



FACULDADE DE MEDICINA  
UNIVERSIDADE DE  
COIMBRA

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA – TRABALHO FINAL

MÓNICA CECÍLIA DA SILVA JORGE

***Medicina Centrada na Pessoa: A importância da sua  
aprendizagem***

ARTIGO CIENTÍFICO ORIGINAL

ÁREA CIENTÍFICA DE MEDICINA GERAL E FAMILIAR

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

FEVEREIRO/2021

# **Medicina Centrada na Pessoa: A importância da sua aprendizagem**

Mónica Cecília da Silva Jorge <sup>1</sup>

Luiz Miguel de Mendonça Soares Santiago <sup>2,3</sup>

<sup>1,2</sup> Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra, Portugal

<sup>3</sup> Clínica Universitária de Medicina Geral e Familiar da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra; USF Topázio, ACeS Baixo Mondego

Correios eletrónicos:

Aluna: [mcsj@live.com.pt](mailto:mcsj@live.com.pt)

Orientador: [luizmiguel.santiago@gmail.com](mailto:luizmiguel.santiago@gmail.com)

## Índice

Abreviaturas .....	3
Resumo .....	4
Abstract .....	6
Introdução .....	8
Material e Métodos .....	10
Desenho do estudo .....	10
Instrumento de recolha de dados.....	10
Abordagem e critérios de seleção .....	11
Análise de dados .....	11
Resultados .....	12
Caraterização da amostra .....	12
Questionário PPPC-VP .....	13
Análise global entre os tempos de aplicação.....	13
Análise por USF entre os tempos de aplicação.....	16
Análise entre as duas USF .....	20
Discussão .....	22
Limitações pela pandemia de COVID-19 .....	23
Limitações gerais.....	24
Pontos fortes .....	25
Sugestões.....	25
Conclusão .....	26
Agradecimentos .....	27
Referências.....	28
Anexos.....	29

## **Abreviaturas**

MCP – Medicina Centrada na Pessoa

PPPC - Patient Perception of Patient-Centeredness

VP – Versão Portuguesa

MGF – Medicina Geral e Familiar

USF – Unidade de Saúde Familiar

ARS – Administração Regional de Saúde

SEDI – Socioeconomic Disadvantage Index

## Resumo

**Introdução:** A medicina centrada na pessoa (MCP) é um método clínico com evidência de gerar melhor relação entre o médico e o doente, capacitando-o e facilitando a adesão terapêutica. As intervenções em MCP, realizadas em médicos, mostram efeito na potenciação da sua aplicação na prática clínica e, por isso, há necessidade de a avaliar de forma disseminada, como neste tipo de formação nos cuidados de saúde primários em Portugal.

**Objetivos:** Verificar a perceção dos pacientes de consulta segundo o modelo da MCP após intervenção formativa nos médicos, percebendo o impacto de tal formação em tempo de pandemia em duas Unidades de Saúde Familiar (USF) da região centro do país.

**Materiais e Métodos:** Foi desenvolvido um estudo observacional em ciclo de garantia de qualidade, em amostra quasi-aleatória de pessoas que tiveram consulta de medicina geral e familiar (MGF), às quais se aplicou o questionário Patient Perception of Patient-Centeredness na versão portuguesa (PPPC-VP) por via telefónica em duas fases separadas por uma intervenção formativa aos médicos. Os questionários foram feitos a utentes da USF Topázio e USF Norton de Matos. Analisaram-se os resultados através de estatística descritiva e inferencial, bem como pela dinâmica de crescimento.

**Resultados:** Foi estudada uma amostra de 129 utentes, a maioria do sexo feminino, com idade entre os 35 e os 64 anos, perfil socioeconómico de classe média e com seguimento habitual pelo médico com quem tiveram consulta. Entre as duas USF e ambos os tempos do estudo não foram encontradas diferenças significativas nas características da amostra. A resposta mais prevalente ao questionário PPPC-VP foi a opção “Completamente”. Verificaram-se dinâmicas de crescimento positivas e negativas por pergunta entre os dois tempos de aplicação. Em cada USF a pergunta 9 foi aquela que mostrou maior dinâmica de crescimento, negativa na USF Topázio e positiva na USF Norton de Matos, com diferença significativa entre as USF. A média das pontuações totais dos questionários entre os dois tempos de estudo mostrou diferença estatisticamente significativa, mas não a pontuação de cada pergunta. A USF Topázio mostrou diferença significativa entre os tempos de aplicação do questionário, com uma pontuação média superior na segunda aplicação.

**Discussão:** Os utentes, de forma geral, parecem percecionar as consultas destas USF como centradas na pessoa. As diferenças encontradas na pergunta 9 são explicáveis pelas discrepâncias de formação em MCP entre as duas USF. Os melhores resultados globais dos questionários na segunda fase de aplicação, após exposição aos médicos dos resultados da primeira fase, poderão reforçar a capacidade da intervenção formativa em potenciar a utilização da MCP.

**Conclusão:** A investigação em MCP pode ter efeitos positivos, mesmo em contexto pandémico, e por isso deverão ser realizados estudos em amostras maiores e englobando mais USF.

**Palavras-chave:** Cuidado Centrado no Paciente, Medicina Geral, Medicina de Família, Aprendizagem, Estudo Observacional

## Abstract

**Introduction:** Patient-centered medicine (MCP) is a clinical method with evidence of creating a better relationship between doctor and patient, by empowering the latter and facilitating the therapeutic compliance. Interventions on MCP, when performed in physicians, show effect in improving its application in clinical practice, therefore, there is the need to disseminate the evaluation of this method, like in this kind of formation in the primary health care of Portugal.

**Objectives:** Verify the patient's perception of a consultation according to the MCP model, intervene formatively in doctors and understand the impact of this formation during a pandemic in two Family Health Units (USF) of the country's central region.

**Materials and Methods:** An observational and longitudinal study was carried out in a quasi-randomised sample in people that had a consultation in general and family medicine (MGF), to whom the questionnaire Patient Perception of Patient Centeredness in its portuguese version (PPPC-VP) was applied through phone call, in two phases separated by a formative intervention to physicians. The questionnaires were applied to patients of the USF Topázio and USF Norton de Matos. The results were analysed through descriptive and inferential statistical analysis as well as dynamic growth.

**Results:** A sample of 129 patients was study, most of them female, aged between 35 and 64 years old, with a socioeconomical profile of middle class and with usual follow-up by the doctor with whom they had consultation. Between the two USF and both times of the study there was no significant differences in the sample's features. The most prevalent answer of the PPPC-VP questionnaire was the option "Completely". Positive and negative dynamic growths were verified between the two application times. In each USF the question 9 was the one that showed the greatest dynamic growth, negative in the USF Topázio and positive in the USF Norton de Matos, with significant difference between them. The average of the total scores of the questionnaires between the two times of study showed a statistically significant difference, but not the score in each question. The USF Topázio showed a significant difference between the times of application of the questionnaire, with a higher average score in the second application.

**Discussion:** Overall, the patients seem to perceive the consultations of these USF has patient-centered. The differences found in question 9 are suggested by the discrepancy in the MCP's formation between the USF. The improvement of the global results of the questionnaires in the second phase of application, after the publication of the first phase results, may reinforce the ability of the formative intervention in spreading the application of MCP.

**Conclusion:** Investigation in MCP may have a positive effect, even during a pandemic, therefore, studies with bigger samples and involving more USF should be performed.

**Keywords:** Patient-Centered Care, General Practice, Family Practice, Learning, Observational Study



## Introdução

O conceito de medicina centrada na pessoa (MCP) surge em 1960, através do psiquiatra Michael Balint. (1) Na década de 80, evolui como um método clínico, sendo depois descrito por Moira Stewart no livro “Patient-Centered Medicine: Transforming the Clinical Method”. Apresenta-se como uma abordagem holística ao paciente, que tem em conta as suas preocupações, sentimentos e expectativas. O método promove a autonomia do doente, envolvendo-o ativamente no processo clínico, e equilibra o poder de decisão entre este e o médico, visando o entendimento entre as partes. (2,3) Assim, é descrito através de 4 componentes: “Saúde, Doença e Experiência de Doença” (“Disease and Illness Experience”), “Pessoa como um Todo” (“Whole Person”), “Consenso” (“Common Ground”) e “Relação Médico-Doente” (“Patient-Doctor Relationship”). (2)

Vários estudos demonstram um impacto positivo da MCP, principalmente na gestão da doença crónica, (4) incluindo maior satisfação dos doentes, menor ansiedade dos familiares, maior confiança dos profissionais de saúde no diagnóstico e redução dos custos na prática clínica. (3,5–7) Surge uma melhor relação médico-doente, gerando capacitação e aumento da adesão terapêutica. (2,8,9)

Há também evidência de que a formação em MCP é eficaz para obtenção de uma prática médica mais centrada na pessoa. (2) Em Portugal, o estudo desenvolvido na região centro pela autora Ana Carolina Varela Rodrigues, apoia este facto e aponta para a necessidade de disseminar este tipo de intervenções.

Em tempo de pandemia de COVID-19, desconhecem-se as consequências na aplicação da MCP. A necessidade de distanciamento social e restrições de acompanhamento por familiares poderá afetar a comunicação e a partilha de decisão entre médico e paciente. (10)

A MCP traduz-se pelo reconhecimento da individualidade de cada paciente, por isso, nenhum método é capaz de uma avaliação absolutamente completa e integrada. No entanto, diversos instrumentos para a medição da MCP na perspetiva do consulente têm sido desenvolvidos e mostram uma boa correlação com os resultados. (11) Neste estudo será aplicado o questionário “Patient Perception of Patient-Centeredness” (PPPC) composto por 9 itens (2), adaptado e validado para português (12), com um coeficiente alfa de Cronbach de 0,80 na versão original e 0,74 na versão traduzida (PPPC-VP).

Esta investigação pretende reavaliar a aplicação dos componentes da MCP no âmbito da prática de medicina geral e familiar (MGF) na região centro de Portugal, dando continuidade ao estudo realizado pela autora Ana Carolina Varela Rodrigues. Espera-se corroborar a importância da educação contínua dos médicos para a obtenção de melhores resultados, através de uma intervenção formativa sobre o método, expondo a perceção dos pacientes.

Pelo contexto da pandemia de COVID-19 pretende-se ainda entender se existiram, ou não, implicações na aplicação da MCP nos cuidados de saúde primários.

## **Material e Métodos**

### **Desenho do estudo**

O parecer favorável da Comissão de Ética para a Saúde da ARS do Centro (Anexo I) levou ao início deste estudo observacional em ciclo de garantia de qualidade, avaliando a intervenção técnico-científica. Em cada tempo de aplicação seguiu-se a mesma metodologia de estudo quasi-aleatório de pessoas que tiveram frequência de consulta de MGF em dias selecionados.

Dado o momento de pandemia, convidaram-se duas Unidades de Saúde Familiar (USF) da região centro, nomeadamente, a USF Topázio e a USF Norton de Matos, por facilidades logísticas, trabalho do orientador e frequência de estágio profissionalizante da candidata. A USF Topázio foi ainda selecionada pelo facto de nesta ter sido previamente desenvolvido estudo semelhante em 2020. A USF Norton de Matos foi também escolhida por conveniência, por nesta ainda não ter havido formação prévia formal e institucional em MCP. Aplicaram-se os inquéritos após a autorização das respetivas coordenações de USF.

O questionário PPPC-VP (Anexo II) foi aplicado em dois tempos separados por um intervalo no início do qual se fez apresentação aos clínicos dos resultados obtidos no primeiro tempo de aplicação. A publicação incluía os objetivos do trabalho, os métodos, um exemplo do instrumento de recolha de dados utilizados e uma comparação entre as duas USF estudadas, mantendo o anonimato de cada uma. A opção por esta metodologia deveu-se à ausência de reuniões de serviço entre os dois tempos de aplicação dos inquéritos e para evitar contactos. Cerca de 30 dias após a divulgação dos resultados aos médicos, reaplicaram-se os questionários.

### **Instrumento de recolha de dados**

O questionário PPPC-VP é composto por 9 perguntas que avaliam qualitativamente a MCP sob a perspetiva do consulente. As respostas variam numa escala “Likert” de 4 níveis: “Completamente”, “Parcialmente”, “Um pouco” ou “Nada”. A cada opção corresponde uma pontuação de 4, 3, 2 ou 1, respetivamente. O resultado global do questionário obtém-se através da soma da pontuação da resposta a cada pergunta, num total entre 9 e 36 pontos. Quanto maior a pontuação obtida, maior a perceção do utente de uma consulta centrada na pessoa.

Faz também parte do questionário um capítulo epidemiológico que engloba o sexo da pessoa (masculino ou feminino), o grupo etário (menos de 35 anos, maior ou igual a 35 e 65 anos, ou maior ou igual a 65 anos), se é habitualmente seguido pelo médico com quem teve consulta (sim ou não), com quem vive (sozinho ou acompanhado), se o rendimento mensal é superior

ao salário mínimo nacional (sim ou não) e qual a escolaridade (9ºano ou abaixo, ensino secundário ou ensino superior).

### **Abordagem e critérios de seleção**

Selecionaram-se utentes de consultas de MGF da primeira metade de novembro de 2020 para a primeira fase de questionários e da primeira metade de janeiro de 2021 para a segunda fase. A recolha dos inquéritos foi feita posteriormente, nas segundas metades de novembro de 2020 e de janeiro de 2021, respetivamente. Portanto, os inquéritos foram realizados entre 7 a 14 dias após a consulta.

O convite, consentimento e aplicação dos questionários aos participantes foram feitos telefonicamente, dadas as contingências impostas pela pandemia de COVID-19. Nestas contingências incluía-se o percurso pré-definido de entrada e de saída dos utentes nas USF, que visa a permanência no espaço durante o mínimo tempo possível. Tal não permitiu um contacto presencial com o paciente em sala própria para o preenchimento de questionários, o que também não seria prudente pelo risco de contágios.

O acesso aos dados pessoais do utente, incluindo o número de telefone, foi feito por um médico com esta capacidade, bem como a solicitação de autorização para a realização do inquérito. Após a aceitação do consentimento livre e informado de participação no estudo, a investigadora prosseguia com as questões, enunciando igualmente as opções de resposta possíveis.

Excluíram-se do estudo doentes com marcado défice auditivo, grave patologia psiquiátrica ou severo comprometimento cognitivo, pela incapacidade que estes teriam de responder inequivocamente às perguntas do questionário. Da totalidade dos utentes convidados a participar, verificaram-se três recusas, uma da USF Topázio e duas da USF Norton de Matos.

### **Análise de dados**

Registaram-se os dados no programa Microsoft Excel 2012 e fez-se a análise estatística no programa IBM SPSS® Statistics para Windows versão 24. A análise foi descritiva e inferencial com testes não-paramétricos para variáveis numéricas, após a verificação da normalidade dos dados pelo teste de Kolmogorov-Smirnov. Definiu-se o valor de  $p < 0,01$  para significado estatístico.

## Resultados

### Caraterização da amostra

Foi estudada uma amostra de  $n=129$  nos dois tempos de investigação, 64 no primeiro e 65 no segundo com características segundo sexo, grupo etário, seguimento habitual pelo médico com quem teve consulta, com quem vive, rendimento mensal e escolaridade dos indivíduos (Tabela 1).

A maioria dos inquiridos eram do sexo feminino (58,9%), tinham entre 35 e 64 anos (47,3%) e eram seguidos pelo médico com quem tiveram consulta (83,7%). Agruparam-se as variáveis “Rendimento mensal”, “Com quem vive” e “Escolaridade” no “Socioeconomic Disadvantage Index” (SEDI), visando facilitar a caraterização socioeconómica da amostra. A maioria dos utentes pertencia ao tercil 2, classe média (52,7%), como representado na Tabela 1. Na análise comparativa entre ambos os tempos e para as variáveis estudadas foi apenas verificada diferença significativa para a variável “Seguimento habitual pelo médico com quem teve consulta” pelo teste exato de Fisher, com  $p=0,007$ , mais frequente no primeiro tempo.

**Tabela 1** – Caraterização epidemiológica da amostra ( $n=129$ ).

		Tempo de aplicação		Total Nº (%)	p
		Primeiro Nº (%)	Segundo Nº (%)		
<b>Sexo (*)</b>	Masculino	27 (42,2)	26 (40,0)	53 (41,1)	0,471
	Feminino	37 (57,8)	39 (60,0)	76 (58,9)	
<b>Grupo Etário (**)</b>	Menos de 35	11 (17,2)	9 (13,8)	20 (15,5)	0,464
	Entre 35 e 64	31 (48,4)	30 (46,2)	61 (47,3)	
	Igual ou maior a 65	22 (34,4)	26 (40,0)	48 (37,2)	

<b>Seguimento habitual pelo médico com quem teve consulta (*)</b>	Sim	48 (75,0)	60 (92,3)	108 (83,7)	0,007
	Não	16 (25,0)	5 (7,7)	21 (16,3)	
<b>Distribuição terciária SEDI (**)</b>	Baixo	2 (3,1)	0 (0,0)	2 (1,6)	0,776
	Médio	33 (51,6)	35 (53,8)	68 (52,7)	
	Alto	29 (45,3)	30 (46,2)	59 (45,7)	
<b>Total Nº (%)</b>		64 (100)	65 (100)	129 (100)	

(\*) Teste exato de Fisher; (\*\*) Teste U de Mann-Whitney

### Questionário PPPC-VP

Aplicou-se nos dois tempos do estudo o questionário PPPC-VP, no primeiro tempo numa amostra de 32 pessoas em cada USF, num total de 64 inquiridos, e no segundo tempo em 34 e 31 pessoas na USF Topázio e USF Norton de Matos, respetivamente, perfazendo amostra de 65 elementos.

### Análise global entre os tempos de aplicação

Os resultados obtidos quanto à frequência das respostas por pergunta em ambas as USF no primeiro e segundo tempos de aplicação encontram-se descritos na Tabela 2, na qual também se mostra a dinâmica de crescimento entre as duas fases.

A opção “Completamente”, correspondente ao nível máximo de resposta, foi a mais frequente em ambos os períodos, contando com a maioria absoluta desde a pergunta 1 à 8 (entre 78,5% a 96,9%), mas não na pergunta 9 (“O médico falou consigo sobre questões suas ou familiares que possam afetar a sua saúde?”) em que a resposta “Completamente” perfaz uma maioria relativa de 45,7%.

A dinâmica de crescimento entre as duas fases foi positiva para a maioria das perguntas, à exceção das perguntas 6 (“O médico explicou o tratamento?”), 7 (“O médico falou consigo sobre o quão viável este tratamento é para si?”) e 9 (“O médico falou consigo sobre questões suas ou familiares que possam afetar a sua saúde?”) em que a dinâmica de crescimento foi negativa. Não se verificou dinâmica de crescimento superior a +5 para qualquer pergunta do primeiro para o segundo tempo após a intervenção formativa.

Comparando as respostas de cada pergunta do questionário entre o primeiro e segundo tempos de aplicação não se verificaram diferenças estatisticamente significativas pelo teste de U de Mann-Whitney, com  $p > 0,01$  para todas as perguntas (Tabela 2).

**Tabela 2** – Frequência das respostas aos itens do questionário PPPC-VP nos dois períodos de aplicação e respetiva dinâmica de crescimento.

Questão	Resposta	Tempo de aplicação		Total Nº (%)	$\Delta$ (%)	p (*)
		Primeiro Nº (%)	Segundo Nº (%)			
<b>1.O(s) motivos(s) para a consulta de hoje foram falados?</b>	Completamente	57 (89,1)	61 (93,8)	118 (91,5)	1,6	0,323
	Parcialmente	6 (9,4)	4 (6,2)	10 (7,8)		
	Um pouco	1 (1,6)	0	1 (0,8)		
	Nada	0	0	0		
<b>2.Ficou satisfeito/a com a conversa sobre o(s) seu(s) problema(s)?</b>	Completamente	58 (90,6)	60 (92,7)	118 (91,5)	1,2	0,627
	Parcialmente	4 (6,3)	5 (7,7)	9 (7,0)		
	Um pouco	2 (3,1)	0	2 (1,6)		
	Nada	0	0	0		

<b>3.O médico ouviu o que tinha a dizer?</b>	Completamente	61 (95,3)	63 (96,9)	124 (96,1)	0,8	0,284
	Parcialmente	2 (3,1)	2 (3,1)	4 (3,1)		
	Um pouco	1 (1,6)	0	1 (0,8)		
	Nada	0	0	0		
<b>4.O médico explicou-lhe o seu problema?</b>	Completamente	54 (84,4)	59 (90,8)	113 (87,6)	2,1	0,607
	Parcialmente	6 (9,4)	3 (4,6)	9 (7,0)		
	Um pouco	4 (6,3)	3 (4,6)	7 (5,4)		
	Nada	0	0	0		
<b>5.Falaram sobre o que cada um (médico e doente) deve fazer?</b>	Completamente	55 (85,9)	58 (89,2)	113 (87,6)	0,1	0,607
	Parcialmente	6 (9,4)	4 (6,2)	10 (7,8)		
	Um pouco	2 (3,1)	0	2 (1,6)		
	Nada	1 (1,6)	3 (4,6)	4 (3,1)		
<b>6.O médico explicou o tratamento?</b>	Completamente	52 (81,3)	53 (81,5)	105 (81,4)	-0,3	0,983
	Parcialmente	4 (6,3)	6 (9,6)	10 (7,8)		
	Um pouco	5 (7,8)	0	5 (3,9)		
	Nada	3 (4,7)	6 (9,2)	9 (7,0)		
<b>7.O médico falou consigo sobre o quão viável este tratamento é para si?</b>	Completamente	54 (84,4)	51 (78,5)	105 (81,4)	-3,6	0,377
	Parcialmente	5 (7,8)	8 (12,3)	13 (10,1)		
	Um pouco	3 (4,7)	0	3 (2,3)		
	Nada	2 (3,1)	8 (6,2)	8 (6,2)		



<b>8.Sente que o seu médico o/a compreendeu hoje?</b>	Completamente	59 (92,2)	58 (89,2)	117 (90,7)	0,9	0,633
	Parcialmente	2 (3,1)	7 (10,8)	9 (7,0)		
	Um pouco	2 (3,1)	0	2 (1,6)		
	Nada	1 (1,6)	0	1 (0,8)		
<b>9.O médico falou consigo sobre questões suas ou familiares que possam afetar a sua saúde?</b>	Completamente	29 (45,3)	30 (46,2)	59 (45,7)	-4,8	0,672
	Parcialmente	12 (18,8)	8 (12,3)	20 (15,5)		
	Um pouco	4 (6,3)	2 (3,1)	6 (4,7)		
	Nada	19 (29,7)	25 (38,5)	44 (34,1)		

Δ: Dinâmica de crescimento; (\*) Teste de U de Mann-Whitney

Para a média da pontuação total obtida nos questionários (média MCP) foram encontradas diferenças significativas entre os tempos de aplicação ( $p=0,003$ ), como representado na Tabela 3.

Utilizaram-se testes paramétricos, pois o teste de Kolmogorov-Smirnov mostrou que o somatório de MCP para ambos os tempos tinha distribuição normal ( $p<0,001$ ).

**Tabela 3** – Análise da média da pontuação total dos questionários em cada tempo de aplicação.

Tempo de aplicação	n	Média MCP	Desvio padrão	p (*)
Primeiro	64	31,47	3,49	0,003
Segundo	65	33,28	3,30	

(\*) Teste t de Student

### Análise por USF entre os tempos de aplicação

Na USF Topázio e na USF Norton de Matos as características epidemiológicas entre a primeira e segunda amostras não apresentaram diferenças estatisticamente significativas. Tal

verificou-se pelo teste exato de Fisher para as variáveis “Sexo”, “Seguimento habitual pelo médico com quem teve consulta”, “Com quem vive”, “Rendimento mensal” e “Escolaridade” e pelo teste U de Mann-Whitney para o “Grupo Etário” e SEDI (Tabela 4).

**Tabela 4** – Análise das variáveis epidemiológicas em cada USF, entre os tempos de questionários.

USF	Sexo	Grupo Etário	Seguimento habitual pelo médico com quem teve consulta	Com quem vive	Rendimento mensal	Escolaridade	SEDI
<b>Topázio (*)</b>	0,240	0,234	0,022	0,110	0,579	0,403	0,599
<b>Norton de Matos (*)</b>	0,359	0,935	0,118	0,613	0,118	0,556	0,892

(\*) p bilateral

Em relação às respostas por pergunta entre os dois tempos, não foram encontradas diferenças significativas ( $p > 0,001$ ) pelo teste de U de Mann-Whitney em ambas as USF (Tabela 5).

**Tabela 5** – Análise das respostas por pergunta em cada USF, entre os tempos de questionários.

Pergunta USF	1	2	3	4	5	6	7	8	9
<b>Topázio (*)</b>	0,323	0,697	0,627	0,284	0,607	0,983	0,377	0,633	0,672
<b>Norton de Matos (*)</b>	0,724	0,241	0,325	0,439	0,957	0,470	0,654	0,968	0,573

(\*) p bilateral

Calculou-se a dinâmica de crescimento para a média de respostas entre a primeira e a segunda aplicação de questionários em cada USF. Não se verificaram valores de crescimento superiores a +5% ou inferiores a -5%, à exceção da pergunta 9 (“O médico falou consigo sobre questões suas ou familiares que possam afetar a sua saúde?”) cuja dinâmica de crescimento foi inferior a -5% na USF Topázio e superior a +5% na USF Norton de Matos (Tabela 6).

**Tabela 6** – Dinâmica de crescimento por USF para as cotações médias de resposta entre a primeira e a segunda aplicação.

Questão	USF Topázio			USF Norton de Matos		
	Período de Aplicação		Δ (%)	Período de Aplicação		Δ (%)
	Primeiro (*)	Segundo (*)		Primeiro (*)	Segundo (*)	
<b>1. O(s) motivos(s) para a consulta de hoje foram falados?</b>	3,88	3,97	2,5	3,88	3,90	0,7
<b>2. Ficou satisfeito/a com a conversa sobre o(s) seu(s) problema(s)?</b>	3,94	3,91	-0,7	3,81	2,94	3,2
<b>3. O médico ouviu o que tinha a dizer?</b>	3,91	3,94	0,9	3,97	4,00	0,8
<b>4. O médico explicou-lhe o seu problema?</b>	3,78	3,82	1,1	3,78	3,90	3,2

<b>5. Falaram sobre o que cada um (médico e doente) deve fazer?</b>	3,72	3,76	1,2	3,88	3,84	-0,9
<b>6. O médico explicou o tratamento?</b>	3,53	3,68	4,1	3,75	3,58	-4,5
<b>7. O médico falou consigo sobre o quão viável este tratamento é para si?</b>	3,66	3,53	-3,4	3,81	3,68	-3,5
<b>8. Sente que o seu médico o/a compreendeu hoje?</b>	3,91	3,88	-0,6	3,81	3,90	2,4
<b>9. O médico falou consigo sobre questões suas ou familiares que possam afetar a sua saúde?</b>	3,44	2,98	-13,5	2,16	2,32	7,7

(\*) Média das respostas; Δ: Dinâmica de crescimento

Para a média da pontuação total obtida nos questionários entre o primeiro e segundo tempos de aplicação na USF Topázio encontraram-se diferenças significativas ( $p < 0,001$ ) pelo teste t de Student e não significativas para a USF Norton de Matos ( $p = 0,771$ ), como representado na Tabela 7.

**Tabela 7** – Média dos resultados totais de MCP entre o primeiro e segundo tempos, por USF.

USF	Tempo de aplicação	n	Média MCP	Desvio padrão	p (*)
Topázio	Primeiro	32	30,09	3,59	<0,001
	Segundo	34	33,47	3,51	
Norton de Matos	Primeiro	32	32,84	2,87	0,771
	Segundo	31	33,06	3,11	

(\*) Teste t de Student

### Análise entre as duas USF

O resultado agrupado de ambos os tempos no questionário PPPC-VP não apresentou diferenças significativas.

Quanto aos dados epidemiológicos, não se verificaram diferenças estatísticas entre as duas USF (Tabela 8).

**Tabela 8** - Análise das variáveis epidemiológicas da amostra entre as USF.

Variáveis	Sexo (*)	Grupo Etário (**)	Seguimento habitual pelo médico com quem teve consulta (*)	Com quem vive (*)	Rendimento mensal (*)	Escolaridade (*)	SEDI (**)
<b>p bilateral</b>	0,554	0,645	0,142	0,359	0,448	0,352	0,803

(\*) Teste exato de Fisher; (\*\*) Teste U de Mann-Whitney

Comparando as respostas a cada item do questionário, a Tabela 9 evidencia que da pergunta 1 à 8 não foram encontradas diferenças significativas entre as USF. O mesmo não se verifica para a pergunta 9 em que se identificam diferenças significativas ( $p < 0,001$ ).

**Tabela 9** – Análise das respostas por pergunta entre as USF.

Pergunta	1	2	3	4	5	6	7	8	9
<b>p bilateral (*)</b>	0,323	0,314	0,188	1,000	0,323	1,000	0,617	0,907	<0,001

(\*) Teste de U de Mann-Whitney

Para a média da pontuação obtida nos questionários em ambos os tempos de aplicação não se encontraram diferenças significativas entre as USF pelo teste t de Student ( $p=0,068$ ).

## Discussão

O método clínico da MCP tem ganho cada vez mais reconhecimento pelo seu impacto positivo no encontro clínico entre paciente e médico em diversas especialidades médicas, com a necessidade crescente de ser avaliado qualitativamente. (9) Apesar de, a nível nacional, desconhecerem-se estudos abrangentes neste sentido, várias revisões sistemáticas mostram que as intervenções formativas são capazes de gerar uma maior aplicação da MCP pelos médicos, melhorando a satisfação dos consulentes. (2) Trabalho prévio realizado em 2020 na região centro de Portugal corroborou o mesmo e sugeriu a reaplicação do desenho de estudo em amostras diferentes.

O questionário PPPC-VP mostra uma validação forte enquanto instrumento de medição da MCP sob a perspectiva do utente, principalmente na prática de MGF, quando comparado com outros questionários. (2,11,12) Foi por isso aplicado a uma amostra de 129 utentes em duas USF da região centro de Portugal, cada uma com experiências diferentes em relação à formação médica em MCP. A USF Topázio foi uma das USF estudadas em 2020, tendo por isso um contacto prévio de intervenção formativa em MCP, contrariamente à USF Norton de Matos.

A resposta mais frequente em todas as perguntas, em ambos os tempos de aplicação e nas duas USF, foi a opção “Completamente”, o que poderá demonstrar que a generalidade dos utentes perceciona as consultas como centradas na pessoa. Porém, a escolha desta opção na pergunta 9 (“O médico falou consigo sobre questões suas ou familiares que possam afetar a sua saúde?”) foi substancialmente inferior. Este achado foi salientado na publicação feita aos médicos sobre os resultados obtidos na primeira aplicação, mas a dinâmica de crescimento da pergunta 9 de uma forma global entre o primeiro e o segundo tempo mostrou-se negativa, mesmo que não tenha havido diferença nas respostas entre ambos os tempos de aplicação. Um dos motivos que podemos sugerir para este resultado é o facto da maioria dos inquiridos serem habitualmente seguidos pelo médico com quem tiveram consulta. Isto poderá favorecer a omissão desta questão pelos clínicos por não ser a primeira consulta que têm com aquele paciente. Mesmo assim, não será importante a análise de questões pessoais ou familiares relacionada com a saúde do utente em todas as consultas?

Contudo, encontram-se diferenças estatisticamente significativas na pergunta 9 entre as USF. Entre os tempos de aplicação, a resposta a esta pergunta mostra diferentes dinâmicas de crescimento em cada USF, pois verifica-se uma dinâmica de crescimento negativa de 13,5% na USF Topázio e uma dinâmica de crescimento positiva de 7,7% na USF Norton de Matos. Mas no valor da média da pontuação de resposta a esta questão, a USF Topázio apresenta valores superiores em ambos os tempos de aplicação. Isto poderá sugerir que a intervenção

em MCP na USF Norton de Matos, por ter sido breve no tempo e na metodologia, não permitiu ainda atingir os valores da outra USF, que tem maior contacto com a investigação em MCP. Nenhuma pergunta apresentou diferenças significativas entre os dois tempos de aplicação, incluindo na análise individual de cada USF. Quis-se então verificar se o mesmo se passava em relação à média da pontuação total dos questionários. Neste caso e pelo contrário, os dados apontam para uma diferença estatisticamente significativa. Este resultado sugere que de uma forma geral houve maior aplicação da MCP nas suas diversas componentes após a publicação dos resultados da primeira fase aos médicos, sugerindo eficácia da intervenção, à semelhança do estudo prévio de 2020. Estas diferenças entre perguntas e resultado total do questionário poderão estar relacionadas com o viés de memória associado ao intervalo de 7 a 14 dias entre a consulta e o momento de aplicação do questionário, fazendo com que as pessoas não se lembrem com precisão daquilo que se aborda em cada pergunta e respondam consoante a ideia geral com que ficaram da consulta.

Analisando cada USF em relação aos resultados globais dos questionários, a USF Norton de Matos não evidencia diferenças significativas entre os dois tempos de aplicação de questionários, mas a USF Topázio sim. Este achado poderia ter sido atribuído às características epidemiológicas da amostra em cada USF, no entanto, não se encontraram diferenças estatísticas entre as amostras. Especula-se que o maior contacto prévio da USF Topázio com a formação em MCP tenha sido um fator preponderante para uma maior eficácia nesta intervenção, mas apesar da ausência de melhoria global significativa na USF Norton de Matos, que contactou pela primeira vez com informação sobre a perspetiva dos utentes quanto à aplicação da MCP na consulta, houve uma dinâmica de subida na maioria das perguntas.

Esta investigação vem complementar os conhecimentos prévios de eficácia de ações formativas em MCP entre a comunidade médica e reforça a sua importância nos cuidados de saúde primários, mesmo em tempo de pandemia.

### **Limitações pela pandemia de COVID-19**

O projeto de investigação deste trabalho previa uma amostra mínima de 180 pessoas distribuídas entre 3 USF, podendo uma delas não ser da região centro de Portugal, de forma a abranger outras áreas geográficas. Porém, a maioria das USF contactadas não aceitaram participar no estudo devido às restrições impostas pela pandemia quanto à circulação de pessoas externas nas USF, contacto adicional com terceiros e receios quanto à aplicação de questionários de avaliação da MCP num contexto de prática clínica extraordinária. Reconhece-se que o valor da amostra neste estudo limita as conclusões a retirar, mas, apesar



disso, evidencia a oportunidade da realização de estudos nesta área da medicina mesmo em tempos que submetem os profissionais a maior carga física, psicológica e emocional.

O estágio profissionalizante da investigadora numa das USF estudadas ajudou a contornar as restrições mencionadas, mas permitiu que a maioria dos médicos, em especial aqueles que a orientavam no estágio, soubessem o momento em que seriam aplicados os questionários, podendo ter criado um viés observacional.

A necessidade de realizar os questionários por via telefónica também criou vieses, mas foi a solução encontrada para o desafio de concretizar a investigação e poderá ter facultado dados que permitam a verificação de semelhanças ou de diferenças na prática da MCP pela ótica do consulente, entre período com e sem pandemia por COVID-19.

O facto de as pessoas responderem diretamente a alguém, em vez do preenchimento de um formulário, poderá ter criado um viés de desejabilidade social, pelo constrangimento em cotar as respostas em tempo real numa conversa telefónica, mesmo não conhecendo quem os inquiria. Frequentemente, os inquiridos não respondiam diretamente às questões enunciadas e acabavam por relatar a consulta que tiveram, o que, aquando da insistência na solicitação de resposta para as perguntas do questionário, fazia com que, por vezes, as pessoas apressassem as respostas de modo a tornar o tempo do inquérito mais curto. Igualmente, os pacientes solicitavam esclarecimento de algumas perguntas, levando a que a investigadora as formulasse por outras palavras.

A pandemia gerou a necessidade da redução do número de consultas e algumas dificuldades acrescidas no acesso aos cuidados de saúde primários. Além disso, o ambiente de consulta requer um distanciamento físico entre o paciente e o médico, limitando o exame objetivo ao indispensável. Compreende-se que estas situações possam criar no consulente uma menor perceção de consulta centrada na pessoa.

### **Limitações gerais**

Apesar do instrumento de estudo utilizado ter uma consistência interna aceitável, (12) a MCP engloba conceitos que poderão ser entendidos de diversas formas e que tornam falíveis as medidas de qualificação da sua aplicação na prática clínica.

A aceitação de resposta ao questionário poderá estar condicionada pela melhor experiência de consulta, fazendo com que consulentes mais satisfeitos respondam com maior facilidade, contrariamente aos restantes.

Assume-se também que a divulgação de resultados via publicação, sem um contacto direto com os clínicos, poderá ter tido um impacto menor.

### **Pontos fortes**

As USF selecionadas tinham diferentes níveis de contacto com a formação em MCP, o que possibilitou uma comparação entre estas quanto ao impacto da intervenção e respetiva influência nos resultados.

Foi possível aplicar o instrumento de recolha de dados por chamada telefónica e, portanto, esta abordagem poderá ser reproduzida na necessidade de recolha de dados de forma mais rápida ou na impossibilidade de contacto direto com os doentes.

Desconhecem-se investigações como esta em tempo de pandemia. A análise da MCP num contexto temporal tão específico poderá também demonstrar se há ou não uma adaptação dos cuidados primários de saúde a esta adversidade através da manutenção da MCP em ambiente clínico, permitindo também esta comparação em estudos futuros.

### **Sugestões**

Os dados recolhidos neste trabalho deverão servir de complemento na aplicação de mais questionários PPPC-VP nas mesmas USF, com um aumento da amostra e de conclusões mais válidas.

Poderá ser relevante a aplicação deste mesmo desenho de estudo noutras especialidades médicas, dada a escassez de investigação em MCP fora do âmbito da MGF.

A dificuldade da aplicação do questionário presencialmente mostrou que poderá ser útil o desenvolvimento de um método digital que permita que o paciente, após a saída do consultório médico, preencha o inquérito pelo seu telemóvel. A aplicação poderia, inclusive, transmitir os dados diretamente ao investigador e facilitar a sua análise.

## **Conclusão**

Este estudo mostrou que a Medicina Centrada na Pessoa foi aplicada nas duas Unidades de Saúde Familiar estudadas em fase de pandemia, pois a resposta “Completamente” foi a mais verificada em todas as perguntas.

A pontuação total média dos questionários na segunda aplicação foi superior relativamente à primeira, cotando 33,28 em 36,00 e demonstrando diferença estatística significativa, o que permite dizer que a intervenção em MCP melhorou a aplicação geral deste método nas consultas destas USF. Realça-se, em particular, a dinâmica de subida na maioria das perguntas na USF Norton de Matos, que foi pela primeira vez sujeita a informação sobre a perspetiva dos utentes quanto à aplicação da MCP na consulta.

Amostras maiores e a abranger outros territórios geográficos do país permitirão a extensão destas conclusões aos cuidados de saúde primários em Portugal.

## **Agradecimentos**

Ao Professor Doutor Luiz Miguel Santiago pela orientação exímia deste trabalho, incluindo a prontidão no esclarecimento de dúvidas, a capacidade de adaptação aos obstáculos e a persistência perante as dificuldades. Estas qualidades aliadas à boa disposição e à disponibilidade para ajudar os outros tornaram-no num modelo a seguir para mim enquanto futura médica.

Às coordenações da USF Topázio e da USF Norton de Matos, bem como aos restantes profissionais de saúde das Unidades, que amavelmente permitiram a recolha de questionários e disponibilizaram recursos para tal. Um agradecimento especial ao MD Gonçalo Pimenta, à MD Rosa Carvalho, coordenadora da USF Topázio, à MD Iva Pimental, coordenadora da USF Norton de Matos, e às MD Sara Mortágua e Marta Matos, médicas internas de Medicina Geral e Familiar, pelas facilidades prestadas à recolha dos questionários.

Aos utentes que, generosamente, aceitaram despende o seu tempo e atenção para responder aos questionários.

Aos meus pais e irmão que sempre me apoiaram e que, mesmo à distância, foram uma presença constante em todos os momentos da minha formação. Obrigada por acreditarem tanto em mim e por fazerem tudo pela minha felicidade.

Aos meus amigos de curso que, não só neste trabalho, mas ao longo destes seis anos, foram um pilar fundamental em todos os desafios. São o melhor que Medicina me deu.

Ao Filipe pelo incondicional apoio ao longo deste estudo. Agradeço o carinho e o companheirismo em todos os momentos.

## Referências

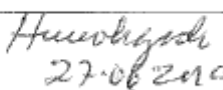
1. Balint E. The possibilities of patient-centered medicine. *J R Coll Gen Pract.* 1969;17(82):269–76.
2. Stewart M, Brown JB, Weston WW, McWhinney IR, McWilliam CL, Freeman TR. *Patient-Centered Medicine: Transforming the Clinical Method.* 3rd ed. CRC Press; 2003.
3. Lee YY, Lin JL. Do patient autonomy preferences matter? Linking patient-centered care to patient-physician relationships and health outcomes. *Soc Sci Med.* 2010;71(10):1811–8.
4. Rose L, Istanbulian L, Allum L, Burry L, Dale C, Hart N, et al. Patient and Family Centered Actionable Processes of Care and Performance Measures for Persistent and Chronic Critical Illness. *Crit Care Explor.* 2019;1(4):e0005.
5. Park M, Giap TTT, Lee M, Jeong H, Jeong M, Go Y. Patient- and family-centered care interventions for improving the quality of health care: A review of systematic reviews. *Int J Nurs Stud.* 2018;87(July):69–83.
6. Altin SV, Stock S. The impact of health literacy, patient-centered communication and shared decision-making on patients' satisfaction with care received in German primary care practices. *BMC Health Serv Res.* 2016;16(1):1–10.
7. Bertakis KD, Azari R. Patient-centered care is associated with decreased health care utilization. *J Am Board Fam Med.* 2011;24(3):229–39.
8. Bosworth HB, Fortmann SP, Kuntz J, Zullig LL, Mendys P, Safford M, et al. Recommendations for Providers on Person-Centered Approaches to Assess and Improve Medication Adherence. *J Gen Intern Med.* 2017;32(1):93–100.
9. Santiago LM, Reis AF, Botas PC, Pereira CD. Medicina centrada no paciente e capacitação do consulente Medicina Geral e Familiar. *Rev ADSO.* 2015;3(5):19–32.
10. Hart JL, Turnbull AE, Oppenheim IM, Courtright KR. Family-Centered Care During COVID-19 Era. *J Pain Symptoms Manag.* 2020;(January).
11. Hudon C, Fortin M, Haggerty JL, Lambert M, Poitras M-E. Patient-Centered Care : A Systematic. *Ann Fam Med.* 2011;155–64.
12. Rodrigues, Tiago José Gonçalves; Santiago LM. *Medicina Centrada na Pessoa : Validação Concorrente com Empatia [Internet].* Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra; 2019. Available from: <http://hdl.handle.net/10316/89895>

## Anexos


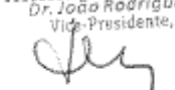
### Anexo I – Aprovação da Comissão de Ética para a Saúde da ARS do Centro



## COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

<b>PARECER FINAL:</b> FAVORÁVEL	<b>DESPACHO:</b>  27-06-2019 Conselho Diretivo da A.R.S. do Centro, L.P.
------------------------------------	---

**ASSUNTO:** Título: "Medicina centrada na pessoa: eficácia de uma intervenção" (processo 56-2019) – re-submissão  
Autores: Ana Carolina Varela Rodrigues/Faculdade Medicina da Universidade de Coimbra /Luiz Miguel Santiago, Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

  
Dr. João Rodrigues  
Vice-Presidente,  
  
Dr. Luís Militão Cobre  
Vogal

Os autores apresentam um estudo com o objectivo geral ... "Avaliar a aplicação na prática médica do método clínico "Medicina centrada na Pessoa", recorrendo a medidas de perceção por parte da pessoa atendida e perceber a eficácia de intervenção formativa".

Sendo a medicina centrada na pessoa (MCP) um método clínico que reconhece a pessoa utilizadora dos cuidados de saúde na sua globalidade, os autores propõem-se avaliar a sua aplicação na prática médica quotidiana, uma vez que se encontra provado que o recurso a este método tem de facto um impacto positivo, tanto nos resultados e consequências em saúde a longo prazo para as pessoas, como nos custos da prestação de cuidados de saúde.

O estudo decorrerá em três Unidades de Saúde em Cuidados de Saúde Primários na Região Centro de Portugal, sendo o número de questionários equitativamente distribuído pelas Unidades de Saúde.

Está prevista a aplicação de um questionário sobre "Medicina centrada na Pessoa" de 9 questões, a uma amostra mínima de 90 pessoas por convite expresso à saída de uma consulta, em três Unidades de Saúde no Centro de Portugal, previamente escolhidas e convidadas. Após obtenção e análise dos dados, será realizada uma apresentação com o objetivo de fornecer avaliação formativa aos médicos, permitindo que estes adquiram uma noção dos aspectos do cuidado centrado na pessoa que foram melhor ou pior julgados por elas, com vista a melhorar os mesmos. A formação será individualizada a cada unidade comparando os seus dados com os globais. Numa segunda fase, voltará a ser aplicado o mesmo inquérito, numa amostra numericamente semelhante e de conveniência, nas mesmas três Unidades em Cuidados de saúde

## COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

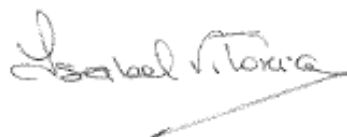
Primários. O objetivo desta segunda aplicação do questionário tem em vista avaliar se houve evolução nos resultados obtidos, ou seja, se os médicos após a apresentação formativa tentaram melhorar e aplicar todas as vertentes da medicina centrada na pessoa.

O estudo aguarda aprovação das diferentes instituições envolvidas.

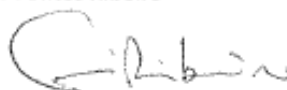
É garantida a participação livre, voluntária e informada dos participantes.

A garantia da confidencialidade dos dados obtidos, está assegurada. Os custos serão inteiramente da responsabilidade da investigadora.

O Relator: Prof<sup>ª</sup>. Doutora Isabel Vitória Figueiredo



O Presidente da CES-ARS do Centro: Prof. Doutor Fontes Ribeiro



**Anexo II – Questionário PPPC-VP**

<p><b>Sexo</b></p> <p>Feminino ____ Masculino ____</p> <p><b>Idade</b></p> <p>Menos 35 anos ____          Entre 35 e 64 anos ____          Mais 65 anos ____</p> <p><b>É seguido habitualmente pelo médico com quem teve consulta?</b></p> <p>Sim ____ Não ____</p>	<p><b>Com quem vive?</b></p> <p>Sozinho ____ Acompanhado ____</p> <p><b>Rendimento mensal é superior ao salário mínimo nacional?</b></p> <p>Inferior ou igual ____ Superior ____</p> <p><b>Escolaridade</b></p> <p>9º ano ou abaixo ____          Ensino Secundário/Superior ____</p>
---	---

**Questionário de 9 perguntas sobre perceção do cuidado centrado na pessoa**

Por favor, marque (X) na alternativa que melhor representa a sua resposta				
	Completamente	Parcialmente	Um pouco	Nada
1. O(s) motivo(s) para a consulta de hoje foram falados?				
2. Ficou satisfeito/a com a conversa sobre o(s) seu(s) problema(s)?				
3. O médico ouviu o que tinha a dizer?				
4. O médico explicou-lhe o seu problema?				
5. Falaram sobre o que cada um (médico e doente) deve fazer?				
6. O médico explicou o tratamento?				
7. O médico falou consigo sobre o quão viável este tratamento é para si?				
8. Sente que o seu médico o/a compreendeu hoje?				
9. O médico falou consigo sobre questões suas ou familiares que possam afetar a sua saúde?				