



FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA – TRABALHO FINAL

PEDRO MIGUEL DIAS DOS SANTOS

***A QUALIDADE DE VIDA E INDICADORES DE DESEMPENHO EM
MEDICINA GERAL E FAMILIAR***

ARTIGO CIENTÍFICO

ÁREA CIENTÍFICA DE MEDICINA GERAL E FAMILIAR

Trabalho realizado sob a orientação de:

PROFESSOR DOUTOR LUIZ SANTIAGO

MD INÊS ROSENDO

JANEIRO DE 2017

Pedro Miguel Dias dos Santos

**A QUALIDADE DE VIDA E INDICADORES DE
DESEMPENHO EM MEDICINA GERAL E FAMILIAR**

Curso de Mestrado Integrado em Medicina da Faculdade de Medicina
da Universidade de Coimbra, Portugal

Rua Brito Xavier, Lote 4, 3ºG, 3000-455 Coimbra

pedro_santos8@hotmail.com

ÍNDICE

LISTA DE ACRÓNIMOS	4
RESUMO	5
ABSTRACT	7
INTRODUÇÃO	9
MATERIAL E MÉTODOS	11
RESULTADOS	15
DISCUSSÃO.....	23
CONCLUSÃO	28
AGRADECIMENTOS.....	29
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	30
ANEXOS.....	32
Anexo 1. Autorização da ARS Centro	32
Anexo 2. Autorização para utilização da versão portuguesa do EQ-5D.....	33
Anexo 3. Autorização pela Coordenadora da USF Topázio	34
Anexo 4. Questionário utilizado.....	35

LISTA DE ACRÓNIMOS

ACES	Agrupamento de Centros de Saúde
ARS	Administração Regional de Saúde
EQ-5D	<i>European Quality of Life Questionnaire-5 Dimensions</i>
MCDTs	Meios complementares de diagnóstico e terapêutica
MF	Médico de Família
MGF	Medicina Geral e Familiar
MIMUF	Módulo de Informação e Monitorização das Unidades Funcionais
PP	Prática profissional
PVP	Preço de venda ao público
QdVRS	Qualidade de vida relacionada com a saúde
UCSP	Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados
USF	Unidade de Saúde Familiar

RESUMO

Introdução: Uma boa relação médico-doente implica um leque de competências em que a empatia assume um papel clínico. A qualidade de vida relacionada com a saúde (QdVRS) das populações, sobretudo a de médicos, é tema atual. A ausência de artigos nesta área em Portugal justificam este estudo.

Objetivos: Medir a QdVRS pelo *European Quality of Life Questionnaire-5 Dimensions* (EQ-5D) e verificar se tal tem impacto em indicadores de desempenho e económicos em Medicina Geral e Familiar (MGF).

Métodos: Estudo observacional e transversal, entre Junho e Novembro de 2016, aplicando o EQ-5D numa amostra representativa dos médicos especialistas em MGF de Unidades pertencentes aos Agrupamentos de Centros de Saúde do Baixo Mondego e da Cova da Beira, complementado com um questionário epidemiológico para as variáveis sexo, número de anos de prática profissional (PP) e trabalho em Unidade de Saúde Familiar (USF) ou Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP). Solicitaram-se os seguintes dados de indicadores retirados do Módulo de Informação e Monitorização das Unidades Funcionais (MIMUF) de Dezembro de 2015: Proporção de consultas realizadas pelo respetivo médico de família; Taxa de utilização global de consultas médicas; Despesa de medicamentos prescritos por utente utilizador (preço de venda ao público) e despesa de meios complementares de diagnóstico e terapêutica (MCDTs) prescritos por utente utilizador (preço convencionado). Efetuou-se estatística descritiva e inferencial.

Resultados: Amostra de n=218, maioritariamente feminina (60,6%), 54,1% em USF e 50,5% têm até 25 anos de PP. Somente para o indicador “Proporção de consultas realizadas pelo respetivo médico de família”, os médicos com mais de 25 anos de PP apresentam média

superior ($86,6 \pm 9,21$ vs $82,45 \pm 10,92$) ($p=0,003$). A má QdVRS generaliza-se à população entrevistada (68,8%). Não há diferenças significativas na distribuição das respostas consoante o sexo ($p=0,347$), tipo de Unidade de Saúde ($p=0,420$) e número de anos de PP consoante a mediana ($p=0,206$). Há diferença significativa quanto à QdVRS comparada com o ano anterior ($p=0,004$). Quando comparado com o ano anterior, o grupo que refere estar melhor quanto à QdVRS, 80,6% mantém uma má QdVRS enquanto que o grupo que refere apresentar um nível pior de QdVRS, 56% tem ainda boa QdVRS. Nos indicadores “Despesa medicamentos prescritos por utilizador” ($151,4 \pm 50,2$) e “Despesa MCDTs prescritos por utilizador” ($49,6 \pm 21,9$) os médicos em boa QdVRS têm valores mais elevados, porém sem diferença significativa.

Discussão e conclusão: Dada a inexistência de trabalhos nesta área em Portugal, há a pertinência da concretização de mais estudos, em amostras maiores, para confirmar os presentes resultados. Se a classe médica continuar a manifestar maioritariamente uma má QdVRS, torna-se iminente a adoção de medidas que salvaguardem esta profissão de excelência, o médico. Os indicadores selecionados deveriam ser inequivocamente centrados nos ganhos em saúde. Os exigentes indicadores que orientam a prática médica podem conduzir à focalização, privilegiando tarefas processuais e de contenção financeira para alcançar resultados.

Palavras-chave: Qualidade de vida relacionada com a saúde; EQ-5D; Indicadores; Médicos; Medicina Geral e Familiar.

ABSTRACT

Introduction: A good relationship between doctor-patient appeals to a range of competences in which empathy plays a central role. The quality of life related with the health of populations, particularly the medical class, is a subject that is found in order of day. The absence of articles in this area in Portugal justifies this study.

Objectives: Measure the quality of life related to health by the European Quality of Life Questionnaire-5 Dimensions (EQ-5D) and verify if this indicator has an impact on performance and economic indicators used in General and Family Medicine.

Methods: A cross-sectional and observational study was carried out between June and November 2016, by applying EQ-5D to a representative sample of specialists in General and Family Medicine of Units belonging to the Health Centers Groupings (ACES) of the Baixo Mondego and Cova da Beira, complemented with an epidemiological questionnaire regarding the sex variables, the number of years of practice in General and Family Medicine, and work in a USF or UCSP. Data on the following MIMUF indicators of December 2015 were also requested: Proportion of consultations conducted by the MF; Overall utilization rate of medical consultations; Expenditure of drugs prescribed per user and Expense of MCDT's prescribed by user (agreed price). Descriptive and inferential statistics were performed.

Results: A sample of 218 individuals consisted mainly of females (60,6%), 54,1% of USF workers, and 50,5% with up to 25 years of professional practice. Only for the index "Proportion of consultations performed by MF" did doctors with more than 25 years of professional practice present a higher average ($86,6 \pm 9,21$ vs $82,45 \pm 10,92$) ($p = 0,003$). We can verify that the poor quality of life related to health generalizes itself to the population

interviewed (68,8%). There were no significant differences in the distribution of responses according to gender ($p = 0,347$), type of Health Unit ($p = 0,420$) and number of years of professional practice, depending on the median ($p = 0,206$). There was a significant difference in quality of life compared to the previous year ($p = 0,004$). Compared to the previous year, it should be noted that in the group that reports that it is better, 80,6% have a poor quality of life, while those who report a worse quality of life, 56% still has a good quality of life. In the indicators "Expenditure prescribed drugs per user" ($151,4 \pm 50,2$) and "Expenditure MCDT's prescribed per user" ($49,6 \pm 21,9$) there were higher values for doctors with good quality of life, but without significant difference.

Discussion and conclusion: Given the lack of work in this area in Portugal, it is possible to see the relevance and some urgency of further studies, this time with more extensive samples in order to confirm the results now obtained. If the medical profession still continues to manifest a poor quality of life, it becomes imminent the need to promote quality of life and adopt measures to safeguard this profession of excellence, a doctor. The selected indicators should be unequivocally centered on health of the patients. The exorbitant goals that exist in medical practice can lead to focus, with privilege for procedural tasks and of financial restriction, in order to achieve results.

Keywords: Health Related Quality of Life; EQ-5D; Indicators; Physicians; General Practice/Family Medicine.

INTRODUÇÃO

Hoje em dia, devido à evolução científica e tecnológica na Medicina, assiste-se à desvalorização e desumanização da relação médico-doente. (1,2) O estabelecimento de uma boa relação médico-doente apela a competências nas quais a empatia assume um papel fulcral. (1) Empatia é uma competência multidimensional, exercidas no ato clínico, composta por atributos cognitivo (e menos emocional) e que envolve a compreensão das preocupações, sentimentos e perspectivas do doente associada à comunicação dessa compreensão e intenção de ajudar. (1,3–6)

Os especialistas de Medicina Geral e Familiar (MGF) são médicos pessoais responsáveis pela assistência à saúde de forma abrangente e continuada, integrando aspetos psicológicos, físicos, sociais, culturais e existenciais dos seus pacientes. Conforme as necessidades, desempenham o seu papel promovendo a saúde, prevenindo a doença, e providenciando a cura e/ou reabilitação. (7)

Ter qualidade de vida continua na ordem do dia e representa um desafio diário. Mas afinal, o que significa “viver com qualidade de vida”? Embora, por vezes o significado de qualidade de vida não seja facilmente perceptível, a sua noção será clara para a maioria da população, parecendo ser algo bom de falar. (8) Inúmeros têm sido os esforços e manifestações na tentativa de estabelecer uma definição universal de qualidade de vida. Sabe-se que a sua compreensão engloba uma panóplia de formas de ciências e campos do conhecimento (médico, económico, social, biológico, entre outros) em permanente inter-relação e que todos levam a uma perceção positiva de bem-estar. (8)

O termo “saúde” é definido como um estado de amplo bem-estar físico, mental e social, e não meramente a inexistência de doenças (Organização Mundial de Saúde, 2006). Independentemente da definição adotada sobre qualidade de vida e do instrumento utilizado na sua medição, existirá uma íntima relação entre esta e a área da saúde. A relação entre qualidade

de vida e saúde depende da cultura da sociedade em que o indivíduo está inserido, além de todos os fatores intrínsecos e extrínsecos subjacentes. (8,9)

O *European Quality of Life Questionnaire-5 Dimensions* (EQ-5D) é um instrumento que, para além de permitir obter um perfil de saúde, gera ainda um índice padronizado, genérico e simples do estado de saúde de um indivíduo. (10) A partir da sua criação pelo Grupo EuroQol em 1987, a versão portuguesa do EQ-5D foi concluída em 1998. (11) Esta tem uma boa aceitabilidade, validade e confiança, sendo por isso amplamente aplicada num conjunto de pesquisas sobre o estado de saúde da população, condições de saúde, de tratamentos clínicos e no planeamento de serviços de saúde. (10,11) A informação obtida pode ser usada para melhorar a eficiência de distribuição dos recursos no âmbito da saúde, assumindo desta forma um status capital na monitorização da prática clínica nos dias de hoje. (11)

Serão muitos os determinantes da qualidade de vida dos médicos, tais como fatores sociais, económicos, políticos, laborais, familiares e de doença, numa constante inter-relação, que podem comprometer a sua qualidade de vida. (8) Há assim um declínio nas interações com os colegas, na motivação, no desempenho e no atendimento prestado aos doentes. (9)

O tópico qualidade de vida relacionada com a saúde (QdVRS) das populações, particularmente na classe médica por todas as singularidades inerentes à sua profissão, é um assunto que se encontra na ordem do dia. A sua importância, atualidade e a ausência de artigos nesta área em Portugal justificam por si só este estudo.

Deste modo, os objetivos do presente estudo são conhecer a QdVRS dos médicos da especialidade de MGF e perceber a relação entre esta e os indicadores de desempenho médico, para uma eventual necessidade de alertar para a tomada de medidas precoces com o fim de evitar o aparecimento de problemas de maior gravidade.

MATERIAL E MÉTODOS

Caracterização do estudo

Este foi um estudo observacional e transversal, realizado pela aplicação do EQ-5D a uma amostra representativa de especialistas em MGF de Unidades de Saúde Familiar (USFs) e de Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSPs) da região centro de Portugal. Este estudo abrangeu particularmente dois Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES), o do Baixo Mondego e o da Cova da Beira, por neles existirem Faculdades de Medicina e decorreu entre os meses de junho e novembro de 2016, sendo o entrevistador o autor desta tese de mestrado.

Questionário utilizado na colheita de dados

O EQ-5D foi o instrumento utilizado neste estudo. Este caracteriza a saúde em cinco grandezas: mobilidade, cuidados pessoais, atividades habituais (ex. trabalhos, estudos, atividades domésticas, atividades em família ou de lazer), dor/mal-estar e ansiedade/depressão. (11–13) Para cada uma destas dimensões, existem três níveis de respostas, sentidos e vividos pelo indivíduo: nível 1 (sem problemas), nível 2 (alguns problemas) e finalmente, o nível 3 (problemas extremos), permitindo obter um total de 243 estados de saúde diferentes. (11–13) Permite ainda que o indivíduo conceda uma perceção do seu estado de saúde atual, confrontando-o com o ano anterior. (11) Para além da aplicação do EQ-5D, cada médico teve que registar qual o seu sexo, o número de anos de prática profissional (PP) em MGF e se trabalha numa USF ou UCSP.

Foram também solicitados aos médicos os dados relativos aos seguintes indicadores retirados do Módulo de Informação e Monitorização das Unidades Funcionais (MIMUF) de Dezembro de 2015, segundo a Administração Central do Sistemas de Saúde. (14)

-Proporção de consultas realizadas pelo respetivo médico de família (MF):

Objetivo: monitorizar o acesso dos utentes ao seu próprio MF e a capacidade de intersubstituição dos médicos da unidade de saúde.

Descrição: Exprime a proporção de consultas que cada médico realiza aos utentes da respetiva lista.

Numerador: Contagem de consultas presenciais realizadas pelo próprio MF.

Denominador: Contagem de consultas presenciais.

-Taxa de utilização global de consultas médicas:

Objetivo: Avaliar o acesso a consultas médicas pela população inscrita.

Descrição: Exprime a proporção de utentes inscritos que tiveram consulta médica, de qualquer tipo, no período em análise.

Numerador: Contagem de utentes inscritos com pelo menos uma consulta médica presencial ou não presencial nos últimos 12 meses.

Denominador: Contagem de utentes inscritos.

-Despesa média de medicamentos prescritos, por utente utilizador, baseado no preço de venda ao público (PVP):

Objetivo: Monitorizar o programa de prescrição de fármacos.

Descrição: Exprime a despesa média de medicamentos prescritos, por utente utilizador, baseado no PVP.

Numerador: Somatório do PVP de medicamentos prescritos.

Denominador: Contagem de utentes utilizadores.

-Despesa média de meios complementares de diagnóstico e terapêutica (MCDTs) prescritos, por utente utilizador, baseado no preço convencionado:

Objetivo: Monitorizar o programa de prescrição de MCDTs.

Descrição: Exprime a despesa média de MCDTs prescritos, por utente utilizador, baseado no preço.

Numerador: Somatório do preço dos MCDTs prescritos.

Denominador: Contagem de utentes utilizadores.

Quando tais dados não foram fornecidos pelo médico foi feita a opção de considerar para esses médicos o valor do indicador da sua Unidade. Tais dados foram fornecidos pelo serviço de contratualização da Administração Regional de Saúde (ARS) do Centro, IP, sendo públicos.

População e amostra

O cálculo do tamanho da amostra teve em conta que há na região centro com aproximadamente 3500 especialistas em MGF. O cálculo, para um intervalo de confiança de 95%, uma margem de erro de 6% e uma perspectiva de resposta de 30%, indicou a necessidade de estudar 211 médicos.

Critérios de inclusão

Para a concretização desta investigação foram usados os dados relativos aos médicos pertencentes à especialidade de MGF e que aceitaram corroborar no preenchimento do questionário em causa, em função das Unidades de Saúde convidadas a participar neste estudo.

Autorizações e calendarização

Primeiramente, foi pedido o parecer à Comissão de Ética para a Saúde da ARS do Centro, tendo-se obtido o parecer favorável desta entidade a 06/04/2016, altura a partir da qual se iniciou a pesquisa bibliográfica. Em Junho de 2016, deu-se início à entrega dos questionários pelas inúmeras Unidades de Saúde de norte a sul do país, tendo terminado no mês de Novembro de 2016.

Esta calendarização foi concretizada com o fim de abranger médicos de diferentes Unidades de Saúde, tanto de USF como de UCSP, das mais diversas regiões do país e diferentes faixas etárias.

Apresentação do estudo e recolha de dados

A aplicação dos questionários desenrolou-se entre os meses de junho e novembro de 2016. Aquando da entrega dos respetivos questionários, o investigador do projeto identificava-se como estudante do Mestrado Integrado em Medicina da Universidade de Coimbra e prosseguia com a explanação dos capitais objetivos e características do estudo em causa, garantindo total anonimato a todos os inquiridos. O questionário foi devidamente lido pelo entrevistador antes do seu preenchimento, respondendo este a todas as dúvidas e hesitações que surgissem antes, durante e após o preenchimento do mesmo.

Análise estatística

Após a constatação da normalidade dos dados, com o auxílio do programa “*SPSS Software for Windows – 19.0*”, avançou-se para a análise estatística descritiva e inferencial.

RESULTADOS

A Tabela 1 caracteriza a amostra estudada. Composta por um total de 218 médicos da especialidade de MGF de dois ACES da região centro de Portugal, Baixo Mondego e da Cova da Beira, a amostra é constituída maioritariamente por elementos do sexo feminino, 60,6% (n=132). No que concerne ao tipo de unidade de saúde, 54,1% (n=118) exerce as suas funções em USFs, e os restantes em UCSPs, sendo que 50,5% (n=110) dos inquiridos têm até 25 anos de PP e os restantes mais que 25 anos de PP.

Tabela 1. Caracterização da amostra total (n=218), segundo o sexo, tipo de Unidade de Saúde e anos de PP.

		n (%)
SEXO	Feminino	132 (60,6)
	Masculino	86 (39,4)
TIPO DE UNIDADE DE SAÚDE	USF	118 (54,1)
	UCSP	100 (45,9)
ANOS DE PP (em função da mediana)	Até 25	110 (50,5)
	Mais que 25	108 (49,5)

Através da análise da tabela 2 e usando o valor da mediana no número de anos de PP (mediana = 25), verificamos que os médicos que têm até 25 anos de PP apresentam as médias superiores para os indicadores “Taxa de utilização global de consultas médicas” (77,90), “Despesas medicamentos prescritos por utilizador” (159,36) e “Despesas MCDTs prescritos por utilizador a preço convencional” (50,06). Apenas para o indicador “Proporção de consultas realizadas por MF”, os entrevistados com mais de 25 anos de PP apresentam uma média superior (86,6).

Relativamente a cada um dos indicadores isoladamente, somente no indicador “Despesas MCDTs prescritos por utilizador a preço convencionado” não se notou diferença significativa ($p=0,300$).

Tabela 2. Correlação dos indicadores retirados do MIMUF de Dezembro de 2015 com o número de anos de PP (em função da mediana)

INDICADORES	ANOS DE PP	<u>Média</u>	<u>Desvio-padrão</u>	<u>Valor p</u>
Proporção de consultas realizadas pelo MF	Até 25	82,45	10,92	0,003
	Mais que 25	86,6	9,21	
Taxa de utilização global de consultas	Até 25	77,90	12,42	<0,001
	Mais que 25	70,41	15,53	
Despesas medicamentos prescritos por utilizador (PVP)	Até 25	159,36	39,44	<0,001
	Mais que 25	136,21	44,26	
Despesas MCDTs prescritos por utilizador a preço convencionado	Até 25	50,06	12,17	0,3
	Mais que 25	46,61	19,86	

Para se saber de possíveis diferenças na distribuição dos valores dos indicadores retirados do MIMUF de Dezembro de 2015 em função da média do tempo de prática médica, usámos o *one way ANOVA* que mostrou não haver diferenças com significado ($p \geq 0,05$).

Tabela 3. Correlação dos indicadores retirados do MIMUF de Dezembro de 2015 em função do tempo de PP.

INDICADORES		p
Proporção de consultas realizadas pelo MF	TEMPO DE PP	0,161
Taxa de utilização global de consultas médicas	TEMPO PP	0,701
Despesas medicamentos prescritos por utilizador (PVP)	TEMPO DE PP	0,077
Despesas MCDTs prescritos por utilizador a preço convencionado	TEMPO DE PP	0,929

Para esta amostra não se constata diferença significativa ($p=0,347$). No entanto, numericamente existem algumas diferenças importantes.

Dos médicos inquiridos do sexo feminino, 89 em 132 (67,4%) têm uma má QdVRS enquanto que para os médicos do sexo masculino tal valor foi de 70,9% (61 em 86).

Quando se certifica haver boa QdVRS, 63,2% dos médicos inquiridos pertence ao sexo feminino, enquanto que quando se verifica haver má QdVRS, 59,3% pertence igualmente ao sexo feminino.

Tabela 4. Correlação da QdVRS com o sexo

	QdVRS		TOTAL
	Boa (*)	Má (*)	
SEXO			
Feminino	43 (63,2%)	89 (59,3%)	132 (60,6%)
Masculino	25 (36,8%)	61 (40,7%)	86 (39,4%)
TOTAL	68 (100%)	150 (100%)	218 (100%)

(*) $p=0,347$

À semelhança da análise anterior, para esta amostra também não se verifica diferença significativa ($p=0,420$). As diferenças são mínimas quando confrontamos a QdVRS com o tipo de Unidade de Saúde.

Dos médicos inquiridos exercendo as suas funções numa USF, 32,2% apresenta uma boa QdVRS, enquanto que para os pertencentes a uma UCSF, tal valor foi de 30%, valores estes bastantes idênticos.

Dos médicos entrevistados que têm uma boa QdVRS, 55,9% pertencem a uma USF, sendo que os restantes pertencem a uma UCSP.

Tabela 5. Correlação da QdVRS com o tipo de Unidade de Saúde

	QdVRS		TOTAL
	Boa (*)	Má (*)	
TIPO DE UNIDADE DE SAÚDE			
USF	38 (55,9%)	80 (53,3%)	118 (54,1%)
UCSP	30 (44,1%)	70 (46,7%)	100 (45,9%)
TOTAL	68 (100%)	150 (100%)	218 (100%)

(*) $p=0,420$

O cruzamento entre as dimensões da QdVRS com o número de anos de PP em função da mediana não foram estatisticamente significativos ($p \geq 0,05$), indicando a inexistência de uma possível associação.

Segundo os resultados da tabela 6, observou-se que do grupo de médicos entrevistados com boa QdVRS, 54,4% ($n = 37$) têm mais que 25 anos de PP, enquanto que do grupo que apresenta má QdVRS, 52,7% ($n = 79$) exibem até 25 anos de PP.

Tabela 6. Correlação da QdVRS com o número de anos de PP (em função da mediana)

	QdVRS		TOTAL
	Boa (*)	Má (*)	
NÚMERO DE ANOS DE PP			
Até 25	31 (45,6%)	79 (52,7%)	110 (50,5%)
Maior que 25	37 (54,4%)	71 (47,3%)	108 (49,5%)
TOTAL	68 (100%)	150 (100%)	218 (100%)

(*) $p=0,206$

Após análise da tabela 7, é perceptível que 68,8% (n=150) dos inquiridos apresentam má QdVRS e 31,2% (n=68) exibem boa QdVRS, sendo que a grande maioria, 72% (n=157) refere que a sua QdVRS é idêntica quando comparada com o ano anterior.

Quando se verifica haver boa QdVRS, somente 7 em 68 (10,3%) referem uma melhoria em relação ao ano anterior, 14 em 68 (20,6%) apresentam uma deterioração e os restantes têm uma QdVRS idêntica ao ano anterior. Pelo contrário, quando temos uma má QdVRS, apenas 11 em 150 (7,3%) têm um agravamento da sua QdVRS em relação ao ano anterior, 29 em 150 (19,3%) uma melhoria e os restantes uma QdVRS inalterável.

Podemos também analisar estes resultados afirmando que dos inquiridos que dizem ter pior QdVRS em relação ao ano anterior, 14 em 25 (56%) apresentam uma boa QdVRS enquanto que aqueles que garantem apresentar melhor QdVRS, 29 em 36 (80,6%) apresentam uma má QdVRS.

Usando o *Teste de Mann-Whitney*, correlacionando os dados relativos à QdVRS e comparando-os com o ano anterior, verifica-se haver diferença significativa na distribuição das respostas ($p=0,004$).

Tabela 7. Correlação da QdVRS com o ano anterior

	QdVRS		TOTAL
	Boa (*)	Má (*)	
COMPARAR COM O ANO ANTERIOR			
Melhor	7 (10,3%)	29 (19,3%)	36 (16,5%)
Igual	47 (69,1%)	110 (73,3%)	157 (72%)
Pior	14 (20,6%)	11 (7,3%)	25 (11,5%)
TOTAL	68 (100%)	150 (100%)	218 (100%)

(*) $p=0,004$

Não se verificou haver qualquer diferença significativa quando se correlacionou os indicadores com a QdVRS ($p \geq 0,05$).

Com base na tabela 8, podemos apurar que a boa ou má QdVRS não influencia substancialmente a média dos indicadores “Proporção de consultas realizadas pelo MF” e “Taxa de utilização global de consultas médicas”, registando-se valores muito similares. Unicamente nos indicadores “Despesa de medicamentos prescritos por utilizador” e “Despesa de MCDTs prescritos por utilizador” se registam valores ligeiramente mais elevados para os médicos com boa QdVRS quando comparados com aqueles com má QdVRS.

Tabela 8. Correlação da QdVRS com os indicadores retirados do MIMUF de Dezembro de 2015

INDICADORES	QdVRS	<u>Média</u>	<u>Desvio-padrão</u>	<u>Valor p</u>
Proporção de consultas realizadas pelo MF	Boa	84,16	8,05	0,738
	Má	84,66	11,19	
Taxa de utilização global de consultas médicas	Boa	74,46	14,58	0,852
	Má	74,07	14,52	
Despesas medicamentos prescritos por utilizador (PVP)	Boa	151,43	50,23	0,418
	Má	146,29	39,98	
Despesas MCDTs prescritos por utilizador a preço convencionado	Boa	49,6	21,9	0,453
	Má	47,78	13,39	

DISCUSSÃO

Com este estudo procurou-se obter informação sobre como a QdVRS dos médicos interfere nos indicadores de acesso e financeiros. O primeiro momento deste estudo correspondeu à efetivação de 218 EQ-5D a médicos da especialidade de MGF, pertencentes a USFs e de UCSPs do ACES do Baixo Mondego e o da Cova da Beira. Tendo a perfeita noção da escassez de tempo livre dos médicos especialistas priorizou-se por solicitar o preenchimento do questionário em reunião de Unidade, encarregando-se o autor desta tese de transmitir quais os alvos a alcançar com este estudo. Foi um ato totalmente anónimo e voluntário. Presumiu-se o consentimento informado pelo preenchimento dos questionário, obtendo-se desta forma uma maior imparcialidade e uniformidade nos resultados obtidos.

Este estudo teve algumas limitações, tais como: metodologia em papel sem o devido alcance geográfico e representatividade nacional, não se tratar de uma amostra totalmente aleatória, a sua distribuição estar sujeita à participação e presença dos médicos, os dados dos indicadores de desempenho utilizados neste estudo serem relativos ao ano de 2015 e nem sempre serem fornecidos pelos médicos entrevistados. Nestes casos tivemos que trabalhar com os indicadores da Unidade respetiva (apenas foi possível saber de onde provinham as respostas, e não concretamente quem respondeu), sendo por isso uma estimativa dos valores ditos reais, fazendo com que as conclusões obtidas devam ser prudentemente analisadas. Desta forma, salientam-se como principais viéses os de seleção/amostragem (trata-se de uma amostra não probabilística de conveniência que é representativa do universo em questão dada a sua dimensão, permitindo por isso inferir nas áreas geográficas onde foi feita), circunstancialismo (referente ao dia escolhido para distribuição e preenchimento dos questionários em cada USF/UCSP), de voluntarismo, de disponibilidade (médicos especialistas em período de férias e baixa médica, entre outros), de memória, de desejabilidade social e o de informação (falhas no preenchimento do questionário epidemiológico).

Durante a pesquisa bibliográfica percebeu-se a inexistência de estudos acerca desta temática em Portugal, o que torna por si só um obstáculo na discussão dos resultados em termos comparativos, permitindo somente o levantar de problemas e a sugestão de prováveis hipóteses a testar em estudos futuros para tentar confirmar os resultados agora encontrados.

Assim, a realização deste estudo pioneiro poderá servir de catalisador à realização de mais trabalhos de investigação na mesma área e assim permitir a confrontação de resultados não só no nosso país como também noutras áreas geográficas com realidades médicas muito idênticas.

Quando relacionámos os dados dos indicadores retirados do MIMUF de Dezembro de 2015 com o grupo de anos de PP (em função da mediana), verificámos a existência de diferença significativa para todos os indicadores à exceção do indicador “Despesas de MCDTs prescritos por utilizador a preço convencionado”. Os médicos que têm até 25 anos de PP apresentam uma média mais alta para os indicadores “Despesas de medicamentos prescritos por utilizador” e “Despesas de MCDTs prescritos por utilizador a preço convencional”. Fundamentos como a formação médica, insegurança sentida por estes médicos menos experientes durante a sua prática clínica e a tentativa de afirmar a sua empatia e preocupação para com os doentes podem justificar estes resultados. O grupo de médicos com mais de 25 anos de PP apresenta uma maior proporção de consultas realizadas pelo próprio MF, ou seja, atendem mais pessoas da sua lista. Desta forma, este grupo de médicos tem uma menor proporção de pessoas atendidas por outros médicos, eventualmente significando que, regra geral, têm uma relação mais íntima com os seus doentes dado o longo tempo que já os conhecem e tendo por isso a necessidade de os acompanhar de uma forma mais contínua. Inexplicavelmente, no grupo de médicos que têm até 25 anos de PP verifica-se uma média mais elevada para o indicador “Taxa de utilização global de consultas médicas”. Este resultado carece de futuros estudos que consigam explicar o agora encontrado.

Num panorama geral, podemos verificar que existe uma má QdVRS da população de especialistas de MGF entrevistada. É possível também apurar que não existem diferenças significativas na distribuição das respostas consoante o sexo, tipo de Unidade de Saúde e número de anos de PP (consoante a mediana).

Um dos resultados obtidos é de, em ambos os sexos, se observar maioritariamente um baixo nível de QdVRS. Ainda assim, o sexo feminino alcança uma percentagem superior (32,6%) de boa QdVRS quando comparado com o sexo masculino (29,1%). Tal fato pode dever-se, entre outras razões, a: média de idade mais baixa, maior satisfação profissional e com os relacionamentos pessoais, menos doenças crónicas/incapacitantes e melhor acesso aos cuidados de saúde.

Da mesma forma, também nos níveis de QdVRS tanto nas USFs como nas UCSPs, presencia-se sobretudo uma baixa QdVRS. Apesar de não haver uma diferença estatisticamente significativa entre as UCSPs e as USFs, os valores de boa QdVRS encontram-se ligeiramente mais baixos nas UCSPs, na ordem dos 2,2%. Entre as demais razões pelas quais isto pode acontecer salienta-se desde logo o modelo de constituição e adesão das USFs, que parte da iniciativa da equipa multiprofissional, mediante a apresentação voluntária de uma candidatura. (15,16) As USFs podem organizar-se em dois modelos de desenvolvimento (A e B) que diferem no sistema de gestão, no grau de autonomia no cumprimento do plano de ação e ainda no regime de incentivos e modelo retributivo associados à atividade que podem ser atribuídos tanto a nível institucional como à equipa multiprofissional no caso das USFs. (15,17)

Apesar de não haver diferença significativa, profissionais com mais de 25 anos de PP patenteiam uma melhor QdVRS na ordem dos 6,1% quando comparados com aqueles que têm até 25 anos de PP. Na génese destes resultados poderão estar as características pessoais desenvolvidas com o número de anos de PP, tais como tolerância, paciência, gentileza, equilíbrio e facilidade em resolver qualquer questão e a ajuda na construção de um clima

agradável no ambiente de trabalho. Poderá também contribuir para isto o facto de os novos contratos de trabalho incluírem um número mais elevado de utentes por ficheiro médico, o que pode ser gerador de mais stress no trabalho.

Quando a QdVRS é comparada com o ano anterior verificamos que existem diferenças significativas. No entanto, através da análise da tabela 7, é de salientar que no grupo que refere estar melhor relativamente ao ano anterior, uma elevada percentagem (80,6%) mantém uma má QdVRS. Assim, torna-se necessário investir cada vez mais neste grupo para que, finalmente, possam intersectar o nível da boa QdVRS. Ações como: atribuição de salários justos, diminuição da carga de trabalho com o eventual dia de folga esporádico (para além das férias anuais) para se dedicarem a projetos do seu interesse extra-profissional, oferta de melhores condições e organização do trabalho, segurança, flexibilidade dos horários e reconhecimento social pelo trabalho realizado, podem contribuir de forma determinada para este fim. No grupo de médicos que dizem apresentar um nível inferior de QdVRS relativamente ao ano anterior, a maioria manifesta ainda uma boa QdVRS, pelo que, nestes casos, deve haver o esforço de eliminar os fatores que possam estar a contribuir de forma negativa, salvaguardando assim a manutenção destes elementos dentro do âmbito da boa QdVRS.

Apesar de não haver diferença significativa entre qualquer um dos indicadores e a QdVRS, verificam-se gastos mais elevados quer em medicamentos quer em MCDTs dos médicos com melhor QdVRS, parecendo haver um maior estado de alerta e uma maior valorização das queixas dos seus doentes. A complexidade em medir ganhos em saúde também pode estar na génese destes excessos em Medicina.

Ainda que se tenham obtido médias bastante satisfatórias para os indicadores “Proporção de consultas realizadas por MF” e “Taxa de utilização global de consultas médicas”, valores mais altos seriam de esperar se, durante os períodos referidos, não tivesse havido ausência de médicos pelos mais diversos motivos, tais como: período de férias, baixa

médica, licença de maternidade, falecimento de cônjuge ou familiar próximo, entre outros. No caso particular do indicador “Proporção de consultas realizadas por MF”, as consultas destes profissionais provavelmente foram asseguradas pelos restantes elementos da equipa médica, o que, inevitavelmente, acabaria por diminuir o valor deste indicador. Da mesma forma, o valor do indicador “Taxa de utilização global de consultas médicas” pode ter diminuído pela simples razão de os doentes terem conhecimento da ausência provisória do seu médico, pelo que preferiram aguardar pelo seu regresso para as consultas de MGF.

As sociedades atuais procuram avaliar, quantificar e classificar a prestação dos serviços. (18) Desta forma, tem-se optado por usar os indicadores de desempenho na prática médica para avaliar a qualidade de cuidados existindo, no entanto, uma grande controvérsia sobre a sua utilidade. (19) Quanto ao papel dos indicadores de desempenho, é importante não esquecer que o seu uso poderá ser uma poderosa arma se forem usados para a melhoria dos cuidados de saúde e não como processos de avaliação penalizadora. (18) No nosso entender, tem havido uma descentralização da prática da medicina centrada no doente para uma medicina cada vez mais baseada em indicadores. Os médicos dos dias de hoje veem a sua atividade profissional ser regida essencialmente por metas/números que por vezes, nem sempre são viáveis e têm os melhores resultados para os seus doentes. Também ao restringir a prática médica aos indicadores, os médicos podem tender a priorizar as tarefas contratualizadas em detrimento de outras com a finalidade de obter resultados, havendo o perigo eminente de focalização da prática médica com eventuais consequências negativas para os doentes. É importante ter sempre em mente que os indicadores não deverão ser vistos como a única “arma” disponível para atingir a qualidade. (18)

CONCLUSÃO

Os médicos da especialidade de MGF, pertencentes a USFs e de UCSPs do ACES do Baixo Mondego e o da Cova da Beira, têm uma baixa QdVRS.

Os médicos com melhor QdVRS apresentam valores mais elevados em indicadores financeiros de prescrição de medicamentos e de MCDTs, porém sem significado estatístico.

O uso de indicadores de resultado em medicina faz com que se possa ter acesso a uma visão a longo prazo e integradora dos cuidados de saúde, podendo levar a cuidados de maior eficiência com ganhos nos resultados clinicamente relevantes. O ideal seria que se privilegiasse cada vez mais os indicadores de resultado em detrimento dos indicadores de processo, de forma a ter um conhecimento mais concreto dos ganhos em saúde, refletindo o impacto dos cuidados de saúde prestados no estado de saúde do doente.

Algumas limitações deste estudo fazem com que provavelmente não se possa extrapolar conclusões para a classe médica da especialidade de MGF em geral. Por conseguinte, os resultados deste estudo carecem de mais trabalhos, sendo essencial expandir estes estudos a outros pontos do país para avaliar melhor a população médica no que concerne ao nível de QdVRS, com o propósito de se estabelecerem possíveis comparações e de se confirmar ou não os resultados obtidos neste estudo. Recomenda-se de igual modo o estudo de outras variáveis epidemiológicas, tais como a existência de afazeres extra-laborais, carga horária, estado civil e socioeconómicos, entre outras. Mantendo-se este cenário de má QdVRS da população médica em estudos futuros, torna-se urgente a necessidade de estabelecer estratégias claras para a promoção da qualidade de vida e que as entidades competentes adotassem medidas com o propósito de prevenir o aparecimento de problemas de maior magnitude associados a esta inigualável profissão.

AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador, Professor Doutor Luiz Santiago, por toda a sua disponibilidade, dedicação, cuidado, apoio e ensinamentos fulcrais desde o primeiro momento.

À minha coorientadora, Doutora Inês Rosendo, pelo seu auxílio e cooperação neste meu trabalho.

Aos meus queridos pais e irmã por todo o suporte e paciência ao longo de todo o meu percurso académico, sem os quais teria sido impossível a concretização deste trabalho.

À minha namorada, Diana Breda, também ela um pilar fundamental para a consumação deste projeto.

A todos os médicos da especialidade de MGF que aceitaram de forma voluntária participar neste trabalho.

O meu muito Obrigado!

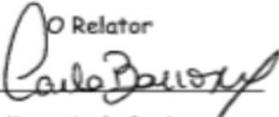
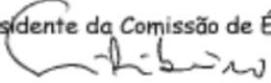
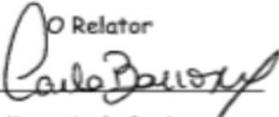
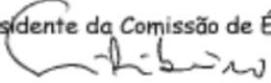
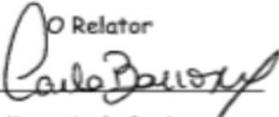
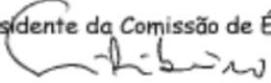
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Aguiar P, Salgueira A, Frada T, Mj C. Empatia Médica: Tradução, validação e aplicação de um instrumento de medição. Escola de Ciências da Saúde (ECS) da Universidade do Minho. 2009;3705–16.
2. Loureiro J, Gonçalves-Pereira M, Trancas B, Castro-Caldas A. Empatia na relação médico-doente: Evolução em Alunos do Primeiro Ano de Medicina e Contribuição para a Validação da Escala Jefferson em Portugal. Acta Med Port. 2011;24 (S2):431–42.
3. Eikeland HL, Ørnes K, Finset A, Pedersen R. The physician's role and empathy – a qualitative study of third year medical students. BMC Med Educ. 2014;14: 165:1–10.
4. Dinesh B, David J, Stewart NB. The Role of Empathy in Therapy and the Physician-Patient Relationship. Gen Pract Prim Care, Inst Heal Well Being, Univ Glas UK. 2012;19:252–7.
5. Costa MJ, Magalhães E, Dechamplain A, Salgueira A, Costa MJ. Empatia Médica: adaptação e validação de uma escala para estudantes de Medicina. Escola de Ciências da Saúde (ECS) da Universidade do Minho. 2016;1–11.
6. Hojat M, Louis DZ, Markham FW, Wender R, Rabinowitz C, Gonnella JS. Physicians' Empathy and Clinical Outcomes for Diabetic Patients. Acad Med. 2011;86(3):359–64.
7. Allen J, Gay B, Crebolder H, Heyrman J, Svab I, Ram P. A Definição Europeia de Medicina Geral e Familiar. Eur Acad Teach Gen Pract. 2005;1–10.
8. Almeida MAB, Gutierrez GL, Marques R. Qualidade de vida - Definição, Conceitos e Interfaces com outras áreas de pesquisa. Escola de Artes C e H-E. 2012; 13-20.
9. Lourenção LG, Moscardini AC, Soler ZAS. Saúde e qualidade de vida de médicos residentes. Rev Assoc Med Bras. 2010;56:1–9.
10. Janssen B, Reenen M van. EQ-5D-5L User Guide - Basic information on how to use the EQ.5D-5L instrument. EuroQol Group. 2015.

11. Ferreira PL, Ferreira LN, Pereira LN. Contributos para a validação da versão portuguesa do EQ-5D. *Acta Med Port.* 2013;26(6):664–75.
12. Ferreira LN, Ferreira PL, Pereira LN, Oppe M. The valuation of the EQ-5D in Portugal. *Qual Life Res.* 2013;1–4.
13. Noronha L, Pedro F, Pereira LN, Oppe M. EQ-5D Portuguese population norms. *Qual Life Res.* 2013;1–6.
14. Bilhete de identidade dos indicadores de monitorização dos cuidados de saúde primários. ACSS. Ministério da Saúde. 2013;2ª edição.
15. Entidade Reguladora da Saúde. Estudo sobre as unidades de Saúde Familiar e as Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados. 2016;34–42.
16. Decreto de Lei nº 298/2007 de 22 de Agosto. *Diário da República* nº161 - I Série
17. Decreto de Lei nº 24 101/2007 de 22 de Outubro. *Diário da República* nº203 - II Série
18. Santos I, Ribeiro IL. Indicadores de desempenho na consulta. *Rev Port Clin Geral.* 2009;25:227–35.
19. Basto-Pereira M, Furtado SIF, Silva RJP, González FF, Fernandes TMV, Sousa JC De, et al. Performance indicators for clinical practice management in primary care in Portugal: Consensus from a Delphi study. *Eur J Gen Pract.* 2014;1–6.

ANEXOS

Anexo 1. Autorização da ARS Centro

 <p>GOVERNO DE PORTUGAL MINISTÉRIO DA SAÚDE</p>	 <p>ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE DO CENTRO, I.P.</p>		
COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE			
PARECER FINAL: Parecer favorável, no entanto, condicionado à apresentação do resultado final.	DESPACHO: Homologado 16-04-06  Dr. José Manuel Azemê Teres Presidente do Conselho Directivo da A.R.S. Centro, I.P.		
ASSUNTO: 9/2016 - Empatia médica auto-relata: impacte na actividade e na vida de médicos de Medicina Geral e Familiar no Baixo Mondego”			
<p>A empatia, na medicina, é uma competência multidimensional, cognitiva. É evidente que a empatia tem um papel importante a prática médica e um impacto positivo tanto no doente como no médico. Os investigadores propõem correlacionar a empatia médica com a melhor prática e o maior bem-estar do médico.</p> <p>Coimbra, 6 de abril de 2016</p> <table><tr><td><p>O Relator</p> _____ (Dra. Carla Barbosa)</td><td><p>O Presidente da Comissão de Ética</p> _____ (Prof. Doutor Fontes Ribeiro)</td></tr></table>		<p>O Relator</p>  _____ (Dra. Carla Barbosa)	<p>O Presidente da Comissão de Ética</p>  _____ (Prof. Doutor Fontes Ribeiro)
<p>O Relator</p>  _____ (Dra. Carla Barbosa)	<p>O Presidente da Comissão de Ética</p>  _____ (Prof. Doutor Fontes Ribeiro)		

Anexo 2. Autorização para utilização da versão portuguesa do EQ-5D



*Centro de Estudos
e Investigação em Saúde
da Universidade de Coimbra*

Pedro Lopes Ferreira
Professor Associado com Agregação

Email: pedrof@fe.uc.pt
ceisuc@fe.uc.pt

Coimbra, 15 de Novembro de 2016

Ex.mo Senhor Professor:

Em resposta ao pedido que me formalizou tenho a comunicar que é com todo o prazer que autorizo que seja utilizada a versão portuguesa do instrumento genérico de medição de estado de saúde EuroQol EQ-5D no âmbito do trabalho de investigação que pretende realizar. Junto anexo cópia desta versão.

Desejo-lhe o melhor êxito para o seu trabalho.

Com os meus melhores cumprimentos.

Prof. Doutor Pedro Lopes Ferreira

Anexo 3. Autorização pela Coordenadora da USF Topázio

Unidade de Saúde Familiar Topázio
Coordenadora: Maria da Glória Neto Dra



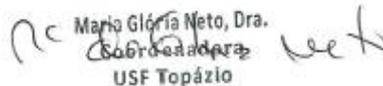
Autorização

A Coordenadora da USF Topázio declara a anuência desta USF à realização do trabalho "Impacte da empatia médica auto-relatada na eficiência em saúde, na produção de consultas, na qualidade e vida e na vulnerabilidade ao stress psicológico." da autoria de Ana Catarina Cascais da Costa, Sara Vilela e Pedro Santos – alunos do Mestrado Integrado em Medicina da Faculdade de Medicina Universidade de Coimbra, a ser realizado nos médicos desta USF.

Este trabalho é de grande interesse para esta USF sendo parte de trabalho em ciclo de garantia de qualidade.

Foi ouvido o Conselho Técnico e o médico foi ouvido sobre o assunto.

Coimbra, 29 de Dezembro de 2015


Maria Glória Neto, Dra.
Coordenadora
USF Topázio

Maria da Glória Neto Dra
Coordenadora da USF Topázio

Anexo 4. Questionário utilizado

EMPATIA MÉDICA AUTO-RELATADA: IMPACTE NA ACTIVIDADE E NA VIDA DE MÉDICOS DE MEDICINA GERAL E FAMILIAR

A empatia médica auto-relatada pode estar relacionada com a qualidade de vida, com a vulnerabilidade ao stress psicológico e com diferentes tipos de intensidade de procura de consultas, bem como com diferentes resultados em indicadores financeiros. Em Tese de Mestrado Integrado na Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, estamos a tentar perceber o estado da situação para que seja possível encontrar estratégias que permitam intervenções adequadas aos resultados que agora encontraremos para evitar o desgaste médico. Todos os instrumentos deste questionário têm fiabilidade verificada e a autorização dos autores para sua aplicação. Este estudo tem a concordância do AÇES Baixo Mondego e a aprovação da CE da ARS do Centro. Está a ser inquirida amostra representativa, em tamanho, dos médicos do AÇES.

Agradecemos a sua resposta voluntária ao questionário. Querendo participar poderá, em qualquer ocasião deixar de responder. Entendemos a sua resposta completa como a anuência a este trabalho que foi aprovado pelo AÇES Baixo Mondego e pela Comissão de Ética da ARS do Centro como o seu consentimento. Garantimos-lhe o sigilo, o anonimato e a confidencialidade deste trabalho.

Atenciosamente,
Ana Catarina Costa, Sara Vilela, Pedro Santos
Luiz Miguel Santiago

QUESTIONÁRIO DE EMPATIA PARA MÉDICOS

(JSPE-vP) Hojat et al. (2001)¹

Instruções: Por favor, leia cada uma das afirmações com atenção antes de responder e assinale a opção escolhida para cada item com um, e apenas um algarismo apropriado de 1 a 7, no espaço antes de cada afirmação.

	1	2	3	4	5	6	7
	Concordo fortemente				Discordo fortemente		
Pergunta Afirmação	1	2	3	4	5	6	7
01. A minha compreensão sobre como os meus pacientes e as suas famílias se sentem não influencia o tratamento médico ou cirúrgico...	<input type="checkbox"/>						
02. Os meus pacientes sentem-se melhor quando eu compreendo os seus sentimentos	<input type="checkbox"/>						
03. É difícil para mim ver as coisas do ponto de vista dos meus pacientes	<input type="checkbox"/>						
04. Na relação profissional de saúde-paciente eu considero a compreensão da linguagem corporal dos meus pacientes tão importante quanto a comunicação verbal	<input type="checkbox"/>						
05. Eu tenho um bom senso/sentido de humor, o qual considero contribuir para um melhor resultado clínico	<input type="checkbox"/>						
06. Como as pessoas são diferentes, é difícil, para mim, ver as coisas do ponto de vista dos meus pacientes	<input type="checkbox"/>						
07. Eu tento não prestar atenção às emoções dos meus pacientes na obtenção da história clínica ou ao perguntar sobre a sua saúde física.	<input type="checkbox"/>						
08. A atenção às experiências pessoais dos meus pacientes não influencia os resultados do tratamento	<input type="checkbox"/>						
09. Eu tento me colocar/imaginar-me no lugar dos meus pacientes quando lhes presto cuidados	<input type="checkbox"/>						
10. Os meus pacientes valorizam a minha compreensão dos seus sentimentos, a qual, por si só, é terapêutica	<input type="checkbox"/>						
11. As doenças dos pacientes só podem ser curadas com tratamento médico ou cirúrgico; portanto, os meus laços emocionais com os meus pacientes não têm influência significativa nos resultados médicos ou cirúrgicos	<input type="checkbox"/>						
12. Fazer perguntas aos pacientes sobre o que está a acontecer/está acontecendo na sua vida pessoal não ajuda na compreensão das suas queixas físicas	<input type="checkbox"/>						
13. Eu tento compreender o que se passa na mente dos meus pacientes, prestando atenção às suas pistas não-verbais e à sua linguagem corporal	<input type="checkbox"/>						
14. Eu acredito que a emoção não tem lugar no tratamento de doenças médicas	<input type="checkbox"/>						
15. A empatia é uma competência terapêutica sem a qual o sucesso no tratamento é limitado	<input type="checkbox"/>						
16. Um componente importante na relação com os meus pacientes é a minha compreensão sobre o seu estado emocional, assim como o das suas famílias	<input type="checkbox"/>						
17. Eu tento pensar como os meus pacientes para lhes prestar melhores cuidados	<input type="checkbox"/>						
18. Eu não me deixo influenciar por laços pessoais fortes com os meus pacientes e respetivos familiares	<input type="checkbox"/>						
19. Não gosto de ler literatura não médica nem aprecio outras formas de arte	<input type="checkbox"/>						
20. Eu acredito que a empatia é um fator terapêutico importante no tratamento médico ou cirúrgico do paciente	<input type="checkbox"/>						

Jefferson copyright

23-QVS

Cada uma das questões que a seguir é apresentada serve para avaliar a sua maneira de ser habitual. Não há respostas certas ou erradas. Há apenas a sua resposta. Responda de forma rápida, honesta e espontânea. Assinale com uma cruz (X) no quadrado respectivo aquela que se aproxima mais do modo como se comporta ou daquilo que realmente lhe acontece.

	Concordo em absoluto	Concordo bastante	Nem concordo nem discordo	Discordo bastante	Discordo em absoluto
Sou uma pessoa determinada na resolução dos meus problemas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tenho dificuldade em me relacionar com pessoas desconhecidas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quando tenho problemas que me incomodam posso contar com um ou mais amigos que me servem de confidentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Costumo dispor de dinheiro suficiente para satisfazer as minhas necessidades pessoais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Preocupo-me facilmente com os contratempos do dia-a-dia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quando tenho um problema para resolver usualmente consigo alguém que me possa ajudar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dou e recebo afecto com regularidade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
É raro deixar-me abater pelos acontecimentos desagradáveis que me ocorrem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Perante as dificuldades do dia-a-dia sou mais para me queixar do que para me esforçar para as resolver	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sou um indivíduo que se enerva com facilidade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Na maior parte dos casos as soluções para os problemas importantes da minha vida não dependem de mim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quando me criticam tenho tendência a sentir-me culpabilizado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As pessoas só me dão atenção quando precisam que faça alguma coisa em seu proveito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dedico mais tempo às solicitações das outras pessoas do que às minhas próprias necessidades	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prefiro calar-me do que contrariar alguém no que está a dizer, mesmo que não tenha razão	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fico nervoso e aborrecido quando não me saio tão bem quanto esperava a realizar as minhas tarefas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Há em mim aspectos desagradáveis que levam ao afastamento das outras pessoas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nas alturas oportunas custa-me exprimir abertamente aquilo que sinto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fico nervoso e aborrecido se não obtenho de forma imediata aquilo que quero	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sou um tipo de pessoa que, devido ao sentido de humor, é capaz de se rir dos acontecimentos desagradáveis que lhe ocorrem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O dinheiro de que posso dispor mal me dá para as despesas essenciais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Perante os problemas da minha vida sou mais para fugir do que para lutar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sinto-me mal quando não sou perfeito naquilo que faço	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA - EQ-5D

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

Mobilidade	Não tenho problemas em andar	<input type="checkbox"/>
	Tenho alguns problemas em andar	<input type="checkbox"/>
	Tenho de estar na cama	<input type="checkbox"/>
Cuidados Pessoais	Não tenho problemas em cuidar de mim	<input type="checkbox"/>
	Tenho alguns problemas a lavar-me ou vestir-me	<input type="checkbox"/>
	Sou incapaz de me lavar ou vestir sozinho/a	<input type="checkbox"/>
Actividades Habituais (ex. trabalho, estudos, actividades domésticas, actividades em família ou de lazer)	Não tenho problemas em desempenhar as minhas actividades habituais	<input type="checkbox"/>
	Tenho alguns problemas em desempenhar as minhas actividades habituais	<input type="checkbox"/>
	Sou incapaz de desempenhar as minhas actividades habituais	<input type="checkbox"/>
Dor / Mal Estar	Não tenho dores ou mal estar	<input type="checkbox"/>
	Tenho dores ou mal estar moderados	<input type="checkbox"/>
	Tenho dores ou mal estar extremos	<input type="checkbox"/>
Ansiedade / Depressão	Não estou ansioso/a ou deprimido/a	<input type="checkbox"/>
	Estou moderadamente ansioso/a ou deprimido/a	<input type="checkbox"/>
	Estou extremamente ansioso/a ou deprimido/a	<input type="checkbox"/>

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

Melhor O mesmo Pior

Anos de prática em MGF: ____ Sexo ♀ ♂ USF UCSP

Indicadores MIMF de Dezembro de 2015:

Proporção de consultas realizadas pelo MF	
Taxa de utilização global de consultas médicas	
Despesa medic. prescritos, por utiliz. (PVP)	
Despesa MCDTs prescrit., por utiliz. (p. conv.)	

Agradecemos a sua colaboração!

