



FMUC FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE DE COIMBRA

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA – TRABALHO FINAL

ANA RITA MOREIRA FRADIQUE VALENTE

***IMPACTO DA AUTOPERCEÇÃO DA MEDICINA CENTRADA NA
PESSOA EM INDICADORES DE SAÚDE***

ARTIGO CIENTÍFICO

ÁREA CIENTÍFICA DE MEDICINA GERAL E FAMILIAR

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

MARÇO DE 2019

IMPACTO DA AUTOPERCEPÇÃO DA MEDICINA CENTRADA NA PESSOA EM INDICADORES DE SAÚDE

Ana Rita Moreira Fradique Valente¹, Professor Doutor Luiz Miguel Santiago²

1. Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra, Portugal
2. Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra, Portugal

Professor Doutor Luiz Miguel Santiago
Azinhaga de Santa Comba, 3000-548 Coimbra
luizmiguel.santiago@gmail.com

Março 2019

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

Índice

Abreviaturas	4
Resumo	5
Abstract	7
Introdução	9
Materiais e Métodos	11
Resultados	13
Conclusão	21
Agradecimentos	22
Referências Bibliográficas	23
Anexo I - Questionário	24

Abreviaturas

ACeS – Agrupamento de Centros de Saúde

ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde

ARS – Centro – Administração Regional de Saúde do Centro

GP – General Practitioners

MCDT – Meios complementares de diagnóstico e terapêutica

MCP – Medicina Centrada na Pessoa

MGF – Medicina Geral e Familiar

PCM – Patient Centred Medicine

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

USF – Unidade de Saúde Familiar

USF-A – Unidade de Saúde Familiar A

USF-B – Unidade de Saúde Familiar B

Resumo

Introdução: A Medicina Centrada na Pessoa (MCP) é um método que avalia o doente como um todo. Este método está dividido em 4 componentes principais (Explorando a Saúde, a doença e a Experiência de doença; Entendendo a Pessoa como um Todo; Elaborando um Plano Conjunto de gestão de problemas; Intensificação da relação entre a Pessoa e o médico). Anualmente são publicados Indicadores dos Cuidados de Saúde Primários compilados pela Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS) que permitem uma aferição de diversos componentes da prática médica diária dos Médicos de Medicina Geral e Familiar.

Objetivo: Avaliar a relação entre a autopercepção médica de praticar o método centrada na pessoa (MCP) e como tal se relaciona com os indicadores de saúde da ACSS.

Tipo de Estudo: Observacional.

Métodos: O questionário de MCP foi enviado a 482 médicos de Medicina Geral e Familiar que trabalham quer em Unidade de Saúde Familiar (USF) A ou B ou Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) da ARS-Centro, no ACeS Baixo Mondego. Solicitaram-se os indicadores individuais de saúde a que, os médicos não acederam no seu fornecimento, assim a autora utilizou os indicadores de cada tipo de unidade do ACeS, dados estes fornecidos pela própria unidade. Realizou-se estatística descritiva e inferencial não-paramétrica pelos testes U de Mann-Whitney e Kruskal-Wallis dos dados obtidos.

Resultados: A amostra é constituída na sua maioria por médicas (75,9%). Nas respostas ao questionário sobre MCP percebeu-se que apenas a média dos capítulos e MCP total tinha distribuição normal. Por tipo de unidade percebem-se diferenças significativas para a média do Capítulo 2 e os indicadores medidos. A comparação entre a pontuação global de autopercepção de praticar MCP e os vários indicadores medidos não mostra diferenças estatisticamente significativas. Tendencialmente as unidades USF obtiveram melhores resultados no Capítulo 2 – “Entendendo a Pessoa como um todo” (MCP) e melhores resultados nos indicadores, exceto no indicador “número total de consultas”.

Discussão: Nesta amostra não houve diferenças significativas nos dados em função do sexo. Ademais, verificou-se uma relação entre os indicadores de saúde e a autopercepção de realizar MCP, sendo que, as unidades USF, que têm maior média no Capítulo 2 – “Entendendo a Pessoa como um todo”, apresentaram melhores resultados na generalidade dos indicadores, o que pode ser explicado pela forma de funcionamento destas unidades. Para além disso, não se conseguiram inferir diferenças entre a pontuação global do questionário MCP e os vários indicadores medidos. Por último, verificou-se, em relação aos

indicadores de saúde e a medicina praticada em cada modelo organizativo, que a UCSP tem na generalidade piores indicadores de saúde, mas maior “número de consultas”, o pode ser devido à forma de organização da unidade.

Conclusão: Na amostra em estudo, os médicos da unidade USF percecionam maior realização de MCP (Capítulo 2 – “Entender a pessoa como um todo”) e apresentam genericamente melhores indicadores de Saúde. A UCSP apesar de apresentar piores indicadores de saúde, é a unidade que realiza “maior número de consultas”.

Palavras-chave: Medicina Geral e Familiar, Medicina Centrada na Pessoa, Questionários, Cuidados de Saúde Primários, Indicadores de Saúde ACSS.

Abstract

Background: The Patient-Centred Medicine (PCM) is a method that evaluates the person as a whole. This method is divided in 4 main components (Exploring health, disease and illness experience; Understanding the person as a whole; Developing a problem management plan together; Enhancing the doctor -patient relationship). Annually, the endpoints are published by the Administração Central dos Sistemas de Saúde (ACCS), data from Portuguese health Ministry, that gather a health assessment of the General Practitioners (GP).

Objectives: To evaluate the relationship between the medical self-perception of practicing the PCM and the healthcare endpoints provided by ACSS.

Design: Observational.

Methods: The PCM questionnaire was sent to 482 family/general doctors, that belong to 3 different types of primary care unities (USF-A, USF-B e UCSP) from ACeS Baixo Mondego. Individual health endpoints were requested, which the doctors did not access in their supply, so the author used the endpoints of each type of primary care unity of the ACeS, given by the unit itself. Descriptive and non-parametric inferential statistics were performed by the Mann-Whitney and Kruskal-Wallis U tests of the obtained data.

Results: The sample consisted mostly of female doctors (75.9%). In the responses to the PCM questionnaire it was noticed that only the mean of the chapters and total PCM had normal distribution. By type of unit significant differences are observed for the mean of Chapter 2 and the measured indicators. The comparison between the overall self-perception score of practicing PCM and the various measured indicators does not show statistically significant differences. USF units tended to perform better in Chapter 2 – "Understanding the person as a whole" and had better results on endpoints, except for the "total number of consultations".

Discussion: In this sample, there were no statistically significant differences in the data according to sex. In addition, there was a relationship between health indicators and the self-perception of PCM, with the USF units with the highest mean in Chapter 2 – "Understanding the person as a whole" presented better results in most of the indicators. That can be explained by the organization of these units. Furthermore, it was not possible to infer differences between the overall PCM questionnaire score and the various measured indicators. Finally, in relation to the health endpoints and the medicine practiced in each organizational model, UCSP has generally worse health indicators, but a greater "number of consultations" can be due to the organization of the unit.

Conclusions: In the sample, physicians at the USF unit perceive greater achievement of PCM (Chapter 2 – "Understanding the person as a whole") generally present better health indicators. The UCSP, despite presenting worse health indicators, is the unit that performs "Greater number of consultations".

Keywords: General/Family Practice, Patient Centred Medicine, Questionnaires, Healthcare Endpoints.

Introdução

Desde do século XX que há um privilégio do método clínico centrado na doença relativamente à medicina centrada na pessoa (MCP). Mas, na última década, tem havido uma mudança de paradigma, parecendo haver mais investimento no método centrado no doente, em detrimento do método clínico centrado na doença.

A medicina centrada na pessoa é definida atualmente por Stewart *et al.*⁽¹⁾, mas a sua origem remonta à Grécia Antiga. Este método permite aliar a componente teórica e técnica, do método clínico, ao ser humano no seu todo e às suas vivências (da saúde, da doença e da experiência de doença).

Neste momento, no contexto de cuidados de Saúde Primários, a MCP é definida por quatro componentes base:

- Explorando a Saúde, a doença e a Experiência de doença (história clínica e exame objetivo, perceções e experiência de saúde (cada pessoa é única));
- Entendendo a Pessoa como um Todo (entender a pessoa, o contexto próximo e o contexto amplo);
- Elaborando um Plano Conjunto de gestão de problemas (prioridades e problemas, definição do papel do médico e da pessoa);
- Intensificação da relação entre a Pessoa e o médico (compaixão, empatia, cura e esperança, autoconfiança).

Este método, se implementado no dia-a-dia da prática médica, permite uma melhor satisfação dos doentes perante os cuidados de saúde, um melhor controlo sobre o que sobre si é decidido em relação à sua saúde e doença e, ainda, um menor recurso aos cuidados de saúde.^(1,4) Para além disso, há estudos que demonstram que a formação dos estudantes e médicos nesta temática, desde cedo, é fundamental para uma melhor comunicação médico-doente.⁽²⁾

Os Indicadores dos Cuidados de Saúde Primários⁽⁵⁾ compilados pela Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS), publicados regularmente, são dados objetivos relativamente a cada médico e a cada unidade. Estes dados avaliam um largo espectro de competências processuais médicas (prescrição, número de consultas, entre outras) que permitem aferir o que é feito por um médico ao longo de um ano e, ainda, reflexão do mesmo sobre a sua prática.

Neste sentido, surgiu este estudo com os objetivo de permitir compreender se há alguma relação entre a autopercepção de praticar medicina segundo a MCP e alguns indicadores utilizados na prática médica e fornecidos pela ACSS, com a perspectiva de que quanto mais o médico pensa aplicar este método, melhores indicadores este médico terá, uma vez que compreenderá melhor os seus doentes, ouvi-los-á mais e adaptará o plano a realizar às suas necessidades e vontades.

Este é trabalho inovador, uma vez que não há na comunidade científica dados sobre a relação entre a autopercepção da realização de MCP e os indicadores de saúde.

Assim, o objetivo deste estudo é avaliar a relação entre a autopercepção dos médicos na aplicação do método centrado na pessoa e como isso influencia os seus indicadores de saúde.

Materiais e Métodos

Desenho do Estudo

Realizou-se estudo observacional com recolha de dados em todos os tipos de Unidades de Prestação de Cuidados de Saúde em Medicina Geral e Familiar (MGF): Unidade de Saúde Familiar (USF) modelo A e modelo B e Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) da área da Administração Regional de Saúde do Centro (ARS-Centro).

População e amostra

Para a realização do estudo, os médicos especialistas em MGF do Agrupamento de Centros de Saúde (ACeS) Baixo Mondego foram convidados a responder a questionário “on-line” no período compreendido entre outubro e novembro de 2018.

Para efeitos de amostragem foram convidados 482 médicos para colaborarem.

Foi aplicado o questionário sobre “Autopercepção de prática de Medicina Centrada na Pessoa (MCP)”⁽⁶⁾ (Anexo I) que permite aferir a opinião do médico sobre a sua realização de MCP durante as suas consultas e feita caracterização epidemiológica, tipo de unidades prestadora de cuidados de saúde primários em que trabalha e sexo – feminino ou masculino – e, ainda, os valores de 4 indicadores contratualizados e disponíveis para o médico: Despesa de medicamentos prescritos por utente utilizador (preço de venda ao público) – Indicador 2013.070.01 (doravante designado “preço por utente com medicamentos”), Despesa de meios complementares de diagnóstico e terapêutica (MCDT) prescritos por utente utilizador (preço convencionado) – Indicador 2013.071.01 (doravante designado “preço por utente com MCDT”), Proporção de consultas realizadas pelo respetivo médico de família – Indicador 2013.002.01 (doravante designado “número de consultas”) e Taxa de utilização global de consultas médicas – Indicador 2013.006.01 (doravante designado “número de diferentes doentes em consulta”).

Tratamento e análise de dados

Os dados foram tratados com recurso ao *software* “Statistical Package for Social Science (SPSS), versão 25.0” através de estatística descritiva e inferencial Não-paramétrica, U de Mann-Whitney e Kruskal-Wallis.

Considerações éticas e legais

Para a realização deste estudo foi obtido o parecer positivo da Comissão de Ética da Administração Regional de Saúde do Centro (ARS-Centro). A confidencialidade de todas as informações recolhidas no questionário recolhido foi garantida através da não identificação dos questionários.

Resultados

O questionário “Autopercepção de prática de Medicina Centrada na Pessoa (MCP)” foi enviado a 482 médicos e respondido por 187 médicos MGF (38,8% dos convites enviados) e 75,9% do sexo feminino, refletindo a distribuição da população, segundo a Tabela I.

Tabela I – Distribuição dos questionários por tipo de Unidade de Cuidados de Saúde Primários do ACeS Baixo Mondego e a sua distribuição por sexo.

			Sexo (*)		Total
			Homem	Mulher	
Unidade	UCSP	Contagem	13	51	64
		% em sexo	28,9%	35,9%	34,2%
	USF-A	Contagem	28	75	103
		% em sexo	62,2%	52,8%	55,1%
	USF-B	Contagem	4	16	20
		% em sexo	8,9%	11,3%	10,7%
Total		Contagem	45	142	187
		% em sexo	24,1%	75,9%	100,0%

(*) $p=0,593$ U de Mann-Whitney

A tabela II mostra a distribuição dos dados numéricos que não é normal nos diversos itens que foram avaliados no questionário de MCP (Capítulo 1, 2, 3 e 4) e nos indicadores avaliados, nesta tabela foi aplicado o teste Kolmogorov-Smirnov. De notar que, apenas a média dos capítulos e MCP total têm distribuição normal. Recorreu-se a estatística inferencial não paramétrica, que para manter a coerência foi mantida em todas as variáveis, apesar da discreta perda de potência na análise destas duas variáveis.

Tabela II – Teste de Kolmogorov- Smirnov aplicado aos diversos indicadores avaliados.

	Capítulo 1	Capítulo 2	Capítulo 3	Capítulo 4	Média dos capítulos	MCP Total	Preço por utente com medicamentos	Preço por utente com MCDT	Nº diferentes doentes em consulta	Nº de consultas
Significância Assint. (Bilateral)	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	,200	,200	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001

Na tabela III comparamos os resultados obtidos nos vários indicadores e capítulos de MCP, em função do sexo, não se verificando diferenças significativas ($p < 0,05$).

Tabela III – Comparação em função do sexo dos diversos indicadores avaliados.

	Sexo	n	Média	Desvio Padrão	p(*)
Capítulo 1	Homem	45	15,1333	3,36830	0,857
	Mulher	142	15,2324	3,14579	
Capítulo 2	Homem	45	6,2222	1,67724	0,870
	Mulher	142	6,1761	1,62995	
Capítulo 3	Homem	45	9,8667	2,43647	0,773
	Mulher	142	9,7535	2,24457	
Capítulo 4	Homem	45	8,0000	1,91881	0,872
	Mulher	142	7,9366	2,40335	
Preço por utente com medicamentos	Homem	45	195,8087	23,82342	0,564
	Mulher	142	198,3149	25,77358	
Preço por utente com MCDT	Homem	45	60,7249	1,73793	0,505
	Mulher	142	60,9344	1,86455	
Número de diferentes doentes em consulta	Homem	45	80,8211	2,83422	0,370
	Mulher	142	80,3703	2,96450	
Número de consultas	Homem	45	82,2876	,33577	0,275
	Mulher	142	82,3515	,34315	

(*) U de Mann-Whitney

Na tabela IV mostra-se a variação dos indicadores de acordo com o tipo de unidade (UCSP, USF-A ou USF-B), verificando-se que são estatisticamente significativos pelo teste de Ksuskal-Wallis, os indicadores de saúde da ACSS e Capítulo 2 ($p < 0,05$).

Tabela IV – Avaliação dos indicadores em função da unidade.

	Capítulo 1	Capítulo 2	Capítulo 3	Capítulo 4	Média dos capítulos	MCP Total	Preço por utente com medicamentos	Preço por utente com MCDT	Nº diferentes doentes em consulta	Nº de consultas
Qui-quadrado	4,571	7,630	,491	1,851	5,714	5,714	198,00	198,00	198,00	198,00
gl	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
Significância Assint.	0,102	0,022	0,783	0,396	0,057	0,057	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001

A Tabela V mostra os valores obtidos por tipo de Unidade Prestadora de Cuidados de Saúde em Cuidados de Saúde Primários: UCSP, USF-A e USF-B.

Tabela V – Estatística descritiva dos indicadores por tipo de unidade de saúde.

UCSP		Capítulo2	Preço por utente com medicamentos	Preço por utente com MCDT	Número de diferentes doentes em consulta	Número de consultas
N	Válido	67	67	67	67	67
Média		6,57	230,59	63,34	76,43	82,74
Mediana		7,00	230,59	63,34	76,43	82,74
Desvio Padrão		1,61	0,00	0,00	0,00	0,00
USF-A		Capítulo2	Preço por utente com medicamentos	Preço por utente com MCDT	Número de diferentes doentes em consulta	Número de consultas
N	Válido	110	110	110	110	110
Média		5,91	185,25	59,85	82,67	82,03
Mediana		6,00	185,25	59,85	82,67	82,03
Desvio Padrão		1,61	0,00	0,00	0,00	0,00
USF-B		Capítulo2	Preço por utente com medicamentos	Preço por utente com MCDT	Número de diferentes doentes em consulta	Número de consultas
N	Válido	22	22	22	22	22
Média		6,59	156,68	58,35	82,15	82,62
Mediana		6,00	156,68	58,35	82,15	82,62
Desvio Padrão		1,79	0,00	0,00	0,00	0,00

Na Tabela VI é evidenciada a comparação entre a pontuação global de auto percepção de praticar MCP e os vários indicadores analisados, não sendo esta comparação estatisticamente significativa.

Tabela VI – Comparação entre pontuação global de auto percepção MCP e os indicadores de saúde.

		Soma dos Quadrados	gl	Quadrado Médio	F	Sig.
Preço por utente com medicamentos	Entre Grupos	17788,330	26	684,167	1,082	0,367
	Nos grupos	108733,976	172	632,174		
	Total	126522,306	198			
Preço por utente com MCDT	Entre Grupos	95,776	26	3,684	1,117	0,327
	Nos grupos	567,114	172	3,297		
	Total	662,890	198			
Número de diferentes doentes em consulta	Entre Grupos	261,544	26	10,059	1,213	0,231
	Nos grupos	1426,151	172	8,292		
	Total	1687,695	198			
Número de consultas	Entre Grupos	3,682	26	,142	1,260	0,192
	Nos grupos	19,327	172	,112		
	Total	23,009	198			

Discussão

A amostra estudada era maioritariamente constituída por médicas, como se esperava, uma vez que na realidade portuguesa há mais profissionais médicas do que médicos.

A comparação das respostas ao questionário e os indicadores em função do sexo, não revelou diferenças estatisticamente significativas.

A proporção de respondentes de 38,8% está dentro do esperado para este tipo de trabalhos. Sendo do conhecimento dos profissionais de saúde os indicadores individuais que solicitámos, sendo o trabalho efetuado em anonimato e confidencialidade, estranhámos a não cedência de tal informação, que pode ser devida a desconhecimento dos seus valores, a medo ético da cedência, a menor valia dada a tais dados, ou mesmo a medo de comparação pública.

Relativamente à comparação entre as diferentes unidades, deve primeiro destacar-se o facto de o modelo USF-B ter um menor número de respostas (20) que as restantes, USF-A (103) e UCSP (64). Não conseguimos encontrar resposta para esta diferença de resposta entre os diferentes tipos de unidades.

Conseguimos perceber diferenças entre as várias unidades para o Capítulo 2 - "Entendendo a pessoa como um todo" e para os indicadores de saúde da ACSS avaliados.

Quanto aos resultados das respostas ao capítulo 2 do Questionário sobre a autopercepção da prática de MCP, "Entendo a pessoa como um todo", verificou-se que é o modelo USF-B que apresenta melhores resultados, seguida da UCSP e por último da USF-A. O entendimento da pessoa como um todo implica o conhecimento, o registo destes dados, bem a atualização nos vários campos informáticos destinados a este componente. No modelo B podemos entender estes resultados, uma vez que é uma obrigação contratual com incentivos financeiros. No que diz respeito ao modelo UCSP, os médicos trabalham nestas unidades há mais anos, o que leva a que conheçam melhor as pessoas, logo têm melhores de resultados. O mesmo não se consegue compreender para o modelo USF-A que, forçosamente aspira a tornar-se modelo B. Parece, assim, haver necessidade de formação em Medicina Centrada na Pessoa nestas unidades.

No que concerne, aos indicadores "preço por utente com medicamentos" e "preço por utente com MCDT" a USF-B apresenta custos inferiores para o doente, seguido da USF-A e por fim da UCSP. Relativamente "ao número de diferentes doentes na consulta" a USF-A apresentou maior número, seguida da USF-B (mas com valores muito próximos) e, por

último, a UCSP. No que ao “número de consultas” diz respeito, a UCSP apresentou o maior número, seguido da USF-B e, por último, da USF-A.

Estes dados indicam-nos que o regime de USF tem maior pontuação no Capítulo 2 - “Entendendo a pessoa como um todo”, e significativamente melhores resultados nos indicadores “preço por utente com medicamentos”, “preço por utente com MCDT” e “número de diferentes doentes na consulta”. O mesmo não se verifica para o indicador “número de consultas” que é superior na UCSP. O modelo organizacional de agendamento e de cumprimento de indicadores pode ser resposta à pergunta do porquê destes resultados. Na generalidade, a UCSP é a que apresenta piores indicadores de saúde, apesar de não ser a que apresenta a pontuação mais baixa na avaliação do Capítulo 2. Será tal devido a características específicas da população médica respondente?

Não se conseguem inferir diferenças entre a pontuação global do questionário MCP e os vários indicadores medidos.

Em contrapartida, parece haver uma relação entre os indicadores de saúde e a medicina praticada pelos médicos em cada tipo de modelo organizativo pois, por exemplo, no caso da UCSP, que tem piores indicadores de saúde, há maior produção de consultas o que poderá dever-se a diferente forma de agendamento, eventual menor cumprimento de necessidades e vontades com maior gasto medicação, exames complementares de diagnóstico e maior recorrência nas consultas. Estudo anterior demonstrou que⁽³⁾ quanto maior a realização de MCP pelos médicos, menor a recorrência aos serviços de saúde.

Durante a realização deste estudo foram identificadas duas limitações que impediram um maior sucesso do mesmo, que enuncio:

- A primeira limitação foi a dificuldade em adesão por parte dos médicos à resposta aos inquéritos. Dos 482 convites enviados a participar, responderam 187 (38,8%);
- A segunda limitação, e a mais importante, foi a não cedência de indicadores individuais de saúde por cada médico, o que obrigou a utilizar a média por unidade e não uma comparação direta entre o que o médico considera que pratica e os seus indicadores.

Os resultados encontrados parecem significar a necessidade de formação quanto a atualização de dados dos doentes em unidades que trabalham em Medicina Geral e Familiar, uma vez que, estes dados que depois são avaliados pela ACSS, são de uma importância extrema.

Para futuro, fica a proposta de realizar este estudo com um maior número de médicos e com maior distribuição geográfica, de forma a que os resultados possam ser extrapolados e reproduzíveis para todo o país. Ademais, pode ser feito o mesmo estudo pedindo os indicadores individuais de cada médico ou então mobilizar toda a unidade para que responda ao inquérito a fim de tornar os resultados ainda mais fidedignos da realidade, com vista a melhorar os indicadores de saúde de cada unidade e, conseqüentemente, a saúde das populações. Por último, fica ainda a sugestão de realizar uma análise comparativa entre o tipo de unidade e os indicadores das mesmas, por forma a tentar encontrar explicações para as variações aqui encontradas.

Conclusão

Na amostra em estudo:

- A autopercepção de MCP e os indicadores de saúde não são influenciados pelo sexo do médico;
- Nas unidades USF, os médicos percebem maior realização de MCP na sua prática, com maior valor do Capítulo 2 - “Entender a pessoa como um todo”, apresentam melhores indicadores de saúde;
- A UCSP apresenta piores indicadores no geral, mas é o modelo que apresenta “maior número de consultas”.

Este conhecimento é um início importante para melhor entender o funcionamento das diversas unidades e onde devem ser investidos mais esforços no sentido de formação em MCP e, assim, aprimorar, ainda mais, os cuidados de saúde oferecidos à população.

Agradecimentos

Ao meu orientador, Professor Doutor Luiz Santiago, por toda a ajuda e paciência no caminho da elaboração deste trabalho, o meu mais sincero obrigada.

À Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra e a todos quanto a constituem, por todos os ensinamentos científicos, éticos, morais e cívicos ao longo destes últimos 6 anos e que daqui levo para a minha vida profissional futura.

Aos meus pais por serem sempre o meu maior suporte. Sem vocês nada do que faço e alcanço seria possível.

À minha família por serem a melhor do mundo, sem o vosso apoio constante nunca teria chegado aqui.

Aos meus amigos por serem os melhores em todos os momentos e acreditarem sempre em mim.

Referências Bibliográficas

1. Stewart, M., Brown, J. B., Weston, W. W., McWhinney, I. R., McWilliam, C. L., & Freeman, T. R. (2017). *Medicina centrada na pessoa: transformando o método clínico*. Artmed Editora.
2. Levinson, W., Lesser, C. S., & Epstein, R. M. (2010). Developing physician communication skills for patient-centered care. *Health affairs*, 29(7), 1310-1318.
3. Bertakis, K. D., & Azari, R. (2011). Patient-centered care is associated with decreased health care utilization. *The Journal of the American Board of Family Medicine*, 24(3), 229-239.
4. Alves, C. D. S. F. (2016). *Medicina centrada na pessoa: como julgam os médicos a percepção dos consulentes?* (Master's thesis).
5. ACSS (2017), Bilhete de Identidade dos Indicadores de saúde dos Cuidados de Saúde Primários para o ano de 2017, com o link: http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/07/bilhete_identidade_indicadores_contratualizacao_2017.pdf
6. Papachristopoulou, E. D. F. (2018). *Validation of a self-assessment scale of PATIENT-CENTERED MEDICINE* (Master's thesis).

Anexo I - Questionário

Autopercepção da prática de Medicina Centrada na Pessoa

Nas consultas de Medicina Geral e Familiar agendadas pelo consulente, costume:	Resposta			
	Quase sempre	Muitas vezes	Poucas vezes	Raramente
1. Deixar falar inicialmente a pessoa, sem interrupção, sobre os sinais e sintomas que motivam a sua vinda à consulta.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Pedir à pessoa que fale sobre os seus receios e ideias acerca do que tem.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Perguntar sobre as expectativas acerca do que possa resultar da consulta.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Perguntar acerca da influência dos problemas na sua vida diária quer física quer emocionalmente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Inquirir sobre a sua perspetiva de ter uma doença.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Saber da autopercepção de estado geral de saúde.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Analisar a sua comunicação verbal e não-verbal.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Realizar exame físico e/ou analítico acerca das queixas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Manter atualizado o conhecimento sobre a pessoa (formação, atividades laborais e extralaborais), religiosidade, pontos de interesse, rendimentos e aspirações.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Manter atualizado o conhecimento sobre a sua família (relações familiares, condições de habitação e rendimentos).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Manter atualizado o conhecimento sobre a ligação da pessoa à sociedade (voluntariado, cultura e política).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Elaborar com a pessoa a lista de problemas na consulta.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Definir em conjunto as prioridades a resolver.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Explicar o processo de tratamento que será realizado em conjunto e colaboração.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Certificar-me de que a pessoa percebeu e concorda com os objetivos a atingir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Inquirir se percebeu o que deve ser feito para evitar piorar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Verificar que a pessoa percebeu a importância de cumprir as indicações para que se obtenham resultados.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

18. Observar os princípios da empatia médica tendo compaixão com a pessoa.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Tentar que a consulta dure o tempo necessário.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Demonstrar confiança nos meus conhecimentos e atitudes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Dar espaço e responder às dúvidas da pessoa.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Ter comportamento que permita perceber em simultâneo o corpo e a mente do meu consulente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sexo: ♀ ♂

Unidade: USF-A ; USF-B ; UCSP