



FACULDADE DE MEDICINA  
UNIVERSIDADE DE  
COIMBRA

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA – TRABALHO FINAL

MARIANA AGUILAR ANDRADE CRESPO RAMALHO

***Medicina Centrada na Pessoa: Adaptação cultural e validação de instrumento de autoavaliação retrospectiva médica da consulta***

ARTIGO CIENTÍFICO ORIGINAL

ÁREA CIENTÍFICA DE MEDICINA GERAL E FAMILIAR

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

ABRIL 2022



**Medicina Centrada na Pessoa: Adaptação cultural e validação de instrumento de autoavaliação retrospectiva médica da consulta**

**Patient-Centered Medicine: Cultural adaptation and validation of a retrospective medical consultation self-assessment instrument**

Ramalho, Mariana<sup>1</sup>; Ferreira, Pedro<sup>2</sup>; Santiago, Luiz<sup>3</sup>

1 Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra

2 Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra; Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra

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

Autor correspondente: Luiz Miguel Santiago

Endereço institucional: FMUC Azinhaga de Santa Comba 3000-548 Coimbra

Email: [imsantiago@netcabo.pt](mailto:imsantiago@netcabo.pt)

## ÍNDICE

ABREVIATURAS .....	3
RESUMO .....	4
ABSTRACT .....	5
INTRODUÇÃO .....	6
MATERIAL E MÉTODOS .....	7
Desenho do estudo .....	7
Seleção dos participantes .....	8
Recolha de dados .....	8
Análise de dados .....	9
RESULTADOS .....	9
DISCUSSÃO .....	14
CONCLUSÃO .....	17
AGRADECIMENTOS .....	18
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	19
ANEXOS	
ANEXO I	

## **ABREVIATURAS**

MCCP – Método Clínico Centrado na Pessoa

MCP – Medicina Centrada na Pessoa

MGF – Medicina Geral e Familiar

SoGeMM-MGF – Sobrecarga da Gestão da Multimorbidade em Medicina Geral e Familiar

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

USF – Unidade de Saúde Familiar

## **RESUMO**

**Introdução.** A perspectiva do médico de Medicina Geral e Familiar sobre o seu desempenho em Medicina Centrada na Pessoa, nomeadamente através da autoavaliação retrospectiva da consulta acabada de realizar, deve ser explorada em prol da sua melhoria. Neste estudo, pretendeu-se contribuir para o conhecimento dessa perspectiva, através da adaptação cultural e validação concorrente de um instrumento existente em língua inglesa.

**Métodos.** Após autorização pela autora principal e parecer ético, efetuou-se a tradução para o português europeu, retro tradução para inglês e adaptação cultural. Foi efetuada análise de validação concorrente com uma dimensão do instrumento validado de gestão da multimorbidade, pela aplicação a médicos internos e médicos especialistas de Medicina Geral e Familiar.

**Resultados.** O instrumento revelou boa compreensibilidade e agradabilidade, tempo curto de resposta e forte consistência interna. A pontuação média obtida pelos participantes foi elevada, com diferenças significativas por sexo e por local de trabalho, porém a pontuação mais baixa nalguns itens do questionário deve ser explorada.

**Discussão.** Discutir com a pessoa o papel de cada um na relação terapêutica; explorar com a pessoa a adesão terapêutica e discutir questões pessoais e familiares que possam afetar a saúde da pessoa foram os itens com pontuação mais baixa. Devem, por isso, ser vistos como oportunidades para melhorar a comunicação do médico com o consulente, melhorar o cuidado de saúde prestado para levar a maior satisfação de ambos no final da consulta, mas exigem mais tempo de consulta e o repensar da gestão das consultas.

**Conclusão.** O contributo deste estudo é a disponibilização de um novo instrumento em língua portuguesa que permite ao médico avaliar retrospectivamente o seu desempenho na consulta, segundo a Medicina Centrada na Pessoa. Assim, pode servir de indicador para definir um plano de melhoria para a(s) próxima(s) consulta(s).

**Palavras-chave:** Medicina centrada na pessoa; Medicina geral e familiar; autoavaliação retrospectiva; estudo de validação concorrente

## **ABSTRACT**

**Introduction.** The General Practitioner's perspective on his/her performance in Patient-Centered Medicine, namely through the retrospective self-assessment of the consultation just carried out, should be explored in order to improve it. In this study, we intended to contribute to the knowledge of this perspective, through the cultural adaptation and concurrent validation of an existing instrument in English.

**Methods.** After authorization by the main author and ethical approval, the translation into European Portuguese, back-translation into English and cultural adaptation were conducted. Concurrent validity analysis was performed with a dimension of a validated instrument regarding the management of multimorbidity, by applying it to interns and specialists of General Practice/Family Medicine.

**Results.** The instrument showed good understandability and acceptability, short response time and strong internal consistency. The average score obtained by the participants was high, with significant differences depending on the sex and on the place of work, however the lower score in some items of the questionnaire should be explored.

**Discussion.** Discussing with the patient the role of each one in the therapeutic relationship; exploring therapeutic adherence with the patient and discussing personal and family issues that may affect the person's health were the items with the lowest scores. Therefore, they should be seen as opportunities to improve the doctor's communication with the consultant, improve the health care provided to lead to greater satisfaction of both at the end of the consultation, but they require more consultation time and the rethinking of consultation management.

**Conclusion.** The contribution of this study is the availability of a new instrument in European Portuguese that allows the General Practitioner to retrospectively evaluate his/her performance in the consultation, according to Patient-Centered Medicine. Thus, it can serve as an indicator to define an improved plan for the next consultation(s).

**Keywords:** Patient-centered medicine; General practice; self-assessment; concurrent validation study

## INTRODUÇÃO

A Medicina Centrada na Pessoa (MCP) decorre do modelo e método clínico centrado na pessoa (MCCP), explora o binómio saúde/doença e a experiência da doença, ensaia a compreensão do doente/pessoa no seu todo, procura entendimento entre médico e doente/pessoa e visa a melhoria da relação médico/doente.<sup>1</sup> Esta abordagem pode desencadear maior satisfação da pessoa/doente e do médico que a realiza.<sup>1</sup> Alguns estudos centrados na perspetiva do doente têm sido realizados com o intuito de determinar se a prática clínica está a seguir esta abordagem,<sup>2-4</sup> mas importa também saber a perspetiva dos médicos no que respeita ao seu próprio desempenho da MCP na consulta do doente/pessoa.

Embora o nível de literacia em saúde do doente/pessoa esteja a evoluir, o que lhe confere capacitação para gerir a sua saúde/doença, o médico continua a ser visto pelo doente como uma fonte primária de informação em saúde, para além de um modelo a seguir. Assim, a saúde física, mental e emocional do próprio médico pode ter impacto negativo no seu desempenho na consulta (tanto em contexto presencial como não presencial), na comunicação de informação em saúde e na qualidade da prestação de cuidados de saúde ao doente. Nalguns estudos foi reportada uma relação entre erros médicos e *burnout*,<sup>5-7</sup> e segundo Shanafelt *et al.*,<sup>8</sup> aumenta cerca de 2-3 vezes a probabilidade de médicos em *burnout* reportarem o seu desempenho na consulta como subótimo. A comunicação inadequada com o doente e a falta de empatia<sup>4,9,10,11</sup> podem ser características de *burnout*, indo contra os princípios da MCP.

O bem-estar físico, mental e emocional é complexo e multifacetado devido a fatores individuais, profissionais e organizacionais, e o bem-estar do médico não somente beneficia o próprio, como pode ser vital para a prestação de cuidados de saúde.<sup>12</sup> É importante identificar e reconhecer os fatores intrínsecos e extrínsecos que comprometem a saúde e bem-estar dos médicos, pois também podem causar impacto no sistema de saúde, como a redução de produtividade, baixas médicas, absentismo e reforma precoce.<sup>13,14</sup>

Por exemplo, a gestão da multimorbilidade de doentes pode originar sobrecarga nos médicos de MGF,<sup>11</sup> sendo a multimorbilidade um problema de saúde comum nos adultos portugueses (com prevalência maior nos idosos) que frequentam consultas de MGF. Dada a sua relevância para o desempenho terapêutico, Prazeres e colegas<sup>11</sup> desenvolveram um instrumento de medida com 16 questões (SoGeMM-MGF) que permite ao médico e aos decisores em saúde perceber se a gestão da multimorbilidade está a afetar o bem-estar do médico.

Santiago e colaboradores<sup>15</sup> criaram e validaram um instrumento capaz de aferir a auto percepção genérica da prática médica no exercício da MCP, destinado aos médicos especialistas em MGF. Este instrumento não está restringido apenas à prática da consulta, permitindo assim avaliar outros aspetos que se conseguem medir apenas ao longo do tempo.

Para uma melhor gestão da consulta médica em MGF segundo a MCP, torna-se relevante fazer uma análise retrospectiva da consulta, que permita a autoavaliação de desempenho dos médicos de MGF, especialistas ou internos de especialidade. Para tal é necessário dispor de instrumentos cultural e linguisticamente validados para uso em Portugal. Pela pesquisa efetuada não existe tal instrumento validado em português europeu.

Stewart e colegas desenvolveram um instrumento para autoavaliação, em retrospectiva, da realização de “boa” consulta em MCP composto por 9 questões, em língua inglesa.<sup>16</sup>

Neste contexto, o presente trabalho teve por objetivos a tradução para língua portuguesa e adaptação cultural do questionário desenvolvido por Stewart *et al.*<sup>16</sup> e a sua validação concorrente com uma dimensão/componente do instrumento SoGeMM-MGF,<sup>11</sup> para utilização em autoavaliação retrospectiva de consulta, por médicos de MGF.

## **MATERIAL E MÉTODOS**

### **Desenho do estudo**

**Tradução e adaptação cultural.** Procedeu-se à obtenção da versão portuguesa do questionário de Stewart *et al.*,<sup>16</sup> originalmente em língua inglesa (após obtenção de autorização da autora principal), por um processo de tradução/retroversão, de acordo com as recomendações para a tradução de questionários propostas pelo *Scientific Advisory Committee of the Medical Outcomes Trust*.<sup>17</sup>

Os autores da tradução são nativos da língua portuguesa, com elevado nível de fluência em língua inglesa, para além de estarem familiarizados com a gíria médica. A tradução foi analisada por um painel de peritos e a versão de consenso foi seguidamente sujeita a retroversão para a língua inglesa, por tradutores bilingues independentes, não conhecedores da versão original, nem da intenção do estudo.

A adaptação cultural resultou da aplicação a uma amostra piloto de médicos de MGF, o grupo-alvo ao qual o instrumento se destina, para conhecimento de problemas quanto à compreensibilidade e agradabilidade.

**Fiabilidade.** Para analisar a fiabilidade (ou fidedignidade) optou-se pela análise da consistência interna através da determinação do coeficiente de alfa de Cronbach e das correlações item-total.

**Validação fatorial.** Procedeu-se a análise fatorial exploratória através da análise de componente principal. Analisou-se a matriz de componentes rodada para estudar a relação entre os itens e fatores extraídos. Considerou-se que as correlações do item com o fator superiores a 0,71 são excelentes.<sup>18</sup>

**Validade concorrente.** A análise de validação concorrente foi feita com uma dimensão/componente do questionário de avaliação SoGeMM-MGF desenvolvido por Prazeres et al. (sob autorização do autor).<sup>11</sup>

**Valores normativos.** Os pontos de corte foram achados retirando 1,96 desvios padrão à média da pontuação no questionário, de acordo com a fórmula  $Pc = \bar{x} - (1,96 * s)$ .

### **Seleção dos participantes**

O convite a médicos à participação no estudo foi feito através da rede de contactos do Núcleo de Estudos em Medicina Centrada na Pessoa, tendo esses mesmos médicos convidado colegas seus não frequentadores de ações do referido núcleo. Foram também convidados tutores da Unidade Curricular de Medicina Geral e Familiar da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.

Para a análise da correlação entre os questionários foi feita a sua aplicação em consultas de MGF (a primeira consulta do dia em que acederam ao questionário), numa amostra de 94 médicos, especialistas e internos de MGF, para assegurar a existência de pelo menos 10 respostas por cada pergunta.

### **Recolha de dados**

O questionário administrado aos participantes (Anexo 1) continha questões de autopreenchimento em escala tipo Likert com 4 alternativas de resposta, com um tempo médio total de resposta estimado em 4 minutos. Foi também incluído um conjunto de questões para a caracterização demográfica e profissional dos médicos inquiridos relativamente a idade, sexo, posição na carreira (interno/especialista) e tipologia de local de trabalho.

A explicação do estudo bem como o consentimento informado foram previamente facultados aos participantes. A participação no estudo foi voluntária. Os médicos participantes acederam a um link informático para o servidor onde se encontrava o questionário. O consentimento informado, livre e esclarecido era pedido aos participantes no início do questionário online, só avançando para as questões após assinalarem tal consentimento. A proteção, anonimato e sigilo dos intervenientes foi garantida pela codificação dos dados recolhidos, os quais foram guardados em base de dados protegida por palavra-passe.

O estudo foi previamente aprovado pela Comissão de Ética da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra e foi desenvolvido segundo os princípios éticos da Declaração de Helsínquia.

## Análise de dados (estatística)

A análise estatística foi desenvolvida através do software IBM SPSS *Statistical Package for the Social Sciences*, V.27.0 (IBM Corporation, Armonk, New York, USA).

Realizou-se análise estatística descritiva, correlacional e testes paramétricos. Definiu-se como estatisticamente significativo um valor de  $p < 0,05$ . Em relação à análise da consistência interna foi considerado aceitável o valor do coeficiente alfa de Cronbach  $\geq 0,7$ . A análise de correlação foi considerada fraca se o valor de  $p$  fosse inferior a 0,3, moderada entre 0,3 e 0,7, e forte se superior a 0,7.

## RESULTADOS

No processo de adaptação cultural, após tradução e retroversão do questionário de Stewart *et al.*,<sup>16</sup> e numa amostra de  $N=7$  médicos, 57,0% do sexo masculino; 86,0% com idade inferior a 40 anos; 71,4% de USF, observou-se muita agradabilidade de leitura, facilidade de compreensão, construção de frases com total anuência e elevada capacidade de medir o pretendido, não tendo sido sugerida qualquer alteração de linguagem.

Tabela 1. Estatísticas item total do Questionário MCP

	Média de escala se o item for excluído	Variância de escala se o item for excluído	Correlação de item total corrigida	Alfa de Cronbach se o item for excluído
Q1	27,71	12,960	0,629	0,886
Q2	27,68	13,015	0,687	0,883
Q3	27,68	12,886	0,727	0,880
Q4	27,77	12,869	0,679	0,882
Q5	27,97	12,117	0,684	0,882
Q6	27,70	12,771	0,629	0,886
Q7	27,94	12,103	0,656	0,884
Q8	27,68	12,822	0,710	0,881
Q9	28,17	11,498	0,639	0,890

Q1 - Como considero que o problema principal da pessoa atendida foi discutido?

Q2 - Quão satisfeito fico quanto à discussão dos problemas da pessoa?

Q3- Como considero que ouvi o que a pessoa tinha para dizer?

Q4 - Como considero que expliquei o(s) problema(s) à pessoa?

Q5 - Como considero que discuti com a pessoa o papel de cada um?

Q6 - Como considero que expliquei a terapêutica à pessoa?

Q7 - Como considero que explorei com a pessoa a adesão terapêutica?

Q8 - Quão bem julgo ter compreendido a pessoa hoje?

Q9 - Em relação ao(s) problema(s) de hoje, até que ponto discuti questões pessoais ou familiares que pudessem estar a afetar a sua saúde?

Analisou-se a consistência interna através da determinação do teste alfa de Cronbach e da correlação corrigida do item com o total da escala. O valor calculado de alfa de Cronbach foi superior a 0,70, garantindo a consistência interna dos 9 itens do instrumento (alfa de Cronbach=0,895). A análise item total (Tabela 1) demonstra uma consistência interna forte, uma vez que nenhum dos itens, se excluído, aumenta a sua consistência. A correlação item total corrigida é, em todos os itens, superior a 0,3, valor considerado como bom por Bryman e Cramer.<sup>19</sup>

O Coeficiente de correlação intraclasse para medidas médias foi estatisticamente significativo ( $F(144,1152)=2,500$ ;  $p<0,001$ ).

Na análise fatorial exploratória observou-se pelo Teste de KMO e Bartlett um valor de  $p<0,001$ , garantindo a análise e que todos os 9 itens do questionário MCP saturam apenas numa dimensão e cada um deles superior a 0,5. A existência de um único fator explica 56,51% da variância (unifatorial) (Tabela 2).

Tabela 2. Matriz de componente\*

Itens do Questionário MCP	
Q3- Como considero que ouvi o que a pessoa tinha para dizer?	0,812
Q8 - Quão bem julgo ter compreendido a pessoa hoje?	0,799
Q2 - Quão satisfeito fico quanto à discussão dos problemas da pessoa?	0,777
Q4 - Como considero que expliquei o(s) problema(s) à pessoa?	0,762
Q5 - Como considero que discuti com a pessoa o papel de cada um?	0,749
Q1 - Como considero que o problema principal da pessoa atendida foi discutido?	0,726
Q7 - Como considero que explorei com a pessoa a adesão terapêutica?	0,717
Q6 - Como considero que expliquei a terapêutica à pessoa?	0,711
Q9 - Em relação ao(s) problema(s) de hoje, até que ponto discuti questões pessoais ou familiares que pudessem estar a afetar a sua saúde?	0,702

\*método de extração: Análise de componente principal

Participaram na análise de validade concorrente 94 médicos de MGF. A caracterização demográfica e profissional destes participantes mostra que 67% são do sexo feminino e 75 (79,8%) são médicos especialistas de MGF, tendo a maioria idade inferior a 40 anos ( $N=42$ ; 44,7%). Do total de médicos participantes 59,6% trabalhava em Unidade de Saúde Familiar (USF) (Tabela 3).

Tabela 3. Caracterização dos participantes (N=94)

	N	%
<b>Sexo</b>		
Masculino	31	33
Feminino	63	67
<b>Idade (anos)</b>		
≤40	42	44,7
41 a 55	34	36,2
≥56	18	19,1
<b>Lugar na carreira</b>		
Interno	19	20,2
Especialista	75	79,8
<b>Local de trabalho</b>		
USF A	56	59,6
USF B	28	29,8
UCSP	10	10,6

UCSP: Unidade de cuidados de saúde personalizados

USF: Unidade de saúde familiar

A validade concorrente foi analisada com a dimensão/componente “Explorar a saúde, a doença e a experiência da doença” do questionário de avaliação SoGeMM-MGF.<sup>11</sup> O valor de coeficiente alfa de Cronbach obtido foi de 0,862.

O resultado desta análise revelou uma correlação positiva, moderada<sup>19</sup> e significativa (coeficiente de Pearson  $\rho=0,491$ ;  $p<0,001$ ;  $n=94$ ).

A tabela 4 contém as respostas obtidas por categoria de resposta, no questionário MCP e no SoGeMM-MGF. A maioria dos médicos selecionou a resposta 4 “Completamente/Muito satisfeito/Muito bem” em todas as nove questões, à exceção das questões 5 e 9 em que a maior parte optou pela pontuação 3 “Bastante/Satisfeito/Bem”. A categoria 2 “Um pouco/Satisfatório/Pouco satisfeito” foi escolhida sobretudo nas questões 5, 7 e 9.

No Questionário SoGeMM-MGF, a opção 4 “Quase sempre” foi a mais escolhida (Tabela 4).

Tabela 4. Respostas aos Questionários MCP e SoGeMM-MGF

	N (%)	4	3	2	1
<b>MCP</b>					
<b>Q1</b>		56 (59,6)	36 (38,3)	2 (2,1)	0 (0)
<b>Q2</b>		57 (60,6)	37 (39,4)	0 (0)	0 (0)
<b>Q3</b>		57 (60,6)	37 (39,4)	0 (0)	0 (0)
<b>Q4</b>		50 (53,2)	43 (45,7)	1 (1,1)	0 (0)
<b>Q5</b>		40 (42,6)	44 (46,8)	10 (10,6)	0 (0)
<b>Q6</b>		58 (61,7)	34 (36,2)	1 (1,1)	1 (1,1)
<b>Q7</b>		44 (46,8)	39 (41,5)	11 (11,7)	0 (0)
<b>Q8</b>		58 (61,7)	35 (37,2)	1 (1,1)	0 (0)
<b>Q9</b>		34 (36,2)	40 (42,6)	17 (18,1)	3 (3,2)
<b>SoGeMM-MGF</b>					
		4	3	2	1
<b>Q1</b>		60 (63,8)	34 (36,2)	0 (0)	0 (0)
<b>Q2</b>		59 (62,8)	33 (35,1)	1 (1,1)	1 (1,1)
<b>Q3</b>		72 (76,6)	22 (23,4)	0 (0)	0 (0)
<b>Q4</b>		59 (62,8)	35 (37,2)	0 (0)	0 (0)
<b>Q5</b>		52 (55,3)	40 (42,6)	2 (2,1)	0 (0)
<b>Q6</b>		62 (66,0)	32 (34,0)	0 (0)	0 (0)
<b>Q7</b>		59 (62,8)	35 (37,2)	0 (0)	0 (0)
<b>Q8</b>		54 (57,4)	40 (42,6)	0 (0)	0 (0)

**Legenda do Questionário MCP:** 1-Nada/Nada satisfeito/Nada; 2-Um pouco/Pouco satisfeito/Satisfatório; 3-Bastante/Satisfeito/Bem; 4-Completamente/Muito satisfeito/Muito bem

**Legenda do Questionário SoGeMM-MGF:** 1-Raramente; 2-Poucas vezes; 3-Muitas vezes; 4-Quase sempre

Foram observadas diferenças significativas por sexo, na pontuação total média obtida no questionário MCP ( $p=0,039$ ) (teste-t de Student) (Tabela 5).

No que diz respeito à idade observou-se que não existem diferenças estatisticamente significativas (Tabela 5) (teste ANOVA;  $p=0,172$ ).

Os participantes deste estudo desempenhavam funções em USF do tipo A ou B ou em UCSP, sendo que a pontuação média obtida por local de trabalho revelou-se significativamente diferente (Tabela 5) (teste ANOVA;  $p=0,001$  entre USF A e B;  $p=0,002$  entre USF A e UCSP). A diferença de pontuação, em média, obtida por internos e especialistas não tem significado estatístico ( $p=0,770$ ).

Tabela 5. Pontuação por sexo, idade, posição na carreira e local de trabalho

<b>MCP</b>	<b>N</b>	<b>Média</b>	<b>DP</b>	<b>p</b>
<b>Sexo</b>				
Masculino	31	32,48	3,85	0,039
Feminino	63	30,70	3,91	
<b>N</b>	<b>Média</b>	<b>DP</b>	<b>p</b>	
<b>Idade</b>				
≤40	42	30,48	4,13	0,172
41 a 55	34	31,71	3,70	
≥56	18	32,39	3,87	
<b>N</b>	<b>Média</b>	<b>DP</b>	<b>p</b>	
<b>Posição na carreira</b>				
Interno	19	31,53	4,51	0,77
Especialista	75	31,23	3,84	
<b>N</b>	<b>Média</b>	<b>DP</b>	<b>p*</b>	
<b>Local trabalho</b>				
USF A	56	32,61	3,73	
USF B	28	29,57	3,73	
UCSP	10	28,70	2,83	
Total	94	31,29	3,96	

UCSP-Unidade de cuidados de saúde personalizados

USF-Unidade de saúde familiar

\*teste ANOVA; p=0,001 USF A e B; p=0,002 USF A e UCSP

Numa pontuação possível a variar entre 9 e 36 para o Questionário MCP, observou-se uma pontuação média total de  $31 \pm 3,96$ , com uma amplitude entre 22 e 36. Face ao significado estatístico por sexo, determinaram-se os pontos de corte (Tabela 6). Verificou-se que 98,9% dos médicos pontuaram acima do ponto de corte, indicando uma autoavaliação da consulta ótima em MCP, à exceção de uma médica (1,1%) que pontuou abaixo de 23.

Tabela 6. Valores nominativos - Ponto de corte por sexo

Sexo	N	Média	DP	Mínimo	Máximo	% Total	Pc
Masculino	31	32,4839	3,84596	25,00	36,00	33,0	24,95
Feminino	63	30,6984	3,9129	22,00	36,00	67,0	23,03
Total	94	31,2872	3,96116	22,00	36,00	100,0	23,52

Pc-Ponto de corte

## DISCUSSÃO

Muitos estudos contribuíram para melhor esclarecer os componentes do cuidado clínico centrado na pessoa<sup>1</sup>. Segundo Stewart *et al.*, de um modo geral, esses estudos evidenciaram que o cuidado centrado na pessoa influencia positivamente os seus resultados em saúde, e que as intervenções que melhoram a comunicação centrada na pessoa têm efeito na modificação do comportamento dos profissionais de saúde.<sup>1</sup>

Embora, primeiramente, esses estudos tenham explorado a perspectiva da pessoa, posteriormente surgiram estudos focados na perspectiva do médico.

No presente estudo foi avaliada a perspectiva médica do seu próprio desempenho, através de uma autoavaliação retrospectiva, da consulta com a pessoa. Efetuou-se a tradução para a língua portuguesa e a adaptação cultural do questionário de Stewart *et al.*<sup>16</sup> com 9 itens (Questionário MCP). Analisou-se a validade deste instrumento por validação concorrente com um dimensão/componente do instrumento (Questionário SoGeMM-MGF) desenvolvido por Prazeres e colegas.<sup>11</sup>

A consistência interna do Questionário MCP no presente estudo é excelente, com um valor de alfa de Cronbach aproximadamente igual a 0,9 (alfa de Cronbach=0,895). Relativamente ao Questionário SoGeMM-MGF, o valor calculado é Bom (alfa de Cronbach=0,862). Apenas foi usada uma dimensão/componente deste instrumento. No artigo de investigação para a validação portuguesa deste instrumento foi igual a 0,89.

Na autoavaliação retrospectiva da consulta, a pontuação total média foi de  $31 \pm 3,96$  no Questionário MCP (Tabela 6), num máximo de 36, existindo diferença significativa entre sexos, com o sexo masculino a apresentar pontuação mais alta.

As pontuações 3 “Bastante/Satisfeito/Bem” e 4 “Completamente/Muito Satisfeito/Muito Bem” foram as mais escolhidas para classificar as 9 questões do instrumento, podendo interpretar-se como uma autoavaliação retrospectiva da consulta elevada, por parte dos médicos participantes. Mas importa também referir que de entre as pontuações menos positivas, tal como a pontuação 2 “Um pouco/Satisfatório/Pouco satisfeito”, esta foi selecionada por alguns médicos (entre 10-18%) relativamente a três das questões, nomeadamente, “Como considero que discuti com a pessoa o papel de cada um?”, “Como considero que explorei com a pessoa a adesão terapêutica?” e “Em relação ao(s) problema(s) de saúde de hoje, até que ponto discuti questões pessoais ou familiares que pudessem estar a afetar a sua saúde?”. Estas dimensões pontuadas com valores mais baixos devem, assim, ser as componentes da MCP a ser preferencialmente exploradas, em prol da melhoria da comunicação com a pessoa/doente, melhoria da prestação do cuidado de saúde e maior satisfação do médico com o trabalho.

São assim alguns os desafios e, simultaneamente, as oportunidades para a melhoria contínua da relação terapêutica médico-pessoa.

Mas, para um conhecimento progressivo da pessoa como um todo no seu contexto social, indo ao encontro das suas necessidades e expectativas, serão precisas várias consultas, num processo que se constrói ao longo do tempo numa relação contínua. Desta forma, a autoavaliação retrospectiva do médico, da consulta que acabou de realizar com a pessoa, pode servir de indicador para definir um plano de melhoria para a(s) próxima(s) consulta(s), bem como de aprendizagem quanto ao que fazer em cada consulta em particular se marcada pela pessoa. Porém vai exigir trabalho diferente do médico, obrigando a redirecionar a sua gestão do tempo para poder construir o plano de atuação conjunto, embora possa vir a contribuir para ganhos em saúde do consulente, para a satisfação do próprio médico no trabalho, para benefício da sua própria saúde e até para o melhor controlo do tempo com menor carga de consultas de repetição por pessoa, evitando o “doente frequente” ou “grande utilizador”.<sup>20</sup>

O aumento da incidência de sobrecarga no trabalho e de *burnout* nos médicos de MGF esteve na base do desenvolvimento de uma revisão sistemática por Van Ham e colegas<sup>21</sup> dedicada à análise dos fatores influenciadores da satisfação no trabalho dos médicos de MGF. Concluíram que aspetos relacionados com a profissão parecem potenciar a satisfação destes médicos no trabalho, enquanto aspetos relativos às condições de trabalho diminuem a satisfação. Os fatores mais referidos pelos médicos de MGF contribuidores para a satisfação foram a diversidade no trabalho, o relacionamento e contato com os colegas no trabalho e o envolvimento no ensino de estudantes de medicina, enquanto os fatores supressores mais apontados foram a baixa remuneração, o número de horas excessivo de trabalho, a sobrecarga de tarefas administrativas, a falta de tempo nas consultas e a falta de reconhecimento do desempenho.

Recentemente, Stobbe e colaboradores<sup>22</sup> desenvolveram um estudo transversal a 34 países, maioritariamente europeus, de análise da satisfação no trabalho, em médicos de MGF. Numa escala de 1 a 4, o nível médio, em Portugal, encontrava-se entre 2-2,5, sendo o 22º em 34 países. É nos países do sul da Europa que os médicos de MGF têm níveis mais baixos de satisfação no trabalho, e nos países com produto interno bruto mais alto existe associação positiva com a satisfação no trabalho. Apesar das diferenças entre países ao nível dos sistemas de cuidados primários de saúde, a conclusão principal deste estudo foi a de que existia uma tendência crescente de insatisfação no trabalho em MGF e que eram precisas intervenções direcionadas a contrariar esta tendência, sob pena de efeitos adversos na saúde destes médicos, na sua prestação de cuidados de saúde e nos próprios sistemas de saúde. A ligação emocional do médico com a pessoa, enfatizada no MCCP, poderá ser facilitadora na consulta para o médico seguir o caminho mostrado pela pessoa, incrementando a tomada de decisão partilhada.<sup>1</sup> A empatia é vista pela pessoa e médicos de MGF como fundamental na comunicação entre ambos e existe evidência de que a empatia facilita a relação médico-consulente e aumenta a satisfação de ambos.<sup>23,24</sup> Segundo Mercer e Reynolds<sup>9</sup>, os principais

fatores limitadores da empatia na consulta de cuidados de saúde primários são a duração da consulta e a sobrecarga de trabalho do médico, sendo que a necessidade de estender a duração da consulta é referida tanto pelos consulentes como pelos médicos. Na opinião destes investigadores, o ensino de uma atitude empática na cultura de medicina está subvalorizado, mas pode ser desenvolvida.

Derksen e colegas<sup>24</sup> desenvolveram um estudo qualitativo comparativo dos pontos de vista dos doentes e dos médicos no que toca à empatia no contexto de MGF. Vários obstáculos foram destacados por ambos, estando associados a i) funcionamento da própria unidade de prestação de cuidados de saúde e à empatia do pessoal; ii) a comunicação médico-pessoa; iii) as diferenças nas expectativas versus a realidade, da pessoa e do médico; iv) a pressão do tempo de duração da consulta; v) a capacidade empática do próprio médico.

O bem-estar individual, pessoal e profissional do médico, poderá afetar a sua capacidade de ser empático, de ter relação terapêutica com a pessoa, mas por outro lado, ser empático pode protegê-lo de *burnout* e ter um efeito positivo na satisfação no trabalho. Defendem estes autores que o médico deveria participar regularmente em ações de aconselhamento para ajudar a reduzir o isolamento profissional, aumentar a sensibilidade face aos doentes, diminuir a incidência de *burnout* e aumentar o bem-estar.

No presente estudo, a autoavaliação retrospectiva da consulta realizada pelo médico de MGF será certamente o reflexo destas circunstâncias pessoais e profissionais. Os resultados mostraram a necessidade de mais tempo de consulta para discutir com a pessoa o papel de cada um, explorar com a pessoa a adesão ao plano terapêutico e melhor conhecer o contexto sociofamiliar da pessoa que pode afetar a sua saúde/doença.

Os resultados do presente estudo evidenciaram diferenças significativas entre sexos e, também, significativas entre os locais de trabalho (USF A, USF B e UCSP) na pontuação. Vários estudos têm mostrado resultados inconsistentes relativamente às diferenças de género na qualidade de vida ao nível profissional. Uma meta-análise revelou que as mulheres médicas revelam níveis de exaustão emocional/*burnout* maiores do que os homens, o que pode explicar-se por uma tendência para oferecer uma maior capacidade empática. As mulheres referem, com maior frequência do que os homens, que o seu trabalho médico afeta a sua vida pessoal, o que contribui também para o *burnout*.<sup>25</sup> Enquanto no estudo de Santiago *et al.*<sup>15</sup> as mulheres médicas exibem maior sensibilidade para a procura de entendimento com o doente, no presente estudo, a pontuação mais baixa obtida pelo sexo feminino na autoavaliação de desempenho da consulta acabada de realizar, pode dever-se a desgaste emocional, mais do que a uma capacidade menor de praticar MCP, haja também em consideração a época pandémica em que o trabalho foi realizado.

Relativamente à influência do local de trabalho, os médicos de USF tipo A (versus USF tipo B e UCSP) revelaram ser, neste estudo, aqueles com maior pontuação de desempenho em

MCP, na consulta acabada de realizar. Também no estudo de Santiago *et al.*<sup>15</sup>, aqueles que trabalham numa USF são os que procuram um maior entendimento com a pessoa.

Todos os resultados obtidos são apenas válidos para a amostra de estudo, mas seria relevante estender a aplicação deste questionário a um número maior de médicos de MGF.

## **CONCLUSÃO**

A adaptação cultural do questionário desenvolvido por Stewart e colegas<sup>16</sup> para autoavaliação retrospectiva de desempenho de MCP na consulta e a sua validação concorrente permitiu disponibilizar um novo instrumento em língua portuguesa que pode ser um indicador das necessidades de desenvolvimento profissional para aumentar a satisfação no trabalho, em prol da saúde da pessoa e do próprio médico.

O presente questionário apresenta boa fiabilidade e validade e permite ao médico avaliar retrospectivamente o desempenho na consulta, segundo a MCP, assim como analisar as principais insuficiências para planear a próxima consulta.

Verificaram-se diferenças significativas de pontuação entre sexos (melhores pontuações obtidas pelo sexo masculino), e entre tipos de Unidade de Trabalho (USF A com melhores resultados), não havendo diferenças significativas entre lugar na carreira (interno ou especialista) e grupo etário.

Verificaram-se resultados piores para as questões “Como considero que discuti com a pessoa o papel de cada um?”, “Como considero que explorei com a pessoa a adesão terapêutica?”, e “Em relação ao(s) problema(s) de saúde de hoje, até que ponto discuti questões pessoais ou familiares que pudessem estar a afetar a sua saúde?”. Estas insuficiências devem ser exploradas com mais afinco, de modo auto formativo para médicos, permitindo melhorias de desempenho clínico, de resultados em saúde e satisfação para médicos e doentes.

Será agora necessária a realização de estudos prospetivos que permitam perceber o impacto clínico nas pessoas que consultam e nos médicos que executam consulta segundo o MCCP e a MCP.

## **AGRADECIMENTOS**

Ao Exmo. Professor Doutor Luiz Miguel Santiago por toda a generosidade, apoio e orientação durante a realização deste trabalho.

Ao coorientador, Professor Doutor Pedro Lopes Ferreira, pelo seu contributo para o desenvolvimento deste trabalho.

Aos médicos que aceitaram participar e responderam ao questionário, pois sem eles o estudo não teria sido possível.

Às Mestres Maria Beatriz Morgado e Rita Lopes da Silva, do Núcleo de Estudos em Medicina Centrada na Pessoa, pela ajuda no convite à participação no estudo.

À minha família pelo apoio incondicional ao longo de todo o meu percurso.

Às minhas melhores amigas por estarem presentes em cada nova etapa da minha vida.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. 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. [cited 2022 Jan 3]. eBook ISBN 9781846195662.
2. 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;9(2):155-164.
3. Reis AF, Santiago LM, Botas P. Medicina centrada no paciente e capacitação do consultante em medicina geral e familiar. *RevADSO*. 2015;5:19-32.
4. Hojat M, DeSantis J, Gonnella JS. Patient perceptions of clinician's empathy: Measurement and psychometrics. *Journal of Patient Experience*. 2017;4(2):78-83.
5. West CA, Dyrbye LN, Erwin PJ, Shanafelt TD. Interventions to prevent and reduce physician burnout: a systematic review and meta-analysis. *Lancet*. 2016;388:2272-81.
6. de Oliveira GS, Chang R, Fitzgerald PC, Almeida MD, Castro-Alves LS, Ahmad S, et al. The prevalence of burnout and depression and their association with adherence to safety and practice standards: a survey of United States anesthesiology trainees. *Anesth Analg*. 2013;117:182-93.
7. Shanafelt TD, Mungo M, Schmitgen J, Storz KA, Reeves D, Hayes SN, et al. Longitudinal study evaluating the association between physician burnout and changes in professional work effort. *Mayo Clin Proc*. 2016;91:42231.
8. Shanafelt TD, Sloan JA, Habermann TM. The well-being of physicians. *Am J Med*. 2003;114:513-9.
9. Mercer SW, Reynolds WJ. Empathy and quality of care. *British Journal of General Practice*. 2002;52:S9-13.

10. Kim SS, Kaplowitz S, Johnston MV. The effects of physician empathy on patient satisfaction and compliance. *Evaluation & The Health Professions*. 2004;27(3):237-251.
11. Prazeres F, Santiago LM, Pereira PM, Santos PM, Cortinhal T. Multimorbidade em Medicina Geral e Familiar: Construção e Validação do Questionário de Avaliação da Sobrecarga da Gestão da Multimorbidade em Medicina Geral e Familiar (SoGeMM-MGF). *Gazeta Médica*. 2019; 4 (6):221-7.
12. Wallace JE, Lemaire JB, Ghali WA. Physician wellness: a missing quality indicator. *Lancet*. 2009;374:1714-21.
13. Dewa CS, Jacobs P, Thanh NX, Loong D. An estimate of the cost of burnout on early retirement and reduction in clinical hours of practicing physicians in Canada. *BMC Health Serv Res*. 2014;14:254.
14. Panagioti M, Panagopoulou E, Bower P, Lewith G, Kontopantelis E, Chew-Graham C, et al. Controlled interventions to reduce burnout in physicians: A systematic review and meta-analysis. *JAMA Intern Med*. 2017;177:195205.
15. Santiago LM, Simões JA, Vale M, de Faria E, Ferreira PL, Rosendo I. Autoperceção 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.
16. Stewart M, Brown JB, Weston WW, McWhinney IR, McWilliam CL, Freeman TR.- Patient-centered medicine: transforming the clinical method [e-book]. 3rd ed. London: Radcliffe Publishing Ltd, 2013. [cited 2022 Jan 3]. Disponível em: <https://doi.org/10.1201/b20740>. eBook ISBN 9780429083730.
17. Scientific Advisory Committee of the Medical Outcomes Trust. Assessing health status and quality of life instruments: Attributes and review criteria. *Quality of Life Research*. 2002;11(3):193-205.
18. Comrey AL, Lee HB (eds). *A first course in factor analysis*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum associates. 1992.

19. Bryman A, Cramer D. Análise de dados em Ciências Sociais - Introdução às Técnicas Utilizando o SPSS. Oeiras, Portugal: Celta, 2003.
20. Magalhães AR, Penetra J, Pereira C, Carvalho R, Neto MG, Santiago LM. Caracterização dos Grandes Utilizadores de uma Unidade de Saúde Familiar. RevADSO. 2016;6:15-21.
21. Van Ham I, Verhoeven AAH, Groenier KH, Groothoff JW, De Haan J. Job satisfaction among general practitioners: A systematic literature review. The Eur J Gen Practice. 2006;12:4,174-180.
22. Stobbe EJ, Groenewegen PP, Schaffer W. Job satisfaction of general practitioners: A cross-sectional survey in 34 countries. Hum Resour Health. 2021,19:57.
23. Mercer SW, Watt GCM, Reilly D. Empathy is important for enablement. BMJ. 2001;322:865
24. Derksen FAWM, Hartman TO, Bensing J, Lagro-Janssen A. Empathy in general practice- the gap between wishes and reality: comparing the views of patients and physicians. Family Practice. 2018;35(2):203-8.
25. Purvanova RK, Muros JP. Gender differences in burnout: A meta-analysis. J Vocacional Behavior. 2010;77:168-85.

**ANEXO I. Questionário MCP e dimensão/componente do Questionário SoGeMM-MGF**

**Questionário MCP** (em cada questão assinale apenas uma opção)

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

1. Como considero que o problema principal da pessoa atendida foi discutido?

- Completamente       Bastante       Um pouco       Nada

2. Quão satisfeito fico quanto à discussão dos problemas da pessoa?

- Muito Satisfeito       Satisfeito       Pouco Satisfeito       Nada Satisfeito

3. Como considero que ouvi o que a pessoa tinha para dizer?

- Completamente       Bastante       Um pouco       Nada

4. Como considero que expliquei o(s) problema(s) à pessoa?

- Completamente       Bastante       Um pouco       Nada

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 aspeto dos cuidados de saúde)

- Completamente       Bastante       Um pouco       Nada

6. Como considero que expliquei a terapêutica à pessoa?

- Muito bem       Bem       Satisfatório       Nada

7. Como considero que explorei com a pessoa a adesão terapêutica? (passada e futura)

- Completamente       Bastante       Um pouco       Nada

8. Quão bem julgo ter compreendido a pessoa hoje?

- Muito bem       Bem       Pouco       Nada

9. Em relação ao problema(s) de hoje, até que ponto discuti questões pessoais ou familiares que pudessem estar afetar a sua saúde?

- Completamente       Bastante       Um pouco       Nada

**Componente/Dimensão do Questionário SoGeMM-MGF (em cada questão assinale apenas uma opção)**

Prazeres F, Santiago LM, Pereira PM, Santos PM, Cortinhal T. Multimorbidade em Medicina Geral e Familiar: Construção e Validação do Questionário de Avaliação da Sobrecarga da Gestão da Multimorbidade em Medicina Geral e Familiar (SoGeMM-MGF). *Gazeta Médica* 2019; 4 (6):221-7.

**Nas consultas de Medicina Geral e Familiar agendadas pelo consulente, costume:**

1. Deixar falar inicialmente a pessoa, sem interrupção, sobre os sinais e sintomas que motivam a sua ida à consulta

Quase sempre       Muitas vezes       Poucas vezes       Raramente

2. Analisar a sua comunicação verbal e não-verbal

Quase sempre       Muitas vezes       Poucas vezes       Raramente

3. Realizar exame físico e/ou analítico acerca das queixas

Quase sempre       Muitas vezes       Poucas vezes       Raramente

4. Observar os princípios da empatia médica tendo compaixão com a pessoa

Quase sempre       Muitas vezes       Poucas vezes       Raramente

5. Tentar que a consulta dure o tempo necessário

Quase sempre       Muitas vezes       Poucas vezes       Raramente

6. Demonstrar confiança nos meus conhecimentos e atitudes

Quase sempre       Muitas vezes       Poucas vezes       Raramente

7. Dar espaço e responder às dúvidas da pessoa

Quase sempre       Muitas vezes       Poucas vezes       Raramente

8. Ter comportamento que permita perceber em simultâneo o corpo e a mente do meu consulente

Quase sempre       Muitas vezes       Poucas vezes       Raramente

**Médico/a:**

Sexo:  ♂  ♀

Grupo etário:  < 50 ano  ≥ 50 anos

Local de Trabalho:  USF A  USF B  UCSP

Lugar na carreira:  Interno  Especialista