



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR  
Ciências da Saúde

**A Medicina Centrada na Pessoa e a capacitação  
em ambiente de Medicina Geral e Familiar: o  
resultado segundo a estrutura de trabalho em  
Cuidados de Saúde Primários**

**Rita Dunkel Matos Riobom Queirós**

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em  
**Medicina**  
(ciclo de estudos integrado)

Orientador: Prof. Doutor Luiz Miguel de Mendonça Soares Santiago  
Coorientador: Dr. Filipe Jerónimo Alves Vaz

**Covilhã, maio de 2016**

# Dedicatória

Aos meus pais, que, independentemente de tudo, sempre me apoiaram e acreditaram que eu era capaz.

Ao Tiago, pelo apoio e presença constante em todas as etapas deste percurso.

# Agradecimentos

Ao meu orientador, o Prof. Doutor Luiz Santiago. Mostrou-me que quando se quer, consegue-se, e a orientação deste projeto, apesar da longa distância, é a prova disso mesmo. Obrigada por acreditar que eu era capaz, pelo apoio, constante incentivo e disponibilidade.

Ao meu coorientador, o Dr. Filipe Vaz. Pela disponibilidade sempre demonstrada, pelas constantes críticas construtivas e pela ajuda nos momentos mais importantes.

A todas as pessoas que participaram de forma anónima e altruísta neste estudo.

À C'a Tuna aos Saltos por todos os momentos de folia e alegria.

Aos meus amigos, especialmente a Camila, o Duarte e a Rita pelos risos e gargalhadas.

## Resumo

**Introdução:** A Medicina Centrada na Pessoa (MCP) é uma prática clínica que envolve quem consulta nas decisões clínicas. A perceção desta prática pelo utente começou a ser estudada em Portugal com um estudo para a validação do inquérito sobre a MCP e poucos estudos desde então se seguiram.

A capacitação reflete o ganho e fortalecimento da pessoa após uma consulta, no que concerne à compreensão e gestão da doença. O *Patient Enablement Instrument (PEI)* foi traduzido e validado para a população portuguesa, iniciando-se assim uma pesquisa sobre capacitação na Medicina Geral e Familiar.

**Objetivos:** Foi objetivo deste estudo verificar as diferenças entre uma Unidade de Saúde Familiar (USF) e uma Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) quanto à prática da MCP e sua capacitação após consulta e a relação existente entre estes dois conceitos.

**Metodologia:** Este foi um estudo observacional, transversal, em que o Instrumento de Capacitação do Consulente (ICC), resultado da tradução do PEI e o inquérito sobre a Medicina Centrada no Paciente, foram aplicados oralmente a 80 pessoas, 40 do Centro de Saúde da Covilhã e 40 da Unidade de Saúde Familiar (USF) de Serpa Pinto, Porto, logo após saírem da consulta no exterior das instalações. Registaram-se também os dados de cada utente relativamente a idade, sexo, toma diária de medicamentos, grau de instrução e atividade profissional.

**Resultados:** Identificaram-se diferenças na variável “Nível de instrução” ( $p=0,001$ ), entre as duas populações estudadas.

Nas 6 questões do Instrumento de Capacitação do Consulente, as respostas que mais vezes apareceram foram “Melhor” ou “Mais” e “Igual ou pior” ou “Igual ou menos”. De forma consistente a resposta menos vezes dada foi “Muito melhor” e “Muito mais”. No que reporta ao inquérito sobre a Medicina Centrada no Paciente, a resposta que mais se encontrou foi “Sim”, e a menos encontrada foi “Não”.

Respostas significativamente diferentes foram dadas para a questão “Capaz de lidar com a vida”, em função do local onde foi aplicado o ICC. 37,5% dos inquiridos do Centro de Saúde da Covilhã responderam “Igual ou Pior” vs. 70% das pessoas da Unidade de Saúde Familiar do Porto ( $p=0,015$ ).

**Discussão e conclusão:** A capacitação após consulta com o(a) médico(a) de família é insuficiente de forma geral nas duas unidades. A MCP pela visão das mesmas é praticada de igual forma em ambos os contextos de prática médica. A verificação de correlação positiva entre a MCP e a Capacitação, permite pensar em melhores resultados terapêuticos.

## Palavras-chave

Cuidados de Saúde Primários, Medicina Centrada na Pessoa, Instrumento de Capacitação do Consulente, Medicina Geral e Familiar, Consulta.

## Abstract

**Introduction:** The Person Centered Medicine is a clinical practice that involves those consulting in clinical decisions. The perception of this practice began to be studied in Portugal with a study to validate the survey medicine centered on the person and few studies have since followed. The enablement reflects the gain and strengthening of the person after consultation, with regard to the understanding and management of the disease. The Patient Enablement Instrument was translated and validated for the Portuguese population, starting a little research in enablement in general practice.

**Objectives:** The objectives of this study were to verify the differences between a Family Health Unit - Unidade de Saúde Familiar - and a salute Custom Care Unit - Unidade de Cuidados de Saúdes Personalizados - on the practice of medicine centered on the person and their enablement after consultation, and the relationship between these two concepts.

**Methodology:** This was an observational, cross-sectional study, where the Patient Enablement Instrument and the Medicine Centered in Patient inquiry were applied orally to 80 people, 40 of Covilhã Health Centre and 40 of the Family Health Unit Serpa Pinto, Porto, as they exit the consultation of overseas facilities. The inquiry also included the data of each patient with respect to age, gender, daily medication, education level and occupation.

**Results:** Differences in the variable "educational level" ( $p = 0.001$ ) were found between both populations.

In 6 issues of Patient Enablement Instrument the answers that appeared most often were "Best" or "More" and "Equal or worse" or "Equal or less." Consistently, the less frequently given answer was "much better" and much more ". In reporting to the inquiry into the Medicine Centered in Person, the answer that we most found was "Yes", and the less found was "No". Significantly different answers were given to the question "Able to cope with life," in Patient Enablement Instrument, where 37,5% respondents of the Covilhã Health Center responded "Same or worse" vs. 70% of people of Family Health unit ( $p = 0.015$ ).

**Discussion and conclusion:** The enablement after consultation with Family doctor is insufficient in general on both units. The Medicine centered in Person at the sight of them is practiced equally in both medical practice contexts. The verification of positive correlation between Medicine Centered in Person and enablement, to suggest that better therapeutic results can be obtain

# Keywords

Primary Health Care, Medicine Centered in Person, Patient Enablement Instrument, Family and General Medicine, medical consultation.

# Índice

Dedicatória	ii
Agradecimentos	iii
Resumo	iv
Palavras-chave	v
Abstract	vi
Keywords	vii
Lista de Tabelas	ix
Lista de Acrónimos	x
Introdução	1
Metodologia	3
Tipo de estudo e critérios de inclusão	3
Instrumento utilizado	3
Cálculo amostral	4
Autorizações e calendarização	4
Apresentação do estudo e consentimento informado	4
Análise estatística	5
Resultados	6
Conclusões	17
Bibliografia	18
Anexos	20

## Lista de Tabelas

Tabela 1 - Caracterização da amostra	6
Tabela 2 - Resultados da aplicação do ICC	7
Tabela 3 - Resultados da aplicação do ICC	8
Tabela 4 - Respostas ao MCP em função da estrutura	9
Tabela 5 - Respostas ao ICC em função da estrutura	10
Tabela 6 - Correlação entre MCP e ICC	10
Tabela 7 - Correlação entre MCP e ICC na UCSP	11
Tabela 8 - Correlação entre MCP e ICC na USF	11

## Lista de Acrónimos

CSP	Cuidados de Saúde Primários
USF	Unidade de Saúde Familiar
MGF	Medicina Geral e Familiar
UCSP	Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados
MCP	Medicina Centrada na Pessoa
PEI	Patient Enablement Instrument
ICC	Instrumento de Capacitação do Consulente

# Introdução

Os cuidados de saúde primários (CSP) estão presentes em todas as fases da vida e englobam todas as áreas de intervenção em saúde: promoção, prevenção, diagnóstico precoce, terapêutica, reabilitação e reinserção social. Estes constituem o primeiro contacto dos indivíduos e da família com o médico e devem situar-se próximos da população. São pró-ativos para com os cidadãos, nomeadamente com os mais desfavorecidos, levando à promoção da equidade e acesso aos cuidados de saúde. Apostam numa participação ativa dos cidadãos na sua saúde e na dos outros. Conferem assim, mais efetividade e eficiência aos sistemas de saúde (1, 2).

As Unidades de Saúde Familiar (USF), criadas em 2007, pretendem uma modernização tanto organizativa como técnico-científica da Medicina Geral e Familiar (MGF), levando ao abandono da prática a solo, que tão psicologicamente é perigosa para o médico como pode ser para os utentes, sendo assim uma diferença em relação ao modelo de Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) que continuam o anterior modelo de Centro de Saúde. A vivência científica aliada a uma atualização de conhecimentos necessitam de uma cultura de grupo com discussão regular das situações das pessoas e com a análise interpares de práticas e procedimentos (3, 4).

Na prática clínica, o modelo da consulta centrada na doença foi durante muito tempo defendido. Nesse modelo, a expressão por parte da pessoa das suas emoções, crenças e receios, não eram valorizadas, sendo o único objetivo chegar a um diagnóstico orgânico. Atualmente, a medicina centrada na pessoa (MCP) é considerada cada vez mais um modelo para cuidados interpessoais de elevada qualidade. Esta prática está associada a uma melhor utilização dos recursos de saúde, o que pode ser explicado pela redução da ansiedade dos utentes e o aumento da confiança no seu médico, dado que participam nos seus cuidados e sentem que o profissional de saúde se envolve. Este modelo permite também ao médico conhecer as reais preocupações, emoções e crenças da pessoa à sua frente. A sua utilização em detrimento do modelo que se centra na doença, aumenta a satisfação da pessoa e do médico, a adesão ao tratamento, melhora a resposta terapêutica, reduz o número de processos judiciais por erro médico, aumenta a eficiência dos serviços de saúde e diminui o recurso a exames complementares de diagnóstico (5-7).

Após consulta, tanto numa USF como numa UCSP, a capacitação deve ser um objetivo para que as pessoas atinjam todo o seu potencial de saúde em termos de lidar, perceber e gerir a sua doença, adotando também, comportamentos saudáveis. A capacitação pode ser aumentada através de um treino adequado por parte do médico, pela sua empatia e familiaridade com a pessoa, com uma comunicação adequada durante a consulta e aumento de tempo desta (8, 9).

Em Portugal, ao contrário do que acontece a nível internacional, o estudo da capacitação é recente e foi introduzido, através da validação do PEI para a população portuguesa, existindo poucos estudos posteriores. A seguinte investigação pretende dar continuidade a estes estudos feitos em Portugal, acrescentando-lhe também a vertente da medicina centrada no paciente. Neste trabalho serão avaliadas duas perspetivas: de que forma as diferenças organizacionais numa UCSP e numa USF influenciam a prática da MGF e a relação entre a MCP e conseqüente capacitação da pessoa (7, 10-13).

## Metodologia

### Tipo de estudo e critérios de inclusão

O estudo realizado teve um carácter exploratório e transversal. Neste aplicou-se o ICC, ferramenta que surgiu da tradução da versão original inglesa, o PEI, num trabalho realizado pela Dra. Inês Pintalhão e colaboradores (12, 14). Além do ICC, aplicou-se um outro questionário, o MCP. Este inquérito, também validado para a população Portuguesa (15), surgiu após um estudo do trabalho de Moira Stewart, no âmbito do método clínico centrado na pessoa (16). Estes 2 questionários foram aplicados após consulta, a pessoas do Centro de Saúde da Covilhã e da Unidade de Saúde Familiar Serpa Pinto, Porto, no exterior das instalações. Como critérios de inclusão foram utilizados os seguintes parâmetros: cada utente ter idade igual ou superior a 18 anos, ser capaz de responder ao inquérito na sua totalidade, já ter tido, pelo menos, uma consulta com o(a) atual médico(a) de família e ter alguma doença/problema de saúde.

### Instrumento utilizado

O ICC é composto por 6 perguntas destinadas a avaliar o resultado que a pessoa obtém para a sua saúde e vida em geral, em função de uma consulta com o(a) médico(a) de família. As questões são: “Capaz de lidar com a vida”, “Capaz de compreender a sua doença”, “Capaz de lidar com a sua doença”, “Capaz de se manter saudável”, “Confiante em relação à sua saúde” e “Capaz de se ajudar a si próprio”. Para as primeiras quatro perguntas, as respostas possíveis são: “muito melhor”, “melhor” e “igual ou pior”; para as últimas duas: “muito mais”, “mais” e “igual ou menos”.

O questionário MCP é composto por 12 perguntas que avaliam a perceção da pessoa em relação ao tipo de consulta realizada, se centrada nela ou na sua doença. As questões são: “Pôde falar sobre o que sentia e sobre os motivos que o levaram à consulta?”, “Pôde falar sobre os seus receios e as suas esperanças quanto aos seus problemas?”, “Sentiu que o médico se interessa por si, pela sua família e pelas suas condições de vida?”, “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?”, “Percebeu a importância de cumprir as indicações para um ‘tratamento’ correto e que dê resultados?”, “Percebeu o que deve ser feito para evitar ‘piorar’?”, “Aceitou fazer o que lhe foi proposto para ‘melhorar’?”, “Sentiu que o médico se mostrou interessado em ajudar a resolver o seu problema?”, “Compreendeu que o sucesso de tratamento depende de si como pessoa 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?”. Para todas essas perguntas as respostas possíveis eram: “Sim”, “Em parte” e “Não”.

Para além da aplicação do ICC e do MCP, foi também registada relativamente a cada pessoa, a idade, o sexo, a toma diária de medicamentos, o grau de instrução e a atividade profissional.

## **Cálculo amostral**

Sendo um estudo exploratório, pretendeu-se uma amostra de conveniência e epidemiologicamente significativa, com uma margem de erro de 11%, um intervalo de confiança de 95% e distribuição de respostas de 50%. Este cálculo foi feito com base na estimativa de um número médio de 1000 consultas por semana em cada uma das instituições estudadas. Determinou-se assim que a amostra deveria conter, pelo menos, 74 pessoas no total.

## **Autorizações e calendarização**

Antes de se iniciar o trabalho, foi pedido um parecer à Comissão de Ética da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior. Após a aprovação, deu-se início à recolha de dados no dia 25 de janeiro de 2016, tendo terminado a mesma, no dia 5 de fevereiro de 2016. Durante o referido período, a investigadora deslocou-se ao Centro de Saúde da Covilhã e à USF de Serpa Pinto, pelo menos uma manhã e uma tarde de todos os dias da semana. Esta calendarização foi feita com a intenção de diversificar ao máximo a população inquirida, para que a aplicação dos questionários incluísse utentes com consultas de diferentes tipos/programas.

## **Apresentação do estudo e consentimento informado**

Antes da realização de cada inquérito, a investigadora abordava as pessoas e identificava-se como estudante do 6º ano do curso de Medicina, Mestrado Integrado na Universidade da Beira Interior, trazendo sempre consigo a respetiva identificação. Antes de iniciar os inquéritos era dado a cada pessoa um documento, no qual se explicava o objetivo do estudo e as principais informações, como por exemplo, a garantia do anonimato de cada inquérito, a informação da inexistência de qualquer custo para o inquirido, etc. Após leitura do

documento e esclarecimento de dúvidas, a pessoa assinou ou expressou oralmente o seu consentimento informado, momento após o qual a investigadora registou as respostas.

## **Análise estatística**

Relativamente à análise estatística, o tratamento dos dados recolhidos foi feito com o auxílio do software “SPSS software for Windows - version 19.0” (SPSS Inc, Chicago, IL), sendo utilizada estatística descritiva e análise inferencial, após a verificação da normalidade dos dados. Foram realizados os testes não paramétricos Mann-whitney U e  $\chi^2$ , sendo que se definiu como estatisticamente significativo o valor de  $p < 0,05$ .

## Resultados

Foi estudada uma amostra de 80 pessoas, após a realização de uma consulta com o seu médico de família. Na tabela 1 apresenta-se a caracterização dessa amostra, que é constituída por 40 pessoas que frequentam a UCSP da Covilhã e 40 a USF Serpa Pinto. Das pessoas inquiridas, 52 são do sexo feminino e 26 têm 65 ou mais anos. Em relação à toma diária de medicamentos, 58 referem fazê-lo. Quanto ao nível de instrução, alto, médio e baixo, as respostas obtidas foram: 34, 16 e 30, respetivamente. No que concerne à atividade profissional, 50 pessoas referem manter-se ativas profissionalmente.

A distribuição segundo a estrutura foi a seguinte: na UCSP, 25 pessoas são do sexo feminino e 12 têm idade igual ou superior a 65 anos. Quanto à toma de medicamentos, 30 referem tomar medicamentos. Relativamente à formação académica, 9 têm um nível de instrução alto, 11 um nível médio e 20 um nível baixo, sendo que 24 se encontram ativos profissionalmente. Em relação à USF, 27 são do sexo feminino e 14 têm idade igual ou superior a 65 anos. 28 pessoas dizem tomar medicação diariamente. Quanto ao nível de instrução, 25 têm nível de instrução alto, 5 médio e 10 baixo. Das pessoas da USF, 26 têm uma vida profissional ativa.

O valor de “p” também se encontra representado, sendo que se obteve um valor estatisticamente significativo para o “nível de instrução”.

Tabela 1 - Caracterização da amostra

Variável	n (%) UCSP	n (%) USF	n (%) total	P
<b>Sexo</b>				
Feminino	25 (62,5%)	27 (62,5%)	52 (65%)	0,407
Masculino	15 (37,5%)	13 (32,5%)	38 (35%)	
<b>Grupo etário</b>				
<65 anos	28 (70%)	26 (65%)	54 (67,5%)	0,274
≥65 anos	12 (30%)	14 (35%)	26 (32,5%)	
<b>Toma diária de medicamentos</b>				
Sim	30 (75%)	28 (70%)	58 (72,5%)	0,401
Não	10 (25%)	12 (30%)	22 (27,5%)	
<b>Nível de Instrução</b>				
Alto	9 (22,5%)	25 (62,5%)	34 (42,5%)	0,001
Médio	11 (27,5%)	5 (12,5%)	16 (20%)	
Baixo	20 (50%)	10 (25%)	30 (37,5%)	
<b>Ativo profissionalmente</b>				
Sim	24 (60%)	26 (65%)	50 (62,5%)	0,409
Não	16 (40%)	14 (35%)	30 (37,5%)	

Na tabela 2 estão representadas as respostas globais à aplicação do MCP. Para todas as questões do MCP a resposta que mais se encontra é “sim”: “Pôde falar sobre o que sentia e sobre os motivos que o levaram à consulta?” 71; “Pôde falar sobre os seus receios e as suas esperanças quanto aos seus problemas?” 68; “Sentiu que o médico se interessa por si, pela sua família e pelas suas condições de vida?” 70; “Sentiu que o processo de tratamento será realizado em conjunto e colaboração entre si e o seu médico?” 68; “Entendeu os objetivos, métodos e possibilidades em relação ao ‘tratamento’ escolhido?” 73; “Percebeu a importância de cumprir as indicações para um ‘tratamento’ correto e que dê resultados?” 74; “Percebeu o que deve ser feito para evitar ‘piorar’?” 76; “Aceitou fazer o que lhe foi proposto para ‘melhorar’?” 64; “Sentiu que o médico se mostrou interessado em ajudar a resolver o seu problema?” 70; “Compreendeu que o sucesso do tratamento depende de si como pessoa e de outros profissionais que trabalham com o seu médico?” 68; “A consulta com o seu médico durou o tempo necessário?” 72; “Esta consulta com o seu médico aconteceu no momento certo?” 69. A resposta menos dada a todas estas perguntas foi “Não”.

Tabela 2 - Resultados da aplicação do ICC

Questões	n (%) total		
	Sim	Em parte	Não
Pôde falar sobre o que sentia e sobre os motivos que o levaram à consulta?	71 (88,75%)	7 (8,75%)	2 (2,5%)
Pôde falar sobre os seus receios e as suas esperanças quanto aos seus problemas?	68 (85%)	7 (8,75%)	5 (6,25%)
Sentiu que o médico se interessa por si, pela sua família e pelas suas condições de vida?	70 (87,5%)	8 (10%)	2 (2,5%)
Sentiu que o processo de tratamento será realizado em conjunto e colaboração entre si e o seu médico?	68 (85%)	7 (8,75%)	5 (6,25%)
Entendeu os objetivos, métodos e possibilidades em relação ao ‘tratamento’ escolhido?	73 (91,25%)	4 (5%)	3 (3,75%)
Percebeu a importância de cumprir as indicações para um ‘tratamento’ correto e que dê resultados?	74 (92,5%)	4 (5%)	2 (2,5%)
Percebeu o que deve ser feito para evitar ‘piorar’?	76 (95%)	2 (2,5%)	2 (2,5%)
Aceitou fazer o que lhe foi proposto para ‘melhorar’?	64 (80%)	15 (18,75%)	1 (1,25%)
Sentiu que o médico se mostrou interessado em ajudar a resolver o seu problema?	70 (87,5%)	9 (11,25%)	1 (1,25%)
Compreendeu que o sucesso do tratamento depende de si como pessoa e de outros profissionais que trabalham com o seu médico?	68 (85%)	12 (15%)	0 (0%)
A consulta com o seu médico durou o tempo necessário?	72 (90%)	5 (6,25%)	3 (3,75%)
Esta consulta com o seu médico aconteceu no momento certo?	69 (86,25%)	4 (5%)	7 (8,75%)

Na tabela 3 apresentam-se os resultados da aplicação do ICC. Para todas as perguntas a resposta menos dada foi “Muito melhor” ou “Muito mais”, sendo que as respostas “Melhor” ou “Mais” e “Igual ou pior” ou “Igual ou menos”, foram dadas aproximadamente no mesmo número. 3 pessoas responderam “Muito melhor” à questão “Capaz de lidar com a vida?” e 1 respondeu de igual forma à questão “Capaz de compreender a sua doença?”. Quanto à questão “Capaz de lidar com a sua doença?”, 2 pessoas responderam “Muito melhor”, e 3 responderam da mesma forma à questão “Capaz de se manter saudável?”. Em relação às perguntas “Confiante em relação à sua saúde?” e “Capaz de se ajudar a si próprio?”, a resposta “Muito mais” foi dada por 2 utentes.

Tabela 3 - Resultados da aplicação do ICC

Questão	n (%) total		
	Muito melhor	Melhor	Igual ou pior
Capaz de lidar com a vida?	3 (3,75%)	34 (42,5%)	43 (53,75%)
Capaz de compreender a sua doença?	1 (1,25%)	43 (53,75%)	36 (45%)
Capaz de lidar com a sua doença?	2 (2,5%)	38 (47,5%)	40 (50%)
Capaz de se manter saudável?	3 (3,75%)	36 (45%)	41 (51,25%)
	Muito Mais	Mais	Igual ou menos
Confiante em relação à sua saúde?	2 (2,5%)	42 (52,5%)	36 (45%)
Capaz de se ajudar a si próprio?	2 (2,5%)	46 (57,5%)	32 (40%)

Na tabela 4, encontram-se as respostas para o MCP em função da estrutura. Para todas as questões do MCP realizadas na UCSP, a resposta mais dada foi “sim”. Na primeira pergunta, 38 (95%); na segunda e terceira, 37 (92,5%); na quarta, 35 (87,5%); na quinta, 36 (90%); na sexta, 37 (92,5%); na sétima, 38 (95%); na oitava, 32 (80%); na nona, 37 (92,5%); na décima, 35 (87,5%); na décima primeira, 38 (95%); e na décima segunda, 34 (85%). De igual modo, como na UCSP, a resposta menos dada na USF foi “Não”; 0 (0%) nas questões oito e dez, 1 (2,5%) nas questões um, cinco, seis, sete e nove, 2 (5%) na questão três, 3 (7,5%) na questão onze, 4 (10%) na questão doze e 5 (12,5%) nas questões dois e quatro. Também nesta tabela podemos observar os valores de p, sendo que este foi estatisticamente significativo para a pergunta “Pôde falar sobre os seus receios e as suas esperanças quanto aos seus problemas?” com o valor 0,048.

Tabela 4 - Respostas ao MCP em função da estrutura

Questões	n (%) UCSP			n (%) USF			p
	Sim	Em parte	Não	Sim	Em parte	Não	
Pôde falar sobre o que sentia e sobre os motivos que o levaram à consulta?	38 (95%)	1 (2,5%)	1 (2,5%)	33 (82,5%)	6 (15%)	1 (2,5%)	0,087
Pôde falar sobre os seus receios e as suas esperanças quanto aos seus problemas?	37 (92,5%)	3 (7,5%)	0 (0%)	31 (77,5%)	4 (10%)	5 (12,5%)	<b>0,048</b>
Sentiu que o médico se interessa por si, pela sua família e pelas suas condições de vida?	37 (92,5%)	3 (7,5%)	0 (0%)	33 (82,5%)	5 (12,5%)	2 (5%)	0,164
Sentiu que o processo de tratamento será realizado em conjunto e colaboração entre si e o seu médico?	35 (87,5%)	5 (12,5%)	0 (0%)	33 (82,5%)	2 (5%)	5 (12,5%)	0,416
Entendeu os objetivos, métodos e possibilidades em relação ao ‘tratamento’ escolhido?	36 (90%)	2 (5%)	2 (5%)	37 (92,5%)	2 (5%)	1 (2,5%)	0,680
Percebeu a importância de cumprir as indicações para um ‘tratamento’ correto e que dê resultados?	37 (92,5%)	2 (5%)	1 (2,5%)	37 (92,5%)	2 (5%)	1 (2,5%)	1,000
Percebeu o que deve ser feito para evitar ‘piorar’?	38 (95%)	1 (2,5%)	1 (2,5%)	38 (95%)	1 (2,5%)	1 (2,5%)	1,000
Aceitou fazer o que lhe foi proposto para ‘melhorar’?	32 (80%)	7 (17,5%)	1 (2,5%)	32 (80%)	8 (20%)	0 (0%)	0,956
Sentiu que o médico se mostrou interessado em ajudar a resolver o seu problema?	37 (92,5%)	3 (7,5%)	0 (0%)	33 (82,5%)	6 (15%)	1 (2,5%)	0,171
Compreendeu que o sucesso do tratamento depende de si como pessoa e de outros profissionais que trabalham com o seu médico?	35 (87,5%)	5 (12,5%)	0 (0%)	33 (82,5%)	7 (17,5%)	0 (0%)	0,534
A consulta com o seu médico durou o tempo necessário?	38 (95%)	2 (5%)	0 (0%)	34 (85%)	3 (7,5%)	3 (7,5%)	0,125
Esta consulta com o seu médico aconteceu no momento certo?	34 (85%)	3 (7,5%)	3 (7,5%)	35 (87,5%)	1 (2,5%)	4 (10%)	0,803

A tabela 5 resulta da comparação das respostas entre UCSP e USF para o ICC. Quanto às respostas dadas na UCSP, a resposta mais prevalente foi “Melhor” ou “Mais” com 25 pessoas na primeira questão, 24 na segunda, 21 na terceira, 15 na quarta, 21 na quinta e 24 na sexta. Em relação à USF, a distribuição de resposta “Igual ou pior” ou “Igual ou menos” e “Melhor” ou “Mais” é semelhante. Para a pergunta número um, 28 pessoas responderam “Igual ou pior”

e a mesma resposta foi dada na pergunta dois por 20 pessoas. Para a questão número três, houve 22 pessoas a responderem “Igual ou pior”, já para a número quatro houve 7 pessoas com a mesma resposta. 18 pessoas responderam “Igual ou menos” à questão número cinco e 17 na questão número seis.

O valor de p foi significativo e com valor 0,015 para a questão “Capaz de lidar com a vida?”.

Tabela 5 - Respostas ao ICC em função da estrutura

Questão	n (%) UCSP			n (%) USF			p
	Muito melhor	Melhor	Igual ou pior	Muito melhor	Melhor	Igual ou pior	
Capaz de lidar com a vida?	0 (0%)	25 (62,5%)	15 (37,5%)	3 (7,5%)	9 (22,5%)	28 (70%)	<b>0,015</b>
Capaz de compreender a sua doença?	0 (0%)	24 (60%)	16 (40%)	1 (2,5%)	19 (47,5%)	20 (50%)	0,451
Capaz de lidar com a sua doença?	1 (2,5%)	21 (52,5%)	18 (45%)	1 (2,5%)	17 (42,5%)	22 (55%)	0,392
Capaz de se manter saudável?	1 (2,5%)	15 (37,5%)	24 (60%)	2 (5%)	21 (52,5%)	17 (42,5%)	0,114
	Muito mais	Mais	Igual ou menos	Muito mais	Mais	Igual ou menos	
Confiante em relação à sua saúde?	1 (2,5%)	21 (52,5%)	18 (45%)	1 (2,5%)	21 (52,5%)	18 (45%)	1,000
Capaz de se ajudar a si próprio?	1 (2,5%)	24 (60%)	15 (37,5%)	1 (2,5%)	22 (55%)	17 (42,5%)	0,664

A relação dos dois questionários entre si, sem distinguir qual a instituição onde foram aplicados, na UCSP e na USF, está representada nas tabelas 6, 7 e 8, respetivamente. Podemos ver que a correlação é bastante positiva; 0,433 quando não há distinção entre instituições, 0,443 na UCSP e 0,48 na USF.

Tabela 6 - Correlação entre MCP e ICC

		Média MCP	Média ICC
Média MCP	Correlação de Pearson	1	0,443*
	p (2 caudas)		0,000
	n	80	80
Média ICC	Correlação de Pearson	0,443*	1
	p (2 caudas)	0,000	
	n	80	80

\*Correlação é significante ao nível de 0,01 (2 caudas)

Tabela 7 - Correlação entre MCP e ICC na UCSP

		Média MCP	Média ICC
Média MCP	Correlação de Pearson	1	0,433*
	p (2 caudas)		0,005
	n	40	40
Média ICC	Correlação de Pearson	0,433*	1
	p (2 caudas)	0,005	
	n	40	40

\*Correlação é significativa ao nível de 0,01 (2 caudas)

Tabela 8 - Correlação entre MCP e ICC na USF

		Média MCP	Média ICC
Média MCP	Correlação de Pearson	1	0,480*
	p (2 caudas)		0,002
	n	40	40
Média ICC	Correlação de Pearson	0,480*	1
	p (2 caudas)	0,002	
	n	40	40

\*Correlação é significativa ao nível de 0,01 (2 caudas)

## Discussão

O encontro clínico entre o utente e o médico é a principal atividade de todos os sistemas de cuidados de saúde (9). Neste encontro é importante a passagem da mensagem tanto do utente para o médico, como do médico para o utente. Para tentar melhorar esta complexa relação, e pensando sempre na capacitação da pessoa, foi desenvolvido o método clínico centrado na pessoa (16). A avaliação do utente em relação à consulta, tem-se mostrado bastante útil noutros países (9), permitindo criar táticas, quer por parte do médico, quer por parte das estruturas de CSP, que visam a melhoria de resultados.

Através da participação da pessoa, que se coloca no papel de observador, conseguimos o melhor método de avaliação dos cuidados de saúde prestados (17). A avaliação da capacitação, através do ICC, mostra-se também bastante útil dado que permite entender quais os ganhos que a pessoa obtém no controlo de doenças específicas, saúde e vida em geral, em função da consulta médica. Com a análise dos resultados da aplicação deste questionário, é possível perceber o grau de transmissão e compreensão da mensagem que o médico pretende passar ao utente.

Em Portugal poucos estudos foram realizados abordando a MCP e a Capacitação (12, 13, 15). Este trabalho teve como objetivo, perceber se há uma relação entre estas duas vertentes, avaliando-se também, a diferença entre a prática da MGF em dois contextos de organização diferentes - uma USF e uma UCSP.

Após a conclusão do estudo, pretende-se a sua divulgação junto de toda a comunidade médica das instituições em causa, de forma a tentar identificar e analisar possíveis erros, no sentido de criar novas linhas de ação, tendo sempre em conta que a pessoa que procura um serviço de saúde é o cerne de toda a ação médica.

Dois grandes limitações foram encontradas nesta investigação.

A primeira prendeu-se com as dificuldades que as pessoas mostraram em entender que as perguntas se relacionavam com a consulta imediatamente anterior e não com a opinião de consultas precedentes, com outros médicos que não o(a) médico(a) de família. Para o evitar, a investigadora esclareceu essa questão mais que uma vez, de modo a diminuir possíveis interpretações incorretas.

A segunda dificuldade deveu-se ao facto da não inclusão no ICC da resposta “não aplicável”. Para contornar essa situação, utilizou-se como critério de inclusão a existência de uma doença/problema de saúde, pois a falta desta não permitiria a resposta a algumas perguntas no questionário, como a forma como lidavam ou compreendiam possíveis doenças, o que era contra outro critério de inclusão: ser capaz de responder ao questionário na sua totalidade. Sugere-se assim a inclusão desta resposta no questionário utilizado em Portugal, tal como já foi feito noutros países (18, 19).

Um outro aspeto importante a salientar, é o facto de a satisfação da pessoa com a consulta e com o seu médico, poder influenciar o tom da resposta. A empatia criada com o médico e os sentimentos mais ou menos negativos que se criaram durante a consulta, podem influenciar a resposta da pessoa, não refletindo verdadeiramente o ganho que esta adquiriu no final da consulta para a sua vida prática.

A metodologia escolhida para este trabalho de campo - abordagem de frequentadores da USCP e USF após saída da consulta, com consentimento para a resposta e preenchimento pela autora das respostas - evitou a existência de afirmações por responder e diminuiu o tempo de resposta pelo questionado.

As pessoas foram abordadas num local fora do alcance de visualização do médico, sendo que estes e as instituições não tinham conhecimento das datas, evitando assim um viés de comunicação ou informação. Para abranger um vasto leque populacional, evitando dias de férias de algum médico ou horários em que houvesse apenas consultas de determinada patologia, a recolha foi feita vários dias da semana e diferentes horários.

Relativamente à amostra, notamos que a maioria é do sexo feminino, com menos de 65 anos de idade e ativo profissionalmente. A grande diferença a destacar tem a ver com o grau de instrução, na USF é maioritariamente alto e na USCP é baixo. Esta diferença não se prende com o tipo de instituição, mas sim com o local da mesma, sendo que os inquiridos da USF, por residirem numa área mais metropolitana, tiveram mais oportunidades para estudar que os da USCP, residentes na Covilhã, cidade mais pequena e com um nível socioeconómico mais baixo. É de realçar o número de indivíduos que se encontra a tomar pelo menos um medicamento por dia (72,5%), significativo na maior parte das vezes de doença crónica e/ou múltiplas patologias, numa amostra maioritariamente abaixo dos 65 anos de idade (67,5%). Esta característica da população pode explicar as respostas tendencialmente pouco positivas dadas no ICC, visto estas pessoas serem condicionadas pelo sofrimento, debilidade e encararem a sua saúde de forma mais negativa.

A multimorbilidade e a polifarmacoterapia que vem sendo demonstrada em tantos países, (20, 21) parece também começar a ser uma realidade em Portugal (22), sendo corroborada pelos dados deste estudo referenciado. Não sendo possível rejuvenescer a população, sendo a multimorbilidade mais frequente nos idosos (23), deverão ser tomadas medidas necessárias para evitar excesso de prescrição farmacológica.

Esta tendência necessita de ser invertida, através da promoção de uma vida quotidiana saudável, do recurso a medidas não farmacológicas e de uma atitude encorajadora da parte do médico, fazendo as pessoas sentirem-se mais capazes de se manterem saudáveis e com uma atitude mais positiva em relação à sua saúde.

Após a obtenção destes resultados, mostra-se imperiosa uma maior aposta na prevenção e promoção da saúde em Portugal, através de campanhas de sensibilização, educação dos mais jovens, programas de saúde pública e rastreios que demonstrem quais os indivíduos que devem ser seguidos medicamente (24).

A consulta nos CSP, através de uma boa relação médico-doente, mostra-se também um excelente momento para apostar nessa prevenção e promoção. Apesar de a consulta ser um bom momento, estas têm vindo a ter uma redução do seu tempo e tem também havido um aumento do número de pessoas por médico. Isto vai contra tudo aquilo que seria lógico, pois a falta de qualidade ao nível dos CSP em geral, leva a um aumento de consultas hospitalares, uma eventual maior recorrência ao serviço de urgência, hospitalizações e exames complementares de diagnóstico, não existindo uma diminuição de custos, mas sim ao seu aumento. Uma forma a diminuir os custos no Sistema Nacional de Saúde é a prática da MCP (5). Mas será que esta prática já existe em Portugal?

A distribuição das respostas no MCP, com propensão para a resposta “Sim” neste estudo, parece indicativa da tendência para a medicina centrada na pessoa, tal como já tinha sido demonstrado num outro estudo (15), tanto nas consultas das USF como das USCP. Ao que parece, este estilo de consulta é cada vez mais utilizado em Portugal, tanto em instituições mais antigas, UCSP, como nas instituições criadas mais recentemente, as USF. Esta prática de consulta virada para a pessoa, permite ao médico um diálogo mais aberto com esta, sendo este um momento crucial para as relembrar da forma como devem lidar com os problemas, de forma a melhorarem a sua saúde em geral e promoverem hábitos de vida saudáveis.

Ao contrário do que seria de esperar em relação à perceção do tempo de consulta e do tempo de espera para consulta, as pessoas das duas instituições responderam às questões “A consulta com o seu médico durou o tempo necessário?” e “Esta consulta com o seu médico aconteceu no momento certo?” maioritariamente com a resposta “Sim”, demonstrando assim a sua satisfação em relação a esses parâmetros, que tantas vezes são alvo de intervenção por parte do Governo e de notícia nos meios de comunicação social e que menosprezam a vertente de intervenção preventiva dos CSP.

Apesar das respostas positivas por parte das pessoas, estas podem ser dadas pelo não conhecimento do que seria ideal. Nesta consulta ideal, o tempo seria mais alargado, com uma abordagem mais calma para cada pessoa, sendo-lhe dedicada toda a atenção. Esta seria tratada como um todo, com todas as explicações devidas e dúvidas retiradas, numa abordagem holística, e que não se prendesse somente com a renovação de receitas e prescrição de exames de rotina. Como se relacionará então, a MCP e a capacitação?

Segundo os resultados, a MCP e capacitação correlacionam-se positivamente, ou seja, a prática de uma medicina centrada na pessoa leva a uma maior capacitação. A correlação parece fácil de entender quando pensamos nas duas vertentes em separado. Na consulta de uma MCP, o tempo que é dedicado à pessoa é maior, sendo que, por um lado, esta é escutada em relação às suas expectativas, receios e esperanças e, por outro lado, é-lhe melhor explicada a sua doença e suas consequências. Assim sendo, o utente sai da consulta com maiores capacidades de lidar com a sua doença e suas consequências.

No que concerne à capacitação obtida após a consulta, as respostas “melhor” e “igual ou pior” foram dadas sensivelmente no mesmo número, dando a sensação de que há uma capacitação relativa, mas não o suficiente para que as pessoas respondam “muito melhor”.

Denota-se assim uma ligeira melhoria nos conhecimentos e preparação para a doença após consulta, mas que não é suficiente. Ao contrário do que aconteceu noutro estudo, onde as respostas foram dadas com um maior distanciamento das consultas (13) e em que as respostas foram maioritariamente ‘igual ou pior’ e um outro, onde as respostas foram dadas imediatamente após consulta (12) e em que foram maioritariamente ‘melhor’, neste a igual prevalência das respostas ‘melhor’ e ‘igual ou pior’ pode demonstrar que possivelmente o distanciamento da última consulta não é o único fator que pesa na capacitação da pessoa.

O tipo de população foi diferente nesses estudos (Coimbra vs. Covilhã) assim como o tipo de instituição (USF vs. UCSP), dados esses que podem influenciar as respostas. O facto de vários médicos terem sido avaliados pelos seus utentes também nos pode dar uma ajuda na compreensão destes dados, pois a capacitação não depende só da pessoa. A qualidade da transmissão da informação durante o contacto médico-doente, o ambiente da consulta e a empatia com o médico podem afetar fortemente a capacitação do indivíduo após consulta.

A realidade hoje em dia em Portugal mostra-nos que há uma percentagem de 12,1%, de pessoas sem médico de família atribuído (25). Há, portanto, muitos portugueses sem uma vigilância adequada e um seguimento criterioso para os problemas de saúde que hoje acometem uma grande parte da população, como a hipertensão arterial, a diabetes e a patologia psicológica. Com o papel do médico a ser tão fundamental para a capacitação da pessoa é importante que estes consigam abranger toda a população que deles necessita.

O médico de família deve reservar um tempo para esclarecer dúvidas e verificar se os doentes compreendem aquilo que lhes é dito, utilizando para isso uma linguagem simples e clara e formas de comunicação diversificadas, que lhes trará confiança e estratégias para encararem os problemas com atitudes positivas. A linguagem utilizada deve ser adaptada à idade, grau de instrução, ou mesmo outros fatores individuais. O tempo utilizado pelo médico para explicar o problema à pessoa tem de ser adaptado à mesma, pois o nível de informação que esta adquirirá ao longo da consulta está relacionado com os seus níveis de confiança e potencial para enfrentar a sua doença. Desta forma, o médico certifica-se que quem frequenta a consulta compreende a sua doença.

Em relação à questão “Capaz de lidar com a vida?”, encontramos respostas significativamente diferentes entre as pessoas da USF e as da UCSP. Na USF a resposta mais vezes dada foi “igual ou pior” (70%), enquanto que, na UCSP, a mais vezes registada foi “melhor, com 62,5% dos inquiridos a darem essa resposta. A justificação para essa resposta pode não se encontrar somente na capacitação após consulta. Apesar de as respostas serem dadas, idealmente, em função da consulta, isso pode nem sempre ter acontecido, facto já falado anteriormente. Assim, podemos considerar que o local onde as pessoas vivem, nomeadamente o Porto, no caso da USF, seja um local mais metropolitano, levando a um ritmo de vida mais stressante, diminuindo a capacidade que os indivíduos têm para lidar com a vida.

A constante aprendizagem é uma característica fundamental inerente à profissão médica. A falta desta, leva a uma prática médica antiquada e prejudicial à pessoa, que não irá obter do

seu médico as mais recentes técnicas e descobertas. Essa aprendizagem não deve basear-se só em conhecimentos técnico-científicos, mas também em boas práticas clínicas e deve depender de si, pelo seu brio profissional e não só da instituição que representa.

Sendo assim, e com a constante aprendizagem médica, explicam-se as poucas diferenças significativas encontradas entre a USF e a USCP para os dois questionários. Pelos resultados conseguimos constatar que a prática da medicina centrada na doença foi ultrapassada e considerada obsoleta, dando lugar à MCP. As técnicas de comunicação, inerentes ou adquiridas pelo médico, parecem também acompanhar de igual forma os profissionais de saúde que trabalham em diferentes contextos.

Relativamente a pontos fracos deste trabalho, consideramos que um deles foi a inclusão de apenas uma instituição para cada tipo. O facto de uma instituição se localizar no Porto e outra na Covilhã também não nos permite fazer uma comparação direta.

Não obstante, este trabalho poderá servir como contributo, tanto para as instituições nele incluídas, como para outras unidades de saúde ligadas aos CSP.

## Conclusões

Os objetivos principais deste estudo foram cumpridos.

Pretendia-se perceber se havia diferenças entre uma USF e UCSP na prática de uma MCP e na capacitação, o que se veio a demonstrar que não. Além disso, pretendeu-se demonstrar se havia relação entre estas duas variáveis, as quais se mostraram relacionar positivamente.

Em Portugal continua a haver poucos estudos sobre a capacitação e sendo o potencial do ICC enorme, vários estudos podem ser realizados.

O seguimento dos utentes individualizados por médico de família no que concerne à capacitação, poderá ser um estudo com bastante interesse, pois permitir-nos-á perceber qual a influência que o médico tem na capacitação.

Um outro estudo pertinente seria o acompanhamento de utentes provenientes de um tipo de consulta específico (Hipertensão arterial ou diabetes), para mostrar se também o tipo de patologia influencia ou não, a capacitação. Não só a Medicina Geral e Familiar poderá ser avaliada neste campo, sendo bastante viável a utilização deste inquérito noutras especialidades.

No que toca à medicina centrada no paciente, um estudo mais abrangente tanto em amostra populacional como em área geográfica poderia ser uma mais valia, para uma melhor avaliação desta prática em Portugal.

Estas são algumas sugestões, pois como já foi referido, em Portugal pouco se explora ainda nestas áreas.

As conclusões de futuros estudos permitirão melhorar competências e formação médica, tanto no ensino da especialidade, como ainda no pré-graduado.

De ressaltar que nesta relação médico doente, o principal personagem é o doente, que é único e deve ser tratado e olhado como tal.

## Bibliografia

1. Relatório Sobre os Objetivos de Desenvolvimento do Milénio 2015. Organização Mundial de Saúde - Nações Unidas; 2015. p. 3-72.
2. Nunes C, Correia C, Ribeiro C, Santos C, Marquês L, Barbosa M, et al. Os Cuidados de Saúde Primários nas Unidades Locais de Saúde 2012.
3. Branco AG, Ramos V. Cuidados de saúde primários em Portugal. Rev Port Saúde Pública. 2001;5-12.
4. Definição dos modelos de organização das USF: A, B e C, de acordo com o grau de autonomia funcional, diferenciação de modelo retributivo e patamares de contratualização.: Despacho 24101/2007de 22 de Outubro 2006
5. Pires P. Medicina centrada no paciente: melhor qualidade com menores custos. Rev Port Clin Geral. 2011;27(5):482-6.
6. Nunes J. Comunicação em contexto clínico 2010. 60-9.
7. Little P, Everitt H, Williamson I, Warner G, Moore M, Gould C, et al. Preferences of patients for patient centred approach to consultation in primary care: observational study. BMJ. 2001;322(7284):468.
8. Mercer SW, Jani BD, Maxwell M, Wong SY, Watt GC. Patient enablement requires physician empathy: a cross-sectional study of general practice consultations in areas of high and low socioeconomic deprivation in Scotland. BMC Family Practice. 2012;13(1):1-9.
9. Lam CL, Yuen NY, Mercer SW, Wong W. A pilot study on the validity and reliability of the Patient Enablement Instrument (PEI) in a Chinese population. Family practice. 2010;cmq021.
10. Little P, Everitt H, Williamson I, Warner G, Moore M, Gould C, et al. Observational study of effect of patient centredness and positive approach on outcomes of general practice consultations. BMJ. 2001;323(7318):908-11.
11. Pawlikowska T, Zhang W, Griffiths F, Van Dalen J, van der Vleuten C. Verbal and non-verbal behavior of doctors and patients in primary care consultations-How this relates to patient enablement. Patient education and counseling. 2012;86(1):70-6.
12. Pintalhão I, Santiago L. Validação da versão Portuguesa do Patient Enablement Instrument e sua aplicação em Medicina Geral e Familiar [Master's Thesis]: Universidade de Coimbra; 2013.
13. Vaz F, Santiago L. A Capacitação na Consulta de Medicina Geral e Familiar [Master's Thesis]: Universidade da Beira Interior; 2014.
14. Santiago LM, Reis AF, Botas PC, Pereira CD. Medicina centrada no paciente e capacitação do consulente Medicina Geral e Familiar. Revista ADSO. 2015;3(5).
15. Reis A, Santiago L. Medicina Centrada no Paciente e Capacitação do Consulente em Medicina Geral e Familiar [Master's Thesis]: Universidade da Beira Interior; 2014.

16. Stewart M, Brown JB, Weston WW, McWhinney IR, McWilliam CL, Freeman T. Medicina centrada na pessoa: transformando o método clínico. Artmed; 2010.
17. Ferreira PL. Avaliação dos doentes de cuidados primários. Rev Port Clin Geral. 2001;17:15-45.
18. Howie JG, Heaney DJ, Maxwell M, Walker JJ, Freeman GK, Rai H. Quality at general practice consultations: cross sectional survey. BMJ. 1999;319(7212):738-43.
19. Howie JG, Heaney DJ, Maxwell M, Walker JJ. 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):165-71.
20. Hajjar ER, Cafiero AC, Hanlon JT. Polypharmacy in elderly patients. The American Journal of Geriatric Pharmacotherapy. 2007;5(4):345-51.
21. Starfield B, Kinder K. Multimorbidity and its measurement. Health Policy.103(1):3-8.
22. Cima C, Freitas R, Lamas M, Mendes C, Neves A, Fonseca C. Consumo de medicação crónica: avaliação da prevalência no norte de Portugal. Revista Portuguesa de Clínica Geral. 2011;27(1):20-7.
23. Prazeres F, Santiago L. Prevalence of multimorbidity in the adult population attending primary care in Portugal: a cross-sectional study. BMJ open. 2015;5(9):e009287.
24. Costa AS. A Importância dos Rastreamentos Médicos para os Utentes [Master's Thesis]: Universidade da Beira Interior; 2015.
25. Publicação Periódica sobre o Número de Utentes Inscritos nos Cuidados de Saúde Primários. Ministério da Saúde, 2015.

# Anexos

## Consentimento informado

### CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO

Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que algo está incorreto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira assinar este documento.

Este estudo está a ser feito por mim, Rita Dunkel, sobre a orientação do Professor Doutor Luiz Miguel Santiago, na Faculdade de Ciências da Saúde - Universidade da Beira Interior, Covilhã - Portugal

Este estudo não acarreta qualquer tipo de custos, deslocações ou contrapartidas para os participantes.

A investigação garante o anonimato de todos os participantes envolvidos no estudo assim como a confidencialidade e uso exclusivo dos dados recolhidos.

Cada inquirido apenas terá de responder a um breve questionário com tempo de resposta estimado em 5 minutos.

A sua participação é de carácter voluntário.

Grato pela sua colaboração neste estudo.

A aluna/investigadora: Rita Dunkel, estudante do 6º ano do curso Medicina Mestrado Integrado, Faculdade de Ciências da Saúde - Universidade da Beira Interior.

Nº telemóvel: 917572839

E-mail: [a26488@fcsaude.ubi.pt](mailto:a26488@fcsaude.ubi.pt)

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pelo autor do estudo. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pelo investigador.

Assinatura: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

## Inquérito utilizado

O presente estudo realiza-se no âmbito de uma Tese de Mestrado que está a ser desenvolvida por Rita Dunkel. A sua colaboração é essencial para sabermos o resultado da sua última consulta com o seu médico de família.

Para tal, solicito-lhe a resposta às perguntas que se seguem.

Não existem respostas corretas ou erradas. Este documento é anónimo e confidencial, pelo que não será escrito o seu nome ou algo que o(a) identifique.

Os resultados serão analisados para sabermos como melhorar o desempenho dos médicos.

Será colocada uma cruz (X) na linha correspondente à sua opção.

Por favor responda a todas as perguntas.

Antecipadamente agradecida pela sua colaboração.

### 1. Gerais

1.1 Quando foi a última consulta com o(a) seu (sua) médico(a) de família: \_\_\_\_\_

1.2 Qual é o seu sexo?

Feminino\_\_\_

Masculino\_\_\_

1.3 Qual é a sua idade? \_\_\_\_\_ anos.

1.4 Toma medicamentos regularmente?

Sim\_\_\_

Não\_\_\_

1.5 Estudos:

Sabe ler e escrever\_\_\_

6º ano (4ª classe)\_\_\_

9º ano \_\_\_

12º ano (7º ano)\_\_\_

Superior a 12º ano\_\_\_

1.6 Atividade:

Agricultura\_\_\_

Comércio\_\_\_

Indústria\_\_\_

Serviços\_\_\_

Doméstica\_\_\_

Desempregado\_\_\_

Reformado\_\_\_

Estudante\_\_\_

Outros\_\_\_

## 2. Medicina Centrada no Paciente

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

2.1 Pôde falar sobre o que sentia e sobre os motivos que o levaram à consulta?

Sim\_\_\_ Em parte\_\_\_ Não\_\_\_

2.2 Pôde falar sobre os seus receios e as suas esperanças quanto aos seus problemas?

Sim\_\_\_ Em parte\_\_\_ Não\_\_\_

2.3 Sentiu que o médico se interessa por si, pela sua família e pelas suas condições de vida?

Sim\_\_\_ Em parte\_\_\_ Não\_\_\_

2.4 Sentiu que o processo de tratamento será realizado em conjunto e colaboração entre si e o seu médico?

Sim\_\_\_ Em parte\_\_\_ Não\_\_\_

2.5 Entendeu os objetivos, métodos e possibilidades em relação ao “tratamento” escolhido?

Sim\_\_\_ Em parte\_\_\_ Não\_\_\_

2.6 Percebeu a importância de cumprir as indicações para um “tratamento” correto e que dê resultados?

Sim\_\_\_ Em parte\_\_\_ Não\_\_\_

2.7 Percebeu o que deve ser feito para evitar “piorar”?

Sim\_\_\_ Em parte\_\_\_ Não\_\_\_

2.8 Aceitou fazer o que lhe foi proposto para “melhorar”?

Sim\_\_\_ Em parte\_\_\_ Não\_\_\_

2.9 Sentiu que o médico se mostrou interessado em ajudar a resolver o seu problema?

Sim\_\_\_ Em parte\_\_\_ Não\_\_\_

2.10 Compreendeu que o sucesso do tratamento depende de si como doente e de outros profissionais que trabalham com o seu médico?

Sim\_\_\_ Em parte\_\_\_ Não\_\_\_

2.11 A consulta com o seu médico durou o tempo necessário?

Sim\_\_\_ Em parte\_\_\_ Não\_\_\_

2.12 Esta consulta com o seu médico aconteceu no momento certo?

Sim\_\_\_ Em parte\_\_\_ Não\_\_\_

### Capacitação do consulente

**Como resultado da sua consulta com o médico hoje, sente que está:**

3.1 Capaz de lidar com a vida?

Muito melhor\_\_\_ Melhor\_\_\_ Igual ou pior\_\_\_

3.2 Capaz de compreender a sua doença?

Muito melhor\_\_\_ Melhor\_\_\_ Igual ou pior\_\_\_

3.3 Capaz de lidar com a sua doença?

Muito melhor\_\_\_ Melhor\_\_\_ Igual ou pior\_\_\_

3.4 Capaz de se manter saudável?

Muito melhor\_\_\_ Melhor\_\_\_ Igual ou pior\_\_\_

3.5 Confiante em relação à sua saúde?

Muito mais\_\_\_ Mais\_\_\_ Igual ou menos\_\_\_

3.6 Capaz de se ajudar a si próprio?

Muito mais\_\_\_ Mais\_\_\_ Igual ou menos\_\_\_