



FMUC FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE DE COIMBRA

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA – TRABALHO FINAL

JOÃO PEDRO DE JESUS TEIXEIRA

Medicina Centrada na Pessoa

Validação Concorrente com Qualidade de Vida

ARTIGO CIENTÍFICO ORIGINAL

ÁREA CIENTÍFICA DE MEDICINA GERAL E FAMILIAR

Trabalho realizado sob a orientação de:

PROFESSOR DOUTOR LUIZ MIGUEL SANTIAGO

NOVEMBRO / 2018

Dissertação de candidatura ao grau de Mestre,
apresentada à Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra, Portugal

“Imagination is more important than knowledge.
Knowledge is limited. Imagination encircles the world.”

Albert Einstein

Índice

I – Resumo	4
II – Abstract	5
III – Introdução	6
IV – Metodologia	8
V – Resultados	10
VI – Discussão	20
VII – Conclusão	22
VIII – Agradecimentos	22
IX – Referências	23
X – Anexos	25

I. Resumo

Introdução. O conceito de Medicina Centrada na Pessoa é um modelo médico que tem vindo a ocupar um papel central na assistência médica. Contudo, poucos são os instrumentos capazes de avaliar uma consulta baseada neste método que do modelo advém.

Objectivos. Pretendeu validar-se para a população portuguesa o questionário sobre percepção da pessoa relativa à consulta realizada com base no método da Consulta de Medicina Centrada na Pessoa (já disponível para a língua inglesa). Colocou-se igualmente a hipótese de existir uma correlação positiva deste método com a percepção de melhor Qualidade de Vida pelo consulente.

Métodos. Seguiu-se metodologia de tradução para o português e de retro-tradução, para garantir que a tradução em português estava conforme o escrito em inglês. Foi feita aplicação inicial para conhecimento de dificuldades linguística, de compreensibilidade e de tempo de resposta, bem como de agradabilidade.

Realizou-se depois estudo observacional com amostra de 42 pessoas, das quais 22 do sexo masculino e 20 do sexo feminino, com média de idades de $51,86 \pm 20,25$ anos.

O questionário de percepção relativa à Medicina Centrada na Pessoa, questionário EQ-5D e uma folha de caracterização do respondente foram aplicados a pessoas imediatamente após consulta médica, segundo protocolo específico de aplicação, numa unidade de cuidados de saúde primários – USFAraceti.

Resultados. Obteve-se um nível de confiabilidade geral do questionário de 0,739. Não se observaram diferenças estatisticamente significativas relativas à idade, sexo, formação académica e tempo de seguimento pelo médico na amostra. A correlação entre os valores totais das respostas obtidas aos questionários de MCP e EQ-5D foi de $p=0,046$, apresentando um $p=0,309$.

Conclusão. Validou-se para a língua portuguesa o questionário sobre percepção da pessoa relativa à consulta realizada com base no método da Consulta de Medicina Centrada na Pessoa, correlacionando-se positivamente com a percepção de qualidade de vida pelo indivíduo. Estes resultados permitirão a medição da aplicação de consultas baseadas neste método, e por instância, servir como índice de qualidade dos cuidados de assistência médica.

Palavras-chave: Validação de questionário, Medicina centrada na pessoa, Qualidade de vida.

II. Abstract

Introduction. The concept of Patient Centered Medicine is a medical model that has come to play a central role in medical care. However, there are few instruments capable of evaluating a patient query based on this method that comes from the model.

Objectives. It was intended to validate for the Portuguese population the questionnaire about the perception of the person related to the consultation performed based on the Patient Centered Medicine Consultation method (already available for the English language). It was also hypothesized that there is a positive correlation of this method with the perception of better Quality of Life by the consultant.

Methods. Translation methodology was followed for Portuguese and back translation, to ensure that the translation in Portuguese was as written in English. Initial application was made for knowledge of linguistic difficulties, of comprehensibility and response time, as well as of pleasantness.

An observational study was carried out with a sample of 42 people, of whom 22 were males and 20 were females, with a mean age of 51.86 ± 20.25 years.

The patient centered perception questionnaire, EQ-5D questionnaire and a characterization sheet of the respondent were applied immediately after medical consultation, according to specific application protocol, at a primary care unit – USFAraceti.

Results. A general questionnaire reliability level of 0.739 was obtained. No statistically significant differences were observed regarding age, gender, academic background and follow-up time by the physician in the sample. The correlation between the answering total scores in MCP and EQ-5D questionnaires was $p = 0.046$, presenting a $\rho = 0.309$.

Conclusion. The questionnaire on the perception of the person related to the consultation performed based on the Patient Centered Medicine Consultation questionnaire was validated for the Portuguese language, correlating positively with the individual's perception of quality of life. These results will allow the measurement of the application of consultations based on this method and, by instance, serve as an index of quality of the health care.

Key words: Validation of questionnaire, Patient-centered medicine, Quality of life.

III. Introdução

O conceito de Medicina Centrada na Pessoa (MCP) data da década de 1980 e nos nossos dias começa a ocupar um papel central na assistência médica.¹ A MCP surgiu devido à necessidade de substituir e ultrapassar o método biomédico que, não deixando espaço à psique do doente, vigorava até essa época.² É importante não encarar a Medicina Centrada na Pessoa como um processo rigidamente definido, com sequência pré-definida e procedimentos padronizados em estilos de entrevista.³ A MCP apresenta-se, sim, como uma abordagem que abrange a experiência total de doença do paciente, enfatizando a importância de perceber as crenças e características da Pessoa que deverão ser tidas em consideração na tomada de decisões clínicas.⁴ O médico é chamado a identificar as prioridades e preocupações da Pessoa e a envolvê-la na tomada de decisões sobre os seus cuidados.⁵

Apesar de ser já um método reconhecido na comunidade médica, a terminologia não é consensual, sendo aplicadas como sinónimo de Medicina Centrada na Pessoa: Medicina Centrada no Paciente ou Medicina Centrada no Consulente. Pessoa, paciente e consulente são utilizadas como sinónimo tendo, no entanto, significados diversos.

Paciente: aquele que sofre (...)

Pessoa: ser humano considerado na sua individualidade física e espiritual (...)

Consulente: pessoa que consulta (...) ⁶

Parece, desta forma, que o termo Pessoa é aquele que mais corretamente se aplica ao método, por ser aquele que define de um modo mais holístico o indivíduo. Doravante, utilizar-se-á apenas o termo Medicina Centrada na Pessoa tendo presente, no entanto, que na literatura internacional é mais frequente a designação “Patient Centered Medicine”.

Sendo um método de reconhecida validade internacional, e com influência positiva em vários indicadores de saúde⁷ importa a criação e utilização de instrumentos de medida com comprovada validade na avaliação da aplicação deste método na prática clínica. Após anuência da autora Dra. Moira Stewart, julga-se conveniente realizar, para Portugal, o trabalho de pensar em Medicina Centrada na Pessoa, através da presente validação da versão inglesa do questionário de Perceção de consulta em Medicina Centrada na Pessoa para o Português de Portugal.

Esta validação será também ela realizada independentemente por outros dois colegas em Tese de Mestrado da Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra, Portugal, orientados pelo Professor Doutor Luiz Santiago.

No livro “**Patient-Centered Medicine: Transforming the clinical method**” de Moira Stewart ⁸ é apresentado o questionário “**17.2. Self Assessment and Feedback on Communication With Patients: Patient Assessment**” que apresenta como objetivo a medição da percepção de quem consulta o médico quanto a ter tido consulta baseada no método. Oito itens foram significativamente associados ao objetivo medido ou a medidas de desfecho de saúde para a pessoa.

O score da versão para a pessoa atendida é a soma das respostas de cada item (que pode variar de 1 a 4) para as 9 questões. O questionário de 9 itens foi codificado de forma a que um score alto signifique uma percepção positiva para facilitar a interpretação da avaliação dos médicos, já que altos scores significam, intuitivamente, melhor desempenho. O coeficiente alfa de Cronbach para medir a confiabilidade do questionário de 9 itens para ser aplicado a pessoas é 0,800 (n = 85). A validade tem por base a origem dos itens.

Segundo a literatura médica, a Medicina Centrada na Pessoa correlaciona-se com outcomes positivos em saúde em variáveis como: satisfação do doente, saúde emocional, função, controlo da dor, capacitação, satisfação do doente e qualidade de vida.⁷

É objectivo deste trabalho a validação linguística do presente questionário para o português continental europeu, a verificação da consistência interna da validade e, secundariamente, verificar se a auto-percepção de ter tido consulta segundo o método da MCP permite obter melhor percepção de Qualidade de Vida (QoL) na população portuguesa.

IV. Métodos

Após obtenção de homologação de parecer positivo da Comissão de Ética da ARS do Centro pelo respetivo Conselho Diretivo*, realizou-se trabalho de:

1. Adaptação do Questionário de Perceção relativa à Medicina Centrada na Pessoa (PMCP) para o Português de Portugal. Realizou-se a tradução para português por dois tradutores nativos de língua portuguesa e verificou-se em painel de peritos (três médicos especialistas em Medicina Geral e Familiar) qual a melhor e mais eficaz tradução para o português em função do espírito do Inglês. Após a realização de tal tarefa foi retro-traduzido para inglês por dois tradutores nativos de língua inglesa verificando-se que a tradução regressa não tinha diferenças semânticas.

2. Realizou-se a verificação da sua compreensibilidade e grau de literacia pelo Índice de Flesh adaptado que, sendo de 85,157, permite defini-lo como de nível fácil, ao nível do 6º ano de escolaridade. A confiabilidade pelo método revelou uma confiabilidade total de $\alpha=0,739$. Os valores obtidos para os vários itens do questionário apresenta-se no Quadro I.

	Alfa de Cronbach se item excluído
1. Até que ponto o(s) motivo(s) para a consulta de hoje foram falados?	,713
2. Quão satisfeito/a está com a conversa sobre o(s) seu(s) problema(s)?	,681
3. Até que ponto o médico ouviu o que tinha a dizer?	,701
4. Até que ponto o médico lhe explicou o seu problema?	,734
5. Até que ponto falaram sobre o que cada um (médico e doente) deve fazer? (quem é responsável por tomar decisões e quem é responsável por quais aspetos do seu cuidado médico?)	,699
6. Até que ponto o médico explicou o tratamento?	,694
7. Até que ponto o médico falou consigo sobre a sua capacidade de realizar o tratamento?	,673
8. Até que ponto sente que o seu médico o/a compreendeu hoje?	,746
9. Até que ponto o médico falou consigo sobre questões pessoais ou familiares que possam afetar a sua saúde?	,801

Quadro I: Confiabilidade dos itens relativos ao questionário em MCP.

Não foi efectuado trabalho de teste re-teste por este já ter sido realizado pelos validadores iniciais do questionário em inglês. De igual forma, nas traduções já presentes para outras línguas, tal tarefa não foi realizada.

3. Trabalho de campo de validação. Aplicação dos questionários - **Questionário de Percepção relativa à Medicina Centrada na Pessoa*** e **EQ-5D validado para o Português**^{9,10} - a utentes após consulta com o médico especialista de Medicina Geral e Familiar (MGF), sendo os mesmos aplicados em sigilo, confidencialidade e anonimato por investigadores treinados em ocultação, dado que os médicos não tinham conhecimento dos dias de realização do trabalho apesar da sua unidade de prestação de cuidados de saúde ter aprovado o mesmo. Desta forma, foi salvaguardada a possibilidade da existência do viés de oportunidade.

Os questionários foram aplicados a utentes da USFAraceti, imediatamente após a saída da consulta agendada, que aceitaram e consentiram na participação do estudo bem como na utilização dos seus dados para o trabalho de análise estatística. Não foram incluídos os utentes com consulta de agudos e/ou que necessitaram apenas de cuidados de enfermagem. As respostas relativas aos utentes com idade inferior a 16 anos foram dadas pelos “tutores” responsáveis.

Aos interrogados foi solicitada informação relativa à idade, sexo, tempo de seguimento pelo médico e grau de formação académica, bem como as questões relativas à MCP e EQ-5D.

A amostra fez um total de 42 inquéritos válidos e 0 omissos, em dias arbitrariamente escolhidos no mês de agosto de 2018.

4. Análise estatística. Os dados foram analisados com recurso ao programa IBM SPSS Statistics, versão 24. Para todas as análises estatísticas, o nível máximo de significância foi fixado em 5% ou $p < 0,05$. Foi realizada estatística descritiva e inferencial, segundo a normalidade da distribuição dos dados.

* Vide anexo I e II

V. Resultados

As características epidemiológicas da amostra estudada estão apresentadas na Tabela I, para uma amostra de n=42, que corresponde a 22 indivíduos do sexo masculino e 20 do sexo feminino.

Não existem diferenças estatisticamente significativas entre as variáveis: idade e sexo do indivíduo ($p=0,831$), tempo de seguimento pelo médico e sexo do indivíduo ($p=0,688$) e entre formação académica e sexo do indivíduo ($p=0,444$).

Tabela I. Características epidemiológicas da amostra (n=42).

Variável	Característica da variável	Sexo Feminino N (%)	Sexo Masculino N (%)	P (*, **)
Idade		52,7±18,3	51,1±2,3	0,831
Tempo de seguimento pelo médico	< 5 anos	9 (45,0)	7 (31,8)	0,688
	5 a 10 anos	4 (20,0)	8 (36,4)	
	> 10 anos	7 (35,0)	7 (31,8)	
Formação académica	Até à 4ª classe	8 (40,0)	12 (54,5)	0,444
	Até ao 12º ano	8 (40,0)	6 (27,3)	
	Mais que 12ºano	4 (20,0)	4 (18,2)	

(*) t de Student; (**) U de Mann-Whitney

Na Tabela II apresenta-se as características etárias da amostra sendo de destacar a grande amplitude (idade média de 51,9 anos com uma mediana de 56,0 anos).

Tabela II. Média e desvio padrão das idades na amostra.

Idade	
Válido	42
Média	51,9
Mediana	56,0
Desvio Padrão	20,3
Mínimo	8,0
Máximo	83,0
Ic a 95%	45,5 a 58,2

Verificou-se a normalidade de distribuição da idade pelo que se usou método paramétrico, tendo sido aplicado o Teste de Kolmogorov-Smirnov, presente na Tabela III.

Tabela III. Aplicação do Teste de Kolmogorov-Smirnov à variável idade.

Idade	
Estatística do teste	0,114
Significância Assint. (Bilateral)	0,196 ^c

Depois da descrição da amostra, seguem-se os resultados meramente descritivos relativos às respostas no questionário de MCP, presentes na seguinte tabela de frequência (Tabela IV). É de salientar terem sido obtidas maioritariamente respostas: “Completamente” e “Parcialmente”.

Tabela IV. Descrição dos resultados em MCP.

Questão MCP	Resposta	Frequência n (%)
1. Até que ponto o(s) motivo(s) para a consulta de hoje foram falados?	Completamente	37 (88,1)
	Parcialmente	4 (9,5)
	Um pouco	1 (2,4)
	Nada	0 (0)
2. Quão satisfeito/a está com a conversa sobre o(s) seu(s) problema(s)?	Completamente	37 (88,1)
	Parcialmente	4 (9,5)
	Um pouco	1 (2,4)
	Nada	0 (0)
3. Até que ponto o médico ouviu o que tinha a dizer?	Completamente	40 (95,2)
	Parcialmente	1 (2,4)
	Um pouco	1 (2,4)
	Nada	0 (0)
4. Até que ponto o médico lhe explicou o seu problema?	Completamente	35 (83,3)
	Parcialmente	7 (16,7)
	Um pouco	0 (0)
	Nada	0 (0)
5. Até que ponto falaram sobre o que cada um (médico e doente) deve fazer? (quem é responsável por tomar decisões e quem é responsável por quais aspetos do seu cuidado médico?)	Completamente	32 (76,2)
	Parcialmente	8 (19,0)
	Um pouco	1 (2,4)
	Nada	1 (2,4)
6. Até que ponto o médico explicou o tratamento?	Completamente	36 (85,7)
	Parcialmente	5 (11,9)
	Um pouco	1 (2,4)
	Nada	0 (0)
7. Até que ponto o médico falou consigo sobre o quão viável este tratamento é para si? Ele/Ela falou sobre isto...	Completamente	30 (71,4)
	Parcialmente	11 (26,2)
	Um pouco	1 (2,4)
	Nada	0 (0)
8. Até que ponto sente que o seu médico o/a compreendeu hoje?	Completamente	36 (85,7)
	Parcialmente	6 (14,3)
	Um pouco	0 (0)
	Nada	0 (0)
9. Até que ponto o médico falou consigo sobre questões pessoais ou familiares que possam afetar a sua saúde?	Completamente	17 (40,5)
	Parcialmente	17 (40,5)
	Um pouco	3 (7,1)
	Nada	5 (11,9)

Apresenta-se na Tabela V a descrição dos resultados em EQ-5D, sendo de realçar que a maioria da amostra não apresenta problemas, exceto em “Dor/Mal estar” e “Ansiedade/Depressão”.

Tabela V. Descrição dos resultados em EQ-5D.

Questão EQ-5D		Frequência N (%)
Mobilidade	Sem problemas	29 (69,0)
	Problemas intermédios	13 (31,0)
	Grandes problemas	0 (0)
Cuidados pessoais	Sem problemas	38 (90,5)
	Problemas intermédios	4 (9,5)
	Grandes problemas	0 (0)
Atividades habituais	Sem problemas	34 (81,0)
	Problemas intermédios	7 (16,7)
	Grandes problemas	1 (2,4)
Dor / Mal estar	Sem problemas	16 (38,1)
	Problemas intermédios	20 (47,6)
	Grandes problemas	6 (14,3)
Ansiedade / Depressão	Sem problemas	23 (54,8)
	Problemas intermédios	12 (28,6)
	Grandes problemas	7 (16,7)

Na Tabela VI apresenta-se os resultados relativos à frequência e percentagem do somatório das respostas relativas ao questionário de EQ-5D. O questionário avalia 5 dimensões, sendo que a cada dimensão pode corresponder um valor de 1, 2 ou 3. O score EQ-5D pode variar entre 5 a 15, correspondendo a um baixo score melhores resultados.

Tabela VI. Frequência e percentagem do somatório das respostas relativas ao EQ-5D, tendo sido considerado: Sem problemas (1), Problemas intermédios (2) e Grandes problemas (3).

		Frequência	Percentagem válida
Válido	5,00	10	23,8
	6,00	14	33,3
	7,00	4	9,5
	8,00	4	9,5
	9,00	4	9,5
	10,00	4	9,5
	11,00	1	2,4
	13,00	1	2,4
	Total	42	100,0

Na Tabela VII são mostrados os resultados quanto à pergunta relativa à comparação do estado atual de saúde com o do ano transato que, para 23,8% da amostra, é melhor.

Tabela VII. Percepção subjetiva do estado de saúde do indivíduo comparado com o do ano transato.

		Frequência	Percentagem válida
Válido	Melhor	10	23,8
	O mesmo	25	59,5
	Pior	7	16,7
	Total	42	100,0

A avaliação da escala da Qualidade de Vida no dia do preenchimento, EQVAS, está presente na Tabela VIII. Os resultados são consistentes com a respostas ao EQ-5D.

Tabela VIII. Percepção subjetiva do estado de saúde no dia da consulta. A escala varia entre 0 (zero) a 100 (cem), sendo “0” considerado o pior estado de saúde imaginável e “100” o melhor estado de saúde imaginável.

		Frequência	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
EQVAS	25,00	1	2,4	2,4
	30,00	3	7,1	9,5
	40,00	1	2,4	11,9
	45,00	2	4,8	16,7
	50,00	8	19,0	35,7
	60,00	5	11,9	47,6
	65,00	1	2,4	50,0
	70,00	2	4,8	54,8
	75,00	2	4,8	59,5
	80,00	1	2,4	61,9
	85,00	5	11,9	73,8
	90,00	6	14,3	88,1
	95,00	4	9,5	97,6
	99,00	1	2,4	100,0
	Total	42	100,0	

Após a descrição dos resultados, apresenta-se a análise inferencial da confiabilidade e consistência interna. Com uma confiabilidade geral de 0,739, verifica-se na estatística de item-total relativa ao questionário de MCP uma excelente confiabilidade de cada pergunta, segundo a Tabela IX.

Tabela IX. Estatística item-total relativa ao questionário de MCP.

Estatísticas de item-total				
	Média de escala se o item for excluído	Variância de escala se item excluído	Correlação de item total corrigida	Alfa de Cronbach se o item for excluído
MCP1	29,800	6,400	0,457	0,713
MCP2	29,786	5,929	0,689	0,681
MCP3	29,714	6,355	0,599	0,701
MCP4	29,810	6,792	0,289	0,734
MCP5	29,952	5,559	0,505	0,699
MCP6	29,810	6,060	0,582	0,694
MCP7	29,952	5,607	0,665	0,673
MCP8	29,786	7,051	0,174	0,746
MCP9	30,548	5,376	0,255	0,801

Não havendo normalidade na distribuição de MCP e de EQ-5D, segundo a Tabela X, fez-se estatística não paramétrica.

Tabela X. Análise não paramétrica da amostra relativa à distribuição de MCP e EQ-5D.

Teste de Kolmogorov-Smirnov da amostra			
		MCP Total	EQ5DTotal
N		42	42
Parâmetros normais^{a,b}	Média	33,643	7,000
	Desvio Padrão	2,706	1,988
Diferenças Mais Extremas	Absoluto	0,217	0,264
	Positivo	0,217	0,264
	Negativo	-0,195	-0,157
Estatística do teste		0,217	0,264
Significância Assint. (Bilateral)		<,001	<0,001

Na Tabela XI são mostrados a média e desvio-padrão do somatório das respostas relativas aos questionários EQ-5D e média e desvio-padrão por cada resposta de MCP, analisadas por sexo. De salientar as diferenças para as respostas ao EQ-5D Total, sendo que ao sexo feminino correspondem piores resultados.

Tabela XI. Média e desvio-padrão do somatório das respostas relativas aos questionário de EQ-5D e média e desvio-padrão por cada resposta de MCP, analisadas por sexo.

Estatísticas de grupo					
	Sexo	N	Média	Desvio Padrão	p
EQ5DTotal	Feminino	20	8,0	2,2	0,002
	Masculino	22	6,1	1,3	
MCP	Feminino	20	3,8	0,4	0,867
	Masculino	22	3,8	0,2	

Segundo a formação acadêmica não se demonstraram diferenças significativas para MCP nem para EQ-5D (Tabela XII), o mesmo se verificando por tempo de seguimento para MCP e EQ-5D (Tabela XIII). A exceção surge relativamente à questão 8 de MCP para a formação acadêmica, que apresenta um $p=0,044$ (Tabela XIV).

Tabela XII. Teste de Kruskal Wallis: análise da variável formação acadêmica relativa a MCPTotal e EQ5D Total.

Estatísticas de teste		
	MCP Total	EQ5D Total
Qui-quadrado	5,353	2,279
gl	2	2
Significância Assint.	,069	,320

Tabela XIII. Teste de Kruskal Wallis: análise da variável tempo de seguimento relativa a MCP Total e EQ5-D Total.

Estatísticas de teste		
	MCP Total	EQ5D Total
Qui-quadrado	1,762	5,192
gl	2	2
Significância Assint.	,414	,075

Tabela XIV. Teste de Kruskal Wallis: análise da variável formação académica por questão de MCP.

Estatísticas de teste										
	MCP 1	MCP 2	MCP 3	MCP 4	MCP 5	MCP 6	MCP 7	MCP 8	MCP 9	MCP Total
Qui- quadrado	2,153	1,982	1,641	,485	,749	,748	,319	6,264	1,108	1,762
GI	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
Significância Assint.	0,341	0,371	0,440	0,785	0,688	0,688	0,853	0,044	0,575	0,414

Apresenta-se na Tabela XV a relação entre a questão 8 de MCP e a variável formação académica, que evidencia que é mais satisfatória a resposta para menor formação académica.

Tabela XV. Tabulação cruzada MCP8 com a variável formação acadêmica

Formação acadêmica		Até à 4ª classe N (%)	Até 12º ano N (%)	> 12º ano N (%)	Total
MCP 8*	Completamente	20 (55,6)	10 (27,8)	6 (16,7)	36 (100)
	Parcialmente	0 (0,0)	4 (66,7)	2 (33,3)	6 (100)
Total		20 (47,6)	14 (33,3)	8 (19,0)	42 (100)

* “Um pouco” e “Nada” corresponderam a 0 (0,0%) das respostas relativas a esta questão.

Verifica-se correlação positiva fraca e significativa entre MCP Total e EQ5D Total (**p=0,046** e **p=0,309**), apresentada na Tabela XVI.

Tabela XVI. Correlação entre os scores de MCP Total e EQ-5D Total.

Correlações		
	MCP Total	EQ5D Total
Correlação de Pearson	1	,309*
MCP Total		,046
N	42	42

*. A correlação é significativa no nível 0,05 (bilateral).

VI. Discussão

Doença e enfermidade encontram-se frequentemente associadas, tendo forte impacto na qualidade de vida da pessoa. Quando um indivíduo se dirige à consulta não é só “a doença” que o impele a procurar cuidados médicos mas também a enfermidade, experiência puramente subjetiva, mas com um papel igualmente relevante.¹¹ Ocasionalmente, surge mesmo como “queixa principal”.

Assim, a grande maioria das pessoas (sobretudo os mais jovens) parece preferir a MCP, que dá ênfase à experiência subjetiva do indivíduo, em detrimento do modelo biomédico. No entanto, uma proporção significativa identifica-se com este último.¹² Contudo, sendo a MCP um método centrado nas intenções e experiências do indivíduo, não existem formalmente “contra-indicações” ao seu uso uma vez que, aos doentes com preferência por um modelo mais biomédico, o médico adaptará um discurso de encontro a esses ideais.

Com este trabalho, foi realizada a validação do questionário da perceção do indivíduo relativa à em consulta em MCP para a língua portuguesa (falada em Portugal). A partir deste momento, será possível aplicá-lo em ambiente de consulta e utilizá-lo como instrumento de medida em futuras investigações ou até como modelo de feedback para o médico que pratica uma consulta baseada em MCP. Por outro lado, os resultados relativos à correlação positiva entre MCP e EQ-5D totais, reforçam a importância da aplicação sistematizada do método de MCP em consulta e na assistência médica, por comprovadamente melhorarem a perceção do indivíduo do seu problema, doença e enfermidade, e como tal, influenciarem positivamente a perceção da sua qualidade de vida, conclusões corroboradas pela literatura existente.^{13,14} Importa, desta forma, divulgar e fomentar a aprendizagem e execução de uma Medicina “mais” Centrada na Pessoa em todos os profissionais de saúde: médicos, enfermeiros, técnicos e assistentes.

No caso da diferença estatisticamente significativa entre sexo e score no EQ-5D, o sexo masculino revelou resultados superiores ao feminino, conclusões que se encontram de acordo com a literatura.¹⁵ No entanto, a relação sexo e score em MCP demonstrou não existirem diferenças estatisticamente significativas. Este resultado pode ser explicado à luz de uma questão cultural, psicológica, biológica ou multifatorial. Tendo homens e mulheres exatamente a mesma experiência em termos de consulta em MCP, ambos estarão igualmente conscientes desse facto mas tirarão conclusões diferentes relativas ao impacto no seu bem-estar e, em última análise, na sua qualidade de vida.¹⁶

MCP e EQ5D aparentam não ser influenciadas pelo tempo de seguimento pelo médico e/ou formação académica do indivíduo, exceto no que diz respeito à questão 8 de MCP para a variável “Formação Académica”. Este resultado parece ser algo contraditório à crença atual, corroborada por WEISS, L. J. E BLUSTEIN, J. (1996),¹⁷ de que o seguimento longitudinal pelo mesmo médico culmina numa melhor relação médico-doente o que, em última análise, se poderia considerar como fatores responsáveis pela perceção mais positiva tanto da consulta como da qualidade de vida por parte do indivíduo. Aliás, é neste pressuposto que assenta o seguimento longitudinal em consulta de Medicina Geral e Familiar em Portugal. Curiosamente, indivíduos com formação académica superior apresentam resultados semelhantes aos seus pares com menor formação nos demais domínios de MCP, no entanto, sentem-se menos compreendidos pelo seu médico.¹⁸ Este facto poderá dever-se a uma maior aptidão para compreender a consulta, diagnósticos e atos médicos, contudo, percecionando eventuais “falhas” de compreensão e apoio por parte dos profissionais de saúde. A palavra compreensão tem uma dimensão obviamente lata, o que determina uma certa dificuldade em questionar a que género de “incompreensão” se referem os indivíduos. Em suma, aparenta ser mais importante a aplicação correta do método em MCP em consulta do que o tempo de seguimento e/ou formação académica do indivíduo.

Relativamente às limitações do trabalho, importa referir o número relativamente reduzido da amostra. Um maior número de respostas permitiria aumentar a robustez do estudo e, eventualmente, culminar em correlações estatisticamente mais relevantes.

Outro facto, inerente à própria necessidade técnica do estudo, prende-se com a realização do questionário pós consulta. Surge uma noção de “falta de tempo” ou de respostas “pouco pensadas”, que se podem traduzir em resultados confundentes e dificilmente objetiváveis. Por outro lado, ao ser realizado sem conhecimento dos médicos especialistas, foi evitado o viés de oportunidade, que se poderia traduzir por respostas falsamente “mais positivas”.

Igualmente importante poderá ser a influência de quem consulta. Terão consultas com doente e profissional de saúde de sexos opostos melhores scores de MCP e/ou EQ-5D? Terão as idades de quem consulta influência na empatia gerada e, portanto, nos resultados dos questionários? Serão os profissionais recém-especialistas a praticar uma medicina mais centrada na pessoa ou os profissionais mais experientes? Estas questões abrem possibilidades para futuras investigações.

VII. Conclusão

O questionário de perceção de Medicina Centrada na Pessoa obtém validação para o Português de Portugal, com nível de confiabilidade de 0,739. Verificou-se correlação positiva entre os scores totais de MCP e EQ-5D ($p=0,046$ e $p=0,309$).

Recomenda-se alargar a dimensão da amostra de forma a aumentar a robustez dos resultados.

VIII. Agradecimentos

Um obrigado a todos os que participaram no questionário e aos que apoiaram na tradução.

Agradeço à minha família e amigos pelo apoio incondicional em toda esta jornada. Pela presença e prontidão. Pelo carinho e alegria com que me presenteiam todos os dias.

Um enorme obrigado ao Professor Doutor Luiz Santiago, orientador da tese. Pelo auxílio constante, método e diligência.

À faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, docentes, discentes e colegas de curso, que fazem desta uma universidade melhor, um grande obrigado!

A Coimbra, eterna cidade... um FRA!

IX. Referências

1. Schofield T. Patient-Centered Medicine: Transforming the Clinical Method. *BMJ*. 1995;311(7019):1580.
2. Engel G. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*. 08 Apr 1977;Vol. 196(Issue 4286):pp. 129-36.
- 3-5. Brown JB, Stewart MA, McCracken EC, et al. Patient-centered clinical method II. Definition and application. *Fam Pract*. 1986; 3(2): 75–9.
6. Grande Dicionário Língua Portuguesa Acordo Ortográfico. (2010). 2nd ed. ISBN: 978-972-0-01565-5: Porto Editora.
7. Groves J. International Alliance of Patients' Organizations perspectives on person-centered medicine. *International Journal of Integrated Care*. 2010;10(5).
8. Moira Stewart M, I; Freeman T e Justine Bell Brown. *Patient-Centered Medicine: Transforming the clinical method*. 3rd edition;ed2014.
9. Brooks R. EuroQoL: the current state of play. *Health Policy*. 1996;37:53- 72.
10. EuroQoL Group. EuroQol – A new facility for the measurement of healthrelated quality of life. *Health Policy*. 1990;16:199-208.
11. Wikman A, Marklund S, Alexanderson K. Illness, disease, and sickness absence: an empirical test of differences between concepts of ill health. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 2005;59(6):450-4.
12. Swenson SL, Buell S, Zetter P, White M, Ruston DC, Lo B. Patient-centered communication; do patients really prefer it?. *J Gen Intern Med*. 2004;19:1069–79.

13. J.W.M. Aarts, A.G. Huppelschoten, I.W.H. van Empel, J. Boivin, C.M. Verhaak, J.A.M. Kremer, W.L. Nelen. How patient-centred care relates to patients' quality of life and distress: a study in 427 women experiencing infertility, *Human Reproduction*, Volume 27, Issue 2, 1 February 2012, pp 488-95.
14. Rathert, C., Wyrwich, M. D., & Boren, S. A.. Patient-Centered Care and Outcomes: A Systematic Review of the Literature. *Medical Care Research and Review*, 2013;70(4), 351–79.
15. Reenen, M. and Janssen, B. (2015). EQ-5D-5L User Guide Basic information on how to use the EQ-5D-5L instrument. [online] Euroqol.org. Available at: https://euroqol.org/wp-content/uploads/2016/09/EQ-5D-5L_UserGuide_2015.pdf [Accessed 20 Sep. 2018].
16. Guallar-Castillón P, Redondo Sendino Á, Banegas J, López-García E, Rodríguez-Artalejo F. Differences in quality of life between women and men in the older population of Spain. *Social Science & Medicine*. 2005;60(6):1229-1240.
17. Weiss L, Blustein J. Faithful patients: the effect of long-term physician-patient relationships on the costs and use of health care by older Americans. *American Journal of Public Health*. 1996;86(12):1742-1747.
18. Rademakers J, Delnoij D, Nijman J, Boer DD. Educational inequalities in patient-centered care: patients preferences and experiences. *BMC Health Services Research*. 2012;12(1).

X. Anexos

I. Questionário aplicado após consulta



FMUC FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE DE COIMBRA

MEDICINA CENTRADA NA PESSOA: VALIDAÇÃO CONCORRENTE COM QUALIDADE DE VIDA

Este questionário destina-se à realização de um **estudo de validação de uma escala** que permita perceber se a consulta de que saiu decorreu segundo o **método da Medicina centrada na Pessoa** e é acerca da forma como decorreu a consulta de que acaba de sair. O que lhe vamos perguntar tem a ver com a consulta e como julga que ela foi executada pedindo-se que responda a dois pequenos questionários que poderão demorar **cerca de 4 minutos a responder. Ninguém saberá quem respondeu nem como respondeu pois não fica identificada(o).**

Caso aceite ser-lhe-à dado o questionário que deverá responder sozinha(o). Caso tenha alguma dificuldade o entrevistador poderá ajudar. Vamos-lhe pedir que preencha o Questionário sobre “Perceção de Consulta Centrada na Pessoa” e ainda a algumas outras questões quer de caracterização de quem responde, como o sexo, a idade, a formação académica, o tempo de conhecimento do médico, a sua qualidade de vida, a empatia que sente com o médico e a forma como saiu da consulta sendo usados “Perceção de Consulta Centrada na Pessoa” e um questionário sobre Qualidade de Vida - “EQ5D-3L”. A sua participação é totalmente voluntária, podendo o utente interromper a realização do inquérito a qualquer momento.

Os dados obtidos são completamente confidenciais e serão utilizados unicamente com o propósito de análise das variáveis deste estudo. A entrega do questionário preenchido pelo utente ao investigador pressupõe o consentimento para que as suas respostas sejam alvo de tratamento estatístico neste estudo.

Li e aceito participar tendo sido informada(o) acerca das minhas dúvidas.

_____, __/__/____

Assinatura

Idade: _____

Género: Feminino Masculino

Tempo de consulta com o médico: Menos que 5 anos Entre 5 a 10 anos Mais que 10 anos

Formação académica: Até à 4ª classe Até ao 12º ano Mais que 12º ano

Autoavaliação e feedback sobre a comunicação com os doentes: avaliação do doente.

Por favor, assinale a resposta com que mais concorda quanto à consulta de hoje com o seu médico.

Afirmação	Concordância			
	Completamente	Parcialmente	Um pouco	Nada
Até que ponto o(s) motivo(s) para a consulta de hoje foram falados?				
Quão satisfeito/a está com a conversa sobre o(s) seu(s) problema(s)?				
Até que ponto o médico ouviu o que tinha a dizer?				
Até que ponto o médico lhe explicou o seu problema?				
Até que ponto falaram sobre o que cada um (médico e doente) deve fazer? (quem é responsável por tomar decisões e quem é responsável por quais aspetos do seu cuidado médico?)				
Até que ponto o médico explicou o tratamento?				
Até que ponto o médico falou consigo sobre o quão viável este tratamento é para si? Ele/Ela falou sobre isto...				

Até que ponto sente que o seu médico o/a compreendeu hoje?				
Até que ponto o médico falou consigo sobre questões pessoais ou familiares que possam afetar a sua saúde?				

EQ-5D

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

Mobilidade	Não tenho problemas em andar	1
	Tenho alguns problemas em andar	2
	Tenho de estar na cama	3
Cuidados Pessoais	Não tenho problemas em cuidar de mim	1
	Tenho alguns problemas a lavar-me ou vestir-me	2
	Sou incapaz de me lavar ou vestir sozinho/a	3
Atividades Habituais (ex. trabalho, estudos, atividades domésticas, atividades em família ou de lazer)	Não tenho problemas em desempenhar as minhas atividades habituais	1
	Tenho alguns problemas em desempenhar as minhas atividades habituais	2
	Sou incapaz de desempenhar as minhas atividades habituais	3

Dor / Mal Estar	Não tenho dores ou mal estar	1
	Tenho dores ou mal estar moderados	2
	Tenho dores ou mal estar extremos	3
Ansiedade / Depressão	Não estou ansioso/a ou deprimido/a	1
	Estou moderadamente ansioso/a ou deprimido/a	2
	Estou extremamente ansioso/a ou deprimido/a	3

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

Melhor____1

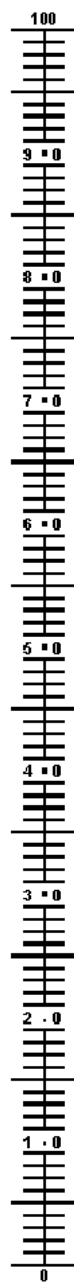
O mesmo____ 2

Pior____3

Para ajudar as pessoas a classificarem o seu estado de saúde, desenhámos uma escala (semelhante a um termómetro) na qual o melhor estado de saúde que possa imaginar é marcado por 100 e o pior estado de saúde que possa imaginar é marcado por 0.

Gostaríamos que indicasse nesta escala qual é hoje, na sua opinião, o seu estado de saúde. Por favor, desenhe uma linha a partir do retângulo que se encontra à esquerda, até ao ponto da escala que melhor classifica o seu estado de saúde hoje.

O melhor estado de
saúde imaginável



O pior estado de
saúde imaginável

O seu estado de
saúde hoje

MUITO OBRIGADO!

II. Aprovação do trabalho pela Comissão de Ética



COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

<p>PARECER FINAL:</p> <p><i>Favorece</i></p>	<p>DESPACHO:</p> <p><i>Assinatura</i> <i>24/5/2018</i></p> <p>Conselho Diretivo da A.R.S. do Centro, I.P.</p> <p><i>Assinatura</i> Dr. Rosa Reis Marques Presidente,</p>
<p>ASSUNTO:</p>	<p><i>34/2018 - Medicina centrada na Pessoa e a validade Populacional de instrumentos de Medicina pela pessoa</i></p> <p><i>Assinatura</i> Dr. Mário Ruivo Vogal,</p>

Projecto que não viola as regras éticas

O Relator
Assinatura
(Prof. Dr. Bate Marques)

O Presidente da CES
Assinatura
(Prof. Dr. Fontes Ribeiro)