

• U C •

FMUC FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE DE COIMBRA

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA – TRABALHO FINAL

TELMO JOSÉ MARTINS CORTINHAL

***GESTÃO DA MULTIMORBILIDADE E PERCEÇÃO DA EMPATIA
MÉDICA EM MEDICINA GERAL E FAMILIAR***

ARTIGO CIENTÍFICO

ÁREA CIENTÍFICA DE MEDICINA GERAL E FAMILIAR

Trabalho realizado sob a orientação de:

PROFESSOR DOUTOR LUIZ MIGUEL DE MENDONÇA SOARES SANTIAGO

NOVEMBRO/2018

Gestão da multimorbilidade e perceção da empatia médica em Medicina Geral e Familiar

Telmo José Martins Cortinhal ¹

Professor Doutor Luiz Miguel de Mendonça Soares Santiago ²

¹ Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra, Portugal

telmojc@gmail.com

² Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra, Portugal

luizmiguel.santiago@gmail.com

Índice

Lista de Abreviaturas	5
Resumo	6
Abstract	8
Introdução	10
Materiais e Métodos	12
Processo de construção e verificação da confiabilidade do SoGeMM-MGF	12
Desenho do estudo.....	12
População e amostra	13
Instrumentos.....	13
Recolha de dados.....	14
Análise de dados	14
Resultados	15
Parte 1 – Processo de verificação da confiabilidade do SoGeMM-MGF	15
Caracterização da amostra	15
Análise de consistência interna global.....	16
Resposta às questões do SoGeMM-MGF nos 2 tempos de aplicação	16
Parte 2 – Estudo de campo.....	19
Caracterização da amostra	19
Resultados do SoGeMM-MGF	20
Resultados do JSPE-vP	22
Caracterização dos inquiridos simultaneamente menos empáticos e mais sobrecarregados	24
Correlação entre a empatia avaliada no médico e a sobrecarga com a gestão da multimorbilidade	25
Discussão	26
Conclusão	30
Agradecimentos	31
Referências Bibliográficas	32

Anexos	35
Anexo I - Questionário de Empatia para Médicos (JSPE-vP)	35
Anexo II - Questionário de Avaliação da Sobrecarga da Gestão da Multimorbidade em Medicina Geral e Familiar (SoGeMM-MGF)	37
Anexo III – Autorização da Comissão de Ética da ARS do Centro para a realização do estudo.....	43

Lista de abreviaturas

ARS – Administração Regional de Saúde

JSPE- Jefferson Scale of Physician Empathy

JSPE-vP- Questionário de Empatia para Médicos

MGF- Medicina Geral e Familiar

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

UCSP- Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

USF- Unidade de Saúde Familiar

Resumo

Introdução: A multimorbilidade é comum nos adultos portugueses e associa-se a piores consequências em saúde, porém a sua gestão adequada tem benefício para o doente ainda que exija carga de trabalho adicional para o médico assistente. A empatia é um elemento chave da relação médico-doente e a perceção positiva da sua presença associa-se a melhores consequências em saúde. Menores níveis de empatia foram encontrados em médicos com maiores taxas de esgotamento profissional. O presente estudo visa determinar se existe correlação entre o grau de sobrecarga dos médicos de família com a gestão de doentes com multimorbilidade e os níveis de empatia avaliados nos mesmos.

Materiais e Métodos: O Questionário de Avaliação da Sobrecarga da Gestão da Multimorbilidade em Medicina Geral e Familiar (SoGeMM-MGF) foi desenvolvido por Filipe Prazeres, adotando o formato de um instrumento pré-existente. Foi aplicado a 32 médicos em 2 tempos, no seu local de trabalho, para verificação da confiabilidade.

Realizou-se um estudo observacional e transversal, com aplicação do Questionário de Empatia para Médicos (JSPE-vP) e SoGeMM-MGF a um total de 131 médicos, durante setembro e outubro de 2018. O convite de participação foi enviado por correio eletrónico e processou-se por via informática o envio e recolha dos questionários. Os dados foram estudados por estatística descritiva e inferencial.

Resultados: Relativamente ao estudo da fiabilidade do SoGeMM-MGF foi determinado um valor de Alfa de Cronbach superior a 0,8 em ambos tempos de aplicação. No estudo de campo foi obtida uma amostra de 131 médicos, sendo 70 do sexo feminino e registou-se uma idade mediana de 50 anos. O valor médio do SoGeMM-MGF foi de 79,08, tendo-se dividido a amostra em indivíduos “Mais Sobrecarregados” ($>P50$) e “Menos Sobrecarregados” ($\leq P50$), correspondendo o primeiro grupo a 45% da amostra. Em relação ao JSPE-vP, obteve-se um valor médio de 75,66, sendo a amostra dividida em indivíduos “Mais empáticos” ($>P50$) e “Menos empáticos” ($\leq P50$), correspondendo o segundo grupo a 53,4% da amostra. A correlação de Spearman calculada entre os resultados do SoGeMM-MGF e JSPE-vP ($P=0,496$; $\rho=-0,060$) indica uma correlação negativa, fraca e estatisticamente não significativa.

Discussão: Os resultados do estudo de fiabilidade do SoGeMM-MGF permitiram concluir o processo de validação e fazer uso deste no estudo de campo. A pontuação média obtida no JSPE-vP é inferior ao relatado na literatura, dado que merece exploração adicional em investigações futuras. A ausência de correlação significativa entre o grau de sobrecarga dos médicos com a gestão de doentes com multimorbilidade e os níveis de empatia medidos nos

mesmos poderá ter múltiplas explicações. Existe, no entanto, margem para trabalhar a empatia com intervenções formativas com potencial benefício para médicos e doentes.

Conclusão: Os objetivos inicialmente propostos para este estudo foram cumpridos. Não foi encontrada correlação significativa entre as pontuações do SoGeMM-MGF e JSPE-vP, porém recomenda-se a realização de estudos futuros com amostras mais representativas da generalidade dos médicos de família Portugueses.

Palavras-chave: Multimorbilidade, Empatia, Medicina Geral, Medicina Familiar, Relações Médico-Paciente

Abstract

Background: Multimorbidity is a common condition in the adult Portuguese population and it is associated with worse clinical outcomes, however there is evidence that its proper management is beneficial to the patient, though it may require additional workload for the physician. Empathy is a key element of the doctor-patient relationship and positive perception of its presence is associated with better clinical outcomes. Higher rates of physician burnout were correlated with lower physician reported empathy. The goal of this study is to determine if a correlation exists between the degree of overburdening of general practitioners with the management of multimorbid patients and the level of self-reported empathy measured in these physicians.

Materials and Methods: The scale: “Questionário de Avaliação da Sobrecarga da Gestão da Multimorbilidade em Medicina Geral e Familiar” (SoGeMM-MGF) was developed by Filipe Prazeres and it uses the format of a preexisting instrument. It was applied to 32 doctors in two different instances, in their work place, for verification of reliability.

An observational, cross-sectional study was conducted. 131 doctors responded to the Portuguese version of the Jefferson Scale of Physician Empathy (JSPE-vP) and SoGeMM-MGF questionnaires, during September and October of 2018. An e-mail invitation was sent to the participants and filled-out questionnaires were retrieved using an online server. The data was analyzed using descriptive and inferential statistics.

Results: Regarding the reliability of SoGeMM-MGF a Cronbach's alpha value was determined, being higher than 0,8 for both applications of the questionnaire. The field study obtained a sample of 131 doctors. The median age of the subjects was 50 years and 70 were female. The mean SoGeMM-MGF score was 79,08, and the sample was divided into “More Overburdened” ($>P50$) and “Less Overburdened” ($\leq P50$) individuals. The first group represented 45% of the sample. As for the JSPE-vP, a mean score of 75,66 was obtained, and the sample was divided into “More Empathic” ($>P50$) and “Less Empathic” ($\leq P50$) individuals. The second group represented 53,4% of the sample. The Spearman correlation calculated between both the SoGeMM-MGF and JSPE-vP scores ($P=0,496$; $\rho=-0,060$) represents a negative, weak and statistically insignificant correlation.

Discussion: The results of the analysis of reliability for the SoGeMM-MGF questionnaire allowed the use of this instrument in the field study. The mean score for JSPE-vP was lower than previously reported, which is deserving of additional investigation in future studies. The absence of significant correlation between the level of self-reported empathy measured in the doctors responsible for multimorbid patients and their respective overburdening with the

management of these patients may have multiple explanations. In this context, it is important to mention that there is room to improve medical empathy via educational interventions with potential benefit to both doctors and patients.

Conclusion: The initially proposed goals for this study were accomplished. No significant correlation was found between SoGeMM-MGF and JSPE-vP scores. Further studies should require a sample which better represents the average Portuguese general practitioner.

Keywords: Multimorbidity, Empathy, General Practice, Family Practice, Physician-Patient Relations

Introdução

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”.¹ É uma condição comum nos adultos portugueses que frequentam consultas de Medicina Geral e Familiar (MGF), sendo mais prevalente nos doentes mais idosos.² Tendo em conta o envelhecimento da população portuguesa,³ será de esperar um aumento do número de doentes com esta condição no futuro.

A presença de multimorbilidade está associada a maior utilização dos serviços de cuidados de saúde, aumento do custo associado ao tratamento dos doentes,⁴ aumento da mortalidade e pior qualidade de vida.⁵ No entanto, neste particular grupo de doentes, os que mantêm contacto regular com “clínicos gerais” têm menor risco de hospitalização quando comparados com doentes que não têm acesso a este tipo de cuidados,⁶ dado que sublinha a importância de uma adequada gestão do doente com multimorbilidade no contexto dos cuidados de saúde primários.

Neste contexto é importante a ação dos médicos internos e especialistas em Medicina Geral e Familiar, tendo em conta não só os seus conhecimentos técnicos e científicos, mas também a sua capacidade de manter uma boa relação médico-doente no sentido de permitir uma melhor gestão do doente com multimorbilidade.

A construção de uma boa relação médico-doente é considerada como um aspeto central da prática clínica.⁷ De facto, existe evidência que associa a sua presença a melhores consequências em saúde.⁸ Para estabelecer esta relação é necessário da parte do médico um conjunto de competências, entre as quais se destaca a empatia médica.⁷

A empatia é definida como um atributo predominantemente cognitivo, que envolve a compreensão das experiências, preocupações e perspetiva do doente, associado à capacidade de transmitir essa compreensão.⁹ Estudos demonstraram correlação entre a perceção positiva da empatia médica por parte do doente e redução da severidade e duração dos sintomas de doença,¹⁰ diminuição da ansiedade sentida pelo doente e melhores consequências em saúde.¹¹ Na perspetiva do médico foi demonstrada correlação entre maiores taxas de esgotamento profissional e menores níveis de empatia.¹²

De modo a avaliar a empatia, Hojat e colaboradores desenvolveram o questionário *Jefferson Scale of Physician Empathy (JSPE)*¹³ que mede a empatia percebida pelo próprio médico. Uma versão modificada deste questionário foi posteriormente traduzida e validada em adaptação portuguesa por Aguiar et al,⁷ sendo designada por Questionário de Empatia para Médicos (JSPE-vP).

Apesar da já extensa investigação que a empatia médica tem vindo a ser alvo e da crescente atenção dos investigadores para a necessidade de estudo da temática da multimorbilidade e sua gestão, verifica-se que é escassa a literatura científica que relacione estes dois aspetos. Recentemente um estudo concluiu que quando comparados doentes com multimorbilidade e doentes sem esta condição, os primeiros percecionam os seus médicos como sendo mais empáticos.¹⁴

A investigação científica sobre a perspetiva médica da gestão da multimorbilidade encontra-se ainda numa fase precoce. Os estudos pioneiros nesta temática integraram procedimentos de natureza qualitativa, fazendo uso de “*Focus groups*” compostos por médicos que consideram a gestão destes doentes ser exigente, complexa e associada a maior carga de trabalho.¹⁵⁻¹⁷ Tendo este dado em conta e sabendo que maiores taxas de esgotamento profissional estão associadas a menores níveis de empatia, coloca-se a hipótese que a maior sobrecarga dos médicos com a gestão de doentes com multimorbilidade se correlacione com menores níveis de empatia avaliados nos mesmos.

É importante referir a inexistência de um instrumento validado que permita avaliar, em contexto da realidade portuguesa, o grau de sobrecarga do médico assistente com a gestão de doentes com multimorbilidade. Neste sentido, Filipe Prazeres e colaboradores desenvolveram o Questionário de Avaliação da Sobrecarga da Gestão da Multimorbilidade em Medicina Geral e Familiar (SoGeMM-MGF). O presente estudo pretende englobar uma das fases de validação desta escala e verificar a sua fiabilidade.

Assim, o objetivo deste estudo é perceber se existe correlação entre o grau de sobrecarga com a gestão de doentes com multimorbilidade avaliado nos médicos especialistas em Medicina Geral e Familiar e os níveis de empatia médica medidos nos mesmos em função da sua auto-perceção. Para isso foram utilizados os questionários SoGeMM-MGF e JSPE-vP.

Materiais e Métodos

Processo de construção e verificação da confiabilidade do SoGeMM-MGF

O Questionário de Avaliação da Sobrecarga da Gestão da Multimorbidade em MGF (SoGeMM-MGF) foi desenvolvido pelo Doutor Filipe Prazeres e colaboradores, o seguinte excerto é da sua autoria e explica o processo de construção do questionário.

“Tendo em conta o objetivo da presente investigação, procedeu-se à construção do Questionário de Avaliação da Sobrecarga da Gestão da Multimorbidade em MGF (SoGeMM-MGF). À semelhança de estudos anteriores nos quais o formato do instrumento foi inspirado em questionários previamente existentes,¹⁸ o SoGeMM-MGF adotou o formato quantitativo do instrumento de Bandeira et al.¹⁹ Não obstante, as áreas de sobrecarga a avaliar não correspondem às identificadas por Bandeira et al pois foram incluídas as anteriormente identificadas no estudo de Prazeres & Santiago,¹⁵ bem como na revisão da literatura. Posteriormente, o questionário foi submetido à avaliação por consenso através de um “*focus group*” realizado com 10 médicos de Medicina Geral e Familiar (6 médicos especialistas e 4 médicos internos). A participação foi voluntária e teve a duração de cerca de 2 horas. Não existiu a necessidade de eliminar questões. Foram acrescentadas 4 questões consideradas importantes ao contexto prático do médico de família.”

A verificação da fiabilidade do questionário foi efetuada durante o mês de março de 2018, com a aplicação do questionário a um conjunto de 32 médicos especialistas em MGF. Após pedido de autorização oral para realização do estudo ao coordenador de cada USF/UCSP, foi solicitada pessoalmente a participação dos médicos no seu local de trabalho. Estes responderam ao questionário em dois tempos, num formato pré-teste e reteste, sendo a primeira vez de forma escrita pelos próprios e subsequentemente por via oral, sendo as respostas registadas pelo investigador. O intervalo entre aplicações do questionário foi sempre de pelo menos um dia.

Desenho do estudo

Realizou-se um estudo observacional e transversal, numa amostra de tamanho representativo da população em estudo. Foram aplicados dois questionários, JSPE-vP e o SoGeMM-MGF, após processo de verificação de fiabilidade.

O processo de recolha de dados decorreu entre os meses de setembro e outubro de 2018 por via de correio eletrónico, com o apoio informático da Secção Regional do Centro da Ordem dos Médicos.

População e Amostra

A população em estudo inclui os médicos especialistas e internos de formação específica em Medicina Geral e Familiar que exercem a sua atividade em Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) e Unidades de Saúde Familiar (USF) pertencentes a Agrupamentos de Centros de Saúde sob gestão da Administração Regional de Saúde do Centro (ARS do Centro) e que se encontram inscritos na Secção Regional do Centro da Ordem dos Médicos. Esta população corresponde a um total de 1422 médicos segundo dados do Serviço Nacional de Saúde.

De modo a representar a população supracitada, para um intervalo de confiança de 95% e margem de erro de 10%, foi calculado ser necessária uma amostra de 91 médicos. Foi estudada uma amostra total de 131 médicos, que durante os meses de setembro e outubro de 2018 responderam a ambos os questionários.

Instrumentos

De modo a avaliar os níveis de empatia médica em função da sua auto-perceção nos médicos inquiridos foi utilizado o questionário JSPE-vP (Anexo I), que se encontra validado para a realidade Portuguesa.⁷ Trata-se de uma escala de auto-relato, composta por 20 itens, cujas respostas variam numa escala tipo Lickert com 7 possíveis pontuações, sendo 1 correspondente a “Discordo fortemente” e 7 a “Concordo fortemente”. Existem 10 itens que exigem recodificação inversa devido a serem formulados na negativa. A empatia médica será tanto maior quanto maior for o somatório das respostas de todos os itens, com um valor máximo de 140 pontos.⁷

Para avaliar o grau de sobrecarga do médico com a gestão de doentes com multimorbilidade foi utilizado o questionário SoGeMM-MGF (Anexo II). Este inclui 23 itens, cujas respostas variam numa escala tipo Lickert com 5 possíveis pontuações, em que 1 corresponde a “Nada” ou “Nunca” e 5 a “Extremamente” ou “Sempre”. Esta escala encontra-se invertida em 7 itens. O grau de sobrecarga do médico com a gestão da multimorbilidade será tanto maior quanto maior for o somatório das respostas de todos os itens, num máximo de 115 pontos. Adicionalmente este questionário inclui um conjunto de 10 perguntas de caracterização dos médicos inquiridos: Idade; Sexo; Estado civil; Local de trabalho; Familiaridade do termo multimorbilidade; Anos de trabalho com doentes com multimorbilidade; Frequência de curso específico sobre multimorbilidade; Número médio de consultas que realiza por semana; Número médio de consultas realizadas por semana a doentes com multimorbilidade; Proporção de doentes com multimorbilidade no seu ficheiro.

Recolha de dados

Previamente à recolha de dados foi requerida e obtida autorização, para a realização do projeto de investigação, da parte da Comissão de Ética da Administração Regional de Saúde do Centro (Anexo III).

A Secção Regional do Centro da Ordem dos Médicos enviou um convite de participação na investigação por correio eletrónico para 511 médicos especialistas e internos de formação específica em Medicina Geral e Familiar. Os 131 médicos que aceitaram participar na investigação acederam a uma ligação informática para o servidor onde se encontravam os questionários, sendo a recolha das respostas automática após o preenchimento e submissão, considerando-se consentimento informado a resposta obtida. Foi garantido o anonimato, confidencialidade e sigilo dos participantes.

Análise de dados

A análise estatística dos dados foi realizada utilizando o programa informático *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)*. Realizou-se estatística descritiva e inferencial segundo a distribuição da normalidade dos dados. Definiu-se como estatisticamente significativo um valor de $p < 0,05$.

Relativamente á análise descritiva dos dados, as variáveis qualitativas foram descritas fazendo uso de tabelas de frequências e as variáveis quantitativas segundo medidas de tendência central e dispersão.

A estatística de confiabilidade do instrumento SoGeMM-MGF foi determinada pelo teste de Alfa de Cronbach. O teste de Kolmogorov-Smirnov foi o escolhido para avaliar a normalidade da distribuição dos dados e escolher o teste mais apropriado para determinar correlação entre variáveis (Correlação de Pearson para dados com distribuição normal e correlação de Spearman para os restantes). Devido à ausência de distribuição normal das respostas ao SoGeMM-MGF e JSPE-vP, foram utilizados os testes não paramétricos U de Mann Whitney e Kruskal-Wallis para comparação da pontuação obtida nestes com as variáveis caracterizadoras da amostra.

Resultados

Parte 1 – Processo de verificação da confiabilidade do SoGeMM-MGF

Caracterização da amostra

Foi estudada uma amostra de 32 médicos especialistas em MGF, tendo uma idade mediana de 54 anos e sendo na sua maioria (65,6%) mulheres. A tabela I representa a caracterização sociodemográfica da amostra segundo a idade, sexo, estado civil e local de trabalho.

Tabela I – Caracterização sociodemográfica da amostra

Variável		N (%)
Idade	≤54 anos	17 (53,1)
	>54 anos	15 (46,9)
Sexo	Feminino	21 (65,6)
	Masculino	11 (34,4)
Estado Civil	Solteiro	7 (21,9)
	Casado ou com companheiro/a	21 (65,6)
	Divorciado	4 (12,5)
Local de trabalho	UCSP	10 (31,3)
	USF A	5 (15,6)
	USF B	17 (53,1)

UCSP – Unidade de cuidados de saúde personalizados; USF- Unidade de saúde familiar;

A tabela II caracteriza a amostra em relação a questões específicas do trabalho com doentes com multimorbidade e conhecimento desta condição, incluindo a frequência de cursos específicos.

Verifica-se que todos os médicos estão familiarizados com o termo multimorbidade ainda que apenas 2 (6,3%) tenham realizado um curso específico sobre esta condição. A maioria dos médicos inquiridos (59,4%) tem uma experiência superior a 10 anos na gestão de doentes com multimorbidade.

Tabela II – Caracterização da amostra em relação a questões específicas do trabalho com doentes com multimorbilidade

Variável		N (%)
O termo MM é-lhe familiar?	Sim	32 (100)
	Não	0 (0)
Há quanto tempo trabalha com MM?	Menos de 1 ano	3 (9,4)
	Entre 1 e 5 anos	3 (9,4)
	Entre 6 e 10 anos	7 (21,9)
	Mais de 10 anos	19 (59,4)
Frequentou curso específico sobre MM?	Sim	2 (6,3)
	Não	30 (93,8)
Número médio de consultas que realiza por semana	Menos de 70	3 (9,4)
	Entre 70 e 99	10 (31,3)
	Entre 100 e 130	14 (43,8)
	Mais que 130	5 (15,6)
Número médio de consultas que realiza por semana em pessoas com MM	Menos de 30	5 (15,6)
	Entre 30 a 59	15 (46,9)
	Entre 60 a 90	10 (31,3)
	Mais que 90	2 (6,3)

MM-Multimorbilidade;

Análise de consistência interna global

A tabela III apresenta a estatística de confiabilidade, fazendo uso do Alfa de Cronbach. Foram obtidos valores superiores a 0,8 em ambos os tempos de aplicação do questionário.

Tabela III – Estatística de confiabilidade

Tempo de aplicação	Número de itens	Alfa de Cronbach
1º tempo	23	0,807
2º tempo	23	0,815

Respostas às questões do SoGeMM-MGF nos 2 tempos de aplicação

De modo a verificar se existe diferença estatisticamente significativa entre as respostas por via escrita e oral a cada pergunta do instrumento, obtidas respetivamente no primeiro e segundo tempo de aplicação, foi utilizado o teste de Wilcoxon. A tabela IV apresenta os resultados. Verificou-se não haver diferença significativa entre as respostas no primeiro e segundo tempo, exceto para a pergunta 8 que corresponde a: “Sente-se cansado fisicamente por lidar frequentemente com doentes com multimorbilidade?”.

Tabela IV – Teste de Wilcoxon para os dois tempos de aplicação do questionário

Perguntas	Valor P
P1t2 – P1t1	1,000
P2t2 – P2t1	0,271
P3t2 – P3t1	0,132
P4t2 – P4t1	0,480
P5t2 – P5t1	0,317
P6t2 – P6t1	1,000
P7t2 – P7t1	0,405
P8t2 – P8t1	0,010
P9t2 – P9t1	0,087
P10t2 – P10t1	0,644
P11t2 – P11t1	0,782
P12t2 – P12t1	0,134
P13t2 – P13t1	0,317
P14t2 – P14t1	0,439
P15t2 – P15t1	0,467
P16t2 – P16t1	0,967
P17t2 – P17t1	0,593
P18t2 – P18t1	0,796
P19t2 – P19t1	0,574
P20t2 – P20t1	0,813
P21t2 – P21t1	0,512
P22t2 – P22t1	0,666
P23t2 – P23t1	0,635

P-Pergunta; t- Tempo de aplicação do questionário;

Foi comparado adicionalmente o valor do somatório das respostas ao instrumento entre os 2 tempos de aplicação, para isso foi necessário primeiro determinar se a distribuição do somatório das respostas teria parâmetros de normalidade. A tabela V apresenta o resultado do teste de Kolmogorov-Smirnov.

Tabela V – Teste de Kolmogorov-Smirnov

	Soma total de tempo 1	Soma total de tempo 2
N	32	32
Parâmetros de		
normalidade		
Média	70,687	69,468
Desvio padrão	8,302	7,967
Estatística do teste	0,109	0,079
Significância (bilateral)	0,200	0,200

Verificada a normalidade das distribuições, calculou-se a correlação de Pearson, tendo-se obtido uma correlação positiva, forte e estatisticamente significativa. A tabela VI ilustra os resultados.

Tabela VI – Correlação de Pearson entre o somatório das respostas ao SoGeMM-MGF nos 2 tempos de aplicação

		Soma total de tempo 1	Soma total de tempo 2
	Correlação de Pearson	1	0,854
Soma total de tempo 1	Valor P		<0,001
	N	32	32

Parte 2 – Estudo de campo

Caracterização da amostra

Foram estudados um total de 131 médicos especialistas e internos de formação específica em MGF. A idade mediana da amostra é de 50 anos, sendo que 70 inquiridos (53,4%) são mulheres. Observa-se que a maioria dos inquiridos (53,5%) exerce a sua atividade profissional numa USF. A tabela VII ilustra a caracterização sociodemográfica da amostra.

Tabela VII – Caracterização sociodemográfica da amostra

Variável		N (%)
Idade	Até 39 anos	39 (29,8)
	De 40 até 60 anos	37 (28,2)
	Mais de 60 anos	37 (28,2)
	Não respondeu	18 (13,7)
Sexo	Feminino	70 (53,4)
	Masculino	42 (32,1)
	Não respondeu	19 (14,5)
Estado Civil	Solteiro	7 (5,3)
	Casado ou com companheiro/a	21 (16,0)
	Divorciado	4 (3,1)
	Não respondeu	99 (75,6)
Local de trabalho	UCSP	41 (31,3)
	USF A	34 (26,0)
	USF B	36 (27,5)
	Não respondeu	20 (15,3)

UCSP – Unidade de cuidados de saúde personalizados; USF- Unidade de saúde familiar;

Adicionalmente procedeu-se à caracterização da amostra tendo em conta questões específicas do trabalho com doentes com multimorbilidade. A maioria (85,5%) dos inquiridos encontra-se familiarizado com o termo multimorbilidade, sendo que apenas 12,2% referem ter frequentado um curso específico. A experiência na gestão de doentes com multimorbilidade é de 6 a 10 anos em 60,3% da amostra. A tabela VIII ilustra os resultados.

Tabela VIII – Caracterização da amostra em relação a questões específicas do trabalho com doentes com multimorbilidade

Variável		N (%)
MM é-lhe familiar?	Sim	112 (85,5)
	Não	1 (0,8)
	Não respondeu	18 (13,7)
Há quanto tempo trabalha com MM?	Menos de 1 ano	3 (2,3)
	Entre 1 e 5 anos	3 (2,3)
	Entre 6 e 10 anos	79 (60,3)
	Mais de 10 anos	40 (30,5)
	Não respondeu	6 (4,6)
Frequentou curso específico sobre MM?	Sim	16 (12,2)
	Não	110 (84,0)
	Não respondeu	5 (3,8)
Número médio de consultas que realiza por semana	Menos de 70	8 (6,1)
	Entre 70 e 99	33 (25,2)
	Entre 100 e 130	45 (34,4)
	Mais que 130	45 (34,4)
	Não respondeu	0 (0)
Número médio de consultas que realiza por semana em pessoas com MM	Menos de 30	38 (29,0)
	Entre 30 a 59	44 (33,6)
	Entre 60 a 90	41 (31,3)
	Mais que 90	2 (1,5)
	Não respondeu	6 (4,6)

MM-Multimorbilidade;

Resultados do SoGeMM-MGF

Na tabela IX apresentam-se os resultados do questionário SoGeMM-MGF segundo as medidas de tendência central e distribuição por percentis. O grau de sobrecarga do médico será tanto maior quanto maior for o somatório das respostas a todos os itens.

Tabela IX – Resultados do questionário SoGeMM-MGF

	N	Média	Dp	Mínimo	Máximo	P25	P50	P75	PMPP
SoGeMM-MGF	131	79,08	7,69	44,00	94,00	75,00	81,00	84,00	3,44

Dp – Desvio Padrão; P- Percentil; PMPP- Pontuação média por pergunta;

Decidiu-se dividir a amostra em indivíduos “Menos sobrecarregados” correspondendo aos que apresentam um valor do SoGeMM-MGF \leq P50, e “Mais sobrecarregados” que apresentam um

valor >P50. O primeiro grupo representa 55% da amostra (n=72) enquanto que o segundo grupo representa 45% da amostra (n=59).

De seguida foram comparados estes 2 grupos com as variáveis sociodemográficas e relacionadas com o trabalho específico com doentes com multimorbilidade. Foram utilizados os testes de Mann-Whitney e de Kruskal-Wallis, após exclusão da presença de distribuição normal dos dados. A tabela X apresenta os resultados, não tendo sido incluídas as não-respostas (“Não respondeu”).

Tabela X – Comparação das variáveis estudadas com o grau de sobrecarga do médico

Variável		Classe SoGeMM-MGF		Valor P
		Menos Sobrecarregado	Mais Sobrecarregado	
Idade	≤39 anos	23 (33,3%)	16 (36,4%)	0,960
	40-60 anos	22 (31,9%)	15 (34,1%)	
	>60 anos	24 (34,8%)	13 (29,5%)	
Sexo	Masculino	28 (41,2%)	14 (31,8%)	0,308
	Feminino	40 (58,8%)	30 (68,2%)	
Estado Civil	Solteiro	5 (16,7%)	2 (100%)	0,199
	Casado	21 (70,0%)	0 (0%)	
	Divorciado	4 (13,3%)	0 (0%)	
Local de trabalho	UCSP	22 (32,4%)	19 (44,2%)	0,217
	USF A	22 (32,4%)	12 (27,9%)	
	USF B	24 (35,3%)	12 (27,9%)	
MM é-lhe familiar?	Sim	68 (100%)	44 (97,8%)	0,349
	Não	0 (0%)	1 (2,2%)	
Há quanto tempo trabalha com MM?	< 1 ano	3 (4,3%)	0 (0%)	0,023
	1 - 5 anos	2 (2,9%)	1 (1,8%)	
	6- 10 anos	41 (58,6%)	38 (69,1%)	
	>10 anos	24 (34,3%)	16 (29,1%)	
Frequentou curso específico sobre MM?	Sim	8 (11,4%)	8 (14,3%)	0,149
	Não	62 (88,6%)	48 (85,7%)	
Número médio de consultas que realiza por semana	<70	6 (8,3%)	2 (3,4%)	0,236
	70-99	17 (23,6%)	16 (27,1%)	
	100-130	31 (43,1%)	14 (23,7%)	
	>130	18 (25,0%)	27 (45,8%)	
Número médio de consultas que realiza por semana em pessoas com MM	<30	24 (34,3%)	14 (25,5%)	0,023
	30-59	30 (42,9%)	14 (25,5%)	
	60-90	14 (20,0%)	27 (49,1%)	
	>90	2 (2,9%)	0 (0%)	

MM-Multimorbilidade;

Encontraram-se diferenças estatisticamente significativas entre grupos para a variável “Número médio de consultas que realiza por semana em pessoas com MM?” ($P=0,023$) em que, para médicos com mais de 90 consultas por semana, foi obtido um somatório médio do SoGeMM-MGF de 70. Também para a variável “Há quanto tempo trabalha com MM?” foi encontrada diferença estatisticamente significativa entre grupos ($P=0,023$), sendo que os médicos que trabalhavam com multimorbilidade há menos de 1 ano apresentavam um somatório médio do SoGeMM-MGF de 68,33.

Para averiguar se existiria correlação estatisticamente significativa entre cada uma destas duas variáveis e a pontuação do SoGeMM-MGF realizou-se uma correlação de Spearman. Verificou-se que não existe correlação estatisticamente significativa tanto para o número médio de consultas por semana em pessoas com MM ($P=0,225$; $\rho=0,109$) como para o tempo de trabalho com MM ($P=0,178$; $\rho=0,121$).

Resultados do JSPE-vP

Na tabela XI apresenta-se os resultados do questionário JSPE-vP segundo as medidas de tendência central e distribuição por percentis. A empatia avaliada no médico será tanto maior quanto maior for o somatório das respostas a todos os itens.

Tabela XI – Resultados do questionário JSPE-vP

	N	Média	Dp	Mínimo	Máximo	P25	P50	P75	PMPP
JSPE-vP	131	75,66	11,01	41,00	104,00	70,00	75,00	82,00	3,78

Dp – Desvio Padrão; P- Percentil; PMPP- Pontuação média por pergunta;

Novamente foi decidido dividir a amostra em dois grupos: Um grupo “Menos empático” correspondendo aos indivíduos que apresentam um valor de somatório do JSPE-vP $\leq P50$, e um grupo “Mais empático” que apresenta um valor $>P50$. O primeiro grupo representa 53,4% da amostra ($n=70$) enquanto que o segundo grupo representa 46,6% da amostra ($n=61$).

Foram também comparados estes 2 grupos com as variáveis sociodemográficas e relacionadas com o trabalho com doentes com multimorbilidade. Foram novamente utilizados os testes U de Mann-Whitney e de Kruskal-Wallis, após exclusão da presença de distribuição normal dos dados. A tabela XII apresenta os resultados, não tendo sido incluídas as não-respostas (“Não respondeu”).

Tabela XII – Comparação das variáveis estudadas com o nível de empatia medido no médico

Variável		Classe JSPE-vP		Valor P
		Menos Empático	Mais Empático	
Idade	≤39 anos	21 (36,2%)	18 (32,7%)	0,655
	40-60 anos	16 (27,6%)	21 (38,2%)	
	>60 anos	21 (36,2%)	16 (29,1%)	
Sexo	Masculino	21 (35,0%)	21 (40,4%)	0,897
	Feminino	39 (65,0%)	31 (59,6%)	
Estado Civil	Solteiro	4 (23,5%)	3 (20,0%)	0,695
	Casado	12 (70,6%)	9 (60,0%)	
	Divorciado	1 (5,9%)	3 (20,0%)	
Local de trabalho	UCSP	21 (35,6%)	20 (38,5%)	0,837
	USF A	19 (32,2%)	15 (28,8%)	
	USF B	19 (32,2%)	17 (32,7%)	
MM é-lhe familiar?	Sim	58 (100%)	54 (98,2%)	0,288
	Não	0 (0%)	1 (1,8%)	
Há quanto tempo trabalha com MM?	< 1 ano	2 (3,0%)	1 (1,7%)	0,092
	1 - 5 anos	0 (0%)	3 (5,1%)	
	6 - 10 anos	46 (69,7%)	33 (55,9%)	
	>10 anos	18 (27,3%)	22 (37,3%)	
Frequentou curso específico sobre MM?	Sim	11 (16,4%)	5 (8,5%)	0,246
	Não	56 (83,6%)	54 (91,5%)	
Número médio de consultas que realiza por semana	<70	5 (7,1%)	3 (4,9%)	0,466
	70-99	14 (20,0%)	19 (31,1%)	
	100-130	29 (41,4%)	16 (26,2%)	
	>130	22 (31,4%)	23 (37,7%)	
Número médio de consultas que realiza por semana em pessoas com MM	<30	19 (28,4%)	19 (32,8%)	0,501
	30-59	23 (34,3%)	21 (36,2%)	
	60-90	23 (34,3%)	18 (31,0%)	
	>90	2 (3,0%)	0 (0%)	

MM-Multimorbilidade;

Verifica-se que nenhuma das variáveis se associa a diferença estatisticamente significativa entre grupos.

Caracterização dos inquiridos simultaneamente menos empáticos e mais sobrecarregados

São 32 os médicos que são simultaneamente menos empáticos e mais sobrecarregados segundo as suas respostas ao SoGeMM-MGF e JSPE-vP. A tabela XIII caracteriza-os segundo a idade, sexo e em relação a questões específicas do trabalho com doentes com multimorbilidade.

Tabela XIII – Caracterização dos indivíduos menos empáticos e mais sobrecarregados

Variável		N (%)
Idade	<39 anos	8 (25,0)
	40 a 60 anos	6 (18,8)
	>60 anos	9 (28,1)
	Não respondeu	9 (28,1)
Sexo	Feminino	15 (46,9)
	Masculino	9 (28,1)
	Não respondeu	8 (25,0)
Local de trabalho	UCSP	12 (37,5)
	USF A	7 (21,9)
	USF B	5 (15,6)
	Não respondeu	8 (25,0)
Há quanto tempo trabalha com MM?	Menos de 1 ano	0 (0)
	Entre 1 e 5 anos	0 (0)
	Entre 6 e 10 anos	21 (65,6)
	Mais de 10 anos	9 (28,1)
	Não respondeu	2 (6,3)
Frequentou curso específico sobre MM?	Sim	6 (18,8)
	Não	25 (78,1)
	Não respondeu	1 (3,1)
Número médio de consultas que realiza por semana	Menos de 70	1 (3,1)
	Entre 70 e 99	10 (31,3)
	Entre 100 e 130	8 (25,0)
	Mais que 130	13 (40,6)
	Não respondeu	0 (0)
Número médio de consultas que realiza por semana em pessoas com MM	Menos de 30	7 (21,9)
	Entre 30 a 59	9 (28,1)
	Entre 60 a 90	14 (43,8)
	Mais que 90	0 (0)
	Não respondeu	2 (6,3)

MM-Multimorbilidade;

Correlação entre a empatia avaliada no médico e a sobrecarga com a gestão da multimorbilidade

Para averiguar se existe correlação entre os valores obtidos nos questionários JSPE-vP e SoGeMM-MGF foi calculado valor da correlação de Spearman. Verifica-se que a correlação é negativa, fraca e estatisticamente não significativa. A tabela XIV ilustra os resultados.

Tabela XIV – Correlação entre SoGeMM-MGF e JSPE-vP

		JSPE-vP
SoGeMM-MGF	Correlação de Spearman	-0,060
	Valor P	0,496
	N	131

Discussão

A multimorbilidade é já uma condição muito prevalente na população que mais frequenta as consultas de Medicina Geral e Familiar, sendo o médico de família muitas vezes o responsável máximo pela gestão do doente, atuando como a ponte entre médicos de diferentes especialidades. Este ato de gestão é complexo e exigente, não sendo de todo uma responsabilidade negligenciável.

Várias investigações^{12,20} observaram uma correlação entre altas taxas de esgotamento profissional e baixo nível de empatia em médicos. No contexto do presente estudo estes achados têm alguma importância, mas dão origem a inferências limitadas visto que esgotamento profissional e o grau de sobrecarga com a gestão de doentes com multimorbilidade são conceitos díspares, ainda que não se exclua que possa eventualmente existir alguma sobreposição entre estes, no contexto da Medicina Geral e Familiar. Neste sentido colocou-se a hipótese que a maior sobrecarga dos médicos com a gestão de doentes com multimorbilidade pudesse ter relação com menores níveis de empatia avaliados nos mesmos.

O questionário SoGeMM-MGF, desenvolvido pelo Doutor Filipe Prazeres, é o primeiro instrumento que permite avaliar, em contexto da realidade portuguesa, o grau de sobrecarga do médico assistente com a gestão de doentes com multimorbilidade. Desconhece-se igualmente a existência de instrumentos com objectivos semelhantes validados para a língua inglesa.

O presente estudo, fazendo uso deste instrumento e do Questionário de Empatia para Médicos (JSPE-vP), aborda pela primeira vez de forma quantitativa a correlação entre a auto-percepção da empatia medida no médico responsável pela gestão do doente com multimorbilidade e o grau de sobrecarga do mesmo com essa gestão. Tratar-se-á, portanto, de uma investigação pioneira por abordar conceitos que, pela revisão de literatura, nunca antes foram estudados em conjunto, tanto em língua portuguesa como inglesa.

Relativamente ao processo de validação, verificou-se a presença de uma estatística de Alfa de Cronbach superior a 0,8 para ambos os tempos de aplicação do instrumento, o que se interpreta como um indicador de elevada consistência interna, indicando boa confiabilidade. No que se refere às respostas a cada uma das 23 perguntas que compõem o questionário é de sublinhar a existência de uma diferença significativa entre as respostas no primeiro e segundo tempo à pergunta 8: “Sente-se cansado fisicamente por lidar frequentemente com doentes com multimorbilidade?”, facto que poderá ser explicado por esta ser uma questão que invoca reflexão do médico em relação ao seu cansaço físico, que naturalmente se poderá

alterar de acordo com fatores relativos à sobrecarga do médico mas também de acordo com fatores externos ao seu trabalho com doentes com multimorbilidade. Desta forma é importante averiguar, em estudos futuros, a pertinência desta pergunta integrar o questionário, visto que é concebível que a resposta a esta seja influenciada por fatores que não são alvo de estudo pelo instrumento.

A correlação de Pearson calculada ($P < 0,001$ e $\rho = 0,854$) entre a pontuação total do SoGeMM-MGF no primeiro e segundo tempo de aplicação traduz uma correlação positiva, forte e estatisticamente significativa, o que indica que um médico terá uma pontuação total que não difere estatisticamente entre duas aplicações do SoGeMM-MGF. Ou seja, não se espera que um mesmo médico responda de maneira significativamente diferente em distintas aplicações do questionário. Terminada a análise estatística do processo de validação foi concluído haver condições para poder fazer uso do SoGeMM-MGF no estudo de campo.

No estudo de campo, o preenchimento dos questionários procedeu-se por via informática e verificou-se que a maioria dos inquiridos não respondeu a pelo menos uma das perguntas de caracterização sociodemográfica, atingido a taxa de “Não-resposta” mais alta para o estado civil, que 75,6% dos inquiridos decidiram não revelar. Este facto pode ter várias explicações, desde preocupações dos inquiridos em relação à sua privacidade até a estes julgarem que a resposta a estas perguntas não seria essencial para a posterior análise estatística.

Participaram no estudo um total de 131 médicos, com uma idade mediana de 50 anos e predomínio do sexo feminino (53,4%). Apenas 2,3% da amostra refere ter uma experiência inferior a 1 ano na gestão de doentes com multimorbilidade, o que se assume como concordante com a realidade da escassa colocação de recém-especialistas em MGF na área geográfica abrangida pela ARS do Centro.

Avaliou-se a sobrecarga do médico com a gestão do doente com multimorbilidade fazendo uso do SoGeMM-MGF, verificando-se uma pontuação média de 79,08, sendo que o grupo de médicos “Menos Sobrecarregados” compõe a maioria (55%) da amostra.

Na análise inferencial observou-se diferença estatisticamente significativa em relação à pontuação obtida no SoGeMM-MGF para duas variáveis: Na primeira, “Há quanto tempo trabalha com MM?” ($P = 0,023$), verificou-se que os médicos com experiência inferior a um ano apresentavam a menor pontuação média de todos os subgrupos (68,33). Este achado poderia ser explicado pelo facto destes médicos terem associado ao seu menor tempo de experiência também um menor tempo para desenvolverem uma verdadeira sobrecarga profissional. Assim, de modo a verificar se existiria correlação entre o tempo de experiência do médico na gestão de doentes com multimorbilidade e o grau de sobrecarga do mesmo, foi calculada a

correlação de Spearman. O resultado obtido não é estatisticamente significativo ($P=0,178$), concluindo-se que não existe correlação entre as duas variáveis. Desconhece-se o impacto real do menor tempo de atividade profissional neste âmbito.

Relativamente à segunda variável “Número médio de consultas que realiza por semana em pessoas com MM?” ($P=0,023$) também foi encontrada diferença significativa entre grupos, sendo que, para médicos que efetuam mais de 90 consultas por semana foi encontrado a menor pontuação média (70). Este facto poderia ser explicado pelo pequeno número de respostas (2) comparativamente aos restantes grupos, constituindo um acaso estatístico. Novamente, de modo a verificar a possível existência de correlação entre o número médio de consultas em pessoas com multimorbilidade e o grau de sobrecarga do médico, foi calculada a correlação de Spearman. Obteve-se um resultado não estatisticamente significativo ($P=0,225$) afastando a possibilidade de existir correlação entre as duas variáveis.

A empatia foi avaliada no médico utilizando o questionário JSPE-vP. Observou-se uma pontuação média de 75,66, sendo que a maioria da amostra se insere no grupo “Menos empático”. Relativamente à pontuação média por pergunta, obtida pela divisão da pontuação total pelo número de perguntas do questionário, obteve-se um valor de 3,78, valor inferior ao observado por Aguiar⁷ (5,69) numa amostra de 507 médicos portugueses. A pontuação média obtida é igualmente inferior a valores relatados em outros países europeus.²¹⁻²³ Neste contexto, será que a auto-perceção da empatia medida no contexto da gestão da multimorbilidade devolve resultados diferentes da auto-perceção da empatia medida em abstrato? Futuros estudos deverão explorar e explicar a diferença encontrada.

Relativamente à análise inferencial não se observou diferença estatisticamente significativa entre a pontuação obtida no JSPE-vP nas diferentes variáveis estudadas, inclusive na idade e sexo, o que está em linha com o relatado em vários estudos,^{12,23} ainda que existam investigações que tenham observado maiores níveis de empatia em mulheres.

De seguida procurou-se caracterizar os inquiridos simultaneamente menos empáticos e mais sobrecarregados, sendo 32 os médicos que se inserem nesse grupo. Destaca-se que 30 (93,7%) têm uma experiência superior a 5 anos no que diz respeito ao trabalho com doentes com multimorbilidade, o que poderia sugerir uma relação entre maior tempo de trabalho com pessoas com multimorbilidade e maior sobrecarga, bem como menor empatia médica, mas mais provavelmente estará relacionado com características da amostra, visto que este grupo representa >90% da amostra inicial.

No que diz respeito à correlação calculada entre a pontuação do SoGeMM-MGF e JSPE-vP ($P=0,496$; $\rho=-0,060$), pode ser concluído que não existe correlação estatisticamente

significativa entre o grau de sobrecarga dos médicos com a gestão de doentes com multimorbilidade e a empatia médica avaliada nos mesmos.

A inexistência de correlação pode ter várias explicações. Sendo a empatia um atributo predominantemente cognitivo,⁹ portanto passível de ser trabalhado, e sendo de conhecimento público na comunidade científica que pessoas com multimorbilidade têm maior necessidade de utilização dos serviços de cuidados de saúde,⁴ associado ao facto de os doentes que percecionam os seus médicos como sendo empáticos apresentarem melhores resultados clínicos,^{10,11} pode-se supor que os médicos responsáveis pela gestão destes doentes façam um esforço, consciente ou não, para serem empáticos independentemente do seu grau de sobrecarga com a gestão destes doentes.

Neste contexto considera-se importante referir que existe margem para trabalhar a empatia médica recorrendo a formação específica, que já demonstrou ser capaz de levar a aumentos significativos nos níveis de empatia.²⁴ Esta abordagem tem vindo a atrair maior atenção da comunidade médica e poderá trazer benefício para médicos e doentes.

Como limitações do estudo admite-se que a amostra representa uma região geográfica restrita (região geográfica abrangida pela ARS do Centro), podendo não ser representativa de todos os médicos que exercem Medicina Geral e Familiar em Portugal. Estudos futuros devem almejar obter amostras com maior dispersão geográfica. Adicionalmente a percentagem considerável de “Não-resposta” aos itens de caracterização sociodemográfica da amostra poderá ter influência na respetiva análise estatística. É também importante referir que existe um risco de viés de resposta, visto que ser empático é um atributo socialmente desejável, o que poderá influenciar a resposta dos inquiridos. No entanto, é relevante mencionar que a aplicação dos questionários por via informática permite ao médico escolher quando responder em função da sua disponibilidade para tal, não havendo a pressão de o ter que fazer no exato momento em que o investigador o solicita. Esta metodologia permite obter uma amostra mais abrangente num mesmo lapso temporal.

Conclusão

Verifica-se que os objetivos propostos para o presente estudo foram cumpridos.

Concluiu-se a validação do SoGeMM-MGF, o que permite o seu uso em investigações futuras.

Não foi identificada correlação estatisticamente significativa entre o grau de sobrecarga dos médicos com a gestão de doentes com multimorbilidade e os níveis de empatia médica medidos nos mesmos, contrastando com a hipótese inicialmente colocada. Tendo em conta que o presente estudo é pioneiro na avaliação da correlação entre estas 2 variáveis, considera-se importante a realização de estudos futuros com amostras mais representativas da generalidade dos médicos Portugueses que exercem a especialidade de Medicina Geral e Familiar.

Agradecimentos

Ao Professor Doutor Luiz Miguel Santiago por todo o trabalho de orientação essencial para a realização deste estudo.

A todos os médicos que aceitaram participar no estudo.

À minha família e à Andreia por todo o apoio dado ao longo deste processo.

Referências Bibliográficas

1. Prazeres F, Santiago LM, Simões JA. Defining Multimorbidity: From English to Portuguese Using a Delphi Technique. *Biomed Res Int.* 2015;2015:965025.
2. Prazeres F, Santiago L. Prevalence of multimorbidity in the adult population attending primary care in Portugal: A cross-sectional study. *BMJ Open.* 2015;5(9).
3. Instituto Nacional de Estatística (INE). Envelhecimento da população residente em Portugal e na União Europeia. 2015.
4. Glynn LG, Valderas JM, Healy P, Burke E, Newell J, Gillespie P, et al. The prevalence of multimorbidity in primary care and its effect on health care utilization and cost. *Fam Pract.* 2011;(March):516–23.
5. Fortin M, Soubhi H, Hudon C, Bayliss EA, Akker M van den. Multimorbidity's many challenges. *BMJ.* 2007;334(7602):1016–7.
6. Chung RY, Mercer SW, Yip BHK, Chan SWC, Lai FTT, Wang HHX, et al. The association between types of regular primary care and hospitalization among people with and without multimorbidity: A household survey on 25,780 Chinese. *Sci Rep.* 2016;(April 2015):1–9.
7. Aguiar P, Salgueira A, Frada T, Mj C. Empatia médica: tradução, validação e aplicação de um instrumento de medição. *Actas do X Congr Int Galego Port Psicopedag Braga Univ do Minho.* 2009;3705–16.
8. Kelley JM, Kraft-todd G, Schapira L, Kossowsky J, Riess H. The Influence of the Patient-Clinician Relationship on Healthcare Outcomes: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *PLoS One.* 2014;9(4).
9. Hojat M, Louis DZ, Maxwell K, Markham F, Wender R, Joseph S. Patient perceptions of physician empathy, satisfaction with physician, interpersonal trust, and compliance. *Int J Med Educ.* 2010;83–7.
10. Rakel D, Barrett B, Zhang Z, Hoefft T, Chewning B, Marchand L, et al. Perception of empathy in the therapeutic encounter: Effects on the common cold. *Patient Educ Couns.* 2011;85(3):390–7.
11. Derksen F, Bensing J, Lagro-Janssen A. Effectiveness of empathy in general practice: a systematic review. *Br J Gen Pract.* 2013;63(606):76–84.

12. Yuguero O, Ramon J, Vivanco L, Soler-gonz J. Association between low empathy and high burnout among primary care physicians and nurses in Lleida , Spain. *Eur J Gen Pract.* 2017;23(1):4–10.
13. Hojat M, Mangione S, Nasca TJ, Cohen MJM, Gonnella JS, Erdmann JB, et al. The Jefferson Scale of Physician Empathy: Development and Preliminary Psychometric Data. *Educ Psychol Meas.* 2001;61(2):349–65.
14. Mercer SW, Zhou Y, Humphris GM, McConnachie A, Bakhshi A, Bikker A, et al. Multimorbidity and Socioeconomic Deprivation in Primary Care Consultations. *Ann Fam Med.* 2018;16(2):127–31.
15. Prazeres F, Santiago L. The Knowledge, Awareness, and Practices of Portuguese General Practitioners Regarding Multimorbidity and Its Management: Qualitative Perspectives from Open-Ended. Wang HHX, editor. *Int J Environ Res Public Health.* 2016;13(11):1097.
16. Sinnott C, Mc Hugh S, Browne J, Bradley C. GPs' perspectives on the management of patients with multimorbidity: systematic review and synthesis of qualitative research. *BMJ Open.* 2013;3(9):e003610.
17. Moth G, Vestergaard M, Vedsted P. Chronic care management in Danish general practice - a cross-sectional study of workload and multimorbidity. *BMC Fam Pract.* 2012;13:52.
18. Amorim MP, Silva I. Instrumento de avaliação do pensamento crítico em estudantes e profissionais de saúde . Vol. 15, *Psicologia, Saúde & Doenças . scielopt ;* 2014. p. 121–36.
19. Bandeira M, Pitta A, Mercier C. Escalas Brasileiras de Avaliação da Satisfação (SATIS-BR) e da sobrecarga (IMPACTO-BR) da equipe técnica em serviços de saúde mental. *J Bras Psiquiatr.* 2000;49(4):105–15.
20. Yuguero O, Forné C, Esquerda M, Pifarré J, Abadías MJ, Viñas J. Empathy and burnout of emergency professionals of a health region: A cross-sectional study. *Medicine (Baltimore).* 2017;96(37):e8030–e8030.
21. Lelorain S, Sultan S, Zenasni F, Catu-Pinault A, Jaury P, Boujut E, et al. Empathic concern and professional characteristics associated with clinical empathy in French general practitioners. *Eur J Gen Pract.* 2013;19(1):23–8.

22. Charles JA, Ahnfeldt-Mollerup P, Søndergaard J, Kristensen T. Empathy Variation in General Practice: A Survey among General Practitioners in Denmark. *Int J Environ Res Public Health*. 2018;15(3):433.
23. Lillo M Di, Cicchetti A, Scalzo A Lo. The Jefferson Scale of Physician Empathy : Preliminary Psychometrics and Group Comparisons in Italian Physicians. *Acad Med*. 2009;84(9):1198–202.
24. Kelm Z, Womer J, Walter JK, Feudtner C. Interventions to cultivate physician empathy: a systematic review. *BMC Med Educ*. 2014;14:219.

Anexo I - Questionário de Empatia para Médicos (JSPE-vP)

QUESTIONÁRIO DE EMPATIA PARA MÉDICOS (JSPE-vP) Hojat et al. (2001)¹

Adaptação portuguesa de Pedro Aguiar, Ana Salgueira, Tiago Frada e Manuel João Costa, 2009²

Por favor, indique o seu nível de concordância (1 a 7) com as seguintes afirmações (um número maior indica uma maior concordância)

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

- | 1 ----- 2 ----- 3 ----- 4 ----- 5 ----- 6 ----- 7 | |
|---|---------------------|
| Discordo fortemente | Concordo Fortemente |
-
1. ____ A minha compreensão dos sentimentos dos meus pacientes e das suas famílias é um factor irrelevante para o tratamento médico ou cirúrgico. [i] [PE]
 2. ____ Os meus pacientes sentem-se melhor quando eu compreendo o que eles sentem. [PE]
 3. ____ É difícil para mim ver as coisas pela perspectiva dos meus pacientes. [i] [CPP]
 4. ____ Considero que, na relação médico-doente, compreender a linguagem corporal do paciente é tão importante quanto a comunicação verbal. [TP]
 5. ____ Tenho um bom sentido de humor que, penso, contribui para um melhor resultado clínico. [TP]
 6. ____ Pelo facto das pessoas serem diferentes, é difícil para mim ver as coisas na perspectiva dos meus pacientes. [i] [CPP]
 7. ____ Tento não prestar atenção às emoções dos meus pacientes nas entrevistas e na colheita de histórias clínicas. [i] [PE]
 8. ____ A atenção que dedico às experiências pessoais dos meus pacientes não influencia os resultados de tratamentos. [i] [PE]
 9. ____ Tento imaginar-me no lugar dos meus pacientes quando estou a cuidar deles. [TP]
 10. ____ A minha compreensão dos sentimentos dos meus pacientes dá-lhes, a eles, uma sensação de legitimação que é terapêutica em si mesma. [PE]
 11. ____ As enfermidades dos doentes podem ser curadas apenas por tratamento médico ou cirúrgico; conseqüentemente, os laços afectivos que tenha com os meus pacientes não podem ter uma influência significativa nos resultados médicos ou cirúrgicos. [i] [PE]
 12. ____ Considero que questionar os pacientes relativamente ao que se passa na sua vida pessoal é um factor sem importância para a compreensão das suas queixas de ordem física. [i] [PE]
 13. ____ Tento compreender o que se passa na mente dos meus pacientes, prestando atenção à sua comunicação não-verbal e linguagem corporal. [PE]
 14. ____ Creio que as emoções não têm lugar no tratamento da doença médica. [i] [PE]
 15. ____ A empatia é uma competência terapêutica sem a qual o sucesso no tratamento é limitado. [TP]

¹ Hojat M; Mangione S; Nasca TJ; Cohen MJM; Gonnella JS; Erdmann JB; Veloski J & Magee M. "The Jefferson Scale of Physician Empathy: development and preliminary psychometric data." Educational and Psychological Measurement 61, no. 2 (2001): 349-365.

² Aguiar P; Salgueira A; Frada T & Costa MJ. "Empatia médica: tradução, validação e aplicação de um instrumento de medição." Actas do X Congresso Internacional Galego-Português de Psicopedagogia. ISBN- 978-972-8746-71-1. Pp 3705-3716.

16. ____ Uma componente importante do relacionamento com os meus pacientes é a minha compreensão do seu estado emocional e o das suas famílias. [TP]
17. ____ Tento pensar como os meus pacientes, para que lhes possa prestar melhores cuidados. [TP]
18. ____ Não me deixo influenciar por ligações fortes de natureza pessoal entre os pacientes e os seus familiares. [i]
[TP]
19. ____ Não aprecio arte nem literatura que não seja médica. [i] [CPP]
20. ____ Acredito que a empatia é um factor terapêutico importante no tratamento médico. [PE]

Legenda:

- [i] – Item invertido;
[TP] – Tomada de Perspectiva;
[PE] – Preocupação Empática;
[CPP] – Colocar-se na pele do paciente.



Universidade da Minho

Anexo II - Questionário de Avaliação da Sobrecarga da Gestão da Multimorbidade em Medicina Geral e Familiar (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 multimorbilidade é-lhe familiar?

Sim		Não	
-----	--	-----	--

Há quanto tempo trabalha com doentes com multimorbilidade?

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

Frequentou curso específico sobre multimorbilidade?

Sim		Não	
-----	--	-----	--

Qual o número médio de consultas que realiza por semana?

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

5. Receia iatrogenia quando lida com doentes com multimorbilidade?

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Anexo III – Autorização da Comissão de Ética da ARS do Centro para a realização do estudo

33/2018

Secretariado CA

De: Secretariado CA
Enviado: terça-feira, 3 de Julho de 2018 16:59
Para: 'LuizMiguel Santiago'
Assunto: Comissão de Ética
Anexos: image2018-07-03-175645.pdf

Exmo. Senhor
Dr. José Filipe Pereira Prazeres e
Prof. Dr. Luiz Santiago

Para conhecimento e devidos efeitos, junto se envia em anexo o parecer emitido pela Comissão de Ética, a um pedido formulado por V.Exa. e devidamente homologado pelo Conselho Diretivo desta ARS Centro.

Com os melhores cumprimentos

Ana Lúcia Santos
Secretariado da Comissão de Ética



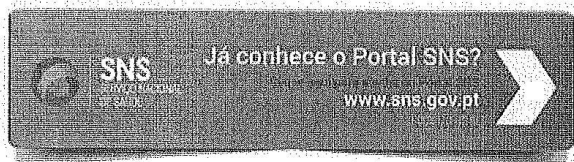
SNS SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE



ADMINISTRAÇÃO
REGIONAL DE
SAÚDE DO CENTRO, I.P.

Administração Regional de Saúde do Centro, I.P.
Alameda Júlio Henriques
3000-457 Coimbra
Tel.: 239 796 800 | Fax: 239 796 861
www.arscentro.min-saude.pt

PENSE ANTES DE IMPRIMIR



De: multifuncional@arscentro.min-saude.pt [mailto:multifuncional@arscentro.min-saude.pt]
Enviada: terça-feira, 3 de Julho de 2018 17:57
Para: Secretariado CA
Assunto:

COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

PARECER FINAL: PARECER DESFAVORÁVEL PARECER FAVORÁVEL	DESPACHO: <i>Homologado em todos os pontos</i> <i>28/06/2018</i> Conselho Diretivo da A.R.S. do Centro, I.P. <i>[Assinatura]</i> Dr.º Rogo Reis Marques Presidente,
--	--

ASSUNTO:	Estudo 33/2018 Validação do "Questionário de Avaliação da Sobrecarga da Gestão da Multimorbidade em MGF (SoGeMM-MGF)" <i>[Assinatura]</i> Dr. Luis Manuel Milião Mendes Cabral Vogal, <i>[Assinatura]</i> Dr. Mátio Ruivo Vogal,
-----------------	---

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

E entregue consentimento informado e CV's dos investigadores

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

Assim, o parecer deverá ser desfavorável

Vitor Rodrigues
[Assinatura]
Parecer favorável após resubmissão

[Assinatura]

COMISSÃO DE ÉTICA DA ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE DO CENTRO

IDENTIFICAÇÃO DO PROJECTO:

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

Nº DO ESTUDO: 33/2018

DATA DA ENTRADA DO PEDIDO: 2.Abril.2018

TIPO DE ESTUDO: Construção e validação de questionário

INVESTIGADOR(ES) PRINCIPAL(AIS):

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

CENTROS ENVOLVIDOS:

MGF Ordem dos médicos

OBJECTIVOS DO ESTUDO:

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

DOCUMENTOS QUE CONSTAM NO PEDIDO:

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

APRECIÇÃO GERAL

(Tendo em conta também os documentos anteriores)

(Incluir apreciação do valor científico, em termos éticos – por exemplo, repetição desnecessária de estudos)

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

É entregue consentimento informado e CV's dos investigadores

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

Assim, o parecer deverá ser desfavorável

Vitor Rodrigues

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

Parecer desfavorável

DATA: 17.Maio.2018

RELATOR: Vitor Rodrigues

ASSINATURA:

PARECER FAVORÁVEL APÓS RESSUBMISSÃO