



FMUC FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE DE COIMBRA

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA – TRABALHO FINAL

PEDRO MIGUEL GOUVEIA DA SILVA PEREIRA

***MULTIMORBILIDADE – A INFLUÊNCIA DA SUA GESTÃO NA
QUALIDADE DE VIDA DOS MÉDICOS***

ARTIGO CIENTÍFICO

ÁREA CIENTÍFICA DE MEDICINA GERAL E FAMILIAR

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

DEZEMBRO 2018

ÍNDICE

Lista de Abreviaturas	2
Resumo/Abstract	3
Introdução	7
Método	9
Fase I: Validação do <i>SoGeMM-MGF</i>	10
Desenho	10
Participantes	10
Instrumentos	10
Procedimento	11
Análise estatística	11
Fase II: Relações entre a sobrecarga da gestão da multimorbilidade em MGF dos médicos e a sua QdVRS	12
Desenho	12
Amostra	12
Instrumentos	13
Procedimento	14
Análise estatística	14
Resultados	15
Fase I: Validação do <i>SoGeMM-MGF</i>	15
Análise dos itens	15
Fidelidade	17
Validade	19
Fase II: Relações entre a sobrecarga da gestão da multimorbilidade em MGF dos médicos e a sua QdVRS	21
Características profissionais dos médicos	21
Sobrecarga da gestão da multimorbilidade em MGF	23
QdVRS	25
Correlações entre as pontuações no <i>SoGeMM-MGF</i> e as no SF-12	26
Resultados no <i>SoGeMM-MGF</i> e no SF-12 em função de algumas variáveis sociodemográficas e profissionais	27
Discussão	30
Conclusões	34
Agradecimentos	34
Bibliografia	35
Anexos	38

LISTA DE ABREVIATURAS

ANOVA - Análise de variância

ARS - Administração Regional de Saúde

EGPRN - *European General Practice Research Network*

HRQoL - *Health-Related Quality of Life*

KMO - *Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy*

MCS - *Mental Component Summary*

MGF - Medicina Geral e Familiar

MM – Multimorbilidade

PCS - *Physical Component Summary*

QdV - Qualidade de vida

QdVRS - Qualidade de vida relacionada com a saúde

SNS - Sistema Nacional de Saúde

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

SPSS - *Statistical Package for the Social Sciences*

UCSP - Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

USF - Unidade de Saúde Familiar

WHOQOL - *The World Health Organization Quality of Life*

SF-12 - *12-Item Short Form Health Survey*

RESUMO

Introdução: A multimorbilidade é um dos temas mais analisados no âmbito da investigação da MGF. A relevância do seu estudo prende-se com o acentuado envelhecimento da população mundial e da sua longevidade, bem como com a circunstância dos doentes com multimorbilidade constituírem uma parte substancial dos pacientes dos médicos de MGF. Todavia, a investigação sobre a multimorbilidade tem-se centrado quase exclusivamente sobre os doentes. São praticamente inexistentes os estudos que examinaram a perceção dos médicos sobre a sobrecarga da gestão da multimorbilidade em MGF. Associada a esta realidade, está também o facto de não existirem em Portugal instrumentos adequados e validados para avaliar a sobrecarga da gestão da multimorbilidade. A qualidade de vida dos médicos está associada a efeitos negativos no cuidado dos pacientes. Dada a escassez de investigações sobre estes temas, pareceu-nos pertinente examinar o impacto da sobrecarga da gestão da multimorbilidade nos médicos de MGF na sua QdVRS.

Objetivos: Procurámos validar um instrumento de avaliação da sobrecarga da gestão da multimorbilidade em MGF (*SoGeMM-MGF*). Pretendíamos analisar o impacto da gestão da multimorbilidade nos médicos de MGF na sua QdVRS. Tentámos verificar a influência de algumas variáveis sociodemográficas e profissionais na gestão da multimorbilidade e na QdVRS desses médicos.

Métodos: O estudo foi realizado em duas fases. Na primeira efetuou-se uma análise sobre as características psicométricas do *SoGeMM-MGF*, tendo participado na mesma 32 médicos de MGF da ARS Centro de Portugal. Na segunda fase estiveram envolvidos 221 médicos inscritos como especialistas em MGF na Secção Regional do Centro da Ordem dos Médicos. Foi administrado aos médicos o *SoGeMM-MGF*, no sentido de se examinar a perceção de sobrecarga da gestão da multimorbilidade, e o *SF-12* para se avaliar a sua QdVRS. Na validação do *SoGeMM-MGF*, procedeu-se a uma análise fatorial exploratória. Recorreu-se ao coeficiente de correlação de Spearman para analisar as associações entre variáveis e aos testes de Mann-Whitney e Kruskal-Wallis para a comparação de grupos.

Resultados: Na validação do *SoGeMM-MGF*, a análise da fidelidade revelou um *alfa* de Cronbach de 0,815 e a correlação entre as pontuações totais do teste-reteste foi de $r = 0,854$. A estrutura do questionário organiza-se de forma consistente em cinco fatores que explicam 59,54% da variância dos resultados nos itens. Registou-se uma

pontuação média no *SoGeMM-MGF* de $79,81 \pm 6,513$ e nos domínios *Physical Component Summary* (PCS) e *Mental Component Summary* (MCS) do *SF-12* de $47,974 \pm 9,289$ e $44,606 \pm 11,025$, respetivamente. Verificou-se que existe uma correlação negativa e estatisticamente significativa entre as pontuações obtidas no *SoGeMM-MGF* e o MCS do *SF-12* ($r_s = -0,267$; $p = 0,038$). Foram encontradas diferenças significativas nas pontuações obtidas pelos médicos no *SoGeMM-MGF* em função das variáveis: tempo de trabalho com doentes com multimorbilidade, número de consultas semanais com estes doentes, proporção de doentes com multimorbilidade que acompanham. Ao invés, somente o efeito da variável sexo suscita diferenças significativas na QdVRS dos médicos de MGF, particularmente no domínio da saúde mental ($U = 251,50$; $p = 0,021$), apresentando os médicos do sexo masculino pontuações mais elevadas no MCS.

Discussão e Conclusões: Os coeficientes de fidelidade e a estrutura fatorial do *SoGeMM-MGF* parecem satisfatórios de forma a possibilitarem a sua utilização em estudos posteriores realizados em Portugal sobre a gestão da multimorbilidade nos médicos de MGF. Constatou-se que diversas variáveis profissionais dos médicos de MGF influenciavam a avaliação que fazem da sobrecarga da gestão da multimorbilidade. Em contrapartida, os dados sugeriram a não verificação de efeitos significativos das variáveis profissionais nos domínios da saúde física e mental dos médicos de MGF. O estudo mostra que quanto maior é a avaliação da sobrecarga da gestão da multimorbilidade por parte dos médicos de MGF, mais negativa é a perceção do seu estado de saúde mental. De salientar que a relação observada entre estas duas variáveis pode representar um desafio para a forma como os cuidados de saúde primários são organizados e prestados. Devido ao aumento da prevalência da multimorbilidade na população e ao efeito que a gestão destes doentes tem na saúde mental dos médicos, se não existirem estratégias para a reorganização dos cuidados de saúde primários destes doentes poder-se-á, no futuro, acentuar a deterioração da qualidade do seu atendimento. Este foi um dos primeiros estudos que analisou em Portugal a relação entre a perceção da sobrecarga da gestão da multimorbilidade dos médicos de MGF e a sua QdVRS, sendo necessários mais estudos sobre esta temática, particularmente com amostras mais amplas e que abranjam todo o território nacional.

PALAVRAS-CHAVE

Multimorbilidade; qualidade de vida relacionada com a saúde; médicos; medicina geral e familiar; validação de questionário

ABSTRACT

Introduction: Within primary care research, multimorbidity is one of the most analyzed themes. The relevance of multimorbidity study research is grounded on the pronounced aging of the world population and its longevity, as well as on the fact that patients with multimorbidity constitute a substantial part of primary care physicians' patients. However, research on multimorbidity has been almost exclusively focused on patients. There are almost no studies that have examined-physicians' perceptions about the work overload of multimorbidity management in primary care. Associated with this reality, there are no adequate and validated instruments in Portugal to assess the work overload of multi-morbidity management. The physicians' quality of life has been associated with negative effects on patients care. Given the fact research within this line of inquiry is still scarce, it seemed relevant to examine the impact of the work overload of multimorbidity management on primary care physicians and in their HRQoL.

Objectives: We sought to validate an instrument to assess the impact of work overload of multimorbidity management in primary care (SoGeMM-MGF). We aimed to analyze the impact of multimorbidity management on primary care physicians in their HRQoL. We attempted to verify the influence of some sociodemographic and professional variables in the management of the multimorbidity and in the HRQoL of these physicians.

Methods: The study was carried out in two phases. In the first one, an analysis was performed on the psychometric characteristics of SoGeMM-MGF and included 32 primary care physicians from ARS Centro de Portugal. In the second phase, 221 physicians registered as primary care physicians in Center Regional Section of the Medical Order were involved. SoGeMM-MGF was administered to physicians in order to examine their perceptions on the overload of multitimorability management, and SF-12 to assess their HRQoL. In the validation of the SoGeMM-MGF, an exploratory factorial analysis was. Spearman's correlation coefficient was used to analyze the associations between variables and the Mann-Whitney and Kruskal-Wallis tests for group comparison purposes.

Results: In SoGeMM-MGF validation, the fidelity analysis revealed an alpha Cronbach of 0.815 and the correlation between total test-retest scores was $r = 0.854$. The

questionnaire structure is consistently organized in five factors that explain 59.54% of the variance within the results in each of the items. The analysis showed a mean score in the SoGeMM-MGF of 79.81 ± 6.513 and a mean score of 47.974 ± 9.289 and 44.606 ± 11.025 in the SF-12 PCS and MCS domains respectively. We verified there is a negative and statistically significant correlation between the scores obtained in SoGeMM-MGF and the MCS of SF-12 ($r_s = -0.267$; $p \leq 0,038$). Significant differences were found in scores obtained by physicians in SoGeMM-MGF, depending on these variables: working time with patients with multimorbidity, number of weekly consultations with these patients, proportion of patients with multimorbidity. On the other hand, only the effect of the gender variable raised significant differences in the HRQoL of primary care physicians, especially in mental health ($U = 251.50$; $p < 0,021$), with male physicians presenting higher MCS scores.

Discussion and Conclusions: The fidelity coefficients and the factorial structure of the SoGeMM-MGF seem satisfactory enough to allow its use in future studies carried out in Portugal on management of multimorbidity of primary care physicians. The findings showed that several professional variables of the primary care physicians influenced the evaluation they make of the overload of multimorbidity management. On the other hand, the findings suggest there are not significant effects of the professional variables in the physical and mental health of primary care physicians. The present study shows that a greater assessment of multimorbidity management work overload by primary care physicians, is associated to more negative perceptions on their mental health status. It should be noted that the observed relationship between these two variables can present a challenge to the way primary care is organized and provided. Due to the increasing prevalence of multimorbidity in the general population and the effect managing these patients has on physicians' mental health, if there are no strategies for reorganizing primary health care provided to these patients, there may be a further deterioration in the quality of their service. In Portugal, this was one of the first studies that analyzed the relationship between the perceived overload of primary care physicians' multimorbidity management and their HRQoL. Future studies within this line of inquiry are needed, particularly with larger samples covering the entire national territory.

KEYWORDS

Multimorbidity; health-related quality of life; physicians; primary care physicians; questionnaire validation

INTRODUÇÃO

A multimorbilidade é um conceito relativamente novo.¹ Com efeito, apesar de ter surgido, pela primeira vez, em 1976 na Alemanha, foi somente na década de 90 que se tornou internacionalmente reconhecido.²

Em 2013, a *European General Practice Research Network* (EGPRN) publicou uma definição mais adaptada aos cuidados de saúde longitudinais, traduzindo-a para dez idiomas europeus e validando a sua homogeneidade semântica, concetual e cultural, para futuras pesquisas colaborativas no âmbito da Medicina Familiar e dos cuidados de longo prazo.³ Posteriormente, no nosso país, Prazeres *et al* procuraram traduzir a definição de multimorbilidade da EGPRN, de acordo com as características culturais e linguísticas portuguesas.⁴ Recorrendo à metodologia de Delphi, os autores constataram que, nos cuidados de saúde primários, a multimorbilidade é definida “como qualquer combinação de uma doença crónica com pelo menos uma outra doença (aguda ou crónica), ou com um fator biopsicossocial (associado ou não), ou com um fator de risco somático. Qualquer fator biopsicossocial, qualquer fator de risco somático, a rede social, a carga das doenças, o consumo de cuidados de saúde e as estratégias de adaptação do doente podem funcionar como modificadores (dos efeitos da multimorbilidade). A multimorbilidade pode modificar os resultados em saúde e levar a um aumento da incapacidade, à diminuição da qualidade de vida ou à fragilidade”.

Nos últimos anos, a multimorbilidade tem merecido um lugar de destaque nas investigações realizadas no âmbito da Medicina Geral e Familiar (MGF). O interesse no estudo desta temática resulta, em grande medida, do acentuado envelhecimento da população mundial e do aumento sem precedentes da sua longevidade⁵ (decorrente da melhoria das condições de vida e dos cuidados de saúde), uma vez que a multimorbilidade está intimamente relacionada com a idade.^{6,7}

Os níveis de prevalência da multimorbilidade nas populações, referenciadas na literatura, variam amplamente, visto que a maioria dos estudos tem em consideração reduzidos números de multimorbilidade, são frequentemente baseados em autorrelatos e incidem em pessoas idosas ou em populações hospitalares.⁸ Para além dos fatores mencionados anteriormente, as estimativas de prevalência da multimorbilidade oscilam igualmente devido à falta de padrões, quer de definição deste conceito, quer na forma como deve ser medida.⁵

De qualquer modo, baseando-nos na informação compilada num trabalho de revisão sistemática de estudos, constata-se que os níveis de prevalência da multimorbilidade nas populações oscilam entre 12,9% (em indivíduos com uma idade \geq a 18 anos) e 95,1% (em pessoas com uma idade \geq a 65 anos).⁹ Em consonância com estes dados,

uma pesquisa realizada em Portugal concluiu que, nos cuidados de saúde primários, a prevalência da multimorbilidade atingia os 72,7% dos doentes adultos.¹⁰

Diversos estudos põem em evidência que a multimorbilidade está associada a uma diminuição da esperança de vida, declínio funcional do indivíduo, aumento da utilização dos serviços de saúde, necessidades de saúde mais complexas e redução da qualidade de vida.^{2,5,10-15} Sabe-se, igualmente, que a multimorbilidade pode ser potenciada por fatores como a idade, os baixos níveis socioeconómico e de educação e o sexo dos indivíduos.^{6,9,10,16-19}

A multimorbilidade é um dos maiores desafios para os sistemas de saúde.²⁰ A este propósito, refira-se que a maioria desses sistemas está organizada para dar resposta a uma estrutura de doença única, não refletindo os problemas e necessidades associados à multimorbilidade, dado que é inadequado entender esses doentes apenas como um somatório de necessidades relativamente às doenças individuais.^{8,21,22} Por conseguinte, uma maior compreensão da epidemiologia e do impacto da multimorbilidade é fundamental para se poder repensar a forma como os cuidados de saúde são organizados e prestados.²³ É essencial possuir cuidados de saúde primários que integrem uma abordagem holística, centrada no paciente, contrariando a lógica de cuidados de saúde especializados e fragmentados.²⁴

Não obstante a multimorbilidade ser, presentemente, um conceito conhecido, as investigações efetuadas no seu domínio tendem, sobretudo, a incidir nos pacientes, examinando: a taxa de prevalência nas populações, fatores de risco (idade, nível de escolaridade,...), consequências (mortalidade, qualidade de vida,...) e o seu efeito nos cuidados de saúde.¹⁹ Na realidade, não existem praticamente estudos que tenham analisado a perceção dos médicos, com doentes com multimorbilidade, sobre a influência que o trabalho com estes doentes pode ter na qualidade de vida dos médicos, particularmente a relacionada com a saúde.

Na perspetiva do WHOQOL Group (*World Health Organization Quality of Life Group*), a qualidade de vida (QdV) é entendida como a perceção do indivíduo acerca da sua posição na vida, no contexto de cultura e sistema de valores em que se insere e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações.²⁵ O referido grupo sugere ainda que este conceito abrangente engloba, em interação, complexa, a saúde física e mental, o nível de independência, as relações sociais, as crenças e convicções pessoais e a relação com aspetos determinantes do meio ambiente.^{25,26}

Por outro lado, a qualidade de vida relacionada com a saúde (QdVRS) é um constructo complexo para o qual não há uma definição relativamente consensual.²⁷⁻²⁹ Este conceito tem sido frequentemente identificado como parte da qualidade de vida em geral.³⁰ De qualquer modo, importa salientar que a QdVRS pode ser entendida

como um conceito multidimensional que engloba domínios relacionados com as funções físicas, mentais, emocionais e sociais.^{31,32}

As investigações têm revelado que uma baixa QdV dos médicos está associada a efeitos negativos no cuidado de pacientes, incluindo os erros médicos e de medicação, práticas de cuidados sub-ótimos e diminuição da satisfação do doente com os cuidados médicos.³³

Os médicos que prestam cuidados de saúde a doentes com multimorbilidade podem ter uma perceção de uma acrescida sobrecarga de trabalho. Surpreendentemente, como já tivemos oportunidade de referir, constatámos que há ainda uma informação muito limitada sobre os efeitos da prestação de cuidados a pacientes com multimorbilidade na QdVRS dos médicos. Ainda a este propósito, é importante assinalar também que não existem, no nosso país, instrumentos para avaliar a gestão da multimorbilidade nos médicos de Medicina Geral e Familiar (MGF).

Assim, um dos objetivos deste estudo consistiu na validação de um instrumento de avaliação da sobrecarga da gestão da multimorbilidade em MGF. Pretendíamos, igualmente, analisar o impacto da gestão da multimorbilidade nos médicos de MGF na sua QdVRS. Um último propósito da presente investigação foi verificar a influência de algumas variáveis sociodemográficas e profissionais (género, local de trabalho, familiaridade com o termo multimorbilidade, frequência de curso específico sobre multimorbilidade, número de anos de trabalho com doentes com multimorbilidade, percentagem de doentes com multimorbilidade que acompanham, número médio de consultas e número de consultas por semana com doentes com multimorbilidade) na gestão da multimorbilidade e na QdVRS desses médicos.

MÉTODO

Desenho do estudo

Este estudo foi desenvolvido em duas fases:

1. Procurou-se contribuir para a validação do *Questionário de Avaliação da Sobrecarga da Gestão da Multimorbilidade em Medicina Geral e Familiar (SoGeMM-MGF)*;
2. Pretendeu-se concretizar os restantes propósitos do estudo.

Fase I: Validação do SoGeMM-MGF

Desenho

Trata-se de uma análise transversal e descritiva sobre as características psicométricas do *SoGeMM-MGF*. A realização desta investigação foi aprovada pela Comissão de Ética da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.

Participantes

Estiveram envolvidos 32 médicos de MGF da Administração Regional de Saúde (ARS) do Centro de Portugal, sendo 11 (34.4%) do sexo masculino e 21 (65.6%) do feminino. A sua idade variava entre 25 e 66 anos, sendo a média de 48.22 (\pm 14.54 anos).

A maior parte destes médicos eram casados ou vivem com companheiro (65.6%) ou solteiros (21.9%). É reduzido o número de sujeitos com um estado civil de separado (12.5%) ou viúvo (0%).

No que diz respeito ao local de trabalho, verifica-se que a esmagadora maioria dos médicos exercia funções em Unidades de Saúde Familiar (USF) (68.7%), particularmente de modelo B (53.1%). Os médicos que trabalhavam em Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) representavam 31.3% dos sujeitos do estudo.

Instrumentos

Foram utilizados dois questionários para recolher os dados nesta fase, designadamente: *Questionário Sociodemográfico* e *SoGeMM-MGF*.

Questionário Sociodemográfico

Foi elaborado um questionário para recolher informações sobre as características sociodemográficas dos médicos (idade, sexo, estado civil e local de trabalho dos participantes).

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

A sobrecarga da gestão da multimorbilidade foi avaliada através do *SoGeMM-MGF*, instrumento desenvolvido por Luiz Santiago e Filipe Prazeres.

O *SoGeMM-MGF* é constituído por 23 itens. A resposta aos itens apresenta-se em formato tipo *likert* de 5 pontos (e.g.: 1-nunca; 2-raramente; 3-mais ou menos; 4-frequentemente; 5-sempre). Daí que a pontuação neste questionário possa variar entre um mínimo de 23 e um máximo de 115 pontos. Os autores administraram uma

primeira versão do instrumento a um *focus group* de médicos de MGF, tendo solicitado aos mesmos uma leitura atenta do questionário no sentido de verificarem a compreensibilidade das questões ou se detetavam eventuais ambiguidades nesses itens. Com base nos dados recolhidos procederam a pequenos reajustamentos de alguns itens por forma a torná-los mais claros e objetivos.

Este instrumento foi objeto de validação por parte de um grupo constituído por cinco indivíduos, designadamente o Professor Luíz Santiago, o Professor Filipe Prazeres e três estudantes do Curso de Mestrado Integrado em Medicina da Universidade de Coimbra (no qual nos incluímos).

Procedimento

Depois do consentimento informado dos participantes, foram administrados individualmente aos médicos de MGF os dois questionários. Antes de os aplicarmos, explicámos a cada um dos participantes o objetivo dos instrumentos e garantimos que os dados recolhidos seriam confidenciais.

De salientar que o *SoGeMM-MGF* foi aplicado em dois momentos distintos, separados por um intervalo de três semanas. Na primeira vez, o *SoGeMM-MGF* foi respondido pelos participantes sob a forma de questionário (por escrito), enquanto que na segunda foram inquiridos através de uma entrevista, tendo o entrevistador a preocupação de ler as questões e apresentar as suas cinco possibilidades de resposta.

Apesar de não haver nos dois momentos um limite de tempo, os médicos demoraram entre 15 e 20 minutos a responder aos dois questionários.

A recolha dos dados foi efetuada entre abril e junho de 2018.

Análise Estatística

O tratamento dos dados foi efetuado com o recurso ao programa informático de estatística SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*, versão 24).

Em relação aos dados sociodemográficos dos médicos, procedeu-se a uma análise da sua frequência absoluta e relativa.

No que concerne ao tratamento da informação recolhida através do *SoGeMM-MGF*, efetuou-se, em primeiro lugar, uma análise descritiva de cada um dos itens do questionário, concretamente: frequências absolutas e relativas, médias e desvios-padrão, medidas de assimetria e de curtose. Determinou-se também a média e o desvio-padrão da globalidade do questionário.

Observaram-se as correlações (rô de Spearman) entre cada um dos itens do questionário e o valor do *SoGeMM-MGF*, ao qual foi extraído o valor do próprio item. A

normalidade da distribuição do questionário foi avaliada através do teste de ajustamento Kolmogorov-Smirnov.

A consistência interna do instrumento foi analisada por intermédio do coeficiente *alpha* de Cronbach. Utilizaram-se os coeficientes (r de Pearson) para determinar a estabilidade temporal do questionário.

Para examinar a validade de constructo do instrumento, procedeu-se a uma análise fatorial exploratória dos 23 itens, em componentes principais, com rotação *varimax*.

Os resultados são considerados significativos para um nível de significância de $p \leq 0,05$.

Fase II: Relações entre a sobrecarga da gestão da multimorbilidade em MGF dos médicos e a sua QdVRS

Desenho

Este é um estudo transversal, com uma metodologia quantitativa, descritivo e correlacional.

A presente investigação foi aprovada pela Comissão de Ética da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.

Amostra

Participaram nesta fase 221 médicos especialistas de MGF inscritos na Secção Regional do Centro da Ordem dos Médicos, com uma média de idade de $51,63 \pm 12,53$ anos. A amostra é maioritariamente constituída por médicos do sexo feminino (63,4%). Em relação ao estado civil dos envolvidos no estudo, constatou-se que 65,6% eram casados ou vivem com companheiro, 21,9% solteiros e 12,5% separados. Nenhum dos médicos envolvidos no estudo era viúvo. Do total de participantes, 37,7% exerciam funções em UCSP e os restantes (62,3%) em USF, sendo que destes últimos 32,2% trabalhavam em USF Modelo A e 30,1% em USF Modelo B.

Tabela I. Características sociodemográficas dos médicos

Características	Número	%
Sexo		
Masculino	67	36,6
Feminino	116	63,4
Estado civil		
Solteiro	7	21,9
Casado ou vive com companheiro	21	65,6
Separado	4	12,5
Viúvo	0	0
Local de trabalho		
UCSP	69	37,7
USF Modelo A	59	32,2
USF Modelo B	55	30,1
Idade (anos) (média±DP)		51,63±12,53

DP: Desvio-padrão

No momento da recolha da informação da segunda fase, o número de médicos especialistas em MGF inscritos na Secção Regional do Centro da Ordem dos Médicos era de aproximadamente 1600, pelo que a taxa de participação no estudo cifrou-se nos 13,8%.

Instrumentos

Recorremos a três questionários para recolher os dados nesta fase: *Questionário Sociodemográfico e Profissional*; *Questionário SoGeMM-MGF*; e o *Questionário 12-Item Short Form Health Survey (SF-12)*.

Questionário Sociodemográfico e Profissional

Este instrumento continha dois grupos de questões. Assim, o conjunto de questões sobre as características sociodemográficas era idêntico ao descrito na fase I. Quanto ao conjunto de questões relativas à realidade profissional dos inquiridos, estas centraram-se sobre: a familiaridade com o termo multimorbilidade, o número de anos com que trabalhavam com este tipo de doentes; o número médio de consultas que realizavam por semana, quer com todo o tipo de utentes, quer com doentes com multimorbilidade; a proporção de doentes com multimorbilidade que acompanham; a frequência de cursos específicos sobre multimorbilidade.

Questionário SoGeMM-MGF

As características deste questionário foram já descritas na anterior fase do estudo.

Questionário SF-12

A QdVRS dos médicos foi avaliada a partir da versão portuguesa do *SF-12*.³⁴ Este instrumento foi elaborado por Ware *et al*.³⁵ como uma alternativa válida e mais rápida

de administração do instrumento SF-36³⁶ (*Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Health Survey*), uma vez que demora apenas 2 minutos a ser preenchido e é adequado para estudos com grandes amostras ($n \geq 500$ sujeitos). É composto por doze itens que avaliam a QdVRS em oito dimensões: função física (2 itens); desempenho físico (2 itens); dor corporal (1 item); saúde em geral (1 item); vitalidade (1 item); função social (1 item); desempenho emocional (2 itens) e saúde mental (2 itens). Este instrumento avalia também duas pontuações compostas de estados de saúde: saúde física (*Physical Component Summary* ou PCS) e saúde mental (*Mental Component Summary* ou MCS). Esses dois domínios (PCS e MCS) são gerados utilizando-se um algoritmo por comparação com os dados normativos da generalidade da população dos Estados Unidos da América, com uma pontuação média de 50 e um desvio-padrão de 10. Significa isto que as pontuações superiores a 50 sugerem um melhor estado de saúde física ou mental, enquanto que pontuações inferiores indicam uma pior saúde nesses âmbitos.

A validação do instrumento SF-12 em Portugal revelou boas qualidades psicométricas.³⁴ Ainda neste âmbito, realce-se que no estudo de Prazeres e Santiago³⁷, levado a cabo no nosso país com doentes com multimorbilidade, se verificou que o SF-12 apresenta uma boa consistência interna (*alpha* de Cronbach de 0,70).

Procedimento

A administração dos três questionários foi efetuada por via eletrónica. Neste sentido, solicitámos por email a todos os médicos da Secção Regional do Centro da Ordem dos Médicos inscritos, no colégio da especialidade, como médicos especialistas em MGF o preenchimento desses questionários e disponibilizámos uma plataforma para o efeito. Tivemos a preocupação de informar os inquiridos sobre os propósitos da investigação, bem como garantir a confidencialidade dos resultados. Respeitámos as normas éticas constantes da declaração de Helsínquia.

De um modo geral, os participantes demoravam entre 20 e 30 minutos a responder aos três questionários.

A recolha dos dados foi realizada nos meses de setembro e outubro de 2018.

Análise Estatística

Efetou-se uma análise descritiva das variáveis examinadas, determinando-se as suas médias, desvios-padrão e, em alguns casos, a sua frequência absoluta e relativa. Para analisar as correlações existentes entre as pontuações obtidas pelos participantes no SoGeMM-MGF e no SF-12 recorreremos ao coeficiente de correlação ρ de Spearman.

Na análise dos efeitos de algumas variáveis sociodemográficas e profissionais sobre as pontuações obtidas no *SoGeMM-MGF* e no *SF-12* foram utilizados os testes não paramétricos – Mann-Whitney e Kruskal-Wallis, dependendo da característica dessas variáveis (2 ou mais grupos, respetivamente). No teste de Kruskal-Wallis, no caso de se detetarem diferenças estatisticamente significativas, recorreu-se ao teste de comparações múltiplas. Em todos os testes foi utilizado o nível de significância de $p \leq 0,05$.

A análise estatística foi realizada através do programa informático de estatística SPSS (versão 24).

RESULTADOS

Neste ponto vamos apresentar, separadamente, os resultados da primeira e segunda fase do estudo.

Fase I: Validação do SoGeMM-MGF

No processo de validação do *SoGeMM-MGF* procedemos a diversas operações, das quais se destacam: a) análise dos itens do questionário; b) avaliação da fidelidade; c) validade de constructo.

Análise dos itens

Assim, na análise dos itens do questionário procurámos calcular os valores médios dos itens e respetivos desvios-padrão, bem como alguns índices de distribuição dos resultados nas respostas aos itens (assimetria, curtose e percentagens de distribuição das respostas dadas a cada um dos itens).

Na tabela II ilustra-se as médias dos itens e respetivos desvios-padrão, tal como alguns índices de distribuição dos dados nas respostas aos itens.

Tabela II. Análise descritiva dos itens do *SoGeMM-MGF*

Itens	M	DP	Assim.	Curtose	Percentagens de escolha de cada alternativa de resposta				
					1	2	3	4	5
1	3,594	0,911	-0,706	0,979	3,1	6,3	31,3	46,9	12,5
2	3,469	0,842	-0,761	1,303	3,1	6,3	37,5	46,9	6,3
3	2,000	0,803	0,000	-1,432	31,3	37,5	31,3	0,0	0,0
4	4,219	0,420	1,429	0,039	0,0	0,0	0,0	78,1	21,9
5	3,844	0,677	-1,131	2,366	0,0	6,3	12,5	71,9	9,4
6	3,469	0,718	0,116	-0,058	0,0	6,3	46,9	40,6	6,3
7	3,125	0,609	0,857	2,405	0,0	9,4	71,9	15,6	3,1
8	3,156	0,884	-0,323	-0,140	3,1	18,8	40,6	34,4	3,1
9	2,656	1,035	0,017	-0,389	15,6	25,0	40,6	15,6	3,1
10	3,375	0,751	-0,761	2,174	3,1	3,1	50,0	40,6	3,1
11	2,000	0,672	0,680	1,678	18,8	65,6	12,5	3,1	0,0
12	2,969	1,062	0,065	-0,757	6,3	31,3	28,1	28,1	6,3
13	2,625	0,871	-0,098	-0,539	9,4	34,4	40,6	15,6	0,0
14	3,625	0,833	-0,246	-0,299	0,0	9,4	31,3	46,9	12,5
15	3,438	0,669	-0,102	-0,098	0,0	6,3	46,9	43,8	3,1
16	2,844	0,954	0,569	-0,015	3,1	37,5	37,5	15,6	6,3
17	3,719	0,851	-0,409	-0,192	0,0	9,4	25,0	50,0	15,6
18	2,656	0,827	0,376	-0,806	3,1	46,9	31,3	18,8	0,0
19	3,656	0,937	-1,239	1,283	3,1	12,5	9,4	65,6	9,4
20	3,000	0,916	0,000	-0,531	3,1	28,1	37,5	28,1	3,1
21	2,969	0,861	0,386	-0,763	0,0	34,4	37,5	25,0	3,1
22	1,688	0,896	2,120	5,959	46,9	46,9	0,0	3,1	3,1
23	2,594	0,756	0,377	-0,403	3,1	46,9	37,5	12,5	0,0
Total <i>SoGeMM-MGF</i> : média = 70,69; DP = 8,30									

M = Média; DP = Desvio-padrão

Os resultados registados põem em evidência que a média inferior localiza-se no item número 22 (Dados os problemas apresentados pelo doente com multimorbidade este deveria ser entendido como tendo o peso de unidade ponderada extra para efeitos de tamanho de lista) e a superior no 4 (Quão frequente se sente o responsável por todo o cuidado necessário aos doentes com multimorbidade). Constata-se ainda que, na generalidade dos itens, a média de resposta situa-se próximo de uma pontuação intermédia (desde 2,0 até 4,219).

No conjunto dos 23 itens, o valor médio obtido foi de 70,7 e o desvio-padrão de 8,3.

Os dados da distribuição das respostas em cada um dos itens confirmam a análise das médias efetuada anteriormente. Com efeito, observa-se que a grande maioria dos participantes opta pelas alternativas intermédias do questionário (opções 2, 3 e 4).

De igual modo, os dados constantes na tabela II mostram que alguns dos itens do *SoGeMM-MGF* apresentam uma distribuição afastada da curva normal (com índices de assimetria e/ou curtose afastados da unidade, variando de 1,131 até 5,959). Por conseguinte, optámos por recorrer à estatística não paramétrica em todas as análises que envolviam os itens do *SoGeMM-MGF*.

No sentido de verificarmos se os resultados obtidos na generalidade do questionário correspondiam a uma distribuição normal, usámos o teste Kolmogorov-Smirnov, com a correção de Lillieforts.³⁸ Os resultados revelam que se trata de uma distribuição normal ($p = 0,2$), possibilitando, assim, a utilização de testes estatísticos paramétricos.

Neste âmbito ainda procurámos calcular as correlações entre cada um dos itens do questionário e o valor global do *SoGeMM-MGF* (coeficientes de correlação de Spearman), ao qual é extraído o valor do próprio item. Como se pode constatar na tabela III, quase todos os itens apresentam correlações positivas e significativas com o valor global do questionário, oscilando os seus valores entre -0,334 (item 3) e 0,654 (item 6). Os itens com maior poder discriminativo são: 6, 12, 9 e 13. Somente 6 itens revelam um coeficiente de discriminação inferior a 0,30 (3, 4, 11, 18, 21 e 22). Estes dados permitem a manutenção de todos os itens do questionário.

Fidelidade

Com o objetivo de analisar a fidelidade dos resultados do *SoGeMM-MGF* recorreremos à utilização de dois métodos: cálculo da consistência interna que nos permite apreciar o grau de homogeneidade dos itens; e o teste-reteste que nos dá um índice de estabilidade temporal dos resultados.³⁹

Na tabela III apresentam-se os coeficientes de *alfa* de Cronbach, quer da globalidade do questionário, quer excluindo cada item quando comparado com o *alfa* total do *SoGeMM-MGF*. Deste modo, verifica-se um índice de consistência interna elevado do questionário (*alfa* de Cronbach de 0,815), situando-se bem acima do valor crítico.⁴⁰ De sublinhar ainda que a esmagadora maioria dos itens contribui para a consistência interna do questionário, uma vez que quando são retirados os valores de *alfa* mantêm-se ou diminuem. Apenas em 4 itens se constata que, quando são excluídos, contribuem para um aumento do valor de *alfa* (itens 3, 4, 11, e 22). Assim, podemos afirmar que os coeficientes de consistência interna dos itens apresentam valores aceitáveis.

Tabela III. Correlações item-total corrigido, coeficientes *alpha* de Cronbach excluindo o item e correlações entre os itens no teste-reteste

Item	Total corrigido (sem valor do item)	Alpha excluindo Item	Correlação teste-reteste
1	0,428	0,795	0,699**
2	0,558	0,789	0,684**
3	-0,334	0,830	0,751**
4	-0,141	0,814	0,330 ^{ns}
5	0,518	0,793	0,620**
6	0,654	0,786	0,508**
7	0,421	0,798	0,481**
8	0,560	0,788	0,608**
9	0,605	0,784	0,617**
10	0,439	0,796	0,404*
11	-0,205	0,821	0,521**
12	0,609	0,783	0,674**
13	0,601	0,786	0,685**
14	0,389	0,798	0,623**
15	0,482	0,795	0,481**
16	0,387	0,798	0,563**
17	0,380	0,798	0,721**
18	0,204	0,807	0,649**
19	0,454	0,794	0,510**
20	0,323	0,801	0,627**
21	0,217	0,806	0,508**
22	-0,048	0,820	0,420*
23	0,470	0,794	0,383*
Total SoGeMM-MGF: <i>alpha</i> de Cronbach= 0,815 ; teste-reteste = 0,854**			

* $p < 0,05$; ** $p < 0,001$; *** $p < 0,0001$; ns = não significativo

No sentido de verificarmos o grau de estabilidade temporal dos resultados do questionário, procedemos a uma dupla administração do mesmo, com um intervalo de tempo entre as duas aplicações de três semanas. A tabela III mostra os coeficientes de correlação (*r* de Spearman) teste-reteste obtidos. Com efeito, os coeficientes de correlação para os diversos itens oscilaram entre 0,33 (item 4) e 0,751 (item 3). É importante realçar que em todos os itens o valor da correlação é positivo e significativo para $p \leq 0,05$, exceto o item 4.

Em relação à globalidade do *SoGeMM-MGF*, obteve-se um valor de $r = 0,854$ no teste-reteste, que é altamente significativo ($p = 0,000$).

Validade

Com o propósito de examinarmos a validade de constructo do SoGeMM-MGF realizámos uma análise fatorial exploratória. Optámos por uma análise em componentes principais com rotação *varimax*, tomando todos os fatores com valor-próprio (*eigen-value*) igual ou superior à unidade.

Todavia, antes de realizarmos a análise fatorial, era necessário avaliar primeiro as correlações entre os itens para saber se é legítimo fazer a referida análise.⁴¹ Daí que recorremos ao KMO (*Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy*) e ao teste de Bartlett, visto que são procedimentos estatísticos que permitem aferir a qualidade das correlações entre os itens por forma a prosseguir com a análise fatorial.³⁸ Os dados registados no índice KMO (KMO= 0,853) e no teste de Bartlett ($\chi^2= 2075,07$; $p= 0,000$) indicam que as correlações são elevadas, sendo, por conseguinte, adequado proceder-se a uma análise fatorial.

A tabela IV mostra os resultados da análise fatorial, tendo-se optado por usar pesos ou saturações (*loading*) dos itens nos fatores apenas aqueles que apresentavam valores iguais ou superiores a 0,30. Por motivo de uma maior clareza na apresentação, os itens estão organizados pela vinculação que têm aos fatores identificados.

Tabela IV. Análise fatorial do SoGeMM-MGF

Itens	Fator I	Fator II	Fator III	Fator IV	Fator V
3	0,755				
23	0,713				
9	0,698		0,310		
11	0,690				
8	0,655	0,408			
2	0,653			0,312	
20	0,621				
6	0,608		0,425		
22	0,575	0,333			
7	0,510		0,453		
5	0,490			0,343	0,419
12	0,426		0,406		
21	-0,671				
13		0,562			
16		0,492			
15		0,474	0,312		
18		0,455			0,370
14		0,375			
10	0,416		0,517		
1			0,417		
17				0,337	
4	0,315			0,327	
19			0,413	0,426	0,449
Valor-próprio	7,135	2,203	1,752	1,405	1,200
Percentagem de variância	31,022	9,576	7,617	6,108	5,216

Nota: Método de extração – em componentes principais; método de rotação - *varimax*

Os dados da análise fatorial apontam para a existência de 5 fatores com valores-próprios superiores à unidade, explicando, no seu conjunto, 59,54% da variância total dos resultados.

O fator I é muito mais saliente que os restantes, com um valor-próprio de 7,14 e explicando 31,0% da variância dos resultados, reunindo 13 itens que traduzem aspetos relacionados com a sobrecarga e as condições de trabalho dos médicos com doentes com multimorbidade (e.g.: sobrecarrega pela proporção de doentes com multimorbidade; condições de trabalho para lidar com esses doentes,...).

Por sua vez, o fator II, com um valor-próprio de 2,20 e que explica 9,6% da variância dos resultados, está diretamente associado com o estado emocional e a formação dos

médicos que lidam com doentes com multimorbilidade (e.g.: ansiedade que causa lidar com doentes com multimorbilidade; nível de preparação para gerir de forma integrada esses doentes,...), integrando 5 itens.

No que respeita ao fator III (com um valor-próprio de 1,75 e responsável por 7,6% da variância dos resultados), este agrupa 2 itens que se reportam ao tempo, mais especificamente a circunstância de lidar com doentes com multimorbilidade poder reduzir o tempo disponível para outros doentes.

Em contrapartida, o fator IV (com um valor-próprio de 1,41 e explicando 6,1% da variância dos resultados) encontra-se essencialmente ligado aos cuidados com os doentes com multimorbilidade, reunindo 2 itens do questionário (e.g.: sentir-se responsável por todo o cuidado necessário aos doentes com multimorbilidade; sentir que na consulta tem o tempo suficiente para gerir os problemas desses doentes).

Em relação ao fator V, este tem um valor-próprio de 1,2 e explica 5,2% da variância dos resultados, sendo constituído por apenas um item relacionado com os procedimentos no acompanhamento dos doentes com multimorbilidade (e.g.: poder alterar o processo de trabalho para com os doentes com multimorbilidade).

De sublinhar que alguns itens saturam em mais do que um fator.

Fase II: Relações entre a sobrecarga da gestão da multimorbilidade em MGF dos médicos e a sua QdVRS

Em seguida, vamos apresentar os resultados registados na segunda fase do estudo. Começaremos por realizar uma análise das características profissionais dos médicos. Posteriormente, analisaremos os dados obtidos no *SoGeMM-MGF* e no *SF-12* por parte dos médicos, bem como as correlações entre as pontuações obtidas nestes dois instrumentos. Por último, examinaremos os dados alcançados no *SoGeMM-MGF* e no *SF-12* em função de algumas variáveis sociodemográficas e profissionais dos médicos.

Características profissionais dos médicos

Como tivemos oportunidade de referir, no nosso estudo procurámos examinar um conjunto de variáveis relativas às características profissionais dos médicos da especialidade de MGF.

Na tabela V descrevemos os resultados das características profissionais dos médicos envolvidos no estudo.

Tabela V. Características profissionais dos médicos

Características	Número	%
Familiaridade com o termo MM		
Sim	195	99,5
Não	1	0,5
Tempo de trabalho com doentes com MM		
> 10 anos	64	30,1
6-10 anos	143	67,1
1-5 anos	3	1,4
< 1 ano	3	1,4
Frequência de curso específico sobre MM		
Sim	28	13,0
Não	188	87,0
Nº médio de consultas realizadas por semana		
< 70	18	8,2
70-99	57	25,9
100-130	81	36,8
> 130	64	29,1
Nº médio consultas por semana a doentes com MM		
< 30	68	34,2
30-59	62	31,1
60-90	67	33,7
> 90	2	1,0
% de doentes com MM que acompanha		
≤ 25%	65	32,7
≥ 26 e ≤ 50%	65	32,7
≥ 51 e ≤ 70%	67	33,6
≥ 71%	2	1,0

MM – Multimorbidade

Assim, uma das questões que colocámos consistiu em verificar se o termo multimorbidade era familiar aos médicos. Os dados obtidos revelam que a esmagadora maioria dos médicos refere que o termo multimorbidade é-lhe familiar (99,5%). Somente 0,5% dos médicos considera que esse termo não lhe é familiar.

No que diz respeito ao tempo que trabalhavam com doentes com multimorbidade, a maioria dos médicos envolvidos no estudo mencionou que trabalhava entre os 6 e os 10 anos com este tipo de pacientes (67,1%). É reduzido o número de médicos que afirma trabalhar com estes doentes há menos de um ano (1,4%) e entre 1-5 anos (1,4%).

Tentámos saber também se os médicos já tinham frequentado algum curso específico sobre multimorbidade. Constatámos que apenas 13% destes refere que já frequentou

um curso nesse âmbito. A maior parte dos médicos (87%) ainda não frequentou nenhum curso sobre essa temática.

Uma outra informação que quisemos conhecer era o número médio de consultas que os médicos realizavam por semana. Os dados constantes na tabela II põem em evidência que grande parte dos médicos diz que realiza entre 100 a 130 (36,8%) ou mais de 130 (29,1%) consultas por semana. A percentagem de médicos que efetua entre 70 e 99 consultas por semana é ainda considerável (25,9%). Em contrapartida, são poucos os médicos que realizam menos de 70 consultas por semana (8,2%).

Tratámos de averiguar ainda qual o número médio de consultas que os médicos julgam realizar por semana a doentes com multimorbilidade. Verificámos que 34,2% destes refere que efetua menos de 30 consultas por semana a esse tipo de doentes, 33,7% acha que realiza entre 60 e 90 consultas e 31,1% considera que efetua de 30 a 59 consultas. Pelo contrário, o número de médicos que entende realizar mais de 90 consultas é pouco expressivo (1,0%).

Por último, inquirimos os médicos acerca da proporção de doentes com multimorbilidade que acompanham. Com efeito, do total de médicos, 33,7% assinalaram que essa proporção era de ≥ 51 e $\leq 70\%$, 32,7% de ≥ 26 e $\leq 50\%$ e 32,7% menos de 25%. A percentagem de médicos que diz acompanhar $\geq 71\%$ doentes com multimorbilidade é reduzida (1,0%). Estes resultados mostram que os médicos não têm uma consciência clara da dimensão dos problemas que gerem.

Sobrecarga da gestão da multimorbilidade em MGF

Na tabela VI apresentam-se os valores médios obtidos pelos médicos não só na globalidade do *SoGeMM-MGF*, mas também em cada um dos itens que o integram. Na mencionada tabela existe também a referência ao fator a que cada item pertence (fator I - sobrecarga e condições de trabalho; fator II - estado emocional e formação; fator III - tempo; fator IV - cuidados com os doentes com multimorbilidade; fator V - procedimentos no acompanhamento dos doentes com multimorbilidade).

Tabela VI. Valores médios obtidos nos itens e na globalidade do *SoGeMM-MGF*

Itens	Fator	M	DP
1. Lidar com doentes com MM reduz o tempo que tem disponível para outros doentes	3	2,566	0,885
2. Sente-se sobrecarregado pela proporção de doentes com MM que vê na sua consulta	1	4,068	0,661
3. O apoio com outro profissional (p.ex. psicólogo,...) tornaria o seu trabalho de lidar com doentes com MM menos sobrecarregado	1	3,692	1,007
4. Quão frequente se sente o responsável por todo o cuidado necessário aos doentes com MM	4	4,235	0,725
5. Receia iatrogenia quando lida com doentes com MM	1	4,118	0,808
6. Considera excelentes as suas condições de trabalho para lidar com doentes com MM	1	3,738	0,936
7. O seu trabalho com doentes com MM é fácil pois segue as Normas de Orientação da DGS	1	3,471	0,927
8. Sente-se cansado fisicamente por lidar frequentemente com doentes com MM	1	4,167	0,759
9. De uma forma geral, lidar com doentes com MM afeta a sua estabilidade emocional	1	3,585	0,912
10. O seu trabalho com doentes com MM é fácil pois segue as orientações de médicos de outras especialidades	3	3,475	0,966
11. O apoio e resposta atempada às suas dúvidas por outras especialidades ajudaria na gestão do doente com MM	1	4,140	1,121
12. Sente-se frustrado por não conseguir melhorar a gestão dos seus doentes com MM	1	3,471	0,748
13. Lidar com doentes com MM causa-lhe ansiedade	2	2,910	1,218
14. O seu trabalho com doentes com MM é fácil ao cumprir os indicadores da ACSS	2	3,068	1,120
15. De uma forma geral, sente que os doentes com MM hipervalorizam o seu estado de saúde e desvalorizam a sua terapêutica	2	3,109	1,127
16. Em muitos aspetos, o seu trabalho com doentes com MM aproxima-se dos seus ideais da prática médica	2	2,787	1,316
17. Sente que na consulta tem o tempo suficiente para gerir os problemas do seu doente com MM	4	3,241	1,119
18. Considera que está mal preparado para gerir de forma integrada os doentes com MM	2	3,050	1,019
19. Se pudesse alterar o seu processo de trabalho para com o doente com MM fá-lo-ia	5	3,321	0,804
20. Considera que tem falta do equipamento necessário para lidar com doentes com MM	1	4,005	0,802
21. O sistema de recolha e tratamento de informação que usa na consulta facilita a gestão do doente com MM	1	2,095	0,892
22. Dados os problemas apresentados pelo doente com MM este deveria ser entendido como tendo o peso de unidade ponderada extra para efeitos de tamanho de lista	1	2,796	0,889
23. De uma forma geral, quão satisfatório é para si lidar com doentes com MM	1	3,783	0,846
Valor global no <i>SoGeMM-MGF</i>		79,81	6,513

M = Média; DP = Desvio-padrão

As pontuações médias registadas pelos médicos nos itens do *SoGeMM-MGF* oscilaram entre 2,095 (“O sistema de recolha e tratamento de informação que usa na consulta facilita a gestão do doente com multimorbilidade”) e 4,235 (“Quão frequente se sente o responsável por todo o cuidado necessário aos doentes com multimorbilidade”).

É importante salientar que foi nos itens do fator III que se registaram os valores médios mais elevados, enquanto que no fator II se observaram os valores médios mais baixos.

No que concerne à pontuação média alcançada pelos médicos na globalidade do *SoGeMM-MGF*, verificou-se que esta foi de 79,81. Este valor situa-se numa posição elevada, uma vez que a pontuação variava de um mínimo de 23 a um máximo de 115.

QdVRS

Na tabela VII podemos observar as pontuações médias obtidas pela generalidade da amostra, quer nas oito dimensões do *SF-12*, quer nos seus dois domínios (PCS e MCS).

Tabela VII. Valores médios registados nas dimensões e domínios do *SF-12*

	Nº itens	Min./Máx.	M	DP
Dimensões				
Função física	2	0-100	89,181	16,812
Desempenho físico	2	0-100	82,105	20,679
Dor corporal	1	0-100	67,018	27,384
Saúde em geral	1	0-100	58,947	18,292
Vitalidade	1	0-100	58,246	19,741
Função social	1	0-100	72,281	23,831
Desempenho emocional	2	0-100	77,544	20,379
Saúde mental	2	0-100	65,263	9,278
PCS			47,974	9,289
MCS			44,606	11,025

M = Média; DP = Desvio-padrão

A globalidade dos médicos apresenta valores elevados de QdVRS nas oito dimensões do *SF-12*, visto que obtiveram pontuações médias muito superiores a 50 (média da população de referência) nas mesmas. As dimensões em que se registaram valores mais elevados foram as da função física (M= 89,181±16,812) e de desempenho físico (M= 82,105±20,679). Ao invés, as dimensões em que os médicos apresentaram valores mais reduzidos foram as da vitalidade (M= 58,246±19,741) e da saúde em geral (M= 58,947±18,292).

Quanto aos dois domínios do estado de saúde (PCS e MCS), denota-se que os médicos de MGF têm níveis de saúde mental inferiores aos de saúde física.

Correlações entre as pontuações no SoGeMM-MGF e as no SF-12

A tabela VIII mostra as correlações entre os resultados obtidos na globalidade do SoGeMM-MGF, por um lado, e nas oito dimensões do SF-12 e nos domínios de saúde física (PCS) e mental (MCS) deste último instrumento, por outro.

Tabela VIII. Coeficientes de correlação entre os resultados obtidos na globalidade do SoGeMM-MGF e nas oito dimensões e dois domínios do SF-12

	SoGeMM-MGF	
	Coeficiente correlação	<i>p</i>
Dimensão função física	-0,198	0,141 ^{ns}
Dimensão desempenho físico	-0,153	0,257 ^{ns}
Dimensão dor corporal	-0,267	0,045*
Dimensão saúde em geral	0,227	0,089 ^{ns}
Dimensão vitalidade	-0,037	0,784 ^{ns}
Dimensão função social	-0,165	0,220 ^{ns}
Dimensão desempenho emocional	-0,126	0,350 ^{ns}
Dimensão saúde mental	-0,018	0,894 ^{ns}
PCS	0,000	1,000 ^{ns}
MCS	-0,267	0,038*

Teste de correlação r_s de Spearman. * $p < 0,05$; ns = não significativo

Constata-se que apenas uma dimensão do SF-12 (dor corporal) surge correlacionada significativa e negativamente com as pontuações do SoGeMM-MGF ($r_s = -0,267$; $p = 0,045$). Com efeito, as outras sete dimensões do SF-12 não estão significativamente relacionadas com a avaliação da sobrecarga da gestão da multimorbilidade por parte dos médicos de MGF.

Os dados evidenciam também a existência de uma correlação estatisticamente significativa e negativa entre o domínio da saúde mental e as pontuações obtidas no SoGeMM-MGF ($r_s = -0,267$; $p = 0,038$). Estes resultados sugerem que quanto maior é a avaliação da sobrecarga da gestão da multimorbilidade por parte dos médicos de MGF, mais negativa é a perceção do seu estado de saúde mental.

Resultados no SoGeMM-MGF e no SF-12 em função de algumas variáveis sociodemográficas e profissionais

Pretendíamos no presente estudo analisar, igualmente, os resultados obtidos no SoGeMM-MGF e nos domínios e dimensões do SF-12 em função de algumas variáveis sociodemográficas e profissionais dos médicos.

Como se pode observar na tabela IX, não existem diferenças significativas na avaliação da sobrecarga da gestão da multimorbilidade em MGF entre os médicos do sexo masculino e as dos sujeitos do sexo feminino ($U= 3646,5$; $p= 0,487$).

Tabela IX. Comparação dos resultados obtidos no SoGeMM-MGF e no SF-12 entre médicos do sexo masculino e feminino

	Valor de U	p
SoGeMM-MGF	3646,5	0,487 ^{ns}
Dimensão função física	228,00	0,006**
Dimensão desempenho físico	317,50	0,370 ^{ns}
Dimensão dor corporal	288,00	0,147 ^{ns}
Dimensão saúde em geral	227,00	0,012*
Dimensão vitalidade	28,500	0,218 ^{ns}
Dimensão função social	323,50	0,438 ^{ns}
Dimensão desempenho emocional	347,00	0,719 ^{ns}
Dimensão saúde mental	356,00	0,835 ^{ns}
PCS	310,50	0,170 ^{ns}
MCS	251,50	0,021*

Teste de *Mann-Whitney-U* para amostras independentes. * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; ns = não significativo

Quanto ao efeito da variável local de trabalho (tabela X), o teste de Kruskal-Wallis indica que não há diferenças significativas nos resultados obtidos nos resultados no SoGeMM-MGF entre os três grupos de médicos ($X^2_{KW} (2) = 0,749$; $p = 0,688$), designadamente os que trabalham nas UCSP, USF Modelo A ou USF Modelo B.

Os nossos dados revelam a existência de diferenças significativas nas pontuações obtidas no SoGeMM-MGF em função do tempo de trabalho dos médicos de MGF com doentes com multimorbilidade ($X^2_{KW} (3) = 9,917$; $p = 0,019$). Para uma análise mais detalhada das diferenças, realizou-se um teste Post-Hoc. Assim, constatou-se que essas diferenças se manifestam, quer entre o grupo de médicos que trabalha há menos de um ano e os exercem funções entre os 6 e os 10 anos ($p = 0,019$), quer entre os que trabalham há mais de 10 anos e os que exercem funções entre os 6 e 10 anos ($p = 0,024$). Os médicos que trabalham entre os 6 e 10 anos ($Md = 81,00$) com doentes com multimorbilidade apresentam resultados mais elevados no

SoGeMM-MGF do que aqueles que exercem há mais de 10 anos ($Md= 79,00$) ou menos de 1 ano ($Md= 63,00$).

Verificou-se que a avaliação da sobrecarga da gestão da multimorbilidade por parte dos médicos de MGF não foi efetivamente influenciada pela frequência de cursos específicos sobre esta temática ($U = 2398,5$; $p= 0,448$).

Os vários grupos de médicos constituídos em resultado do número médio de consultas realizadas por semana também não se diferenciam significativamente em relação à avaliação da sobrecarga da gestão da multimorbilidade em MGF ($X^2_{KW} (3)= 5,122$; $p= 0,163$).

O teste de Kruskal-Wallis pôs em evidência que existem diferenças significativas entre as pontuações obtidas no SoGeMM-MGF pelos grupos de médicos constituídos em função do número de consultas semanais que realizam com doentes com multimorbilidade ($X^2_{KW} (3)= 14,893$; $p= 0,002$). As comparações múltiplas mostram que essas diferenças se verificam entre o grupo de médicos que realiza entre 60-90 consultas por semana com doentes com multimorbilidade e os que efetuam menos de 30 consultas ($p= 0,016$), bem como entre os que têm de 60-90 consultas e os que efetuam de 30-59 ($p= 0,025$). Os médicos que realizam entre 60-90 consultas ($Md= 83,00$) com doentes com multimorbilidade por semana revelam valores mais elevados no SoGeMM-MGF do que aqueles que têm de 30-59 consultas ($Md= 81,00$) ou menos de 30 ($Md= 80,00$).

A proporção de doentes com multimorbilidade que os médicos de MGF acompanham parece influenciar também a sua avaliação da sobrecarga da gestão da multimorbilidade ($X^2_{KW} (3)= 21,290$; $p= 0,000$). Na realidade, os médicos com ≥ 51 e $\leq 70\%$ de doentes com multimorbilidade têm pontuações significativamente mais elevadas no SoGeMM-MGF do que os médicos com ≥ 26 e $\leq 50\%$ ($p= 0,034$) ou os com $\geq 71\%$ ($p= 0,000$).

Tabela X. Comparações dos resultados no SoGeMM-MGF em função de variáveis profissionais

Variáveis	X^2_{KW}	gl	p
Local de trabalho	0,749	2	0,688 ^{ns}
Tempo trabalho doentes MM	9,917	3	0,019*
Nº médio consultas por semana	5,122	3	0,163 ^{ns}
Nº consultas por semana a doentes MM	14,893	3	0,002**
% de doentes com MM acompanha	21,290	3	0,000***

Teste de *Kruskal-Wallis*. * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$; ns = não significativo

Centremo-nos agora sobre a influência das variáveis sociodemográficas e profissionais nos resultados do *SF-12*.

Conforme se pode verificar na tabela IX, na comparação da percepção da QdVRS, entre sexos, detetaram-se diferenças estatisticamente significativas nas dimensões da saúde em geral ($U= 227,00$; $p= 0,012$) e da função física ($U= 228,00$; $p= 0,006$), bem como no domínio da saúde mental ($U= 251,50$; $p= 0,021$) do *SF-12*. Os médicos do sexo masculino obtiveram, em comparação com os do sexo feminino, pontuações mais elevadas no MCS.

Examinámos igualmente a influência do local de trabalho na QdVRS dos médicos de MGF (tabela XI). Os resultados dos testes de Kruskal-Wallis demonstram que não existem diferenças significativas em nenhuma das dimensões e dos domínios do *SF-12*.

Em relação às pontuações alcançadas no *SF-12* em função do tempo de trabalho com doentes com multimorbilidade, a análise dos dados sugere a inexistência de diferenças estatisticamente significativas entre os quatro grupos de médicos em todas as dimensões do *SF-12* e nos seus dois domínios.

Os testes de Mann-Whitney indicam, igualmente, que a avaliação das dimensões e domínios do *SF-12* que os médicos efetuaram não foi efetivamente influenciada pela frequência de cursos específicos sobre multimorbilidade.

Verificou-se que o número de consultas por semana influencia a dimensão da saúde em geral do *SF-12* ($X^2_{KW} (3)= 10,219$; $p= 0,017$). O teste de contraste mostrou que, na mencionada dimensão, o grupo de médicos que tem menos de 70 consultas por semana difere significativamente do grupo com 100 a 130 consultas ($p=0,025$), apresentando os primeiros valores mais elevados ($Md= 80,00$ e $Md= 40,00$, respetivamente). Significa isto que quanto mais consultas os médicos têm pior é a percepção que manifestam sobre a sua saúde em geral.

Quanto a variação dos resultados no *SF-12* em função do número de consultas por semana com doentes com multimorbilidade, constatou-se que não existem diferenças significativas entre os diversos grupos de médicos em nenhuma dimensão do referido questionário, tal como nos seus domínios, quer de saúde física, quer mental.

Os testes de Kruskal-Wallis puseram em evidência que a proporção de doentes com multimorbilidade que os médicos de MGF acompanham também não influencia nenhuma das dimensões ou domínios do *SF-12*.

Tabela XI. Comparações dos resultados no SF-12 em função de variáveis profissionais

Variáveis	Local de trabalho	Tempo trabalho doentes MM	Nº médio consultas por semana	Nº médio consultas doentes MM	% doentes com MM acompanha
Dimensão função física	$X^2_{KW} = 4,873$ $gl = 2$ $p = 0,087^{ns}$	$X^2_{KW} = 7,066$ $gl = 3$ $p = 0,070^{ns}$	$X^2_{KW} = 7,419$ $gl = 3$ $p = 0,060^{ns}$	$X^2_{KW} = 1,409$ $gl = 3$ $p = 0,703^{ns}$	$X^2_{KW} = 1,865$ $gl = 3$ $p = 0,601^{ns}$
Dimensão desempenho físico	$X^2_{KW} = 1,420$ $gl = 2$ $p = 0,492^{ns}$	$X^2_{KW} = 2,552$ $gl = 3$ $p = 0,466^{ns}$	$X^2_{KW} = 1,493$ $gl = 3$ $p = 0,684^{ns}$	$X^2_{KW} = 1,084$ $gl = 3$ $p = 0,781^{ns}$	$X^2_{KW} = 0,288$ $gl = 3$ $p = 0,962^{ns}$
Dimensão dor corporal	$X^2_{KW} = 1,116$ $gl = 2$ $p = 0,572^{ns}$	$X^2_{KW} = 0,851$ $gl = 3$ $p = 0,837^{ns}$	$X^2_{KW} = 2,441$ $gl = 3$ $p = 0,486^{ns}$	$X^2_{KW} = 5,476$ $gl = 3$ $p = 0,140^{ns}$	$X^2_{KW} = 5,385$ $gl = 3$ $p = 0,146^{ns}$
Dimensão saúde em geral	$X^2_{KW} = 0,898$ $gl = 2$ $p = 0,638^{ns}$	$X^2_{KW} = 3,204$ $gl = 3$ $p = 0,361^{ns}$	$X^2_{KW} = 10,219$ $gl = 3$ $p = 0,017^*$	$X^2_{KW} = 1,626$ $gl = 3$ $p = 0,654^{ns}$	$X^2_{KW} = 1,853$ $gl = 3$ $p = 0,603^{ns}$
Dimensão vitalidade	$X^2_{KW} = 2,210$ $gl = 2$ $p = 0,331^{ns}$	$X^2_{KW} = 4,392$ $gl = 3$ $p = 0,222^{ns}$	$X^2_{KW} = 1,433$ $gl = 3$ $p = 0,698^{ns}$	$X^2_{KW} = 2,325$ $gl = 3$ $p = 0,508^{ns}$	$X^2_{KW} = 0,918$ $gl = 3$ $p = 0,821^{ns}$
Dimensão função social	$X^2_{KW} = 3,372$ $gl = 2$ $p = 0,185^{ns}$	$X^2_{KW} = 0,408$ $gl = 3$ $p = 0,939^{ns}$	$X^2_{KW} = 3,107$ $gl = 3$ $p = 0,375^{ns}$	$X^2_{KW} = 3,037$ $gl = 3$ $p = 0,386^{ns}$	$X^2_{KW} = 2,167$ $gl = 3$ $p = 0,538^{ns}$
Dimensão desempenho emocional	$X^2_{KW} = 2,084$ $gl = 2$ $p = 0,353^{ns}$	$X^2_{KW} = 1,698$ $gl = 3$ $p = 0,637^{ns}$	$X^2_{KW} = 0,605$ $gl = 3$ $p = 0,895^{ns}$	$X^2_{KW} = 4,344$ $gl = 3$ $p = 0,227^{ns}$	$X^2_{KW} = 3,259$ $gl = 3$ $p = 0,353^{ns}$
Dimensão saúde mental	$X^2_{KW} = 0,784$ $gl = 2$ $p = 0,676^{ns}$	$X^2_{KW} = 2,685$ $gl = 3$ $p = 0,443^{ns}$	$X^2_{KW} = 1,564$ $gl = 3$ $p = 0,668^{ns}$	$X^2_{KW} = 0,503$ $gl = 3$ $p = 0,918^{ns}$	$X^2_{KW} = 0,689$ $gl = 3$ $p = 0,876^{ns}$
PCS	$X^2_{KW} = 1,252$ $gl = 2$ $p = 0,535^{ns}$	$X^2_{KW} = 1,533$ $gl = 3$ $p = 0,675^{ns}$	$X^2_{KW} = 2,526$ $gl = 3$ $p = 0,471^{ns}$	$X^2_{KW} = 1,349$ $gl = 3$ $p = 0,718^{ns}$	$X^2_{KW} = 0,773$ $gl = 3$ $p = 0,856^{ns}$
MCS	$X^2_{KW} = 1,403$ $gl = 2$ $p = 0,496^{ns}$	$X^2_{KW} = 2,874$ $gl = 3$ $p = 0,412^{ns}$	$X^2_{KW} = 1,101$ $gl = 3$ $p = 0,777^{ns}$	$X^2_{KW} = 1,292$ $gl = 3$ $p = 0,731^{ns}$	$X^2_{KW} = 2,968$ $gl = 3$ $p = 0,397^{ns}$

Teste de *Kruskal-Wallis*. * $p < 0,05$; ns = não significativo

DISCUSSÃO

A ausência de um instrumento adequado e já aferido para a avaliação da sobrecarga da gestão da multimorbidade por parte dos médicos de MGF constituiu o motivo principal para a realização da validação do *SoGeMM-MGF*. A análise da fidelidade e da estrutura fatorial do *SoGeMM-MGF* revelaram resultados bastante satisfatórios. Na realidade, o valor registado na totalidade do questionário para o *alfa* de Cronbach foi elevado, evidenciando uma boa consistência interna. De igual modo, os resultados mostraram um nível elevado coeficiente de correlação entre a pontuação total do instrumento teste-reteste, o que indica uma boa estabilidade temporal. A estrutura obtida no questionário organiza-se de forma consistente em cinco fatores.

Globalmente, as análises efetuadas permitiram evidenciar que o *SoGeMM-MGF* tem boas qualidades psicométricas, possibilitando a sua utilização não só na presente investigação, mas também em futuras pesquisas sobre a avaliação da sobrecarga da gestão da multimorbidade em MGF. Todavia, novos estudos de validação do

instrumento são necessários, especialmente, com o propósito de testar a sua “robustez” a partir da análise fatorial confirmatória.

Examinámos também no nosso estudo algumas variáveis de natureza profissional dos médicos de MGF relacionadas com a multimorbilidade. Destas há algumas referências que merecem ser feitas. Assim, verificámos que o termo multimorbilidade era familiar para a quase totalidade dos médicos de MGF (99,5%). Os nossos resultados vão no mesmo sentido dos obtidos por Prazeres e Santiago⁴² que concluíram que a grande maioria (83,8%) dos médicos de clínica geral estava familiarizada com o conceito de multimorbilidade. Estes dados não são surpreendentes. Com efeito, se é certo que o termo multimorbilidade é um conceito relativamente novo,¹ também é verdade que os doentes com multimorbilidade constituem atualmente uma parte significativa dos doentes dos médicos de MGF.¹⁴ Para além disso, refira-se que a multimorbilidade é uma das temáticas mais investigadas no âmbito da MGF, devido aos altos níveis de prevalência na população¹⁸ e às consequências negativas nos doentes, uma vez que é responsável por 63% das mortes no mundo.⁴³

Um outro dado relevante do estudo consiste na circunstância da esmagadora maioria dos médicos de MGF (87%) não ter frequentado ainda um curso específico sobre multimorbilidade. A este propósito, saliente-se que a formação contínua dos médicos de MGF é fundamental para dar resposta à rápida evolução técnico-científica, ao isolamento típico do exercício médico e às alterações das necessidades em cuidados de saúde primários.⁴⁴

Observámos também, em primeiro lugar, que a grande maioria dos médicos de MGF tem um número de consultas por semana a doentes com multimorbilidade superior a 30 (65,8%); e, posteriormente, que 34,6% dos médicos tem uma proporção de doentes com multimorbilidade que acompanha superior a 50% da totalidade dos pacientes. Estes resultados são consistentes com os dados referenciados na literatura, quer em relação aos níveis de prevalência da multimorbilidade na população,^{9,19} quer pelo facto dos estudos realizados em vários países confirmarem que os doentes com multimorbilidade constituírem uma importante parte dos pacientes dos médicos de MGF.¹⁴ Há elementos adicionais de reflexão que importa mencionar. No nosso país, as consultas dos médicos de MGF têm habitualmente uma duração 15 minutos. O estudo levado a cabo por Prazeres e Santiago⁴² mostra que os médicos de MGF consideram que o tempo de consulta no Sistema Nacional de Saúde (SNS) de Portugal é reduzido, insuficiente para auscultar o doente e as suas múltiplas queixas, dificultando a avaliação global da situação do doente, o que resulta em cuidados de saúde inadequados e fragmentados.

No presente estudo verificámos que os médicos apresentavam valores relativamente elevados na avaliação da sobrecarga da gestão da multimorbilidade (dado que alcançaram uma média de 79,81, numa pontuação que oscilava entre 23 e 115), bem como esta última estava negativamente relacionada com o domínio da saúde mental (MCS) do SF-12, por um lado, não se encontrando associada ao domínio da saúde física (PCS) do mesmo, por outro. Significa isto que os nossos resultados sugerem que quanto maior é a avaliação da sobrecarga da gestão da multimorbilidade por parte dos médicos de MGF, mais negativa é a perceção do seu estado de saúde mental. Curiosamente, tanto quanto sabemos, este é o primeiro estudo realizado em Portugal que analisou a relação entre a avaliação da sobrecarga da gestão da multimorbilidade por parte dos médicos de MGF e a sua QdVRS. Apesar dos nossos resultados não poderem ser comparados com os de outros, a verificação de uma relação entre as referidas variáveis suscita-nos um conjunto de reflexões que importa tratar. Sabemos que as investigações tendem a demonstrar que uma baixa QdV dos médicos está associada a efeitos negativos no cuidado dos pacientes, designadamente nos erros médicos e de medicação, práticas de cuidados sub-ótimos e diminuição da satisfação do doente com os cuidados médicos.³³ Devido ao aumento da prevalência da multimorbilidade na população e ao efeito que a gestão destes doentes tem na saúde mental dos médicos, se não existirem estratégias para a reorganização dos cuidados de saúde primários destes doentes poder-se-á, no futuro, acentuar a deterioração da qualidade do seu atendimento. Existe atualmente uma grande *corpus* teórico e investigativo consistente sobre as estratégias ou medidas que permitiriam melhorar a qualidade dos cuidados de saúde prestados e do atendimento dos doentes com multimorbilidade, podendo ter também, provavelmente, estes fatores influência na avaliação da sobrecarga da gestão da multimorbilidade por parte dos médicos e na sua QdVRS. Destas estratégias ou medidas, gostaríamos apenas de sublinhar: a criação de redes de suporte social, que permitiriam proteger e apoiar os doentes;^{14,19} tempos de consulta adequados;⁴² a utilização de uma abordagem holística na avaliação dos doentes com multimorbilidade, contrariando a lógica de cuidados de saúde especializados e fragmentados;²⁴ o recurso a equipas multidisciplinares que integrem outros profissionais²⁰ e uma melhor coordenação nos cuidados de saúde primários.^{19,45} É provável que estas estratégias ou medidas minimizem a sobrecarga da gestão da multimorbilidade nos médicos de MGF, bem como tenham efeitos positivos na sua QdV. Assim, parece-nos pertinente que em futuras investigações se analise a relevância dessas estratégias, quer na sobrecarga da gestão da multimorbilidade nos médicos de MGF, quer na sua QdV.

Encontrámos igualmente a influência de algumas variáveis profissionais dos médicos de MGF na avaliação que fazem da sobrecarga da gestão da multimorbilidade. Percebe-se que os médicos que trabalham há mais tempo com doentes com multimorbilidade, têm mais consultas com este tipo de doentes e que têm uma maior proporção de doentes com multimorbilidade, obtenham pontuações mais elevadas no *SoGeMM-MGF*, ou seja, manifestem uma maior sobrecarga da gestão da multimorbilidade.

Em contraste, os nossos resultados parecem evidenciar que as variáveis profissionais analisadas não influenciam a QdVRS dos médicos de MGF, quer no domínio da saúde física, quer mental. Não conseguimos encontrar uma explicação lógica para estes dados, uma vez que seria previsível que algumas variáveis, como o número de consultas semanais, seja com doentes em geral, seja com doentes com multimorbilidade, pudessem afetar negativamente a QdVRS dos médicos. Estes dados deverão ser analisados e confirmados em investigações posteriores.

Uma das limitações do nosso estudo está relacionada com a circunstância dos participantes estarem inscritos na Secção Regional do Centro da Ordem dos Médicos, provavelmente, trabalhando apenas na área geográfica da ARS Centro. São necessárias amostras mais amplas e que abranjam todo o território nacional.

Outra limitação prende-se com as características próprias das abordagens metodológicas de tipo quantitativo, isto é, a dificuldade em compreender-se um fenómeno complexo, recorrendo somente à administração de questionários com um tipo de resposta estruturada (e.g., conseguimos saber que os médicos estão familiarizados com o termo multimorbilidade, mas não conhecemos qual a definição que têm sobre o mesmo). A realização de investigações que recorrem a uma triangulação metodológica (utilização de múltiplos métodos para estudar um determinado problema de investigação) permite uma melhor compreensão dos fenómenos examinados, reduzindo o risco das conclusões de um estudo refletirem enviesamentos ou limitações próprias de um único método, conduzindo, por conseguinte, a conclusões mais credíveis.⁴⁶

Para além das recomendações de novos estudos anteriormente referidas, parece-nos relevante que no futuro as investigações que se debruçam sobre estas temáticas analisem também a influência da sobrecarga da gestão da multimorbilidade e/ou da QdVRS dos médicos na qualidade dos cuidados de saúde prestados aos doentes com multimorbilidade.

CONCLUSÕES

As diversas análises realizadas puseram em evidência que o *SoGeMM-MGF* apresenta boas qualidades psicométricas, designadamente nos critérios de fidelidade e validade, mostrando ser um instrumento adequado para avaliar a sobrecarga da gestão da multimorbidade dos médicos de MGF e, por conseguinte, possibilitando a sua utilização em futuras pesquisas.

Um dos resultados mais significativos do nosso estudo foi verificar que a avaliação da gestão da sobrecarga da multimorbidade que os médicos de MGF realizam está negativamente relacionada com a sua QdVRS, particularmente no que diz respeito à saúde mental.

Algumas variáveis de natureza profissional parecem influenciar a avaliação que os médicos de MGF fazem da sobrecarga da gestão da multimorbidade dos doentes. De entre estas destacam-se: o número de anos de trabalho com doentes com multimorbidade; a percentagem de doentes com multimorbidade que acompanham, em função da totalidade de pacientes que têm; o número de consultas por semana com esse tipo de doentes. Em contrapartida, as variáveis de âmbito profissional não afetam a QdVRS dos médicos, quer no domínio da saúde mental, quer da saúde física.

AGRADECIMENTOS

- Ao Prof. Doutor Luiz Santiago, pela disponibilidade e atitude de grande abertura com que pautou a orientação do presente trabalho, pela pertinência das suas observações, sugestões e críticas e pela confiança e incentivo que sempre nos manifestou em todos os momentos do estudo.
- Aos médicos de Medicina Geral e Familiar inscritos na Secção Regional do Centro da Ordem dos Médicos de Portugal, que voluntariamente se disponibilizaram a participar neste trabalho, demonstrando um elevado sentido de colaboração e responsabilidade profissional.
- Aos colegas Pedro Santos e Telmo Cortinhal, com quem fomos partilhando ideias e preocupações no decurso da elaboração do trabalho.
- A todos os familiares, colegas e amigos que sempre me souberam encorajar.

BIBLIOGRAFIA

1. Santiago LM. Multimorbidade e Diabetes. *Rev Factores Risco*. 2016;36(Dm):58–61.
2. Wallace E, Salisbury C, Guthrie B, Lewis C, Fahey T, Smith SM. Managing patients with multimorbidity in primary care. *BMJ*. 2015;350(January):6–11.
3. Le Reste JY, Nabbe P, Manceau B, Lygidakis C, Doerr C, Lingner H, et al. The European General Practice Research Network Presents a Comprehensive Definition of Multimorbidity in Family Medicine and Long Term Care, Following a Systematic Review of Relevant Literature. *J Am Med Dir Assoc [Internet]*. 2013;14(5):319–25. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jamda.2013.01.001>
4. Prazeres F, Santiago LM, Simões JA. Defining Multimorbidity: From English to Portuguese Using a Delphi Technique. *Biomed Res Int*. 2015;2015.
5. Harrison C, Britt H, Miller G, Henderson J. Examining different measures of multimorbidity, using a large prospective cross-sectional study in Australian general practice. *BMJ Open*. 2014;4(7):1–9.
6. Gruneir A, Bronskill SE, Maxwell CJ, Bai YQ, Kone AJ, Thavorn K, et al. The association between multimorbidity and hospitalization is modified by individual demographics and physician continuity of care: A retrospective cohort study. *BMC Health Serv Res [Internet]*. 2016;16(1):1–9. Available from: <http://dx.doi.org/10.1186/s12913-016-1415-5>
7. Fortin M, Bravo G, Hudon C, et al. Prevalence of multimorbidity among adults seen in family practice. *Ann Fam Med* 2005;3:223–8.
8. Barnett K, Mercer SW, Norbury M, Watt G, Wyke S, Guthrie B. Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: A cross-sectional study. *Lancet [Internet]*. 2012;380(9836):37–43. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60240-2](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60240-2)
9. Violan C, Foguet-Boreu Q, Flores-Mateo G, Salisbury C, Blom J, Freitag M, et al. Prevalence, determinants and patterns of multimorbidity in primary care: a systematic review of observational studies. *PLoS One*. 2014.
10. Prazeres F, Santiago L. Multimorbidity in primary care in Portugal (MM-PT): A cross-sectional three-phase observational study protocol. *BMJ Open*. 2014;4(2):1–5.
11. Sasseville M, Chouinard MC, Fortin M. Patient-reported outcomes in multimorbidity intervention research: A scoping review. *Int J Nurs Stud [Internet]*. 2018;77(September 2017):145–53. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.09.016>
12. Gijzen R, Hoeymans N, Schellevis FG, et al. Causes and consequences of comorbidity: a review. *J Clin Epidemiol* 2001;54:661–74.
13. Freund T, Kunz CU, Ose D, et al. Patterns of multimorbidity in primary care patients at high risk of future hospitalization. *Popul Health Manag* 2012;15:119–24.
14. Fortin M, Bravo G, Hudon C, et al. Relationship between multimorbidity and health-related quality of life of patients in primary care. *Qual Life Res* 2006;15:83–91.
15. Fortin M, Dubois M, Hudon C, et al. Multimorbidity and quality of life: a closer look. *Health and Quality of Life Outcomes*. 2007; 5 (52) 1-8.
16. Mujica-Mota RE, Roberts M, Abel G, Elliott M, Lyratzopoulos G, Roland M, et al. Common patterns of morbidity and multi-morbidity and their impact on health-related quality of life: evidence from a national survey. *Qual Life Res*. 2015; 24(4):909–18.
17. Roberts KC, Rao DP, Bennett TL, Loukine L, Jayaraman GC. Prevalence and patterns of chronic disease multimorbidity and associated determinants in Canada. *Health Promot Chronic Dis Prev Can* 2015; 35(6): 87-94.
18. Marengoni A, Winblad B, Karp A, Fratiglioni L. Prevalence of chronic diseases and multimorbidity among the elderly population in Sweden. *Am J Public Health* 2008; 98(7): 1198-200.
19. Marengonia A, Anglemana S, Melisa R, et al. Aging with multimorbidity: A systematic review of the literature. *Ageing Research Reviews* . 2011; 10: 430– 439
20. Carlos JS. Multimorbidade – o Doente , a Coordenação de Cuidados e o Sistema de Saúde. *Rev Factores Risco*. 2016;(39):10–6.
21. Salisbury C, Johnson L, Purdy S, Valderas JM, Montgomery AA. Epidemiology and impact of multimorbidity in primary care: A retrospective cohort study. *Br J Gen Pract*. 2011;61(582):12–21.
22. Doessing A, Burau V. Care coordination of multimorbidity: a scoping study. *J Comorbidity [Internet]*. 2015;15–28. Available from: <http://www.jcomorbidity.com/index.php/test/article/view/39>

23. Pisco L. Multimorbilidade – um desafio para a gestão nos Cuidados de Saúde Primários. *Rev Factores Risco*. 2016;39:32–41.
24. Broeiro P. Multimorbilidade e comorbilidade: duas perspectivas da mesma realidade. *Rev Port Med Geral Fam*. 2015;31:158–60.
25. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med [Internet]*. 1995 Nov 1 [cited 2018 Aug 5];41(10):1403–9. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/027795369500112K?via%3Dihub>
26. World Health Organization quality of life group (WHOQOL). Development of the WHOQOL: Rationale and current status. *International Journal of Mental Health* 1994; 23(3), 24-56.
27. Fernández-Prada M, González-Cabrera J, Torres G F, Iribar-Ibabe C, María Peinado J. [Gender influence on health related quality of life among resident physicians working in an emergency department]. *Rev médica Chile [Internet]*. 2014;142(2):193–8. Available from: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872014000200007&lng=es&nrm=iso&tlng=es
28. Karimi M, Brazier J. Health, Health-Related Quality of Life, and Quality of Life: What is the Difference? *Pharmacoeconomics [Internet]*. 2016 Jul;34(7):645–9. Available from: <https://doi.org/10.1007/s40273-016-0389-9>
29. Valderas JM, Alonso J. Patient reported outcome measures: A model-based classification system for research and clinical practice. *Qual Life Res*. 2008;17(9):1125–35.
30. Urzúa M A. Calidad de vida relacionada con la salud: Elementos conceptuales. *Rev Med Chil*. 2010;138(3):358–65.
31. Ferrans CE. Definitions and conceptual models of quality of life. In: Gotay CC, Snyder C, Lipscomb J, editors. *Outcomes Assessment in Cancer: Measures, Methods and Applications [Internet]*. Cambridge: Cambridge University Press; 2004. p. 14–30. Available from: <https://www.cambridge.org/core/books/outcomes-assessment-in-cancer/definitions-and-conceptual-models-of-quality-of-life/03A56BD9F0165EA3A9BE8599797F1930>
32. Whalley D, Globe G, Crawford R, Doward L, Tafesse E, Brazier J, et al. Is the EQ-5D fit for purpose in asthma? Acceptability and content validity from the patient perspective. 2018;1–14.
33. C.P. W, T.D. S, J.C. K. Association of educational debt with quality of life, burnout, and medical knowledge: A national study of internal medicine residents. *J Gen Intern Med [Internet]*. 2011;26:S169. Available from: <http://www.embase.com/search/results?subaction=viewrecord&from=export&id=L70653538%5Cnhttp://dx.doi.org/10.1007/s11606-011-1730-9%5Cnhttp://sfx.library.uu.nl/utrecht?sid=EMBASE&issn=08848734&id=doi:10.1007/s11606-011-1730-9&atitle=Association+of+education>
34. Pais-Ribeiro J. O importante é a saúde: estudo de adaptação de um instrumento para avaliar o estado de saúde. Lisboa: Fundação Merck Sharp & Dohme; 2005.
35. Ware Jr J, Kosinski M, Keller SD. A 12-Item Short-Form Health Survey: construction of scales and preliminary tests of reliability and validity. *Med Care*. 1996;34:220–33.
36. Ware, J., Snow, K., Kosinski, M., & Gandek, B. SF-36 Health Survey manual and interpretation guide. Boston: New England Medical Center; 1993.
37. Prazeres F, Santiago L. Relationship between health-related quality of life, perceived family support and unmet health needs in adult patients with multimorbidity attending primary care in Portugal: a multicentre cross-sectional study. *Health and Quality of Life Outcomes*. 2016; 14:156
38. Pestana MH, Gageiro JN. *Análise de Dados para Ciências Sociais. A Complementaridade do SPSS. 6ª Edição. 5ª Edição Revista E Corrigida. Edições Sílabo; 2014.*
39. Almeida, L.S. & Freire, T. (2008). *Metodologia da Investigação em Psicologia e Educação*. Braga: Psiquilíbrios (5ª Edição); 2008.
40. Cronbach L. *Essentials of psychological testing*. 5ª. New York: Harper Collins Pubs; 1990.
41. Hill MM, Hill, A. *Investigação operacional*. 2ªed. Lisboa: Edições Sílabo; 2002.

42. 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*. 2016; 13: 1-14.
43. Disease priorities. *Nature*: 2011, 477, 250.
44. Sousa J, Sardinha A, Sanchez J, et al. Os cuidados de saúde primários e a medicina geral e familiar em Portugal. *Medicina geral*. 2001; 2: 63-74.
45. Ricci-Cabello I, Violán C, Foguet-Boreu Q et al. Impact of multi-morbidity on quality of healthcare and its implications for health policy, research and clinical practice. A scoping review. *European Journal of General Practice*. 2015; 21: 192–202
46. Maxwell, J. *Qualitative Research Design: an interactive approach*. Thousand Oaks: Sage, 1996.

Anexo I - Questionário de Avaliação da Sobrecarga da Gestão da Multimorbidade em MGF (SoGeMM-MGF)

Questionário de Avaliação da Sobrecarga da Gestão da Multimorbidade 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 multimorbidade (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.

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 multimorbidade é-lhe familiar?

Sim		Não	
-----	--	-----	--

Há quanto tempo trabalha com doentes com multimorbidade?

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

Frequentou curso específico sobre multimorbidade?

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 multimorbidade?

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

Qual julga ser a proporção de doentes com multimorbidade 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	
--------------	--	-------	--	---------------	--	-------	--	------	--

Anexo II - 12-Item Short-Form Health Survey

A Sua Saúde e Bem-Estar

As perguntas que se seguem pedem-lhe sua opinião sobre a sua saúde. Esta informação nos ajudará a saber como se sente, e como é capaz de desempenhar as atividades habituais. *Obrigado por responder a este questionário!*

Para cada uma das seguintes perguntas, por favor marque uma na caixa que melhor descreve sua resposta.

1. Em geral, diria que a sua saúde é:

Excelente	Muito boa	Boa	Razoável	Fraca
▼	▼	▼	▼	▼
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

2. As perguntas que se seguem são sobre atividades que pode executar no seu dia-a-dia. Será que a sua saúde atual o/a limita nestas atividades? Se sim, quanto?

Sim, muito limitado/a	Sim, um pouco limitado/a	Não, nada limitado/a
▼	▼	▼

- a. Atividades moderadas, tais como deslocar uma mesa, aspirar a casa, andar de bicicleta, ou nadar 1 2 3
- b. Subir vários lanços de escada 1 2 3

3. Durante as últimas 4 semanas, quanto tempo teve no seu trabalho ou outras atividades diárias regulares algum dos problemas apresentados a seguir como consequência do seu estado de saúde físico?

	Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
	▼	▼	▼	▼	▼
a. Realizou <u>menos</u> do que queria	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
b. Sentiu-se limitado/a no <u>tipo</u> de trabalho ou outras atividades	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

4. Durante as últimas 4 semanas, quanto tempo teve algum dos problemas apresentados a seguir com o seu trabalho ou outras atividades diárias regulares, devido a quaisquer problemas emocionais (tal como sentir-se deprimido/a ou ansioso/a)?

	Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
	▼	▼	▼	▼	▼
a. Realizou <u>menos</u> do que queria	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
b. Realizou o trabalho ou outras atividades de forma <u>menos</u> cuidadosa que o habitual	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

5. Durante as últimas 4 semanas, de que forma é que a dor interferiu com o seu trabalho normal (tanto o trabalho fora de casa como o trabalho doméstico)?

Absolutamente nada	Um pouco	Moderadamente	Bastante	Imenso
▼	▼	▼	▼	▼
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

6. As perguntas que se seguem pretendem avaliar a forma como se sentiu e como lhe correram as coisas durante as últimas 4 semanas. Para cada pergunta, por favor dê a resposta que melhor descreva a forma como se sentiu. Quanto tempo, durante as últimas 4 semanas...

	Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
	▼	▼	▼	▼	▼
a Se sentiu calmo/a e tranquilo/a?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
b Teve muita energia?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
c Se sentiu triste e deprimido/a?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

7. Durante as últimas 4 semanas, até que ponto é que a sua saúde física ou problemas emocionais limitaram a sua atividade social (tal como visitar amigos ou familiares próximos)?

Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
▼	▼	▼	▼	▼
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

Obrigado por completar estas perguntas!