



FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE DE
COIMBRA

Mestrado Integrado em Medicina – Trabalho Final

Francisca Sofia Ferreirinha Lourenço Ramos

**Medicina Centrada na Pessoa: A perceção dos utentes nas consultas de Medicina
Geral e Familiar**

Artigo científico original

Área científica de Medicina Geral e Familiar

Trabalho realizado sob orientação de:

Professor Doutor Luiz Miguel Santiago

Professora Doutora Marta Dora Freitas Ornelas

Fevereiro 2023

Índice

Abreviaturas	3
Resumo.....	4
Abstract	6
Introdução	8
Material e Métodos.....	10
Resultados	12
Discussão	18
Conclusão	22
Agradecimentos	23
Referências	24
Anexos	26

Abreviaturas

CS – Centro de Saúde

CSP – Cuidados de Saúde Primários

MCP – Medicina Centrada na Pessoa

MGF – Medicina Geral e Familiar

PCCP – Perceção de Cuidado Centrado na Pessoa

RAM – Região Autónoma da Madeira

UCSP – Unidades de Cuidados de Saúde Primários

Resumo

Introdução: A medicina centrada na pessoa (MCP) é um tema muito amplo e importante principalmente quando se fala de saúde da pessoa que consulta o médico. Trata-se de um método clínico em que se exploram as experiências, expectativas, valores e crenças do doente, tentando sempre que este tenha um papel ativo em todas as decisões terapêuticas. Este método clínico é cada vez mais usado e está já implementado no ensino médico em muitos países, incluindo Portugal, por isso é relevante avaliar a sua aplicação na prática médica quotidiana.

Objetivos: Conhecer a prática do método clínico “Medicina Centrada na Pessoa” (MCP) nas consultas de Medicina Geral e Familiar (MGF), através da aplicação de um questionário aos utentes consultados por médicos de família dos centros de saúde da Região Autónoma da Madeira (RAM). Conhecer o impacto da apresentação dos resultados obtidos na primeira aplicação do questionário nos médicos de MGF através de uma segunda aplicação do mesmo questionário.

Materiais e Métodos: Foi realizado um estudo observacional/analítico em dois pontos de medida com a aplicação de um questionário (Questionário de Perceção do Cuidado Centrado na Pessoa (PCCP)) a uma amostra de conveniência de pessoas à saída da consulta de MGF em três Unidades de Saúde do Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) da Região Autónoma da Madeira (Bom Jesus, Câmara de Lobos e Caniço), aleatoriamente escolhidos. Após a primeira aplicação do questionário e o tratamento de dados, foi realizada uma reunião com os MGF e internos de MGF, em que foram apresentados os resultados, permitindo assim a discussão dos aspetos mais importantes do cuidado centrado na pessoa que foram melhor ou pior percecionados pelas pessoas que os consultaram. Numa segunda fase, foi novamente aplicado o mesmo questionário nas mesmas Unidades de Saúde com o objetivo de perceber se houve ou não evolução nos resultados obtidos, ou seja, se os médicos após apresentação informativa dos resultados procuraram melhorar e aplicar as vertentes da medicina centrada na pessoa.

Resultados: Foi estudada uma amostra de 207 utentes (114 na primeira fase e 93 na segunda fase). A maioria dos utentes que tiveram consulta e que responderam ao questionário eram do sexo feminino (67,7%), com idade entre os 35 e os 64 anos (51,2%), classe socioeconómica média-alta (58,2%) e eram habitualmente seguidos pelo médico com quem tiveram consulta (80,6%). Entre as três unidades de saúde e em ambos os tempos de estudo não foram encontradas diferenças significativas nas características da amostra. A resposta mais frequente em todos os centros de saúde e na maior parte das perguntas do questionário PCCP foi a opção “Completamente” (entre 79,5% e 97,5%).

Discussão: A resposta mais frequente em todas as perguntas e em todas as Unidades de Saúde foi “Completamente” o que significa que os utentes percecionam as consultas como sendo centradas na pessoa. Na pergunta o “O médico falou consigo sobre questões suas ou familiares que possam afetar a sua saúde?” a resposta “Completamente” foi menos escolhida o que acaba por ser um pouco preocupante dada a importância que a estabilidade familiar tem na vida de um doente. Foram também notadas diferenças estatisticamente significativas entre tempos de aplicação na pergunta 3 “O médico ouviu o que tinha a dizer?” o que realça a necessidade e a importância da formação dos profissionais de saúde.

Conclusão: Este estudo acaba por dar continuidade a outros estudos anteriormente realizados, mas desta vez na Região Autónoma da Madeira. Apesar dos bons resultados em ambos os tempos de aplicação e do impacto positivo da formação dos profissionais de saúde, nota-se que ainda há trabalho para fazer nesta área, sobretudo no que diz respeito à abordagem dos temas mais relacionados com questões familiares, que não podem nem devem ser descurados numa consulta de MGF.

Palavras-chave: Medicina Centrada na Pessoa, Medicina Geral e Familiar, Cuidado Centrado na Pessoa

Abstract

Introduction: Patient-Centered Medicine (PCM) is a very broad and important theme, especially when we talk about the health of the person who sees the doctor. It is a clinical method in which the patient's experiences, expectations, values and beliefs are explored, always trying to have an active role in any therapeutic decision. This clinical method is increasingly used and is already implemented in medical education in many countries, including Portugal, so it is relevant to evaluate its application in everyday medical practice.

Objectives: To know the practice of the "Patient- Centered Medicine" clinical method in general and family medicine (MGF) consultations, by applying a questionnaire validated for this purpose to users who have consulted a MGF doctor. To know the impact of the training and the dissemination of the results obtained in the first application of the questionnaire on MGF doctor's on this theme in specific action through a second application of the same survey and by re-survey to their patients, in Madeira Island.

Materials and Methods: An observational/analytical study was carried out with the application of a questionnaire (Patient-Centered Care Perception Questionnaire (PCCP)) to a convenience sample of people leaving the MGF consultation in three Health Units of the Health Centers Cluster (ACES) of Madeira (Bom Jesus, Câmara de Lobos, Caniço). After the first application of the questionnaire and data processing, a meeting was held with MGF and interns in MGF, where the results were disseminated, thus allowing us to obtain a notion of the most important aspects of patient-centered care that were better or worse perceived by the people who consulted them. In a second phase, the same questionnaire was applied again in the same Health Units with the purpose of understanding whether or not there was any evolution in the results obtained, that is, whether or not doctors, after the presentation of the results, sought to improve and apply the aspects of person-centered medicine.

Results: A sample of 207 patients was studied (114 in the first phase and 93 in the second phase), most of them were female (67,7%), aged between 35 and 64 years (51,2%), upper-middle socioeconomic class (58,2%) and usually followed by the doctor whom they had consultations (80,6%). Between the three health units and in both study times, no significant differences were found in the sample characteristics. The most frequent answer in all health centers and in most questions of the PCCP questionnaire was the option "Completely" (79,5%-97,5%).

Discussion: The most frequent answer in all questions and in Hall Units was "Completely" which means that users perceive consultations as being person-centered. In the question "Has the doctor talked to you about any personal or family issues that might affect your health?" the answer "Completely" was less frequently chosen, which is a bit worrying given the importance

that family stability has in the life of a patient. Statistically significant differences between application times were also noted in question 3 “Did the doctor listen to what you had to say?” which highlights the need and importance of training health professionals.

Conclusion: This study ends up continuing other studies previously carried out, but this time in the Autonomous Region of Madeira. Despite the good results in both application times and the positive impact of the training of health professionals, it is noted that there is still work to be in this area, especially regarding the approach to topics more related to family issues, which cannot and should not be neglected in a MGF consultation.

Key-words: Person-Centered Medicine, Family Medicine, Patient-Centered Care.

Introdução

A Medicina Centrada na Pessoa (MCP) surgiu como conceito em 1960 através de Balint (1) mas rapidamente evoluiu para um método clínico. Em 1980, Moira Stewart, no seu livro *“Patient-Centered Medicine: Transforming the Clinical Method”* define a Medicina Centrada na Pessoa como um método clínico em que se exploram as experiências, expectativas, valores e crenças do doente, tentando sempre que este tenha um papel ativo em toda a decisão terapêutica (2,3,). Existe, portanto, uma mudança de paradigma sendo que este passa a ser partilhado entre o médico e a pessoa (4,5). A pessoa deve ser entendida como um todo e a busca pelo entendimento é fundamental para melhorar a relação médico-paciente. Este conceito é importantíssimo em todas as áreas da medicina, mas, especialmente em MGF, acaba por ter outra relevância pois nem sempre os sinais e sintomas corresponderão a doença, podendo em algumas situações se tratar de questões relacionadas com dor (sofrimento, mágoa, tristeza) (6). Neste sentido, abordar todas as componentes da MCP será vantajoso para o utente.

Segundo Moira Stewart, podemos, atualmente, dividir a Medicina Centrada na Pessoa em quatro componentes (7):

- Saúde, Doença E Experiência da Doença (expectativas, sentimentos, vontade, desejos)
- Pessoa como um todo (contexto familiar, social, económico, cultural)
- Encontrar entendimento (decisão mútua)
- Intensificação da relação médico-paciente

A MCP tem-se mostrado positiva a vários níveis, na medida em que a sua aplicação aumenta a satisfação dos doentes, promovendo uma melhoria da sua relação com os médicos, aumenta a adesão terapêutica, diminui o tempo de consulta e os custos e diminui também a ansiedade dos familiares (8,9). Para além disto, poderá evitar problemas relacionados com o sobrediagnóstico e sobretratamento e aumentar a confiança do médico na abordagem clínica, tendo um impacto positivo na saúde a longo prazo.

A MCP pode ser avaliada a partir de várias escalas qualitativas. Um dos métodos é um questionário de perceção do cuidado centrado na pessoa (PCCP) constituído por nove perguntas e que já se encontra validado para o contexto português (10). As possíveis respostas a este questionário variam da seguinte forma: “Completamente”, “Parcialmente”, “Um pouco” e “Nada”.

Este estudo aborda uma temática já analisada anteriormente noutros estudos desenvolvidos na Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra pelas autoras Ana Filipa Pinho Pedro

dos Reis (11-13), Ana Carolina Varela Rodrigues e Mónica Cecília da Silva Jorge na região centro, mas desta vez numa região diferente para também percebermos se existem diferenças entre populações sobre a perceção na MCP. Aquilo que também se procura é observar qual o impacto que a divulgação destes resultados teve nos médicos de família ao perceberem qual a perceção que os utentes têm relativamente às suas consultas.

Material e Métodos

Após aprovação da Comissão de Ética da Região Autónoma da Madeira (RAM) seguiu-se a aplicação do questionário PCCP em amostra quasi-aleatória e em três Unidades de Saúde do Agrupamento de Centros de Saúde (Bom Jesus, Câmara de Lobos e Caniço) que foram escolhidas aleatoriamente através de sorteio, após exclusão de Unidades de Saúde de muita pequena dimensão de médicos, e agrupando-as por áreas geográficas. Foram sorteados os Centros de Saúde (CS) do Bom Jesus, Funchal, o CS de Câmara de Lobos, zona Oeste da RAM, e o CS do Caniço, zona leste da RAM, foram os sorteados pelas três zonas.

Após a consulta médica, os utentes eram abordados pela investigadora, devidamente identificada como estudante de Medicina da Universidade de Coimbra, que lhes perguntava se estariam dispostos a participar num estudo através do auto-preenchimento de um questionário, sendo realçado o caráter anónimo, sigiloso e confidencial deste questionário. Após a aceitação, este era encaminhado para uma sala reservada, não visível para os médicos, onde depois da assinatura do consentimento informado, era fornecido o questionário.

Este questionário foi aplicado em duas fases sendo que, entre estas fases, foi feita uma apresentação informativa nas Unidades de Saúde onde decorreu o estudo, aos Médicos Especialistas e Internos de Medicina Geral e Familiar. Nesta sessão, de 30 minutos, foram divulgados os resultados da primeira fase do estudo o que permitiu aos profissionais de saúde terem noção de quais os aspetos que foram melhor ou pior percecionados pelos respondentes.

Na segunda fase, o mesmo questionário foi aplicado nas mesmas Unidades de Saúde a uma amostra que, epidemiologicamente, foi definida como a de tamanho mínimo, com 31 respondentes, em cada Unidade de Saúde.

A aplicação dos questionários começou em agosto de 2022 e as apresentações formativas decorreram no mês de outubro. A segunda fase dos questionários decorreu em dezembro.

O questionário de perceção do cuidado centrado na pessoa (PCCP) é constituído por nove perguntas, com quatro níveis de resposta: “Completamente”, “Parcialmente”, “Um pouco” e “Nada”.

Para além das questões relacionadas com a perceção, o questionário inclui a obtenção de informação sobre o contexto socioeconómico (14,15,16) do utente (vive sozinho ou acompanhado, o rendimento mensal é ou não superior ao salário mínimo nacional e escolaridade (9ºano ou abaixo, ensino secundário ou ensino superior), sexo (feminino e

masculino) (17), grupo etário (<35, maior ou igual a 35 e 65 anos e maior ou igual a 65 anos), se é ou não habitualmente seguida pelo médico com quem teve a consulta.

Os resultados foram registados no programa Microsoft Excel 2016 e fez-se a análise estatística no programa IBM SPSS para Windows versão 24. A análise foi descritiva e inferencial, não paramétrica para variáveis numéricas, após a verificação da não normalidade de dados numéricos pelo teste de *Kolmogorov-Smirnov*. Para variáveis numéricas de normal distribuição aplicou-se o teste *t Student*. Definiu-se o valor de $p < 0,05$ para significado estatístico.

Resultados

Análise de resultados quanto a MCP em ambos os tempos de aplicação

Os resultados obtidos quanto às respostas por pergunta em todas as Unidades de Saúde nos dois tempos de aplicação encontram-se registados no Quadro 1. Nota-se que na pergunta 3 (“O médico ouviu o que tinha a dizer?”) os resultados são significativamente diferentes entre tempos de aplicação ($p=0,046$), devido à existência de respostas “parcialmente” e “um pouco” na segunda aplicação.

A resposta mais frequente em todas as perguntas e em todas as Unidades de Saúde foi a opção “Completamente” que corresponde ao nível máximo de resposta (entre 79,5% e 97,5%).

Quadro 1 – Frequência das respostas ao questionário PCCP nos dois tempos de aplicação

Questão	Resposta	Tempo de aplicação		Total n (%)	p
		Primeiro n (%)	Segundo n (%)		
1. O(s) motivo(s) para a consulta de hoje foram falados?	Completamente	111 (97,4)	84 (96,6)	195 (97)	0,746
	Parcialmente	2 (1,8)	3 (3,4)	5 (2,5)	
	Um pouco	1 (0,9)	0	1 (0,5)	
	Nada	0	0	0	
2. Ficou satisfeito/a com a conversa sobre o(s) seu(s) problema(s)?	Completamente	112 (98,2)	84 (96,6)	196 (97,5)	0,441
	Parcialmente	2 (1,8)	2 (2,3)	4 (2)	
	Um pouco	0	1 (1,1)	1 (0,5)	
	Nada	0	0	0	
3. O médico ouviu o que tinha a dizer?	Completamente	114 (100)	84 (96,6)	198 (98,5)	0,046
	Parcialmente	0	1 (1,1)	1 (0,5)	
	Um pouco	0	2 (2,3)	2 (1)	
	Nada	0	0	0	
4. O médico explicou-lhe o seu problema?	Completamente	110 (96,5)	81 (93,1)	191 (95)	0,264
	Parcialmente	4 (3,5)	4 (4,6)	8 (4)	
	Um pouco	0	1 (1,1)	1 (0,5)	
	Nada	0	1 (1,1)	1 (0,5)	
5. Falaram sobre o que cada um (médico e doente) deve fazer?	Completamente	106 (93)	79 (90,8)	185 (92)	0,568
	Parcialmente	5 (4,4)	5 (5,7)	10 (5)	
	Um pouco	3 (2,6)	2 (2,3)	5 (2,5)	
	Nada	0	1 (1,1)	1 (0,5)	

6. O médico explicou o tratamento?	Completamente	106 (93)	82 (94,3)	188 (93,5)	0,698
	Parcialmente	3 (2,6)	3 (3,4)	6 (3)	
	Um pouco	0	0	0	
	Nada	5 (4,4)	2 (2,3)	7 (3,5)	
7. O médico falou consigo sobre o quão viável este tratamento é para si?	Completamente	103 (90,4)	80 (93)	183 (91,5)	0,509
	Parcialmente	8 (7)	4 (4,7)	12 (6)	
	Um pouco	1 (0,9)	1 (1,2)	2 (1)	
	Nada	2 (1,8)	1 (1,2)	3 (1,5)	
8. Sente que o seu médico o/a Compreendeu?	Completamente	110 (96,5)	82 (94,3)	192 (95,5)	0,424
	Parcialmente	4 (3,5)	2 (2,3)	6 (3)	
	Um pouco	0	2 (2,3)	2 (1)	
	Nada	0	1 (1,1)	1 (0,5)	
9. O médico falou consigo sobre questões suas ou familiares que possam afetar a sua saúde?	Completamente	93 (82,3)	66 (75,9)	159 (79,5)	0,190
	Parcialmente	12 (10,6)	7 (8)	119 (9,5)	
	Um pouco	2 (1,8)	3 (3,4)	5 (2,5)	
	Nada	6 (5,3)	11 (12,6)	17 (8,5)	

Caracterização da amostra

Na primeira aplicação foi obtida amostra de 114 respondentes e na segunda aplicação uma amostra de 93 respondentes. No quadro 2 descreve-se a amostra estudada. No total do estudo foram contabilizadas 40 recusas (22 na primeira aplicação e 18 na segunda) na realização do questionário.

A maioria dos inquiridos eram do sexo feminino (67,7%), tinham entre 35 e 64 anos (51,2%), eram seguidos pelo médico com quem tiveram consulta (80,6%), vivem acompanhados (80,1%), têm um rendimento mensal superior ao salário mínimo nacional (58,2%) e uma formação académica inferior ao 9ºano (52,2%). Não se verificaram diferenças significativas entre ambos os tempos.

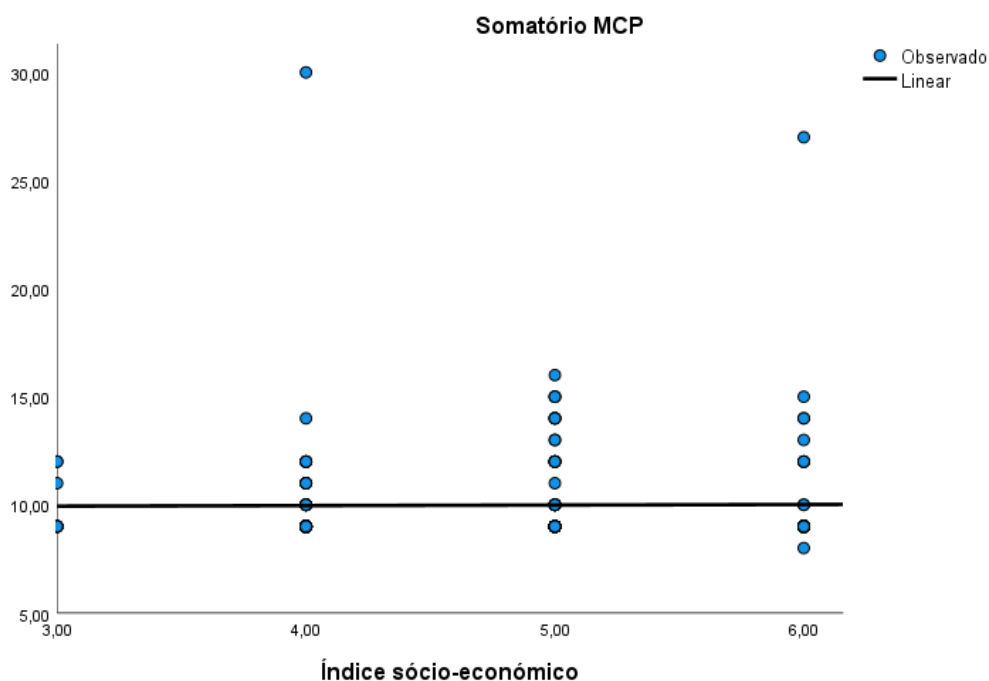
Quadro 2 – Caracterização epidemiológica da amostra estudada

		Tempo de aplicação				P
		T1 n (%)	T2 n (%)	Total N (%)		
Sexo (*)	Feminino	77 (67,5)	59 (67,8)	136 (67,7)	0,545	
	Masculino	37 (32,5)	65 (32,2)	65 (32,3)		
Grupo etário (**)	Menos de 35	19 (16,7)	17 (19,5)	36 (17,9)	0,181	
	Entre 35 e 64	55 (48,2)	48 (55,2)	103 (51,2)		
	Igual ou maior a 65	40 (35,1)	22 (25,3)	62 (30,8)		
Seguimento habitual pelo médico com quem teve consulta (*)	Sim	90 (78,9)	72 (82,8)	162 (80,6)	0,311	
	Não	24 (21,1)	15 (17,2)	39 (19,4)		
Com quem vive (*)	Sozinho	24 (21,1)	16 (18,4)	40 (19,9)	0,388	
	Acompanhado	90 (78,9)	71 (81,6)	161 (80,1)		
Formação académica (*)	Até 9ºano	64 (56,1)	41 (47,1)	105 (52,2)	0,130	
	Mais que 9ºano	50 (43,9)	46 (52,9)	96 (47,8)		
Rendimento mensal (*)	Inferior ao salário mínimo nacional	54 (47,4)	30 (34,5)	84 (41,8)	0,045	
	Inferior ao salário mínimo nacional	60 (52,6)	57 (65,5)	117 (58,2)		
Total Nº		114 (100)	93(100)	207 (100)		

(*) Teste exato de Fisher, (**) Teste U de Mann-Whitney

Estudou-se também se haveria alguma relação entre o índice socioeconómico do utente e o somatório MCP e o que os resultados mostraram foi uma fraca correlação entre estas variáveis (*Spearman* $p=0.062$, $p=0.380$), o que significa que a perceção dos utentes relativamente à MCP é independente do estatuto socioeconómico (Gráfico 1).

Gráfico 1 – Relação entre o somatório MCP e o índice socioeconómico



No quadro 3 encontra-se a análise inferencial das respostas por pergunta entre os Centros de Saúde em ambos os tempos de aplicação.

Quadro 3 – Análise das respostas por pergunta entre as Unidades de Saúde

Pergunta	1	2	3	4	5	6	7	8	9
P bilateral	0,671	0,927	0,770	0,445	0,405	0,152	0,945	0,872	0,038

Analisou-se se haveriam diferenças estatisticamente significativas entre ambos os tempos de aplicação em todas as variáveis (sexo, grupo etário, seguimento habitual pelo médico, com quem vive, rendimento mensal e formação académica). Aquilo que os resultados mostraram foi que apenas a variável “Rendimento mensal relativamente ao salário mínimo nacional” apresentou resultados com diferenças estatisticamente significativas com um valor de p de 0,045. Por esta razão, foi feita uma análise desta variável em função das restantes (Quadro 4).

Quadro 4 – Análise de “Rendimento mensal relativamente ao salário mínimo nacional” em função das outras variáveis

		Rendimento mensal relativamente ao salário mínimo nacional		Total Nº (%)	P
		Inferior n (%)	Superior n (%)		
Unidade de Saúde	Bom Jesus	29 (34,5)	37 (31,5)	66 (32,8)	0,306
	Câmara de Lobos	31 (36,9)	36 (30,8)	67 (33,3)	
	Canico	24 (28,6)	44 (37,6)	68 (33,8)	
Sexo	Feminino	62 (73,8)	74 (63,2)	136 (67,7)	0,128
	Masculino	22 (26,2)	43 (36,8)	65 (32,3)	
Idade	Menos de 35 anos	18 (21,4)	18 (15,4)	36 (17,9)	0,306
	Entre 35 e 64 anos	33 (39,3)	70 (59,8)	103 (51,2)	
	Mais de 65 anos	33 (39,3)	29 (24,8)	62 (30,8)	
Com quem vive?	Sozinho	17 (20,2)	23 (19,7)	40 (19,9)	0,528
	Acompanhado	67 (79,8)	94 (80,3)	161 (80,1)	
Formação académica	Até 9ºano	54 (64,3)	51 (43,6)	105 (52,2)	0,04
	Mais que 9ºano	30 (35,7)	66 (56,4)	96 (47,8)	

Através de análises utilizando-se o teste de U de *Mann-Whitney* e o teste exato de *Fisher* conseguimos correlacionar as variáveis com o “Rendimento mensal”. Verificou-se haver diferenças estatisticamente significantes quanto à formação académica sendo o $p=0,04$ ($p<0,05$), a formação académica parecendo influenciar o rendimento mensal.

Constatamos também a existência de diferenças entre as respostas à pergunta 9 (“O médico falou consigo sobre questões suas ou familiares que possam afetar a sua saúde?”) e o rendimento mensal entre tempos de aplicação, $p=0,038$, teste U de *Mann-Whitney* (Quadro 5).

Quadro 5 - Análise das respostas à pergunta 9 em função do rendimento mensal

Pergunta 9	Rendimento mensal relativamente ao salário mínimo nacional		Total N° (%)	p
	Inferior n (%)	Superior n (%)		
Completamente	60 (72,3)	99 (84,6)	159 (79,5)	0,038
Parcialmente	11 (13,3)	8 (6,8)	19 (9,5)	
Um pouco	3 (3,6)	2 (1,7)	5 (2,5)	
Nada	9 (10,8)	8 (6,8)	17 (8,5)	

Discussão

O método clínico da MCP tem sido cada vez mais utilizado e a sua importância foi descrita em vários estudos (18). Atualmente, assiste-se à substituição de um modelo médico convencional em que o ónus da decisão está do lado do médico, para um modelo em que existe uma partilha de responsabilidades, mais centrada no paciente (19,20). Esta prática irá melhorar os cuidados de saúde primários na medida em que irá intensificar a relação médico-paciente (21).

Os principais objetivos deste estudo eram conhecer a perceção dos utentes sobre o cuidado centrado na pessoa e também perceber se a divulgação dos resultados e a apresentação informativa aos médicos das respetivas unidades de saúde teria impacto na implementação deste método clínico.

Foi utilizado o questionário de Moira Stewart “*Patient Centered-Medicine: Transforming the Clinical Method*” adaptado e validado para o português falado na Europa e que avalia as quatro componentes da MCP (10). Foi realizada uma sessão de apresentação curta, de cerca de 30 minutos, para os médicos de cada Centro de Saúde, em que foram divulgados os resultados do primeiro tempo de aplicação acompanhada de pequena formação mais teórica, inicial ao tema.

Em 2019 e 2021, foram realizados estudos semelhantes na região centro de Portugal, um antes e outro durante a pandemia COVID 19, sendo o presente estudo uma extensão da investigação à Região Autónoma da Madeira (10-13). Os resultados obtidos (inclusive durante a pandemia COVID 19) foram reveladores de uma perceção positiva da medicina centrada na pessoa, por parte dos utentes consultados nas Unidades de Saúde Familiar Rio Dão, Topázio e Coimbra Centro, mas reforçaram importância da formação dos profissionais de saúde sobre este tema. Na RAM, este trabalho, foi pioneiro na abordagem da MCP nos CSP, de uma forma organizada e estruturada.

Apesar das dificuldades sentidas quanto à adesão dos utentes, com as 40 recusas no total das Unidades de Saúde (19%), e o receio dos utentes em responder ao questionário por considerarem que a entrevistadora poderia representar as direções de CS ou divulgar a informação recolhida aos seus médicos, os 207 questionários obtidos ao longo do projeto, permitiram conhecer a perceção dos utentes sobre o exercício da MCP por parte dos médicos que os consultaram. Tal como referido em metodologia, foi sempre referido o carácter autónomo desta investigação, não sabendo os médicos da sua realização, sendo a aplicação realizada em local não visível para os médicos, estando a investigadora devidamente identificada como estudante de Medicina da Universidade de Coimbra. Nas Unidades de Cuidados de Saúde Primários (UCSP) analisadas, cerca de 81% dos respondentes (162

peças) tinham tido consulta com o médico que habitualmente eram seguidos. Este dado é revelador da continuidade dos cuidados de saúde que é praticada pela MGF, com impacto na relação médico-doente.

A amostra foi constituída sobretudo por pessoas em idade ativa (entre os 35 e os 64 anos) (51%) e por pessoas com idade igual ou superior a 65 anos (31%), o que está de acordo com o padrão de utilizadores das CSP.

A resposta mais frequente em todas as perguntas, nos dois tempos de aplicação e nas 3 Unidades de Saúde foi “Completamente” o que significa que os utentes percecionaram as consultas como sendo centradas na pessoa.

Na pergunta 9 “O médico falou consigo sobre questões suas ou familiares que possam afetar a sua saúde?” a resposta “Completamente” foi menos observada, com um valor de p de 0,190. Isto significa que as questões familiares comparativamente com as questões relacionadas com a doença, como a história da doença atual, o exame físico, exames complementares de diagnóstico ou tratamento, são menos abordadas nas consultas de MGF. Esta constatação, reforça a necessidade de adequação dos tempos de consulta nos CSP que já foi proposta por exemplo pela APMGF e pelo Colégio da MGF da Ordem dos Médicos.

Entre os dois tempos de aplicação do questionário, foram identificadas diferenças com significância estatística ($p=0,046$) nas respostas à pergunta 3 “O médico ouviu o que tinha a dizer?”. Isto mostra que após a sessão de apresentação informativa, os médicos tentaram conduzir a consulta no sentido de ser mais centrada no paciente.

Apesar da maior parte da amostra inquirida ter entre 35 e 64 anos (51,2%), não nos podemos esquecer que 30,8% tinham idade igual ou superior a 65 anos, ou seja, corresponderam a uma população mais idosa e por isso muito provavelmente mais dependente e com mais carga de doença. Este ponto poderá ser um pouco preocupante se o relacionarmos com os resultados menos positivos à pergunta 9. Visto que a Medicina Geral e Familiar é importantíssima nos cuidados de saúde primários, a abordagem de questões familiares, sobretudo em indivíduos desta faixa etária, é de extrema relevância melhorando a qualidade de vida do nosso utente. Quando abordamos os resultados desta pergunta pensamos também no impacto que o tempo de consulta poderá ter na abordagem dos assuntos familiares. Foi realizado um estudo em 2020 como objetivo de relacionar a multimorbilidade com o tempo de consulta (22). Apesar de ainda ser necessário mais trabalho nesta área, há necessidade de aumentar o tempo de consulta em doentes com multimorbilidade. Na Medicina Geral e Familiar e no Cuidado Centrado na Paciente, é importantíssimo não descurar a abordagem da família que contribui para o “olhar para o doente como um todo”.

Verificamos diferenças estatisticamente significativas, entre os tempos de aplicação na variável “Rendimento mensal relativamente ao salário mínimo nacional” ($p=0,045$). Quando analisamos esta variável em função das outras (sexo, formação académica, idade e com quem vive) conclui-se que apenas a formação académica teria alguma influência no rendimento mensal com um valor de p de 0,04. Isto significa que indivíduos com uma menor formação académica teriam um menor rendimento mensal comparativamente com aqueles que têm uma maior formação académica.

Estudos anteriores encontraram diferenças entre o sexo e a perceção da MCP, mas os resultados obtidos neste estudo não o mostraram (11). O mesmo aconteceu relativamente ao grupo etário e à formação académica em que neste estudo também não foram encontradas diferenças.

A diferença de respostas entre tempos de aplicação à pergunta “O médico ouviu o que tinha a dizer?” ($p=0,046$) acaba por ser a prova da necessidade de formação aos profissionais de saúde e também um incentivo à utilização desta metodologia nas consultas de MGF.

Limitações gerais

Apesar do questionário ter sido feito especificamente para este feito, existem fatores que poderão influenciar a forma como os utentes responderam. Como vieses, podemos considerar o facto de alguns utentes terem tido receio em participar no estudo, apesar de terem dado o seu consentimento à entrevistadora, porque esta, apesar de ser estudante de Medicina, pode ter sido mal interpretada como sendo parte do sistema representando a entidade. Podemos também considerar como vieses o de deseabilidade social e de amostragem que foi de conveniência.

O atraso do trabalho de campo pela espera do parecer inconclusivo da Comissão de Ética acabou também por ser uma limitação pois houve necessidade de aumentar o tempo de estudo que inicialmente estava previsto.

Pontos fortes

Na Região Autónoma da Madeira não tinha anteriormente sido feito nenhum estudo sobre a Medicina Centrada na Pessoa. Acabamos por ter mais um local em Portugal com estudos na MCP e também mais profissionais de saúde que foram informados acerca deste tema.

As Unidades de Saúde analisadas situavam-se em locais geograficamente diferentes na RAM o que possibilitou uma amostra mais heterogénea. Também houve cuidado para que nas Unidades de Saúde que entrassem para o sorteio, não fosse possível a identificação dos médicos, para que assim também se diminuísse o viés de observação.

Sugestões

Apesar da MCP ser uma abordagem muito importante nos cuidados de saúde primários e em MGF, será interessante tentar levar este método clínico para outras especialidades e tentar também perceber o impacto da formação dos profissionais de saúde de outras especialidades.

Visto existirem poucos estudos que relacionem o método MCP com o tempo de consulta será também interessante tentar perceber um pouco mais sobre a realidade neste campo e o que poderá ser feito para que todos os assuntos, para além das questões médicas, sejam abordadas em consulta.

Conclusão

A resposta “Completamente” foi a mais escolhida em todas as perguntas e em todas as Unidades de Saúde o que significa que este método clínico já é muito utilizado.

A pergunta 3 “O médico ouviu o que tinha a dizer?” tendo tido respostas significativamente diferentes entre ambos os tempos de aplicação significa a necessidade e a importância de formação.

Os resultados obtidos mostraram que em 8 das 9 perguntas houve melhoria de respostas entre tempos de aplicação o que é uma prova de que a formação dos médicos é vantajosa.

Estudos já realizados sobre MCP mostraram que a maioria dos pacientes descreve uma abordagem clínica centrada na pessoa na consulta. Estudos internacionais destacam também a satisfação dos utentes na receção deste tipo de cuidados. É importante envolver os utentes numa investigação cujo método clínico visa identificar as suas necessidades, vontades e expectativas e reforçar a interpretação holística da sua condição, e fomentar a relação médico-paciente.

A realização deste tipo de estudo noutras regiões e noutras especialidades será também vantajosa pois a utilização deste método, tal como Moira Stewart nos diz no seu livro, mostramos que só com um olhar mais abrangente acerca do nosso doente poderemos oferecer-lhe o melhor cuidado, sempre centrado em si.

Agradecimentos

Ao Professor Doutor Luiz Miguel Santiago pela incrível orientação, pela sua total disponibilidade, preocupação e compreensão, mesmo nos momentos mais desafiadores.

À Professora Doutora Marta Dora Freitas Ornelas pela sua co-orientação maravilhosa, pelos seus conselhos e dicas, pelo seu companheirismo e pela sua persistência perante as adversidades.

Ao Dr. Fábio Camacho, Coordenador Geral do ACES, por ter facilitado a comunicação com os CS onde decorreu o estudo e ter fornecido todas as condições necessárias para o preenchimento dos questionários.

A todos os utentes que, prestavelmente, concederam-me um pouco do seu tempo para o preenchimento do questionário.

Aos coordenadores e funcionários dos CS do Bom Jesus, Câmara de Lobos e Caniço, por toda a simpatia e ajuda.

A toda a minha família e amigos pelo apoio incondicional, paciência, companhia e por toda a força que sempre me transmitiram ao longo destes seis desafiantes anos de curso. Um eterno obrigado por sempre acreditarem em mim.

Referências

1. Balint E. The possibilities of patient-centered medicine. *J R Coll Gen Pract.* 1969;17(82):269-76
2. Bosworth H, Oldone E, Weinberger M. Patient treatment adherence: concepts, interventions and measurement. Press: 2006
3. Joosten EA., De-Fuentes-Merillas L., de Weert GH., Sensky T., van der Staak CP, de Jong CA. Systematic review of the effects of shared decision –making on patient satisfaction, treatment adherence and health status. *Psychother Psychosom.* 2008;77(4):219-26.
4. Bayne H, Neukrug E, Hays D, Britton B. A comprehensive model for optimizing empathy in person-centered care. *Patient Educ Couns.* 2013;93(2):209-15.
5. Edwards M., Davies M., Edwards A. What are the external influences on information Exchange and shared decision-making in health care consultations: a meta-synthesis of the literature. *Patient Educ Couns.* 2009;75(1):37-52.
6. Nunes JM, Yaphe J, Santos I. Sintomas somatoformes em medicina de família: um estudo descritivo da incidência e evolução em uma unidade de saúde familiar de Portugal. *Rev Bras Med Fam Comunidade [Internet]*, 21º de junho de 2013 [citado 27º de janeiro 2023];8(28):164-71.
7. Elwyn G., Frosch D., Thomson R., et al. Shared decision making: a model for clinical practice. *J Gen Intern Med.* 2012;27(10):1361-7.
8. 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.
9. Lee YY, Lin JL. Do patient autonomy preferences matter? Linking patient-centered care to patient-physician relationship and health outcomes. *Soc Sci Med.* 2010 ;71(10):1811-8.
10. Coelho B, Santiago LM. Medicina centrada na pessoa: validação populacional de um instrumento de medida pela pessoa. *Rev Port Med Geral Fam* 2022;38:247-56 DOI: 10.32385/rpmgf.v38i3.13218
11. Santiago LM, Reis AF, Botas PC, Pereira CD. Medicina centrada no paciente e capacitação do consultante Medicina Geral e Familiar. *Rev ADSO.* 2015;3(5):19-32.
12. Santiago LM, Rodrigues AC. Medicina Centrada na Pessoa: eficácia de uma intervenção. <http://hdl.handle.net/10316/97661>
13. Santiago LM, Jorge MC. Medicina Centrada na Pessoa: A importância da sua aprendizagem.

14. Lamnisos D, Lambrianidou G, Middleton N. Small-area socioeconomic deprivation indices in Cyprus: Development and association with premature mortality. *BMC Public Health*. 2019 May 22;19(1)
15. Ribeiro AI, Launay L, Guillaume E, Launoy G, Barros H. The Portuguese version of the European deprivation index: Development and association with all-cause mortality. *PLoS One*. 2018 Dec 1;13(12)
16. Kangovi S., Mitra N, Grande D, et al. Patient-centered community health worker intervention to improve posthospital outcomes: a randomized clinical trial. *JAMA Intern Med*. 2014;174(4):535-43.
17. Klea D, Bertakis M.D., M.P.H., Peter Franks , M.D., and Ronald M. Epstein, M.D. Patient-Centered communication in primary care: physician and patient gender and gender concordance. DOI: 10.1089/jwh.2008.0969
18. Starfield B. Is patient-centered care the same as person-focused care? *Perm J*. 2011;15(2):63-9.
19. Sepucha KR, Borkhoff CM, Lally J. et al. Establishing the effectiveness of patient decision aids: key constructs and measurement instruments. *BMC Med Inform Decis Mak*. 2013;13(Suppl 2):S12.
20. Santiago LM, et al. Auto Percepção do desempenho da medicina centrada na pessoa em MGF, *Acta Med Port* 2020 Jun;33(6)407-414.
21. Bertakis KD, Azari R. Patient-centered care is associated with decreased health care utilization. *J Am Board Fam Med*. 2011;24(3):229-39.
22. Tadeu AC, Caetano IR, Figueiredo IJ, Santiago LM. Multimorbidity and consultation time: a systematic review. *BMC Family Practice*. 2020;21:152

Anexos

Anexo I – Aprovação da Comissão de Ética para a Saúde da RAM



Exma. Senhora
Dra. Francisca Ramos
Franciscasofia13@gmail.com

Sua Referência:	Sua Comunicação:	N/ Ofício:	Serviço de Saúde da RAM, EPERAM SAÍDA S.22001835 2022/04/26 Classificação: 18.63
-----------------	------------------	------------	---

Assunto: Projeto de Investigação: “Medicina centrada na pessoa: A importância da sua aprendizagem na Medicina Geral e Familiar”

Na sequência do vosso pedido de 03.03.2022, sobre o assunto mencionado em epígrafe, informamos Vossa Exa. que o pedido de autorização para a realização de estudo/projecto de investigação, mereceu parecer favorável da Comissão de Ética para a Saúde do Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira, EPERAM, o qual se anexa.

Com os melhores cumprimentos,

A Presidente do Conselho de Administração

Rafaela Fernandes

CA/IS

Comissão de Ética para a Saúde do SESARAM, EPERAM
Parecer relativo ao documento nº 68/2021

A – RELATÓRIO

A Comissão de Ética para Saúde (CES) do Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira analisou o pedido submetido pela Dra Francisca Ramos, para autorização do projeto de investigação "**Medicina centrada na pessoa: A importância da sua aprendizagem na Medicina Geral e Familiar**". Trata-se de um projeto que pretende avaliar o exercício do método clínico "Medicina Centrada na Pessoa (MCP) e que tem como co-investigadores, os Drs. Miguel Santiago e Marta Dora Ornelas.

B – IDENTIFICAÇÃO DE QUESTÕES

O objeto deste estudo suscitou algumas dúvidas à CES/SESARAM pela metodologia aplicada, que foram esclarecidas numa adenda ao projeto, recebida nesta comissão em 31 de março de 2022.

C – CONCLUSÃO

A CES/SESARAM, EPERAM deliberou emitir **Parecer favorável** por não se colocarem quaisquer questões de ordem ética.

Aprovado em reunião do dia 05 de abril de 2022 da CES por unanimidade.

O presidente da CES/SESARAM, EPERAM


(Filomeno Paulo Gomes)

Anexo II – Questionário PCCP

Questionário de 9 perguntas sobre percepção do cuidado centrado na pessoa.

	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?				
9.O médico falou consigo sobre questões suas ou familiares que possam afetar a sua saúde?				

Sexo Feminino_____ Masculino_____	Com quem vive? Sozinho_____ Acompanhado_____
Idade Menos de 35 anos_____	Rendimento mensal é superior ao salário mínimo nacional?
Entre 35 e 64 anos_____	Inferior_____ Superior_____
Mais de 65 anos_____	Escolaridade

É seguido habitualmente pelo médico com quem teve consulta? Sim _____ Não _____	9ºano ou abaixo _____ Ensino secundário _____ Ensino superior _____
---	---