



FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE D
COIMBRA

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA – TRABALHO FINAL

CATARINA ISABEL CARNEIRO FERREIRA

Medicina Centrada na Pessoa: Correlação entre alunos e doentes no 5º ano de Mestrado Integrado em Medicina na Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

ARTIGO CIENTÍFICO ORIGINAL

ÁREA CIENTÍFICA DE MEDICINA GERAL E FAMILIAR

Trabalho realizado sob a orientação de:

PROFESSOR DOUTOR LUIZ MIGUEL SANTIAGO

PROFESSORA DOUTORA INÊS ROSENDO CARVALHO E SILVA

Novembro de 2022

CATARINA ISABEL CARNEIRO FERREIRA¹

Trabalho realizado sob a orientação de:

PROF. DOUTOR LUIZ MIGUEL SANTIAGO²

PROF. DOUTORA INÊS ROSENDO³

1 - Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

2 - Professor Associado com Agregação – Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

3 - Professora Auxiliar Convidada – Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

Para o Sebastião Fradique

Índice

Abreviaturas	6
Resumo	7
Abstract	8
Introdução	9
Material e Métodos	14
Resultados	15
Discussão	23
Conclusão	25
Agradecimentos	26
Referências	27
Anexos	29

Abreviaturas

MCCP – Método Clínico Centrado na Pessoa

MCP – Medicina Centrada na Pessoa

PCM – *Person Centered Medicine*

PPPC – *Patient Perception of Patient-Centeredness*

MGF – Medicina Geral e Familiar

MIM – Mestrado Integrado em Medicina

FMUC – Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

UC – Unidade Curricular

USF – Unidade de Saúde Familiar

DP – *Doctor-Patient*

PPOS – *Patient-Practitioner Orientation Scale*

ICC/PEI – Instrumento de Capacitação do Consultante/*Patient Enablement Instrument*

Resumo

Introdução: A Medicina Centrada na Pessoa (MCP), que reúne cada vez mais evidência científica é, para além de um método clínico, um dos pilares da relação médico-doente que traz benefícios acrescidos aos pacientes, sendo um ideal desejável para a prática clínica, que muitas vezes passa despercebido nos currículos das diversas escolas médicas.

Objectivo: O objetivo deste estudo foi perceber, em contexto de consulta simulada entre os alunos e os tutores se o método de Medicina Centrada na Pessoa foi aplicado pelo aluno como “médico” e se coincide com a forma como foi percebido pelo “paciente”, o tutor médico.

Métodos: Foram aplicados questionários aos alunos de 5º ano do Mestrado Integrado de Medicina da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, durante a realização do estágio contemplado na unidade curricular de Medicina Geral e Familiar bem como aos seus tutores, após uma consulta simulada em que o aluno foi o “médico” e o tutor o “paciente”. O questionário aplicado foi o PPPC, validado e traduzido transculturalmente para português, tendo sido realizada estatística descritiva e inferencial.

Resultados: A amostra inquirida foi composta por 318 alunos, nos dois semestres do ano letivo de 2021/2022, não tendo sido demonstradas diferenças significativas na distribuição dos sexos nos dois semestres, nem na pontuação global por semestre. A correlação entre os questionários médico/doente foi forte e significativa, com uma pontuação média de $33,2 \pm 3,0$ nos alunos e $32,9 \pm 4,1$ nos tutores e uma mediana de 34,0, numa amplitude de 9 a 36. Por fim, procedemos ao estudo da correlação entre perguntas dos dois questionários, tendo verificado uma correlação forte nas perguntas número 1,5,6 e 9 e uma correlação moderada nas perguntas 2,3,4,7 e 8, tendo sido posteriormente feito uma análise mais pormenorizada destas últimas, que revela insuficiências na prática do médico, o aluno, que merecem intervenção no ensino da medicina.

Discussão/Conclusão: Num estudo, exploratório, para perceber, em meio de ensino pré-graduado como é que os alunos auto-percepcionavam a prática de MCP, perceberam-se lacunas em algumas áreas de aplicação do método e que agora deverão ser alvo de intervenção. Concluímos que na nossa amostragem, em ambiente protegido de meio académico pré-graduado, o uso do método clínico da Medicina Centrada na Pessoa foi realizado tanto na perspetiva do médico (aluno) como do doente (tutor).

Palavras-chave: Medicina Geral e Familiar; Medicina Centrada na Pessoa; Método Clínico; Relação médico-paciente; Consulta Médica; Ensino Pré-Graduado

Abstract

Introduction: Person-Centered Medicine is in addition to a clinical method, one of the pillars of the doctor-patient relationship that brings added benefits to patients. PCM is a desirable ideal for clinical practice, which often goes unnoticed in the curricula of several medical schools.

Objective: The objective of this study was to understand, in the context of a simulated consultation between students and tutors, whether the Person-Centered Medicine method was applied by the student as a doctor and perceived by the patient, the medical tutor.

Methods: Questionnaires were applied to 5th year students of the Integrated Master's Degree in Medicine at the Faculty of Medicine of the University of Coimbra, during the internship contemplated in the curricular unit of General and Family Medicine, as well as to their tutors. After a simulated consultation in that the student was the "doctor" and the tutor the "patient", these questionnaires were answered. The questionnaire applied was the PPPC, validated and cross-culturally translated into Portuguese, with descriptive and inferential statistics being performed.

Results: The inquired sample consisted of 318 students in the two semesters of the 2021/2022 academic year. No significant differences were demonstrated in the distribution of genders in the two semesters nor in the overall score per semester. The correlation between doctor/patient questionnaires shows a strong and significant correlation, with an average score of 33.2 ± 3.0 for students and 32.9 ± 4.1 for tutors and a median of 34.0 within a range of 9 to 36. Finally, we proceeded to study the correlation between questions in the two questionnaires, having verified a strong correlation in questions number 1, 5, 6 and 9 and a moderate correlation in questions 2, 3, 4, 7 and 8. A more detailed analysis of the latter was subsequently carried out, which reveals shortcomings in the physician's practice (the student) that deserve intervention in the teaching of medicine.

Discussion/Conclusion: In an exploratory study in order to understand in a pre-graduate teaching environment how students self-perceived the practice of PCM, several gaps were noticed in some areas of application of the method and which should now be the target of intervention. We concluded that in our sample in a protected environment of a pre-graduate academic environment, the use of the clinical method of Person-Centered Medicine was carried out both from the perspective of the doctor (student) and the patient (the tutor).

Keywords: General and Family Medicine; Person-Centered Medicine; Clinical Method; Patient-Physician Relationship; Medical appointment; Pre-Graduate Education

Introdução

O avanço científico nas mais diversas áreas durante o século passado foi notório, não sendo naturalmente as áreas de saúde, mais concretamente, a medicina, uma exceção, tendo-se verificado um progresso científico e tecnológico exponencial.^{1,2} Com isto, torna-se vital aproveitar o que estes avanços nos trazem de bom sem que isso signifique uma desconexão entre o médico e paciente.

É também cada vez mais importante, no exercício da medicina, o entendimento do paciente com determinada personalidade, experiências passadas, que está inserido num estágio específico do seu ciclo de vida, ou seja, o foco na pessoa como um todo.¹ Daí a importância crescente em aprofundar a abordagem da medicina centrada na pessoa, conceito cujo princípio já data da antiga escola grega de Cos, na qual era dado relevo às singularidades de cada pessoa na investigação dos aspetos estritamente fisiológicos e orgânicos.³

Desde então variadíssimos estudos e modelos foram sendo desenvolvidos no sentido de aprimorar este conceito: Ballint, que defendia a grande influência das ações de cunho pessoal de um médico na forma como o paciente responde à doença e à própria terapêutica⁴; Engel com o modelo biopsicossocial de que, contrariamente ao modelo biomédico vê a doença como entidade primária na primeira abordagem ao estudo, determina uma abordagem multidisciplinar que reúne as dimensões biológicas, psicológicas e sociais como o próprio nome indica⁵; Moira *et al* mais recentemente, na década de 90 do século XX, como uma evolução do método clínico centrado na pessoa (MCCP).⁶

O MCCP visa benefícios para os principais intervenientes (o paciente e o médico) e pressupõe que o paciente é o promotor da sua própria saúde bem como participante ativo na tomada de decisões terapêuticas, assim o colocando como foco na consulta. São ainda descritas um conjunto de diretrizes para orientar os profissionais de saúde, de modo a que seja conseguida uma abordagem mais centrada na pessoa, incorporando, originalmente seis componentes⁶ que se potenciam e complementam, sistematizando de forma simples uma prestação de cuidados que privilegia a compreensão do indivíduo como um todo, melhorando a experiência de doença e os resultados tendo sido recentemente revisto o MCCP para 4 pilares.⁷

O MCCP tinha vários pilares, o primeiro sendo a exploração, por parte do profissional de saúde, da doença bem como da experiência de doença do próprio indivíduo, a dorlência, avaliando a sua dimensão – os sentimentos a respeito do problema, as ideias sobre o que está errado consigo, o impacto da doença no seu quotidiano, as expectativas sobre o que deveria ser feito para solucionar o problema. O segundo componente, e talvez o mais importante no exercício da medicina centrada na pessoa, o entendimento da pessoa como um todo, ajudando o médico a visualizar estes problemas não como eventos fisiopatológicos isolados mas sim, como problemas também subjetivos e complexos. O terceiro componente resulta da procura e descoberta de uma gestão mútua na orientação do problema entre o médico e o paciente, identificando o problema corretamente, estabelecendo prioridades na terapêutica e reconhecendo os papéis de cada um durante o processo, permitindo desta forma uma maior adesão à terapêutica por parte do indivíduo. O quarto pilar assenta na integração de medidas de prevenção e promoção de saúde resultando de uma abordagem educacional dirigida ao doente, responsabilizando e consciencializado o indivíduo relativamente ao seu estilo de vida. O quinto componente reside no investimento e melhoria da relação médico-doente, na qual devem ser desenvolvidos certos atributos como a empatia, o cuidado e a humanização. Por fim e, igualmente, importante o sexto pilar compreende a exequibilidade em termos de tempo (o acompanhamento da pessoa em várias consultas ao longo do tempo) tratando de forma realista os problemas, priorizando-os e ajustando as possibilidades de atendimento que satisfaça ambos, construindo uma relação e trabalhando em equipa.⁴⁻⁷

Ainda que, atualmente, o acesso com mais facilidade à tecnologia e informação traga por vezes desinformação, é inegável que a informação pública trouxe também algum empoderamento ao paciente que procura saber mais sobre a sua saúde e nela ser mais interventivo.² Podemos e devemos usar a informação para incentivar uma atitude mais ativa do paciente, discutindo os problemas e expectativas e criando, dessa forma, uma aprendizagem para os dois.

Não nos podemos esquecer também que começa a haver uma transição epidemiológica, aumentando os números de doença crónica, tornando-se portanto determinante na gestão de saúde as capacidades de comunicação e relação interpessoal do médico, dado que neste tipo de patologias, objetivo deixa de ser a cura propriamente dita, mas sim a manutenção e melhoria de qualidade de vida do paciente, reforçando ainda mais o investimento destas competências por parte dos profissionais de saúde.^{2,6}

São inúmeras as vantagens que este modelo apresenta, tais como: a melhoria na qualidade da consulta prestada; maior satisfação por parte do doente, levando conseqüentemente a uma maior adesão terapêutica; menor requisição de exames complementares de diagnóstico, “check-up” e encaminhamentos, traduzindo-se em redução de custos ao sistema de saúde; redução de processos por erro médico; maior eficiência no atendimento prestado; redução na ansiedade do doente; maior satisfação do paciente e do profissional de saúde. No entanto, verificamos que em grande parte este método não é aplicável frequentemente, porque tal tipo de prática clínica exige uma dedicação de tempo e nutrição de uma relação médico-doente que, muitas vezes, é incompatível com a prática clínica diária. Isto pode dever-se às limitações de tempo por consulta ou até mesmo devido ao excessivo número de doentes/médico que actualmente se verifica.⁴⁻⁷

Foram desenvolvidos pelos autores do Método Clínico Centrado na Pessoa e da Medicina Centrada na Pessoa (MCP) modelos de avaliação teóricos após consulta.^{6,7}

Branch acredita que o excesso de ensino focado na fisiopatologia tende a inibir o crescimento do estudante de Medicina enquanto ser humano capaz de sentir empatia e compaixão, sendo isso um motivo da formação de profissionais mais distantes e frios. Desta forma, torna-se crucial lutar por um ensino que implique transmitir não só conhecimento empírico como valores e atitudes, pois uma boa prática médica não existe de forma separada de comportamentos éticos e científicos.²

Inúmeros estudos têm sido feitos no sentido perceber a MCP em contexto de ensino. Howe estudou a percepção da importância da MCP por parte dos estudantes ingleses de Medicina durante estágios, concluindo que os estudantes identificaram como importante na sua prática clínica a relação mais prolongada e pessoal com os pacientes, a percepção da influência do ambiente social em que se encontram, acima de tudo, a importância de lidar com pessoas e não com doentes.²

A maior valorização dos dados científicos é, apontada por Pfeiffer *et al* como sendo responsável pela perda de valores e de habilidades de comunicação ao longo do curso médico. Na Holanda, Monchy *et al* desenvolveram a escala DP (*doctor-patient*) que aplicaram no seu estudo com diferentes amostras – estudantes de medicina do segundo ano, último ano, médicos generalistas e ainda incluíram pessoal administrativo da Faculdade – concluindo que os alunos do último ano e médicos generalistas praticam mais MCP do que o pessoal administrativo e estudantes de segundo ano. Concluíram ainda que as mulheres praticam mais MCP do que o sexo masculino, sendo que mais tarde, noutro estudo de validação realizado com estudantes italianos esta tendência da prática de MCP por sexos se verificou. Mais estudos foram feitos em escolas médicas americanas em que

Haiden *et al*, usando a escala PPOS (*patient-practioner orientation scale*) para perceber as diferenças de atitude em relação à MCP nos alunos de início e final de curso, concluiu que ao longo do curso, a tendência é de diminuir as atitudes centradas no paciente, aumentando as atitudes centradas no médico e que os alunos que pretendiam fazer especialidades mais gerais como pediatria ou medicina geral e familiar, apresentaram valores mais elevados na escala, reflectindo valores mais centrados no paciente que os que pretendiam escolher outras especialidades.⁸ No Brasil, foi também usada esta mesma escala em estudantes de medicina revelando que o interesse dos alunos era maior para os casos clínicos de interesse por oposição ao paciente que não tinha doença bem definida. Noeley *et al* levanta ainda a questão da possibilidade dos estudantes estarem a absorver uma prática clínica fundamentalmente biomédica em diversos ambientes ao longo do curso e até mesmo por atitudes dos professores, mesmo com as mudanças curriculares em direcção a uma medicina mais centrada no paciente.⁹

Em Portugal, começa a haver uma preocupação em perceber se a prática clínica em direcção ao método centrado na pessoa se está a realizar e acima de tudo, analisar a perspectiva tanto da pessoa na consulta como do médico que é consultado.^{4, 7, 10}

No seguimento desta problemática, Santiago *et al* desenvolveram um instrumento que avalia a autopercepção médica no exercício da MCP.^{6,7} Foi estudado⁷ no contexto de consulta real em três USF através dos questionários MCP-PT e ICC/PEI traduzido para português, a opinião dos consulentes sobre a aplicação da MCP durante as consultas, tendo verificado correlação positiva entre a MCP e a capacitação do utente, reafirmando desta forma que este método clínico tem repercussões positivas nos pacientes.

Mais tarde, com uso dos mesmos questionários (MCP-PT e ICC/PEI), aplicados aos consulentes de duas unidades de saúde diferentes, com vista em avaliar a MCP e a capacitação dos consulentes, os autores concluíram existir uma relação positiva entre MCP e a Capacitação, no entanto, ao avaliarem de forma distinta as duas unidades de saúde, concluiu-se que há uma maior capacitação por parte dos consulentes na unidade em que o tema é abordado e estudado há mais tempo.¹¹ Foi também feito um estudo no sentido de perceber acuidade dos médicos na percepção do MCP por parte dos consulentes aplicando o questionário MCP-PT tendo-se inferido que os médicos subestimavam a sua aptidão na utilização do efeito terapêutico da relação médico-consulente.¹²

Recentemente, dando seguimento aos trabalhos de Santiago *et al*, Beatriz Coelho, adaptou e validou o questionário *Patient Perception of Patient-Centeredness* (PPPC)⁶ desenvolvido por Moira Stewart para a língua portuguesa (Português-Portugal), adaptando-o

desta forma, culturalmente para a população portuguesa e, permitindo daí em diante, uma maior fiabilidade da medida de perceção de uma medicina centrada na pessoa nos estudos que são e devem continuar a ser realizados.

Apesar de haver um razoável número de doentes que se identificam mais com o modelo biomédico¹³, estará a haver uma modificação no padrão dos cuidados de saúde, prestados por médicos, em que o modelo biomédico começa a passar para segundo plano em detrimento de uma Medicina Centrada na Pessoa.¹⁴ Este modelo propõe o foco na pessoa como um todo, centrando-se nas experiências pessoais de cada indivíduo, implicando uma adaptação do profissional de saúde, para ir de encontro aos ideais do doente com as vantagens inerentes.^{6,7,15}

O estudo das lacunas da metodologia da prática da MCP, trazendo à luz da discussão novas e melhoradas intenções de ação no que diz respeito ao desenvolvimento da educação médica e preparação teórico-prática de forma orientada em medicina centrada na pessoa, devem ser alvos a atingir no ensino pré-graduado.

Com este trabalho pretendeu-se analisar o uso da metodologia segundo Medicina Centrada na Pessoa, com base num inquérito personalizado feito aos alunos do ano letivo de 2021/2022, durante a realização dos mini-Estágios de Medicina Geral e Familiar (MGF) do 5º ano do Mestrado Integrado em Medicina.

O objetivo primário foi perceber a relação entre a perceção do aluno (médico) e do tutor (paciente) em relação à prática de MCP na consulta simulada. Como objetivos secundários pretendeu-se perceber as diferenças entre alunos do sexo masculino e feminino e do 1º e 2º semestre de lecionação.

Materiais e métodos

Esta atividade encontrava-se integrada na Ficha de Unidade Curricular, publicitada na página eletrónica, da FMUC, aquando da realização dos mini-estágios na UC de MGF, tendo sido aprovada pelo Conselho Pedagógico. Foi, tacitamente, obtida a autorização aos tutores responsáveis pelos alunos nos estágios.

Obtida a autorização, procedemos então à aplicação dos questionários aos 318 alunos a frequentar a realizar dos mini-estágios de MGF nas Unidades de Saúde em Cuidados de Saúde Primários Familiar (USF) em que os tutores laboram. Para a realização das consultas finais de avaliação os tutores, que agiram como doentes, receberam um guião simples sobre o que dizer e o que apresentar ao aluno.

O questionário entregue aos alunos e tutores foi o *Patient Perception of Patient-Centeredness* (PPPC) originalmente desenvolvido por Moira Stewart e, em 2022, adaptado e validado transculturalmente para a língua portuguesa europeia para a Pessoa e para o médico na consulta.¹⁶ Ele permitiu medir a perceção que o aluno tinha de ter realizado a consulta segundo a MCP enquanto “médico” na consulta de MGF simulada e a perceção do “doente” (representado pelo médico tutor) da mesma. O Questionário sobre MCP tanto do “médico” como do “doente”, é composto por nove perguntas, cada uma com quatro hipóteses de resposta, cotadas de 1 a 4 (sendo 1 - Nada, 2 - Pouco, 3 - Quase Completamente. 4 - Completamente) para efeitos de quantificação, sendo, portanto, a pontuação máxima deste questionário de 36 pontos.

A análise estatística dos dados foi realizada com recurso ao SPSS versão 27 para um nível de significância de 5%.

Foi usado o coeficiente de correlação de *Pearson* para comparação da pontuação global do questionário respondido pelo Médico (o aluno) e o Doente (o tutor). Consideraram-se para caracterização os valores de 0.00 a 0.19 como de correlação muito fraca, de 0.20 a 0.39 como correlação fraca, de 0.40 a 0.69 como de correlação moderada, de 0.70 a 0.89 como de correlação forte e acima de 0.90 como de correlação muito forte. Foi ainda usado o teste X^2 para comparação entre variáveis nominais. Para comparação entre médias foi usado o *test t de student*.

Resultados

1. Caracterização da amostra de alunos

Representada na tabela 1, encontra-se a análise sociodemográfica da amostra de alunos, sendo constituída por 318 alunos. A maioria era do sexo feminino em ambos os semestres, correspondendo a 48.7% e a 51.3% no primeiro e segundo semestre respectivamente, não se verificando diferenças significativas na distribuição por sexo em função do semestre.

Tabela 1. Tabulação Cruzada Semestre e Sexo

		Sexo (*)		Total
		Feminino n (%)	Masculino n (%)	
Semestre	1º	111 (48,7)	50 (55,6)	161
	2º	117 (51,3)	40 (44,4)	157
Total		228	90	318

(*) $p=0.164$

2. Análise da Pontuação Global entre o “Médico” (o aluno) e o “Doente” (o tutor)

A análise da pontuação global, foi realizada pela correlação de *Pearson* de modo a medirmos a relação entre os dois questionários, médico e doente que revelou haver uma correlação forte e significativa, $\rho=0.709$, $p < 0.001$.

Na tabela 2 encontra-se a análise descritiva da pontuação final para cada uma das variáveis. A média da pontuação global para foi de $32,9 \pm 4,1$ pontos e a mediana foi de 34 pontos, sendo o mínimo de 18 para a pontuação do doente e de 23 para a pontuação do médico. Não se verificaram diferenças significativas na pontuação final média entre os questionários respondidos pelos alunos (Médico Total $33,2 \pm 3,0$) e os tutores (Doente Total $32,9 \pm 4,1$).

Tabela 2. Pontuação das escalas para doente e Médico

	Doente Total	Médico Total
n	319	319
Média ± dp	32,9±4,1	33,2±3,0
Mediana	34,0	34,0
Mínimo	18	23
Máximo	36	36

3. Pontuação global por Sexo de Médico (o aluno)

Para verificar existência de diferença significativa entre as médias da pontuação global por sexos, foi realizado o *teste t de Student* que demonstrou não haver diferenças significativas na pontuação final média por género (feminino 33,3 ± 3,0 vs masculino 33,1 ± 3,1, $p=0.637$).

Tabela 3. Pontuação global de Médico (aluno) por Sexo

	Sexo	N	Média ± dp
Médico Total	Feminino	228	33,2807 ± 3,05315
	Masculino	90	33,1000 ± 3,07235

$p=0,637$

4. Pontuação global por semestre

Não se verificou diferença significativa nas médias da pontuação global dos “Médicos” (aluno) em ambos os semestres (primeiro semestre 32,9 ± 3,2 vs segundo semestre 33,53 ± 2,9, $p=0,073$) nem nas médias da pontuação global dos “Doentes” (tutor) tanto no primeiro (32,6 ± 4,4) como no segundo (33,3 ± 3,9) semestre, respectivamente, $p=0,152$.

Tabela 4. Pontuação global por semestre

	Semestre	N	Média ± Dp	p
Médico	1º	161	32,9193 ± 3,18782	0.073
	2º	158	33,5316 ± 2,88566	
Doente	1º	161	32,6149 ± 4,36042	0.152
	2º	161	32,6149 ± 4,36042	

5. Correlação entre as perguntas no questionário Médico (aluno) e Doente (tutor)

A correlação entre as nove perguntas do inquérito realizado ao Médico (aluno) / Doente (tutor), pela Correlação de *Spearman* permitiu verificar que, nas perguntas 1, 5, 6, e 9 a correlação foi **forte** e significativa e que para as perguntas 2, 3, 4, 7 e 8, foi **moderada** e significativa.

Tabela 5. Correlação entre as perguntas homônimas de ambas as escalas, Doente (tutor) e Médico (aluno)

	Perguntas Doente (tutor) vs Médico (aluno)	Coefficiente de Correlação	Sig. (2 extremidades)
Pergunta 1	“Até que ponto o(s) motivo(s) para a consulta de hoje foram falados?” vs “Como considero que o problema principal da pessoa atendida foi discutido?”	0.751**	<0.001
Pergunta 2	“Até que ponto ficou satisfeito/a com a conversa sobre o(s) seu(s) problema(s)?” vs “Quão satisfeito fico quanto à discussão dos problemas da pessoa?”	0.662**	<0.001
Pergunta 3	“Até que ponto o médico ouviu o que tinha a dizer?” vs “Como considero que ouvi o que a pessoa tinha para dizer?”	0.584**	<0.001
Pergunta 4	“Até que ponto o médico explicou o seu problema?” vs “Como considero que expliquei o(s) problema(s) à pessoa?”	0.584**	<0.001
Pergunta 5	“Até que ponto falaram sobre o que cada um (médico e doente) deve fazer?” vs “Como considero que discuti com a pessoa o papel de cada um?”	0.733**	<0.001
Pergunta 6	“Até que ponto o médico explicou o tratamento?” vs “Como considero que expliquei a terapêutica à pessoa?”	0.730**	<0.001
Pergunta 7	“Até que ponto o médico falou consigo sobre a sua facilidade em realizar o tratamento?” vs “Como considero que explorei com a pessoa a adesão terapêutica?”	0.692**	<0.001
Pergunta 8	“Até que ponto sentiu que o seu médico o/a compreendeu hoje?” vs “Quão bem julgo ter compreendido a pessoa hoje?”	0.547**	<0.001
Pergunta 9	“Até que ponto o médico falou consigo sobre questões pessoais ou familiares que possam afetar a sua saúde?” vs “Em relação ao(s) problema(s) de hoje, até que ponto discuti questões pessoais ou familiares que pudessem estar a afetar a sua saúde?”	0.751**	<0.001

** A correlação é significativa no nível 0,01 (2 extremidades).

6. Descrição pormenorizada das perguntas de correlação moderada no questionário Médico (aluno) e Doente (tutor)

Dada a natureza dos resultados obtidos, foi realizado um estudo mais pormenorizado das respostas a perguntas que obtiveram correlação moderada.

Como podemos observar pela tabela 4, na pergunta2 “Quão satisfeito fico quanto à discussão dos problemas da pessoa?” verifica-se que a pontuação mínima e máxima foi igual, variando apenas na percentagem relativa por cada resposta. Tendo sido o mínimo atribuído à questão o valor 2 (3.1% questionário Doente (tutor) vs. 0.6% questionário Médico (aluno)) e o máximo atribuído à questão o valor 4, com percentagens semelhantes (75.2% questionário Doente (tutor) vs. 74.0% questionário Médico (aluno)).

Tabela 4 - Descrição pormenorizada da pergunta 2 do questionário

		Frequência	Percentagem
Doente (tutor)	2	10	3,1
	3	69	21,6
	4	240	75,2
	Total	319	100,0
Médico (aluno)	2	2	0,6
	3	81	25,4
	4	236	74,0
	Total	319	100,0

Na pergunta 3 “Como considero que ouvi o que a pessoa tinha para dizer?” dos questionários, como podemos verificar na tabela5, há uma discrepância no que é o mínimo e máximo de classificações obtidas nos questionários.

No questionário realizado aos tutores (doente) a classificação varia entre 2 - Pouco (0.9%) e 4 - Completamente (82.4%), sendo mais díspar em relação ao questionário do Médico (aluno) que considera quase na sua totalidade ter ouvido 4 - Completamente (87.8%) o doente e em que as respostas variam apenas entre a classificação 3 e 4.

Tabela 5. - Descrição pormenorizada da pergunta 3 do questionário

		Frequência	Percentagem
Doente (tutor)	2	3	0,9
	3	53	16,6
	4	263	82,4
	Total	319	100,0
Médico (aluno)	3	39	12,2
	4	280	87,8
	Total	319	100,0

Na pergunta número 4 “Como considero que expliquei os problemas à pessoa?”, as respostas em ambos os grupos foram muito similares, tendo variado entre as classificações 2 - Pouco (3.4% questionário Doente (tutor) vs. 1.9% questionário Médico (aluno)) a 4 - Completamente (65.8% questionário Doente (tutor) vs. 68.0% questionário Médico (aluno)), sendo as percentagem relativa de respostas muito semelhantes, como podemos observar na tabela 6.

Tabela 6. - Descrição pormenorizada da pergunta 4 do questionário

		Frequência	Percentagem
Doente (tutor)	2	11	3,4
	3	98	30,7
	4	210	65,8
	Total	319	100,0
Médico (aluno)	2	6	1,9
	3	96	30,1
	4	217	68,0
	Total	319	100,0

Atendendo aos dados obtidos, pudemos verificar na tabela 7 alusiva à questão 7 “Como considero que explorei com a pessoa a adesão terapêutica?”, que houve uma resposta omissa e que a classificação de respostas oscilou entre o 2 - Pouco (5.3%) e o 4 -

Completamente, constituindo uma grande maioria com 70.2% das respostas no questionário dos Doentes e uma variação nas classificações de 1 - Nada (0.3%) a 4 - Completamente, tendo sido esta a resposta mais dada com 71.8% das classificações.

Tabela 7. - Descrição pormenorizada da pergunta 7 do questionário

		Frequência	Percentagem
Doente (tutor)	2	17	5,3
	3	77	24,1
	4	224	70,2
	Total	319	100,0
	Omisso	1	0,3
Médico (aluno)	1	1	0,3
	2	16	5,0
	3	73	22,9
	4	229	71,8
	Total	319	100,0

Como podemos observar na tabela 8, na pergunta 8 “Quão bem julgo ter compreendido a pessoa hoje?”, verificamos que o questionário dos Doentes oscilou entre as classificações 2 - Pouco (0.3%) com uma pequena percentagem relativa a 4 - Completamente (81.2%), bem como por oposição, no questionário dos Médicos, a variação de classificações ficou-se pelas respostas 3 - Quase completamente (21.6%) e 4 - Completamente (78.4%).

Tabela 8. - Descrição pormenorizada da pergunta 8 do questionário

	Frequência		Percentagem
Doente (tutor)	2	1	0,3
	3	59	18,5
	4	259	81,2
	Total	319	100,0
Médico (aluno)	3	69	21,6
	4	250	78,4
	Total	319	100,0

Discussão

Este trabalho visou perceber em meio académico e de formação pré-graduada como os alunos se auto-apreciavam na prática da MCP e como os seus tutores avaliavam a mesma em consulta ficcionada segundo moldes previamente definidos e discutidos entre o corpo docente e os tutores, com guiões previamente entregues. Visava-se também o estudo das lacunas do ensino e da prática desta metodologia assumindo-se que o ensino é hoje em dia especialmente virado para o ensino apenas da patologia sem os necessários ensinamentos relativos à comunicação.

As questões relativas ao motivo da consulta, tratamento, papel do médico/doente foram respondidas com uma concordância entre médicos (aluno) e doente (tutor) elevada. Por oposição, as afirmações “ficou satisfeito com a conversa”, “até que ponto o médico o/a ouviu”, “o médico explicou o seu problema”, “o médico falou consigo sobre a sua facilidade em realizar o tratamento” e “sentiu que o seu médico o/a compreendeu hoje” mostraram uma correlação mais fraca e como tal, mais discordante nas respostas dadas aos inquéritos por parte dos alunos e tutores, tendo observado uma ligeira tendência de menor pontuação na média dos questionários dos doentes (tutores). Ou seja, verificou-se uma discrepância no que é a perceção da medicina centrada na pessoa, precisamente nos tópicos mais direccionados ao bem-estar e satisfação do doente, afastando-se do modelo biomédico.

O uso destas escalas validadas permite-nos pensar que os alunos revelam uma prática de medicina centrada na pessoa e que a perceção deles próprios sobre a sua abordagem é congruente com a perceção por parte do tutor enquanto “doente”.

Como seriam os resultados se esta atividade fosse realizada em doentes reais com doentes de diferentes graus de formação académica? Significarão estes dados que o currículo de ensino na escola médica de Coimbra está vocacionado para a MCP? Terão estes resultados sido corolário do ensino na Unidade Curricular? Terão os alunos características próprias para a prática da MCP? Serão eles o corolário da prévia apresentação pelo corpo docente sobre a forma e o esquema da avaliação? Perdurará esta forma de praticar Medicina? Estas são algumas questões que podem abrir possibilidades para futuras investigações.

Reforçando a ideia de que esta transição para uma MCP mais generalizada a nível clínico requer uma mentalidade de constante transformação, aprendizagem e investimento na relação médico-doente e que isso só é possível se os alunos, médicos e doentes fizerem a sua parte nesta dinâmica, há que reconhecer que há sempre espaço para melhorar.¹⁷

A análise realizada para a pontuação global nos questionários dos alunos por sexo verificou não haver diferenças significativas, assim não se comprovando o já publicado

sobre serem as alunas a deterem mais atitudes centradas no paciente.² Por semestre também não se verificaram diferenças significativas, o que seria esperado, sendo a classificação média entre alunos e tutores elevada.

A amostra inquirida é compatível com o expectável num curso superior, com uma maioria de mulheres de acordo com a pordata¹⁸, sendo que, a relação entre sexo por semestre, não demonstrou diferenças significativas, mostrando uma divisão bastante equilibrada de ambos os sexos por semestre.

Relativamente às limitações do trabalho, importa referir o facto desta colheita de dados ter sido feita numa instituição apenas – Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra (FMUC) – deixando aqui a sugestão de que um alargamento a este questionário pelas diversas escolas médicas ou, caso não seja possível, a continuação da recolha destes dados nos próximos anos letivos durante a realização dos estágios da Unidade Curricular de Medicina Geral e Familiar na FMUC, ou mesmo em outras Unidades Curriculares em que o aluno seja exposto à realização de consultas, permitirá aumentar a robustez do conhecimento.

Será também interessante realizar este mesmo questionário em várias amostras de médicos (Internos de Formação Geral, Internos de Especialidade, Especialistas) para ser sabido se há variação na percepção pelo doente da MCP e também na forma de praticar medicina centrada na pessoa.

Conclusão

Em consultas simuladas entre aluno/tutor, em ambiente protegido de meio académico pré-graduado, o uso da metodologia da Medicina Centrada na Pessoa foi avaliado como muito realizado pelos alunos (no papel de “médicos”), e pelos tutores (no papel de “doente”), com uma correlação positiva forte entre os dois, não se verificando diferenças significativas entre semestres ou sexos dos alunos nem entre médicos e doentes. As questões mais discordantes foram as mais relacionadas com o bem-estar e satisfação dos pacientes.

A medicina centrada no paciente é um ideal que todos desejamos para a medicina e, como tal, os docentes responsáveis por ensinar as futuras gerações de médicos, devem continuar a fazer um esforço para integrar o desenvolvimento de habilidades de dimensão humana e de comunicação.

Agradecimentos

Ao meu orientador, Professor Doutor Luiz Miguel Santiago e coorientadora Professora Doutora Inês Rosendo, por toda a paciência, dedicação, disponibilidade, brio e exigência com que me acompanharam durante todo este ano de trabalho.

A todos os alunos do 5º ano do ano letivo de 2021/2022 do Mestrado Integrado em Medicina da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra e respectivos tutores que se disponibilizaram a responder ao questionário, que permitiu a realização deste trabalho.

À minha família que quando lhes disse que ia largar tudo para vir para Medicina, mesmo com todos os motivos legítimos para ficarem receosos, foram incansáveis todos estes anos e me viram trilhar este caminho em busca do meu sonho sempre com o maior sorriso e suporte.

Ao Francisco, a minha maior inspiração todos os dias. Por todo o companheirismo, amor, dedicação e amizade. O que nunca me deixou cair, que apoiou todas as minhas vitórias durante esta maratona e me vê agora, mais próxima da meta, como o faz em todas as minhas corridas e aventuras vibrando como se fosse ele mesmo a vencê-las. Esta conquista também é tua. Obrigada a ti, à Parmi e à Broa, por serem a minha casa todos os dias, o meu maior porto-seguro.

Referências bibliográficas

1. Stewart M. Medicina centrada na pessoa : transformando o método clínico. 3ª edição. ARTMED; 2010.
2. Ribeiro MMF, Amaral CFS. Medicina centrada no paciente e ensino médico: a importância do cuidado com a pessoa e o poder médico. Rev Bras Educ Med. 2008; 32(1):90–7.
3. Bertakis KD, Azari R. Patient-centered care is associated with decreased health care utilization. Rev Port Clin Geral. 2011; 27: 482-486
4. Santiago LM, Simões JA, Vale M, Faria E, Ferreira PL, Rosendo I. Auto Percepção do Desempenho da Medicina Centrada na Pessoa em Medicina Geral e Familiar: Criação de Um Instrumento de Medição. Acta Med Port. 2020; 33(6):407-414
5. Stewart M, PhD; Brown JB, PhD; Donner A, PhD; McWhinney IR, OC, MD; Oates J, MD; Weston WW, MD et al. The Impact of Patient-Centered Care on Outcomes. The Journal of Family Practice. 2000; 49 (9): 796-804.
6. Coelho BM, Santiago LM. Medicina Centrada na Pessoa: Validação Populacional de Um Instrumento de Medida pela Pessoa. Rev Port Med Geral Fam 2022; 38:247-256
7. Reis AF, Santiago LM, Botas P. Medicina Centrada no Paciente e Capacitação do Consultante em Medicina Geral e Familiar. Rev ADSO. 2015; (05):19-32
8. Haidet P *et al.* Medical student attitudes toward the doctor-patient relationship. Medical Education. 2022; 36:568-574
9. Moura NS, Silva JO, Neto JF, Caldeira AP. Atitude de estudantes e professores de medicina: centrada no médico ou no paciente?. Revista Brasileira de Educação Médica. 2021; 45 (4): e200
10. Stewart M, Brown J, Weston W, McWhinney I, McWilliam C, Freeman T. Patient-centered medicine: transforming the clinical method. 3rd ed. London: Radcliffe Publishing Ltd. 2014; 331-337
11. Santos AC. Auto-percepção da medicina centrada na pessoa e capacitação na consulta de medicina geral e familiar [Internet]. Universidade de Coimbra; 2017. Available from: <http://hdl.handle.net/10316/82097>

12. Alves C. Medicina Centrada na Pessoa: Como julgam os médicos a percepção dos consulentes? [Internet]. Universidade de Coimbra; 2016. Available from: <http://hdl.handle.net/10316/33418>
13. Swenson SL, Buell S, Zetter P, White M, Ruston DC, Lo B. Patient-centered communication; do patients really prefer it?. *J Gen Intern Med.* 2004; 19:1069–79
14. Sacristán JA. Patient-centered medicine and patient-oriented research: Improving health outcomes for individual patients. *BMC Med Inform Decis Mak.* 2013; 13(1)
15. Santiago LM, Simões JA, Vale M, De Faria E, Ferreira PL, Rosendo I. Selfawareness of performing patient-centered medicine in general practice / family medicine: Development of a measurement scale. *Acta Med Port.* 2020; 33(6):407–14.
16. Ramalho MA. Medicina centrada na pessoa: Adaptação cultural e validação de instrumento de autoavaliação retrospectiva médica da consulta. [Internet]. Universidade de Coimbra; 2022. Available from: <http://hdl.handle.net/10316/102422>
17. Kuluski K, Reid RJ, Baker GR. Applying the principles of adaptive leadership to person-centred care for people with complex care needs: Considerations for care providers, patients, caregivers and organizations. *Heal Expect.* 2020; (January 2021); 24(2):175-181.
18. Alunos do sexo feminino em % dos matriculados no ensino superior: total e por área de educação e formação. Disponível em: <https://www.pordata.pt/Portugal/Alunos+do+sexo+feminino+em+percentagem+dos+matriculados+no+ensino+superior+total+e+por+%C3%A1rea+de+educa%C3%A7%C3%A3o+e+forma%C3%A7%C3%A3o+-1051>

Anexos

Anexo I – Questionário Doentes (o tutor)

“Autoavaliação da realização de consulta segundo a Medicina Centrada na Pessoa, quanto à consulta que agora acabou. Para a pessoa na consulta:”

	Completamente	Bastante	Um pouco	Nada
1. Até que ponto o(s) motivo(s) para a consulta de hoje foram falados?				
2. Até que ponto ficou satisfeito/a com a conversa sobre o(s) seu(s) problema(s)?				
3. Até que ponto o médico ouviu o que tinha a dizer?				
4. Até que ponto o médico explicou o seu problema?				
5. Até que ponto falaram sobre o que cada um (médico e doente) deve fazer?				
6. Até que ponto o médico explicou o tratamento?				
7. Até que ponto o médico falou consigo sobre a sua facilidade em realizar o tratamento?				
8. Até que ponto sentiu que o seu médico o/a compreendeu hoje?				
9. Até que ponto o médico falou consigo sobre questões pessoais ou familiares que possam afetar a sua saúde?				

Anexo II – Questionário Médico (o aluno)

“Autoavaliação de realização de consulta segundo a Medicina Centrada na Pessoa quanto à consulta que agora acabou:”

	Completamente	Bastante	Um pouco	Nada
1. Como considero que o problema principal da pessoa atendida foi discutido?				
2. Quão satisfeito fico quanto à discussão dos problemas da pessoa?				
3. Como considero que ouvi o que a pessoa tinha para dizer?				
4. Como considero que expliquei o(s) problema(s) à pessoa?				
5. Como considero que discuti com a pessoa o papel de cada um? (Quem é responsável na tomada de decisões e quem é responsável por cada aspecto dos cuidados de saúde)				
6. Como considero que expliquei a terapêutica à pessoa?				
7. Como considero que explorei com a pessoa a adesão terapêutica? (passada e futura)				
8. Quão bem julgo ter compreendido a pessoa hoje?				
9. Em relação ao problema(s) de hoje, até que ponto discuti questões pessoais ou familiares que pudessem estar a afectar a sua saúde?				