



**FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA**

**MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA- TRABALHO FINAL**

**ANDRÉ FILIPE VALENTE BERNARDES**

andrebernardes93@gmail.com

**Razões para a Medicina Geral e Familiar menos prescrever farmacologicamente  
para as queixas da pessoa**

**ARTIGO CIENTÍFICO**

**ÁREA CIENTÍFICA DE MEDICINA GERAL E FAMILIAR**

Trabalho sob a realização de:

**LUIZ MIGUEL DE MENDONÇA SOARES SANTIAGO**

**JOSÉ AUGUSTO RODRIGUES SIMÕES**

Março de 2018

# Índice

Resumo .....	2
Abstract .....	4
Introdução.....	6
Material e Métodos .....	7
Resultados .....	12
Discussão.....	17
Conclusões .....	21
Bibliografia.....	22
Anexo .....	25

## **Resumo**

Introdução: Em prévio de trabalho final de mestrado integrado em Medicina na Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra (verificou-se que existe uma significativa maior discordância na especialidade de Medicina Geral e Familiar para prescrever para os objetivos do doente quando comparada com as outras especialidades (médicas e cirúrgicas).

Objetivo: Perceber razões para os especialistas em Medicina Geral e Familiar menos prescreverem farmacologicamente para as queixas da pessoa, avaliando as diferenças por faixa etária, género e tipo de unidade de trabalho.

Métodos: Estudo populacional observacional com dados anonimizados a partir de um questionário on-line aplicado em janeiro de 2018 aos Especialistas inscritos na Secção Regional do Centro da Ordem dos Médicos. O questionário foi produzido após várias fases com inicial *Focus Group* para a obtenção de ambientes de perguntas a partir dos quais foi organizado um questionário a ser aplicado a 32 médicos especialistas para saber de consistência interna, fiabilidade, tempo de preenchimento e dificuldade e perceção das perguntas, verificando-se assim o número de questões a colocar.

Resultados: Foram obtidas 147 respostas, das quais 97 válidas, sendo, destas, de <35 anos n=14 (14,6%), ≥ 35 e < 55 anos n=31 (32,3%) e ≥ 55 anos n= 52 (53,1%), do sexo feminino n=48 (49,5%) e de UCSP n=43 (44,3%). As razões mais escolhidas foram “Exigência de seguir “Guidelines” e “Normas de Orientação Clínica” (74,3%); “Querer evitar o erro” (71,4%) e “Reconhecer que recursos não-farmacológicos limitados impedem atingir os objetivos do doente” (70%). Para a variável “Sexo” três questões apresentaram significância (p<0,05), tendo o sexo masculino escolhido mais P1 (“Ausência de formação em Medicina Centrada na Pessoa”); P2 (“Pensamento médico

mais racional na doença, em vez de na pessoa”) e P3 (“Dificuldades na realização do modelo partilhado de responsabilidades”). Para as variáveis “Grupo Etário” e “Local de trabalho” não houve significância demonstrada.

Discussão: Não sendo conhecidos outros resultados com os quais comparar os presentes existe algum grau de concordância com todas as razões neste estudo, sendo que para três destas a proporção de concordância é superior relativamente às restantes. Pode ser benéfico desenvolver estratégias de combate às razões referidas, promover formação em medicina baseada na pessoa; transmitir que o erro em medicina serve para evitar que este se repita; oferecer mais liberdade ao médico de MGF quanto à escolha do tratamento para o doente caso a caso e incrementar recursos não-farmacológicos nos centros de saúde.

Conclusões: razões do foro comportamental e de obrigação para cumprir indicadores e Normas da Direcção Geral da Saúde parecem ser as razões para os especialistas em Medicina Geral e Familiar menos prescreverem farmacologicamente para as queixas da pessoa. O sexo masculino concorda mais com uma prática médica centrada na pessoa e interação médico doente. Não se verificou diferença em função do grupo etário nem do tipo de unidade de cuidados de saúde primários em que o médico trabalha. Recomenda-se o desenvolvimento de estratégias de combate às razões referidas na tentativa de atingir os objectivos do doente na totalidade.

## **Abstract**

Background: In a previous master's degree in medicine at the Faculty of Medicine of the University of Coimbra, there was a greater disagreement in the specialty of General Practice/Family Medicine to prescribe for the patient's goals when compared to other specialties (Medical and Medico-surgical).

Objective: To find the reasons for less drug-prescription for a person's complaints in General and Family Medicine, assessing the differences by age group, gender and unit of work.

Methodology: Observational population study with anonymized data from an online questionnaire applied in January 2018 to the Experts enrolled in the Regional Section of the Center of the Physicians'. The questionnaire was produced after several phases beginning with a Focus Group to obtain question environments from which a questionnaire was organized to be applied to 32 medical specialists to know of internal consistency, reliability, time of completion and difficulty and perception of questions, thus verifying the number of questions to be asked

Results: A total of 147 responses were obtained, of which 97 were valid, <35 years n = 14 (14.6%), ≥35 and <55 years n = 31 (32.3%) and ≥55 years n = 52 (53.1% ); females n = 48 (49.5%) and UCSP n = 43 (44.3%). The most chosen reasons were "The need to follow "Guidelines" and " Norms for Clinical Guidance " (74.3%); "Want to avoid error" (71.4%) and "Recognize that limited non-pharmacological resources prevent reaching the patient's goals" (70%). For the variable "Sex" questions 1,2 and 3 presented significance (p <0.05), where males have chosen more P1 ("Absence of Person-Centred Medicine training"); P2 ("More rational medical thinking in the disease, rather than in the person") and P3 ("Difficulties in following the shared model of responsibilities").

For the variables "Age group" and "Work place" there was no demonstrated significance.

Discussion: Since there are no other results with which to compare the present ones, there is some degree of agreement with all the reasons in this study, and for three of these the concordance ratio is higher than the others. It may be beneficial to develop strategies to combat these reasons, to promote training in person-centered medicine; to transmit that the error in medicine serves to prevent it from repeating itself; provide more freedom for the general practitioner to choose patient treatment on a case-by-case basis and to increase non-pharmacological resources in health facilities.

Conclusions: Reasons for the behavioral and obligation forum to comply with indicators and standards of the Directorate General for Health seem to be the reasons for the specialists in General and Family Medicine less prescribing pharmacologically for the complaints of the person. The male sex agrees more with a person-centered medical practice and ill medical interaction. There was no difference based on the age group or the type of primary care unit in which the physician works. It is recommended to develop strategies to combat the reasons mentioned in the attempt to reach the patient's goals in full.

## **Introdução.**

O Artigo “Ten commandments for Patient-centred treatment <sup>1</sup>”, publicado no *British Journal of General Practice* em outubro de 2015 explora os princípios básicos da terapêutica centrada no doente ao invés da terapêutica com base em “*End-points*” primários e secundários de patologias. Esta visão ganha ainda maior relevância na presença de multimorbilidade frequentemente associada a polifarmacoterapia.<sup>2</sup>

Em prévio trabalho (segundo dados de autor Pedro Marques em trabalho final de Mestrado integrado em Medicina na faculdade de Medicina da universidade de Coimbra, em 2017, com o título *Central Portugal Doctors’agreement on the “Ten Commandments for Patient-Centred treatment”*) verificou-se que, por especialidade médica, o mandamento 1, “Não terás outro objetivo a não ser o de ajudar os pacientes, de acordo com os objetivos que estes pretendem atingir “ mostra uma maior discordância nos especialistas de MGF, algo surpreendente já que não está consentâneo com a definição europeia de MGF.

Estes resultados implicam pensar na ou nas razões para tal, nomeadamente: “*Especificamente serão razões de conhecimento teórico induzido, necessidade de cumprir guidelines? Pequeno tempo de consulta, que não permita uma relação com compaixão e empatia pelo doente? Outra?*”

## Material e Métodos

Foi realizado estudo populacional observacional com dados anonimizados por respondentes de quem apenas se pretende saber o grupo etário, o sexo e a Unidade de trabalho.

Realizou-se um inicial *Focus Group* para a obtenção de ambientes. Só após a realização deste focus-group é que foram elaboradas quais as matérias a inquirir em questionário específico.

Organizou-se questionário a ser aplicado a 32 médicos especialistas. Desta forma foi possível determinar a consistência interna e a fiabilidade do questionário e verificar o número de questões a colocar.

Realizou-se uma análise fatorial por extração de comunalidades em várias etapas retirando as perguntas que em cada ronda tinham valores inferiores a 0,6 de eigen-value (Tabela 1). Eliminaram-se 5 afirmações aquando da terceira ronda, tendo ficado o questionário com 13.

Estas agruparam-se em 5 fatores que exploram 83,7% da variância (Tabela 2), nomeadamente: F1: “A terapêutica centrada na pessoa”; F2: “Escassa partilha de responsabilidades”; F3: “O custo da prescrição”; F4: “Longitudinalidade de cuidados” e F5: “Confiança no bom uso de medicação pela população” (Tabela 3).

O teste Alfa de Cronbach foi efetuado, verificando-se elevada consistência interna ( $\alpha=0,824$ ).

Para a determinação da sua fiabilidade efetuou-se uma análise entre as respostas em dois tempos distintos e separados por mínimo de 24 horas que mostrou não haver diferenças com significado (Tabela 4).



## Comunalidades

Tabela 1: Método de  
Extração: Análise de  
Componente Principal.

	Inicial	Extração
P1	1,000	,803
P2	1,000	,867
P3	1,000	,792
P5	1,000	,880
P6	1,000	,690
P8	1,000	,868
P9	1,000	,880
P12	1,000	,898
P13	1,000	,868
P14	1,000	,847
P15	1,000	,875
P16	1,000	,759
P18	1,000	,851

Tabela 2: Cálculo da variância

	Total	% variância	de % cumulativa
1	4,594	35,341	35,341
2	1,889	14,533	49,874
3	1,680	12,927	62,800
4	1,535	11,808	74,608
5	1,178	9,061	83,669
6	,686	5,274	88,943
7	,419	3,220	92,163
8	,272	2,089	94,252
9	,252	1,941	96,193
10	,195	1,502	97,695
11	,148	1,138	98,833
12	,118	,908	99,741
13	,034	,259	100,000

Tabela 3: Agrupamento de fatores

	F1	F2	F3	F4	F5
P1	,563				
P2	,511				
P3		,621			
P5				,696	
P6	,574				
P8	,535				
P9			-,637		
P12	,681				
P13	,797				
P14					-,690
P15	,652				
P16	,567				
P18	,581				

Tabela 4: Cálculo da fiabilidade

	<b>P1</b>	<b>P2</b>	<b>P3</b>	<b>P5</b>	<b>P6</b>	<b>P8</b>	<b>P9</b>	<b>P12</b>	<b>P13</b>	<b>P14</b>	<b>P15</b>	<b>P16</b>	<b>P18</b>
<b>U de Mann-Whitney</b>	197,0	212,0	189,0	203,0	211,0	181,5	158,0	229,0	211,50	187,50	175,50	213,5	201,0
<b>Wilcoxon W</b>	407,0	488,0	465,0	413,0	421,0	457,5	434,0	439,0	487,5	463,5	451,5	489,5	411,0
<b>Z</b>	-,845	-,477	-,1232	-,688	-,494	-,1354	-,1923	-,026	-,503	-,1154	-,1480	-,426	-,776
<b>Significância Assint. (Bilateral)</b>	<b>,398</b>	<b>,634</b>	<b>,218</b>	<b>,492</b>	<b>,621</b>	<b>,176</b>	<b>,054</b>	<b>,979</b>	<b>,615</b>	<b>,249</b>	<b>,139</b>	<b>,670</b>	<b>,438</b>

De seguida aplicou-se o questionário (Anexo) aos médicos especialistas em MGF inscritos na Secção regional do Centro da Ordem dos Médicos que, gentilmente se disponibilizou após o parecer positivo da Comissão de Ética da Administração Regional de Saúde do Centro, IP.

O instrumento aplicado é composto por um questionário com escala do tipo Lickert com quatro pontos (discordo totalmente/discordo/concordo/concordo totalmente); plataforma limesurvey e Médicos Especialistas.

Após o envio do questionário, foram feitos 3 lembretes em três semanas consecutivas.

A análise estatística para as variáveis “Sexo” e “Local de trabalho” foi feita com os testes U de Mann-Whitney e Wilcoxon W e a variável “Grupo Etário” foi estudada com o teste Qui quadrado / Kruskal Wallis. Para os fatores o teste escolhido foi o Kruskal Wallis.

## **Resultados**

Num universo de 1600 médicos a população deste estudo foi de 147 e a amostra de 97 (respostas válidas 66%), ou seja, com todas as perguntas do Questionário específico respondidas. A amostra é composta quanto ao grupo etário por <35 anos n=14 (14,6%),  $\geq 35$  e < 55 anos n=31 (32,3%) e  $\geq 55$  anos n= 52 (53,1%), quanto ao sexo por n=48 (49,5%) do sexo feminino e masculino n = 49 (50.5%); quanto ao local de trabalho n=43 (44,3%) em UCSP e n=54 (55,7%) em USF. A análise de confiabilidade pelo teste Alfa de Cronbach é de 0,873.

Na tabela 5 são mostradas as respostas obtidas por pergunta sendo de realçar que as mais respondidas (concordo/concordo totalmente) foram “Exigência de seguir “Guidelines” e “Normas de Orientação Clínica” com 74,3% , “Querer evitar o erro” com 71,4% e “Reconhecer que recursos não-farmacológicos limitados impedem atingir os objectivos do doente” com 70,0% de tais respostas.

Tabela 5: Questionário e percentagens do tipo de resposta a cada questão

Razões para MGF não prescrever para os objetivos da pessoa	Resposta			
	Discordo totalmente			Concordo totalmente
	□	□	□	□
Ausência de formação em Medicina Centrada na Pessoa.	18,6%	30,0%	38,6%	12,9%
	<b>51,5%</b>			
Pensamento médico mais racional na doença, em vez de na pessoa.	5,7%	27,1%	54,3%	11,4%
	<b>65,7%</b>			
Dificuldades na realização do modelo partilhado de responsabilidades.	8,6%	24,3%	58,6%	8,6%
	<b>67,2%</b>			
O longo tempo de seguimento de pessoas.	8,6%	48,6%	34,3%	8,6%
	<b>42,9%</b>			
Querer evitar o erro	8,6 %	20,0%	51,4 %	20,0%
	<b>71,4%</b>			
Exigência de seguir “Guidelines” e “Normas de Orientação Clínica”.	4,3 %	20,0 %	52,9 %	21,4%
	<b>74,3%</b>			
A pressão de cumprir indicadores económicos e outros.	12,9%	22,9 %	34,3 %	30,0%
	<b>64,3%</b>			
O medo de reações adversas a medicação .	8,6 %	35,7%	48,6 %	7,1%
	<b>55,7%</b>			
O medo de reações adversas a medicamentos quando há novidade terapêutica.	8,6 %	22,9 %	52,9%	15,7%
	<b>68,6%</b>			
O receio de que a baixa literacia possa levar à escalada terapêutica.	4,3%	34,3 %	45,7%	14,3%
	<b>60,0%</b>			
Reconhecer que recursos não-farmacológicos limitados impedem atingir os objetivos do doente.	2,9%	25,7%	61,4 %	8,6%
	<b>70%</b>			
Recear que as necessidades criadas saúde não tenham significado real.	5,7%	30,0%	54,3%	10,0%
	<b>64,3%</b>			
Recear que as expectativas geradas, em saúde não tenham significado real.	4,3%	25,7%	55,7 %	12,9%
	<b>68,6%</b>			

Calculou-se também a significância segundo as variáveis em estudo (grupo etário, local de trabalho e sexo). Para este cálculo foram utilizados testes não paramétricos porque a distribuição das variáveis “Local de trabalho” (Tabela 6) e “Sexo” (Tabela 7) não era normal e a variável “Grupo etário” (Tabela 8) continha uma amostra de tipo ordinal.

Nas estatísticas de teste em que a variável de agrupamento era o “Sexo” e “Local de trabalho” foram utilizados os testes U de Mann-Whitney e Wilcoxon W; sendo que para a variável “Grupo Etário” foi utilizado o teste Qui quadrado / Kruskal Wallis.

#### Estatísticas de teste<sup>a</sup>

Tabela 6: Estatísticas de teste com a variável “Local de trabalho”

	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13
Significância	,690	,581	,511	,797	,442	,499	,601	,726	,812	,413	,931	,638	,647
Assint. (Bilateral)													

a. Variável de Agrupamento: UCCSP

#### Estatísticas de teste<sup>a</sup>

Tabela 7: Estatísticas de teste com a variável “Sexo”

	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13
Significância	<b>,043</b>	<b>,002</b>	<b>,032</b>	,699	,257	,316	,309	,707	,612	,759	,551	,753	,222
Assint. (Bilateral)													

U Mann-whitney a. Variável de Agrupamento: Sexo

### Estatísticas de teste<sup>a,b</sup>

Tabela 8: Estatísticas de teste com a variável “Grupo etário”

	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13
Qui- quadrado	2,078	1,375	1,630	,670	3,239	,121	,815	,194	,914	,220	2,141	4,807	,435
Gl	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
Significância Assint.	,354	,503	,443	,715	,198	,941	,665	,907	,633	,896	,343	,090	,804

a. Teste Kruskal Wallis

b. Variável de Agrupamento: GrEt

Para a variável “Sexo” apenas as três primeiras questões apresentaram significância ( $p < 0,05$ ): tendo o sexo masculino escolhido mais P1 (Ausência de formação em Medicina Centrada na Pessoa); P2 (Pensamento médico mais racional na doença, em vez de na pessoa) e P3 (Dificuldades na realização do modelo partilhado de responsabilidades). Criou-se uma tabela para análise descritiva das percentagens das respostas nestas três questões (Tabela 9).

Para as variáveis “Grupo Etário” e “Local de trabalho” não houve significância demonstrada.



Tabela 9: Perguntas que obtiveram significância e respectivas percentagens por sexo

Sexo	Discordo totalmente		Discordo		Concordo		Concordo totalmente	
	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀
P1- Ausência de formação em Medicina Centrada na Pessoa.*	8,3%	27,3%	27,8%	33,3%	50,0%	7,3%	13,9%	12,1%
P2- Pensamento médico mais racional na doença, em vez de na pessoa.**	2,9%	6,1%	14,3%	42,4%	62,9%	48,5%	20,0%	3,0%
P3- Dificuldades na realização do modelo partilhado de responsabilidades***	5,6%	9,1%	13,9%	36,4%	69,4%	48,5%	11,1%	6,1%

\*p=0,043; \*\*p=0,002; \*\*\*p=0,032

P1- % (concordo + concordo totalmente): ♂ = **63,9%** e ♀ = 39,4%

P2- % (concordo + concordo totalmente): ♂ = **82,9%** e ♀ = 51,5%

P3- % (concordo + concordo totalmente): ♂ = **80,5%** e ♀ = 54,6%

## **Discussão.**

O objetivo deste estudo era perceber e estudar as razões para os especialistas em Medicina Geral e Familiar menos prescreverem farmacologicamente para as queixas da pessoa.

Pontos positivos deste trabalho são o facto de este ser um estudo pioneiro em Portugal e tratar de uma temática atual.

Como pontos negativos é necessário referir o seu contexto regional no centro de Portugal e que o tamanho da amostra (N=97) é curta.

De forma a tornar o questionário mais simples e curto foram avaliadas as variáveis Sexo, Grupo etário e local de trabalho.

Na análise pelas variáveis “Grupo Etário” e “Local de trabalho” não houve significância demonstrada.

Em relação à variável sexo verificou-se que o sexo masculino concorda mais com uma prática médica centrada na pessoa e na interação médico doente, em P1, P2 e P3 (♂= **63,9%** vs ♀= 39,4%; ♂= **82,9%** vs ♀= 51,5% e ♂= **80,5%** vs ♀= 54,6% respetivamente). Estes dados corroboram a ideia de que “The most significant factor to influence prescribing behaviour was the physician's patient relation approach <sup>3</sup>”.

Achou-se pertinente comparar as razões do questionário mais escolhidas em relação à informação de literatura existente.

No que toca a P6 ” Exigência de seguir “Guidelines” e “Normas de Orientação Clínica”, é perceptível que esta seja uma das maiores dificuldades com que o médico de MGF se depara, tendo em conta que estas são extensas e detalhadas, como é o caso das

seguintes doenças: Hipertensão Arterial; Diabetes Mellitus; Asma e Hipertrofia Benigna da Próstata <sup>14-17</sup>. Por outro lado e aparentemente contraditando esta ideia é referido no artigo *Ten Commandments for the resilient practitioner* no mandamento 4, “You are not obliged to impose unwanted but ‘recommended’ health promotion or apply ‘the evidence base’ without considering whether it is appropriate for this patient at this time <sup>12</sup>”. Assim parece ser necessário que os médicos percebam se as Normas são instrumento a seguir obrigatoriamente e cegamente ou se são apenas indicadores para o melhor manuseio de situações individuais.

Quanto a P5 “Querer evitar o erro “é também mencionada em “Thou shalt not be too hard on thyself when thou make the mistakes, as long as thou learneth something from them <sup>12</sup>” e que “It is inevitable with the volume of patient contacts, short consultation times, and workload pressure that sometimes you will get things wrong <sup>12</sup>”, demonstrando a pressão que o médico MGF sofre em seguir as normas que lhe são impostas.

Em relação a P11 “Reconhecer que recursos não-farmacológicos limitados impedem atingir os objetivos do doente” colocou-se a seguinte hipótese em outro artigo “We put forward the hypothesis that the active patients in the largest patient loads may be under-diagnosed or undertreated for certain disorders...<sup>6</sup>”, refletindo um número limitado de meios de diagnóstico e tratamento nos centros de saúde, que impede que o doente atinja os seus objetivos. As respostas obtidas podem significar que os médicos não têm controlo no seguimento dos seus doentes no que toca a alterações do estilo de vida (alimentação, actividade física e higiene).

As perguntas acima parecem explicar a menor prescrição direcionada para as queixas da pessoa na área da MGF. A exploração de outras é de forma semelhante importante, excetuando-se P4 “O longo tempo de seguimento de pessoas.”, característica da MGF.

Carecem de posteriores estudos para melhor conhecimento das razões de resposta como P9 “O medo de reações adversas a medicamentos quando há novidade terapêutica”.

A Medicina Centrada na Pessoa é um método clínico que sendo praticada pelos profissionais de saúde em geral, serve de base para cuidados de alta qualidade interpessoal, “Patient-centered care is widely acknowledged as a core value in family Medicine <sup>13</sup>”, tendo sido por isso mencionada neste estudo verificando-se que P2 “Pensamento médico mais racional na doença, em vez de na pessoa” é inevitavelmente um obstáculo para uma prática médica que pretenda atingir os objetivos do doente, como vimos anteriormente<sup>3</sup>. Por outro lado o seu benefício é comprovado “improved health status and increased the efficiency of care by reducing diagnostic tests and referrals <sup>8</sup>”.

A implementação da Medicina Centrada na Pessoa pode ajudar em P3 “Dificuldades na realização do modelo partilhado de responsabilidades” já que “A medicina centrada no paciente pode resultar num melhor conhecimento deste, uma maior confiança...”<sup>9</sup> e “Patient loyalty is based mainly on trust <sup>10</sup>”, fazendo com que o acordo criado entre o médico e o doente seja cumprido de uma forma mais eficaz. Todas estas razões refletem a importância da formação do médico de MGF em medicina centrada na pessoa melhorando P1 “Ausência de formação em Medicina Centrada na Pessoa”.

P7 “A pressão de cumprir indicadores económicos e outros” é reforçada em “Drug choice is a regulated process in the realm of complex prescribing behaviour with drug costs as a major factor <sup>7</sup>” assim como em “Time and space were limitations for GPs' tasks <sup>5</sup>”, sendo outros dos indicadores que pressionam o médico de MGF. Este encontra-se na necessidade de cumprir indicadores financeiros para reduzir o encargo com a medicação.

Apesar da Medicina Baseada na Evidência (MBE) se proclamar como uma das bases para uma prescrição racional, esta apresenta inúmeros desafios. Ao correlacioná-los com o tema deste trabalho reparou-se que existem semelhanças: “...presence of disease-drug and drug-drug interactions...<sup>4</sup>” vs P8 “O medo de reacções adversas a medicação”; e “marketing and promotional activity ...<sup>4</sup>” vs P10 “O receio de que a baixa literacia possa levar à escalada terapêutica”.

As questões P12 “Recear que as necessidades criadas em saúde não tenham significado real” e P13 “Recear que as expectativas geradas, em saúde não tenham significado real” são reforçadas num artigo onde consta “One GP recounted how they had an obligation to offer patients an appointment within a specified period of time, but questioned this necessity when patients often turn up with only routine issues <sup>11</sup>”, reflectindo as exigências dos doentes que geram um ambiente clínico de *stress*.

Parece assim que o especialista em Medicina Geral e familiar começa a ficar subjogado quer a ditames legais, quer científicos, originados em gestão da doença em vez das pessoas, que sofrem na maior parte das vezes de vários problemas crónicos. Esta gestão é a mais complicada da prática médica pois é influenciada por indicadores e pela expectativa de quem consulta o médico, que apenas é medida consoante as consequências em saúde.

Pode ser benéfico desenvolver estratégias de combate às razões referidas, promover formação em medicina baseada na pessoa; transmitir que o erro em medicina serve para evitar que este se repita; oferecer mais liberdade ao médico de MGF quanto à escolha do tratamento para o doente caso a caso e incrementar recursos não-farmacológicos nos centros de saúde.

**Conclusões:**

Existe algum grau de concordância com todas as razões neste estudo, sendo que para as questões 5, 6 e 11 a proporção de concordância é superior relativamente às restantes.

Verificou-se que o sexo masculino concorda mais com uma prática médica centrada na pessoa e interação médico doente.

Recomenda-se o desenvolvimento de estratégias de combate às razões referidas, com o intuito de nos aproximarmos cada vez mais de um modelo de perfeição onde o médico de Medicina Geral e Familiar conseguiria concretizar todas as necessidades do doente.

## **Bibliografia**

1. Lehman R, Tejani AM, McCormack J, Perry T, Yudkin JS. Ten Commandments for patient-centred treatment. *Br J Gen Pract.* 2015;65(639):532–3.
2. Prazeres F, Santiago LM, Simões JA. Defining Multimorbidity: From English to Portuguese Using a Delphi Technique. *Biomed Res Int.* 2015;2015:965025. doi: 10.1155/2015/965025
3. Rahmner PB, Gustafsson LI, Larsson J, Rosenqvist U, Tomson G, Holmström I. Variations in understanding the drug-prescribing process: A qualitative study among Swedish GPs. *Fam Pract.* 2009;26(2):121–7.
4. Mamdani M, Ching A, Golden B, Melo M, Menzefricke U. Challenges to evidence-based prescribing in clinical practice. *Ann Pharmacother.* 2008;42(5):704–7.
5. Skoglund I, Segesten K, Björkelund C. GPs' thoughts on prescribing medication and evidence-based knowledge: The benefit aspect is a strong motivator. *Scand J Prim Health Care.* 2007;25(2):98–104.
6. Miñana JS, Pérez MC, Brotóns JLB. Tamaño del cupo e importe, intensidad y calidad de la prescripción de los médicos de familia. *Aten Primaria.* 2011;43(2):69–81.
7. Buusman A, Andersen M, Merrild C, Elverdam B. Factors influencing GPs' choice between drugs in a therapeutic drug group. A qualitative study. *Scand J Prim Health Care.* 2007;25(4):208–13.
8. Oates J, Weston WW, Jordan J. The impact of patient-centered care on outcomes. *J Fam Pract.* 2000;49(9):796–804.

9. Pires P. Medicina centrada no paciente: melhor qualidade com menores custos. *Rev Port Clínica Geral*. 2011;27(5):482–6.
10. Gérard L, De Chefdebien M, Jami A, François M, Saint-Lary O. The patient, the doctor, and the patient’s loyalty: A qualitative study in French general practice. *Br J Gen Pract*. 2016;66(652):e810–8.
11. Slight SP, Howard R, Ghaleb M, Barber N, Franklin BD, Avery AJ. The causes of prescribing errors in English general practices: A qualitative study. *Br J Gen Pract*. 2013;63(615):713–20.
12. Tobin S, Maskrey N. Out of hours ten commandments for the resilient practitioner. *Br J Gen Pract*. 2016;66(651):528–9.
13. Hudon C, Fortin M. Measuring patients’ perceptions of patient-centered care: a systematic review of tools for family medicine. ... *Fam Med* [Internet]. 2011;155–64. Available from: <http://www.annfammed.org/content/9/2/155.short>
14. Direção Geral de Saúde. “Abordagem Terapêutica da Hipertensão Arterial” Available at <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0262011-de-29092011-atualizada-a-19032013.aspx> accessed the 16th October 2016
15. Direção Geral de Saúde. “Abordagem Terapêutica Farmacológica na Diabetes Mellitus Tipo 2 no Adulto” Available at <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0522011-de-27122011-atualizada-a-30072013.aspx> accessed the 16th October 2016
16. Direção Geral de Saúde. “Abordagem e controlo da asma” Available at <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n->



0162011-de-27092011-atualizada-a-14062012.aspx accessed the 16th October 2016

17. Direção Geral de Saúde. “Abordagem Terapêutica Farmacológica da Hipertrofia Benigna da Próstata” Available at <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0482011-de-26122011.aspx>. accessed the 16th October 2016

## **Anexo**

Agradecemos a sua disponibilidade para a realização deste pequeno questionário cujo preenchimento demora 4 minutos, num trabalho para esclarecer as respostas a anterior inquérito acerca das **“Razões para a MGF menos prescrever farmacologicamente para as queixas da pessoa?”**

O Artigo “Ten commandments for Patient-centred treatment”<sup>1</sup> – explora os princípios básicos da prescrição farmacológica centrada no doente. Esta visão ganha uma ainda maior relevância na presença de multimorbilidade frequentemente associada a polifarmacoterapia. E em prévio trabalho verificou-se que, para o “mandamento 1 - Não terá outro objetivo a não ser o de ajudar os pacientes, de acordo com os objetivos que estes pretendem atingir”, há significativa maior discordância dos médicos de MGF em comparação com outras especialidades médicas e médico-cirúrgicas.

Estes resultados implicam o obter as razões para tal pelo que organizámos este questionário após auscultação de especialistas em MGF. O questionário foi alvo de verificação de consistência interna e de fiabilidade e, com o apoio da Secção Regional do Centro, é agora aplicado numa perspetiva de desenvolvimento profissional contínuo aos médicos especialistas de MGF da região centro.

O consentimento informado para a resposta será entendido como positivo caso responda ao questionário.

1 - British Journal of General Practice. 2015;65(639):532-533.

Caso tenha alguma dúvida sobre o questionário ou no preenchimento do mesmo, pode enviar um email para [andrebernardes93@gmail.com](mailto:andrebernardes93@gmail.com).

Obrigado pela sua colaboração

### Questionário Epidemiológico:

<b>Grupo Etário</b>	<35	≥ 35 e < 55	≥ 55 anos
<b>Sexo</b>	Masculino	Feminino	
<b>Unidade de Trabalho</b>	USF	UCSP	

<b>Razões para MGF não prescrever para os objectivos da pessoa</b>	<b>Resposta</b>			
	<b>Discordo totalmente</b>			<b>Concordo totalmente</b>
Ausência de formação em Medicina Centrada na Pessoa.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pensamento médico mais racional na doença, em vez de na pessoa.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dificuldades na realização do modelo partilhado de responsabilidades.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O longo tempo de seguimento de pessoas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Querer evitar o erro..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Exigência de seguir “uidelines” e “Normas de Orientação Clínica”.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A pressão de cumprir indicadores económicos e outros.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O medo de reacções adversas a medicação .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O medo de reacções adversas a medicamentos quando há novidade terapêutica.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O receio de que a baixa literacia possa levar à escalada terapêutica.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reconhecer que recursos não-farmacológicos limitados impedem atingir os objectivos do doente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Recear que as necessidades criadas saúde não tenham significado real.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Recear que as expectativas geradas, em saúde não tenham significado real.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>