



FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA - TRABALHO FINAL

ISABEL MARIA DE ARAÚJO TANQUE

***MEDICINA CENTRADA NA PESSOA: CONTRIBUTOS PARA A VALIDAÇÃO DE
ESCALA CENTRADA NA PESSOA***

ARTIGO CIENTÍFICO ORIGINAL

ÁREA CIENTÍFICA DE MEDICINA GERAL E FAMILIAR

Trabalho realizado sob a orientação de:

JOANA RITA BRITO MATOS, MESTRE EM MEDICINA

LUIZ MIGUEL SANTIAGO, PROFESSOR DOUTOR

JANEIRO/ 2024

Medicina Centrada na Pessoa: Contributos para a Validação de Escala Centrada na Pessoa

Patient-centered Medicine: Contributions to the Validation of a Person-centered Scale

Isabel Maria de Araújo Tanque¹
Joana Rita Brito Matos²
Luiz Miguel de Mendonça Soares Santiago^{1,3,4}

¹ Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra, Portugal

² USF Fernando Namora, ULS Coimbra

³ Clínica Universitária de Medicina Geral e Familiar da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

⁴ Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra (CEISUC)

Correios eletrónicos:

Aluna: isaaraujo1717@gmail.com

Orientadora: joanaritamatoss@gmail.com

Co-orientador: luizmiguel.santiago@gmail.com

ÍNDICE

Abreviaturas	1
Resumo	2
Abstract	4
Introdução	6
Material e Métodos	9
Resultados	11
Discussão	16
Conclusão	20
Agradecimentos	21
Referências	22
Anexo I	24
Anexo II	25
Anexo III	26

ABREVIATURAS

MCP- Medicina Centrada na Pessoa

MCP-PT- Questionário da MCP em Portugal

MGF- Medicina Geral e Familiar

OMN- Ordenado Mínimo Nacional

PCM- Patient Centered Medicine

PPPC- Patient Perception of Patient-Centeredness

SEDI- Socioeconomic Deprivation Index

RESUMO

Introdução: A abordagem de MCP é o método clínico mais aceite atualmente. Objetivou-se contribuir para a validação da escala MCP-PT, avaliando o impacto das variáveis de contexto na percepção de MCP e a manutenção da percepção de consulta centrada na Pessoa pela aplicação do questionário MCP-PT fora da Unidade de Saúde e num momento não imediatamente subsequente à consulta.

Material e Métodos: Estudo observacional transversal, em amostra de conveniência recolhida através da partilha de convite para resposta em redes sociais de conversação não médica. Foi utilizado um formulário constituído por duas partes, a primeira compreendida pelo questionário de MCP-PT e a segunda por um conjunto de oito itens para conhecimento do contexto do consulente e da sua opinião sobre a centragem da consulta em si ou na sua patologia. A análise estatística descritiva e inferencial foi feita para o nível de significância $p < 0.05$.

Resultados: O questionário MCP-PT obteve a pontuação média total de 26.71 ± 5.94 [9 a 36], mediana de 28.0 e 48.6% das respostas abaixo da mediana. A percepção do interesse do médico na pessoa ou na doença mostrou que para 17.8 % foi intermédio, sendo de 41.1% tanto para baixo como para cima de tal valor. A percepção de uma abordagem centrada na pessoa correlacionou-se de forma positiva, fraca e significativa com o SEDI, $\rho=0.250$, $p=0.001$, verificando-se correlação moderada positiva e altamente significativa, $\rho=0.436$, $p<0.001$, entre a pontuação média de MCP-PT e "Quando consulta o seu ou a sua médica de família o interesse dele(a) é em si ou só nas suas doenças?". Não se verificou diferença significativa entre a média de MCP-PT e o tempo decorrido desde a última consulta.

Discussão: Os valores de MCP-PT revelaram-se inferiores em relação a estudos precedentes realizados na unidade de saúde num momento imediatamente após a consulta, sendo estáveis desde a última consulta, factos novos na contínua validação da escala MCP-PT, talvez fruto do tipo de amostra que revelou o mesmo valor relativo na percepção da prática de MCP.

Conclusão: Foi possível continuar a validação do questionário MCP-PT, verificando-se estabilidade da percepção da prática de MCP ao longo do tempo e valores inferiores da pontuação média em função da diferente forma de aplicação, mais afastada no tempo e no espaço.

Palavras-chave: Medicina Centrada na Pessoa; Contexto; Manutenção da validação; Questionário; Medicina Geral e Familiar; Consulta médica.

ABSTRACT

Introduction: The PCM approach is the most widely accepted clinical method nowadays. The objective was to contribute to the validation of the MCP-PT scale, assessing the impact of contextual variables on the perception of PCM and the maintenance of the perception of a person-centered consultation by applying the MCP-PT questionnaire outside the Health Unit and at a time not immediately following the consultation.

Methods: Cross-sectional observational study on a convenience sample collected by sharing an invitation to respond on non-medical social networks. A form consisting of two parts was used, the first included the MCP-PT questionnaire and the second a set of eight items to find out about the consultant's context and their opinion on whether the consultation focused on them or their pathology. Descriptive and inferential statistical analysis was carried out at a significance level of $p < 0.05$.

Results: The MCP-PT questionnaire had a total mean score of 26.71 ± 5.94 [9 to 36], a median of 28.0 and 48.6% of the answers below the median. The perception of the doctor's interest in the person or disease showed that for 17.8% it was intermediate, with 41.1% both below and above this value. The perception of a person-centered approach correlated positively, weakly and significantly with the SEDI, $\rho = 0.250$, $p = 0.001$, and there was a moderate positive and highly significant correlation, $\rho = 0.436$, $p < 0.001$, between the mean of the MCP-PT score and "When you see your family doctor, is he or she interested in you or only in your illnesses?". There was no significant difference between the mean of the MCP-PT score and the time elapsed since the last consultation.

Discussion: The MCP-PT values were lower than in previous studies carried out in the health unit immediately after the consultation, and have been stable since the last consultation, which is new in the ongoing validation of the MCP-PT scale, perhaps as a result of the type of sample that showed the same relative value in the perception of the practice of PCM.

Conclusion: It was possible to continue validating the MCP-PT questionnaire, which showed stability in the perception of the practice of PCM over time and lower mean scores values as a result of the different form of application, further apart in time and place.

Keywords: Person-Centered Medicine; Context; Validation maintenance;
Questionnaire; General practice; Medical appointment.

INTRODUÇÃO

A Medicina Centrada na Pessoa (MCP) é uma abordagem da prática clínica que se baseia na percepção da pessoa como um todo e cuja dinâmica, que abrange amplas vertentes e não apenas a doença, privilegia a autonomia do indivíduo como elemento central e ativo da prática médica.¹ Deste modo, cada pessoa deve ser avaliada de acordo com o seu contexto pessoal, sendo que a sua perspectiva e opinião devem ser tão importantes como a do médico.²

A metodologia da MCP, fundamental na Medicina Geral e Familiar (MGF), engloba diversos objetivos como priorizar a relação médico-doente, adaptar a consulta a uma medicina personalizada e explorar a pessoa como um todo, valorizando a doença, a saúde e a sua experiência individual.²

Atualmente a MCP é o método mais aceite entre outros modelos de cuidados de saúde, como o modelo paternalista cujo foco se limita à doença e em que o médico assume um papel tradicional de autoridade em relação ao doente e este apenas consente com as suas indicações.²

Foi na década de 1970 que se tornou mais evidente a necessidade de uma prática médica personalizada, surgindo o conceito de MCP introduzido por Michael Balint, que acreditava que a participação mútua, o respeito e a tomada de decisões partilhada deviam substituir a passividade.^{4,5}

Desde então este conceito foi alvo de um amplo desenvolvimento, nomeadamente por parte de *Stewart et al*, que em 1995 propuseram a estratificação do método de MCP, inicialmente em seis passos e recentemente adaptado a quatro princípios transversais²:

1. Explorar a saúde, a doença e a experiência da doença;
2. Compreender a pessoa como um todo;
3. Procurar entendimento;
4. Melhorar a relação médico-doente.

A exploração do contexto pertence ao componente de compreensão do doente como um todo. Este pode ser dividido em duas dimensões, o contexto próximo que inclui aspetos como família, educação, segurança financeira, emprego, lazer e apoio social; e contexto amplo que abrange o ecossistema, comunidade, cultura, economia, geografia, sistema de atendimento à saúde e meios de comunicação.²

Através de uma comunicação centrada na pessoa, o doente tem a percepção de sentir-se ouvido e adquire a capacidade de compreender melhor a sua condição,^{12,13} sendo capaz de estar envolvido no processo de decisão clínica. Esta prática permite realçar a natureza dinâmica da relação médico-doente, tornando-a única e benéfica.

Nesta perspetiva, cada pessoa requer cuidados de saúde personalizados que tenham em consideração a sua experiência individual que inclui aspetos biopsicossociais, ambientais e espirituais. Esta é uma visão moderna, humanista e holística do ser humano nas ciências da saúde.⁸

O dever do médico é, por isso, considerar as expectativas, prioridades, limitações e preocupações da pessoa e geri-las de modo a permitir a tomada de uma decisão partilhada, criando uma aliança terapêutica.⁴

A perceção da prática de MCP por parte do doente foi correlacionada com uma recuperação mais eficaz, redução significativa dos níveis de desconforto e ansiedade, menor necessidade de realização de exames complementares de diagnóstico, menor referenciação para diferentes especialidades e uma melhoria notável na saúde mental no período de dois meses.³ Esta informação está de acordo com um estudo realizado em Portugal em que a prática de MCP se associou a melhores comportamentos de autocuidado em doentes com diabetes tipo 2.¹⁶

Do ponto de vista financeiro, esses benefícios traduzem-se em custos substancialmente mais baixos tanto para o sistema nacional de saúde quanto para a própria pessoa.⁷

É inegável a íntima relação entre o exercício de MCP e uma relação médico-doente de qualidade, que proporciona a obtenção de resultados clínicos favoráveis, além dos vantajosos níveis de satisfação alcançados por parte do doente e do médico em questão.²

O método clínico centrado na pessoa tem sido vastamente incentivado a ser aplicado, e é importante o contínuo estudo da sua aplicação na prática clínica diária. Para isso foram desenvolvidos instrumentos para a mensurar.

Em geral estes instrumentos avaliam competências como comunicação, colaboração, e validação da perspetiva do doente. Além disso consideram aspetos como compreender a pessoa no seu contexto psicossocial, partilhar informação sobre a sua doença e o respetivo tratamento e criação de uma parceria, partilhando a decisão, poder e responsabilidade.⁷

Um dos principais questionários é “Patient Perception of Patient-Centeredness” (PPPC) da autoria de Moira Stewart.⁶ Este questionário apresenta 9 itens e 2 versões: uma para a pessoa e outra para o médico e aplica-se no contexto de consulta.²

Em Portugal, não havia nenhum instrumento genérico capaz de verificar se a prática de cuidados de saúde em MGF estaria a ser orientada segundo este método. *Santiago et al*, em 2019, desenvolveram e verificaram a fiabilidade de um instrumento “Questionário da MCP em Portugal (MCP-PT)” capaz de medir a auto perceção do exercício de MCP, destinado aos médicos especialistas em MGF.⁴

Da mesma autoria, em 2022, foi realizada a adaptação e validação cultural do questionário PCCP de Moira Stewart dirigido à população portuguesa.¹ No Anexo II encontra-se o questionário “Medicina Centrada na Pessoa validado para Portugal” que permite avaliar a perceção de comunicação centrada na pessoa, sob a perspetiva do consulente.¹ É necessária a contínua validação deste tipo de instrumentos em Portugal.

Ainda não se estabeleceu com precisão o momento temporal ideal, nem a localização e modalidade de aplicação mais eficazes, para avaliar a qualidade percebida pelo indivíduo em relação à sensação de ter experienciado uma consulta centrada em si mesmo. Se deverá ser imediatamente a seguir à consulta, ou algum tempo depois, no mesmo local ou fora do edifício onde ela ocorreu, por entrevista telefónica, autopreenchimento ou ainda administrado por entrevistador externo à unidade de trabalho do médico.

Até agora os resultados conhecidos em Portugal foram realizados a seguir à consulta, na Unidade de Saúde em local diferente do da área clínica (em locais não acessíveis ao médico e sem que ele soubesse que o trabalho estava a ser feito nesse dia), por estudantes de Medicina devidamente identificados, em autopreenchimento.^{1,13,14} Apenas um foi feito por entrevistas telefónicas em época de pandemia.¹⁵

Como intuito de perceber a importância da temática da ocasião e do local de aplicação de escala, este trabalho teve como objetivo contribuir para a manutenção da validação do questionário de Medicina Centrada na Pessoa validado para Portugal, pela análise de um conjunto de variáveis cuja inquirição foi realizada por meios e em tempo diferentes dos estudos citados.^{1,13-15}

Mais especificamente, objetivou-se estudar a distribuição dos resultados obtidos através do questionário MCP-PT pela pessoa em função do sexo, da consulta ter sido realizada por iniciativa da pessoa ou do médico, número de doenças de que a pessoa julgava sofrer, a pessoa viver só ou acompanhada, a sua formação académica, o seu estatuto socioeconómico em função do “Socioeconomic Deprivation Index” (SEDI), do tempo decorrido desde a consulta e da pergunta “Quando consulta o/a seu/sua médico/a de família o interesse dele/a foi em si ou só nas suas doenças?” em altura posterior à consulta, por meio de plataforma eletrónica, de forma remota e não presencial, fora do contexto da Unidade de Saúde e em intervalo temporal não imediatamente subsequente à consulta.

Assim, através da confrontação entre o instrumento (questionário de MCP-PT) com um conjunto de questões de contexto e ocasião, o presente trabalho visou manter a validação deste questionário.

MATERIAL E MÉTODOS

Este estudo tem parecer favorável da Comissão de Ética da Administração Regional de Saúde do Centro (ARS- Centro) (Anexo I).

Realizou-se um estudo observacional transversal. A amostra foi obtida em conveniência através da partilha de ligação em redes sociais de conversação não médica do convite para participação em formulário Google Forms que esteve disponível de 20/11/2023 a 19/12/2023. A participação no questionário foi voluntária, mediante a aceitação do consentimento informado requerido para o seu preenchimento e os dados foram recolhidos de modo a assegurar confidencialidade, anonimato e uma só resposta por pessoa.

Foi utilizado um formulário constituído por duas partes, a primeira compreendida pelo questionário de MCP validado para Portugal (Anexo II). Este apresenta 9 itens que avaliam qualitativamente a perceção de MCP na perspetiva do consulente. As opções de resposta são apresentadas em escala de *Lickert* de 4 níveis, sendo que a cada nível é atribuída uma pontuação de 1 (nada/ nada bem/ não satisfeito) a 4 (completamente/ muito bem/ muito satisfeito). A pontuação total do questionário é derivada da soma dos pontos atribuídos a cada resposta, com um intervalo entre 9 e 36 pontos. Quanto mais elevado o resultado da pontuação total, mais sugestivo é de que a consulta teve uma abordagem centrada na pessoa.

A segunda parte foi composta por um conjunto de oito itens para conhecimento do contexto do respondente e da sua opinião sobre a centragem da consulta em si ou na sua patologia (Anexo III):

- Sexo (feminino/ masculino);
- Viver só (1) ou acompanhado (2);
- Formação académica em função da idade e caracterizada como baixa (para a idade os indivíduos com idade >65 anos até 4ª classe e < 65 anos até 6º ano) (1) ou alta (para a idade os indivíduos com idade >65 anos igual ou superior à 4ª classe e < 65 anos igual ou superior ao 6º ano) (2);
- Rendimento médio mensal em baixo se inferior ao ordenado mínimo nacional (OMN) (1) e alto se superior ao OMN (2).
- Quem teve a iniciativa de marcar a consulta em análise (a pessoa / o médico ou de alguém da equipa de saúde);
- Quantas doenças a pessoa julgava ter (menos que duas/ mais que duas ou duas/ mais que cinco ou cinco);
- Tempo que decorreu desde a última consulta (até 3 meses/ entre 3-6 meses/ mais de 6 meses);

- Por fim, colocou-se a questão “Quando consulta o/a seu/sua médico/a de família o interesse dele/a é em si ou só nas suas doenças?” a ser avaliada em função de escala *Lickert* em 7 pontos, sendo no julgamento da pessoa tanto mais centrado em si quanto mais elevado fosse o valor da resposta.

Com base nas três questões sobre viver só ou acompanhado, formação académica e rendimento médio mensal calculou-se o “Socioeconomic Deprivation Index”, como sua soma, podendo variar entre 3, o mais baixo e 6, o mais elevado.^{9,10}

Este conjunto de questões foi selecionado de modo a proporcionar a avaliação do contexto da pessoa e ocasião da última consulta para que, posteriormente, fosse possível aferir se as diferentes variáveis podiam influenciar a perceção da prática de MCP na consulta com o seu médico de família.

Foi calculado o tamanho mínimo da amostra como o de 10 respondentes por cada pergunta, $n=90$.¹¹

Recolhidas as respostas ao questionário, procedeu-se à elaboração de uma base de dados utilizando o software Microsoft Excel, seguida da realização de uma análise estatística através do programa “Statistical Package for the Social Sciences” (SPSS), versão 27.

Realizou-se estatística descritiva e inferencial. Em função do tipo de variáveis foram utilizados métodos estatísticos adequados: para variáveis nominais o teste do Qui quadrado; para variáveis ordinais testes não paramétricos; para variáveis numéricas de normal distribuição, estatística paramétrica; para comparação de duas variáveis e para comparação entre variáveis não dicotómicas, estatística não paramétrica. Realizou-se ainda estatística correlacional.

Definiu-se o valor de $p < 0.05$ como limite de diferença significativa.

RESULTADOS

Foi estudada uma amostra de n=175 pessoas, 66.9% do sexo feminino, a maioria vivia acompanhada (75.4%), tinha formação académica acima da formação básica (90.9%), e rendimento financeiro igual ou superior ao OMN (78.9%). Agruparam-se as variáveis “Viver só ou acompanhado”, “Formação académica” e “Rendimento financeiro”, no “Socioeconomic Disadvantage Index” (SEDI), de modo a caracterizar o nível socioeconómico da amostra. Para 65,1% da amostra a classe socioeconómica era a mais elevada, acima do percentil 75 (Tabela 1).

A proporção de pessoas com multimorbilidade (duas ou mais doenças) nesta amostra foi de 33.7 % (Tabela 1).

Não se verificaram diferenças em função do sexo, quanto às variáveis estudadas (Tabelas 1 e 3).

Tabela 1: Distribuição da amostra segundo o sexo e sua inferenciação, para as questões de contexto aplicadas (Anexo III), bem como para o SEDI e a pergunta “Quando consulta o/a seu/sua médico/a de família o interesse dele/a é em si ou só nas suas doenças?”.

		Sexo		Total n (%)	p
		Feminino n (%)	Masculino n (%)		
Viver só ou acompanhado (*)	Só	29 (24.8)	14 (24.1)	43 (24.6)	0.541
	Acompanhado	88 (75.2)	44 (75.9)	132 (75.4)	
Total		117 (100)	58 (100)	175 (100)	
Formação Académica (*)	Baixa	9 (7.7)	7 (12.1)	16 (9.1)	0.248
	Alta	108 (92.3)	51 (87.9)	159 (90.9)	
Total		117 (100)	58 (100)	175 (100)	
Rendimento Financeiro (*)	Inferior a OMN	27 (23.1)	10 (17.2)	37 (21.1)	0.246
	Igual ou superior a OMN	90 (76.9)	48 (82.8)	138 (78.9)	
Total		117 (100)	58 (100)	175 (100)	
SEDI (**)	Percentil 25	13 (11.1)	7 (12.1)	20 (11.5)	0.886

	Percentil 50	31 (26.5)	10 (17.2)	41 (23.4)	
	Percentil 75	72 (62.4)	41 (70.7)	114 (65.1)	
Iniciativa da última consulta (*)	Da pessoa	85 (72.6)	44 (75.9)	129 (73.7)	0.396
	Do médico	32 (27.4)	14 (24.1)	46 (26.3)	
Total		117 (100)	58 (100)	175 (100)	
Número de doenças de que sabe sofrer (***)	Menos que 2	79 (67.5)	37 (63.8)	116 (66.3)	0.616
	2 a 5	33 (28.2)	18 (31.0)	51 (29.1)	
	Igual ou superior a 5	5 (4.3)	3 (5.2)	8 (4.6)	
Total		117 (100)	58 (100)	175 (100)	
Tempo decorrido desde a consulta (***)	Até 3 meses	35 (29.9)	21 (36.2)	56 (32.0)	0.592
	Entre 3 e 6 meses	34 (29.1)	14 (24.1)	48 (27.4)	
	Mais de 6 meses	48 (41.0)	23 (39.7)	71 (40.6)	
Total		117 (100)	58 (100)	175 (100)	
“Quando consulta o/a seu/sua médico/a de família o interesse dele/a é em si ou só nas suas doenças?” (***)	1 (++ na doença)	29 (24.8)	12 (20.7)	41 (23.4)	0.749
	2	6 (5.1)	8 (13.8)	14 (8.0)	
	3	12 (10.3)	5 (8.6)	17 (9.7)	
	4	22 (18.8)	9 (15.5)	31 (17.8)	
	5	15 (12.8)	11 (19.0)	26 (14.9)	
	6	16 (13.7)	7 (12.1)	23 (13.1)	
	7 (++ na pessoa)	17 (14.5)	6 (10.3)	23 (13.1)	
Total		117 (100)	58 (100)	175 (100)	

(*) χ^2 ; (**) t de student; (***) U de Mann-Whitney

Verificou-se normalidade na distribuição dos valores do SEDI (teste de Kolmogorov-Smirnov).

Maior formação académica ($p < 0.001$), mais elevado rendimento mensal ($p < 0.001$) e viver acompanhado ($p < 0.001$) associaram-se a melhor estatuto socioeconómico pelo SEDI.

A correlação entre o valor de SEDI e a perceção do doente quanto ao interesse do médico ser mais na doença ou na pessoa revelou-se positiva, fraca e significativa, $\rho = 0.250$, $p = 0.001$.

Sabendo que o valor de SEDI varia entre 3 e 6, calculou-se a média por sexos e verificou-se que o valor obtido para o sexo feminino foi de 5.44 ± 0.87 e para o sexo masculino de 5.47 ± 1.00 . A média total correspondeu a 5.45 ± 0.91 .

Relativamente à iniciativa de realização da última consulta, em 73,7% dos casos foi da pessoa e apenas 26,3% do médico ou outro profissional de saúde.

Quanto à multimorbilidade, 66,3% sofre de menos que duas doenças, 29,1% sofre entre 2 a 5 doenças e apenas 4,6% mais de 5 doenças.

No que concerne a questão do tempo decorrido desde a consulta, observou-se que 40.6% das pessoas a realizaram há mais de 6 meses, 27.4% entre 3 a 6 meses e 32.0% há menos de 3 meses.

Face aos resultados presentes na tabela 1 referentes ao interesse do médico ser na doença ou na pessoa, observou-se que a opção mais selecionada pelos participantes do sexo feminino (24.8%) foi a mais centrada na doença (correspondente ao valor 1). Assim como entre os participantes do sexo masculino, essa opção foi a que prevaleceu (20.7%).

A perceção do interesse do médico na pessoa ou na patologia revelou que 17.8% compreenderam um nível intermédio, enquanto 41.1% indicaram uma distribuição equitativa, tanto acima quanto abaixo de tal valor.

Em relação às alternativas de resposta mais extremas, tanto a preferência pela opção que reflete uma perspetiva de consulta mais centrada na doença como a opção que sugere um interesse mais centrado na pessoa (que corresponde ao valor 7) foram estatisticamente mais prevalentes entre os participantes do sexo feminino. Comparando estas duas variáveis, que pertenceram aos quartis 1 e 4 respetivamente, constatou-se que a perceção do interesse do médico estava mais direcionado à patologia (1º quartil: 31.4%) do que centrado na pessoa (4º quartil: 26.2%). Na distribuição quartílica verificou-se que 31.4% das respostas estavam no quartil de consulta mais centrada na doença, que 27.4% estavam no 2º quartil, 14.9% no 3º quartil e que 26.2% das respostas estavam no 4º quartil, o mais centrado na pessoa (Tabela 1).

Considerando um somatório que varia entre 9 e 36 para o Questionário MCP, observou-se uma pontuação média total de 26.7 ± 5.9 , com uma amplitude de respostas entre 9 e 36, mediana de 28.0 e 48.6% das respostas abaixo da mediana.

Quanto à divisão quartílica, valores até 22 pertenceram ao 1º quartil (22.9%), entre 22 e 28 corresponderam ao 2º quartil (25.7%), de 28 a 32 estão no 3º quartil (20.6%) e no 4º quartil (30.9%) pertenceram os valores superiores a 32.

Na tabela 2 é possível observar que o percentil 25 foi mais baixo para as perguntas 5,7 e 9. O percentil 75 foi mais baixo para a pergunta 9. Esta última pergunta (P9) demonstrou consistentemente todos os percentis mais baixos.

Tabela 2: Distribuição em percentis das respostas para cada pergunta do questionário MCP-PT.

	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9
Percentil 25	3.0	3.0	3.0	3.0	2.0	3.0	2.0	3.0	2.0
Percentil 50	4.0	3.0	4.0	3.0	3.0	3.0	3.0	3.0	2.0
Percentil 75	4.0	4.0	4.0	4.0	4.0	4.0	4.0	4.0	3.0

Foi verificada normalidade da distribuição dos resultados de MCP-PT total pelo teste de Kolmogorov-Smirnov. Assim, realizou-se análise estatística inferencial para relacionar estes resultados com outras variáveis.

Correlacionando variável numérica MCP-PT com a ordinal “Quando consulta o seu ou a sua médica de família o interesse dele(a) é em si ou só nas suas doenças?” verificou-se correlação moderada positiva e altamente significativa, $\rho=0.436$, $p<0.001$, tau_b de Kendall.

A correlação entre o Valor de SEDI e do score MCP-PT, revelou-se positiva, fraca e altamente significativa, $\rho=0.345$, $p<0.001$.

Calculou-se a média dos resultados do score MCP-PT por sexos, sendo que para o sexo feminino o valor correspondeu a 26.55 ± 6.04 e para o sexo masculino 27.03 ± 5.77 .

Tabela 3: Distribuição dos valores do score MCP-PT por sexo, viver só ou acompanhado, formação académica, rendimento financeiro e iniciativa da última consulta.

		N	Média	Erro Desvio	p
Sexo (*)	Feminino	117	26.5470	6.04366	0.611
	Masculino	58	27.0345	5.77340	
Viver só ou acompanhado (*)	Só	43	24.9535	7.61563	0.067
	Acompanhado	132	27.2803	5.19441	
Formação Académica (*)	Baixa	16	18.9375	5.98296	<0.001
	Alta	159	27.4906	5.36381	
Rendimento Financeiro (*)	Inferior ao OMN	37	23.3514	6.72977	0.001
	Igual ou superior a OMN	138	27.6087	5.39456	
Iniciativa da última consulta (*)	Da pessoa	129	27,0620	5.36882	0.188
	Do médico	46	25,7174	7.29585	

(*) t de student

O valor do score MCP-PT foi significativamente diferente em função das variáveis formação académica e rendimento financeiro, correspondendo a valores de somatório MCP-PT mais elevados em melhores situações das variáveis (Tabela 3).

Não se verificou diferença significativa no score MCP-PT em função do número de doenças de que as pessoas julgavam sofrer, ($p=0.074$, Kruskal Wallis) ou do tempo decorrido desde a última consulta ($p=0.097$, Kruskal Wallis).

DISCUSSÃO

A abordagem da MCP tem sido objeto de reflexão e apreço na comunidade médica. O propósito primordial da abordagem centrada na pessoa consiste na promoção holística da saúde, integrada ao cenário da prática clínica, com ênfase na comunicação eficaz e no fomento à autonomia do doente,¹ englobando as suas condições de contexto pessoal.^{2,18}

Para desenvolver um plano conjunto de gestão dos problemas, o clínico deve ter em conta todos os aspetos do método clínico centrado na pessoa: compreender a saúde, a doença e a experiência individual da doença, dar importância à pessoa e ao contexto de vida em que se encontra¹⁸. Esta abordagem permite ao médico compreender a dinâmica complexa da pessoa e as suas respostas idiossincráticas à experiência da doença.^{2,17}

Neste sentido é fundamental investigar o impacto que as variáveis de contexto podem ter na perceção de MCP, assim como verificar, em validação continuada, como perdura a perceção de consulta centrada na Pessoa quando se usa o questionário MCP-PT. Em Portugal existem estudos de validação,^{1,4,13,14} mas não de manutenção contínua deste instrumento.

Neste estudo procurou-se investigar se a perceção de MCP por parte da pessoa pode variar de acordo com as dimensões do seu contexto, mais especificamente com a sua situação socioeconómica, sexo, multimorbilidade e quem teve iniciativa na realização na consulta. Adicionalmente, houve um interesse crucial: avaliar a otimização da qualidade dos resultados em conformidade com o período, local e forma de aplicação do questionário.

Até ao momento os estudos publicados em Portugal foram realizados na proximidade da unidade de saúde, num momento imediatamente após a consulta, por autopreenchimento em papel.^{1,13,14} A presente investigação foi implementada de modo desvinculado do ambiente convencional da unidade de saúde, num momento não imediatamente subsequente à consulta, através de autopreenchimento online utilizando um formulário Google, com convite enviado em redes de conversação social.

Os resultados de investigações prévias sugerem que a maioria dos indivíduos perceciona a consulta como centrada em si mesmos.^{1,13,15} No presente estudo, os resultados obtidos pela aplicação do questionário válido sobre a perceção de ter tido consulta segundo o modelo MCP manifestaram-se de forma divergente, com valores mais baixos que os dos anteriores estudos. Além disso, a análise de resultados da pergunta “Quando consulta o/a seu/sua médico/a de família o interesse dele/a é em si

ou só nas suas doenças?” permitiu concluir que a percepção do interesse do médico estava mais direcionado à patologia (1º quartil: 31.4%).

Relativamente ao questionário MCP-PT, constatou-se que a pergunta 9 (“O médico falou consigo sobre questões pessoais ou familiares que possam afetar a sua saúde?”) teve a pontuação mais baixa em todos os percentis. Este achado encontra-se de acordo com um estudo realizado na Universidade de Coimbra¹⁵ em que se aplicou o mesmo questionário e se verificou que a pontuação nesta pergunta foi substancialmente inferior. Um dos motivos que foram apontados para justificar este resultado foi o facto da maioria dos inquiridos ser habitualmente seguida pelo médico que realizou a consulta, fazendo com que este possa ter alguma tendência para omitir esta questão por não ser a primeira consulta.¹⁵ Este argumento é válido e poderá de igual forma fundamentar este achado no presente estudo.

Também as perguntas 5 e 7 apresentaram os valores mais baixos no percentil 25, o que significa que o clínico deve explorar mais o plano, incluindo o papel de cada um (doente e médico) e abordar a facilidade que o doente tem em cumpri-lo. Além disso, mencionar questões pessoais e familiares que possam interferir com a saúde do consulente.

A análise dos dados demográficos da amostra demonstrou uma predominância significativa de participantes do sexo feminino (66.9%), sem multimorbilidade (66.3%), com formação académica superior ao básico para a idade (90.9%), classe socioeconómica elevada (65.1% pertence ao percentil 75 do SEDI), cuja iniciativa de realização da consulta partiu da pessoa (73.7%) e se realizou há mais de 6 meses (40.6%).

Não se verificaram diferenças significativas entre o sexo e o score MCP-PT, ou em relação às restantes variantes de contexto.

Numa perspetiva inicial, hipotetizou-se que quem tivesse rendimento financeiro e formação académica mais baixos, obtivesse um score MCP-PT mais elevado, por menor propensão à crítica em relação aos médicos. Tal não se verificou, observando-se diferença significativa entre essas variáveis e o score MCP-PT, sendo que os valores de MCP-PT mais elevados corresponderam valores superiores de rendimento financeiro e formação académica. Num outro estudo realizado na Universidade de Coimbra observou-se igualmente que maior grau de formação académica se associou a maiores níveis de MCP percecionada, e que este achado poderia ser explicado pela maior facilidade em perceber o discurso médico e em interagir com figuras detentoras do conhecimento.¹³

Para avaliar a percepção de uma abordagem centrada na pessoa utilizou-se o questionário MCP-PT e a pergunta “Quando consulta o/a seu/sua médico/a de família o

interesse dele/a é em si ou só nas suas doenças?”. Ambas as variáveis correlacionaram-se de forma positiva, fraca e significativa ($\rho=0.345$, $p<0.001$ e $\rho=0.250$, $p=0.001$, respetivamente) com uma condição socioeconómica superior, o que significa que quem apresenta uma condição socioeconómica superior tem maior propensão a perceber uma abordagem centrada na pessoa.

Quanto à pergunta “Quando consulta o/a seu/sua médico/a de família o interesse dele/a é em si ou só nas suas doenças?”, a opção mais centrada na doença foi a mais selecionada (23.4%), sendo os valores acima da pontuação 4 mais constantemente elevados. Esta pergunta foi respondida numa escala de Lickert em 7 pontos, verificando-se que o ponto mediano, foi escolhido por 17.8% da amostra, tendo as classificações de 1 a 3 e de 5 a 7, obtido igual percentagem, 41.1%. Observou-se correlação moderada positiva e altamente significativa entre o score MCP-PT e a variável “Quando consulta o seu ou a sua médica de família o interesse dele(a) é em si ou só nas suas doenças?”, significando que a perceção de uma abordagem mais centrada na pessoa se associa a maior score MCP-PT.

A diferença entre o tempo decorrido desde a consulta e os valores de MCP-PT não demonstrou diferença significativa, o que sugere que a noção de que a consulta foi centrada na própria pessoa perdura do tempo.

Em função da iniciativa da realização da consulta não se verificou diferença significativa quanto ao score MCP-PT.

Também quanto à multimorbidade, expressa por 33.7% da amostra, não se verificou diferença significativa no MCP-PT.

A perceção da prática de MCP pode, então, ser significativamente influenciada por fatores da dimensão contextual individual, pelo que é importante que o médico a explore, implicando um seguimento continuado e a construção de uma adequada relação médico-doente.^{12,17}

Uma limitação deste estudo reside na natureza da amostra de conveniência utilizada, uma vez que os participantes foram selecionados com base na acessibilidade e disponibilidade para responder a um formulário online. Outra limitação pode ser o facto da população idosa ser menos utilizadora de plataformas digitais e redes sociais.

Considerando que a abordagem de aplicação do questionário foi realizada por via online, surge a necessidade de empregar outro método que possa abranger essa demografia em ambientes fora da Unidade de Saúde e momentos temporalmente desvinculados das consultas. O propósito do estudo foi avaliar onde e quando o aplicar, portanto, de modo a ultrapassar esta condicionante, devem ser utilizados métodos contextualmente relevantes.

Como perspectivas futuras, salienta-se a importância da realização de estudos utilizando o mesmo questionário constituído pelas duas partes, aplicado a pessoas que se encontrem na via pública.

Os presentes resultados parecem suportar a manutenção no tempo, provavelmente pelo tipo da amostra que revelou o mesmo valor relativo na percepção da prática de MCP.

Destaca-se a originalidade e utilidade deste estudo que surge devido à ausência de investigação da manutenção da validade do score MCP-PT, relacionando a percepção de MCP com variáveis de contexto de forma longitudinal. Espera-se, por isso, que este estudo catalise pesquisas adicionais no campo da MCP em Portugal, dada a relevância para a prática médica.

CONCLUSÃO

Foi possível continuar a manutenção da validação do questionário MCP-PT, realizando agora o estudo em momento e modo diferentes dos estudos anteriormente realizados.

Tendo sido realizado em momento não imediatamente subsequente à consulta e por aplicação eletrónica, foi possível constatar que os valores de MCP-PT foram inferiores (média de 26.71 ± 5.94 e mediana de 28.0) aos dos estudos precedentes, realizados na Unidade de Saúde seguidamente à consulta, concluindo-se que o local e momento de aplicação têm impacto no reconhecimento do exercício de MCP. Não se verificou decaimento do resultado segundo o tempo decorrido desde a última consulta, havendo assim estabilidade no tempo.

O valor da escala utilizada, Questionário MCP-PT, correlacionou-se moderada positiva e significativamente com a perspetiva da pessoa quanto a consulta mais centrada na Doença ou mais na Pessoa.

AGRADECIMENTOS

Ao Professor Doutor Luiz Miguel Santiago, pela sua importante orientação e completa disponibilidade neste trabalho.

À Dr.^a Joana Matos, pela dedicação, ajuda e contributo nas considerações prestadas.

Aos meus pais, pelo apoio e amor incondicional, por sempre acreditarem em mim e me permitirem seguir os meus sonhos. Mesmo à distância foram uma presença constante em todos os momentos da minha formação. O meu sucesso deve-se a eles.

Às minhas irmãs, de quem tanto me orgulho, pela partilha, amizade e carinho. Obrigada por tornarem a minha vida mais leve e feliz.

Aos meus amigos de curso, que sempre foram um pilar fundamental para chegar até aqui.

À minha amiga Valentina, a quem o nome a define, pelo exemplo de força, coragem e determinação.

Às minhas queridas amigas Inês, Solange, Margarida e Joana pela paciência, pelo colo, por sempre me encorajarem a procurar o melhor para mim e por me fazerem relembrar o meu brilho.

REFERÊNCIAS

- 1- Coelho B, Santiago L. Medicina centrada na pessoa: validação populacional de um instrumento de medida pela pessoa. *Revista Portuguesa De Medicina Geral e Familiar*. 2022; 38(3), 247–56. Available from: <https://doi.org/10.32385/rpmgf.v38i3.13218>.
- 2- Stewart M, Brown JB, Weston WW, McWhinney IR, McWilliam CL, Freeman TR. *Medicina centrada na pessoa, transformando o método clínico*. [e-book]. 3ª ed. (Tradução da edição inglesa), Porto Alegre, Artmed, 2017. eBook ISBN 9781846195662.
- 3- Stewart M, Brown J, Donner A, McWhinney I, Oates J, Weston W, Jordan J. The impact of patient-centered care on outcomes. *The Journal of family practice*. 2000; 49(9), 796–804.
- 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):407-14.
- 5- Kaba R, Sooriakumaran P. The evolution of the doctor-patient relationship. *Int J Surg*. 2007 Feb;5(1):57-65. doi: 10.1016/j.ijisu.2006.01.005. Epub 2006 Mar 3. PMID: 17386916.
- 6- Hudon C, Fortin M, Haggerty JL, Lambert M, Poitras ME. Measuring patients' perceptions of patient-centered care: a systematic review of tools for family medicine. *Ann Fam Med*. 2011 Mar-Apr;9(2):155-64. doi: 10.1370/afm.1226. PMID: 21403143; PMCID: PMC3056864.
- 7- Bertakis KD, Azari R. Patient-centered care is associated with decreased health care utilization. *Journal of the American Board of Family Medicine*. 2011 May;24(3):229–39.
- 8- Saad M, de Medeiros R, Mosini A. Are We Ready for a True Biopsychosocial–Spiritual Model? The Many Meanings of “Spiritual.” *Medicines* 2017, 4(4), 79; <https://doi.org/10.3390/medicines4040079>
- 9- 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;13(12): e0208320. doi: 10.1371/journal.pone.0208320.

- 10- Lamnisos D, Lambrianidou G, Middleton N. Small-area socioeconomic deprivation indices in Cyprus: development and association with premature mortality. *BMC Public Health*. 2019;19(1). doi: 10.1186/s12889-019-6973-0.
- 11- Tabachnick BG, Fidell LS. *Using Multivariate Statistics*. 6ª. Boston: Pearson Education Inc.; 2013.
- 12- Fuzikawa AK. O Método Clínico Centrado na Pessoa - Um Resumo. O Método Clínico Centrado na Pessoa [Internet]. https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/O_metodo_clinico_na_pessoa___um_resumo/294 [acedido em 29 de janeiro de 2024].
- 13- Reis A, Santiago L, Botas P. Medicina centrada no paciente e capacitação do consultante em Medicina Geral e Familiar. *Revista ADSO*. 2015: 19-32.
- 14- Santiago, L. M., Ramalho, M., & Lopes Ferreira, P. (2023). O médico e a prática da Medicina Centrada na Pessoa: adaptação cultural e validação de questionário de autoavaliação retrospectiva. *Revista Portuguesa De Medicina Geral E Familiar*, 39(6), 523–32. <https://doi.org/10.32385/rpmgf.v39i6.13701>
- 15- Jorge M, Santiago L. Medicina Centrada na Pessoa: a importância da sua aprendizagem. Mestrado Integrado em Medicina- Trabalho Final. 2021. Available from: https://estudogeral.uc.pt/bitstream/10316/98451/1/Tese_MCP_Mónica.pdf
- 16- Sousa S, Pereira AM, Santiago LM. Patient-Centered Medicine and Self-Care of Patients with Type 2 Diabetes: A Cross-Sectional Study. *Acta Med Port* [Internet]. 2023 Mar. 31 [cited 2024 Jan. 5];37(1):3-9. Available from: <https://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/view/18584>
- 17- Santos P, Brito de Sá A, Santiago LM, Hespanhol A. A árvore da WONCA: tradução e adaptação cultural para português. *Rev Port Med Geral Fam* 2021;37:28-35
- 18- Mead N, Bower P. Patient-centredness: a conceptual framework and review of the empirical literature. *Soc Sci Med*. 2000 Oct;51(7):1087-110. doi: 10.1016/s0277-9536(00)00098-8. PMID: 11005395.

Anexo I. Parecer favorável da Comissão de Ética da Administração Regional de Saúde do Centro (ARS- Centro)



COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

PARECER FINAL: <i>Favorável</i>	DESPACHO: <i>Assinada 24/12/18</i> Conselho Diretivo da A.R.S. do Centro, I.P. <i>[Signature]</i> Dr. Rosa Reis Marques Presidente,
---	--

ASSUNTO: <i>34/2018 - Medicina centrada na Pessoa - Validade Populacional de instrumentos de Medicina pela pessoa</i>	<i>[Signature]</i> Dr. Luís Manuel António Mendes Cabral Vogal, <i>[Signature]</i> Dr. Mário Ruivo Vogal,
---	--

Propriet que não viola as regras éticas

O Relator <i>[Signature]</i> (Prof. Dr. Batef Marques)	O Presidente da CES <i>[Signature]</i> (Prof. Dr. Fontes Ribeiro)
---	--

Anexo II. Questionário de Medicina Centrada na Pessoa validado para Portugal (MCP-PT)

Relativamente à última consulta com o seu médico de família, até que ponto:	Resposta			
1 - O(s) motivo(s) para a consulta de hoje foram falados?	Completamente <input type="checkbox"/>	Quase completamente <input type="checkbox"/>	Pouco <input type="checkbox"/>	Nada <input type="checkbox"/>
2 - Ficou satisfeito/a está com a conversa sobre o(s) seu(s) problema(s)?	Muito satisfeito <input type="checkbox"/>	Satisfeito <input type="checkbox"/>	Pouco satisfeito <input type="checkbox"/>	Não satisfeito <input type="checkbox"/>
3 - O médico ouviu o que tinha a dizer?	Completamente <input type="checkbox"/>	Quase completamente <input type="checkbox"/>	Pouco <input type="checkbox"/>	Nada <input type="checkbox"/>
4 - O médico explicou o seu problema?	Completamente <input type="checkbox"/>	Quase completamente <input type="checkbox"/>	Pouco <input type="checkbox"/>	Nada <input type="checkbox"/>
5 - Falaram sobre o que cada um (médico e doente) deve fazer?	Completamente <input type="checkbox"/>	Quase completamente <input type="checkbox"/>	Pouco <input type="checkbox"/>	Nada <input type="checkbox"/>
6 - O médico explicou o tratamento?	Muito bem <input type="checkbox"/>	Bem <input type="checkbox"/>	Algo bem <input type="checkbox"/>	Nada bem <input type="checkbox"/>
7 - O médico falou consigo sobre a sua facilidade em realizar o tratamento?	Completamente <input type="checkbox"/>	Quase completamente <input type="checkbox"/>	Pouco <input type="checkbox"/>	Nada <input type="checkbox"/>
8 - Sentiu que o seu médico o/a compreendeu hoje?	Muito bem <input type="checkbox"/>	Bem <input type="checkbox"/>	Algo bem <input type="checkbox"/>	Nada bem <input type="checkbox"/>
9 - O médico falou consigo sobre questões pessoais ou familiares que possam afetar a sua saúde?	Completamente <input type="checkbox"/>	Quase completamente <input type="checkbox"/>	Pouco <input type="checkbox"/>	Nada <input type="checkbox"/>

Anexo III. Questionário para conhecimento de contexto da pessoa e da sua opinião sobre a centragem da consulta em si ou na sua patologia

Questões:	Resposta		
1- Sexo:	Feminino <input type="checkbox"/>		Masculino <input type="checkbox"/>
2- Vive só ou acompanhado?	Só <input type="checkbox"/>		Acompanhado <input type="checkbox"/>
3- Quanto à sua formação académica, esta é:	Inferior ao básico para a idade (>65 anos até 4ª classe ou < 65 anos até 6º ano) <input type="checkbox"/>		Superior ao básico para a idade <input type="checkbox"/>
4- Quanto ao seu rendimento financeiro mensal, este é:	Inferior ao salário mínimo nacional <input type="checkbox"/>		Superior ao salário mínimo nacional <input type="checkbox"/>
5- Quanto à sua última consulta com o/a seu/sua médico/a de família:	Foi realizada por sua iniciativa <input type="checkbox"/>		Foi realizada por iniciativa do médico ou alguém da equipa de saúde <input type="checkbox"/>
6- De quantas doenças sabe sofrer?	Menos que duas <input type="checkbox"/>	Mais que duas ou duas <input type="checkbox"/>	Mais que cinco ou cinco <input type="checkbox"/>
7- Há quanto tempo foi a sua última consulta?	Até 3 meses <input type="checkbox"/>	Entre 3-6 meses <input type="checkbox"/>	Mais de 6 meses <input type="checkbox"/>
8- Quando consulta o/a seu/sua médico/a de família o interesse dele/a é em si ou só nas suas doenças? Responda de acordo com a escala de 1 a 7 sendo que Doenças=1 e Si= 7:	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/>		