Familiar (SoGeMM-MGF)**

**Lidar com doentes com multimorbidade reduz o tempo que tem disponível para os outros doentes?**

Nada	<input type="checkbox"/>	Pouco	<input type="checkbox"/>	Mais ou menos	<input type="checkbox"/>	Muito	<input type="checkbox"/>	Extremamente	<input type="checkbox"/>
------	--------------------------	-------	--------------------------	---------------	--------------------------	-------	--------------------------	--------------	--------------------------

**Sente-se sobrecarregado(a) pela proporção de doentes com multimorbidade que vê na sua consulta?**

Nada	<input type="checkbox"/>	Pouco	<input type="checkbox"/>	Mais ou menos	<input type="checkbox"/>	Muito	<input type="checkbox"/>	Extremamente	<input type="checkbox"/>
------	--------------------------	-------	--------------------------	---------------	--------------------------	-------	--------------------------	--------------	--------------------------

**Considera que está mal preparado para gerir de forma integrada os doentes com multimorbidade?**

Nunca	<input type="checkbox"/>	Raramente	<input type="checkbox"/>	Mais ou menos	<input type="checkbox"/>	Frequentemente	<input type="checkbox"/>	Sempre	<input type="checkbox"/>
-------	--------------------------	-----------	--------------------------	---------------	--------------------------	----------------	--------------------------	--------	--------------------------

**Anexo II** - Dimensão “Compreender a pessoa como um todo” do Questionário de Autopercepção do Desempenho da Medicina Centrada na Pessoa em Medicina Geral e Familiar

<p>Nas consultas de Medicina Geral e Familiar <b>agendadas pela pessoa, costume:</b></p>	<p><b>Resposta</b></p>			
<p>Manter atualizado o conhecimento sobre a pessoa (formação, atividades laborais e extralaborais), religiosidade, pontos de interesse, rendimentos e aspirações.</p>	<p>Quase sempre <input type="checkbox"/></p>	<p>Muitas vezes <input type="checkbox"/></p>	<p>Poucas vezes <input type="checkbox"/></p>	<p>Raramente <input type="checkbox"/></p>
<p>Manter atualizado o conhecimento sobre a sua família (relações familiares, condições de habitação e rendimentos).</p>	<p>Quase sempre <input type="checkbox"/></p>	<p>Muitas vezes <input type="checkbox"/></p>	<p>Poucas vezes <input type="checkbox"/></p>	<p>Raramente <input type="checkbox"/></p>
<p>Manter atualizado o conhecimento sobre a sua ligação à sociedade (voluntariado, cultura e política).</p>	<p>Quase sempre <input type="checkbox"/></p>	<p>Muitas vezes <input type="checkbox"/></p>	<p>Poucas vezes <input type="checkbox"/></p>	<p>Raramente <input type="checkbox"/></p>

**Anexo III - Patient Health Questionnaire-4 (PHQ-4)**

<b>Durante as duas últimas semanas, com que frequência tem sentido os seguintes problemas? Assinale a sua resposta.</b>	0- Não, de todo	1- Vários dias	2- Mais de metade dos dias	3- Quase todos os dias
Estar nervoso/a, ansioso/a ou "no limite"				
Não ser capaz de parar ou controlar a preocupação				
Ter pouco interesse ou prazer em fazer coisas				
Estar em baixo, deprimido/a, ou sem esperança				

**Anexo IV - Autorização da Comissão de Ética da Administração Regional de Saúde do Centro para a realização do estudo**



**COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE**

<b>PARECER FINAL:</b>  <b>FAVORÁVEL</b>	<b>DESPACHO:</b>  <i>Homologado</i>  <i>8 06 2021</i>  Conselho Diretivo da A.R.S. do Centro, I.P. <i>[Assinatura]</i> Dr.ª Rosa Reis Marques Presidente,
---	---

**ASSUNTO:** Título: "Multimorbilidade: impacto no exercício da Medicina Centrada na Pessoa e no distress médico em Medicina Geral e Familiar" -Proc. 35/2021

Autores: Rita Miguel da Cruz Filipe Regatia, Luiz Miguel Santiago (Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, ACeS Baixo Mondego).

Dr. João Rodrigues  
Vice-Presidente,

Dr. Mário Ruivo  
Regat,

"O objetivo deste trabalho é avaliar se a sobrecarga da gestão da multimorbilidade pelos médicos de MGF está associada à menos sentida prática de Medicina Centrada na Pessoa e ainda se essa sobrecarga está associada a sintomas de ansiedade e depressão dos médicos, o distress, procurando contribuir para uma maior compreensão do impacto da multimorbilidade, tanto no exercício da Medicina Centrada na Pessoa como no bem-estar dos profissionais de saúde e, assim, encontrar objetivos estratégicos que permitam a melhor gestão da multimorbilidade e menor impacto na saúde mental dos médicos."

É um estudo observacional transversal em amostra de conveniência de médicos da especialidade de MGF, especificamente convidados através de redes específicas de conversação: a dos Tutores de Rede Alargada e de rede interna da Faculdade de Medicina da UC e a de MGFamiliar, a quem será feito convite para resposta, enviando ligação para o questionário. A recolha de dados será realizada através da aplicação de questionários com o fator "Gestão da Consulta" do Questionário SoGeMM-MGF, a dimensão "Compreender a pessoa como um todo" do Questionário MCP e o PHQ-4, cujas autorizações são já detidas pelos investigadores. Será também colocado um conjunto de questões para caracterizar a amostra de médicos: idade, sexo, tipo de unidade de trabalho (UCSP, USF A ou USF B), interno/especialista, número médio de consultas que realiza por semana e número médio de consultas realizadas por semana a doentes com MM, garantindo-se o anonimato, o sigilo e a confidencialidade.

Há consentimento informado para os participantes.

Não haverá custos adicionais para as instituições de saúde.

É um estudo para o Trabalho Final do Mestrado Integrado de Medicina.

Em conclusão, não existem constrangimentos éticos.

O relator e Presidente da CES da ARS do Centro

Prof. Doutor Carlos A Fontes Ribeiro