



FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA

**TRABALHO FINAL DO 6º ANO MÉDICO COM VISTA À ATRIBUIÇÃO DO
GRAU DE MESTRE NO ÂMBITO DO CICLO DE ESTUDOS DE MESTRADO
INTEGRADO EM MEDICINA**

ANA FILIPA PINHO PEDRO DOS REIS

***MEDICINA CENTRADA NO PACIENTE E
CAPACITAÇÃO DO CONSULENTE EM MEDICINA
GERAL E FAMILIAR***

ARTIGO CIENTÍFICO

ÁREA CIENTÍFICA DE MEDICINA GERAL E FAMILIAR

TRABALHO REALIZADO SOB A ORIENTAÇÃO DE:

PROFESSOR DOUTOR LUIZ MIGUEL SANTIAGO

PROFESSOR DOUTOR CARLOS BRAZ SARAIVA

SETEMBRO 2014

ÍNDICE

RESUMO	3
ABSTRACT.....	5
INTRODUÇÃO	7
MATERIAIS E MÉTODOS	9
RESULTADOS.....	12
DISCUSSÃO.....	22
CONCLUSÃO	26
AGRADECIMENTOS.....	27
BIBLIOGRAFIA.....	28
ANEXO 1.....	30

RESUMO

Introdução: A Medicina Centrada no Paciente (MCP) abrange a experiência total de doença do utente, envolvendo-o nas decisões clínicas. Não existe em Portugal uma ferramenta que avalie a sua existência segundo a opinião do consulente.

A Capacitação representa a medida em que um paciente se sente fortalecido, após uma consulta médica, na compreensão e gestão da doença. O Instrumento de Capacitação do Consulente (PEI/ICC) foi validado recentemente para a população portuguesa.

Objetivos: São objetivos deste estudo a validação do Questionário da MCP em Portugal (MCP-PT), e a verificação da existência de MCP conforme a opinião do consulente, relacionando-a com a Capacitação, segundo o PEI/ICC.

Materiais e Métodos: Construámos o MCP-PT com base nos seis componentes da MCP propostos por Moira Stewart e validámos em trinta consulentes da USF Topázio. De seguida, aplicámos o MCP-PT e o PEI/ICC, em duzentos utentes das USF Topázio, Biosa e Rainha Santa. Analisámos as respostas segundo o género, grupo etário, tipo de família, grau de formação, ter doença crónica e tomar medicamentos regularmente. Posteriormente, verificámos a correlação entre os dois questionários.

Resultados: O MCP-PT foi validado para Portugal com valores de Alfa de Cronbach superiores a 0,8 e excelente fiabilidade. A amostra inquirida é maioritariamente feminina, entre 36 e 64 anos, vive acompanhada, tem a 4ª classe e toma medicamentos regularmente, referindo 50% ter doença crónica. A distribuição das respostas no MCP-PT teve propensão para a resposta “Sim” e, no PEI/ICC, a resposta intermédia “Melhor” foi tendencialmente mais escolhida. O MCP-PT, sendo um indicador composto por vários objetivos, foi estudado em valor absoluto e em distribuição relativa a valores percentílicos. O PEI/ICC tem também valor de indicador que estudámos igualmente. Verificámos correlação entre o MCP-PT e o PEI/ICC, que variam em sentido oposto de valor, com $p=0,010$.

Discussão e Conclusão: Neste estudo, pudemos validar o MCP-PT para a população portuguesa, aferindo a opinião do consulente sobre a aplicação da MCP na consulta.

A verificação de correlação positiva entre a MCP e a Capacitação, permite pensar em melhores resultados terapêuticos. Salientamos a necessidade de se realizarem mais estudos nesta área, com amostras mais significativas e noutras regiões de Portugal.

Palavras-chave: Medicina Centrada no Paciente, Capacitação, Consulta, Clínica Geral, Medicina Familiar.

ABSTRACT

Introduction: The Patient-Centered Medicine (PCM) embraces the total experience of the patient's disease, involving him in the clinical decisions. In Portugal, there is not a questionnaire to assess its existence based on patients' opinion.

Enablement is the way the patient feels and how he deals with the disease himself after a doctor's appointment. The Patient Enablement Instrument (PEI/ICC) was recently validated for the Portuguese population.

Objectives: To validate the questionnaire of PCM in Portugal (PCM-PT), in order to get the patients' opinion about the existence of the PCM, and to co-relate it to the Enablement, according to the PEI/ICC.

Materials and Methods: We built the PCM-PT based on the six components of the PCM proposed by Moira Stewart and validated it in a thirty consultants of Topázio Family Health Unit (FHU) sample. Then, we applied the MCP-PT and the PEI / ICC to two hundred users of Topázio, Biosa and Rainha Santa FHU. We analyzed the responses considering gender, age group, family type, academic qualifications, auto-perception of sufferance of chronic disease and being regularly on medicines. Later, correlation between these two questionnaires was studied.

Results: The PCM-PT was validated for Portugal with Alpha Cronbach values above 0.8. The sample was mostly formed by 36 to 64 year-old-women, not living alone, with a four-year school degree and taking medications regularly. Half of them had some kind of chronic disease. Most of the answers, in what concerns the PCM-PT, were positive – “Yes”. In the PEI / ICC questionnaire, the intermediate option "Better" was the most frequent. Being an indicator with multiple objectives, the MCP-PT was studied in absolute value and percentile distribution. We also studied the indicator value of the PEI/ICC. Finally, we found the correlation between these two questionnaires, which vary in the opposite direction, and we obtained a p-value = 0,010.

Discussion and Conclusion: In this study, we validated the PCM-PT for the portuguese population, based on the patients' opinion on what concerns the implementation of PCM. Later, we found a positive correlation between the PCM and the Enablement, which can mean better appointment and health outcomes. We believe that more studies are necessary on this theme, that is to say, with bigger samples and in further Portuguese regions.

Keywords: Patient-Centered Medicine, Enablement, Consultation, General Practice, Family Medicine.

INTRODUÇÃO

O conceito da Medicina Centrada no Paciente (MCP) data da década de 1980 e nos nossos dias começa a ocupar um papel central na assistência médica.¹ É importante não encarar este método como um processo rigidamente definido, com estágios sequenciais, procedimentos padronizados e estilos de entrevista.² A MCP apresenta-se, sim, como uma abordagem que abrange a experiência total de doença do paciente, enfatizando a importância de tomar as crenças e características do mesmo em consideração na tomada de decisões clínicas.³ O médico é chamado a identificar as prioridades e preocupações dos consulentes e a envolvê-los na tomada de decisões sobre os seus cuidados.⁴

Segundo Moira Stewart *in Medicina Centrada na Pessoa*¹, o Método Clínico Centrado na Pessoa divide-se em seis componentes fundamentais:

- Explorando a doença e a experiência de doença (sentimentos, ideias, funcionamento e expectativas);
- Entendendo a pessoa como um todo (conhecer o indivíduo e a sua família);
- Elaborando um plano de cuidados em conjunto (partilha de responsabilidades e aceitação dos objetivos comuns);
- Incorporando Prevenção e Promoção da Saúde (colocar metas, ensinar o que fazer, perceber o que tem que ser feito);
- Intensificando o Relacionamento entre Pessoa e Médico (perceção de que o médico pode continuar a ter tempo, compaixão e poder de partilha, evitando a transferência de responsabilidades);
- Sendo Realista (sobre o tempo da consulta, quanto à intervenção atempada, delegação de competências, comunicação com outros profissionais e trabalho em equipa).

Sabe-se que os pacientes procuram uma abordagem positiva e centrada neles e, se não a encontram, ficam menos satisfeitos, menos habilitados, e podem sofrer maior carga de sintomas.⁵

Howie e associados propuseram o conceito de *Capacitação* que representa o grau em que um paciente se sente fortalecido após uma consulta médica, em termos de ser capaz de lidar, compreender e gerir a sua doença.⁶ Estudos anteriores mostraram que a capacitação do paciente pode ser aumentada pela empatia do médico, a familiaridade do paciente com este, uma avaliação positiva do consulente sobre a comunicação do médico, bem como a maior duração da consulta e o treino apropriado do profissional de saúde.⁷ Todos estes pontos poderiam ser garantidos se existisse, em todas as consultas, a

preocupação de aplicar uma Medicina Centrada no Paciente. Cada encontro médico pode, de certa forma, influenciar a procura de ajuda pelo paciente no futuro e, reconhecer isto, deve levar a um melhor tratamento do doente em cada consulta.⁸ Os atributos do médico e as características da relação são os fatores que tornam terapêutico o relacionamento entre a pessoa e o profissional de saúde.¹

Existia já um utensílio que permitia medir a Capacitação pela consulta, validado para Portugal, designado por Instrumento de Capacitação do Consulente (PEI/ICC).⁹ No entanto, subsistia a lacuna de um Questionário sobre a Medicina Centrada no Paciente validado para a população portuguesa (MCP-PT). Tornava-se pertinente o desenvolvimento desta ferramenta de avaliação do método clínico na consulta, tendo por base a opinião do paciente. A filosofia da OMS evidencia a importância de envolver a comunidade no desenvolvimento, implementação e avaliação dos serviços.¹⁰ Além disso, os médicos não se encontram muito habilitados para prever a satisfação dos pacientes.¹¹

Não existindo em Portugal estudos com o Questionário MCP-PT e sendo escasso o trabalho na área da Capacitação com o PEI/ICC, torna-se inquestionável a pertinência deste trabalho. Daí que os objetivos deste estudo sejam a validação do Questionário da MCP em Portugal (MCP-PT), avaliando a existência de MCP conforme a opinião do consulente, e relacioná-lo com a Capacitação segundo o PEI/ICC.

MATERIAIS E MÉTODOS

Após parecer favorável da Comissão de Ética para a Saúde da ARS do Centro, I.P., a 23 de janeiro de 2014, iniciámos a validação do questionário específico para medição da realização da consulta segundo o modelo centrado no paciente (MCP-PT). Este questionário foi construído segundo o princípio da MCP em 6 componentes¹ e de acordo com os objetivos estabelecidos para o estudo. Inclui doze perguntas e três opções de resposta (Sim, Não ou Em parte). [Anexo 1]

Segundo Moira Stewart¹ o primeiro componente da MCP é “Explorando a Doença e a Experiência da Doença”. Para este princípio criámos duas questões: “Pôde falar sobre o que sentia e sobre os motivos que o levaram à consulta?” e “Pôde falar sobre os seus receios e as suas esperanças quanto aos seus problemas?”. O segundo componente é “Entendendo a Pessoa Como um Todo”, para o qual existe a pergunta “Sentiu que o médico se interessa por si, pela sua família e pelas suas condições de vida?”. O terceiro componente, “Elaborando um Plano de Cuidados em Conjunto”, gerou as perguntas “Sentiu que o processo de tratamento será realizado em conjunto e colaboração entre si e o seu médico?”, “Entendeu os objetivos, métodos e possibilidades em relação ao “tratamento” escolhido?” e “Percebeu a importância de cumprir as indicações para um “tratamento” correto e que dê resultados?”. Para o quarto componente, “Incorporando Prevenção e Promoção da Saúde”, surgiram as questões “Percebeu o que deve ser feito para evitar “piorar”?” e “Aceitou fazer o que lhe foi proposto para “melhorar”?”. Ao quinto componente, “Intensificando o Relacionamento Entre Pessoa e Médico”, coube a questão “Sentiu que o médico se mostrou interessado em ajudar a resolver o seu problema?” e, por último, ao sexto componente, “Sendo Realista”, associaram-se as perguntas “Compreendeu que o sucesso do tratamento depende de si como doente e de outros profissionais que trabalham com o seu médico?”, “A consulta com o seu médico durou o tempo necessário?” e “Esta consulta com o seu médico aconteceu no momento certo?”.

Cada um dos seis componentes funciona como um Objetivo a cumprir. Criámos um indicador composto (MCP-PT Total) que é o resultado-média dos seis indicadores parcelares, correspondentes aos Objetivos, e que se calcula pelo somatório das respostas dadas a cada um destes indicadores parcelares e posterior divisão por seis.

O processo de validação iniciou-se com a opinião de um painel de peritos composto por duas sociólogas, uma assistente social, dois psicólogos, uma enfermeira, dois médicos e

três indivíduos não ligados à saúde pelo método das rondas sucessivas até à estabilização, que determinou que as perguntas respondiam aos propósitos traçados. Algumas questões foram modificadas na sua forma inicial.

Posteriormente, aplicámos o questionário a um conjunto populacional de trinta consulentes em consulta de Medicina Geral e Familiar, incluindo alguns diabéticos, alguns hipertensos, em consulta de saúde da mulher e em consulta de saúde infantil (sendo o questionário realizado ao progenitor) primeiro por escrito e, alguns minutos depois, oralmente, por intermédio da investigadora, na USF Topázio. Foram medidos todos os tempos de resposta e aplicado o teste Alfa de Cronbach para verificar diferenças em cada aplicação do questionário. Foi estudada também a diferença de respostas entre as variáveis consideradas.

Após a validação realizámos um estudo observacional e analítico, aplicando o questionário a uma amostra populacional calculada para representar, com um intervalo de confiança de 95% e uma margem de erro de 6%, a população atendida numa USF durante uma semana de trabalho, o que corresponde a um universo esperado de 625 consultas semanais. Deste modo, a amostra deveria compreender pelo menos 189 consulentes. Por conseguinte, realizámos 200 questionários, de março a julho de 2014, distribuídos por três Unidades de Saúde Familiar (USF) da Zona Centro de Portugal: USF Biosa (66 inquéritos), USF Rainha Santa (67 inquéritos) e USF Topázio (67 inquéritos). Ao inquérito supracitado foi adicionado o Questionário PEI/ICC que permite medir a Capacitação e que já foi validado para a população portuguesa.⁹ [Anexo 1]

Este Questionário é avaliado por um indicador que designámos por PEI/ICC Total que representa o somatório das respostas dadas às seis questões colocadas e posterior divisão por seis.

Os consulentes foram abordados à saída da consulta de Medicina Geral e Familiar.

Os resultados foram estudados segundo o sexo (Feminino e Masculino), Grupo etário (menor ou igual a 35 anos, 36 a 64 anos, maior ou igual a 65 anos), Escolaridade (Não sabe ler e escrever; Sabe ler e escrever; Com 9º ano (4ª classe); 12º ano (7º ano); Técnica; Superior), Grau de Formação [Baixo se $\leq 9^\circ$ ano (4ª classe) e Médio/Alto se $\geq 12^\circ$ ano (7º ano)], Viver só ou acompanhado, ter ou não uma doença crónica e tomar ou não medicação regularmente. A Investigadora, devidamente identificada, aplicou os questionários oralmente num local não visível pelos médicos e trabalhou em dias

estabelecidos pela própria, sem que a USF tivesse conhecimento das datas exatas da sua presença.

Todos os questionários tinham uma declaração de consentimento informado e foram sempre respeitados o anonimato e a confidencialidade.

Utilizamos o software “SPSS software for Windows – version 19.0” (SPSS Inc, Chicago, IL) para a estatística e a análise inferencial dos dados obtidos, após verificação da sua normalidade. Quando analisadas variáveis nominais, utilizamos o teste χ^2 ; em variáveis numéricas contínuas com distribuição normal em amostras independentes empregamos o teste t de Student; se a distribuição não era normal, utilizamos os testes não paramétricos Mann-Whitney U e Kruskal-Wallis. Definiu-se como estatisticamente significativo o valor de $p < 0,05$.

RESULTADOS

A Tabela 1 mostra a distribuição da amostra de trinta consulentes inquiridos durante a fase de validação do questionário MCP-PT.

O tempo médio de resposta foi de $3,5 \pm 1,2$ minutos (com intervalo de confiança a 95% de 2,8 a 3,7 minutos) com mínimo de 2 e máximo de 6 minutos.

Tabela 1 – Distribuição segundo idade, grupo etário, tipo de família, sexo, formação, sofrer de doença crónica e tomar medicamentos regularmente de trinta consulentes, durante a fase de validação do Questionário MCP-PT, na USF Topázio.

Variável			
Idade			
	Média±desvio padrão	56,9±22,1	
	Mediana	66,5	
	Moda	71	
	Intervalo de confiança a 95%	48,6 a 65,1	
		n	%
Grupo etário			
	Menor ou igual a 35 anos	5	16,7
	36 a 64 anos	7	23,3
	Maior ou igual a 65	18	60,0
Tipo de família			
	Só	1	3,3
	Acompanhado	29	96,7
Sexo			
	Masculino	13	43,3
	Feminino	17	56,7
Formação			
	Não sabe ler e escrever	4	13,3
	Sabe ler e escrever	4	13,3
	Com 9º ano (4ª classe)	11	36,7
	Com 12º ano (7º ano)	6	20,0
	Curso Técnico	1	3,3
	Curso Superior	4	13,3
Sofre de doença crónica			
	Sim	15	50,0
	Não	15	50,0
Toma medicamentos regularmente			
	Sim	20	66,7
	Não	10	33,3

Não foram verificadas diferenças significativas nas respostas em função das variáveis estudadas.

A Tabela 2 mostra o teste de Alfa de Cronbach para cada Afirmação do Questionário MCP-PT. Verificámos que, para todas as questões, o seu valor foi superior a 0,8.

Na análise das respostas em função das variáveis, não foram encontradas quaisquer diferenças nas doze perguntas do MCP-PT pelos testes U de Mann-Whitney e Kruskal-Wallis.

Tabela 2 – Teste de Alfa de Cronbach para as questões do MCP-PT, numa amostra de trinta consulentes, durante a fase de validação, na USF Topázio.

Afirmação	Alfa de Cronbach
Pôde falar sobre o que sentia e sobre os motivos que o levaram à consulta?	1
Pôde falar sobre os seus receios e as suas esperanças quanto aos seus problemas?	0,852
Sentiu que o médico se interessa por si, pela sua família e pelas suas condições de vida?	1
Sentiu que o processo de tratamento será realizado em conjunto e colaboração entre si e o seu médico?	1
Entendeu os objetivos, métodos e possibilidades em relação ao “tratamento” escolhido?	1
Percebeu a importância de cumprir as indicações para um “tratamento” correto e que dê resultados?	1
Percebeu o que deve ser feito para evitar “piorar”?	1
Aceitou fazer o que lhe foi proposto para “melhorar”?	1
Sentiu que o médico se mostrou interessado em ajudar a resolver o seu problema?	1
Compreendeu que o sucesso do tratamento depende de si como doente e de outros profissionais que trabalham com o seu médico?	1
A consulta com o seu médico durou o tempo necessário?	1
Esta consulta com o seu médico aconteceu no momento certo?	1

Após validado e verificada a sua fiabilidade, o Questionário MCP-PT para a população portuguesa, aplicámos o mesmo a uma população de duzentos consulentes segundo a distribuição presente na Tabela 3.

Tabela 3 - Distribuição segundo idade, grupo etário, tipo de família, sexo, formação, sofrer de doença crónica e tomar medicamentos regularmente de duzentos consulentes, para os Questionários MCP-PT e PEI/ICC, nas USF Topázio, Rainha Santa e Briosas.

Variável			
Idade			
	Média±desvio padrão	51,4±20,7	
	Mediana	54,5	
	Moda	69,0	
	Intervalo de confiança a 95%	48,5 a 54,3	
		n	%
Grupo etário			
	Menor ou igual a 35 anos	44	22,0
	36 a 64 anos	92	46,0
	Maior ou igual a 65	64	32,0
Tipo de família			
	Só	30	15,0
	Acompanhado	170	85,0
Sexo			
	Masculino	74	37,0
	Feminino	126	63,0
Formação			
	Não sabe ler e escrever	14	7,0
	Sabe ler e escrever	11	5,5
	Com 9º ano (4ª classe)	73	36,5
	Com 12º ano (7º ano)	37	18,5
	Curso Técnico	11	5,5
	Curso Superior	54	27,0
Grau de Formação			
	Básico (\leq 4ª classe/9º ano)	98	49,0
	Médio/alto (\geq 7º ano/12º ano)	102	51,0
Sofre de doença crónica			
	Sim	101	50,5
	Não	99	49,5
Toma medicamentos regularmente			
	Sim	133	66,5
	Não	67	33,5

A Tabela 4 mostra a distribuição das respostas ao MCP-PT pelos duzentos consulentes inquiridos.

Tabela 4 – Distribuição das respostas ao Questionário MCP-PT de duzentos consulentes das USF Topázio, Rainha Santa e Briosa.

Pergunta	Não n (%)	Em parte n (%)	Sim n (%)
Pôde falar sobre o que sentia e sobre os motivos que o levaram à consulta?	0	6 (3,0)	194 (97,0)
Pôde falar sobre os seus receios e as suas esperanças quanto aos seus problemas?	10 (5,0)	13 (6,5)	177 (88,5)
Sentiu que o médico se interessa por si, pela sua família e pelas suas condições de vida?	1 (0,5)	11 (5,5)	188 (94,0)
Sentiu que o processo de tratamento será realizado em conjunto e colaboração entre si e o seu médico?	3 (1,5)	2 (1,0)	195 (97,5)
Entendeu os objetivos, métodos e possibilidades em relação ao “tratamento” escolhido?	3 (1,5)	11 (5,5)	186 (93,0)
Percebeu a importância de cumprir as indicações para um “tratamento” correto e que dê resultados?	0	2 (1,0)	198 (99,0)
Percebeu o que deve ser feito para evitar “piorar”?	3 (1,5)	8 (4,0)	189 (94,5)
Aceitou fazer o que lhe foi proposto para “melhorar”?	0	12 (6,0)	188 (94,0)
Sentiu que o médico se mostrou interessado em ajudar a resolver o seu problema?	0	9 (4,5)	101 (95,5)
Compreendeu que o sucesso do tratamento depende de si como doente e de outros profissionais que trabalham com o seu médico?	0	8 (4,0)	192 (96,0)
A consulta com o seu médico durou o tempo necessário?	3 (1,5)	11 (5,5)	186 (93,0)
Esta consulta com o seu médico aconteceu no momento certo?	6 (3,0)	24 (12,0)	170 (85,0)

Na Tabela 5, mostramos a distribuição, por percentis, das respostas obtidas para cada objetivo que se pretende medir no MCP-PT. É de realçar que o valor do Percentil 50 (P50) é igual ao do Percentil 75 (P75).

Tabela 5 – Distribuição, por percentis, das respostas obtidas para cada objetivo.

Objetivo	Valor P50	n para P≥50	% de P≥50
1 - Explorando a doença e a experiência de doença	6	174	87
2 - Entendendo a pessoa como um todo	3	188	94
3 - Elaborando um plano de cuidados em conjunto	9	180	90
4 - Incorporando prevenção e promoção da saúde	6	179	89,5
5 - Intensificando o relacionamento entre pessoa e médico	3	191	96,5
6 – Sendo Realista	9	159	79,5

Considerámos que não foi percebida a MCP quando a distribuição percentílica era inferior ao P50 e que foi percebida quando esta distribuição era superior, como descrito na Tabela 5.

De seguida, mostrámos a distribuição das respostas ao MCP-PT por variável testada, em função de sentir ou não uma MCP. Como podemos verificar pela Tabela 6, existe diferença estatisticamente significativa para o Grau de Formação ($p=0,025$) e para o Grupo Etário ($p=0,004$) em função de ter sentido ou não a MCP. Para as restantes variáveis não se encontraram diferenças estatisticamente significativas.

Tabela 6 - Resultado global da aplicação do MCP-PT pelas variáveis consideradas em função de ter sido percebida a Medicina Centrada no Paciente, de acordo com a distribuição percentilica.

Variável	Sentido n (%)	Não sentido n (%)	p
Sexo (*)			
Masculino	41 (55,4)	33 (44,6)	0,377
Feminino	74 (58,7)	52 (41,3)	
Família (*)			
Só	18 (60,0)	12 (40,0)	0,463
Acompanhado	97 (7,1)	73 (42,99)	
Grau de formação (*)			
Baixa	49 (50,0)	49 (50,0)	0,025
Média/Alta	66 (64,7)	36 (35,3)	
Sofrer de doença crónica (*)			
Sim	54 (53,5)	47 (46,5)	0,153
Não	61 (61,6)	38 (38,4)	
Tomar medicamentos regularmente (*)			
Sim	72 (54,1)	61 (45,9)	0,114
Não	43 (64,2)	24 (35,8)	
Grupo etário (**)			
Menor ou igual a 35 anos	35 (79,5)	9 (20,5)	0,004
36 a 64 anos	47 (51,1)	45 (48,9)	
Maior ou igual a 65 anos	33 (51,6)	31 (48,4)	

Nota: (*) χ^2 ; (**) Kruskal-Wallis

A Tabela 7 mostra a distribuição das respostas ao PEI/ICC pelos duzentos consulentes inquiridos.

No questionário PEI/ICC verificámos que a maioria dos inquiridos respondia “Melhor” em todas as perguntas (48 a 57%). De seguida, a preferência está na resposta “Igual ou pior” (26,5 a 37%) e, por fim, na resposta “Muito Melhor” (8,5 a 18%).

Tabela 7 - Distribuição das respostas ao Questionário PEI/ICC de duzentos consulentes das USF Topázio, Rainha Santa e Briososa.

Pergunta	Muito melhor n (%)	Melhor n (%)	Igual ou pior n (%)
Capaz de lidar com a vida	17 (8,5)	109 (54,5)	74 (37,0)
Capaz de compreender a sua doença	29 (14,5)	109 (54,5)	62 (31,0)
Capaz de lidar com a sua doença	29 (14,5)	110 (55,0)	61 (30,5)
Capaz de manter-se saudável	29 (14,5)	114 (57,0)	57 (28,5)
Confiante em relação à sua saúde	36 (18,0)	96 (48,0)	68 (34,0)
Capaz de se ajudar a si próprio	35 (17,5)	112 (56,0)	53 (26,5)

Considerámos que não há melhoria da Capacitação quando a distribuição percentílica é superior ao P50 e que há melhoria quando esta distribuição é inferior.

Segundo a Tabela 8, que nos mostra a distribuição das respostas ao PEI/ICC segundo o género, família, grau de formação, sofrer de doença crónica, tomar medicamentos regularmente e grupo etário em função de estar acima ou abaixo do percentil 50, verificámos que existe diferença estatisticamente significativa na variável género ($p=0,048$). Para as restantes variáveis não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas.

Tabela 8 – Distribuição das respostas ao PEI/ICC segundo o Género, Família, Grau de formação, Sofrer de doença crónica, Tomar medicamentos regularmente e Grupo etário em função de estar acima ou abaixo do percentil 50.

Variável	Menor que Percentil 50	Maior que percentil 50	P
Género			
Masculino	25 (33,8)	49 (66,2)	0,048
Feminino	59 (46,8)	67 (53,2)	
Família			
Só	13 (43,3)	17 (56,7)	0,513
Acompanhado	71 (41,8)	99 (58,2)	
Grau de formação			
Baixa	43 (43,9)	55 (56,1)	0,350
Média/Alta	41 (40,2)	61 (59,8)	
Sofrer de doença crónica			
Sim	39 (38,6)	72 (61,4)	0,201
Não	45 (45,5)	54 (54,5)	
Tomar medicamentos regularmente			
Sim	53 (39,8)	80 (60,2)	0,237
Não	31 (46,3)	36 (53,7)	
Grupo etário			
Menor ou igual a 35 anos	23 (52,3)	21 (47,7)	0,237
36 a 64 anos	38 (41,3)	54 (58,7)	
Maior ou igual a 65 anos	23 (35,9)	41 (64,1)	

Posteriormente, criámos um indicador composto (MCP-PT Total) que é o resultado de seis indicadores parcelares, correspondentes aos seis Objetivos propostos por Moira Stewart para a MCP¹, e que se calcula pelo somatório das respostas dadas a cada um destes indicadores parcelares e posterior divisão por seis.

Para o Questionário PEI/ICC também criámos uma variável, designada por PEI/ICC Total, que representa o somatório das respostas dadas às seis questões colocadas e posterior divisão por seis.

De acordo com a Tabela 9, o P50 do MCP-PT Total é 1,0000 e do PEI/ICC Total é 2,1700. Deste modo, todos os que estejam acima do P50 ($> 1,0000$) para o MCP-PT Total têm respostas compatíveis com uma MCP na consulta com o Médico de Família. Para o PEI/ICC Total, todos os que estão abaixo do P50 ($< 2,1700$) têm respostas compatíveis com uma melhor Capacitação após a consulta referida.

Tabela 9 – Percentis do MCP-PT Total em percentagem e do PEI/ICC Total em percentagem.

		MCP-PT Total em %	PEI/ICC Total em %
Percentis	25	0,9700	2,0000
	50	1,0000	2,1700
	75	1,0000	2,5000
	90	1,0000	3,0000

Como observamos na Tabela 10, 57,5% dos inquiridos responde ter tido uma consulta segundo o método clínico da MCP, de acordo com o MCP-PT. Relativamente ao questionário PEI/ICC, 58% admitem uma melhor capacitação após a consulta.

Tabela 10 – % Cumulativa do MCP-PT Total e do PEI/ICC Total, consoante sentem ou não MCP na consulta e conforme melhoram ou pioram a Capacitação.

MCP-PT Total	n (%)	PEI/ICC Total	% Cumulativa
Sim	115 (57,5)	Melhor	116 (58,0)
Não	85 (42,5)	Pior	84 (42,0)

A Tabela 11 mostra os resultados médios das respostas dadas aos Questionários MCP-PT, segundo o indicador composto, e PEI/ICC.

Tabela 11 - Média, desvio padrão, mediana, moda e intervalos de confiança a 95% do MCP-PT Total e do PEI/ICC Total.

	MCP-PT Total	PEI/ICC Total
Média±desvio padrão	0,98±0,03	2,2±0,56
Mediana	1,00	2,17
Moda	1,00	2,0
Intervalo de Confiança a 95%	0,97 a 0,98	2,10 a 2,20

Uma vez que o Questionário MCP-PT e o Questionário PEI/ICC variam em sentido contrário, isto é, é melhor quanto maior o resultado do MCP-PT e quanto menor o resultado do PEI/ICC, o valor de p terá de ser inferior a 0,05 para que haja uma correlação estatisticamente significativa. Neste caso, segundo a Tabela 12, verificámos que o p é de 0,010.

Tabela 12 – Correlação entre o MCP-PT Total e o PEI/ICC Total.

		MCP-PT Total	PEI/ICC Total
Resultado final MCP-PT	Pearson Correlation	1	-0,181
	Sig. (2-tailed)		0,010
	N	200	200
Resultado final PEI/ICC	Pearson Correlation	-0,181	1
	Sig. (2-tailed)	0,010	
	N	200	200

DISCUSSÃO

São objetivos deste estudo a validação do Questionário da MCP em Portugal (MCP-PT) e a verificação da existência de MCP conforme a opinião do consulente, relacionando-a com a Capacitação, segundo o PEI/ICC.

O encontro clínico entre o paciente e o médico é a principal atividade de todos os sistemas de cuidados de saúde.⁷ Na tentativa de melhorar este contato terapêutico, o método clínico centrado na pessoa foi desenvolvido para lidar com a complexidade.¹ Já tendo sido demonstrados o valor e a utilidade dos contributos dos doentes para a melhoria dos cuidados de saúde¹², torna-se importante criar ferramentas capazes de avaliar a opinião do consulente relativamente a este tipo de consulta.

Neste sentido, surgiu a necessidade de criar e validar para a população portuguesa um Questionário que aprecia a existência de MCP segundo a opinião do utente.

Baseámo-nos nos seis Componentes da MCP propostos por Moira Stewart *in Medicina Centrada no Paciente*¹ uma vez que, na nossa opinião, estes representam bem os objetivos esperados alcançar durante uma consulta, em particular de Medicina Geral e Familiar. Julgámos que doze questões [Anexo 1] eram um número razoável para um questionário que se quer conciso, coerente e direto nas suas várias vertentes. Considerámos também sensato permitir três opções de resposta (Sim, Não ou Em parte) para que a seleção se aproximasse o mais possível da opinião do consulente.

Para a primeira análise das questões recorreremos a um painel de peritos composto por duas sociólogas, uma assistente social, dois psicólogos, uma enfermeira, dois médicos e três indivíduos não ligados à saúde, de modo a que esta associação de pessoas abrangesse diferentes áreas para que se diminuísse a tendência a opiniões semelhantes.

Optámos pelo método das rondas sucessivas até à estabilização por nos parecer o mais compatível com os nossos objetivos.

Posteriormente, aplicámos o questionário a uma população de trinta utentes da USF Topázio, após consulta com o Médico de Família, sempre com o consentimento informado e a garantia de anonimato e confidencialidade. Os questionários foram realizados segundo o método do teste re-teste por nos parecer o mais fidedigno. De seguida aplicámos o teste de Alfa de Cronbach obtendo valores sempre superiores a 0,8, validando assim o Questionário MCP-PT para a população portuguesa.

A maior limitação encontrada durante a aplicação do questionário foi garantir que as respostas estavam a coincidir com a perceção gerada pela consulta imediatamente anterior e não com a opinião desenvolvida em consultas precedentes.

Tentámos que a investigadora evitasse o viés de observação ao realizar o questionário em datas selecionadas pela própria e não divulgadas à USF e estando num local não visível aos médicos de serviço. Por outro lado, a recolha foi feita em mais do que um dia da semana, para que se abrangesse um leque mais vasto de utentes, evitando dias de férias de algum médico, ou dias de problemas mais específicos.

Em seguida, aplicámos o questionário MCP-PT já validado e o questionário PEI/ICC, que recentemente foi traduzido e validado para Portugal⁹, numa amostra de duzentos consulentes nas USF Topázio, Rainha Santa e Briosa, após consentimento dos coordenadores das referidas USF.

A aplicação destas duas ferramentas de avaliação das consultas pelo utente permitiu-nos inferir se a MCP terá alguma relação com a Capacitação.

Sabemos que este termo, proposto pela primeira vez por *Howie et al*, se refere ao ganho que efetivamente o consulente adquire numa consulta para poder compreender e lidar com a sua doença o melhor possível.¹³ Ao comprovarmos que a MCP corresponde a uma melhoria da Capacitação, estaremos, mais uma vez, a validar o Questionário MCP-PT, premiando o modelo clínico descrito por Moira Stewart em seis componentes.¹

Na aplicação destes questionários reforçámos as preocupações já citadas para evitar qualquer viés.

A amostra inquirida é compatível com o expectável numa USF, com uma maioria de mulheres, entre os 36 e 64 anos, que vivem acompanhadas, com a 4ª classe e a tomar medicamentos regularmente, metade das quais com alguma doença crónica.

A distribuição das respostas no MCP-PT, com propensão significativa para a resposta “Sim”, pareceu-nos indicativa da tendência para a MCP nas consultas das diversas USF. No que diz respeito ao PEI/ICC, a resposta intermédia “Melhor” foi tendencialmente mais escolhida, dando-nos a sensação de que de fato há uma melhoria na Capacitação após a consulta, mas não suficiente para que os utentes respondam “Muito Melhor”.

Considerámos que não foi percebida a MCP quando a distribuição percentílica é inferior ao P50 e que foi percebida quando esta distribuição é superior. De seguida, avaliámos a distribuição das respostas ao MCP-PT por variável testada, em função de se sentir ou não a MCP.

Percebemos que existem diferenças estatisticamente significativas para o Grau de Formação ($p=0,025$) e para o Grupo Etário ($p=0,004$) em função de ter sentido ou não a MCP segundo as respostas dadas ao MCP-PT. Os inquiridos com um Grau de Formação Médio/Alto tendem a sentir mais a MCP e os consulentes do Grupo etário mais baixo, com idades iguais ou inferiores a 35 anos, também seguem essa tendência.

Parece-nos que esta propensão dos mais novos e dos com maior grau de escolaridade sentirem a MCP pode ser explicada pela maior facilidade com que percebem o discurso médico e interagem com figuras detentoras do conhecimento, numa perspetiva de modelo de Medicina Não Paternalístico.

No questionário PEI/ICC, percebemos que existe diferença estatisticamente significativa na variável Género ($p=0,048$), em função de estar acima ou abaixo do P50, isto é, em relação a não existir ou existir melhoria na Capacitação, respetivamente.

Assim, os indivíduos do género masculino, na sua maioria (66,2%), não sentem uma melhoria da Capacitação e no género feminino, apesar de se notar a mesma tendência, esta é mais ténue (53,2%). Esta propensão masculina para uma menor Capacitação poderá ter explicação em alguma dificuldade em fazer perguntas e pedir justificações ao médico durante a consulta ou na mais fácil aceitação do que é dito, não questionando, nem interiorizando.

O Questionário MCP-PT é um indicador composto, resultado da avaliação de vários indicadores ditos parcelares, correspondentes aos objetivos. Da mesma forma o PEI/ICC tem leitura pelo somatório de pontos o que nos demonstra, de forma conveniente, o resultado final. Deste modo, ficámos a saber que 57,5% dos inquiridos tiveram uma consulta onde consideraram que a MCP foi aplicada e 58% dos respondentes aumentaram a sua Capacitação após a consulta. Ambos os resultados parecem corresponder a uma melhoria na satisfação e habilitação dos doentes após o encontro clínico, no entanto, estes resultados ainda não abrangem uma maioria incontestável da população.

Em futuros estudos será interessante desvendar que parte da amostra mais revela uma MCP positiva e um maior aumento da Capacitação. Poderá também ser importante distinguir quais os objetivos da MCP que estão a ser mais negligenciados pelos médicos durante a consulta. Por não corresponder ao propósito deste estudo não nos alargaremos mais em considerações sobre estes tópicos.

Quisemos, então, verificar se existia uma correlação positiva entre a MCP e a Capacitação. Uma vez que o Questionário MCP-PT e o Questionário PEI/ICC variam

em sentido contrário, isto é, é melhor quanto maior o resultado do MCP-PT e quanto menor o resultado do PEI/ICC, o valor de p teria de ser inferior a 0,05 para que existisse uma correlação estatisticamente significativa. Como o resultado que encontramos para p foi 0,010 podemos inferir que há correlação entre o MCP-PT e o PEI/ICC, revelando que uma MCP aumenta a Capacitação. Ficou, assim, demonstrado o objetivo fundamental deste estudo que esperava ver validado o Questionário MCP-PT na população portuguesa e comprová-lo, também, pela sua conexão positiva com uma ferramenta já testada em Portugal, o PEI/ICC, que, de certo modo, é influenciado pelos moldes em que decorre a consulta.

Sabendo que a Capacitação tem correspondência com uma relação mais próxima criada entre o médico e o utente¹⁴, esperamos estabelecer que a MCP ajuda a que os cuidados de saúde primários permitam uma afinidade crescente entre estes dois intervenientes da consulta.

Gostaríamos de salientar que consideramos que, apesar de significativa, a nossa amostra não é suficientemente grande para inferir que todas as USF se comportam do mesmo modo. Mesmo tendo tentado realizar o estudo em três USF diferentes, realçamos que mais estudos devem ser feitos em Portugal para homogeneizar a amostra.

Acentuamos a importância deste trabalho por não existir até à data um Questionário que avaliasse a MCP na população portuguesa e esperamos que impulse novos estudos e pesquisas sobre este tema no nosso país.

CONCLUSÃO

Neste estudo pudemos validar o Questionário MCP-PT para a população portuguesa e aferir a opinião do consulente sobre a aplicação da Medicina Centrada no Paciente (MCP) durante a consulta com o seu Médico de Família, testando-se os seis componentes da consulta propostos por Moira Stewart.

A sua aplicação na população de três USF da Zona Centro de Portugal, juntamente com o Instrumento de Capacitação do Consulente já validado para a população portuguesa, permitiu verificar uma correlação positiva entre a MCP e a Capacitação, mesmo que 42,5% da amostra não tivesse em plenitude percebido os seis componentes da MCP.

Deste modo, compreendemos que um método clínico centrado no paciente, que privilegia a comunicação, a parceria e a promoção de saúde, tem repercussões positivas no paciente, que se sente mais habilitado e capaz de lidar com a sua vida e as suas doenças.

Salientamos a necessidade de se realizarem mais estudos nesta área, com amostras mais significativas e em mais regiões de Portugal.

AGRADECIMENTOS

Ao Professor Doutor Luiz Miguel Santiago pela constante disponibilidade, preocupação e compreensão.

Ao Professor Doutor Carlos Braz Saraiva pela co-orientação.

A todos os colaboradores na realização do Questionário.

Aos coordenadores e funcionários das USF Topázio, Rainha Santa e Briososa.

Aos meus pais e avó pela paciência e apoio.

Ao Gonçalo Godinho por me ajudar nesta etapa.

Aos meus amigos de sempre pela coragem.

BIBLIOGRAFIA

- 1) Stewart M et al. (2010) *Medicina Centrada na Pessoa*. 2ª Edição, artmed®. Brasil.
- 2) McWhinney, I; Freeman T. (2010) *Medicina de Família e Comunidade*. 3ª Edição, artmed®. Brasil
- 3) Howie, J.G., D. Heaney, and M. Maxwell, *Quality, core values and the general practice consultation: issues of definition, measurement and delivery*. Fam Pract, 2004. **21**(4): p. 458-68.
- 4) Ozvacic Adzic, Z., et al., *Patient, physician, and practice characteristics related to patient enablement in general practice in Croatia: cross-sectional survey study*. Croat Med J, 2008. **49**(6): p. 813-23.
- 5) Little P et al., *Observational study of effect of patient centredness and positive approach on outcomes of general practice consultations*. Bmj, 2001. **323**(7318): p. 908-11.
- 6) Mercer, S.W., et al., *Patient enablement requires physician empathy: a cross-sectional study of general practice consultations in areas of high and low socioeconomic deprivation in Scotland*. BMC Fam Pract, 2012. **13**: p. 6.
- 7) Lam, C.L., et al., *A pilot study on the validity and reliability of the Patient Enablement Instrument (PEI) in a Chinese population*. Fam Pract, 2010. **27**(4): p. 395-403.
- 8) Stott, N.C. and R.H. Davis, *The exceptional potential in each primary care consultation*. J R Coll Gen Pract, 1979. **29**(201): p. 201-5.
- 9) Pintalhão, I. et al., *Desenvolvimento de Tradução para Português do Patient Enablement Instrument*. Revista ADSO, 2013. (O2): 18-22.
- 10) Poulton, B.C., *Use of the consultation satisfaction questionnaire to examine patients' satisfaction with general practitioners and community nurses: reliability, replicability and discriminant validity*. Br J Gen Pract, 1996. **46**(402): p. 26-31.
- 11) McKinstry, B., I. Colthart, and J. Walker, *Can doctors predict patients' satisfaction and enablement? A cross-sectional observational study*. Fam Pract, 2006. **23**(2): p. 240-5.
- 12) Ferreira, P.L., *Avaliação dos doentes de cuidados primários*. Revista Portuguesa de Clínica Geral, 2001. **17**: p. 15-45.
- 13) F., P., *Multimorbilidade: Um olhar diferente sobre a doença crónica*. Revista ADSO, 2013. **1**: p. 11-12.
- 14) Howie, J.G., et al., *Quality at general practice consultations: cross sectional survey*. Bmj, 1999. **319**(7212): p. 738-43.

- 15) Santiago, L.M., C. Neves, and L. Constantino, *[Patient's relationship with the medical prescription - an observational study in urban populations in the ambulatory setting of General Practice/Family Medicine in the centre of Portugal]*. Acta Med Port, 2010. **23**(5): p. 755-60.
- 16) Howie, J.G., et al., *A comparison of a Patient Enablement Instrument (PEI) against two established satisfaction scales as an outcome measure of primary care consultations*. Fam Pract, 1998. **15**(2): p. 165-71.
- 17) Little, P., et al., *Preferences of patients for patient centred approach to consultation in primary care: observational study*. Bmj, 2001. **322**(7284): p. 468-72.
- 18) Howie, J.G., D.J. Heaney, and M. Maxwell, *Measuring quality in general practice. Pilot study of a needs, process and outcome measure*. Occas Pap R Coll Gen Pract, 1997(75): p. i-xii, 1-32.
- 19) Wensing, M., et al., *The Patients Assessment Chronic Illness Care (PACIC) questionnaire in The Netherlands: a validation study in rural general practice*. BMC Health Serv Res, 2008. **8**: p. 182.
- 20) Pawlikowska, T.R., et al., *Primary care reform: a pilot study to test the evaluative potential of the Patient Enablement Instrument in Poland*. Fam Pract, 2002. **19**(2): p. 197-201.
- 21) Wild, D., et al., *Principles of Good Practice for the Translation and Cultural Adaptation Process for Patient-Reported Outcomes (PRO) Measures: report of the ISPOR Task Force for Translation and Cultural Adaptation*. Value Health, 2005. **8**(2): p. 94-104.
- 22) JN, N., *A abertura da consulta. O fim está no princípio*. Revista Portuguesa de Clínica Geral, 2009. **25**: p. 199-207.
- 23) Hunt, L.M., M. Kreiner, and H. Brody, *The changing face of chronic illness management in primary care: a qualitative study of underlying influences and unintended outcomes*. Ann Fam Med, 2012. **10**(5): p. 452-60.

ANEXO 1

A medicina atual, em particular a que o especialista em Medicina Geral e Familiar pratica, tem a ver com os exercícios de bem compreender, entender e orientar quem vem à sua consulta.

Para podermos melhorar a atuação dos médicos e das equipas de saúde, solicitamos-lhe resposta aos questionários abaixo, o que desde já lhe agradecemos.

Este trabalho está a ser realizado por uma aluna de Medicina na sua Tese de Mestrado.

As suas respostas serão **confidenciais** (não serão dadas a conhecer a ninguém), **anónimas** (não serão identificadas) e **sigilosas** (ninguém saberá quem respondeu) que apenas os resultados serão revelados, em relatório, para que possa haver melhoria da atividade dos médicos.

Preencha por favor os quadros abaixo,

Idade:	_____ anos	
Família:	Vive só <input type="checkbox"/> (1)	Vive acompanhado <input type="checkbox"/> (2)
Sexo:	Masculino <input type="checkbox"/> (1)	Feminino <input type="checkbox"/> (2)
Formação:	Não sabe ler e escrever <input type="checkbox"/> (1) Sabe ler e escrever <input type="checkbox"/> (2) Com 9º ano (4ª classe) <input type="checkbox"/> (3)	12º ano (7º ano) <input type="checkbox"/> (4) Técnica <input type="checkbox"/> (5) Superior <input type="checkbox"/> (6)
Sofre de doença crónica:	Sim <input type="checkbox"/> (1)	Não <input type="checkbox"/> (2)
Toma medicamentos regularmente:	Sim <input type="checkbox"/> (1)	Não <input type="checkbox"/> (2)

Na consulta de hoje com o seu médico (assinale a resposta com que mais concorda):

Afirmação	Resposta		
	Não <input type="checkbox"/>	Em parte <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>
Pôde falar sobre o que sentia e sobre os motivos que o levaram à consulta?	Não <input type="checkbox"/>	Em parte <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>
Pôde falar sobre os seus receios e as suas esperanças quanto aos seus problemas?	Não <input type="checkbox"/>	Em parte <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>
Sentiu que o médico se interessa por si, pela sua família e pelas suas condições de vida?	Não <input type="checkbox"/>	Em parte <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>
Sentiu que o processo de tratamento será realizado em conjunto e colaboração entre si e o seu médico?	Não <input type="checkbox"/>	Em parte <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>
Entendeu os objetivos, métodos e possibilidades em relação ao “tratamento” escolhido?	Não <input type="checkbox"/>	Em parte <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>
Percebeu a importância de cumprir as indicações para um “tratamento” correto e que dê resultados?	Não <input type="checkbox"/>	Em parte <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>
Percebeu o que deve ser feito para evitar “piorar”?	Não <input type="checkbox"/>	Em parte <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>
Aceitou fazer o que lhe foi proposto para “melhorar”?	Não <input type="checkbox"/>	Em parte <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>
Sentiu que o médico se mostrou interessado em ajudar a resolver o seu problema?	Não <input type="checkbox"/>	Em parte <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>
Compreendeu que o sucesso do tratamento depende de si como doente e de outros profissionais que trabalham com o seu médico?	Não <input type="checkbox"/>	Em parte <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>
A consulta com o seu médico durou o tempo necessário?	Não <input type="checkbox"/>	Em parte <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>
Esta consulta com o seu médico aconteceu no momento certo?	Não <input type="checkbox"/>	Em parte <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>

Como um resultado da sua consulta com o médico hoje, sente que está (assinale a resposta com que mais concorda):

	Muito melhor	Melhor	Igual ou pior
Capaz de lidar com a vida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Capaz de compreender a sua doença	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Capaz de lidar com a sua doença	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Capaz de manter-se saudável	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Muito mais	Mais	Igual ou menos
Confiante em relação à sua saúde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Capaz de se ajudar a si próprio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Agradecemos a sua colaboração.