



FMUC FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE DE COIMBRA

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA – TRABALHO FINAL

PEDRO MIGUEL FRANCO SANTOS

***Multimorbilidade: Auto-percepção da realização de Medicina
Centrada na Pessoa***

ARTIGO CIENTÍFICO

ÁREA CIENTÍFICA DE MEDICINA GERAL E FAMILIAR

Trabalho realizado sob a orientação de:
PROFESSOR DOUTOR LUIZ MIGUEL DE MENDONÇA SOARES SANTIAGO

JANEIRO/2019

Luiz Miguel de Mendonça Soares Santiago¹

¹Professor associado na Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

LMSANTIAGO@netcabo.pt

Pedro Miguel Franco Santos²

²Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

Pmfs.25@gmail.com

Janeiro de 2019

*Dissertação de Mestrado apresentada à Universidade de Coimbra, como parte dos
requisitos para obtenção do grau de Mestre em Medicina, sob orientação científica do
Professor Doutor Luiz Miguel Santiago.*

Índice

1 – Abreviaturas	4
2 - Resumo	5
3 – Abstract	6
4 - Introdução	8
5 – Material e Métodos.....	10
5.1 – Plano do estudo	10
5.2 – Instrumentos	10
5.3 – Recolha dos dados	11
5.4 – Análise de dados	11
6 - Resultados	12
6.1 – Resultados Descritivos	12
6.1.1 – Fase 1: Descrição da amostra de validação do questionário SoGeMM-MGF	12
6.1.2 – Fase 2: Descrição da amostra de aplicação dos questionários SoGeMM-MGF e MCP	13
6.2 – Resultados Inferenciais	15
6.2.1 – Fase1: Validação do questionário SoGeMM-MGF	15
6.2.2 – Fase 2: Aplicação do questionário SoGeMM-MGF e MCP	16
A) Fase2: Resultados do questionário SoGeMM-MGF	16
B) Fase2: Resultados do questionário MCP	21
6.2.3 – Avaliação da Autopercepção da realização de MCP e da SoGeMM-MGF.....	23
7 – Discussão	24
7.1 – Discussão: Validação do Questionário SoGeMM-MGF	24
7.2 – Discussão: Resultados dos questionários SoGeMM-MGF e MCP.....	25
7.2.1 – Discussão: Resultados do questionário SoGeMM-MGF	26
7.2.2 – Discussão: Resultados do questionário MCP.....	27
7.2.3 – Discussão: Autopercepção da realização de MCP e da SoGeMM-MGF.....	27
8 – Conclusão.....	28
9 – Agradecimentos	29
10 – Referências Bibliográficas.....	30
11 – Anexos.....	32
11.1 – Anexo I: Questionário SoGeMM-MGF	32
11.2 – Anexo II: Questionário MCP	39
11.3 – Anexo III: Consentimento informado	40
11.4 – Anexo IV: Tabela de Correlação entre os itens no teste e reteste (Validação do questionário SoGeMM-MGF)	41
11.5 – Anexo V – Autorização da ARS do Centro.....	42

1 – Abreviaturas

ACeS – Agrupamento de Centros de Saúde

ARS do Centro – Administração Regional de Saúde do Centro

CSP – Cuidados de Saúde Primários

MCP – Medicina Centrada na Pessoa

MGF – Medicina Geral e Familiar

MM – Multimorbilidade

RAMs – Reação Adversa Medicamentosa

SoGeMM-MGF – Sobrecarga da Gestão da Multimorbilidade em médicos especialistas em Medicina Geral e Familiar

SRC-OM – Secção Regional do Centro da Ordem dos Médicos

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

USF-A – Unidade de Saúde Familiar A

USF-B – Unidade de Saúde Familiar B

2 - Resumo

Introdução: O médico especialista em Medicina Geral e Familiar (MGF) é um dos que lida com a Multimorbilidade, podendo a prática de uma Medicina Centrada na Pessoa (MCP) trazer benefícios, embora possa ser desgastante para o médico. Por não existir nenhum instrumento para avaliar, em MGF, a Sobrecarga da Gestão da Multimorbilidade em Portugal, identificou-se a necessidade de construir e validar um questionário para avaliá-la e relacioná-la com a prática de uma MCP.

Material e Método: O trabalho foi dividido em duas fases: fase de validação do questionário SoGeMM-MGF; fase de aplicação dos questionários SoGeMM-MGF e MCP. Na primeira fase participaram 32 médicos de MGF pertencentes a Agrupamentos de Centros de Saúde da Administração Regional de Saúde do Centro (Portugal). Na segunda fase, foram obtidas 221 respostas aos questionários, tendo contado com a colaboração da Secção Regional Centro da Ordem dos Médicos para a recolha dos dados. Foi realizada estatística descritiva e inferencial.

Resultados: Na fase de validação do questionário SoGeMM-MGF, a amostra foi composta por 32 participantes com idades entre os 32 e 66 anos, sendo a maioria mulheres. Nesta fase foi verificada a confiabilidade com um Alfa de Cronbach de 0,807 (teste) e 0,815 (reteste). Na segunda fase do trabalho, a amostra foi composta por 114 questionários validados das 221 respostas obtidas, sendo composta por elementos com idades entre os 31 e 68 anos e a maioria do sexo feminino (62,3%). Identificou-se que o tempo de trabalho com Multimorbilidade está relacionado com a Sobrecarga da Gestão da Multimorbilidade (Coeficiente de Spearman = 0,198; Significância = 0,034) e que a realização de uma MCP não está, por si só, relacionada com esta sobrecarga (Coeficiente de Spearman = - 0,055; Significância = 0,563).

Discussão: Com a realização deste trabalho, é feita a validação de um novo questionário com o intuito de avaliar a SoGeMM em MGF. Os resultados do trabalho de validação permitem concluir que a confiabilidade e consistência interna do questionário são excelentes. Em termos de aplicação dos questionários, salienta-se a hipótese de que, ao longo dos anos, o médico adquire uma capacidade adaptativa que o protege da Sobrecarga associada à gestão dos doentes com Multimorbilidade. Para além disso, não foi encontrada nenhuma correlação entre a SoGeMM-MGF e a prática de uma MCP, o que sugere que estas não são dependentes uma da outra.

Conclusão: Foi validado o questionário SoGeMM-MGF, capaz de avaliar a sobrecarga sentida pelos médicos especialistas em MGF, num contexto de Multimorbilidade. Em termos de MCP, verificámos que não existe relação entre a realização de uma MCP e a SoGeMM em médicos de MGF. Por fim, são apresentadas algumas propostas para o seguimento de trabalhos no âmbito de MCP e SoGeMM no futuro.

Palavras-chave: Medicina Centrada na Pessoa; Multimorbilidade; Medicina Geral e Familiar.

3 – Abstract

Introduction: The General Practice specialist is one of the medical pillars regarding multimorbidity care. As a result, the practice of Person-Centered Medicine (MCP) may be beneficial. However, dealing with Multimorbidity may require an additional effort from the doctor. Therefore, and because no instrument to assess the General Practice Multimorbidity Management Overload (SoGeMM-MGF) in Portugal was available, the purpose of this work is to validate a questionnaire capable of doing that and to compare it to the practice of a Person-Centered Medicine.

Material and Methods: This work was divided in two phases: SoGeMM-MGF questionnaire validation phase; Application of both, SoGeMM-MGF and MCP, questionnaires. The participants in the first phase were 32 General Practitioners that worked in Health Centers in the region of Administração Regional de Saúde do Centro (Portugal). In the second phase, 221 answers of both MCP and SoGeMM-MGF were collected with the collaboration of Secção Regional do Centro da Ordem dos Médicos. Finally, it was used descriptive and inferential statistics with the data that was obtain.

Results: In the first phase, the sample was composed by 32 participants, mainly women, with ages from 32 to 66 years old. In this phase, we obtained a Cronbach's Alpha of 0,807 (test) and 0,815 (retest). In the second phase, the sample was composed by 114 validated answers in a total of 221 questionnaires collected. Most of the participants in the second phase were women (62,3%) and the age range was 31-68 years old. It was identified that the time elapsed working with Multimorbidity is related to the SoGeMM-MGF (Spearman's coefficient = 0,198; Significance = 0,034) and that the practice of a Person-Centered Medicine is not related to this Overload (Spearman's coefficient = -0,055; Significance = 0,563).

Discussion: With this work, the validation of the SoGeMM-MGF questionnaire was achieved. The results show that this questionnaire has an excellent reliability and internal consistence.

In terms of application of both questionnaires, it is highlighted the hypothesis that, as years go by, the general practitioner acquires an adaptative capability which protects him from the Multimorbidity Management Overload. Furthermore, no relation between the Multimorbidity Management Overload and the Person-Centered Medicine was found, suggesting that they are not dependent of one another.

Conclusion: The SoGeMM-MGF questionnaire was successfully validated, making it possible to evaluate the Multimorbidity Management Overload in Portugal. In terms of Person-Centered Medicine, no relation with the SoGeMM-MGF was found. Finally, it is presented a few proposals regarding the themes of this work that may be conducted in the future.

Keywords: Patient-Centered Care; Multimorbidity; General Practice.

4 - Introdução

A grande temática do presente trabalho foca-se, principalmente, no conceito de Multimorbilidade (MM) e na prática de uma Medicina Centrada na Pessoa (MCP).

A problemática da MM, definida como a ocorrência simultânea de duas ou mais doenças crónicas (1), representa um desafio atual, afetando cerca de 50 milhões de pessoas na Europa (2).

O aumento da esperança média de vida e o envelhecimento da sociedade são causas do aumento da prevalência de patologias crónicas, sendo a população mais velha a que é mais afetada (3).

A MM está associada à redução da qualidade de vida, aumento da mortalidade, polifarmoterapia e aumento de reações adversas medicamentosas (RAMs), assim como um aumento do recurso aos serviços de saúde, incluindo tratamentos de urgência ou não planeados (4).

Os princípios de uma MCP remontam, historicamente, à antiga escola Grega de Cos, onde havia grande interesse nas particularidades de cada doente (5). Mais recentemente, Balint descreveu duas formas de exercer medicina: medicina centrada na doença e medicina centrada na pessoa. Enquanto que a primeira se foca em encontrar doença “localizável”, a segunda tem uma abordagem mais holística, que requer que o médico inclua “(...) *tudo o que sabe sobre o seu paciente (...)*”, o que se traduz pelo dever de tratar o doente como um ser humano único (6). Por este motivo, exercer uma MCP que englobe um processo de decisão conjunta, tendo em conta as preferências, necessidades e valores de cada doente, é fundamental em todos os doentes, especialmente em doentes com MM (7).

Numa revisão sistemática realizada em 2004 foi feita a associação de que a participação do doente na decisão terapêutica vem trazer melhores resultados terapêuticos e que o comportamento do médico influencia o doente, podendo levá-lo a envolver-se, ou não, neste processo (8).

No entanto, existem várias barreiras que dificultam a sua implementação na prática médica, sendo as mais relevantes: restrição de tempo, características do doente e a natureza da situação clínica (9). Por exemplo, doentes mais velhos, do sexo masculino, com menor escolaridade ou mobilidade limitada têm um menor interesse no processo de decisão conjunta (7). Contudo, são estes doentes, mais vulneráveis, os que mais beneficiam ao envolver-se neste processo (9).

Assim, o médico, nomeadamente o médico especialista em MGF, precisa de saber lidar com situações cada vez mais complexas e ter uma capacidade adaptativa que lhe permita oferecer o melhor cuidado de saúde. Isto é importante, porque os CSP são os que mais lidam com a MM (10).

Atualmente, existe a consciência de que, embora existam guidelines clínicas que permitam lidar melhor com determinadas situações (4), é necessária maior investigação para poder oferecer cuidados mais eficazes e seguros (11). Para além disso, não foi encontrado nenhum instrumento validado em Portugal para apreciar de que forma é que os médicos de MGF sentem a SoGeMM, relativamente aos seus doentes.

Por este motivo, julgamos ser pertinente a formulação e validação de um questionário capaz de a avaliar. Adicionalmente, consideramos pertinente conhecer a perceção que o médico especialista em MGF tem sobre a sua conduta e sobre os seus doentes. *Será que lidar com MM provoca, de alguma forma, sobrecarga aos especialistas de MGF em Portugal?*

O segundo objetivo deste trabalho passa por perceber de que forma é que lidar com a MM se associa com a prática de uma MCP. Por outras palavras: *Será que a sobrecarga da gestão da Multimorbilidade se relaciona com a realização de uma MCP?*

Ao longo do trabalho são abordadas as questões em análise e apresentados os resultados, assim como propostas para futuros desenvolvimentos.

5 – Material e Métodos

5.1 – Plano do estudo

Após construção de arquétipo pelos autores, este foi alvo de trabalho em “focus-group” em que um painel de peritos deu a sua opinião e reformulou o questionário.

Procedeu-se depois ao trabalho de validação avaliando a consistência interna e a confiabilidade. Com este objetivo, utilizando uma amostra de conveniência, foi pedida a colaboração de médicos de MGF, tendo sido interrogados em dois tempos distintos (teste e reteste) com intervalo inferior a quarenta e oito horas.

Foi depois aplicado o questionário SoGeMM-MGF, a médicos da especialidade de Medicina Geral e Familiar associando-se-lhe escala validada sobre o desempenho de Medicina Centrada na Pessoa. Para esta fase, foi obtida a colaboração da Secção Regional do Centro da Ordem dos Médicos, que alojou o questionário no servidor e enviou convite eletrónico à participação na resposta endereçando “link”.

Por fim, foi realizada a análise estatística dos dados.

5.2 – Instrumentos

A recolha de dados foi obtida pela aplicação dos questionários SoGeMM-MGF e MCP.

O questionário SoGeMM-MGF (Anexo I) foi construído pelo Professor Doutor Luiz Miguel Santiago e pelo Professor Doutor Filipe Prazeres com base em questionários previamente existentes (12), tendo-se adotado um formato quantitativo do instrumento de Bandeira et al. (13). No entanto, as áreas a avaliar não correspondem às referenciadas por Bandeira et al, sendo utilizadas as que foram identificadas no estudo de Prazeres & Santiago (14). O questionário é constituído por: i) conjunto de questões de caracterização epidemiológica, nomeadamente idade, sexo, estado civil, anos de trabalho com doentes com multimorbilidade, local de trabalho, familiaridade com termo multimorbilidade, frequência de curso específico sobre multimorbilidade, número médio de consultas que realiza por semana, número médio de consultas realizadas por semana a doentes com multimorbilidade e proporção de doentes com multimorbilidade no seu ficheiro; ii) 23 questões de autopreenchimento de tipo Likert com 5 alternativas. A chave da cotação varia entre 1 e 5. Quanto maior a cotação atribuída a um item, maior a sobrecarga associada ao mesmo.

O questionário MCP (Anexo II) foi validado entre outubro e novembro de 2016, com o intuito de avaliar a Autopercepção da prática de uma MCP (15). Até então não existia um instrumento validado em Portugal para o efeito, sendo que a sua construção teve por base o modelo de Moira Stewart e colaboradores (16). Assim, o questionário MCP enquadra este método em quatro grandes dimensões: 1 - “Explorar a saúde, a doença e a experiência de doença”; 2 – “Compreender a pessoa como um todo”; 3 – “Encontrar entendimento”; 4 –

“Melhorar a relação médico-doente”. O questionário apresenta vinte e dois itens, com quatro opções de resposta (“Quase sempre”; “Muitas vezes”; “Poucas vezes”; “Raramente”), sendo que quanto maior for a cotação atribuída em cada item, maior é a Autopercepção da realização de uma MCP.

O consentimento informado foi presumido a partir da leitura de um documento inicial (Anexo III), em que informava o médico do tema e da utilização dos dados obtidos para a realização do presente trabalho. Assim, apenas participaram os médicos que entenderam por bem contribuir voluntariamente e de forma anónima.

5.3 – Recolha dos dados

Na fase de validação do questionário SoGeMM-MGF, a recolha dos dados foi efetuada entre janeiro e abril de 2018. Nesta fase, o questionário foi aplicado pelo autor do trabalho a médicos de MGF na área da ARS Centro.

Na segunda fase do trabalho foi obtida a contribuição da SRC-OM para a recolha dos dados. O processo de recrutamento tomou lugar entre setembro e novembro de 2018, sendo que os questionários estiveram disponíveis na página online da SRC-OM.

5.4 – Análise de dados

Na análise estatística dos dados colhidos, foi utilizado o software IBM SPSS Statistics (Statistical Package for the Social Science – versão 24) para Windows.

Num contexto de validação do questionário SoGeMM-MGF, foi utilizado o Teste de Kolmogorov–Smirnov, para avaliar a distribuição dos dados numéricos, o Alfa de Cronbach, para avaliar a confiabilidade e consistência interna do questionário e o Coeficiente de Correlação de Spearman, para avaliar a correlação entre as perguntas do teste e reteste.

Na fase de aplicação dos questionários, procurou-se explorar os resultados encontrados em ambos os instrumentos, individualmente, e, posteriormente, relacioná-los. No questionário SoGeMM-MGF foram utilizados os testes de Kolmogorov-Smirnov e Shapiro-Wilk. Por ser uma amostra com distribuição não paramétrica, utilizou-se o teste de Mann-Whitney e Kruskal-Wallis, assim como o Coeficiente de Correlação de Spearman. No questionário MCP, foi utilizada estatística descritiva para avaliar a distribuição dos dados e, posteriormente, o Coeficiente de Correlação de Spearman. Por último, avaliou-se a correlação entre ambos os questionários através do Coeficiente de Correlação de Spearman.

6 - Resultados

6.1 – Resultados Descritivos

6.1.1 – Fase 1: Descrição da amostra de validação do questionário SoGeMM-MGF

Os participantes foram selecionados de acordo com os seguintes critérios: ser médico de MGF no ativo pertencente à área da ARS Centro, nomeadamente a trabalhar em UCSP, USF-A e USF-B, e demonstrar-se disponível para o preenchimento do questionário.

Assim, foi utilizada uma amostra de conveniência de 32 médicos pertencentes a centros de saúde da ARS Centro.

Nesta fase, participaram 11 homens e 21 mulheres (Tabela I) com idades compreendidas entre os 32 e 66 anos de idade, sendo a média de idade de 49,8 anos (Tabela II).

Tabela I – Caracterização da amostra relativamente ao sexo (Fase 1)

Sexo	Frequência	Percentagem
Homem	11	34,4%
Mulher	21	65,6%
Total	32	100%

Tabela II – Caracterização da amostra relativamente à idade (Fase 1)

	Mínima	Máxima	Média
Idade	32	66	49,78

Cerca de 53% trabalhava em USF-B e os restantes em USF-A e UCSP (Tabela III). Todos conheciam o termo Multimorbilidade, sendo que maioria (59,4%) trabalhava há mais de 10 anos com esta realidade (Tabela IV).

Tabela III – Caracterização da amostra relativamente ao local de trabalho (Fase 1)

Local de Trabalho	Frequência	Percentagem
UCSP	10	31,3%
USF-A	5	15,6%
USF-B	17	53,1%
Total	32	100%

Tabela IV – Caracterização da amostra relativamente ao tempo de trabalho com Multimorbilidade

(Fase 1)

“Há quanto tempo trabalha com MM?”	Frequência	Percentagem
Mais de 10 anos	19	59,4%
Entre 6 e 10 anos	7	21,9%
Entre 1 e 5 anos	3	9,4%
Menos de 1 ano	3	9,4%

6.1.2 – Fase 2: Descrição da amostra de aplicação dos questionários SoGeMM-MGF e MCP

Nesta etapa inquiriu-se uma amostra da população de médicos especialistas em MGF, inscritos na SRC-OM. Foram obtidas 221 respostas a ambos os inquéritos (SoGeMM-MGF e MCP) entre setembro e novembro de 2018.

Num total de 221 questionários obtidos, foram validadas 114 respostas (Tabela V). Considerou-se como questionário válido aquele em que se verificou o preenchimento, na totalidade, das perguntas dos dois instrumentos, incluindo a caracterização epidemiológica inicial.

Tabela V – Questionários Válidos e Missing (Fase 2)

Questionários	SoGeMM-MGF	MCP
Válidos	114	114
Missing	107	107
Total	221	221

Trata-se de uma amostra constituída por médicos com idades entre os 31 e 68 anos e uma média de 50 anos (Tabela VI), sendo a maior parte do sexo feminino (Tabela VII).

Tabela VI – Caracterização da amostra relativamente à idade (Fase 2)

	Mínimo	Máximo	Média
Idade (anos)	31	68	50,16

Tabela VII – Caracterização da amostra relativamente ao sexo (Fase 2)

	Frequência	Percentagem
Homem	43	37,7%
Mulher	71	62,3%

Neste grupo, foram inquiridos médicos com frequência relativa semelhante entre os diferentes locais de trabalho: UCSP, USF-A e USF-B (Tabela VIII). Apenas um sujeito revelou não estar familiarizado com o termo MM (Tabela IX) e a maioria revelou trabalhar com esta realidade há mais de 5 anos, exclusive (Tabela X).

Tabela VIII – Caracterização da amostra relativamente ao local de trabalho (Fase 2)

Local de trabalho	Frequência	Percentagem
UCSP	38	33,3%
USF-A	36	33,6%
USF-B	40	35,1%
Total	114	100%

Tabela IX – Caracterização da amostra relativamente à familiaridade com o tempo “Multimorbilidade” (Fase 2)

“Multimorbilidade é-lhe familiar?”	Frequência	Percentagem
Sim	113	99,1%
Não	1	0,9%
Total	142	100%

Tabela X – Caraterização da amostra relativamente ao tempo de trabalho com Multimorbilidade (Fase 2)

“Há quanto tempo trabalha com MM?”	Frequência	Percentagem	Percentagem cumulativa
Mais de 10 anos	29	25,4%	25,4%
Entre 6 e 10 anos	79	69,3%	94,7%
Entre 1 e 5 anos	3	2,6%	97,4%
Menos de 1 ano	3	2,6%	100%

6.2 – Resultados Inferenciais

6.2.1 – Fase1: Validação do questionário SoGeMM-MGF

No sentido de validar o questionário SoGeMM-MGF, procedeu-se ao estudo da normalidade de distribuição dos dados da amostra, utilizando o Teste de Kolmogorov-Smirnov. De seguida utilizaram-se instrumentos estatísticos para avaliar a confiabilidade e consistência interna, nomeadamente o Alfa de Cronbach. Finalmente, averiguou-se a correlação existente entre os resultados de cada pergunta, através do Coeficiente de Correlação de Spearman (Anexo IV).

O Teste de Kolmogorov-Smirnov para avaliar a normalidade da soma das respostas da amostra verificou a sua normalidade no teste e reteste (Tabela XI).

Tabela XI – Avaliação da distribuição da amostra (Fase 1)

Teste de Kolmogorov-Smirnov		
	Soma total (teste)	Soma total (reteste)
N (amostra)	32	32
Estatística do teste	0,109	0,079

Em segundo lugar, avaliámos a confiabilidade e validade interna do questionário. Os resultados do Alfa de Cronbach são definidos como: superior a 0,9 (“excelent” = excelente); superior a 0,8 (“good” = bom); superior a 0,7 (“acceptable” = aceitável); superior a 0,6 (“questionable” = questionável); superior a 0,5 (“poor” = fraco); inferior a 0,5 (“unacceptable” = inadmissível) (17) (Tabela XII). Verificou-se uma confiabilidade de 0,921 pelo Alfa de Cronbach entre tempo 1 e tempo 2 de aplicação.

Tabela XII – Avaliação da consistência interna no teste e reteste (Fase 1)

	Alfa de Cronbach	Número de itens
Teste	0,807	23
Reteste	0,815	23

6.2.2 – Fase 2: Aplicação do questionário SoGeMM-MGF e MCP

Foram aplicados os questionários SoGeMM-MGF e MCP e avaliadas as respetivas dimensões referentes à MM e à MCP.

Começámos por avaliar a distribuição da amostra, recorrendo ao teste de Kolmogorov-Smirnov e Shapiro Wilk (Tabela XIII).

Tabela XIII – Avaliação da distribuição da amostra (Fase 2)

Soma total	Kolmogorov-Smirnov		Shapiro-Wilk	
	Estatística	Significância	Estatística	Significância
SoGeMM-MGF	0,120	0,000	0,937	0,000
MCP	0,079	0,077	0,989	0,522

Neste caso, estamos perante uma população com distribuição não normal relativamente ao questionário SoGeMM-MGF, pelo que se optou por utilizar estatística não paramétrica. No questionário MCP verificou-se uma significância $> 0,05$ nos testes Kolmogorov-Smirnov e Shapiro-Wilk, o que indica que a amostra se comporta com uma distribuição normal.

A) Fase2: Resultados do questionário SoGeMM-MGF

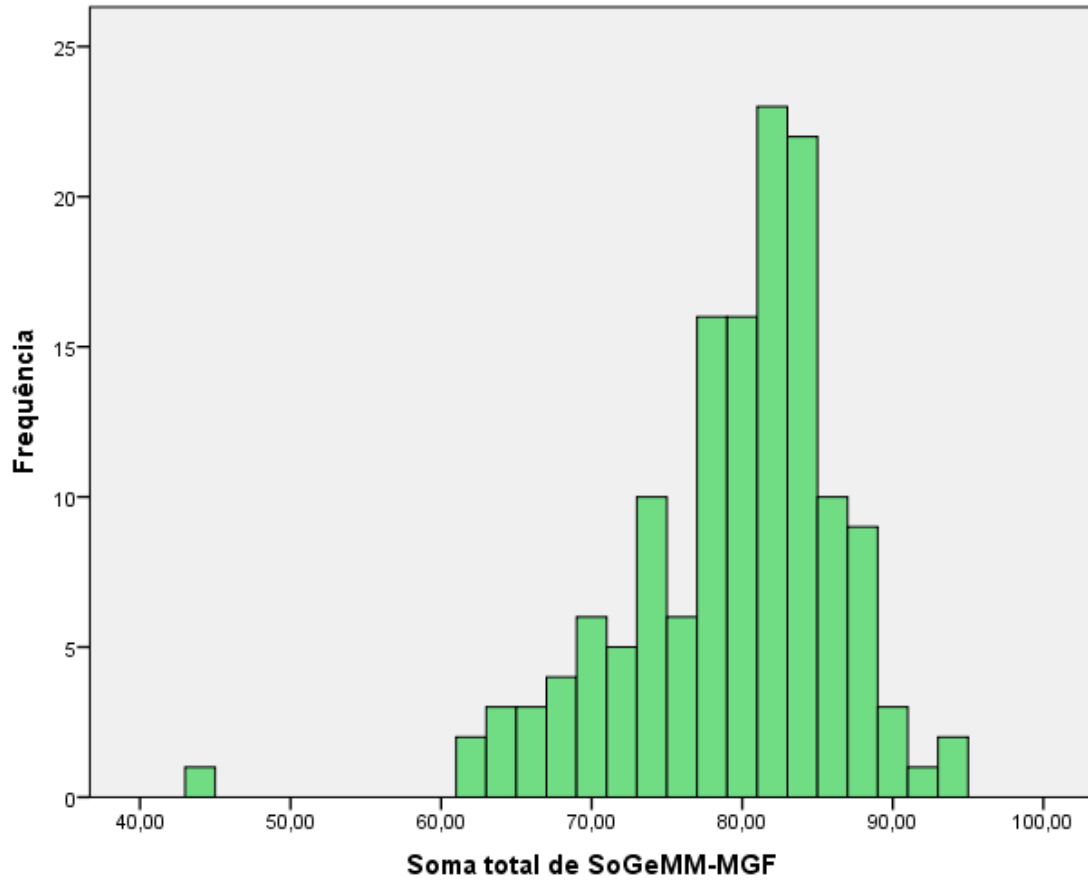
Com o objetivo de identificar eventuais características dos especialistas de MGF que poderiam promover diferenças na percepção sobre a sobrecarga que a MM lhes causa, procurámos identificar variáveis epidemiológicas e relacioná-las com o score da Soma total (SoGeMM-MGF). Cada pergunta do questionário é codificada de 1 a 5, pelo que este score consiste na soma total do valor codificado de cada pergunta e, conseqüentemente, traduz uma maior sobrecarga, relacionada com a MM quanto maior for o seu valor.

Começámos por utilizar estatística descritiva da contagem isolada da Soma total (SoGeMM-MGF). Verificou-se que os resultados tinham uma média de 78,8, estando compreendidos entre 44 (valor mínimo) e 94 (valor máximo). Para além disso, 50% dos resultados foram superiores a 80,4 (Tabela XIV; Figura I).

Tabela XIV – Avaliação da distribuição da amostra (Fase 2)

	Média	Mediana (P50)
Soma total (SoGeMM-MGF)	78,8	80,0

Figura 1 – Histograma da distribuição da Soma total (SoGeMM-MGF)
(Fase 2)



Em segundo lugar, foi avaliada a existência de correlação entre as diferentes variáveis epidemiológicas com o score Soma total (SoGeMM-MGF) (Tabela XV).

Tabela XV – Correlação entre Soma total (SoGeMM-MGF) e as características epidemiológicas
(Fase 2)

		Soma total (SoGeMM-MGF)
Idade	Correlação de Spearman	- 0,024
	Significância	0,800
	N	114
Sexo	Correlação de Spearman	0,090
	Significância	0,342
	N	114
Local de trabalho	Correlação de Spearman	- 0,174
	Significância	,065
	N	114
Familiaridade com o termo MM	Correlação de Spearman	0,073
	Significância	0,438
	N	114
Frequência de curso específico em MM	Correlação de Spearman	,198*
	Significância	,034
	N	114
“Há quanto tempo trabalha com MM?”	Correlação de Spearman	0,198*
	Significância	0,034
	N	114
Número médio de consultas por semana	Correlação de Spearman	0,079
	Significância	0,405
	N	114
Número médio de consultas semanais em doente com MM	Correlação de Spearman	- 0,054
	Significância	0,569
	N	114

As variáveis com significância > 0,05 têm uma maior probabilidade de não estarem correlacionadas, pelo que apenas o tempo de trabalho com MM apresentou uma significância inferior a este valor.

Adicionalmente, foram analisadas as respostas com intuito de avaliar se existiam diferenças significativas entre cada variável ou se elas se mantinham semelhantes em todos os diferentes domínios de cada uma (Tabela XVI).

Tabela XVI – Avaliação da existência de diferença entre as categorias de cada característica epidemiológica no que toca à Soma total (SoGeMM-MGF) (Fase 2)

Teste sumário de hipóteses				
	Hipótese nula	Teste	Significância	Decisão
1	A média da Soma total SoGeMM-MGF é a mesma nas diferentes categorias de Sexo	Independent Samples Mann-Whitney Test	0,285	Reter a Hipótese nula
2	A média da Soma total SoGeMM-MGF é a mesma nas diferentes categorias de Local de trabalho	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	0,220	Reter a Hipótese nula
3	A média da Soma total SoGeMM-MGF é a mesma nas diferentes categorias de familiaridade com o termo MM	Independent Samples Mann-Whitney Test	0,386	Reter a Hipótese nula
4	A média da Soma total SoGeMM-MGF é a mesma nas diferentes categorias de “Há quanto tempo trabalha com MM?”	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	0,000	<u>Rejeitar a Hipótese nula</u>
5	A média da Soma total SoGeMM-MGF é a mesma nas diferentes categorias de Frequência de curso específico em MM	Independent Samples Mann-Whitney Test	0,598	Reter a Hipótese nula
6	A média da Soma total SoGeMM-MGF é a mesma nas diferentes categorias de Número médio de consultas por semana	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	0,420	Reter a Hipótese nula
7	A média da Soma total SoGeMM-MGF é a mesma nas diferentes categorias de Número médio de consultas semanais em doente com MM	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	0,140	Reter a Hipótese nula

Verificou-se que apenas no parâmetro 4 (“**Há quanto tempo trabalha com MM?**”) pode haver diferença entre as suas categorias, não se identificando variações significativas entre as outras categorias da caracterização epidemiológica.

Por último, achou-se por bem averiguar a situação anteriormente referida e esclarecer de que modo varia o score de Soma total (SoGeMM-MGF) em cada categoria definida para a variável “Há quanto tempo trabalha com MM?” (Figura 2). *Como é que a sobrecarga da Multimorbilidade é afetada pelo tempo de trabalho com esta realidade?*

A Figura 2 apresenta os resultados da relação entre o tempo de trabalho com MM e a Soma total (SoGeMM-MGF), que avalia a sobrecarga da gestão da MM.

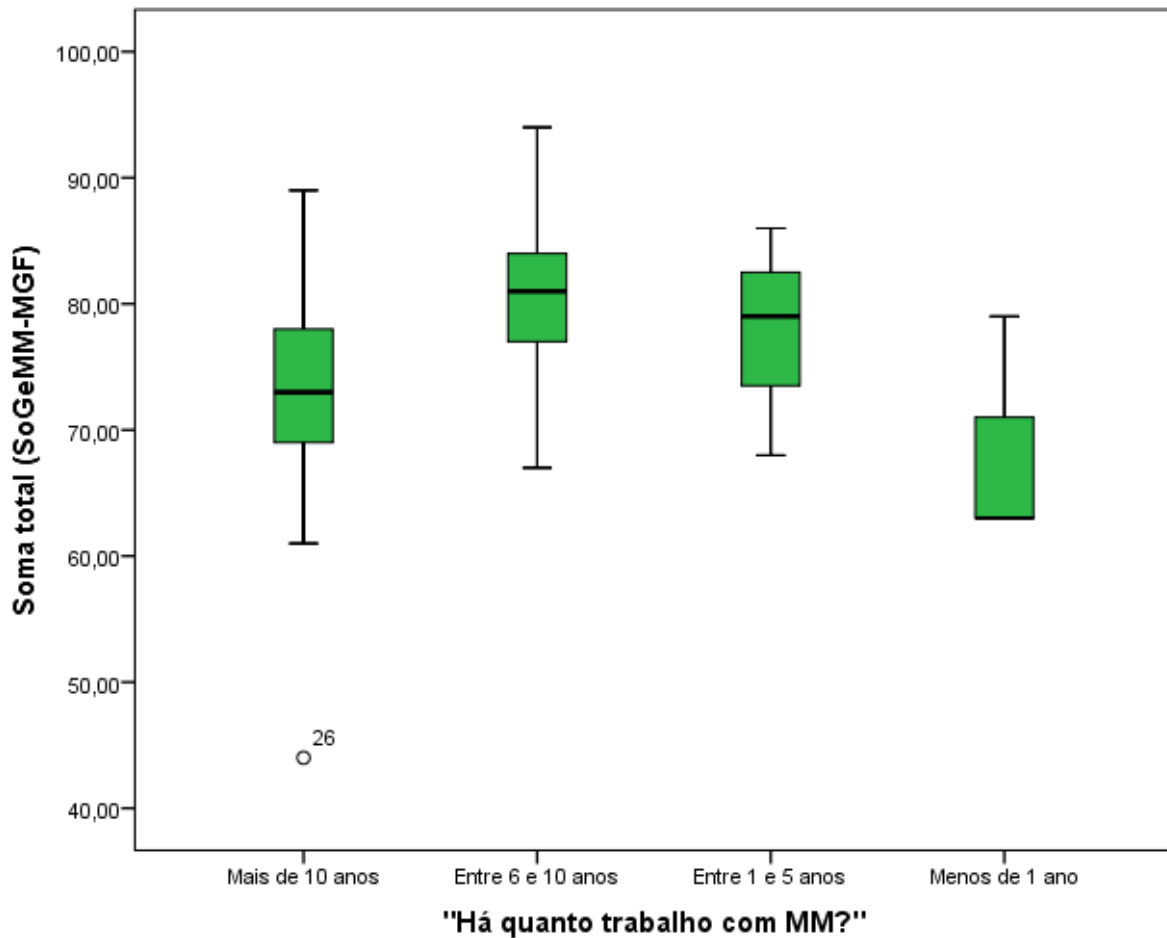


Figura 2 – Box Plot: relação entre “Há quanto tempo trabalha com MM?” e Soma total (SoGeMM-MGF) (Fase 2)

A Figura 2 indica que foram obtidos resultados mais baixos nas categorias “Mais de 10 anos” e “Menos de 1 ano”, sendo obtidos resultados superiores em “Entre 6 e 10 anos” e “Entre 1 e 5 anos”.

B) Fase2: Resultados do questionário MCP

Através da aplicação do questionário MCP, procurou-se, numa primeira instância, avaliar a percepção dos médicos relativamente à sua prática de MCP. Para isso, utilizou-se o score da Soma total (MCP), que traduz uma maior Autopercepção da realização de MCP pelos médicos inquiridos quanto maior for o seu valor.

Os valores do score da Soma de MCP estão compreendidos entre 53 (valor mínimo) e 85 (valor máximo), tendo uma média de 69,7 (Tabela XVII; Figura 3).

Tabela XVII – Descrição da Soma total (MCP)
(Fase 2)

	Média	Mediana (P50)
Soma total (MCP)	69,7	70,0

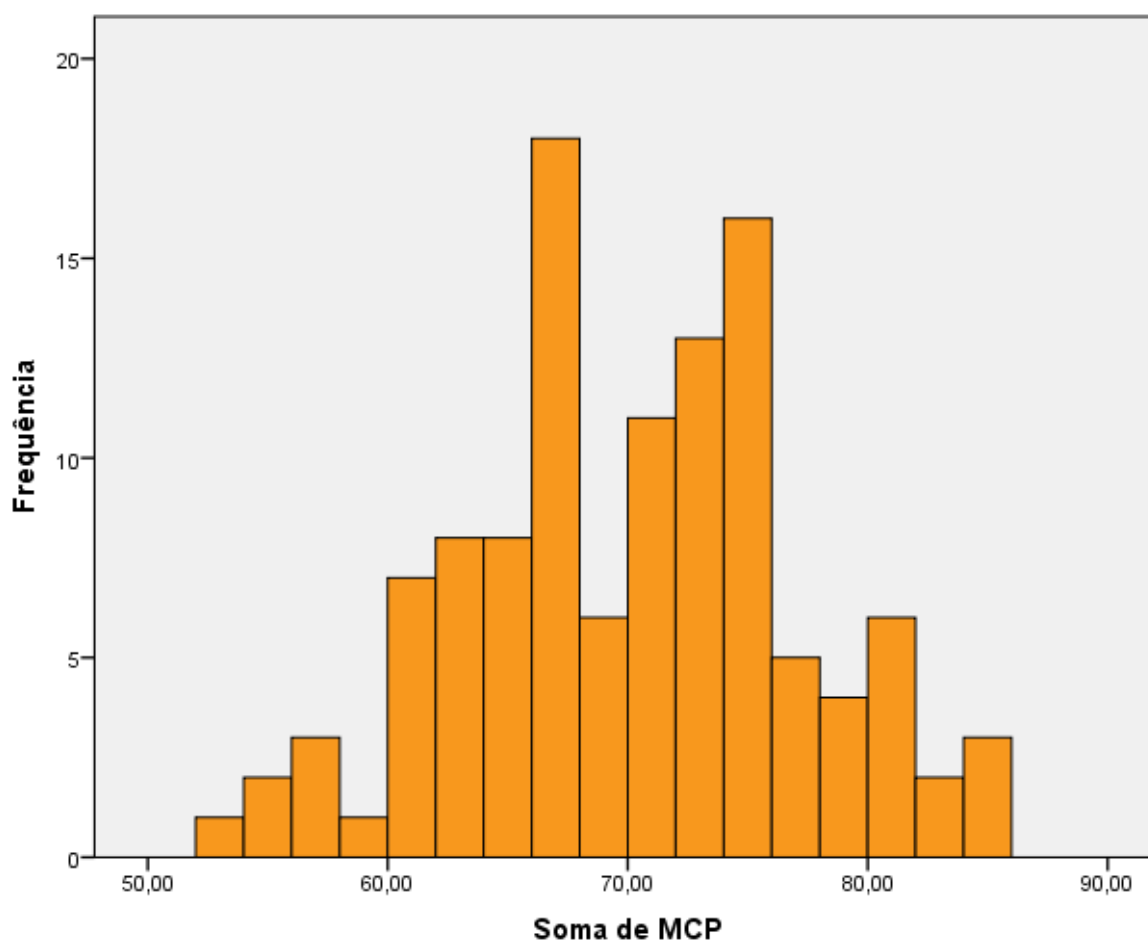


Figura 3 – Histograma da distribuição da Soma total (MCP)
(Fase 2)

De modo a salientar eventuais características que poderiam estar relacionadas com uma melhor percepção da realização de MCP, foi utilizado o Coeficiente de Correlação de Spearman relativamente ao score da Soma total (MCP) (Tabela XVIII).

Neste caso, não se verificou uma significância > 0,05, o que significa que estas variáveis têm uma probabilidade elevada de não estarem correlacionadas com o score de Soma total (MCP).

Tabela XVIII –Correlação entre Soma Total (MCP) e as características epidemiológicas (Fase 2)

		Soma total (MCP)
Idade	Correlação de Spearman	- 0,017
	Significância	0,854
	N	114
Sexo	Correlação de Spearman	0,118
	Significância	0,211
	N	114
Local de trabalho	Correlação de Spearman	0,128
	Significância	0,174
	N	114
Familiaridade com o termo MM	Correlação de Spearman	0,156
	Significância	0,099
	N	114
Frequência de curso específico em MM	Correlação de Spearman	0,037
	Significância	0,693
	N	114
“Há quanto tempo trabalha com MM?”	Correlação de Spearman	-0,023
	Significância	0,206
	N	114
Número médio de consultas por semana	Correlação de Spearman	0,140
	Significância	0,137
	N	114
Número médio de consultas semanais em doente com MM	Correlação de Spearman	0,081
	Significância	0,394
	N	114

6.2.3 – Avaliação da Autopercepção da realização de MCP e da SoGeMM-MGF

Foi avaliado se os resultados da escala SoGeMM-MGF estão relacionados com a Autopercepção da prática de MCP. Para isso, utilizou-se o Coeficiente de Correlação de Spearman, tendo-se obtido um valor de - 0,055 (correlação Spearman) e significância =0,563 (Tabela XIX).

Tabela XIX –Correlação entre Soma total (SoGeMM-MGF) e Soma Total (MCP) (Fase 2)

		Soma total de MCP
Soma total (SoGeMM-MGF)	Correlação de Spearman	- 0,055
	Significância	0,563
	N	114

7 – Discussão

O conceito de MM está bem definido e a sua importância é inegável, na medida em que, só na Europa, mais de 50 milhões de pessoas são afetadas por esta realidade. Em termos literários, existem, por um lado, vários estudos que procuram avaliar os efeitos subjacentes à MM no doente (p.e. polifarmacoterapia). Por outro lado, existem poucos estudos com o intuito de identificar a percepção que os médicos têm sobre a MM e a forma como ela os afeta, designada neste trabalho como “Sobrecarga”. Por este motivo e por se entender que o médico especialista em MGF é um dos principais elementos na gestão da MM, o presente trabalho propõe-se apresentar um novo instrumento (questionário SoGeMM-MGF), capaz de avaliar a sobrecarga da gestão da MM em médicos desta especialidade.

A prática de uma MCP torna-se cada vez mais essencial em todos os campos da medicina. Contudo, o doente com MM tem um papel especial, uma vez que pode estar sujeito a um maior número de tratamentos crónicos e beneficiar de um processo em que seja parte integrante. Assim, considerou-se importante avaliar se a prática de uma MCP se associa a uma maior ou menor sobrecarga sentida pelos médicos de MGF.

O trabalho foi dividido em duas fases, como previamente explicado. Na primeira fase procedeu-se à validação do questionário SoGeMM-MGF, enquanto que na segunda fase procedeu-se à aplicação dos dois questionários (SoGeMM-MGF e MCP) com o intuito de avaliar e comparar resultados provenientes de ambos os inquéritos e, assim, tentar responder à principal motivação deste trabalho: *Será que a sobrecarga da gestão da Multimorbilidade se relaciona com a realização de uma MCP?*

De seguida é apresentada a discussão relativa a cada fase.

7.1 – Discussão: Validação do Questionário SoGeMM-MGF

A amostra inquirida foi a desejável e pretendida, tendo em vista a validação do questionário SoGeMM-MGF no que toca à sua consistência interna e confiabilidade. Trata-se de uma amostra de conveniência, composta por 32 médicos de MGF pertencentes a Unidades de Saúde Familiar (USF-A e USF-B) e UCSP de ACeS pertencentes à ARSC com idades entre os 32 e 66 anos, sendo 65,6% mulheres.

Em termos estatísticos, esta amostra mostrou ter uma distribuição normal no Teste de Kolmogorov-Smirnov com uma significância $> 0,05$ quer no teste (0,109) como no reteste (0,079) (Tabela XI). Ainda que a amostra não seja representativa da população de médicos de MGF na região Centro, considerou-se admissível que, com este tamanho da amostra fossem retiradas conclusões relativas à consistência interna e confiabilidade do questionário em causa.

A consistência interna e confiabilidade foram averiguadas com recurso ao Alfa de Cronbach. Em termos globais, o Alfa de Cronbach foi de 0,921, o que significa que estamos perante um questionário com uma excelente confiabilidade e validade interna (Tabela XII).

O Coeficiente de Correlação de Spearman foi aplicado para avaliar a correlação entre os itens do teste e reteste. Salienta-se que alguns dos itens obtiveram um correlação com significância $> 0,05$, pelo que é possível um aperfeiçoamento do questionário em futuros estudos de modo a torná-lo mais eficaz (Anexo IV). Os itens identificados são os seguintes: P4 (“Quão frequentemente se sente o(a) responsável por todo o cuidado necessário aos doentes com multimorbilidade?”); P7 (“O seu trabalho com doentes com multimorbilidade é fácil pois segue as Normas de Orientação da DGS?”); P10 (“O seu trabalho com doentes com multimorbilidade é fácil pois segues as orientações de médicos de outras especialidades?”); P15 (“De uma forma geral, sente que os doentes com multimorbilidade hipervalorizam o seu estado de saúde e desvalorizam a sua terapêutica?”); P22 (“Dados os problemas apresentados pelo doente com multimorbilidade este deveria ser entendido como tendo o peso de unidade ponderada extra para efeitos de tamanho de lista?”); P23 (“De uma forma geral, quão satisfatório é para si lidar com doentes com multimorbilidade?”).

7.2 – Discussão: Resultados dos questionários SoGeMM-MGF e MCP

Nesta fase, pretendia-se avaliar a população de médicos especialistas em MGF, pelo que a amostra inquirida foi a desejável. Contudo, foram validados 114 inquéritos de um total de 221 respostas, o que vem a diminuir a potência do trabalho e, conseqüentemente, levanta algumas reservas quanto às conclusões aqui apresentadas. O universo questionado foi recrutado com a colaboração da SRC-OM. A opção por esta metodologia de aplicação deveu-se à vontade de ter o trabalho feito em prazos apertados, de se pretender amostra de várias localidades da região Centro, de não se pretender forçar os médicos a resposta, bem como à necessidade da colheita dos dados num lapso temporal limitado.

Este grupo tinha idades compreendidas entre os 31 e 68 anos, sendo a maioria do sexo feminino (62,3%). Foram inquiridos médicos pertencentes a USF (USF-A e USF-B) e UCSP, tendo uma distribuição semelhante entre cada local de trabalho. Mais de 50% trabalhava com doentes com MM há pelo menos 5 anos.

De seguida é apresentada a discussão relativa a cada questionário e, em último lugar, a comparação entre os resultados de ambos.

7.2.1 – Discussão: Resultados do questionário SoGeMM-MGF

Em termos gerais, este questionário baseia a sua avaliação no score da Soma total (SoGeMM-MGF), que engloba todos os itens do mesmo e nos fornece um resultado que traduz uma maior sobrecarga quanto maior for o seu valor. Nestes termos, procurou-se avaliar como varia a SoGeMM entre os médicos especialistas de MGF.

O score de Soma total (SoGeMM-MGF) apresentou-se com um valor mínimo isolado de 44 e um valor máximo de 94, sendo que 50% dos resultados foram superiores ou iguais a 80 (Tabela XIV; Figura 1). Este trabalho não se foca em definir valores *cut-off* para identificar níveis de sobrecarga, mas o seu reconhecimento parece ser útil, na medida em que permitirá definir mais facilmente quem apresenta um maior risco de sobrecarga relacionada com a gestão de doentes com MM e, eventualmente, agir em conformidade, prevenindo os seus efeitos.

Ao utilizar-se o Coeficiente de Correlação de Spearman, foi obtida informação para avaliar a relação entre as características da amostra e o score da Soma total (SoGeMM-MGF). Todas as características epidemiológicas analisadas (Idade; Sexo; Local de trabalho; Familiaridade com o termo MM; Frequência de curso específico em MM; Número médio de consultas por semana; Número médio de consultas semanais em doentes com MM) não revelaram correlação com o score da Soma total (SoGeMM-MGF), obtendo uma significância $> 0,05$. A exceção denotou-se no tempo de trabalho com MM, que apresentou uma significância $< 0,05$ (Tabela XV), indicando que o tempo de trabalho com MM influencia de alguma forma a sobrecarga sentida pelos médicos relativamente a esta realidade.

Adicionalmente, procedendo à análise de amostras independentes, – Mann-Whitney test e Kruskal Wallis test – foi avaliado se, para cada característica epidemiológica, existiam diferenças entre as diversas categorias de cada uma, relativamente ao score de Soma total (SoGeMM-MGF) (tabela XVI). A única característica em que se verifica uma diferença entre as duas categorias é, novamente, o tempo de trabalho com MM, apresentando uma significância $< 0,05$.

Perante estes resultados, levantou-se a questão: De que forma é que o tempo de trabalho com a MM e a SoGeMM-MGF estão relacionados. “Será que os especialistas de MGF que trabalham há mais tempo com Multimorbilidade têm uma maior capacidade de gestão da sobrecarga relacionada com a Multimorbilidade dos seus doentes?”.

Na Figura 2 pretende-se esclarecer de que modo é que o tempo de trabalho com doentes com MM afeta a sobrecarga percecionada pelos médicos de MGF. Ao que parece, scores mais baixos estão associados a um menor tempo de trabalho com MM (“Menos de 1 ano”) e voltam a estar novamente associados quando se trabalha há mais tempo (“Mais de 10 anos”), existindo um aumento nos escalões intermédios (“Entre 1 e 5 anos” e “Entre 5 e 10 anos”). Desta forma, parece que quem trabalha com esta realidade há pouco tempo ou há

muito tempo, nomeadamente, há mais de 10 anos, tem uma maior capacidade de gerir a sobrecarga associada à MM, indicando que pode existir um processo de adaptação do médico ao longo do tempo. Será esta adaptação fruto de maior vontade com o tema, melhor conhecimento das pessoas, menor conhecimento científico, menor carga de ansiedade perante o desempenho profissional? Estas são perguntas que se levantam para trabalhos futuros, dado que no início da vida profissional há elevada vontade de desempenho profissional.

No entanto, salienta-se que os resultados se baseiam numa amostra composta por um número reduzido de sujeitos que integram as categorias “Menos de 1 ano” e “Entre 1 e 5 anos”, o que pode influenciar a retirada de conclusões.

7.2.2 – Discussão: Resultados do questionário MCP

À semelhança do questionário anterior, o MCP baseia-se no score de Soma total (MCP), que engloba todos os itens do questionário e identifica uma melhor realização de MCP quanto maior for o valor nele obtido.

Os valores obtidos estão compreendidos entre 53 e 85, sendo que 50% tem um score superior a 70 (Tabela XVII; Figura 3). Novamente, não é objetivo deste trabalho definir valores de *cut-off*, mas tal poderia ser útil na avaliação dos níveis de realização de MCP.

Na tentativa de avaliar se existe correlação entre características dos médicos de MGF e a realização de uma MCP, foi utilizado o Coeficiente de Correlação de Spearman (Tabela XVIII). Neste caso, não se verificou nenhuma correlação significativa (significância > 0,05) entre as características epidemiológicas usadas no questionário e o score de Soma total (MCP), o que sugere que uma prática de uma MCP não depende, de forma individual, de nenhuma delas.

7.2.3 – Discussão: Autoperceção da realização de MCP e da SoGeMM-MGF

Por último, pretende-se verificar, num contexto de MGF, se a prática de uma MCP está relacionada com o impacto da gestão da MM, avaliada pelo SoGeMM-MGF. O primeiro ponto é avaliado com recurso ao score de Soma total (MCP), enquanto que o segundo ponto é avaliado através do score de Soma total (SoGeMM-MGF).

Com este objetivo, foi utilizado o Coeficiente de Correlação de Spearman, tendo-se obtido uma significância de 0,56, o que significa que, à partida, a prática de uma MCP não se relaciona com a sobrecarga associada à MM dos doentes (Tabela XIX). Assim, responde-se ao principal motivo que regeu este trabalho.

8 – Conclusão

De forma resumida, podem-se identificar alguns pontos-chaves detetados com a realização deste trabalho. Para além de se ter validado um novo instrumento para avaliar a sobrecarga sentida pelos médicos (especialistas em MGF) em relação à gestão da MM inerente a alguns dos seus doentes, somam-se conclusões que merecem destaque.

Em primeiro lugar, confirma-se, neste estudo, a ideia de que um maior tempo a lidar com a MM se associa a uma menor sobrecarga sentida pelos médicos de MGF, o que pode traduzir um processo de adaptação ao longo dos anos de prática médica. Em segundo lugar, é salientado que a prática de uma MCP não se relaciona com nenhum aspeto epidemiológico identificado nos questionários utilizados. Por último, não se verifica uma relação entre a realização de uma MCP e a sobrecarga da gestão de cuidados, nomeadamente num contexto de MM.

Todos estes resultados devem ser cuidadosamente interpretados, na medida em que a amostra utilizada pode não ser representativa da população em causa (Médicos especialistas de MGF).

No entanto, com esta investigação abrem-se novas oportunidades de estudo das questões em análise. A identificação de valores *cut-off* para definir níveis de SoGeMM-MGF e de realização de uma MCP podem ser úteis. Também o reconhecimento de causas associadas a um processo adaptativo capaz de reduzir a SoGeMM podem demonstrar-se relevantes. Por último, o aperfeiçoamento do questionário SoGeMM-MGF poderá ser importante, no sentido de responder melhor a estas e outras questões que possam contribuir para uma melhor forma de lidar com o doente em geral e, em particular, com o doente com MM.

9 – Agradecimentos

Ao Professor Doutor Luiz Miguel Santiago pela forma como orientou o trabalho, demonstrando-se disponível, amável e rigoroso, mobilizando o nosso melhor com a finalidade de promover a excelência para este trabalho.

A todos os participantes que mostraram interesse em colaborar com este estudo de forma voluntária e anónima.

Aos meus pais, Maria da Conceição e José António, à minha irmã, Daniela, e à Catarina, por estarem sempre presentes.

Aos meus colegas, especialmente ao Pedro Pereira e Telmo Cortinhal, por me acompanharem durante o meu trajeto académico na Universidade e ao longo da realização do trabalho.

10 – Referências Bibliográficas

1. Prazeres F. Editorial convidado [Internet]. Vol. 15, Multimorbilidade: Um olhar diferente sobre a doença crónica. 2013 [cited 2018 Jun 5]. p. 6–7. Available from: <http://revista.adso.com.pt/revadso/article/download/5/4>
2. van der Heide I, Snoeijs S, Quattrini S, Struckmann V, Hujala A, Schellevis F, et al. Patient-centeredness of integrated care programs for people with multimorbidity. Results from the European ICARE4EU project. *Health Policy (New York)*. 2018;122(1):36–43.
3. Chronic Care: Making the Case for Ongoing Care [Internet]. 2010 [cited 2018 Nov 5]. Available from: www.rwjf.org/pr/product.jsp?id=50968
4. National Institute for Health and Clinical Excellence. Multimorbidity and polypharmacy [Internet]. 2017. Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/ktt18/resources/multimorbidity-and-polypharmacy-pdf-58757959453381>
5. Stewart M, Brown J, Donner A, McWhinney I, Oates J, Weston W, et al. The impact of patient-centered care on outcomes. *Fam Pr*. 2000;49(9):796–804.
6. Balint E. The possibilities of patient-centered medicine*. *J Roy Coll Gen Pract*. 1969;17:269–76.
7. Chi WC, Wolff J, Greer R, Dy S. Multimorbidity and decision-making preferences among older adults. *Ann Fam Med*. 2017;15(6):546–51.
8. Kogut PI, Mizernyi VN, Rudyanova TN. A systematic review of the research on communication between patients and health care professionals about medicines: the consequences for. *J Autom Inf Sci* [Internet]. 2006;38(5):6–22. Available from: <http://www.scopus.com/inward/record.url?eid=2-s2.0-33747588533&partnerID=tZOtx3y1>
9. Légaré F, Witteman HO. Shared decision making: Examining key elements and barriers to adoption into routine clinical practice. *Health Aff*. 2013;32(2):276–84.
10. Rijken M, Hujala A, van Ginneken E, Melchiorre MG, Groenewegen P, Schellevis F. Managing multimorbidity: Profiles of integrated care approaches targeting people with multiple chronic conditions in Europe. *Health Policy (New York)*. 2018;122(1):44–52.
11. Tan ECK, Sluggett JK, Johnell K, Onder G, Elseviers M, Morin L, et al. Research Priorities for Optimizing Geriatric Pharmacotherapy: An International Consensus. *J Am Med Dir Assoc* [Internet]. 2018;19(3):193–9. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2017.12.002>

12. Paiva Amorim M, Silva I. INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DO PENSAMENTO CRÍTICO EM ESTUDANTES E PROFISSIONAIS DE SAÚDE. 2014 [cited 2018 Nov 22];15(1):122–37. Available from: [www.sp-ps.com-
doi:http://dx.doi.org/10.15309/14psd150111](http://www.sp-ps.com-
doi:http://dx.doi.org/10.15309/14psd150111)
13. Escalas brasileiras de avaliacao da satisfacao (SATIS-BR) e da sobrecarga (IMPACTO-BR) da equipe tecnica em servicos de saude mental.PDF.
14. Prazeres F, Santiago L, Prazeres F, Santiago L. The Knowledge, Awareness, and Practices of Portuguese General Practitioners Regarding Multimorbidity and its Management: Qualitative Perspectives from Open-Ended Questions. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2016 Nov 8 [cited 2018 Nov 22];13(11):1097. Available from: <http://www.mdpi.com/1660-4601/13/11/1097>
15. Santiago, L. Simões, J. Vale, Martinha., et al. Auto-percepção médica do desempenho da Medicina Centrada na Pessoa validação de instrumento. 2017 [cited 2018 September 20]. Available from: <https://www.uc.pt/fmuc/DocumentosHomepage/2017/Novembro/Poster>
16. Stewart, M. (2014). *Patient centered medicine*. 1st ed. Abingdon: Radcliffe, pp.31, 32, 32.
17. Joseph A. Gliem RRG. Calculating, Interpreting, and Reporting Cronbach's Alpha Reliability Coefficient for Likert-Type Scales [Internet]. Vol. 14, *Studies in Inorganic Chemistry*. 2003 [cited 2018 Nov 6]. p. 349–72. Available from: <https://scholarworks.iupui.edu/bitstream/handle/1805/344/gliem+&gliem.pdf?sequence=1>

11 – Anexos

11.1 – Anexo I: Questionário SoGeMM-MGF

Quantos anos tem?

--

Sexo:

Masculino		Feminino	
-----------	--	----------	--

Qual é o seu estado civil?

Solteiro		Casado ou vive com companheiro		Separado		Divorciado		Viúvo	
----------	--	--------------------------------------	--	----------	--	------------	--	-------	--

Qual é o seu local de trabalho?

UCSP		USF-A		USF-B	
------	--	-------	--	-------	--

O termo multimorbilidade é-lhe familiar?

Sim		Não	
-----	--	-----	--

Há quanto tempo trabalha com doentes com multimorbilidade?

Mais de 10 anos		Entre 6 – 10 anos		Entre 1 – 5 anos		Menos de 1 ano	
--------------------	--	-------------------	--	------------------	--	----------------	--

Frequentou curso específico sobre multimorbilidade?

Sim		Não	
-----	--	-----	--

Qual o número médio de consultas que realiza por semana?

Menos de 70		Entre 70 a 99		Entre 100 a 130		Mais de 130	
-------------	--	---------------	--	-----------------	--	-------------	--

Qual o número médio de consultas que julga realizar por semana a doentes com multimorbilidade?

Menos de 30		Entre 30 a 59		Entre 60 a 90		Mais de 90	
-------------	--	---------------	--	---------------	--	------------	--

Qual julga ser a proporção de doentes com multimorbilidade no seu ficheiro?

≤ 25 %		≥ 26 e ≤ 50 %		≥ 51 e ≤ 70%		≥ 71 %	
--------	--	---------------	--	--------------	--	--------	--

1. Lidar com doentes com multimorbilidade reduz o tempo que tem disponível para os outros doentes?

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

2. Sente-se sobrecarregado(a) pela proporção de doentes com multimorbilidade que vê na sua consulta?

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

3. O apoio de outro profissional (p.ex. psicólogo, nutricionista, dentista, gerontólogo social) tornaria o seu trabalho de lidar com doentes com multimorbilidade menos sobrecarregado?

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

4. Quão frequentemente se sente o(a) responsável por todo o cuidado necessário aos doentes com multimorbilidade?

Nunca		Raramente		Mais ou menos		Frequentemente		Sempre	
-------	--	-----------	--	---------------	--	----------------	--	--------	--

5. Receia iatrogenia quando lida com doentes com multimorbilidade?

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

6. **Considera excelentes as suas condições de trabalho para lidar com doentes com multimorbilidade?**

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

7. **O seu trabalho com doentes com multimorbilidade é fácil pois segue as Normas de Orientação da DGS?**

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

8. **Sente-se cansado fisicamente por lidar frequentemente com doentes com multimorbilidade?**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

15. De uma forma geral, sente que os doentes com multimorbilidade hipervalorizam o seu estado de saúde e desvalorizam a sua terapêutica?

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

16. Em muitos aspetos, o seu trabalho com doentes com multimorbilidade aproxima-se dos seus ideais da prática médica?

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

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

Nunca		Raramente		Mais ou menos		Frequentemente		Sempre	
-------	--	-----------	--	------------------	--	----------------	--	--------	--

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

Nunca		Raramente		Mais ou menos		Frequentemente		Sempre	
-------	--	-----------	--	------------------	--	----------------	--	--------	--

19. Se pudesse alterar o seu processo de trabalho para com o doente com multimorbilidade fá-lo-ia?

Nunca		Raramente		Mais ou menos		Frequentemente		Sempre	
-------	--	-----------	--	------------------	--	----------------	--	--------	--

20. Considera que tem falta do equipamento necessário para lidar com doentes com multimorbilidade?

Nunca		Raramente		Mais ou menos		Frequentemente		Sempre	
-------	--	-----------	--	------------------	--	----------------	--	--------	--

21. O sistema de recolha e tratamento de informação que usa na consulta facilita a gestão do doente com multimorbilidade?

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

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

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

23. De uma forma geral, quão satisfatório é para si lidar com doentes com multimorbilidade?

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

11.2 – Anexo II: Questionário MCP

Nas consultas de Medicina Geral e Familiar agendadas pela pessoa, costume:	Resposta			
1 - Deixar falar inicialmente a pessoa, sem interrupção, sobre os sinais e sintomas que motivam a sua vinda à consulta.	Quase sempre <input type="checkbox"/>	Muitas vezes <input type="checkbox"/>	Poucas vezes <input type="checkbox"/>	Raramente <input type="checkbox"/>
2 - Pedir que fale sobre os seus receios e ideias acerca do que tem.	Quase sempre <input type="checkbox"/>	Muitas vezes <input type="checkbox"/>	Poucas vezes <input type="checkbox"/>	Raramente <input type="checkbox"/>
3 - Perguntar sobre as suas expectativas acerca do resultado da consulta.	Quase sempre <input type="checkbox"/>	Muitas vezes <input type="checkbox"/>	Poucas vezes <input type="checkbox"/>	Raramente <input type="checkbox"/>
4 - Questionar como é que os seus problemas influenciam a sua vida diária, física e/ou emocionalmente.	Quase sempre <input type="checkbox"/>	Muitas vezes <input type="checkbox"/>	Poucas vezes <input type="checkbox"/>	Raramente <input type="checkbox"/>
5 - Inquirir sobre a sua perspetiva de ter uma doença.	Quase sempre <input type="checkbox"/>	Muitas vezes <input type="checkbox"/>	Poucas vezes <input type="checkbox"/>	Raramente <input type="checkbox"/>
6 - Saber qual a sua percepção sobre o seu estado geral de saúde.	Quase sempre <input type="checkbox"/>	Muitas vezes <input type="checkbox"/>	Poucas vezes <input type="checkbox"/>	Raramente <input type="checkbox"/>
7 - Analisar a sua comunicação verbal e não-verbal.	Quase sempre <input type="checkbox"/>	Muitas vezes <input type="checkbox"/>	Poucas vezes <input type="checkbox"/>	Raramente <input type="checkbox"/>
8 - Realizar exame físico e/ou analítico acerca das queixas.	Quase sempre <input type="checkbox"/>	Muitas vezes <input type="checkbox"/>	Poucas vezes <input type="checkbox"/>	Raramente <input type="checkbox"/>
9 - Manter atualizado o conhecimento sobre a pessoa (formação, atividades laborais e extralaborais), religiosidade, pontos de interesse, rendimentos e aspirações.	Quase sempre <input type="checkbox"/>	Muitas vezes <input type="checkbox"/>	Poucas vezes <input type="checkbox"/>	Raramente <input type="checkbox"/>
10 - Manter atualizado o conhecimento sobre a sua família (relações familiares, condições de habitação e rendimentos).	Quase sempre <input type="checkbox"/>	Muitas vezes <input type="checkbox"/>	Poucas vezes <input type="checkbox"/>	Raramente <input type="checkbox"/>
11 - Manter atualizado o conhecimento sobre a sua ligação à sociedade (voluntariado, cultura e política).	Quase sempre <input type="checkbox"/>	Muitas vezes <input type="checkbox"/>	Poucas vezes <input type="checkbox"/>	Raramente <input type="checkbox"/>
12 - Elaborar com a pessoa a lista de problemas da consulta.	Quase sempre <input type="checkbox"/>	Muitas vezes <input type="checkbox"/>	Poucas vezes <input type="checkbox"/>	Raramente <input type="checkbox"/>
13 - Definir em conjunto as prioridades a resolver.	Quase sempre <input type="checkbox"/>	Muitas vezes <input type="checkbox"/>	Poucas vezes <input type="checkbox"/>	Raramente <input type="checkbox"/>
14 - Explicar o processo de tratamento que será realizado em conjunto e colaboração.	Quase sempre <input type="checkbox"/>	Muitas vezes <input type="checkbox"/>	Poucas vezes <input type="checkbox"/>	Raramente <input type="checkbox"/>
15 - Verificar se a pessoa percebeu e aceita os objetivos a atingir.	Quase sempre <input type="checkbox"/>	Muitas vezes <input type="checkbox"/>	Poucas vezes <input type="checkbox"/>	Raramente <input type="checkbox"/>
16 - Inquirir se percebeu o que deve ser feito para evitar que piore.	Quase sempre <input type="checkbox"/>	Muitas vezes <input type="checkbox"/>	Poucas vezes <input type="checkbox"/>	Raramente <input type="checkbox"/>
17 - Verificar se percebeu a importância de cumprir as indicações para que se obtenham de resultados positivos-	Quase sempre <input type="checkbox"/>	Muitas vezes <input type="checkbox"/>	Poucas vezes <input type="checkbox"/>	Raramente <input type="checkbox"/>
18 - Observar os princípios da empatia médica tendo compaixão pela pessoa.	Quase sempre <input type="checkbox"/>	Muitas vezes <input type="checkbox"/>	Poucas vezes <input type="checkbox"/>	Raramente <input type="checkbox"/>
19 - Tentar que a consulta dure o tempo necessário.	Quase sempre <input type="checkbox"/>	Muitas vezes <input type="checkbox"/>	Poucas vezes <input type="checkbox"/>	Raramente <input type="checkbox"/>
20 - Transmitir confiança nos meus conhecimentos e atitudes.	Quase sempre <input type="checkbox"/>	Muitas vezes <input type="checkbox"/>	Poucas vezes <input type="checkbox"/>	Raramente <input type="checkbox"/>
21 - Dar espaço e responder às dúvidas colocadas.	Quase sempre <input type="checkbox"/>	Muitas vezes <input type="checkbox"/>	Poucas vezes <input type="checkbox"/>	Raramente <input type="checkbox"/>
22 - Dar a entender à pessoa que a entendeu na sua globalidade (corpo e mente).	Quase sempre <input type="checkbox"/>	Muitas vezes <input type="checkbox"/>	Poucas vezes <input type="checkbox"/>	Raramente <input type="checkbox"/>

11.3 – Anexo III: Consentimento informado

Questionário de Avaliação da Sobrecarga da Gestão da Multimorbilidade em MGF (SoGeMM-MGF)

O Médico de Família é um dos elementos mais importantes dos cuidados de saúde em Portugal. Gostaríamos de conhecer as suas opiniões para melhorar a qualidade dos serviços de saúde.

Ficar-lhe-íamos muito agradecidos se tivesse a amabilidade de preencher este questionário.

As perguntas deste questionário referem-se às repercussões que podem ocorrer no seu quotidiano ao lidar com doentes com multimorbilidade (i.e. múltiplas doenças crónicas).

Por favor, responda a **todas** as perguntas sem exceção. Certifique-se que dá apenas **uma** resposta para cada pergunta. Não há respostas certas ou erradas. Por favor responda em função da sua perceção.

A informação que nos fornecer será confidencial. O seu anonimato está garantido.

Ficamos muito agradecidos pela sua participação.

11.4 – Anexo IV: Tabela de Correlação entre os itens no teste e reteste (Validação do questionário SoGeMM-MGF)

		Coeficiente de Correlação de Spearman	Significância
P1 (teste)	P1 (reteste)	0,699	0,000
P2 (teste)	P2(reteste)	0,684	0,000
P3(teste)	P3(reteste)	0,751	0,000
<u>P4(teste)</u>	<u>P4(reteste)</u>	<u>0,330</u>	<u>0,065</u>
P5 (teste)	P5(reteste)	0,620	0,000
P6(teste)	P6(reteste)	0,508	0,003
<u>P7(teste)</u>	<u>P7(reteste)</u>	<u>0,481</u>	<u>0,005</u>
P8(teste)	P8(reteste)	0,608	0,000
P9(teste)	P9(reteste)	0,617	0,000
<u>P10(teste)</u>	<u>P10(reteste)</u>	<u>0,404</u>	<u>0,022</u>
P11(teste)	P11(reteste)	0,521	0,002
P12(teste)	P12(reteste)	0,674	0,000
P13(teste)	P13(reteste)	0,685	0,000
P14(teste)	P14(reteste)	0,623	0,000
<u>P15(teste)</u>	<u>P15(reteste)</u>	<u>0,481</u>	<u>0,005</u>
P16(teste)	P16(reteste)	0,563	0,001
P17(teste)	P17(reteste)	0,721	0,000
P18(teste)	P18(reteste)	0,649	0,000
P19(teste)	P19(reteste)	0,510	0,003
P20(teste)	P20(reteste)	0,627	0,000
P21(teste)	P21(reteste)	0,508	0,000
<u>P22(teste)</u>	<u>P22(reteste)</u>	<u>0,420</u>	<u>0,017</u>
<u>P23(teste)</u>	<u>P23(reteste)</u>	<u>0,383</u>	<u>0,031</u>

11.5 – Anexo V – Autorização da ARS do Centro



COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

PARECER FINAL: PARECER DESFAVORÁVEL PARECER FAVORÁVEL	DESPACHO: <i>Handwritten: Handwritten in the text</i> <i>Handwritten: 28/06/2018</i> Conselho Diretivo da A.R.S. do Centro, I.P. <i>Handwritten signature</i> Dr. Rosa Reis Marques Presidente,
--	---

ASSUNTO:	Estudo 33/2018 Validação do "Questionário de Avaliação da Sobrecarga da Gestão da Multimorbilidade em MGF (SoGeMM-MGF)"	<i>Handwritten signature</i> Dr. Luís Manuel António Mendes Cabral Vogal, <i>Handwritten signature</i> Dr. Mário Ruivo Vogal,
-----------------	---	--

Trata-se de um estudo conducente à construção e validação de um instrumento de avaliação de trabalho dos Médicos de Família, através utilização de "focus group" e posterior aplicação a um grupo de médicos de MGF, por convite.

E entregue consentimento informado e CV's dos investigadores

Relativamente à fase de aplicação aos MGF inscritos na Ordem dos Médicos, não são referidas as metodologias e procedimentos, nomeadamente das regras de anonimato e de confidencialidade e apenas deverá ser autorizada após entrega do questionário

Assim, o parecer deverá ser ~~desfavorável~~

Vitor Rodrigues

Parecer favorável após ressubmissão

COMISSÃO DE ÉTICA DA ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE DO CENTRO

IDENTIFICAÇÃO DO PROJECTO:

Validação do "Questionário de Avaliação da Sobrecarga da Gestão da Multimorbilidade em MGF (SoGeMM-MGF)"

Nº DO ESTUDO: 33/2018

DATA DA ENTRADA DO PEDIDO: 2.Abril.2018

TIPO DE ESTUDO: Construção e validação de questionário

INVESTIGADOR(ES) PRINCIPAL(AIS):

Dr. José Filipe Chaves Pereira Prazeres (ACES Baixo Mondego/UBI)
Prof. Dr. Luiz Miguel Santiago (FMUC)

CENTROS ENVOLVIDOS:
MGF Ordem dos médicos

OBJECTIVOS DO ESTUDO:

Validação do "Questionário de Avaliação da Sobrecarga da Gestão da Multimorbilidade em MGF (SoGeMM-MGF)"

DOCUMENTOS QUE CONSTAM NO PEDIDO:

- Pedido de autorização para a realização do estudo num serviço / centro de saúde / outro:
- Autorização (das entidades envolvidas (ARS/USP/USF/outras):
- Curriculum vitae dos investigadores: sim
- Documento específico da CES: sim
- Protocolo do Estudo: Insuficiente, para a fase de aplicação do questionário
- Cronograma/calendarização do estudo: Sim
- Declaração sobre custos (por exemplo, para a instituição ou para a ARS), com indicação dos pagamentos feitos ou a fazer:
- Promotor ou financiador do estudo:
- Contrato financeiro/Orçamento:
- Autorização da CNPD para a realização do estudo (quando aplicável):
- Consentimento informado: Sim
- Declaração sobre a entrega de relatório final:
- Anexos (identificá-los):

APRECIÇÃO GERAL

(Tendo em conta também os documentos anteriores)
(Incluir apreciação do valor científico, em termos éticos – por exemplo, repetição desnecessária de estudos)

Trata-se de um estudo conducente à construção e validação de um instrumento de avaliação de trabalho dos Médicos de Família, através utilização de "focus group" e posterior aplicação a um grupo de médicos de MGF, por convite.

É entregue consentimento informado e CV's dos investigadores

Relativamente à fase de aplicação aos MGF inscritos na Ordem dos Médicos, não são referidas as metodologias e procedimentos, nomeadamente das regras de anonimato e de confidencialidade e apenas deverá ser autorizada após entrega do questionário

Assim, o parecer deverá ser desfavorável

Vitor Rodrigues

PARECER FINAL
(Parecer Favorável ou Desfavorável ou Lista de Questões)

Parecer desfavorável

DATA: 17.Maio.2018

RELATOR: Vitor Rodrigues

ASSINATURA:

PARECER FAVORÁVEL APÓS RESSUBMISSÃO