



**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**

**CAROLINA DOS SANTOS FOLQUES ALVES**

***MEDICINA CENTRADA NA PESSOA: COMO  
JULGAM OS MÉDICOS A PERCEÇÃO DOS  
CONSULENTES?***

**ARTIGO CIENTÍFICO**

**ÁREA CIENTÍFICA DE MEDICINA GERAL E FAMILIAR**

**TRABALHO REALIZADO SOB A ORIENTAÇÃO DE:  
PROFESSOR DOUTOR LUIZ MIGUEL SANTIAGO  
DOUTORA INÊS ROSENDO**

**MARÇO/2016**

MEDICINA CENTRADA NA PESSOA:  
COMO JULGAM OS MÉDICOS A PERCEPÇÃO DOS CONSULENTES?

Carolina dos Santos Folques Alves<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra, Portugal

[carolinafolques@gmail.com](mailto:carolinafolques@gmail.com)

Março de 2016

*Dissertação de Mestrado apresentada à Universidade de Coimbra, como parte dos requisitos para obtenção do grau de Mestre em Medicina, sob orientação científica do Professor Doutor Luiz Miguel Santiago e coorientação da Doutora Inês Rosendo.*

## ÍNDICE

RESUMO .....	5
ABSTRACT .....	7
INTRODUÇÃO .....	9
MATERIAIS E MÉTODOS .....	14
RESULTADOS .....	18
DISCUSSÃO.....	25
CONCLUSÃO .....	32
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	33

## RESUMO

**Introdução:** A Medicina Centrada na Pessoa (MCP), método clínico que contempla de forma integral as necessidades, preocupações e vivências de cada consulente em relação com a saúde, começa a assumir-se como central na prática clínica, especialmente em Medicina Geral e Familiar.

**Objectivos:** O objectivo deste estudo é o de verificar a acuidade dos médicos na previsão da percepção do MCP pelos consulentes.

**Tipo de Estudo:** Observacional, multicêntrico.

**Métodos:** Aplicou-se o questionário MCP-PT a 525 consulentes e 26 médicos em Unidades Funcionais de cinco ACeS da ARS da Região Centro de Portugal. Obtiveram-se duas amostras de diferentes sujeitos (médicos e consulentes) – os consulentes foram inquiridos acerca de como experienciaram o MCP, os médicos foram questionados acerca de como julgavam que os seus consulentes iriam responder. Fez-se estatística descritiva e inferencial dos dados obtidos.

**Resultados:** A amostra é composta por 458 utentes, na sua maioria indivíduos do sexo feminino (61,1%), com idades compreendidas entre os 36 e 65 anos (53,6%) e o 9º ano de escolaridade (36,7%), a tomar medicação regularmente (67,8%). A maioria dos questionários foi aplicada no contexto de uma consulta de MGF (60,5%). A média dos valores que os consulentes atribuíram a cada domínio do MCP foi sempre superior à que os médicos julgaram – os médicos subclassificaram a sua *performance* na aplicação do MCP na consulta, em todos os domínios. A correlação entre os valores da aplicação do questionário a médicos e consulentes é estatisticamente não significativa, pelo que as variáveis são independentes.

**Discussão:** A atitude “centrada na pessoa” é captada pelo consulente, contudo o médico não está plenamente consciente da forma como esta informação é veiculada, tendencialmente

subestimando os seus resultados. O médico não julga a aplicação do MCP como os consulentes o sentem e estes fazem uma avaliação mais positiva da sua realização.

**Conclusão:** Na amostra em estudo, os médicos identificam o reconhecimento do MCP pelos seus consulentes. No entanto, parecem subestimar a própria aptidão para o transmitir, julgando-a sempre inferior. Este é um dado crucial para a revisão de competências e evolução dos cuidados em saúde.

**Palavras-chave:** Medicina Geral e Familiar, Medicina Centrada no Paciente, Método Clínico Centrado no Paciente, Consulta, Questionários, Relação Médico-Doente, Cuidados de Saúde Primários.

## ABSTRACT

**Objectives:** The Patient-Centered Medicine (PCM), or Person-Centered Medicine, a clinical method that fully covers the needs, concerns and experiences of each patient in relation to health, positions itself as central in clinical practice, especially in General and Family Practice. The aim of this study is to verify the accuracy of physicians in predicting the patients' perception of PCM.

**Design:** Observational, multicenter.

**Methods:** We applied the PCM-PT questionnaire to 525 patients and 26 doctors in Primary Health Care Units in Portugal's Central Region, between January and February 2016. Two samples of different subjects were obtained (patients and doctors) - patients being asked about how did they experienced the PCM and doctors about how did they thought that their patients had responded. The data was analyzed using both descriptive and inferential statistics.

**Results:** A sample of 458 patients, mostly female (61.1%), aged between 36 and 65 years (53.6%), with more prevalent 9th school grade (36.7%) and taking medication regularly (67.8%) was studied. Most questionnaires were applied in the context of a family medicine consultation (60.5%). The mean values that the patients assigned to each MCP domain were always higher than what physicians judged - doctors sub-classified their performance in the application of PCM during consultation in all areas. The correlation between the values of application of questionnaire to doctors and patients is statistically not significant, so the variables are independent.

**Conclusions:** In this study sample, doctors identify the recognition of the PCM by their patients. However, they appear to underestimate their own ability to transmit it, judging it always lower. These are important data for quality-assessment reviews for healthcare interventions and future improvements in practical clinical methods.

**Keywords:** General Practice / Family Medicine, Patient Centered Medicine, Quality, Doctor Patient Relationship.

## INTRODUÇÃO

A dicotomia entre modelos biomédicos e modelos biopsicossociais é transversal à História da Medicina. O método biomédico, largamente dominante no século XX, trouxe grandes avanços à ciência clínica, mas deixou prevalecer o Diagnóstico sobre a Pessoa doente que se apresentava no consultório. Com a evolução exponencial da tecnologia médica, a medicina foi sujeita a uma ultra-especialização – a dissociação corpo-mente ocorreu primeiro, e a esta seguiu-se a fragmentação do corpo físico em unidades e problemas orgânicos. (1)

A Medicina Centrada no Paciente (MCP), descrita nos moldes actuais por Stewart et al em 1995 (1) mas cuja origem nos remete para a Grécia Antiga, na escola de medicina de Cos, passou pelas mãos de vários autores, como Balint, Engel, Byrne, Long e McWhinney. (2, 3)

Surgiu da necessidade de um novo modelo mais integrativo e abrangente que preenchesse lacunas no estudo do consulente enquanto pessoa – e não apenas enquanto doente. (2)

Não prescindindo da competência técnica e teórica do médico, este novo método apoia a reincorporação da arte na medicina e a redefinição dos seus objectivos.

No contexto dos cuidados de saúde primários, e especificamente da Medicina Geral e Familiar, foram propostas 6 dimensões inter-relacionáveis, do Método Clínico Centrado na Pessoa:

1. A doença e a experiência de adoecer (sentimentos, ideias, impacto na funcionalidade e expectativas);
2. A pessoa como um todo (aspectos pessoais e de desenvolvimento, contexto próximo – família, emprego – e contexto distante – comunidade, cultura);

3. A busca de objectivos comuns entre o médico e o consulente (avaliar problemas e prioridades, estabelecer objectivos e definir papéis);
4. A prevenção e a promoção de saúde (identificar e reduzir riscos/complicações);
5. A relação médico-consulente (efeito terapêutico da relação, a transferência e a contra-transferência);
6. Ser realista (tempo/recursos disponíveis, trabalho em equipa multidisciplinar).

Este modelo, integrando as necessidades, preocupações e experiências da pessoa que é o consulente, relacionadas com a saúde mas não restritas a ela, permitiu aumentar o grau de satisfação do médico e do consulente, melhorar a adesão à terapêutica, reduzir ansiedade e sintomas, a sobre-utilização dos cuidados de saúde e as queixas por má-prática. (1, 2)

Numa era em que proliferam as doenças crónicas e degenerativas, o foco transferiu-se da resolução de processos agudos para o cuidado da pessoa não só a curto, mas também a médio e longo-prazo, obrigando a uma perspectiva mais global e menos focalizada. (1)

Por todos estes motivos, a MCP foi progressivamente sendo incorporada na educação médica, na investigação científica e nos estudos de qualidade dos serviços de saúde. (1)

Associa-se a melhores indicadores em saúde e a maior eficácia nos cuidados, com redução da requisição de meios complementares de diagnóstico e de referência para outros especialistas. (2)

Investigadores portugueses, aplicando questionários em Unidades de Saúde Familiar, verificaram uma correlação positiva entre a MCP e a Capacitação, indiciando melhores resultados terapêuticos da consulta médica quando a MCP é realizada. (4)

No entanto, alguns trabalhos científicos questionam esta evidência, especialmente quando estão em causa condições agudas auto-limitadas de doença em que há um custo efectivo

no alargamento do tempo de consulta, sem ganho significativo na satisfação dos pacientes, qualidade da relação com o médico ou capacitação. (5) Estudos demonstraram que as preferências de um determinado doente podem variar consoante os motivos que o levaram a consultar o médico. Doentes com queixas físicas simples preferiam um modelo de consulta tradicional, mais direccionado para o problema e menos centrado na pessoa como um todo. Por outro lado, quando as queixas eram de natureza física crónica ou psicossocial, o modelo holístico do MCP era o mais desejado. Concluiu-se assim que a chave para a abordagem centrada na pessoa residia na flexibilidade do clínico e na capacidade de resposta a situações distintas e às preferências dos consulentes. (6)

O comportamento do médico na consulta está sujeito a vários factores modificadores: género, normas culturais, experiência clínica, características demográficas e psicológicas, diferenças de etnia, tempo disponível e carga de trabalho são alguns exemplos. (6, 7)

Balint sugeriu ainda que alguns aspectos do MCP obrigam a uma “limitada mas considerável modificação de personalidade”, alcançável por um processo introspectivo e de reflexão, no contacto com cada doente individual – embora neste ponto nem todos os autores sejam unânimes. (8)

No que toca à avaliação/revisão do MCP, os instrumentos mais utilizados são a observação externa (com recurso a uma checklist de onde constem os objectivos a atingir) e a auto-avaliação do médico associada à hetero-avaliação pelo consulente, após o encontro.

Alguns autores não aceitam esta avaliação, identificando problemas conceptuais e metodológicos. Mead and Bower (6), por exemplo, defendem que os questionários preenchidos por consulentes não devem ser utilizados como *gold-standart* de forma indiferenciada, pois mesmo a exímia aplicação do MCP pode não se traduzir directamente em satisfação do

consulente. Kaplan et al (9) reitera a ideia de que a satisfação não é a medida mais apropriada, propondo o estado geral de saúde como alternativa.

Apesar disto, a aplicação de questionários de satisfação ao consulente tem sido um método preferencial no estudo do MCP e da qualidade da consulta. (10)

Até surgir a dúvida: será este passível de ser manipulado? Isto é, conseguirão os médicos prever o grau de satisfação dos consulentes? Se a resposta a esta pergunta for positiva, existe a possibilidade de “selecção de pacientes” e, portanto, de enviezamento de resultados.

Em 2006, McKinstry, Colthart e Walker concluíram, no entanto, que os médicos estavam pouco capacitados para prever a ‘satisfação’ de quem os consulta, reiterando a necessidade de maior investigação na área. (10)

Já em trabalhos prévios esta problemática tinha sido abordada. Num primeiro (11), não se encontrou relação significativa entre a satisfação dos consulentes e a percepção que os médicos tinham desta mesma satisfação. As respostas dos consulentes a um instrumento específico de avaliação não apresentavam relação estatística com a previsão que os médicos faziam dessas respostas. Noutro trabalho posterior (12), evidenciou-se a discrepância entre as opiniões de médicos e consulentes na avaliação da qualidade da comunicação na consulta.

Provou-se que estas apresentavam uma fraca correlação, e que os médicos julgavam as apreciações dos consulentes muito mais negativas do que eram na realidade. (11, 12)

Apontaram-se explicações para este desencontro na consulta: divergências no “peso” dos diferentes componentes do MCP para o médico e para o consulente (atribuindo-lhes distinta importância no sucesso da consulta), a possibilidade de os questionários reflectirem não apenas a experiência daquele encontro, mas do conjunto das várias consultas antecedentes, a negligência da comunicação durante a visita médica, a medicina altamente dependente das

tecnologias e o papel tradicional passivo do doente na consulta – todas interferindo com o juízo do médico em relação à resposta do consulente aos cuidados. (11, 12)

Sendo a consulta o procedimento central na actividade diária do médico de família, este deve procurar progredir no sentido da excelência do seu desempenho profissional. Para tal, deve começar por tomar consciência da sua condição humana imperfeita, procurando a própria evolução enquanto profissional de saúde com recurso a ferramentas de auto-avaliação e auto-conhecimento. Desta forma, honesta e transparente, poderá munir-se de maior segurança na relação com os seus consulentes. (3)

Neste sentido, surgiu a necessidade de avaliar a acuidade dos médicos de família na previsão dos resultados dos seis componentes da Medicina Centrada na Pessoa.

A investigação adicional neste tópico mostrou-se peremptória, procurando ajudar os médicos no sentido de desenvolverem estratégias de reconhecimento da insatisfação na consulta e, por esta via, optimização da abordagem da pessoa que os procura. (10)

O objectivo deste estudo é o de avaliar a consciência dos médicos relativamente aos resultados da aplicação da Medicina Centrada na Pessoa, durante a consulta – serão exactos na previsão da sua percepção pelos consulentes?

## MATERIAIS E MÉTODOS

Após parecer favorável da Comissão de Ética para a Saúde da ARS do Centro, I.P., a 16 de Dezembro de 2015, iniciámos a aplicação dos questionários a consulentes e médicos de Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), Unidades de Saúde Familiar (USF) e Extensões de Saúde em cinco dos seis Agrupamentos de Centros de Saúde (AceS) da ARS do Centro – Baixo Vouga, Dão Lafões, Baixo Mondego, Pinhal Litoral e Pinhal Interior Norte.

O questionário aplicado (MCP-PT) está validado para a população portuguesa, (4) tendo-se verificado que permite aferir a opinião do consulente sobre a aplicação da MCP durante a consulta com o Médico de Família. Foi construído segundo o princípio da MCP em seis componentes, incluindo doze perguntas e três opções de resposta (Sim, Não ou Em Parte).

A primeira pergunta aborda o domínio da “doença e a experiência de adoecer” através de 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?” (P1, M1). O segundo domínio é “a pessoa como um todo”, o qual avaliamos na pergunta “Sentiu que o médico se interessa por si, pela sua família e pelas suas condições de vida?” (P2, M2). O terceiro domínio – “busca de objectivos comuns entre o médico e o consulente” – é explorado por meio das perguntas “Sentiu que o processo de tratamento será realizado em conjunto e colaboração entre si e o seu médico?”, “Entendeu os objectivos, métodos e possibilidades em relação ao ‘tratamento’ escolhido?” e “Percebeu a importância de cumprir as indicações para um ‘tratamento’ correcto e que dê resultados?” (P3, M3). Para o quarto domínio (“prevenção e a promoção de saúde”) colocaram-se as questões “Percebeu o que deve ser feito para evitar ‘piorar’?” e “Aceitou fazer o que lhe foi proposto para ‘melhorar’?” (P4, M4). No quinto domínio, que aborda a “relação médico-consulente”, surgiu a questão “Sentiu que o médico se mostrou interessado em ajudar a resolver o seu problema?” (P5, M5). O sexto e último domínio

(“Ser realista “) foi explorado através de três 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?” (P6, M6).

Através do somatório das respostas dadas em cada um destes indicadores parcelares (domínios de Stewart) e posterior divisão por seis, calculámos o indicador composto (MCP total) – resultado-média dos seus seis indicadores parcelares.

Estimámos a amostra populacional necessária para representar, com um intervalo de confiança de 95% e uma margem de erro de 5%, a população atendida numa USF ou UCSP durante uma semana de trabalho, que sabemos corresponder a 625 consultas semanais. A amostra deveria compreender pelo menos 239 consulentes.

Recrutámos médicos voluntários de nove Unidades de Saúde Familiar (USF), três Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) e duas Extensões de Saúde de UCSP para aplicarem os questionários no período de 26 de Janeiro a 5 de Fevereiro de 2016. Estas unidades funcionais estão distribuídas por cinco Agrupamentos de Centros de Saúde (ACeS) da ARS da zona Centro de Portugal. A amostra selecionada e estudada corresponde a médicos que foram convidados a colaborar, tratando-se por isso de uma amostra de conveniência. Os médicos convidados assinaram uma Declaração de Compromisso na qualidade de investigadores-colaboradores, garantindo confidencialidade ao longo de todo o processo. A amostra de consulentes, por outro lado, é aleatória.

A aplicação dos questionários decorreu ao longo de duas semanas: na terça-feira, quinta-feira e sexta-feira da primeira semana e na segunda-feira, quarta-feira e sexta-feira da segunda semana. Foram aplicados aos primeiros quatro consulentes de cada dia. No caso de crianças

(menores de 14 anos), os questionários foram aplicados aos pais. Os analfabetos foram excluídos do estudo. Não se aplicaram questionários em consultas de vigilância.

Após a consulta, um questionário e um envelope vazio foram entregues pelo médico a cada consulente, juntamente com documento de consentimento informado. Foram dadas instruções para o preenchimento e deposição do questionário, dentro do envelope fechado, em caixa própria no secretariado da Unidade.

O médico respondia logo de seguida ao questionário a ele dirigido, guardando-o em envelope próprio, no seu gabinete. O questionário do médico continha também uma breve caracterização epidemiológica do consulente – grupo etário (menor ou igual a 35 anos; 36 a 64 anos; maior ou igual a 65 anos), sexo (feminino ou masculino), tipo de consulta (MGF, Aberta ou Inter-substituição), toma regular de medicamentos (sim ou não) e grau de formação (saber ler e escrever; até ao 9º ano; 12º ano ou superior).

A aplicação do MCP-PT em duas amostras de diferentes sujeitos (médicos e consulentes) tinha a intenção de apreciar a existência de MCP, segundo o critério de cada um. Os consulentes foram directamente inquiridos acerca da forma como experienciaram cada um dos componentes do MCP. Os médicos, por outro lado, foram questionados acerca de como julgavam que os seus consulentes iriam responder.

Os questionários do consulente e do médico estavam numerados por forma a serem posteriormente emparelhados pela investigadora.

Foram sempre respeitados o anonimato e confidencialidade. O médico nunca teve acesso às respostas do consulente e vice-versa.

Fez-se análise estatística descritiva e inferencial dos dados obtidos, após verificação da sua normalidade (confirmada por meio de Q-Q plots). Nas amostras emparelhadas, considerando variáveis numéricas contínuas com distribuição normal, empregámos o teste t de

Student. Para testar correlação, utilizámos o coeficiente de Pearson. Definiu-se como estatisticamente significativo o valor de  $p < 0,05$ .

## RESULTADOS

Aplicámos os questionários MCP-PT numa população de 26 médicos e 525 consulentes em quinze unidades funcionais de cinco Agrupamentos de Centros de Saúde (ACeS) da ARS da Região Centro.

**Tabela 1** Distribuição dos questionários por Unidades Funcionais de ACeS da ARS Centro

ACES	Unidade Funcional	Médicos convidados	Questionários			
			Aplicados	Excluídos	Válidos	
<b>Baixo Mondego</b>	USF	Marquês de Marialva	1	24	0	24
		Fernando Namora	1	24	2	22
		Topázio	5	103	21	82
	USF	Pulsar	1	24	0	24
		São Julião	1	24	2	22
		Buarcos	1	24	11	13
		Mondego	1	24	2	22
	UCSP	Montemor-o-Velho	1	20	0	20
		Fernão de Magalhães	4	50	1	49
<b>Baixo Vouga</b>	UCSP	Aveiro II	1	24	0	24
<b>Dão Lafões</b>	USF	Rio Dão	6	112	23	89

<b>Pinhal Litoral</b>	Extensão de Saúde de UCSP	Coimbrão	1	24	2	22
		Redinha	1	24	2	22
<b>Pinhal Interior Norte</b>	USF	Penela	1	24	1	23
<b>TOTAIS</b>			26	525	67	458

Do conjunto de 624 pares de questionários distribuídos pela investigadora aos médicos participantes, 525 foram efectivamente aplicados e devolvidos à equipa de investigação. Excluíram-se ainda 67 por impossibilidade de emparelhamento, pelo que a taxa de resposta foi de 73,4%, correspondendo a uma amostra de 458 questionários.

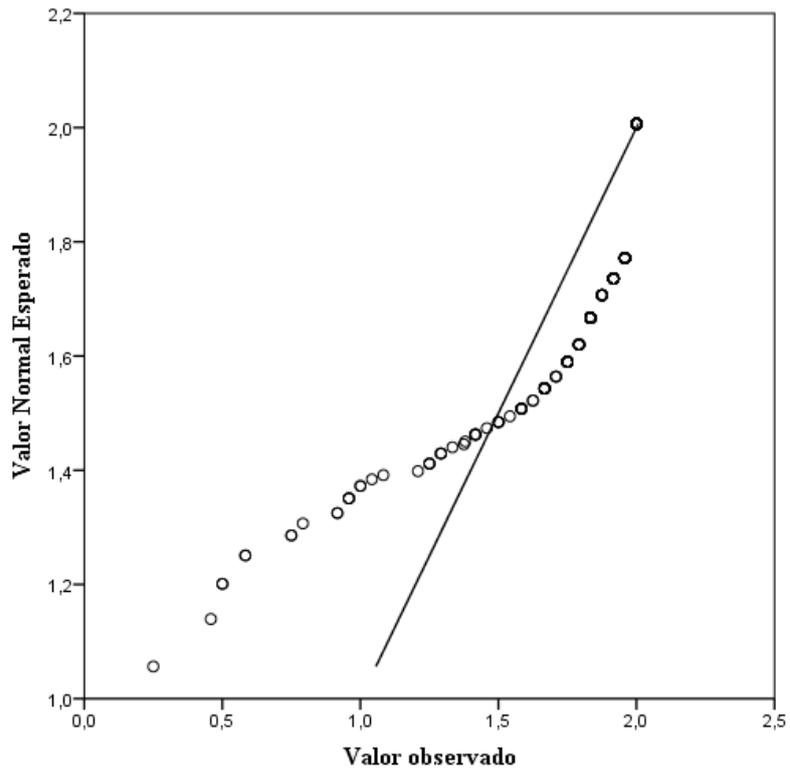
A tabela 2 caracteriza a população de 458 utentes inquiridos segundo o sexo, idade, grau de formação, toma regular de medicamentos e tipo de consulta que realizaram. É composta na sua maioria por indivíduos do sexo feminino (61,1%), com idades compreendidas entre os 36 e 65 anos (53,6%) e o 9º ano de escolaridade (36,7%). Uma percentagem importante (67,8%) dos respondentes afirma tomar medicação regularmente. A maioria dos questionários foram aplicados no contexto de uma consulta de MGF (60,5%), tendo os restantes sido aplicados em Consultas Abertas (36,8%) ou de Inter-substituição (2,7%).

**Tabela 2** Caracterização da amostra de utentes inquiridos

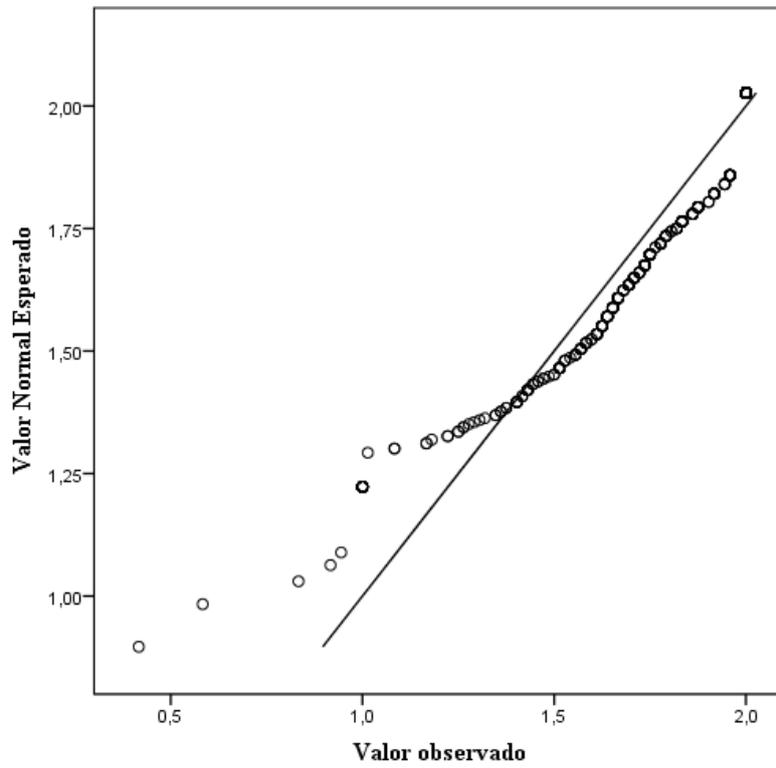
Variável	n	%
<b>Sexo</b> (n válido = 440, correspondendo a 96,1%)		
Masculino	171	38.9
Feminino	269	61.1
<b>Idade</b> (n válido = 446, correspondendo a 97,4%)		

	Menor ou igual a 35 anos	92	20.6
	36 a 65 anos	239	53.6
	Maior ou igual a 66 anos	115	25.8
<b>Grau de formação</b>			
(n válido = 436, correspondendo a 95,2%)			
	Sabe ler e escrever	126	28.9
	9º ano	160	36.7
	12º ano ou superior	150	34.4
<b>Toma regular de medicamentos</b>			
(n válido = 432, correspondendo a 94,3%)			
	Sim	293	67.8
	Não	139	32.2
<b>Tipo de consulta</b>			
(n válido = 443, correspondendo a 96,7%)			
	MGF	268	60.5
	Aberta	163	36.8
	Inter-substituição	12	2.7

Por se tratar de uma amostra de grandes dimensões, com base no Teorema do Limite Central, assumiu-se a distribuição normal das respostas do médico e do consulente para cada um dos seis domínios do MCP-PT, bem como do MCP-PT total. Utilizámos ainda uma ferramenta gráfica (papel de probabilidade, ou Q-Q plot, no SPSS) para verificar, com maior segurança, se a amostra pode ser efectivamente considerada como proveniente de uma distribuição normal. Testámos os indicadores totais do MCP na óptica do consulente e na óptica em que o médico julga a resposta do consulente (gráficos 1 e 2). Ambas as nuvens de pontos evidenciam uma relação linear entre abcissas e ordenadas, aproximando-se de uma recta. Assim, temos uma validação informal da normalidade da população de onde foi retirada a amostra. Sendo todas as distribuições numéricas normais, podemos usar testes paramétricos.



**Gráfico 1** Q-Q Normal do indicador composto (MCP total) na óptica do consulente



**Gráfico 2** Q-Q Normal do indicador composto (MCP total) na óptica em que o médico julga a resposta do consulente

Aplicámos então o teste t para amostras emparelhadas. Através deste pretendemos medir as diferentes variáveis do MCP-PT na nossa amostra (os seis indicadores individuais e o indicador total), evidenciando as divergências entre os dois grupos de sujeitos (médicos e consulentes). Nas hipóteses de teste compara-se o valor da diferença entre os pares de observações e testa-se a média destas diferenças, procurando perceber se é zero ou diferente de zero.

Na Tabela 3 são apresentadas algumas medidas estatísticas de tendência central e dispersão para cada uma das variáveis selecionadas, bem como o número de casos válidos.

Notamos que o domínio mais bem pontuado pelo médico é o segundo (M2 – “a pessoa como um todo”), atendendo à média de respostas. É também o domínio com melhor classificação na óptica do consulente (P2), isto é, aquele em que o MCP foi mais largamente compreendido.

O p-value é  $<0,001$ , inferior ao nível de significância ( $\alpha=0,05$ ), pelo que rejeitamos a hipótese nula. Concluimos assim que as médias são significativamente diferentes nos dois grupos (médicos e consulentes).

A média dos valores que os consulentes atribuíram a cada domínio do MCP (P1, P2, P3, P4, P5 e P6) foi sempre superior à que os médicos julgaram (M1, M2, M3, M4, M5 e M6). Os médicos subclassificaram a sua *performance* na aplicação do MCP na consulta, em todos os parâmetros que o definem. O domínio em que a disparidade foi mais acentuada foi o quinto (“a relação médico-consulente – efeito terapêutico da relação, transferência e contra-transferência”). O domínio em que a avaliação do médico e do consulente mais se aproximaram foi o sexto (“ser realista – quanto ao tempo da consulta, quanto à intervenção atempada, delegação de competências, comunicação com outros profissionais e trabalho em equipa”).

**Tabela 3** Estatística Descritiva de amostras emparelhadas, com cálculo do t de student para amostras emparelhadas.

		Média	N	Desvio-Padrão	p
<b>Par 1</b>	M1	1,7379	456	0,37631	<0,001
	P1	1,8728	456	0,31838	
<b>Par 2</b>	M2	1,8122	442	0,39098	<0,001
	P2	1,9412	442	0,23556	
<b>Par 3</b>	M3	1,7679	451	0,33087	<0,001
	P3	1,8758	451	0,30385	
<b>Par 4</b>	M4	1,7483	451	0,43381	<0,001
	P4	1,8725	451	0,31594	
<b>Par 5</b>	M5	1,7758	446	0,41753	<0,001
	P5	1,9193	446	0,27271	
<b>Par 6</b>	M6	1,7999	456	0,28824	<0,001
	P6	1,8838	456	0,28455	
<b>Par 7</b>	MCP total (indicador composto) <i>na óptica em que o médico julga a resposta do consulente</i>	1,7522	458	0,28551	<0,001
	MCP total (indicador composto) <i>na óptica do consulente</i>	1,8740	458	0,27283	

Testámos ainda a correlação entre os valores da aplicação do questionário a médicos e a consulentes, utilizando para esse efeito o coeficiente de Pearson. As variáveis introduzidas no teste foram os indicadores compostos – MCP total. Pretendíamos explorar a independência destas variáveis *versus* a hipótese da sua associação (com determinação da intensidade e direcção de associação).

Concluiu-se pela aceitação da hipótese nula, para um  $\alpha=0,05$ , verificando que as variáveis são independentes ao nível de significância estabelecido (p value = 0,507). Para além

de estatisticamente não significativa, a correlação é de facto fraca, com um valor  $r=0,031$ .

## DISCUSSÃO

A amostra inquirida é a expectável para o contexto de Unidades de Saúde Familiar, Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados e Extensões de Saúde de UCSP de Agrupamentos de Centros de Saúde da Região Centro de Portugal, com uma maioria de utentes do sexo feminino, entre os 35 e os 65 anos e escolaridade média, a tomar medicação regularmente.

Optou-se pelo convite de médicos colaboradores, a título individual, um pouco por toda a ARS, ao invés da selecção aleatória de unidades funcionais de saúde. Esta estratégia de amostragem não probabilística de conveniência pode ser uma limitação mas teve como objectivo a obtenção de uma amostra maior, mais acessível e cooperante, procurando a potenciação da taxa de resposta. Apesar de não randomizada, perante o tamanho da amostra e uma taxa de resposta de 73,4%, julgamos que esta estratégia foi vantajosa. Com vista à aleatorização adicional, definiram-se previamente os dias fixos e o número de questionários que seriam aplicados em cada dia, ao longo das duas semanas, tendo sido cumprido o mesmo calendário de forma simultânea em todas as Unidades.

Verificamos, no entanto, que o ACeS mais bem representado é o Baixo Mondego, por se tratar da área de residência dos investigadores e, portanto, mais acessível para procedimentos práticos como distribuição e recolha do material de trabalho. Obviamente que esta é uma limitação em termos de validade externa. A amostra não é representativa da população da Região Centro nem da população portuguesa, pelo que estamos limitados na realização de inferências ou generalizações.

No decorrer do trabalho estatístico, notámos alguns pormenores no questionário epidemiológico que poderão ser aperfeiçoados em trabalhos futuros. Um deles prende-se com a variável ‘Estudos’, na qual não incluímos uma opção para analfabetos. Poderá futuramente

realizar-se a aplicação dos questionários a utentes analfabetos, desde que acompanhados por alguém que lhes efectue a leitura. Desta forma será possível minimizar o viés da amostra por exclusão deste grupo social. Outra opção em falta é uma categoria intermédia para quem apenas concluiu o 10º ou o 11º ano. Nestes casos, instruímos os médicos para o preenchimento por defeito (ou seja, assinalando a opção “até ao 9º ano”). É, no entanto, um ponto a melhorar.

A opção “Toma regular de medicamentos” poderia também ser melhor explorada se adicionada uma nova variável como “Sofre de doença crónica? (resposta: sim/não)”.

Estas alterações permitiriam uma caracterização mais fidedigna da amostra, e uma mais exaustiva interpretação dos resultados do estudo.

A distribuição das respostas dos consulentes no MCP-PT demonstra propensão significativa para a resposta “Sim”, o que confirma a tendência para a MCP nas consultas dos vários médicos convidados.

As respostas dos médicos tendem também para o “Sim”, demonstrando que, globalmente, julgam aplicar o MCP nas próprias consultas – com maior ou menor eficiência.

No indicador composto do MCP-PT total, que combina os resultados das seis dimensões do método de Stewart, verificamos que as avaliações pelos médicos foram persistentemente mais baixas que as dos consulentes. Isto significa que os médicos, por sistema, subestimam a própria competência na aplicação do MCP.

Verificamos que o segundo domínio (“a pessoa como um todo”), correspondendo à questão “Sentiu que o médico se interessa por si, pela sua família e pelas suas condições de vida?”, é o melhor percebido pelo utente na consulta, sendo também aquele em que o médico demonstra maior confiança. Neste domínio, o médico atende ao contexto próximo e distante do consulente, englobando família, trabalho, ideologias, religião, cultura e comunidade, entre outros. O médico tem presente que todos estes tópicos influenciam as crenças, as expectativas

e as ideias do doente, e que o conhecimento das circunstâncias de desenvolvimento e de vivência quotidiana da pessoa são cruciais como ferramenta na intervenção terapêutica e no aconselhamento em saúde. Aparentemente, esta é a área do MCP em que os médicos menos falham – e têm consciência disso.

Procedendo ao emparelhamento das duas amostras de sujeitos (médicos e consulentes), obtemos evidência estatisticamente significativa para aquilo que arguimos anteriormente. A atitude “centrada na pessoa” é captada pelo consulente. Contudo, o médico não tem consciência plena da forma como esta informação é veiculada, tendencialmente subvalorizando os resultados do seu trabalho.

Na avaliação da relação médico-consulente (quinto domínio), a discordância foi a mais acentuada, tendo os médicos duvidado da sua aptidão na utilização do efeito terapêutico da relação. Este dado preocupa-nos pois a relação médico-consulente é a pedra basilar do MCP, de tal forma que alguns autores o descrevem até como Método Centrado na Relação. A relação, para ser terapêutica, deve abranger comunicação efectiva (escutar, falar e compreender), sensibilidade cultural e ausência de coerção. A comunicação coerciva (ameaçadora, por exemplo) pode ser profundamente nociva para a relação e adesão terapêutica. A escuta é muito valorizada pelos consulentes, sendo a impulsionadora dos restantes passos – falar e compreender. Deve ser despretensiosa, livre de julgamentos de valor ou paternalismos. Se assim decorrer a consulta, a comunicação e a compreensão dos conselhos/informações será significativamente beneficiada. O médico comporta-se como “perito técnico” e o consulente comporta-se como “perito no seu sofrimento” – esperando-se da conjugação de saberes dos dois uma decisão infinitamente mais acertada que aquela que se poderia tomar se ambos agissem ignorando-se mutuamente. (3)

Durante o ensino médico, esta área é com frequência menosprezada e até adulterada, transmitindo-se a ideia de que o médico deve procurar o distanciamento emocional, comportando-se como um observador e prescritor inalcançável. Ideias assim enraizadas, fundadas numa perspectiva mais mecanicista da Medicina, pagam-se com dificuldades e inseguranças no emprego do potencial terapêutico da relação – tal como observamos neste estudo. (3)

O facto de termos excluído consultas de vigilância prende-se também com estes motivos: as consultas de seguimento de problemas crónicos são habitualmente estruturadas pelo médico, havendo pouco espaço para a introdução de novos problemas/preocupações. Nestas consultas, habitualmente, a relação médico-consulente sai prejudicada pois não existe constância na qualidade da mesma, tendo o médico uma atitude distinta respectivamente à dos primeiros encontros. (3)

No último domínio do MCP, as perspectivas do médico e consulente aproximam-se mais que nos restantes. Significa que ambos facilmente percebem quando o tempo de consulta não foi o adequado, o momento da intervenção não foi o melhor ou a articulação com outros profissionais na mesma Unidade de Saúde não decorreu como deveria. Talvez esta seja a dimensão do MCP em que o doente mais facilmente exprime o seu descontentamento, por se tratarem maioritariamente de questões que lhe são alheias, mais focadas no médico e na instituição de saúde e menos nas suas problemáticas pessoais. Se assim for, é natural que os médicos tenham maior percepção da opinião dos seus consulentes neste tópico, e sejam mais certos na sua previsão.

A ausência de correlação estatisticamente significativa entre as duas variáveis não nos surpreende, tendo em conta os restantes resultados. Percebemos já que o MCP na óptica do consulente é independente do MCP na óptica do médico, não sendo possível determinar uma

associação sólida entre os dois. O médico não julga a aplicação do método como os consulentes o sentem e estes fazem uma avaliação mais positiva da sua realização. Por outro lado, o consulente não acusa maior resposta ao MCP quando o médico pensa ter trabalhado melhor na sua aplicação. São ambos independentes nas suas avaliações.

Perante estes resultados, ocorre-nos questionar se os médicos assim responderam por modéstia, ou os consulentes por medo de observação. Trabalhos de revisão de literatura neste tópico encontraram dificuldades semelhantes, mostrando uma relação inconsistente entre as diferentes medições da MCP (quantitativas e qualitativas) e a percepção dos consulentes. Face a tamanha complexidade contextual e dificuldade prática, uma das soluções propostas passava pela triangulação de três perspectivas – a do médico, a do consulente e a de um observador independente, não privilegiando nenhuma em particular. Embora nos pareça interessante este método de avaliação combinada, adivinha-se um processo mais moroso e complexo, que provavelmente não cumpriria o propósito de minimizar as respostas enviesadas por modéstia ou receio de observação – pelo contrário, poderia até ampliá-las. (6)

Estes autores foram unânimes no reconhecimento da premência de desenvolvimento de novos métodos analíticos. (6) No mesmo sentido, sublinha-se a relevância do presente estudo no encetar de uma nova escola de raciocínio e de ensino da prática clínica.

No futuro, será interessante investigar se alguma parte da amostra apresenta tendências díspares das apresentadas – terá o médico igualado ou sobreavaliado a sua prestação nalgum grupo específico de sujeitos? Que influência têm a idade, género, grau de escolaridade e tipo de consulta na percepção do MCP? E na capacidade do médico de observar essa percepção? Não nos alargámos em considerações acerca destes tópicos por não corresponderem aos propósitos deste estudo.

Será ainda adequado investigar o impacto da apresentação e publicação destes resultados na evolução que se pretende objectivável da prática clínica. As consequências em saúde desta vertente de investigação científica e dos métodos por ela desenvolvidos e acreditados deverão ser objecto de estudos futuros.

Por último, poderá considerar-se o desenvolvimento de novos sistemas de apreciação da Medicina Centrada na Pessoa que respeitem os paradigmas metodológicos repetidos ao longo deste trabalho. Um questionário de auto-avaliação médica seria uma opção interessante, pelo que a sua exequibilidade poderá também ser estudada. Em última análise, a Medicina Centrada na Pessoa é um método clínico – e, enquanto tal, a responsabilidade da sua avaliação será sempre imputável ao profissional médico, e não somente ao “consumidor dos serviços de saúde”. (6)

Salientamos a importância deste trabalho por não existirem até à data, em Portugal, estudos focados no médico enquanto usuário habitual do MCP – a maior parte foca-se no consulente.

É importante não descurar a nobreza da consulta, reconhecendo-a como o acto mais universal e antigo nos cuidados de saúde primários, e também como aquele que mais exige do conhecimento – não só do conhecimento técnico e científico, mas também do auto-conhecimento. Para tal, é necessária abertura, actividade transparente, reflexão retrospectiva e desejo constante de fazer melhor. (3) É neste sentido que o presente estudo é útil, facultando-nos as ferramentas para a identificação de problemas na aplicação da Medicina Centrada na Pessoa.

Poderão ser necessárias acções formativas no sentido de capacitar os médicos para um melhor reconhecimento do impacto do MCP nos seus consulentes. Desta forma, estarão melhor

preparados para evitar desentendimentos no âmbito da sua consulta, com eventuais consequências nefastas para a relação terapêutica.

## CONCLUSÃO

Na amostra em estudo:

- A Medicina Centrada na Pessoa é aplicada nas consultas em cuidados de saúde primários.
- Os consulentes verificam e compreendem a aplicação do método.
- Os médicos parecem subestimar a própria aptidão para o transmitir, julgando-a sempre inferior – o que ocorre em todos os capítulos do método clínico centrado na pessoa.

Consideramos este conhecimento crucial no sentido da revisão de competências e aposta na constante evolução dos cuidados de saúde. De futuro será interessante investigar se estas conclusões se aplicam de forma transversal a todos os subgrupos sociodemográficos da amostra ou se há diferenças assinaláveis, assim como perceber o impacto desta publicação na prática clínica e no desenvolvimento de novos métodos de apreciação do papel do médico na prática de uma Medicina mais centrada na Pessoa.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ribeiro MMF, Amaral CFS. Medicina centrada no paciente e ensino médico: a importância do cuidado com a pessoa e o poder médico. *Revista Brasileira de Educação Médica*. 2008;32:90-7.
2. Stewart M, Brown JB, Donner A, McWhinney IR, Oates J, Weston WW, et al. The impact of patient-centered care on outcomes. *J Fam Pract*. 2000;49(9):796-804.
3. Nunes J. Comunicação em contexto clínico. Lisboa: Bayer Health Care. 2007:53-5.
4. Reis AF, Santiago LM, Botas P. Medicina Centrada no Paciente e Capacitação do Consultante em Medicina Geral e Familiar. *Patient-Centered Medicine and Enablement in the General Practice / Family Medicine Setting*. *Revista ADSO*2015. p. 14.
5. McLean M, Armstrong D. Eliciting patients' concerns: a randomised controlled trial of different approaches by the doctor. *Br J Gen Pract*. 2004;54(506):663-6.
6. Mead N, Bower P. Patient-centredness: a conceptual framework and review of the empirical literature. *Soc Sci Med*. 2000;51(7):1087-110.
7. Blanch-Hartigan D, Hall JA, Roter DL, Frankel RM. Gender bias in patients' perceptions of patient-centered behaviors. *Patient Educ Couns*. 2010;80(3):315-20.
8. Balint M. *The Doctor, his Patient and the Illness*. (Revised and enlarged second edition.). London: Pitman Medical Publishing Co.; 1964.
9. Kaplan SH, Greenfield S, Ware JE. Assessing the effects of physician-patient interactions on the outcomes of chronic disease. *Med Care*. 1989;27(3 Suppl):S110-27.
10. McKinstry B, Colthart I, Walker J. Can doctors predict patients' satisfaction and enablement? A cross-sectional observational study. *Fam Pract*. 2006;23(2):240-5.

11. Merkel WT. Physician perception of patient satisfaction. Do doctors know which patients are satisfied? *Med Care*. 1984;22(5):453-9.
12. Hall JA, Stein TS, Roter DL, Rieser N. Inaccuracies in physicians' perceptions of their patients. *Med Care*. 1999;37(11):1164-8.